PN-AB2-764
92626

University of California, San Diego
y
Wellstart International

Curriculum para el Manejo de la Lactancia

Una Guía para el Personal Docente de las Escuelas de Medicina, Enfermería y Nutrición

Primera Edición en Español

1995

Editado por

Gail Woodward-Lopez, MPH, RD*
y
A. Elizabeth Creer, RN, FNP, MPH*

Directoras del Proyecto

Suzanne Dixon, MD**
y
Audrey Naylor, MD, DrPH, FAAP*

Traducido por

María Jose Joya
Dra. Verónica Valdés
Dra. Carmen Casanovas
Olga Sting

*Wellstart International, San Diego, California
**University of California, San Diego School of Medicine, Dept. of Pediatrics

Cite como: Wellstart International and the University of California San Diego (1994) (Woodward-Lopez G and Creer AE, eds) *Curriculum para el Manejo de la Lactancia: Una Guía para el Personal Docente de las Escuelas de Medecina, Enfermería y Nutrición, Primera Edición en Español* San Diego, CA: Wellstart International.

Este documento se realizó con fondos del
Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration,
U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Projects No. MCJ-009108 y MCJ-067021, y
the Office of Health and Nutrition and the Latin America and Caribbean Bureau,
U.S. Agency for International Development (USAID)
bajo los términos de los acuerdos cooperativos de
No. DAN-5117-A-00-9099-00 y DPE-5966-A-00-1045-00 a Wellstart International
y LAC-0657-C-0051-00 a University Research Corporation and International Science and Technology Institute, Inc.
Las opiniones expresadas son las de los autores y no necesariamento reflejan las perspectivas de DHHS o USAID.

Copyright ©1994 Wellstart International
First Edition, April 1994
Second Edition, July 1994
Primera Edición en Español, Agosto de 1995

Algunas secciones de este documento podrían copiarse sin permiso únicamente para uso educativo, no lucrativo. Las copias deberán retener toda la información que identifique el origen/autor del material. Se requiere el permiso de Wellstart para reproducir este documento en su totalidad. Wellstart también acoge peticiones para traducir este documento en partes o en su totalidad. Bajo ninguna condición se podrán vender ninguna de las partes de este documento.

Para pedir copias o permiso
para reproducir o traducir este documento, comuníquese con:

Wellstart International
Attn: Educational Materials Coordinator
4062 First Avenue
San Diego, CA 92103-2045
Tel: (619) 295-5192
Fax: (619) 294-7787
E-Mail: cguenther@mcimail.com

Importante

Por más de quince años, Wellstart International ha ofrecido educación intensiva sobre el manejo de la lactancia a profesionales de salud de todas partes del mundo. El material en este documento es el resultado de más de quince años de colaboración con profesionales de salud provenientes de Africa, Asia, América Latina y los Estados Unidos. Aunque el material está basado en experiencias internacionales, las ediciones originales de este documento han sido puestas en práctica y diseñadase específicamente para su uso en los E.U. Por lo tanto, pudiese ser posible agregar, eliminar o modificar parte de este material para facilitar su aplicación dentro de su propio medio. **Este no es un recetario sino simplemente un instrumento. No esperamos que lo acepte únicamente tal como es; lo alentamos a que adapte, critique, se extienda, reorganice y sobre todo use solamente la parte que le sirva para su situación y necesidades particulares.**

Nota acerca del género del bebé: Reconocemos que aproximadamente la mitad de los bebés son hembras y que es importante reconocer los dos géneros y no mostrar una preferencia. Desgraciadamente es difícil siempre incluir dos formas de la misma palabra, por ej. los/las niños(as) bonitos(as), porque así se dificulta mucho la lectura y todavía se da preferencia al género masculino dándole el primer lugar. Por falta de una buena alternativa, seguimos con la terminología tradicional en la cual el género masculino se usa de forma neutral para referir a los dos sexos.

AVISO: La información en este documento está presentada y destinada únicamente para el uso del personal médico autorizado. Ninguna de la secciones de este documento debería distribuirse al público en general, salvo bajo la supervisión directa de algún personal médico autorizado. La interpretación y aplicación de los principios de manejo clínico descritos en este documento, están bajo la responsabilidad del personal médico autorizado de acuerdo con las condiciones y propósitos previstos en su licencia para poder practicar.

Se ha hecho todo el esfuerzo posible para asegurarse de que la información contenida en este documento sea válida y precisa. Pero ni Wellstart International, ni la Universidad de California ni tampoco los contribuyentes al material de este documento, se hacen responsables en forma alguna por los errores, las omisiones, la calidad o validez de la información presentada, o por las consecuencias adversas que puedan surgir como efecto del cumplimiento de tal información. Por lo tanto, el uso o la aplicación de cualesquiera de los materiales incluidos en este documento, es exclusivamente la responsabilidad del usuario.

Dedicamos este documento a todos los Asociados de Wellstart International que han captado nuestra visión y la han convertido en una realidad para millones de madres y niños de todo el mundo. Su continua dedicación, entusiasmo y arduo trabajo, han sido una gran inspiración. Este documento es solo una muestra de nuestra mutua colaboración.

Reconocimientos

Edición en Español

Participantes de la Comisión Revisora

Las siguientes personas participaran en la revisión de la versión en español del Curriculum para el Manejo de la Lactancia.

Chile

Silvia Catalán Mora, Instructor de Pediatría, Universidad Católica de Chile, Santiago

Ester Mateluna, Directora de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago

Verónica Valdés, Médico Pediatra, Universidad Católica de Chile, Santiago

Ecuador

Nelson Dávila Castillo, Profesor Principal de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, Quito

Rosa Romero de Aguinaga, Profesora de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, Quito

Honduras

Samuel Dickerman, Médico, Asesor Residente, Wellstart International

México

Armando Montaño Uzcanga, Médico Gíneco-Obstetra, Jefe de Enseñanza, Servicio de Gíneco-Obstetricia, Hospital General de México

Nicaragua

Teodora Gaitán Mercado, Licenciada en Enfermería, Docente, Escuela de Enfermería, Universidad Politécnica de Nicaragua, Managua

Ligia Soledad Saavedra Cuadra, Licenciado en Biología y en Dietética, Equipo de Lactancia, Dirección de Nutrición, Ministerio de Salud

Ivette Sandino Lacayo, Médico Pediatra, Consultora de lactancia del UNICEF

Blanca Rosa Ulmos Mora, Médico Ortopedista/Pediátrica, Coordinadora Comité de Lactancia, Docente Clínico, Hospital Materno-Infantil "Fernando Vélez Páiz"

Reconocimientos

Este documento refleja más de quince años de experiencia en proporcionar a los profesionales de salud del mundo entero, una educación sobre el manejo de la lactancia. Durante estos años, gran parte del personal docente de *Wellstart* ha contribuido al desarrollo de materiales e ideas que se han ido incorporando. No nos estamos refiriendo solamente al personal empleado por *Wellstart,* sino también al cuerpo docente invitado que participa regularmente en el desarrollo y en la realización de nuestros programas educativos.

Por lo tanto, el listado abajo mencionado, no incluye a todos aquellos que han contribuido al desarrollo de este documento; se refiere solamente a aquellos individuos que han trabajado directamente sobre la síntesis del material tratado para este documento.

Directores del Proyecto

*Suzanne Dixon, MD, FAAP, Profesora Adjunta, UCSD School of Medicine, Dept. of Pediatrics

*Audrey Naylor, MD, DrPH, FAAP, Presidenta y Directora Ejecutiva, Wellstart International

Coordinadora del Proyecto

*Gail Woodward-Lopez, MPH, RD, Wellstart International

Cuerpo Docente de Wellstart International

Ann Brownlee, PhD, Asesora Técnica para el Desarollo del Programa, Evaluación e Investigación

*A. Elizabeth Creer, RN, FNP, MPH, Ejerce en Enfermería Familiar

*Vicky Newman, MS, RD, Nutrióloga Perinatal

*Nancy G. Powers, MD, FAAP, Directora, Servicios Profesionales

Destry Ramey, RN, CPNP, Ejerce en Enfermería Infantil

Lois Scott, RN, BSN, Enfermera Especializada en Lactancia

Wendelin Slusser, MD, MS, Pediatra

*Ruth Wester, RN, CPNP, Vice Presidente y Co-Directora

* También participó en el grupo asesor

6

Miembros del Grupo Asesor

Asociados de Wellstart International:
(Vea el capítulo 9D para la lista completa de asociadas de Wellstart)

Laura Benson-Szekely, MS, RD, LD, Nutrióloga Infantil, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

George W. Bugg, Jr., MD, Profesor Auxiliar de Pediatría, Emory University, Atlanta, Georgia

Gary Chan, MD, Profesor de Pediatría, University of Utah, Salt Lake City

Judythe M. Gatchell, MS, LD, Asesora en Nutrición, Maine Department of Health, Augusta

Pam Hellings, PNP, PhD, CPNP, Profesora Adjunta, Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University School of Nursing, Portland

Janet Kinney, MD, Profesora Auxiliar de Neonatología, University of Missouri, Kansas City

Diane Kittredge, MD, Profesora Auxiliar de Pediatría, Oklahoma Children's Memorial Hospital, Oklahoma City

Barbara Latinis-Bridges, RNC, EdD, Profesora Adjunta, School of Nursing, University of Kansas Medical Center, Kansas City

Sarah McCamman, MS, RD, Directora de Adiestramiento en Nutrición, Department of Pediatrics, University of Kansas Medical Center, Kansas City

Martha McGrew, MD, Profesora Auxiliar, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque

Victoria Nichols-Johnson, MD, Profesora Adjunta y Jefa de la División General de Gineco-Obstetricia, Southern Illinois School of Medicine, Springfield

Susan E. Brown Will, RN, MS, Enfermera Clínica Especializada, Sinai Hospital, Baltimore, Maryland

Representantes del Departamento de Salubridad de los E.U. y Recursos Humanos:

Molly Anthony, RD, PhD, Asesora de Salud Pública, Salud Perinatal y de Mujeres, MCHB, HRSA

Elizabeth Brannon, MS, RD, Directora de Maternal and Child Health Training, Research and Training Branch, MCHB, HRSA

Otros:

Diana M. Lee, RD, MPH, California Department of Health Services, Emeryville

*Un especial agradecimiento a **Phil Anderson, Pamela Davis, Pam Kliethermes, Julie Nyquist, Kathi Peters, Richard Schanler, Leslie Turner, Robin Wheeler,** y **Anne Wright** por sus contribuciones al contenido de este documento.*

*También extendemos nuestro más cordial agradecimiento a **Linda Black, Pat Fornatero** y **Sallie Page-Goertz** por sus contribuciones técnicas, su tiempo y su entusiasmo dedicados a este proyecto.*

*Este documento no sería una realidad sin el esfuerzo y la dedicación en cuanto a calidad por parte de todo el personal de Wellstart International. Quisiéramos reconocer en particular al siguiente personal de apoyo: **Rita Danskin, Carol Guenther** y **Monica King**, que aportaron grandes contribuciones al diseño y formato de este documento.*

Indice

Reconocimientos vi
Prólogo a la Primera Edición en Español xi
Prólogo xv

Capítulo 1. Introducción
A Quiénes Va Dirigido este Curriculum 1-1
Cómo Usar Esta Guía 1-1

Capítulo 2. Cómo Integrar el Curriculum de Lactancia en los Programas Educativos
Cómo Evaluar lo que se Ofrece Actualmente 2-1
Cómo Agregar este Material a un Curriculum ya Completo 2-1
Cómo Evaluar la Eficacia de su Curriculum 2-11

Capítulo 3. Objetivos, Lineamientos, Estrategias y References Clave
Módulo A: Base Científica 3-1
Módulo B: Práctica 3-25
Módulo C: Políticas, Programas y Coordinación 3-69
Indice para el Capítulo 3 3-81

Capítulo 4. Materiales Instructivos

A. Materiales para Pacientes y Lineamientos de Manejo Clínico
- Manejo de Pezones Planos, Retraídos, Invertidos 4-1
- Manejo de Trauma del Pezón 4-3
- Manejo de Congestión Mamaria 4-5
- Manejo de Conducto Lactífero Obstruido 4-7
- Manejo de Mastitis 4-9
- Manejo de Candidiasis 4-11
- ¿Recibe su Hijo Suficiente Alimento? 4-13
- Brote de Crecimiento Infantil 4-14
- Como Aumentar Su Producción de Leche 4-15
- Manejo de Reflejo de Eyección (Bajada) de Leche Demasiado Activo 4-17
- Relactancia: Reestableciendo Su Producción Láctea 4-19
- Extracción Manual de la Leche 4-20
- Extracción Mecánica de la Leche 4-21
- Ejemplos de Bombas de Leche Materna 4-22
- Guías de Conservación de la Leche para Niños Hospitalizados 4-23

B. Ejemplos de Protocolos Estandarizados
- Consulta de Lactancia 4-25
- Candidiasis en la Madre Lactante y su Bebé 4-26
- Mastitis Aguda por Lactancia 4-27

C. Experiencia Clínica en Lactancia - Hoja de Trabajo para Estudiantes 4-29

D. Materiales de Distribución en las Sesiones Educativas
- La Lactancia y el Medio Ambiente 4-31
- Seguridad en el Uso de Fármacos en Madres que Amamantan 4-35
- Tarea Sobre la Contraindicacióny las Controversias 4-36
- Resumen de "Contraindicaciones" a la Lactancia 4-39
- Consejo Básico Postparto para la Familia que Amamanta 4-40
- Principios Básicos Sobre Consejería 4-42

8

• Nutrición Materna 4-43
• Normas Hospitalarias
- Modelo de Normas Hospitalarias para Recién Nacidos de Término Sanos en Relación a la Lactancia 4-48
- Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural 4-52
- Prácticas o Normas de Hospital que Influyen en el Inicio de la Lactancia 4-53
- Hipoglicemia (KUMC) 4-54

Capítulo 5. Estudios de Casos y Sociodramas 5-1

Capítulo 6. Muestras de Cursos/Actividades
A. Examen de los Senos e Historia 6-1
B. Módulo de Autoestudio en el Manejo de la Lactancia Tercer Año de Obstetricia 6-3
C. Capacitación Propuesta en Educación/Manejo de la Lactancia para Residentes (UMKC/KUMC) 6-7
D. Manual para Residentes — Educación en el Manejo de la Lactancia (UAMS) 6-9
E. Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD 6-11

Capítulo 7. Formularios Clínicos
Historia Clínica 7-1
Instrucciones para el Paciente 7-9
Registro de Alimentación al Pecho 7-11

Capítulo 8. Estrategias e Instrumentos de Evaluación

A. Evaluación de Programas
• Escribiendo las Preguntas de Evaluación del Programa 8-1
• Planificando y Conduciendo una Evaluación de Programa 8-2
• Evaluación del Programa - Técnicas de Avalúo 8-7

B. Evaluación Curricular 8-13

C. Perfil del Hospital 8-17

D. Indicadores de Lactancia Materna e Instrumentos de Recolección de Datos
• Indicadores de Lactancia para los Hogares 8-25
• Indicadores de Lactancia para Instituciones de Salud 8-26
• Ejemplo de Preguntas para Usarlas en Encuestas 8-29
• Instrumento Muestra de Recolección de Datos para Instituciones de Salud 8-30

E. Formularios para la Evaluación de Sesiones 8-35

F. Preguntas Modelo para Obtener Retroalimentación Sobre el Programa 8-37

Capítulo 9. Fuentes de Información y Materiales
A. Organismos e Instituciones 9-1
B. Periódicos y Publicaciones Enfocados hacia la Lactancia 9-9
C. Otras Organizaciones Internacionales Promotoras de la Lactancia 9-11
D. Asociados de Wellstart 9-15

Capítulo 10. Referencias 10-1

Prólogo a la Primera Edición en Español

Está comprobado que la lactancia materna es sin igual en sus beneficios para el niño, la madre y la comunidad. Además de proveer al niño adecuada nutrición y protección contra enfermedades infecciosas y crónicas, también protege la salud de la madre y la relación madre-hijo. La leche materna es un recurso sostenible que reduce la contaminación ambiental y provee una fuente de alimentación segura para el niño, tanto en tiempos de abundancia como de escasez, de modo que reduce la necesidad de fuentes externas de alimentos. Es un valioso recurso nacional y regional que merece ser protegido y ocupar un lugar prominente en nuestros programas nacionales.

A pesar de la evidencia abrumadora sobre las ventajas de la lactancia materna y una larga tradición popular de apoyo a la alimentación del niño al pecho, actualmente no se practica en América Latina y el Caribe con la exclusividad y duración recomendadas. En muchos países de la región, la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses (la cual provee el máximo beneficio a la madre y al niño) ya prácticamente no existe.

Los profesionales de salud desempeñan un papel crítico en la generación de compromiso político y en la ejecución de políticas y programas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que se realizan por medio del sistema de salud. La insuficiente información y motivación, y la deficiente capacitación de dichos profesionales en la promoción y manejo de la lactancia materna, son limitaciones importantes para la efectividad de los programas. Se han hecho esfuerzos para resolver este problema por medio de la capacitación en servicio, la cual es relativamente costosa y no sostenible a largo plazo. La necesidad de capacitación remedial continuará si no se adoptan acciones concretas para mejorar la formación de los profesionales de salud, incorporando componentes apropiados de lactancia materna en el curriculum de pregrado, especialmente en medicina, enfermería y nutrición.

Estos problemas se discutieron en dos talleres llevados a cabo en 1994 en Asunción (Paraguay) y en Guatemala (Guatemala), en los cuales 110 docentes de universidades de veinte países de la región aportaron sus conocimientos y experiencia, y revisaron una versión preliminar de este documento. Sus recomendaciones se incorporaron en el proceso de adaptación y preparación de la versión actual del documento que USAID/LAC HNS y WELLSTART se complacen en presentar al personal docente universitario de ciencias de la salud en América Latina y el Caribe. En los mencionados talleres, los participantes se comprometieron formalmente a constituir una "Red para el Fortalecimiento de la Ensenañza de la Lactancia Materna y de los Micronutrientes," en declaración que se incluye al final del prólogo, así como a conformar grupos nacionales de trabajo para impulsar la modernización del curriculum de formación profesional en relación con la lactancia materna.

Desde entonces se ha generado un movimiento dirigido a la tarea urgente de lograr dicha modernización, la cual se facilitará enormemente con la utilización de este material. Con este fin se están realizando talleres nacionales con participación de docentes de las diferentes escuelas profesionales de salud. Honduras es un ejemplo notable de acciones concretas, por lo cual nos complace registrar la declaración conjunta suscrita al respecto por el señor Ministro de Salud y el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Honduras. Otros países están también empeñados en modernizar los programas de formación profesional en salud para hacerla más acorde con las necesidades reales de la población y no dudamos de que muy pronto esto será una realidad en todos los países de América Latina y el Caribe.

José O. Mora, MD
Subdirector, LAC HNS

10

En Honduras, el Ministerio de Salud, como rector la política nacional de salud, tomó la determinación de declarar como una de sus áreas prioritarias el componente de Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida, dentro de un programa comprensivo y coordinado de atención integral materno-infantil y englobado dentro del proceso de nutrición y salud.

La Facultad de Ciencias Médicas, después de un análisis exhaustivo, llegó a la conclusión de que no se le estaba dedicando el esfuerzo y peso necesarios en sus curricula de las carreras de enfermería y medicina a lo que a lactancia materna se refiere, por lo que en decisión unánime de nuestra Junta Directiva, se decidió aprobar las modificaciones necesarias para adaptar las curricula con su contenido teórico-práctico, a un nivel científicamente adecuado.

Bajo estas condiciones, y apoyando además la iniciativa de los Hospitales Amigos de la Madre y del Niño, hemos iniciado un ambicioso proyecto nacional de capacitación y educación a todos los niveles de la población, el nivel profesional, el profesional en formación, el personal institucionalizado, grupos comunales voluntarios y el individuo en su comunidad.

No habría sido posible desarrollar el componente del plan nacional enfocado en el fortalecimiento de la curricula de las carreras de medicina y enfermería sin el esfuerzo coordinado del Ministerio de Salud y la Facultad de Ciencias Médicas, y sin la fuerte base teórico-práctica que se presenta en este documento. Por todo lo anterior, estamos seguros de que el "Curriculum Para el Manejo de la Lactancia," en su primera edición en español, el cual fue presentado a todos los países latino-americanos para su revisión y modificación, es una obra de capital importancia para el desarrollo de salud de nuestras poblaciones.

Deseamos que el lector de esta obra pase del contenido teórico y logre producir cambios de conducta que nos permitirán tener mejores indices de salud del niño y la madre en nuestros países.

Dr. Enrique Samayoa
Ministro de Salud
República de Honduras

Dr. Humberto Rivera
Decano, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Declaración sobre la Enseñanza de Lactancia Materna y Micronutrientes en las Universidades

Los delegados de la subregión Centroamericana, México, Venezuela y la República Dominicana al Taller sobre la ***Enseñanza de Lactancia Materna y Micronutrientes en las Universidades,***

Considerando

1. El problema que representan las prácticas inadecuadas de lactancia materna y las deficiencias de micronutrientes en la región latinoamericana y en particular en los países representados en este taller.
2. Las deficiencias cuantitativas y cualitativas identificadas en la formación de pregrado y postgrado en lactancia materna y micronutrientes de los profesionales médicos, de enfermería y nutrición.
3. La conveniencia de que la lactancia materna se incorpore de manera integral en el proceso de formación de los nuevos profesionales en salud y que estos profesionales estén motivados y actualizados en la identificación y el control de las deficiencias de micronutrientes.

Declaramos

I. Los delegados al taller nos comprometemos a:

   1. Constituir un grupo de liderazgo tanto a lo interno de cada país como a nivel de la subregión, integrando ***"La Red para el Fortalecimiento de la Enseñanza de Lactancia Materna y de Micronutrientes."***
   2. Dar continuidad y seguimiento a las conclusiones y recomendaciones emanadas de este taller, a fin de lograr los cambios necesarios en el desarrollo de los programas de enseñanza de lactancia materna y micronutrientes en las carreras del campo de la salud de cada país.

II. Ratificar la urgencia de que las conclusiones y recomendaciones del taller sean consideradas por las agencias de cooperación promotoras de esta iniciativa, como la base fundamental para darle continuidad al proceso iniciado mediante las siguientes líneas de acción:

   1. Completar el proceso de elaboración del curriculum de lactancia materna y de micronutrientes según las recomendaciones propuestas en el taller.
   2. Reproducir y enviar estos materiales a los grupos constituidos en cada país, para facilitar el proceso de adaptación e incorporación a los planes de estudio locales.
   3. Apoyar la capacitación de los docentes-facilitadores del mejoramiento de cada curriculum en los países.
   4. Garantizar apoyo técnico, financiero y sistemático para las actividades de la ***Red para el Fortalecimiento de la Ensenanza de Lactancia Materna y Micronutrientes.***

Ciudad de Guatemala, 11 de noviembre de 1994

12

Prólogo

Ningún grupo profesional médico está en contra de la lactancia materna. Organizaciones de la salud del todo el mundo y las declaraciones políticas de cada grupo profesional de salud apoyan claramente la lactancia como la forma superior de alimentación durante los primeros seis meses de vida y como una una parte importante de una dieta mixta durante el resto del primer año y más allá. Pruebas abrumadoras de los beneficios inmunológicos nutricionales y psicológicos para el infante, y un mejoramiento en el estado de salud para la madre, proveen la base científica para estas recomendaciones.

A pesar de que exista este consenso internacional entre los profesionales, muchas mujeres no amamantan con la exclusividad y longevidad recomendadas en estas políticas nacionales e internacionales. Aunque ha habido adelantos en los últimos veintes años, existen todavía grandes brechas entre las políticas y las prácticas en esta área. Hay varios factores que contribuyen a esta brecha. Uno que se identifica constantemente es la falta de integración de esta área de información en la educación básica de "pre-servicio" de los médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. De igual forma, la educación post-graduada carece de esta área práctica. A menudo los médicos y las enfermeras se gradúan con poco conocimiento de cómo valorar y manejar los asuntos relacionados con la lactancia. Algunos trabajadores de salud que buscan superar su nivel de destreza, podrían atender unos programas de educación contínua que cubran este material con muy poca base de ciencia elemental en la que podrían basar sus cambios programados en la práctica clínica. Los partcipantes por ende, podrían estar expuestos a prácticas aparentemente idiosincrásticas. Cuando se presenta este material con un enfoque demasiado estrecho o cesgado, fuera del contexto de la corriente principal del cuidado perinatal, se tiende a debilitar paulatinamente el apoyo a esta área de práctica dentro del ámbito médico profesional.

A pesar de que existe por lo general bastante interés, energía y experiencia, que los que ofrecen los programas de educación contínua puedan movilizar, estas actividades seguirán teniendo un impacto limitado hasta que el manejo de la lactancia esté incorporado dentro de la corriente principal en la educación médica. Esto último podría realizarse sólamente a través de una infusión sistemática de conocimiento y de un desarrollo de destrezas clínicas de largo alcance, como parte de una capacitación médica general empezando por los años clínicos y siguiendo con la capacitación en la especialización.

Dentro de nuestro ámbito médico profesional, existen otras barreras hacia el mejoramiento en la cantidad y la calidad de asistencia en esta área. Especialimente en los países y regiones industrializados, muchos de los profesionales médicos fueron criados en una época era en que el amamantamiento no era usual, así que podrían sentirse personalmente no a gusto tratando este tema. En lugares donde el porcentaje de amamantamiento es tan bajo que las pocas mujeres que amamantan con éxito son realmente distintas culturalmente hablando (por ej. la mayor parte de los grandes centros urbanos de salud en los Estados Unidos), se mantiene una impresion de rareza acerca de esta práctica y estos trabajadores de salud clínicos y sus aprendizes no obtienen una amplia experiencia clínica. Por esta misma razón las mejoras tanto en la capacitación como en los programas clínicos, deberán de desarrollarse conjuntamente.

13

Para algunos profesionales de la salud, particularmente médicos titulados, existe a menudo la idea de que el manejo de la lactancia no pertenece dentro de su campo de acción. La lactancia puede percibirse como un "asunto de mujeres," preocupando pricipalmente a las enfermeras, asesores en lactancia, y consejeros de grupo. Estos médicos se pueden sentir incómodos dando evaluación y consejos a la pareja lactante y pueden hasta obstaculizar el proceso, aún teniendo las mejores intenciones. Estos profesionales necesitan adquirir nuevas informaciones y destrezas clínicas para poder así evitar cualquier interferencia con este proceso tan natural cuando no hay ningún problema aparente, y asistir hábilmente a la pareja cuando se encuentren dificultades. Al adquirir nueva habilidad en esta área clínica, el médico ya no se verá forzado a delegar la responsibilidad, sino que se podrá volver en un agente eficaz y poderoso al promover la lactancia como parte de un equipo de profesionales bien capacitados.

Hemos encontrado que los programas de promoción de la lactancia tienen un mayor éxito en incrementar la tasa de lactancia, cuando miembros de todas las pertinentes disciplinas, incluyendo médicos, se juntan y trabajan en un esfuerzo común. Para alentar este enfoque de interacción multidisciplinaria, el currículum aquí presentado está diseñado para ser aplicado en las diferentes disciplinas dentro de la médicina, de la enfermería y de la nutrición, que se ocupan del cuidado perinatal. Un equipo hábil y funcional, trabaja junto tanto en áreas comunes como distintas.

- **Los obstetras y las parteras** tienen un papel importante en cuestiones de motivación, resolviendo problemas y cuidando el bienestar del infante más allá de los latidos del corazón fetal en el período crítico prenatal. Los médicos que prestan su servicios en los cuidados prenatal e intraparto, tienen una óptima oportunidad de influenciar sobre las decisiones acerca de la lactancia, así como sobre las prácticas en las salas de parto que tanto poder tienen en relación al éxito de la lactancia. Su reto es de salvarguardar estos procesos naturales aun cuando enfrentan complicaciones menores y mayores.

- **Los pediatras y las enfermeras** en pediatría deberán también abarcar nuevos teritorios, como el examen postparto del pecho y la observación del amamantamiento. Ellos deberán de sentirse cómodos junto con la atención materna que con la atención infantil relacionada con la lactancia. Para lograr aquello, se les requiere extenderse tanto en tomar el historial del paciente como en las aptitudes del exámen físico. Los médicos, las enfermeras, y los especialistas en nutrición en la unidad de cuidados intensivos neonatales deberán también integrar el manejo de la lactancia en los planes de atención para el niño pequeño y para el niño enfermo.

- La posición de **la medicina familiar** es particularmente adecuada para esta área clínica porque tradicionalmente trata a la familia, incluyendo a la madre y al bebé como una unidad integrada. A pesar de este punto de ventaja, ni siquiera el médico familiar puede aportar su parte a esta área de lactancia práctica sin reordenar considerablemente la enseñanza actual impartida a niveles de ciencia básica y clínica.

- De igual importancia es el entrenamiento que reciben **las dietistas/nutricionistas perinatales y pediátricas** en asuntos materno e infantiles relacionados con la lactancia. En varias situaciones, la dietista tiene la oportunidad de ofrecer un extenso asesoramiento materno en los períodos prenatal y postparto, especialmente para las madres de alto riesgo. Deberían de estar preparados para incorporar el manejo de la lactancia en general, y no sólamente las cuestiones de nutrición materna, en sus planes de cuidado. De igual forma, las dietistas pediátricas necesitan darse cuenta de que la lactancia es el componente principal de la nutrición infantil. Las dietistas necesitan estar preparados para proporcionar al binomio los aspectos tanto maternos como infantiles, del asesoramiento rutinario y actuar como defensores y expertos en el área del amamantamiento a los niños de alto riesgo.

Este currículum es un intento de delinear lo que creemos sea la profundidad del conocimiento y de las destrezas clínicas, requerido por nuestras comunidades profesionales para satisfacer nuestros objetivos nacionales e internacionales de salud en cuanto a la lactancia. Debemos nosotros de desarrollar esta práctica a través del cambio en lo que enseñamos, empezando por el nivel universitario, pre-licenciatura y continuando con certificación y educación contínua constantmente actualizada. Sólamente una comunidad profesional re-educada podrá proporcionar la práctica y los consejos de manera clara y no ambivalente. Grupos de apoyo comunitarios, carteles y promoción por medios masivos, no tendrán éxito si no cuentan con una base práctica de apoyo clínico. Lo que sigue a continuación es una presentación de lo que se necesita incluir en la educación de los trabajadores de salud para asegurar su capacidad de promover, proteger y apoyar a la lactancia materna.

Suzanne Dixon
Audrey Naylor
Gail Woodward-Lopez
Elizabeth Creer

15

Capítulo 1

Introducción

Introducción

A Quiénes Va Dirigido este Curriculum 1-1

Cómo Usar Esta Guía 1-1

Introducción

A Quiénes Va Dirigido este Curriculum

Este documento, *Curriculum para el Manejo de la Lactancia (CML)*, está destinado específicamente para ayudar al cuerpo docente a integrar el manejo clínico de la lactancia en los programas educativos de los estudiantes de medicina y residentes de pediatría, obstetricia y medicina familiar. Este documento es ideal para los directores de cursos de ciencias básicas, internados y residencias, así como para todos aquellos que tengan responsabilidades de enseñanza en el campo de la atención perinatal. Además, puede adaptarse para ser usado en las escuelas de enfermería, obstetricia y en los programas de nutrición. Este documento puede servir para la capacitación de otros profesionales de salud y para los programas de educación continua (en servicio), pero no está preparado especialmente para responder a las necesidades de estos públicos.

El material contenido en el CML está destinado fundamentalmente a las personas que tendrán responsabilidad clínica con la madre o el niño. El CML cubre lo que un aspirante a médico clínico tiene que saber para efectuar un manejo adecuado de la lactancia, como componente esencial de la atención perinatal e infantil. El material de este documento no es suficiente para la capacitación de los profesionales de salud que desean especializarse en investigaciones y otros aspectos específicos de la lactancia natural. Estos especialistas necesitarían recibir una capacitación adicional que responda a sus necesidades singulares. Las partes de este documento que se relacionan con los aspectos de investigación, ciencia, comunidad y salud pública están destinadas a cubrir lo que tienen que saber los médicos clínicos, en los distintos niveles de conocimientos y experiencia, a fin de funcionar como parte del equipo de salud que brinda apoyo en el manejo y la promoción de la lactancia.

El CML está destinado al personal docente que ya tiene conocimientos y experiencia en el manejo de la lactancia. No se trata de un libro de texto ni tampoco tiene por objeto enseñar el manejo de la lactancia en sí. Su propósito es asistir al personal docente en la aplicación de sus conocimientos y aptitudes con fines educativos. El personal docente que carezca de estos conocimientos tendrá que buscar otras oportunidades de capacitación a fin de estar en condiciones de enseñar este material. De todas maneras este curriculum les servirá como guía para su propio estudio, así como para planificar lo que van a enseñar.

Cómo Usar Esta Guía

Para usar este documento en forma eficaz, primero revise cada uno de los capítulos y familiarícese con el tipo de material en cada uno de ellos. Algunos capítulos le resultarán más interesantes que otros. Por ejemplo, si usted no está a cargo del diseño de un componente de evaluación para su clase o programa, el Capítulo 8 no le servirá mucho en este momento. Del mismo modo, solamente elegirá los materiales educativos y estudios de casos de los Capítulos 4 y 5 que

correspondan a los tópicos que cubrirá en sus clases. Solamente el personal docente que esté encargado de la integración total de este material en los programas de estudio, usará este documento en su totalidad. Los demás seleccionarán solo el material que necesiten en el momento adecuado.

Todo el contenido que es necesario integrar se encuentra en el Capítulo 3, "Objetivos, lineamientos, estrategias y referencias clave." Los otros capítulos contienen materiales educativos, cuadros sinópticos, referencias, estrategias y otros instrumentos prácticos que proporcionan ejemplos concretos de cómo aplicar el material del Capítulo 3 a situaciones reales de la vida académica. Con algunas excepciones (que se indican en el Capítulo 3), no se cubre ningún material nuevo en estos otros capítulos.

El material del Capítulo 3 se divide en ***tres módulos de contenido***, cada uno de los cuales se divide en ***tres niveles de competencia***, lo cual aparece representado gráficamente en la siguiente matriz:

	Nivel I "Concientización" (por ej.: estudiantes de medicina)	Nivel II "Generalista" (por ej.: residentes de pediatría, obstetricia, ginecología, medicina familiar)	Nivel III "Especialista" (por ej.: especialistas en lactancia)
Módulo A: *Base científica*	A-I	A-II	A-III
Módulo B: *Práctica*	B-I	B-II	B-III
Módulo C: *Políticas, Programas y Coordinación*	C-I	C-II	C-III

Los Niveles (según corresponde a los estudiantes).

El primer paso en la planificación de una sesión o curso de enseñanza es ***determinar el nivel de los estudiantes***.

Nivel I <u>Concientización</u>:

<u>Todos</u> los médicos, enfermeras, parteras (matronas) y nutricionistas habrán de obtener este nivel durante sus estudios universitarios básicos. Las personas que no se vayan a especializar en algún aspecto de la atención perinatal podrían detenerse en este nivel. Se trata del nivel que obtendrá el profesional que normalmente no se ocupa de la atención materno-infantil, pero en algunas ocasiones tratará o aconsejará a una paciente que esté amamantando o a un niño lactante. Esta persona debe tener conocimientos sólidos acerca de los aspectos científicos, generales y sociales de la lactancia para ofrecer una atención que sea congruente con el inicio y mantenimiento de la lactancia. Estos profesionales de salud deben tener los conocimientos básicos de

la fisiología y el manejo de la lactancia para no interferir con ésta, sin necesidad de tener mucha pericia clínica en el manejo de los problemas de la lactancia.

EJEMPLO: Un cirujano que atienda a una madre lactante tendrá que saber cómo afectarán los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos necesarios su capacidad de amamantar. Podrá coordinar la atención con otros proveedores a fin de optimizar las posibilidades de que la madre continúe o inicie la lactancia. En la mayoría de los casos, el cirujano mismo no tendrá que proporcionar la atención de manejo de la lactancia en sí, pero debe saber a quien referir para prevenir o resolver problemas.

Nivel II Generalista:

Para todos los médicos, enfermeras, matronas y nutricionistas que se especialicen en algún aspecto de la atención perinatal — en otras palabras, quienes atiendan a las madres o a los niños recién nacidos en forma periódica. Este nivel está dirigido a quienes se ocupan del manejo de la lactancia como un aspecto de la atención materno-infantil que brindan a sus pacientes, pero que no se especializan ni dedican la mayoría de su tiempo al manejo de la lactancia. Este grupo incluye a los residentes de obstetricia, pediatría y medicina familiar, neonatología y perinatología; las enfermeras y matronas que trabajan en atención prenatal, salas de parto, recuperación y postparto, unidades postparto, clínicas pediátricas y unidades de atención neonatal, así como a los nutricionistas perinatales.

Los profesionales de este nivel deben tener los conocimientos y las aptitudes necesarias para proporcionar servicios rutinarios en el manejo y apoyo de la lactancia. Esto incluye orientación prenatal y postparto y el control de los problemas y las complicaciones comunes. Deben saber cuándo y cómo procurar asistencia de parte de un especialista en lactancia.

Un profesional especializado en atención perinatal deberá alcanzar este nivel cuando finalice su especialidad. El hecho de que esa capacitación se lleve a cabo durante los estudios universitarios básicos o superiores dependerá de la naturaleza del programa de capacitación y de la situación individual.

EJEMPLO: Todas las enfermeras de salud pública que visitan a las madres y a los lactantes durante el período postparto podrán asistir a la madre y al hijo en el inicio y la mantenimiento de la lactancia y ayudar a resolver problemas comunes, así como procurar una asistencia adecuada cuando se enfrentan con problemas más complicados. El médico encargado de la atención primaria deberá reconocer también las señales de una lactancia efectiva y aconsejar una asistencia oportuna en caso de problemas. En cualquiera de los dos casos, la paciente no tendrá que acudir a un "especialista" a menos que exista algún problema complicado o raro.

Nivel III Especialista:

Para todos los médicos, enfermeras, matronas y nutricionistas que aspiren a especializarse en el manejo de la lactancia o en alguno de sus aspectos. Por lo general, un proveedor de este nivel pasará una gran proporción de su práctica tratando temas relativos a la lactancia.

Normalmente no se puede alcanzar este nivel durante el adiestramiento de pregrado o postgrado. Para alcanzar este nivel el profesional tiene que contar con una vasta experiencia clínica, estudios independientes y/o capacitación especializada posterior a la que proporcionan la mayoría de los programas para graduados o residencias, a menos que esos programas ofrezcan una especialidad en materia de manejo de la lactancia.

Los especialistas en lactancia podrán ser especialistas en la serie de temas comprendidos en el curriculum, o bien podrán concentrarse en un solo campo o en unos pocos campos, quedándose a un nivel más bajo en otros aspectos del manejo de la lactancia.

EJEMPLOS: Un nutricionista que trabaje en la unidad de cuidados intensivos neonatales cuenta con una vasta educación en materia de manejo de la lactancia (Nivel II) y puede ocuparse de una amplia gama de casos de lactancia sin complicaciones. Ha logrado obtener mayor experiencia, conocimientos y prácticas en la alimentación de bebés prematuros y goza de reconocimiento como experto (Nivel III) en ese campo.

Un neonatólogo puede alcanzar el Nivel III de conocimientos en la ciencia de la lactancia (Módulo A), pero puede que no se encargue del manejo clínico directo de casos (Módulo B). Tendrá también los conocimientos y la experiencia del Nivel III en el desarrollo de políticas (Módulo C) que sirven de apoyo a la lactancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Tenga en cuenta que los niveles dependen el uno del otro. El material del Nivel I es la base del Nivel II y el Nivel II lo es del Nivel III. En la mayoría de los casos, no se repite el material entre los niveles, por lo cual se debe referir al material del nivel anterior para tener una idea más completa.

A fin de ayudar al lector a coordinar el material de los niveles, todos los objetivos que abarquen el mismo material en los distintos niveles están agrupados dentro de la misma línea (véase "Resumen de los Objetivos" al principio de cada módulo). Por ejemplo, el tema de la nutrición durante la lactancia está en todos los niveles dentro del módulo B. Los objetivos B-I-8, B-II-8 y B-III-4, los que comprenden este tema, están agrupados en la misma línea para que pueda identificar la forma en que se distribuye este tema entre los tres niveles. Cada objetivo está identificado con el mismo número en el título correspondiente de la sección de los lineamientos. Por ejemplo, el material de los lineamientos para el objetivo B-II-8 se encuentra en el Módulo B, Nivel II, número 8.

Niveles de competencia que se aplican a nivel institucional: el enfoque de equipo

Se espera que el "equipo" o la "red" para el manejo de la lactancia de un establecimiento de atención perinatal de Nivel 3 esté en condiciones de proporcionar servicios de manejo de la lactancia de Nivel III en todos los aspectos comprendidos en este curriculum. En otras palabras, se espera que a través de la pericia *combinada* de los diversos protagonistas del equipo de salud, la institución en general tenga la capacidad de brindar una atención con los últimos adelantos de la técnica a las madres embarazadas y lactantes, así como a los bebés que se alimentan con leche materna. Para lograr este objetivo, algunos proveedores que abarquen las distintas disciplinas y subespecialidades que prestan servicios a las madres y a los niños tendrán que alcanzar el Nivel III de manejo de la lactancia dentro de sus campos, de neonatología a la nutrición materna. Por lo general esto no se logra tratando de concentrar los conocimientos y las aptitudes generales del

Nivel III en una persona o en unas pocas. Como ejemplo del tipo de profesional que tendrá que incluirse en el equipo o la red de especialistas, se puede citar al farmaceútico especializado en la transferencia de medicamentos a la leche materna y el terapeuta ocupacional que se especialice en alimentación (disfunción motora-oral). Las instituciones deberán estudiar el material del Nivel III e identificar lo que necesiten a nivel de personal docente para estar en condiciones de prestar una serie de servicios y capacitación en materia de manejo de la lactancia.

Lo mismo se aplica en el caso del Nivel II. Si bien es probable que un pediatra del consultorio no tenga los conocimientos y las aptitudes correspondientes al Nivel II, sus pacientes recibirán una atención de Nivel II a través de la pericia combinada de dicho pediatra, y el resto del equipo multidisciplinario sin tener que designar "especialistas" en lactancia para el control rutinario de esta última.

Los autores del presente documento han observado que es imposible proporcionar "atención de lactancia" solamente, como una disciplina aparte. Todos los aspectos de la atención de las mujeres embarazadas y lactantes, así como de los bebés, tiene algún efecto sobre la relación de alimentación con leche materna. Una persona especializada en el manejo de la lactancia no podrá compensar, de manera eficaz, la falta de conocimientos y aptitudes de los demás prestatarios de servicios de atención perinatal que haya en el grupo. Por definición, para que el manejo de la lactancia sea efectivo y eficaz en función del costo, requiere un enfoque integral de equipo que abarque a todo el personal de salud que esté en contacto con las madres y los bebés. La referencia a los especialistas en lactancia no puede compensar la atención que normalmente debe prestar el equipo de profesionales de atención primaria. Los especialistas pueden servir de apoyo en el caso de presentarse problemas poco comunes o complejos.

Los Módulos

El material del Capítulo 3 está dividido en módulos por tema. El Módulo A contiene la información teórica de las ciencias biológicas y sociales, como por ejemplo anatomía, fisiología, inmunología, bioquímica, psicología, sociología, epidemiología, etc., que constituye la base científica para el manejo de la lactancia. Los programas preclínicos se basarán en gran medida en esta sección, pero el material de esta sección también tiene que considerarse como la base al presentar las aplicaciones clínicas. El Módulo B contiene principios de práctica clínica y temas afines, y por lo general constituirá la mayor parte del componente de formación clínica. El Módulo C comprende el material relativo a las políticas, la práctica y los aspectos programáticos que tienen efectos sobre la lactancia. Aunque haya una inclinación a subestimar el material del Módulo C, según nuestra experiencia, estos temas y aspectos proporcionan a los estudiantes la perspectiva que les permite ser verdaderos profesionales y elaborar programas y prácticas que realmente funcionan.

Cuando se trata de un *curriculum basado en problemas*, es muy importante que combine el material afín de los Módulos A, B y C. A los programas de formación médica más tradicionales les resultará más fácil integrarlos, como ya está dividido en módulos separados, temas científicos básicos (Módulo A), aspectos clínicos y prácticos (Módulo B) y temas políticos y programáticos (Módulo C).

Es importante identificar el material de los tres módulos que sea pertinente para cualquier tema en particular. Por ejemplo, el Módulo A abarca el impacto de la lactancia sobre la fertilidad (información didáctica) y el Módulo B incluye las recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos (aplicaciones clínicas). Asimismo, el Módulo B comprende el manejo rutinario y

22

el Módulo C trata de las políticas y prácticas de un hospital modelo. En la medida de lo posible, hemos establecido referencias recíprocas para el material de los módulos, de manera que le resulte fácil ubicar el material pertinente en los demás módulos.

Ninguno de los módulos puede tratarse en forma independiente. Al integrar eficazmente el material de cada uno en un programa docente, el conjunto tendrá un mayor impacto que la suma de sus partes. Se podrá dar mayor énfasis y tratar con más profundidad cada módulo en función de las características de los estudiantes, el nivel de formación y las circunstancias del caso.

Cómo Seleccionar y Organizar este Material

Los lineamientos no están divididos en el equivalente de charlas o clases. Será necesario modificar el orden de los temas de acuerdo con las necesidades específicas de enseñanza. El agrupamiento de temas y el orden en que se ofrezcan podrá variar también de acuerdo con las características del público y la disponibilidad de tiempo.

La cantidad de detalles de la sección de los lineamientos no refleja necesariamente la cantidad de tiempo que se deberá dedicar a cada tema. Algunos temas se prestan más a esquemas detallados. Por ejemplo, muchos temas clínicos requieren una considerable práctica clínica, aunque los principios básicos son bastante simples y concisos cuando se presentan en el formato de un cuadro sinóptico. El Capítulo 2 y la sección de estrategias del Capítulo 3 sirven de guía con respecto al tiempo y a las técnicas requeridas para enseñar eficazmente el material. Tenga en cuenta que la mayoría del material comprendido en el Módulo B, Práctica, requiere práctica clínica además del material didáctico presentado en los esquemas.

La cantidad de tiempo que se dedique a los diversos temas de este documento variará en función de la disciplina que se esté enseñando. Los médicos obstetras residentes podrán dedicar más tiempo a las secciones relativas a la atención prenatal, los protocolos intraparto y los problemas de lactancia que se manifiestan en la madre, mientras que los médicos pediatras residentes podrán dedicar más tiempo a los temas orientados hacia la atención postparto de los bebés. Dado que el manejo de la lactancia abarca a la madre y al bebé, es necesario que ambos tipos de médicos residentes cubran el mismo material básico con un mayor o menor énfasis en diversas secciones.

Es importante destacar que, independientemente de la especialidad de uno, se deben cubrir los aspectos de lactancia que corresponden tanto a la madre como al bebé. La lactancia es un proceso en el que interviene la pareja lactante, y solo unos pocos aspectos de la lactancia (si los hubiere) pueden abordarse sin contar con un pleno conocimiento de *ambos* lados de la ecuación. A fin de prestar asistencia a la pareja lactante, el pediatra tendrá que examinar las mamas de la madre, así como el obstetra a veces tendrá que examinar los reflejos motora-orales del bebé. Las enfermeras de la unidad de maternidad y las nutricionistas perinatales tendrán que recibir capacitación en el cuidado del niño y de la madre (capacitación cruzada) a fin de estar en condiciones de atender a la pareja como una unidad funcional en vez de dos entidades separadas.

Cómo Organizar el Plan de Enseñanza

Una vez que se haya elegido el material del Capítulo 3 que se enseñará, se pueden utilizar los otros capítulos para elaborar el plan de enseñanza.

- Las estrategias generales para incorporar este material en los planes de estudio aparecen en el **Capítulo 2,** en donde se proporcionan ejemplos concretos de las experiencias de otras universidades.

- Los **Capítulos 4 y 5** incluyen el **material didáctico** específico, como por ejemplo folletos y estudios de casos. Los estudios de casos que se mencionan en la sección de estrategias del Capítulo 3 pueden encontrarse en el Capítulo 5.

- El **Capítulo 6** proporciona ejemplos de **cursos** y **actividades clínicas** que han preparado otras universidades.

- El **Capítulo 7** contiene formularios usados en la **clínica de lactancia** para pacientes ambulatorios de Wellstart que podrían resultar útiles para enseñar conocimientos clínicos, y desarrollar los servicios clínicos.

- El **Capítulo 8** sobre **estrategias de evaluación** incluye modelos de instrumentos para la evaluación de una amplia serie de servicios y programas de lactancia. Los **estudios de casos** del **Capítulo 5** y la **prueba de selección múltiple** del Capítulo 6E "Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD" pueden adaptarse también a los efectos de evaluación.

- El **Capítulo 9** contiene información relativa a **fuentes de información para materiales educativos** y demás información que podría resultar de interés al personal docente que enseñe manejo de la lactancia. Muchos de estos organismos también pueden consultarse con relación a una serie de temas tales como medicamentos que pueden utilizarse durante la lactancia sin correr riesgos, búsqueda de información publicada, etc.

  En el **Capítulo 9** aparece una lista de **Asociados de Wellstart** trabajadores de salud que han participado en el Programa Educativo del Manejo de la Lactancia en Wellstart International de todo el mundo. Muchos de los asociados están disponibles para consultas, clases o presentaciones, además de ofrecer una amplia gama de programas educativos, tanto formales como informales, sobre el manejo de la lactancia. Con todo gusto podrán compartir sus experiencias en el desarrollo de los servicios clínicos de lactancia y los programas educativos.

- El **Capítulo 10** contiene una extensa lista de **referencias** organizadas por temas. En este capítulo se puede encontrar la lista completa de las referencias clave identificadas en el Capítulo 3.

Capítulo 2

Cómo Integrar el Curriculum de Lactancia en los Programas Educativos

Cómo Integrar el Curriculum de Lactancia en los Programas Educativos

Cómo Evaluar lo que se Ofrece Actualmente 2-1

Cómo Agregar este Material a un Curriculum ya Completo 2-1

Cómo Evaluar la Eficacia de su Curriculum 2-11

Cómo Integrar el Curriculum de Lactancia en los Programas Educativos

Cómo Evaluar lo que se Ofrece Actualmente

Como primer paso en el desarrollo de un curriculum para el manejo de la lactancia, es conveniente evaluar qué es lo que ya se ofrece en la institución. Se ha elaborado un instrumento para ayudar a realizar esta evaluación. Nueve grupos de personal docente que participaron en el desarrollo de este documento realizaron pruebas piloto de la **"Evaluación de Curricula"** (véase el Capítulo 8B).

La experiencia de estos grupos de docentes indica que el tema de la lactancia puede ser tratado y es probable que ya se haya hecho parcialmente en una amplia variedad de clases y cursos. Al final del capítulo aparece una lista de algunos de estos cursos. Los lineamientos del contenido del Capítulo 3 pueden usarse como base de comparación para determinar cuán adecuado es lo que la institución ya ofrece.

Es importante que el personal docente que utilice este curriculum observe *directamente* lo que se ofrece actualmente para asegurarse de que el material sea correcto y esté presentado en una forma positiva y conveniente. A menudo, el contenido relacionado con la lactancia está desactualizado o fuera del contexto apropiado. Al no haber alguien que tenga un interés especial en este campo, durante años se utilizará el mismo material sin revisarlo. Por ejemplo, si se hace la presentación de la lactancia junto con el cáncer de mamas y los abscesos mamarios, en vez de hacerla con la anatomía y fisiología normales, transmite un mensaje distorcionado, especialmente al alumno principiante.

Además de generar una lista de clases que *ya incluyen* material relativo a la lactancia, es necesario generar una lista de las clases que *debieran* cubrir este material, pero que todavía no lo hacen. De esta forma puede comenzar a determinar qué clases deberían tener prioridad para la integración y/o revisión del contenido relativo a la lactancia materna. La fijación de prioridades normalmente dependerá más de la disponibilidad del personal docente con la preparación y/o motivación adecuadas que de la integración lógica y gradual del material. Según nuestra experiencia, el personal docente que no está familiarizado con este material a menudo aprecia la asistencia que le puedan ofrecer para actualizar los cursos y las lecciones, y reciben con agrado la oferta de colaboración ya sea a nivel clínico o preclínico.

Cómo Agregar este Material a un Curriculum ya Completo

A menudo se puede incorporar el material relativo a la lactancia en los planes de estudio sin alterar los cursos que ya existen. La actualización y el mejoramiento de los planes de estudios puede lograrse sin mayores dificultades mediante el reemplazo del material desactualizado, la reorganización del material en un contexto más apropiado y la sustitución del material de casos con los correspondientes ejemplos de lactancia.

En todos los planes de estudios preclínicos y clínicos, es necesario asegurarse de que el bebé alimentado con leche materna y la madre que amamanta se presenten como la norma y no como

27

la excepción. Cuando se analiza la evaluación del crecimiento del bebé, ¿se presentan datos sobre el crecimiento del bebé que se alimenta con leche materna? ¿Las instrucciones para los exámenes de mamas incluyen el examen de la mujer lactando y abordan las condiciones raras que tienen efectos sobre la lactancia? Durante la rotación en cirugía, ¿se analizan los aspectos relativos a las condiciones y cirugía de las mamas en el caso de una mujer que amamanta? ¿Se analizan las opciones para mantener la lactancia en el caso de cualquier tipo de cirugía? Independientemente de la disciplina que los profesionales de salud elijan en última instancia, ellos pueden influir en las posibilidades que la madre y el niño tengan para iniciar y/o continuar la lactancia. Por tanto, el manejo de la lactancia no puede cubrirse en un solo curso o en un curso electivo, sino que debe abordarse en todo el curriculum. A continuación se describen los campos específicos de intervención.

Cursos Científicos Básicos para Estudiantes de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Nutrición

Gran parte del material sobre los fundamentos científicos del manejo de la lactancia (Módulo A) puede integrarse fácilmente en los cursos científicos básicos que ya existen. Si el personal docente todavía no lo hace, o bien si no se siente preparado para hacerlo, pueden ofrecer materiales con información escrita, artículos, elementos pedagógicos, diapositivas y materiales del programa de estudios que abarquen el aspecto de la lactancia que más lógicamente se integraría en el curso. No es necesario que los profesores de ciencias básicas tengan conocimientos del manejo clínico de la lactancia. Por lo tanto, les resulta relativamente fácil adquirir los conocimientos y la información que necesitan para enseñar los temas relativos a la lactancia a través de los materiales escritos. El personal docente invitado, incluidos los profesores clínicos, también podrían enseñar secciones de estos cursos.

La Facultad de Medicina de la Universidad de New Mexico proporciona un ejemplo de la forma en que pueden incorporarse los temas de lactancia en los cursos científicos básicos en un curriculum basado en problemas. Las ventajas de la lactancia y la leche materna están cubiertas en el bloque del sistema gastrointestinal/organo de nutrición. En el bloque de Biología Reproductiva, se dedican dos horas de clase a la lactancia. Las secciones correspondientes a embriología y anatomía de este bloque abarcarán también la anatomía y el desarrollo de las mamas. Además del material cubierto durante las horas de clase, ambos bloques incluyen un caso de estudio dirigido que comprende el tema de la alimentación con leche materna. Cada caso de estudio dirigido requiere un total de cuatro horas para cubrir todos los puntos de enseñanza.

En los cursos científicos básicos para los estudiantes de medicina, enfermería, obstetricia y nutrición a nivel universitario básico, todo el material del Módulo A, Nivel I deberá cubrirse en forma mínima. El material del Módulo C, Nivel I sería adecuado para integrar con los cursos de ética, ciencias sociales y salud pública durante la formación universitaria básica de los estudiantes. La inclusión de materiales del Módulo B junto con material de los Módulo A y C ayuda a acrecentar el interés en las ciencias básicas mediante la demostración de aplicaciones clínicas.

Cursos Clínicos Preliminares y Rotaciones Clínicas Básicas (para los Estudiantes de Medicina y Médicos Residentes)

Estos cursos preliminares y las rotaciones básicas en obstetricia, pediatría y medicina familiar establecen las actitudes y los métodos básicos que tienen un efecto duradero, independientemente del campo en que los estudiantes hagan su práctica en última instancia. Las experiencias clínicas de los alumnos deberán evaluarse en combinación con el director de cada disciplina.

El objeto general de estos cursos clínicos es presentar a la madre lactante y a su bebé como la norma, así como presentar los conocimientos de evaluación de la lactancia como una parte normal de estas rotaciones. Esto implica otorgar la misma prioridad a la enseñanza de conocimientos sobre lactancia que a otros aspectos de la atención materna, y dedicar más tiempo a los aspectos de formación y evaluación en materia de lactancia que a otros medios de alimentación infantil. Es necesario identificar parejas lactantes para que sirvan como modelos en la enseñanza de conocimientos clínicos básicos. Los conocimientos necesarios para efectuar una evaluación física, un diagnóstico diferencial y un plan de atención pueden enseñarse usando las situaciones de manejo de la lactancia como ejemplos.

Durante estas rotaciones de conocimientos clínicos, se deberá analizar brevemente el Módulo A, Nivel I y cubrir el Módulo B, Nivel I en su totalidad. Un buen foro para este material sería un seminario para un pequeño grupo en el que se realice una breve presentación didáctica seguida por estudios de casos clínicos o trabajos con pacientes reales. Las conferencias podrán servir como complemento para este material.

Los ***estudios de casos, conferencias sobre casos clínicos y sociodramas*** sirven para incorporar el manejo de la lactancia en estos cursos clínicos básicos o rotaciones. Un caso de manejo de la lactancia puede servir como ejemplo de la función que se analiza en un curso que no trate específicamente la lactancia, por ejemplo, la intervención quirúrgica (que no sea cirugía de mamas) de una madre lactante o el tratamiento de problemas de medicina interna tales como trastornos de la tiroides materna de una mujer lactante. Los colegas de estas disciplinas podrán apreciar estas ideas y materiales nuevos. Los estudiantes pueden recibir temas para analizar en grupos pequeños, o bien los profesores pueden dirigir un análisis colectivo. Se ha comprobado que este tipo de integración constante es una forma eficiente de proporcionar información y desarrollar estas destrezas.

El material de los tres módulos de este curriculum puede abordarse en un solo estudio de caso (véase el Capítulo 5 para obtener ejemplos de estudios de caso). Este enfoque resulta especialmente interesante para las facultades que emplean una metodología pedagógica basada en problemas porque evita la necesidad de sesiones didácticas distintas sobre los fundamentos científicos y los aspectos de manejo clínico que se demuestran. En la Universidad de New Mexico, los estudios de caso, independientemente del sistema corporal o el bloque de temas en que se presenten, deben abordar los aspectos de biología, comportamiento y población del caso. De esta forma, los estudiantes aprenden a considerar una amplia gama de factores relacionados con los problemas de salud. Los casos de manejo de la lactancia, dado su carácter multidisciplinario, se prestan especialmente bien a este método.

Como parte del programa universitario básico de salud materno-infantil, la Escuela de Enfermería del Centro Médico de la Universidad de Kansas en Kansas City ha elaborado casos (sociodramas) que incluyen temas relativos a la lactancia. Estos casos son representados por

pares de estudiantes que desempeñan la función del paciente y del médico clínico en forma alternada. Para evaluar los conocimientos clínicos del estudiante se emplea ***una lista de 12 puntos sobre la atención postparto*** (Capítulo 5), la que incluye la evaluación de la lactancia.

Pacientes normalizados: Mediante el uso de actores capacitados para simular casos de pacientes reales, cada estudiante tiene la seguridad de estar expuesto y experimentar los temas más críticos del manejo de lactancia. Wellstart International, Southern Illinois University y la Universidad de New Mexico han usado esta estrategia con éxito. La ventaja de los pacientes normalizados respecto de los estudios de casos es que brindan la oportunidad de que los estudiantes practiquen sus conocimientos clínicos con la seguridad de que cada uno pase por una experiencia clínica completa y tenga la oportunidad de ocuparse del manejo de los aspectos específicos del caso. Además, para los profesores que son nuevos en este campo, las situaciones de los casos escritos y los pacientes normalizados ofrecen oportunidades didácticas seguras mientras se afianzan como docentes en este campo.

Las Experiencias Clínicas y las Rotaciones: El Manejo de los Pacientes Reales (Capacitación de Médicos Residentes, Enfermería Perinatal y Nutrición Materno-infantil)

En todos los casos clínicos y las rotaciones en los que se vean mujeres y/o bebés en condiciones prenatales, perinatales y postparto deberá incluirse el manejo de la lactancia como parte integral de la experiencia de rotaciones. Las rotaciones por la sala de los recién nacidos y postparto constituyen los puntos más obvios para incorporar conocimientos básicos del manejo de la lactancia. Las rotaciones por consultorios externos de pediatría ambulatoria, atención antenatal y clínicas de seguimiento también constituyen oportunidades ideales para demostrar los principios del manejo de la lactancia.

Las rotaciones por salas de atención antenatal habrán de incluir instrucción y ejemplos de una eficaz promoción de la lactancia y recomendaciones para brindar orientación al respecto. En las unidades de trabajo de parto y parto del hospital, las salas de postparto y las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) también se presentan oportunidades para abordar las necesidades de las madres y los bebés lactantes.

Algunas situaciones menos obvias, como por ejemplo las rotaciones por cirugía y radiología, brindan una oportunidad para mencionar las necesidades de la mujer lactante o el bebé alimentado con leche materna que requieren estos servicios. En el caso de los estudiantes de medicina y médicos residentes que no se especialicen en pediatría, obstetricia o medicina familiar, estas experiencias clínicas pueden usarse para demostrar la forma en que las parejas lactantes constituyen una parte de su población de pacientes. Por ejemplo, el médico residente de la sala de emergencia deberá aprender a tratar a una madre lactante con mastitis o a un recién nacido amamantado con ictericia; problemas que se presentan periódicamente en la sala de emergencia.

Rotaciones didácticas específicas sobre lactancia

Muchas de las instituciones docentes que participaron en las pruebas de campo de este documento integraron la información de los Módulos A y B para desarrollar sesiones didácticas breves seguidas por rondas de pacientes con un profesional de salud competente en el manejo de la lactancia (Universidad de Kansas, Kansas City y Universidad de Missouri, Kansas City). Las rotaciones de Nivel 1 por las salas de recién nacidos y parto brindan oportunidades excelentes

para incorporar esta actividad. Durante las rotaciones de unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se pueden destacar los temas especializados del manejo de la lactancia (Universidad de Arkansas, Universidad de California, San Diego (UCSD) y Universidad de Missouri). Estas actividades especiales generalmente tienen lugar en forma semanal en estos campos específicos, como parte de las sesiones normales de instrucción.

En la UCSD, Wellstart International ofrece una serie de cuatro sesiones una vez a la semana para el personal de pediatría, obstetricia y medicina familiar, así como para los estudiantes de medicina, en la rotación de la sala de recién nacidos (véase el Capítulo 6E para obtener el formato). El método combinado de instrucción didáctica y clínica en las habitaciones de los pacientes, por un total de seis horas, proporciona los conocimientos básicos y modelos clínicos. También se presentan los aspectos sociales y económicos. Como resultado de las sesiones, los participantes pueden evaluar una pareja lactante en lo que concierne a la eficacia de la amamantada, reconocer y tratar algunos problemas comunes de la lactancia y referir los otros en una forma adecuada. Parece como si la dedicación de estas horas representara el mínimo de capacitación didáctica y clínica que se necesita al nivel de médico residente. Las experiencias en los consultorios externos (pre y post natales) y en la unidad de cuidados intensivos neonatales son necesarias para complementar esta práctica. El material presentado para estos estudiantes es Nivel II, pero solo con esto no se adquieren los conocimientos clínicos del Nivel II. Junto con las rondas **diarias**, el trabajo clínico y atención a casos más complicados, se puede proporcionar una base para la capacitación de médicos residentes. Los estudiantes de medicina participan, pero solo logran una exposición parcial como consecuencia de horarios de rotación más reducidos, aunque pueden alcanzar el Nivel I de competencia en algunos aspectos.

En la Universidad de Arkansas, la rotación de Nivel I por la sala de recién nacidos incluye un componente general de manejo de la lactancia. Todos los médicos residentes que pasan por esta experiencia reciben alrededor de seis horas de material didáctico que cubre una amplia gama de temas sobre el manejo de la lactancia (veáse el Capítulo 6D para obtener un cuadro sinóptico de los temas). Cada médico residente recibe un manual que incluye esquemas de cada tema, listas de referencia, copias de artículos, folletos para los pacientes, protocolos, ilustraciones y otros elementos pedagógicos. En las rondas se integra la experiencia clínica con las parejas lactantes. Se dispone de una enfermera especialista en lactancia para ayudar a los residentes junto con el personal docente. Las experiencias clínicas y el material didáctico que comprendan el manejo de la lactancia de los bebés prematuros y la nutrición materna son opcionales para los residentes que estén especialmente interesados en estos campos. El componente de lactancia de esta rotación es muy bien recibido por los médicos residentes. Si bien resulta algo difícil incorporar este material en una rotación existente, el uso de estudios de casos, módulos interactivos para computadoras y sesiones grabadas puede facilitar el proceso. En la Universidad de Arkansas y la UCSD, una prueba preliminar de los conocimientos y actitudes ha servido de gran ayuda para la preparación de las sesiones en función de las necesidades de los médicos residentes. La prueba preliminar sirve también para interesar y motivar a los residentes, destacando los puntos débiles de los conocimientos y aptitudes.

La rotación por la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) requiere de dos a cuatro presentaciones adicionales sobre los temas relativos a la alimentación del bebé prematuro. Es necesario cubrir los aspectos científicos básicos y de manejo (Módulos A y B). Se deberá incluir en estas actividades a los becarios de atención neonatal, así como a los médicos pediatras residentes. Es probable que los becarios también necesiten seis horas básicas (que se describen en el párrafo anterior) si no han recibido ninguna capacitación anterior. Se deberá incluir el desarrollo de los protocolos/planes de alimentación para bebés enfermos y prematuros. Si algún

miembro del personal docente de neonatología no está preparado para asumir la dirección de este campo, se puede utilizar profesores invitados. Las enfermeras de atención neonatal también necesitan material didáctico y capacitación clínica para estar en condiciones de proporcionar esta atención y para contar con los contextos clínicos que complementan la capacitación neonatal, lo cual supone que se dispone de profesional del Nivel III para servir de guía en todos los aspectos de la capacitación y atención de este nivel de atención terciaria.

Clínicas de lactancia y servicios de consulta

La mayoría de las universidades que prestan servicios de lactancia a pacientes ambulatorios utilizan este servicio especializado con fines pedagógicos. Los programas de práctica para estudiantes de medicina o médicos residentes pueden ofrecer una rotación electiva u obligatoria en la clínica de lactancia, que brinda la oportunidad al estudiante de adquirir experiencia en el manejo de problemas de lactancia más complejos y variados que normalmente no se observan en situaciones normales de pacientes internados o en las visitas postparto que se hacen a la madre y al bebé. Esta experiencia es análoga con otras rotaciones de subespecialidades. Es probable que de una a tres sesiones sean suficientes. Se debe aclarar que se cuenta con el apoyo médico, si no hay uno presente, de manera que estas actividades especializadas no se consideren como la esfera de acción exclusiva de enfermeras y otros profesionales de salud. Se deberá incluir a los médicos residentes de obstetricia, pediatría y medicina familiar en estas experiencias especiales.

En la Universidad de Arkansas, se requiere una visita de medio día a la clínica de lactancia para pacientes externos, como parte de la rotación de la sala de recién nacidos. Los estudiantes de enfermería, nutrición y asistencia social rotan también por esta clínica, dando forma al enfoque multidisciplinario.

En el Children's Mercy Hospital de Kansas City, Missouri y el Centro Médico de la Universidad de Kansas, el grupo de manejo de la lactancia realiza consultas con los pacientes hospitalizados en varios servicios especiales, por ejemplo, pediatría general, trastornos renales, cardiología y cirugía. La oportunidad de observar estas consultas ha sido bien recibida por una gran diversidad de médicos residentes, estudiantes de medicina y otros profesionales de atención de salud.

Rondas Generales y Reuniones Clínicas

Casi todos los grupos que realizaron las pruebas piloto para este documento comenzaron sus actividades ofreciendo sesiones sobre temas relativos a la lactancia en rondas generales y reuniones clínicas. Estas sesiones sirven para motivar y sensibilizar a un gran número (a menudo interdisciplinario) de personal docente y estudiantes. También sirven para mantener a los profesores y alumnos informados acerca de las últimas actividades relacionadas con la lactancia que se llevan a cabo en la institución, así como los últimos adelantos en el campo del manejo de la lactancia. Muchos grupos han programado periódicamente rondas generales sobre el tema del manejo de la lactancia. Sin embargo, debe destacarse que ofrecer conferencias sin experiencia directa con pacientes u oportunidades clínicas **no** es suficiente para capacitar a los profesionales en este campo. Estas sesiones didácticas deberán ofrecerse en el contexto de un programa clínico general. Una o dos conferencias al año no tendrán un efecto importante sobre la práctica clínica, ni serán suficientes para preparar a los proveedores de servicios neonatales en el Nivel II.

Varios profesores han logrado incorporar casos sobre el manejo de la lactancia en el temario de las conferencias sobre casos que se ofrecen periódicamente, los análisis de morbilidad y

mortalidad, las conferencias para el análisis de pacientes y las actividades combinadas de enseñanza perinatal. Estos foros brindan la oportunidad de un intercambio de ideas entre colegas y críticas profesionales, con lo cual se aporta credibilidad académica y reconocimiento al manejo de la lactancia. En estas reuniones se pueden abordar, con mayor eficacia, los prejuicios, la información errónea y las prácticas de manejo que están reñidas con las prácticas recomendadas.

Proyectos

Los proyectos de estudiantes y las prácticas supervisadas por un profesor o un equipo de profesores con conocimientos y experiencia en el manejo de la lactancia, constituyen un medio para que los estudiantes que estén especialmente interesados en el manejo de la lactancia adquieran más experiencia y conocimiento. Los proyectos pueden constituir una tarea para un curso que ya exista o pueden ser un proyecto de estudio independiente. Los profesores de los cursos correspondientes deben tener conocimiento de la disponibilidad del personal docente con experiencia que pueda actuar en calidad de preceptor o supervisar los proyectos de los estudiantes en el campo de la lactancia. En la UCSD, se requiere un proyecto de estudio independiente para poder graduarse. Numerosos estudiantes desearon realizar proyectos en este campo. Estos proyectos pueden servir no solamente a los estudiantes quienes los realizan, sino también a las instituciones, proporcionándoles por ejemplo diagnósticos de las necesidades, evaluaciónes de los programas, o análisis de la calidad de los servicios.

Varias de las universidades que efectuaron las pruebas piloto para este documento observaron un alto nivel de interés entre los estudiantes y médicos residentes respecto de las actividades relativas al manejo de la lactancia (Universidad de New Mexico, Universidad de Arkansas, Universidad de Missouri, Kansas City y Southern Illinois University). Los proyectos han sido tan diversos como la preparación y enseñanza de clases prenatales para pacientes, la confección de solicitudes para becas y los subsidios para los proyectos relacionados con la lactancia, la participación en investigaciones y en la evaluación de las iniciativas y políticas nacionales relacionadas con la lactancia. Los programas de residencia médica que requieren o prestan apoyo a las actividades de investigación pueden invitar a los médicos residentes a concentrarse en este campo de la atención clínica como parte de sus proyectos de investigación.

Los proyectos de los médicos residentes o estudiantes de medicina también pueden constituir una parte necesaria de una rotación clínica. En la Universidad de New Mexico, se requiere un proyecto de manejo de la lactancia como parte de la experiencia clínica de seguimiento para los residentes de pediatría. Después de investigar un tema clínico, los residentes presentan los resultados a sus compañeros de curso. Los proyectos pueden incluir también el desarrollo de sesiones educativas para enfermeras, otros colegas o pacientes. De esta manera el estudiante puede transmitir el mensaje a otros públicos como parte de su experiencia educativa.

Estudio Independiente

En la Southern Illinois University se diseñó un ***módulo de autoestudio*** para la práctica de tercer año de obstetricia (véase el Capítulo 6B). El módulo consiste en tres ejercicios clínicos que deben estar aprobados, varias preguntas de estudio y el estudio de un caso. Según comentarios de Victoria Nichols-Johnson, MD, Profesora Adjunta y Jefe de la División de Obstetricia y Ginecología General, "había poco tiempo extra para que los estudiantes incluyeran más evaluaciones en su práctica, entonces se decidió elaborar un módulo que pudiera completarse en cualquier momento durante la rotación. Los estudiantes pueden realizar rondas con un consultor especialista en lactancia de manera que éstas se adapten a los horarios de las demás actividades

de práctica y dedican las horas que sean necesarias para completar estas rondas. En general los estudiantes han elogiado esta actividad, considerándola una de las mejores de la práctica. El estudio de un caso del módulo se cambia de vez en cuando para que no todos los estudiantes tengan el mismo."

En el Centro Médico de la Universidad de Kansas, Kansas City, está por terminarse la preparación de un ***módulo interactivo para computadora*** sobre el manejo de la lactancia. Este módulo usa un método de aprendizaje basado en problemas de un caso específico para demostrar las diversas cuestiones de manejo clínico y los principios científicos. Este tipo de módulo permite a los estudiantes practicar el manejo de los problemas clínicos en forma particular. La evaluación y el intercambio de ideas y comentarios forman parte integral del proceso de aprendizaje.

Los estudios de caso y los análisis dirigidos, según lo descrito anteriormente, también brindan una oportunidad para que los estudiantes adquieran conocimientos adicionales afuera del salón de clase, por medio de estudios independientes (tanto en forma individual como en grupo) necesarios para explorar el caso.

Cursos/Clases Adicionales sobre el Manejo de la Lactancia

Los cursos sobre el manejo de la lactancia pueden ofrecerse a estudiantes de una sola disciplina o a un público multidisciplinario. Las clases multidisciplinarias se benefician con el gran intercambio de ideas y perspectivas en un campo que se presta a un enfoque multidisciplinario de la atención. Por ejemplo, el Módulo C de este curriculum se presta especialmente para un grupo multidisciplinario. Por otra parte, los cursos destinados a una sola disciplina pueden ahondar más fácilmente en temas y conocimientos clínicos más especializados. La Universidad de Kansas en Kansas City ofrecerá un curso electivo vía satélite a los estudiantes de diversas disciplinas pertenecientes a varias universidades cercanas. Los estudiantes de los distintos institutos verán una transmisión en vivo de las sesiones con un formato interactivo. Podrán formular preguntas entre ellos y directamente al instructor. Antes de ofrecer el curso se realizó una encuesta del personal docente con el objeto de evaluar la demanda de estudiantes y el horario preferido. El curso consistirá en un total de 16 horas didácticas a ofrecerse los fines de semana o durante recesos entre las sesiones de los cursos, a fin de no interferir con otros. Se incluirán experiencias clínicas y se programarán por separado para los profesionales de salud de las disciplinas clínicas.

En el Children's Mercy Hospital de la Universidad de Missouri en Kansas City se organizó un *seminario de cuatro horas* para los médicos residentes del tercer año. Los temas abarcaron la lactancia e ictericia, la lactancia y los medicamentos, la nutrición materna y el manejo clínico de los problemas de lactancia. Se mostraron elementos relacionados con la lactancia, como por ejemplo bombas y protectores, y había un consultor especialista en lactancia para responder a las preguntas. Se mostró un video sobre el manejo de la lactancia y se brindó la oportunidad de adquirir experiencia directa en una clínica de lactancia o en salas de postparto. Este programa fue muy bien recibido por los residentes y continúa ofreciéndose a cada grupo. Dado la limitación del tiempo disponible para cada grupo de residentes, el seminario vespertino o el formato del "minicurso" resultó ser el más práctico. La única queja de los residentes fue que querían más información. Los residentes del tercer año elogiaron tanto el programa que los residentes de primero y segundo año estaban interesados en ser incluidos. Las recomendaciones y comentarios resultaron ser la mejor forma de publicidad.

Si bien hay una gran demanda de cursos de manejo de la lactancia, si éstos fueran electivos y opcionales, podría ser difícil atraer estudiantes. Es preferible que estos cursos sean obligatorios para todos los estudiantes, o al menos para los que elijan una especialidad o concentración relacionada con la atención materno-infantil.

Programas de Enfermería - Consideraciones Especiales

Las escuelas de enfermería debieran ofrecer experiencias didácticas y clínicas que proporcionen conocimientos de Nivel I a todos los estudiantes, lo cual se logrará si se modifican los actuales cursos, los requisitos clínicos y las experiencias. Consulte las secciones anteriores para obtener ideas y sugerencias específicas.

Las enfermeras que se encargan de la atención perinatal se capacitan cada vez más para atender a las madres y a los bebés empleando una metodología centrada en la familia. Estas personas debieran contar con conocimientos del Nivel II en lo que respecta al manejo de la lactancia. Según nuestra experiencia, para lograrlo es necesario un mínimo de ocho horas de información didáctica y otras ocho de práctica clínica guiada -- rondas, clínica de lactancia, experiencia con compañeros, etc. La lista deberá incluir conocimientos sobre lactancia como requisito para trabajar en este campo. Las instituciones deberán incluir esto como parte del programa de orientación para enfermeras, **independientemente de su experiencia anterior.** Las metas son coherencia y excelencia en la práctica. Se podrán emplear videos y módulos de autoestudio como parte de esta capacitación.

Las instituciones deberán ofrecer, semestralmente, cursos de actualización sobre el manejo de la lactancia de cuatro a ocho horas de duración cada uno. Algunas instituciones han observado que se trata de algo lucrativo cuando los ofrecen a la comunidad.

Un comité de lactancia formado por enfermeras con un avanzado nivel de conocimientos y aptitudes en este campo constituye una adición valiosa en la formación de enfermeras y el mantenimiento de la excelencia en la práctica. El grupo sirve para aconsejar, resolver problemas y supervisar el cumplimiento de las normas y prácticas.

***No* somos de la opinión de que todos los pacientes de lactancia sean vistos por un consultor o especialista en lactancia.** Creemos que un programa institucional coherente contempla la formación de las enfermeras perinatales, para que se trate de una atención rutinaria y no derivada. Se debe contar con una especialista para que se ocupe de los problemas **difíciles**, formule sugerencias adicionales y proporcione en forma continua información actualizada para mejorar los conocimientos y las aptitudes. También se deberá contar con una persona especializada o un equipo que, en conjunto, sea competente a Nivel III para efectuar consultas especiales que estén fuera del alcance de la unidad perinatal.

Para garantizar la continuidad de la atención, recomendamos que las enfermeras encargadas de la atención domiciliaria, las que atiendan a pacientes externos de pediatría y medicina familiar y las de salud pública que presten servicios directos en este campo reciban una capacitación comparable y adquieran conocimientos y aptitudes de Nivel II en materia de manejo de la lactancia. Las enfermeras que atiendan a pacientes externos de obstetricia deberán recibir la misma capacitación didáctica, pero se deberá modificar el componente clínico para poner énfasis en la orientación y evaluación prenatal, la motivación del paciente y otros aspectos de particular importancia para su esfera de práctica.

Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales necesitan capacitarse en el manejo de la lactancia de una manera que responda especialmente a sus necesidades. Alrededor de cuatro horas de formación didáctica adicional y otras cuatro de práctica clínica deberá ser lo mínimo (además de la capacitación básica perinatal). Normalmente se necesita una dotación especial de enfermeras con más experiencia en el manejo de la lactancia en cada unidad de atención terciaria para poder asegurar un alto nivel de atención, y para ser un recurso para la enfermera primaria de los bebés enfermos o prematuros. Los protocolos y planes de atención de dicha unidad deberán ser lo suficientemente detallados para asegurar un método uniforme y coherencia en la planificación. Es fundamental que haya un fuerte vínculo entre la enfermería y la medicina en torno a este tema para que tenga éxito. Los conocimientos y las aptitudes del manejo de la lactancia del Nivel III deben estar disponibles en el nivel de atención terciaria.

Programas de Nutrición y Dietética - Consideraciones Especiales

En los cursos básicos necesarios para poder calificarse como dietista o nutricionista, se presentan varias oportunidades para la integración del manejo de la lactancia (se citan ejemplos al final del capítulo). Además, deberá ofrecerse un curso electivo que comprenda el manejo de la lactancia para los estudiantes que tengan intenciones de practicar en algún campo de la salud materno-infantil. En todos los programas de nivel universitario básicos habrán de dictarse cursos que proporcionen suficiente preparación en los temas de nutrición materna y alimentación infantil; la lactancia deberá constituir una gran proporción del material a cubrirse en estos dos temas. Todos los graduados deberán alcanzar un Nivel I de competencia y quienes tengan intención de especializarse en salud materno-infantil deberán adquirir conocimientos del Nivel II sobre el manejo de la lactancia.

Todos los estudiantes de nutrición deberán visitar clínicas prenatales, clínicas pediátricas para pacientes externos, unidades de terapia intensiva neonatal (NICU) y unidades de postparto durante su práctica interna y experiencias en el terreno. Las rotaciones, tanto por el hospital como por la comunidad, brindan oportunidades para realizar observaciones de estos casos. Los preceptores, si no cuentan con los conocimientos y las aptitudes, pueden disponer lo necesario para que una persona especializada presente y analice los principios de manejo de la lactancia en estas situaciones.

La Universidad de Arkansas, la Southern Illinois University, Case Western Reserve University (CWRU), la Universidad de Missouri en Kansas City y la Universidad de Kansas proporcionan modelos de la forma en que se puede incorporar el manejo de la lactancia en los programas de capacitación en dietética, por medio de cursos didácticos y práctica clínica. En la Universidad de Missouri, se ha integrado el manejo de la lactancia en la rotación de pediatría para los estudiantes del Programa Coordinado para Estudiantes Universitarios Básicos (CUP) y la práctica interna de dietética. La mitad de la práctica se realiza en lugares de la comunidad y la otra mitad en situaciones (clínicas) del hospital. Cuando la rotación coincide con la capacitación en el lugar de trabajo para las enfermeras del hospital (8 horas clínicas y didácticas), se invita a los estudiantes de dietética y a los internos a participar. Todos los estudiantes tienen oportunidad de observar el material clínico y didáctico y usar videos para acrecentar la práctica. En CWRU, el material didáctico de manejo de la lactancia se incluye en la serie de pediatría para estudiantes de dietética, y todos los estudiantes tienen oportunidad de practicar el manejo de la lactancia clínica durante sus rotaciones de cuatro semanas por el hospital. Se asignan lecturas obligatorias en materia de manejo de la lactancia, y se da una prueba preliminar y otra posterior que cubren la lactancia y ayudan a asegurar que los estudiantes terminen con las actividades

requeridas. Se ofrecen cursos electivos a los estudiantes que han alcanzado el nivel de graduados que tengan interés especial en la materia.

Cómo Evaluar la Eficacia de su Curriculum

Es importante incorporar una evaluación constante de las actividades educativas y revalorar los métodos en forma periódica. A continuación aparece una lista de las estrategias posibles para la evaluación de la eficacia de los planes de estudios. (En los Capítulos 5, 6E y 8 hay más información sobre la evaluación de los conocimientos y aptitudes que los estudiantes han obtenido a través de sesiones y cursos individuales).

a. Volver a realizar la **"Evaluación de Curricula"** (véase el Capítulo 8B) y compararla con el punto de referencia.

b. Solicitar a los estudiantes que llenen los **formularios de evaluación del curso o sesión** (véase el Capítulo 8E) en las clases en que se trate el material sobre lactancia. Asegurarse de que la satisfacción del curso no constituya el único criterio de la evaluación. Incluir alguna forma de evaluación de los conocimientos y aptitudes.

c. **Análisis de los expedientes médicos:** Evaluar la idoneidad de la documentación en función de los estudiantes/participantes en seminarios de exámenes de mamas, intención de amamantar de la paciente, oportunidad en que se inicia la lactancia, planes de dar de alta a la paciente, etc. En muchos casos esto puede realizarse bajo los auspicios de los programas de garantía de la calidad. Al incluir el manejo de la lactancia en el desarrollo de "Los caminos críticos de la atención," estas evaluaciones externas proporcionarán información evaluativa al personal docente y a los estudiantes. Como parte de este proceso, o en forma separada, los profesores pueden efectuar análisis de casos en forma individual o con grupos durante las conferencias sobre casos. Habrá de incluirse el control de situaciones problemáticas y casos que presenten más dificultades. Las experiencias en las salas postparto y la práctica de continuidad brindan una buena oportunidad para realizar análisis de los expedientes médicos del manejo de la lactancia como parte integral de una práctica compleja (es decir, real y multifacética). Los expedientes médicos de la sala de emergencia y las clínicas-consultorio constituyen también buenas oportunidades para observar si se tienen en cuenta los aspectos del manejo de la lactancia, abordándolos e integrándolos a la atención general.

   En la UCSD, un informe mensual de morbilidad y mortalidad analiza a todos los neonatos que vuelven a internarse en el hospital. En todos los casos que implican dificultades de alimentación con leche materna, el comité de lactancia efectúa un "análisis de práctica" para comprobar si estas dificultades, y por lo tanto la reinternación del bebé, podrían haberse evitado.

d. **Encuesta de graduados**: Efectuar una encuesta entre los graduados, preguntándoles si recuerdan cuánta capacitación recibieron, cuántas horas tienen de manejo de la lactancia en la práctica actual, pidiéndoles que autocalifiquen el nivel de conocimientos que tienen en materia de manejo de la lactancia, los conocimientos de los recursos locales para realizar recomendaciones, la importancia y el interés que el tema tiene en su opinión, etc. Compartir estos resultados con el personal docente y los estudiantes actuales.

e. **Encuesta del personal docente:** Además de lo comprendido por la evaluación de curricula (Capítulo 8B), se puede realizar una encuesta entre el personal docente en relación con las experiencias que han tenido al enseñar el tema: la suficiencia de los recursos y el tiempo, el interés de los estudiantes, la aplicabilidad, etc.

Véase el Capítulo 8 para obtener más información específica sobre el desarrollo de una estrategia de evaluación.

En general, estas estrategias destacan la importancia de emplear las situaciones educativas tradicionales para concentrarse en el aprendizaje científico y clínico de los temas relativos a la lactancia, los que deben tener una importancia fundamental dentro de la atención perinatal. Se deberá evitar toda aquella actividad que sea periférica, o solamente electiva, o que no tenga una importancia central para todos los miembros del equipo de atención perinatal.

Ejemplos de Cursos que Deben Contener Temas Relativos a la Alimentación con Leche Materna o Lactancia

Facultad de Medicina

Anatomía
Cursos de Ciencias del Comportamiento
Bioquímica
Medicina Familiar - Curso principal
Rotaciones de medicina familiar
Medicina interna - Curso principal
Introducción a la medicina clínica
Salud materno-infantil
Genética médica/Biología del desarrollo
Microbiología
Nutrición
Obstetricia - Curso principal
Rotaciones de obstetricia
Patología
Pediatría - Curso principal
Rotaciones de pediatría
Farmacología
Fisiología
Salud Pública/Medicina de la comunidad
Subespecialidades de internos
Cirugía - Curso principal

Enfermería y Obstetricia

Anatomía
Atención preparto
Problemas clínicos
Ginecología
Promoción y evaluación de la salud durante toda la vida
Crecimiento y desarrollo del bebé
Módulos intraparto/postparto/recién nacidos
Atención materno-infantil - Comunidad (Clínicas de atención ambulatoria)
Atención materno-infantil - Hospital
Enfermería materno-infantil
Práctica materno-infantil
Enfermería para servicios de maternidad
Enfermería para servicios de obstetricia
Evaluación física
Fisiología
Atención de la salud femenina

Residencias Médicas: Obstetricia, Pediatría, Medicina Familiar

Rotaciones ambulatorias
Clínicas de seguimiento
Clínicas de obstetricia de alto riesgo
Servicios de trabajo de parto y parto
Sala de neonatos — Nivel I
Rotaciones de la sala de cuidados intensivos para neonatos
Servicios de perinatología
Clínicas prenatales

Otras Oportunidades

Conferencias sobre casos
Conferencias sobre casos de seguimiento
Cursos/clases electivos
Rondas generales
Estudios independientes/módulos de aprendizaje
Rondas de lactancia
Proyectos para estudiantes de medicina y médicos residentes
Conferencias sobre morbilidad y mortalidad
Conferencias realizadas al mediodía
Preceptorías
Seminarios para estudiantes
Grupos de estudio/Clubes de lectura de revistas
Grupos de estudio dirigido/Módulos de aprendizaje basado en problemas

Nutrición

Cursos básicos de nutrición
- Nutrición en la comunidad
- Cursos electivos de salud materno-infantil
- Nutrición general
- Ciclo vital
- Educación en nutrición
- Dietética terapéutica/clínica

Ciencias básicas:
- Bioquímica
- Fisiología/biología

Pasantías o prácticas:
- Rotación de nutrición en la comunidad
- Alimentación de lactantes y niños
- Nutrición materna
- Rotación de obstetricia (pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios)
- Rotación de pediatría (pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios)

Capítulo 3

Objetivos, Lineamientos, Estrategias y Referencias Clave

Objetivos, Lineamientos, Estrategias y Referencias Clave

Módulo A
Resumen de Objetivos 3-1
Nivel I 3-3
Nivel II 3-9
Nivel III 3-17

Módulo B
Resumen de Objetivos 3-25
Nivel I 3-29
Nivel II 3-39
Nivel III 3-59

Módulo C
Resumen de Objetivos 3-69
Nivel I 3-71
Nivel II 3-73
Nivel III 3-77

Indice para el Capítulo 3 3-81

Módulo A: Base Científica

Objetivos

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
Discutir, en forma general, resultados de las ciencias básicas y sociales de la lactancia:	***Aplicar los resultados de las ciencias básicas y sociales al manejo de la lactancia:***	***Criticar los resultados de las ciencias básicas y sociales y evaluar su relevancia al manejo clínico:***
1. Describir las ventajas de la lactancia materna para el niño. (3-3)	1. Describir las propiedades únicas de la leche materna para el bebé. (3-9) 2. Describir las ventajas de la leche pretérmino para el bebé pretérmino. (3-10)	1. Discutir detalladamente los componentes de la leche materna y sus funciones. (3-17) 2. Describir detalladamente la adecuación de la leche pretérmino para el bebé pretérmino. (3-17)
2. Describir las ventajas de la lactancia para la madre. (3-4) 3. Describir las ventajas de la lactancia materna para la comunidad en general. (3-5)	3. Resumir el impacto de la lactancia sobre el estado nutricional materno. (3-11) 4. Discutir los efectos de la lactancia sobre la fertilidad. (3-11)	3. Revisar críticamente la literatura actual sobre el impacto de la lactancia en el estado de salud materno. (3-19) 4. Discutir investigaciones actuales y controversias relacionadas con la infertilidad de la lactancia. (3-19)
4. Identificar las estructuras mamarias involucradas en la producción y eyección de la leche. (3-5)	5. Dibujar las estructuras anatómicas del seno materno. (3-12) 6. Describir los cambios estructurales en el seno durante el embarazo y la lactancia. (3-12)	5. Describir el desarrollo normal y anormal del seno desde la vida fetal, durante la lactancia e involución. (3-20)

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTA: Estos objetivos describen lo que el estudiante puede hacer y entonces deben empezar con la frase, "El estudiante estará en capacidad de..."

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
5. Describir el proceso de la producción y eyección de la leche. (3-6)	7. Describir la fisiología de la producción y eyección de la leche, e involución mamaria. (3-12)	6. Describir la síntesis de la leche materna a nivel celular. (3-20)
6. Describir la forma en que el proceso de succión al seno se diferencia del proceso de succión con biberón. (3-6)	8. Describir el desarrollo anatómico y la fisiología del proceso de succión. (3-13)	7. Describir factores funcionales y estructurales relacionados con disfunción motora-oral. (3-21)
7. Describir en términos generales el impacto de la nutrición materna sobre la lactancia. (3-6)	9. Describir el impacto específico de la dieta materna y el estado nutricional sobre la cantidad y calidad de la leche producida. (3-14)	8. Revisar con sentido crítico la literatura actual referente al impacto que tiene la nutrición materna sobre la lactancia. (3-22)
8. Describir el patrón de crecimiento del bebé amamantado. (3-7)	10. Resumir los conocimientos actuales sobre los parámetros de crecimiento normal para el niño amamantado. (3-14)	9. Analizar la literatura científica sobre el crecimiento del bebé y su aplicabilidad a los bebés amamantados. (3-23)
9. Describir el impacto relativo de la edad, etnia, estado socioeconómico y región geográfica sobre las tasas de lactancia en su país. (3-7)	11. Identificar fuentes de datos locales sobre tendencias de la lactancia. (3-15)	10. Identificar e interpretar tendencias nacionales e internacionales de la incidencia y duración de la lactancia. (3-23)
10. Identificar factores culturales y psicosociales que tienen impacto sobre las tasas de lactancia. (3-7)	12. Describir las formas en las cuales las creencias culturales, influencias sociales y prácticas comunitarias tienen impacto sobre la lactancia en la comunidad local. (3-15)	11. Criticar e interpretar la investigación sobre aspectos culturales y psicosociales de la lactancia. (3-24)

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTA: Estos objetivos describen lo que el estudiante puede hacer y entonces deben empezar con la frase, "El estudiante estará en capacidad de..."

Módulo A: Base Científica

Nivel I

***Objetivo 1:** Describir las ventajas generales de la lactancia materna para el niño.*

1.0 VENTAJAS PARA EL NIÑO

1.1 La química única de la leche humana:

a. calostro

b. leche madura

1.2 Nutrición Infantil

a. Fluido dinámico (cambio en contenido nutricional de manera que cubra las necesidades de un bebé en crecimiento).

- Suero: proporción de caseína
- Vitamina A/caroteno
- Carbohidratos: lactosa
- Otros, por ej., proteínas, grasas, etc.

b. Digestibilidad/absorción óptima de los nutrientes

c. Proteínas

- No alergénicas
- Proporción alta de suero a caseína
- Baja concentración; menos trabajo renal.
- Equilibrio óptimo de aminoácidos (ejemplo taurina y carnitina
- Nucleótidos (desarrollo neurológico)

d. Grasas (lípidos)

- Proporción de grasas poli-insaturadas a saturadas
- Acidos grasos omega-3 (desarrollo cerebral/función de la retina)
- Colesterol

e. Aumento en la disponibilidad de algunos minerales.

- Hierro
- Zinc

1.3 Adaptabilidad al medio ambiente

a. Protección contra las enfermedades infantiles más comunes.

- Gastrointestinal
- Respiratorias

Estrategias:

- Lluvia de ideas: Pedir a las participantes que hagan una lista de las ventajas de la lactancia materna; elaborar una lista de las ventajas de la lactancia materna; Preparar una discusión sobre la fisiología/efecto de cada una.
- Utilizando precios locales calcular el costo de alimentación con fórmula de un bebé de 3 meses durante un mes. Considere el costo de los otros artículos relacionados como biberones y mamilas.
- Evaluar el tiempo de preparación del biberón.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Cunningham AS (1991) (secc. 30a) "La Lactancia y el Medio Ambiente" (page 4-31).

- Otitis media
- Otras

b. Protección contra eczemas y alergias a alimentos.

c. Protección contra enfermedades crónicas con bases inmunológicas

1.4 Desarrollo psicosocial

1.5 Otros

a. Promueve la salud dental (previene la maloclusión)

b. Protege contra la enterocolitis necrotizante (en prematuros)

c. Optimiza el desarrollo cerebral/Coeficiente de Intelegencia (CI) (en prematuros)

d. Disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante

e. Mejora el efecto de las vacunas

1.6 Riesgos asociados con la alimentación con biberones/fórmula/leche de vaca

a. Muy diluida/poco diluida

b. Contaminación

c. Reducción en el contacto madre-bebé

d. Caries dental

e. Obesidad

f. Alergias

g. Puede impedir la articulación de lenguage, tono maxilofacial

h. Otros

***Objetivo 2:** Describir las ventajas de la lactancia para la madre.*

2.0 VENTAJAS PARA LA MADRE

2.1 Físicas

a. Involución del útero

b. Protección contra algunos cánceres

c. Pérdida/distribución de peso

2.2 Psicosociales

2.3 Comodidad

2.4 Economía

2.5 Intervalo entre embarazo espaciamiento de los niños.

Estrategias: (las mismas que se encuentran con el Objetivo 1.)

Referencias: (las mismas que se encuentran con el Objetivo 1.)

***Objetivo 3:** Describir las ventajas de la lactancia materna para la comunidad en general.*

3.0 VENTAJAS PARA LA COMUNIDAD EN GENERAL

3.1 Protección del medio ambiente (véase "Lactancia y el Medio Ambiente" página 4-31) la lactancia materna representa

a. La leche materna representa la conversión más eficiente del material vegetal a un alimento de alto contenido protéico ideal para el bebé.

- Ahorra energía
- Conserva la tierra, el agua y otros recursos naturales

b. La leche materna es un recurso renovable: reduce los desechos y las contaminaciones

3.2 Reduce el crecimiento poblacional.

3.3 Seguridad alimentaria

3.4 Económicas

a. Más económica que la fórmula/otros substitutos

b. Aumento en la productividad laboral

3.5 Social

Estrategias: (las mismas que se encuentran con el Objetivo 1.)

Referencias: (las mismas que se encuentran con el Objetivo 1.)

***Objetivo 4:** Identificar las estructuras mamarias involucradas en la producción y eyección de la leche.*

4.0 DESARROLLO Y ANATOMIA GENERAL DEL SENO MATERNO

4.1 Tejido mamario

a. Alveolos

b. Estructuras ductales

4.2 Estructuras de sosten

a. Células mioepiteliales

b. Células grasas

4.3 Estructuras externas

a. Aréola, glándulas de Montgomery

b. Pezón

c. Piel

Estrategia:

- Pedir a los participantes que dibujen y nombren las estructuras del seno materno.

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1994) cap. 2 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 5:** Describir el proceso de la producción y eyección de la leche.*

5.0 LA PRODUCCION Y EYECCION DE LA LECHE

5.1 Efectos físicos y psicológicos de las hormonas maternas

a. Prolactina

b. Oxitocina

c. Estrógeno

d. Progesterona

5.2 Reflejos del amamantamiento

a. Producción de leche

b. Eyección de leche

c. Oferta y demanda

d. Reflejos del niño

- Búsqueda
- Succión

Estrategia:
- En pares, juegan el papel del "clínico" explicando el proceso de la producción y eyección de la leche a la "madre."

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1994) cap. 3 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 6:** Describir la forma en que el proceso de succión al seno se diferencia del proceso de succión con biberón.*

6.0 EL PROCESO DE SUCCION INFANTIL

6.1 Estructuras orales

a. Paladar

b. Lengua

c. Mandíbula

6.2 Proceso de succión

a. Al seno

b. Con biberón

Estrategia:
- En pares juegan el rol de "clínico" que explica a la "madre" la diferencia entre el proceso de succionar al seno versus biberón.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1989) (secc. 21a)
Riordan J (1993) pág. 99 (Textos Comprensivos)
Weber F (1986) (secc. 11)

***Objetivo 7:** Describir en términos generales el impacto de la nutrición materna sobre la lactancia.*

7.0 IMPACTO DE LA NUTRICION MATERNA SOBRE LA PRODUCCION Y CALIDAD DE LA LECHE

7.1 Balance energético en la madre

7.2 Ingesta de proteínas.

7.3 Estado/ingesta de vitaminas y minerales en la madre.

7.4 Ingesta de líquidos.

Estrategia:
- Lluvia de ideas: pida a los (las) participantes que hagan una lista de los componentes sobre los que influye la dieta materna y su grado de influencia. Aclare conceptos erróneos a través de una discusión. -Discuta el impacto de la información nutricional antes del parto sobre la decisión de amamantar.

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Worthington-Roberts B (1993) pág. 333-343 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 8:** Describir el patrón de crecimiento del bebé amamantado.*

8.0 PATRON DE CRECIMIENTO DEL BEBE AMAMANTADO

8.1 Las gráficas/guías de crecimiento actuales están basadas en bebés alimentados con fórmula

8.2 Los patrones de los bebés amamantados pueden ser distintos

Estrategia:
- Estudio de Caso #14: Patrones de Crecimiento

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Dewey KG (1992) *Pediatrics* (secc. 4b)

***Objetivo 9:** Describa el impacto relativo de la edad, etnia, estado socioeconómico y región geográfica sobre las tasas de lactancia en su país.*

9.0 TENDENCIA BASICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN SU PAIS

9.1 Definiciones de lactancia materna

a. Completa
- Exclusiva
- Casi exclusiva

b. Parcial
- Alta
- Mediana
- Baja

c. Simbólica

9.2 Tendencias históricas

9.3 Tendencias demográficas

a. Edad

b. Etnia

c. Estado socioeconómico

d. Región geográfica

Estrategia:
- Comparar las tasas de lactancia materna en las propias instituciones o comunidades con los datos regionales de su país.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Hill PD (1991) (secc. 10)
Labbok M (1990) (secc. 10)
Simopoulos AP (1984) (secc. 10)

***Objetivo 10:** Identificar factores culturales y psicosociales que tienen impacto sobre las tasas de lactancia.*

10.0 REFERENCIAS CULTURALES Y PSICOSOCIALES

10.1 Roles y percepciones de la mujer y la lactancia

Estrategias:
- Estudio de Caso #40: La Madre que Trabaja

10.2 Seguridad sicológica (trabajo: lactancia)

10.3 Creencias y prácticas relacionadas con la alimentación infantil.

10.4 Estructura familiar, redes sociales y sistemas de apoyo.

10.5 Fuerza de trabajo y economía - marco legal

10.6 Estrés físico y psicológico

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

Kurinij N (1988) (secc. 10)
McLorg PA (1989) (secc. 16)
Morse JM (1989) (secc. 16)
Rassin DK (1984) (secc. 16)
Weller S (1986) (secc. 16)

Módulo A: Base Científica

Nivel II

***Objetivo 1:** Describir las propiedades únicas de la leche materna para el bebé.*

1.0 PROPIEDADES UNICAS DE LA LECHE MATERNA

1.1 Origen de los componentes de la leche

a. Plasma

b. Síntesis en la glándula mamaria

c. Del plasma y la glándula mamaria

1.2 Composición/función de los nutrientes comparados con los sucedáneos de la leche

a. Energía

b. Proteína/aminoácidos

c. Acidos grasos

d. Carbohidratos

e. Vitaminas

f. Minerales

1.3 Componentes anti-infecciosos

a. Células

b. Anticuerpos/inmunoglobulinas

c. Protección no inmunológica

- Enzimas (lisozima y lipasas)
- Lactoferrina
- Ácidos grasos de cadena larga, monoglicéridos
- Polisacáridos, glicoproteínas

1.4 Otras propiedades bioactivas

a. Factor bífido

b. Otros factores de crecimiento

c. Hormonas

d. Enzimas (papel en la digestión y protección del componente celular)

e. Otras

1.5 Agentes antiinflamatorios

Estrategia:
- Debatir la proposición: "La alimentación con biberón es similar a la lactancia materna para niños normales"

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Goldman A (1993) (secc. 30f)
Haffejee IE (1990) (secc. 30e)
Halken S (1992) (secc. 30b)
Howie PW (1990) (secc. 30f)
Huffman SL (1990) (secc. 30e)
Institute of Medicine (1991) pág. 152-153 (Textos Comprensivos)
Kuzela AL (1990) (secc. 30h)
Lawrence RA (1994) cap. 4, 5, 6, 16, y 18 (Textos Comprensivos)
Minchin M (1993) (secc. 30a)

1.6 Propiedades antialergénicas

1.7 Procesos específicos que son modificador por los componentes de la leche

a. Desarrollo cerebral

b. Metabolismo

c. Estado endocrino

d. Desarrollo gastrointestinal

1.8 Cambios en la composición de la leche durante la lactancia

a. Durante la amamantada

b. En el transcurso del día

c. Tiempo después del parto

d. Edad gestacional al momento del parto

1.9 Variaciones en la composición/propiedades entre mujeres (véase el Módulo A-II, 9.0)

Objetivo 2: Describir las ventajas de la leche pretérmino para el bebé pretérmino.

2.0 VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA PRETERMINO PARA EL BEBE PREMATURO (véase el Módulo B-II, 11.0).

2.1 Ventajas nutricionales de la leche pretérmino comparadas con la leche a término y las fórmulas para el bebé (pretérmino y término)

a. Lípidos

b. Proteínas/aminoácidos

c. Vitaminas

d. Minerales

e. Necesidades de suplementación/fortificación

2.2 Ventajas gastrointestinales

a. Tolerancia gástrica

b. Factores tróficos

c. Vaciamiento gástrico, motilidad

d. Factores humorales

2.3 Ventajas de protección

a. Tasa de infección

b. Enterocolitis necrotizante

Estrategia:
- Discutir la proposición "la alimentación por fórmula es equivalente a la lactancia materna para el bebé prematuro."

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition (1993) (secc. 22a)
Lucas A (1990) (secc. 22a)
Lucas A (1992) (secc. 22a)
Newman V (1994) (secc. 30g)
Schanler RJ (1985) (secc. 22a)
Schanler RJ (1989) (secc. 22a)
Schanler RJ (1988) (secc. 22a)

c. Factores locales de protección
   - Excreción fecal
   - Excreción urinaria

d. Vía enteromamaria

2.4 Ventajas para el desarrollo

a. Cognitivas

b. Motoras

c. Maduración Neurológica

d. Retinopatía del prematuro

2.5 Ventaja afectivas

a. Seguridad

b. Amor

c. Protección

d. Relación madre-niño

e. Autoestima de la madre

***Objetivo 3:** Resumir el impacto de la lactancia sobre el estado nutricional materno.*

3.0 IMPACTO DE LA LACTANCIA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO (véase el Módulo B-I, 8.0 y B-II, 8.0)

3.1 Balance energético

a. Aumento en los requisitos calóricos

b. Pérdida de peso

c. Impacto del ejercicio

3.2 Riesgo nutricional

3.3 Requisitos de líquidos

3.4 Impacto de las drogas más comunes en el estado nutricional durante la lactancia

Estrategia:
- Observar una consulta nutricional para la lactancia en una clínica de atención prenatal.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Borrud LG (1993) (secc. 24a)
Institute of Medicine (1991) (Textos Comprensivos)
Sowers MF (1993) (secc. 24a)
Worthington-Roberts B (1993) (Textos Comprensivos)

***Objetivo 4:** Discutir los efectos de la lactancia en la fertilidad.*

4.0 INFERTILIDAD DE LA LACTANCIA (véase el Módulo B-II, 15.0)

4.1 Fisiología de la amenorrea de la lactancia

4.2 Repercusiones en la planificación familiar/intervalo intergenésico

Estrategia:
- Estudio de Caso #13: Planificación Familiar

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Fraser IS (1991) (secc. 13)
International Planned Parenthood Federation (1990) (secc. 13)

Labbok MH (1989) (secc. 13)

***Objetivo 5:** Dibujar las estructuras anatómicas del seno materno.*

5.0 DESARROLLO Y ANATOMIA DETALLADO DEL SENO MATERNO

5.1 Tejido mamario

a. Alveolos

b. Estructuras ductales

5.2 Estructuras de sosten

a. Células mioepiteliales

b. Tejido adiposo

c. Irrigación de la mama (sanguíneo y linfática)

d. Inervación de la mama

5.3 Estructuras externas

a. Aréola, glándulas de Montgomery

b. Pezón

c. Piel

5.4 Variantes

a. Congénitas

b. Adquiridas (por ej. cirugía plástica)

Estrategia:
- Una madre embarazada le dice que quiere amamantar pero piensa que sus pechos son demasiado pequeños. Explique a la madre cómo se preparan los senos para el proceso natural de la lactancia.

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1994) cap. 2 y 3 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 6:** Describir los cambios estructurales en el seno durante el embarazo y la lactancia.*

6.0 CAMBIOS ESTRUCTURALES EN EL SENO DURANTE EL EMBARAZO, LACTANCIA Y LA INVOLUCION

6.1 Apariencia externa

6.2 Células de la glándula mamaria

6.3 Sistema de ductos

Estrategia: La misma que se encuentran con el Objetivo 5 y/o Una Madre embarazada le dice que quiere amamantar pero se siente los pechos demasiado grandes y tema que pueden dificultar la respiración del (de la bebé).

Referencia: (la misma que se encuentran con el Objetivo 5)

***Objetivo 7:** Describir la fisiología de la producción y eyección de la leche y de la involución mamaria.*

7.0 FISIOLOGIA DE LA PRODUCCION DE LA LECHE

7.1 Regulación hormonal

Estrategia:
- Estudio de Caso #29: Manejo General

7.2 Producción de leche

a. Lactogénesis

b. Lactancia completa

7.3 Control neuroendocrino de la eyección de la leche

7.4 Eyección de la leche y regulación autocrina

7.5 Involución

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Hamosh M (1988) (secc. 1)
Hamosh M and Hamosh P (1988) (secc. 1)
Lawrence RA (1994) cap. 2 y 3 (Textos Comprensivos)
Neville MC (1988) (secc. 1)
Weaver LT (1993) (secc. 1)

***Objetivo 8:** Describir el desarrollo anatómico y la fisiología del proceso de succión.*

8.0 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL PROCESO DE SUCCION

8.1 Estructuras anatómicas involucradas en la alimentación del bebé

a. Estructuras orales

b. Faringe y laringe

c. Estructuras del esófago

d. Diferencia entre el lactante y los niños mayores/adultos

8.2 Kinesiología oral (succión)

a. Mecanismos de succión y deglución

- Fase oral
- Fase faringea
- Fase esofágica

b. Reflejos

- Búsqueda
- Succión
- Deglución
- Regurgitación
- Mordida

c. Efectos de la succión en la producción de leche

d. Efectos del contacto temprano entre madre e hijo sobre el desarrollo de reflejos de succión/oral del bebé

8.3 Anormalidades estructurales comunes que pueden tener impacto sobre la succión

a. Fisura labial y/o palatina

b. Frenillo corto

c. Mandíbula pequeña y retraída

Estrategia:
- Observar clínicamente el acoplamiento al pecho y el proceso de succión en una variedad de parejas lactantes.

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Bu'Lock F (1990) (secc. 11)
Cloud HH (1991) (secc. 11)
McBride MC (1987) (secc. 11)
Selley WG (1990) (secc. 11)
Wolf LS (1992) (secc. 11)

8.4 Disfunción motora-oral

a. Factores de maduración/transitorios

b. Factores neuromotores

c. Factores patológicos, por ejemplo: enfermedades respiratorias, cardiopatías (véase el Módulo B-II, 11.0)

***Objetivo 9:** Describir el impacto específico de la dieta materna y el estado nutricional sobre la cantidad y calidad de la leche producida.*

9.0 IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL SOBRE LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LA LECHE PRODUCIDA

9.1 Relación peso/talla (masa corporal)

9.2 Aumento de peso prenatal, pérdida de peso postparto

9.3 Contextura del cuerpo

9.4 Ingesta de micronutrientes y equilibrio energético

9.5 Estatus de vitaminas y minerales

9.6 Ingesta de líquidos

9.7 Niveles de actividad/ejercicio

Estrategia:
- Estudio de Caso #20: Fracaso de Lactancia (Previa)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Dusdieker LB (1990) (secc. 25)
Institute of Medicine (1991), pág. 80-152 (Textos Comprensivos)
Lawrence RA (1994) cap. 9 (Textos Comprensivos)
Nommsen LA KG (1991) (secc. 25)
Worthington-Roberts B (1993) pág. 247-406 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 10:** Resumir los conocimientos actuales sobre los parámetros de crecimiento normal para el niño amamantado.*

10.0 PARAMETROS DE CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS AMAMANTADOS

10.1 Derivación de las gráficas de crecimiento del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS)

a. Población estudiada

b. Método de alimentación

10.2 Patrones de crecimiento del bebé amamantado comparados con los alimentados con fórmulas

a. Población estudiada

b. Definiciones de lactancia materna

10.3 Patrones de crecimiento aberrantes (véase el Módulo B-II, 10.5)

Estrategia:
- Observe las gráficas de crecimiento de una variedad de niños; clasifique por métodos de alimentación infantil y compare.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Dewey KG (1991) *J Pediatr* (secc. 4b)
Dewey KG (1993) (secc. 4b)
Dewey KG (1992) *Pediatrics* (secc. 4b)
Dewey KG (1992) *Am J Clin Nutr* (secc. 4b)
Grummer-Stawn LM (1993) (secc. 4b)

***Objetivo 11:** Identificar fuentes de datos locales sobre tendencias de la lactancia.*

11.0 FUENTES LOCALES DE INFORMACION SOBRE TASAS Y PRACTICAS DE LACTANCIA

11.1 Departamentos de salud estatales y locales

11.2 Programas locales de nutrición y salud materno-infantil

11.3 Estadísticas hospitalarias

11.4 Otros

Estrategias:
- En grupos pequeños contacte agencias locales y estatales para obtener información; presente sus resultados al grupo.
- Utilice el formato del perfil hospitalario (cap. 8C) para recoger información para la propia institución

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Labbok M (1990) (secc. 10)
World Health Organization/United Nations Children's Fund (1992) (secc. 10; y cap. 8D)
World Health Organization (1991) (secc. 10; y cap. 8D)

***Objetivo 12:** Describir las formas en las cuales las creencias culturales, influencias sociales y prácticas comunitarias tienen impacto sobre la lactancia en la comunidad local.*

12.0 IDENTIFIQUE INFLUENCIAS Y PRACTICAS LOCALES (véase el Módulos B-I, 1.0; B-II, 1.0; y C-II, 2.0)

12.1 Papel y percepción de la mujer y la lactancia

a. Aspectos de la sexualidad

b. Trabajo de la mujer - definiciones culturales y temporales

c. Responsabilidades de la mujer en el hogar y con la sociedad

- Distribución del tiempo
- Naturaleza de las responsabilidades
- Patrones de actividad
- Prejuicios de género

12.2 Creencias y prácticas relacionadas con la alimentación infantil

a. Creencias generales sobre salud

b. Creencias sobre alimentos/leche materna

c. Creencias y prácticas sobre cómo alimentar

d. Creencias sobre la dieta materna y prácticas de salud durante la lactancia

12.3 Sistema de apoyo y redes sociales

a. Estructura y dinámica familiar

Estrategias:
- Estudio de Caso: #40 Madre que Trabaja
- Analice materiales educativos para el paciente para saber si son culturalmente aplicables.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Auerbach KG (1992) (secc. 26)
Bottorff JL (1990) (secc. 16)
Fishman C (1988) (secc. 16)
Gussler JD (1980) (secc. 16)
Killien MG (1993) (secc. 19)
Matich JR (1992) (secc. 16)
Millard AV (1990) (secc. 16)
Retsinas J (1987) (secc. 16)
Van Esterik P (1992) (secc. 19)

b. Redes/dinámicas sociales (amigos, grupos de apoyo, etc.)

c. Actitudes y apoyo en la comunidad y en el trabajo

d. Modelos

12.4 Fuerzas económicas

a. Costo de los sucedáneos de la leche materna

b. Costo/beneficio del retorno de las madres al trabajo fuera del hogar

c. Mercadeo/propaganda

12.5 Sistema nacional de salud (véase el Módulo C-I/C-II/C-III, 2.0)

a. Normas de atención prenatal, del parto y postparto

b. Normas de atención del recién nacido

12.6 Servicios de salud

a. Proveedores informados/que apoyan la lactancia

b. Acceso a la ayuda para la solución de problemas

Módulo A: Base Científica

Nivel III

***Objetivo 1:** Discutir detalladamente los componentes de la leche materna y sus funciones.*

1.0 BIOQUIMICA E INMUNOLOGIA DE LA LECHE MATERNA SEGUN LAS ETAPAS DE LACTANCIA

El especialista del Tercer Nivel en esta área de lactancia deberá tener el conocimiento más actualizado y detallado con respecto a los temas enumerados en el Módulo A, Nivel II, 1.0.- Necesita un conocimiento de investigación metodológica y por lo tanto ser capaz de interpretar las investigaciones y poder dar asesoría a los instructores o clínicos del Nivel II.

Estrategia:
- Revisar la literatura con un análisis crítico

Véase las Secciones de Referencia:
1. Anatomía, Fisiología y Endocrinología de la lactancia
25. Nutrición Materna — Impacto Sobre el Volumen y Composición de la Leche
30b. Ventajas de la Lactancia Materna: Alergias, Prevención de
30c. Ventajas de la Lactancia Materna: Enfermedades Crónicas en el niño, Prevención de
30e. Ventajas de la Lactancia Materna: Enfermedades Diarreicas, Prevención y Tratamiento de
30f. Ventajas de la Lactancia Materna: Infecciones, Prevención de
30g. Ventajas de la Lactancia Materna: Nutrición

***Objetivo 2:** Describir detalladamente la adecuación de la leche pretérmino para el bebé pretérmino.*

2.0 ANALISIS DE LO ADECUADO DE LA LECHE MATERNA PARA EL NIÑO PRETERMINO (véase el Módulo B-III, 7.0)

2.1 Necesidades nutricionales

a. Crecimiento rápido

b. Falta de reservas

c. Inmadurez de riñones y tracto gastrointestinal

2.2 Composición de los nutrientes

a. Comparados con la leche a término

Estrategia:
- Estudios de Caso #25 y 26: Prematurez (muy bajo peso de nacimiento)

Véase la Sección de Referencias:
22. El niño Pretérmino y la Lactancia

b. Comparados con las fórmulas de pretérmino y término

c. Variabilidad de la composición de los nutrientes

d. Limitaciones técnicas para la cuantificación de la composición de los nutrientes

e. Efectos del almacenamiento, congelamiento y descongelamiento

2.3 Deficiencias potenciales de nutrientes para el bebé de muy bajo peso al nacer

a. Calorías (tasa de crecimiento)

b. Calcio y fósforo

c. Sodio

d. Hierro

e. Controversia con respecto al zinc

f. Vitaminas

g. Adaptabilidad de la leche pretérmino para niños en diferentes etapas del crecimiento

2.4 Métodos para contrarrestar las deficiencias nutricionales

a. Aumentar la ingesta de leche

b. Aumentar la concentración de grasas

- Colección de leche, bancos
- Leche del final de la amamantada

c. Fortificadores

- Guías
- Composición de fortificadores comerciales

d. Suplementación con sucedáneos de la leche materna

e. Contacto madre-bebé

f. Estrategias de alimentación en el hospital

2.5 Bases fisiológicas y bioquímicas de los siguientes beneficios de la leche de pretérmino
(véase la lista detallada en el modulo A-II, 2.0)

a. Nutricionales

b. Beneficios gastrointestinales

c. Beneficios de defensa

d. Beneficios para el desarrollo

***Objetivo 3:** Revisar críticamente la literatura actual sobre el impacto de la lactancia en el estado de salud materno.*

3.0 IMPACTO DE LA LACTANCIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD MATERNA

3.1 Fisiológico/metabólico

a. Mecanismos de prevención y control de enfermedades crónicas (ej. diabetes, cáncer)

b. Impacto sobre el sistema inmunológico de la madre funcionamiento/ resistencia a las enfermedades

c. Impacto sobre la evolución de las enfermedades maternas

3.2 Nutricional

a. Criterios para los requisitos nutricionales

b. Balance energético

- Teórico
- Observado

c. Cambios en la absorción y utilización de los nutrientes

d. Densidad ósea

e. Otras reservas de nutrientes

f. Síndrome de desgaste materno

3.3 Psicológicos

a. Comportamiento materno

b. Conceptos de autoestima/identidad

c. Depresión postparto (todo el espectro de trastornos)

d. Psicopatologías preexistentes o nuevas

Estrategia:
- Escoger un área de interés como "densidad ósea y lactancia materna" y revisar críticamente la literatura actual.

Véase las Secciones de Referencias:
24a. Nutrición Materna Durante la Lactancia: General
24c. Nutrición Materna Durante la Lactancia: Impacto de la Lactancia Sobre Pérdida de Peso en la Madre
24d. Nutrición Materna Durante la Lactancia: Salud Mamaria
30d. Ventajas de la Lactancia Materna: Enfermedades Crónicas en la Madre, Prevención de
30h. Ventajas de la Lactancia Materna: Psicológico/ Psicosocial

***Objetivo 4:** Discutir investigaciones actuales y controversias relacionadas con la infertilidad de la lactancia.*

4.0 LACTANCIA Y FERTILIDAD (véase el Módulo B-II, 15.0)

4.1 Resumen demográfico del impacto de la lactancia sobre la fertilidad (incluyendo patrones de lactancia materna completa)

4.2 Fisiología del método de la amenorrea de la lactancia

4.3 Estudios prospectivos del retorno de la fertilidad

a. Impacto del estado nutricional materno sobre el regreso de la fertilidad durante la lactancia

Estrategia:
- Revisar críticamente la literatura actual

Véase la Sección de Referencias:
13. Fertilidad y Anticoncepción Durante la Lactancia

60

b. Impacto de las prácticas de lactancia y otras prácticas culturales (sobre el regreso de la fertilidad)

c. Controversias con respecto a los procesos (mecanismos) responsables de la infertilidad

- Aspectos fisiológicos
- Primeras seis semanas
- Seis semanas y más

4.4 Tendencias nacionales e internacionales respecto al uso de anticonceptivos durante la lactancia

4.5 Protección contra las enfermedades de transmisión sexual y VIH versus beneficios anticonceptivos

4.6 Controversias respecto a la compatibilidad de los métodos anticonceptivos con la lactancia

4.7 Repercusiones en la fórmulación de políticas

***Objetivo 5:** Describir el desarrollo normal y anormal del seno desde la vida fetal, durante la lactancia e involución.*

5.0 DESARROLLO ANATOMICO DEL SENO (NORMAL Y ANORMAL)

5.1 Embrionario

5.2 Pre-pubertad

5.3 Pubertad

5.4 Embarazo

5.5 Lactancia

5.6 Involución

Estrategia:
- Revisar críticamente la literatura actual

Véase la Sección de Referencias:
1. Anatomía, Fisiología, y Endocrinología de la Lactancia

***Objetivo 6:** Describir la síntesis de la leche materna a nivel celular.*

6.0 FISIOLOGIA DE LA CELULA MAMARIA

6.1 Vías transcelulares versus paracelulares

6.2 Síntesis de proteínas

a. Transporte de aminoácidos del plasma a las células alveolares de la mama

b. Síntesis y procesamiento de las proteínas específicas de la leche

Estrategia:
- Revisar críticamente la literatura actual

Véase la Sección de Referencias:
1. Anatomía, Fisiología, y Endocrinología de la Lactancia

c. Regulación de la síntesis de las proteínas específicas de la leche

d. Secreción de inmunoglobulinas

6.3 Mecanismos y regulación de:

a. Síntesis de los carbohidratos

b. Secreción de calcio, fósforo y citratos a la leche

c. Secreción de los lípidos de la leche

d. Secreción de iones monovalentes y agua a la leche

e. Secreción de elementos menores a la leche

6.4 Limitaciones de las investigaciones existentes

***Objetivo 7:** Describir factores funcionales y estructurales relacionados con disfuncion motora-oral.*

7.0 FACTORES RELACIONADOS CON DISFUNCION MOTORA-ORAL (véase el Módulo B-III, 6.0)

Estrategia:
- Revisar con sentido crítico la literatura actual.

Véase la Sección de Referencias:
11. Evaluación Motora-Oral e Intervención

7.1 Anormalidades estructurales poco comunes o complejas que afectan la succión

a. Síndromes cráneo-faciales

b. Fístulas traqueo-esofágicas

c. Otras

7.2 Factores Neuromotores

a. Tono muscular

- Hipertonía
- Hipotonía
- Desproporción del tono

b. Táctil/sensorial

- Hipersensibilidad
- Hiposensibilidad
- Otros

c. Disfunción del reflejo oral

- Deprimido
- Sin coordinación
- Obligado/anormal
- Otros

7.3 Rechazo condicionado de la ingesta oral debido a un NPO (nada por alimentación oral) prolongado o procedimientos invasivos/traumáticos

***Objetivo 8:** Revisar con sentido crítico la literatura actual referente al impacto que tiene la nutrición materna sobre la lactancia.*

8.0 ANALISIS DE LA LITERATURA SOBRE LA RELACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO Y LA PRODUCCION DE LA LECHE

8.1 Aspectos metodológicos

a. Ventajas e inconvenientes de utilizar diferentes indicadores del estado nutricional materno (variables independientes)

b. Problemas asociados con:

- Cómo calcular la producción de leche (volumen)
- Confusión causada por la influencia de la demanda del bebé
- Metodologías controversiales/dilemas éticas (por ej. negar la suplementación alimentaria, o restringir el consumo energético de la madre, etc.)
- Cómo determinar con exactitud la ingesta de la dieta materna
- Cómo determinar con exactitud la suplementación de la dieta del bebé
- Variabilidad de la composición de la leche

8.2 Estado nutricional de la madre y el volumen de la leche: resumen de los resultados de la investigación.

a. Comparación entre poblaciones

b. Estudios sobre suplementación nutricional en la madre

c. Composición del cuerpo de la madre

d. Ingesta restringida de energía

e. Ejercicios

f. Ingesta de líquidos

8.3 Impacto de la nutrición materna sobre la composición de la leche: (resumen e interpretación de los resultados de la investigación)

a. Bases fisiológicas-origen de los nutrientes de la leche

b. Macronutrientes

- Lactosa/otros carbohidratos
- Lípidos
- Proteínas

c. Micronutrientes

- Vitaminas liposolubles
- Vitaminas hidrosolubles
- Minerales principales

Estrategia:
- Revisar con sentido crítico la literatura existente.

Véase la Sección de Referencias:
25. Nutrición Materna — Impacto Sobre el Volumen y la Composición de la Leche

- Electrolitos
- Minerales menores

d. Interacción entre nutrientes

e. Presencia de contaminantes en las fuentes de alimentación materna (DDT, PCBs, etc)

f. Interacción entre nutrientes-fármacos/contaminantes

***Objetivo 9:** Analizar la literatura científica sobre el crecimiento del bebé y su aplicabilidad a los bebés amamantados.*

9.0 ANALISIS DE LA LITERATURA RELACIONADA A LOS PATRONES DE CRECIMIENTO DE LOS BEBES AMAMANTADOS

9.1 Aspectos metodológicos de los estudios

a. Población estudiada (diferencia étnica)

b. Definiciones para los diversos grupos de alimentación

c. Métodos/instrumentos de investigación utilizados

d. Métodos estadísticos

e. Origen de los sesgos

9.2 Interpretación de los resultados

a. Comparación de los patrones de crecimiento entre bebés en los diferentes grupos de alimentación

b. Aplicabilidad de un estudio específico a la población en general

c. Sesgo potencial de los autores y editores

9.3 Elaboración de nuevos estándares de comparación

Estrategia:
- Revisar con sentido crítico la literatura existente

Véase la Sección de Referencias:
4. Crecimiento en el niño Amamantado

***Objetivo 10:** Identificar e interpretar tendencias nacionales e internacionales de la incidencia y duración de la lactancia.*

10.0 EPIDEMIOLOGIA Y TENDENCIAS

10.1 Indicadores para evaluar prácticas de la lactancia Organización Mundial de la Salud (véase el Capítulo 8D)

a. Definición de prácticas de lactancia (véase el Módulo A-I, 9.1)

b. Grupos etarios

c. Definición de los indicadores

d. Metodología para medir indicadores

Estrategia:
- Analizar la literatura existente respecto a las tendencias nacionales e internacionales que tienen impacto en la lactancia: mujeres que trabajan, comercialización de fórmulas, etc

Véase las Secciones de Referencias:
10. Epidemiología y Tendencias
16. Influencias Culturales y Psicosociales

10.2 Diseño y análisis de investigaciones

10.3 Fallas y dificultades metodológicas

10.4 Información nacional e internacional sobre el inicio, la intensidad y duración de la lactancia

a. Nacional

b. Internacional

- Países en desarrollo
- Países industrializados

***Objetivo 11:** Criticar e interpretar la investigación sobre los aspectos culturales y psicosociales de la lactancia.*

11.0 ANALISIS DE LA INFORMACION SOBRE PRACTICAS COMUNITARIAS, CULTURALES E INFLUENCIAS PSICOSOCIALES

Estrategia: (la misma que se encuentran con el Objetivo 10)

Véase la Sección de Referencia: (las mismas que se encuentran con el Objetivo 10)

11.1 Fuentes de información.

11.2 Metodología de investigación cualitativa: aspectos y limitantes.

a. Evaluación y diagnóstico de la nutrición comunitaria

b. Técnicas etnográficas

c. Otras técnicas de investigación cualitativas

- Estudios descriptivos
- Técnicas de grupos focales
- Estrategia participativa a nivel del hogar
- Análisis de comportamiento y estudios en prácticas de salud.

11.3 Técnicas de encuesta por muestreo al azar

a. Base poblacional

b. Encuesta casa a casa

c. Entrevistas estructuradas (por teléfono, personales)

d. Otros (paneles)

11.4 Interpretación de los resultados

11.5 Aplicación a la promoción de la lactancia

Módulo B: Práctica

Objetivos

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
Brindar atención clínica que sea consistente con el inicio y mantenimiento de la lactancia:	***Brindar apoyo clínico para un inicio y mantenimiento exitosos de la lactancia y la prevención y el manejo de problemas clínicos más frecuentes:***	***Brindar apoyo clínico/elaborar guías y protocolos para un inicio y mantenimiento exitosos de la lactancia en situaciones complicadas/de alto riesgo:***
1. Identificar factores que contribuyen a la decisión de amamantar. (3-29)	1. Ofrecer apoyo a la lactancia que sea culturalmente adecuado. (3-39) 2. Ayudar a la madre embarazada a tomar la decisión de amamantar. (3-39)	
2. Elaborar una historia clínica y realizar un examen mamario. (3-30)	3. Utilizar el examen mamario como una oportunidad para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé. (3-40)	
3. Identificar componentes educativos de preparación a todas las mujeres para la lactancia. (3-30) 4. Identificar componentes educativos y de apoyo que permitan preparar para la lactancia a mujeres con necesidades especiales. (3-31)	4. Ofrecer educación previa dirigida a las necesidades específicas de la madre embarazada y la pareja lactante. (3-41)	1. Brindar educación previa a las mujeres embarazadas en condiciones poco comunes o de alto riesgo. (3-59)
5. Reconocer el impacto sobre la lactancia de los procedimientos/ medicamentos utilizados en el intraparto y postparto. (3-32)	5. Brindar cuidados durante y después del parto que apoyen una lactancia exitosa. (3-41)	2. Elaborar y poner en práctica guías y protocolos de cuidados intrapartos y postpartos que faciliten la lactancia en casos de alto riesgo. (3-59)
6. Reconocer el acoplamiento correcto y la succión efectiva al seno. (3-33)	6. Proveer cuidados postparto que apoyen una lactancia exitosa. (3-42)	

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTA: Estos objetivos describen lo que el estudiante puede hacer y entonces deben empezar con la frase, "El estudianted estará en capacidad de..."

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
7. Reconocer cuándo y cómo debe mantenerse la lactancia durante una separación materno-infantil y referir a la madre para ayuda necesaria. (3-33)	7. Ayudar a la madre a mantener la lactancia durante una separación de su bebé. (3-43)	3. Brindar asesoría respecto a lactarios y uso de la leche materna en situaciones especiales. (3-60)
8. Discutir recomendaciones básicas de nutrición para la mujer lactante. (3-34)	8. Evaluar a la mujer lactante en riesgo nutricional y referirla adecuadamente. (3-44)	4. Evaluación y apoyo para la mujer lactante con necesidades nutricionales complicadas. (3-61)
9. Describir recomendaciones actuales para la complementación alimentaria y el destete. (3-34)	9. Brindar educación respecto al destete y complementación alimentaria. (3-45)	5. Manejo de problemas complejos de lactancia relacionados con la introducción de alimentos complementarios. (3-62)
10. Discutir las causas y la prevención de problemas comunes de lactancia. (3-35)	10. Manejar problemas sencillos con el amamantamiento que se detectan en el bebé. (3-46)	6. Evaluación y manejo de patrones de succión disfuncionales complejos. (3-62) 7. Evaluación y manejo de la lactancia en casos complejos de mal progreso ponderal. (3-63)
11. Reconocer que los bebés con necesidad especial de atención de salud pueden amamantarse. (3-36)	11. Facilitar la lactancia para el bebé con necesidad especial de atención de salud. (3-51)	8. Facilitar la lactancia en el caso de un bebé con necesidades complicadas de salud. (3-63)
Se trató anteriormente en el número 10.	12. Manejar problemas sencillos de lactancia que se observa en la madre. (3-53)	9. Manejar problemas complicados de lactancia que se ven en la madre. (3-65)
12. Recetar/recomendar alternativas de medicamentos o tratamientos que sean compatibles con la lactancia. (3-37)	13. Facilitar una lactancia exitosa en caso de condiciónes médicas y tratamientos maternos. (3-55)	10. Brindar asesoría a colegas y madres lactantes respecto al apoyo a la lactancia para madres con problemas complicados de salud. (3-66)
	14. Dar educación previa y solución a problemas respecto a la lactancia y la sexualidad. (3-57)	

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTA: Estos objetivos describen lo que el estudiante puede hacer y entonces deben empezar con la frase, "El estudianted estará en capacidad de..."

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
13. Discutir las opciones de planificación familiar para la madre lactante. (3-38)	15. Aconsejar a la madre lactante respecto a las diferentes opciones de anticoncepción. (3-57)	11. Brindar asesoría sobre anticoncepción para madres lactantes con problemas de salud. (3-68)
	16. Aconsejar a la madre sobre cómo mantener la lactancia cuando regrese al trabajo/escuela. (3-58)	

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTA: Estos objetivos describen lo que el estudiante puede hacer y entonces deben empezar con la frase, "El estudianted estará en capacidad de..."

Módulo B: Práctica

Nivel I

***Objetivo 1:** Identificar factores que contribuyen a la decisión de amamantar.*

1.0 INFLUENCIAS SOBRE LA DECISION DE LA ALIMENTACION DEL BEBE (véase el Módulo A-I, 9.0 y 10.0)

1.1 Factores que motiva a la mujer a la lactancia

a. Salud infantil

b. Época especial/relación única

c. Económicos

d. Pragmáticas: facilidad, tiempo

e. Otros, como salud materna, ejemplos de otras madres.

1.2 Limitantes comunes y preocupaciones sobre la lactancia[2]

a. Falta de confianza en sí misma

- "La lactancia es difícil"
- Tamaño y forma del pezón/seno
- Miedo de no tener suficiente leche

b. Miedo a perder la libertad

- Madre muy atada
- Madre no puede trabajar o estudiar
- Bebé muy dependiente

c. Vergüenza

d. Restricciones en la dieta y en la salud

e. Influencia de la familia o los amigos

1.3 Otros

a. Estética: desfiguramiento del seno y la figura materna

b. Goteo de leche

c. Influencia sobre la sexualidad

d. Dolor

Estrategias:
- Estudio de Caso #28: Consejería Prenatal.
- Entrevistar a las madres de servicios prenatales y postnatales sobre la manera en que llegaron a la decisión de cómo alimentar a su bebé.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

Auerbach KG (1990) *Birth* (secc. 21a)
Bryant CA (1982) (secc. 16)
Bryant CA (1990) (secc. 9)
Gabriel A (1986) (secc. 16)
Heffern D (1990) (secc. 21a)
Kearney MH (1988) (secc. 16)
Matheny RJ (1987) (secc. 16)

Nota:
2. Adaptada con el permiso del autor: Bryant C (1990) Counseling guide. In *Breastfeeding for Healthy Mothers, Healthy Babies—Training Manual* Tampa, FL; Best Start; Section C. (véase la pág. 9-2 para información de como conseguir los materiales.)

***Objetivo 2:** Elaborar una historia clínica y examen mamario.*

2.0 COMPONENTES DE LA HISTORIA PRENATAL Y EXAMEN FISICO RELACIONADOS CON LA LACTANCIA.

2.1 Historia

a. Prácticas previas de alimentación infantil

b. Cirugía mamaria previa

c. Condiciones médicas y físicas que pueden tener impacto en la lactancia

- Con relación al embarazo (por ej. embarazos múltiples, anormalidades congénitas diagnosticadas en el embarazo)
- Enfermedades o condiciones crónicas (por ej. diabetes enfermedades de la tiroides, convulsiones, trastornos psiquiátricos, síndrome de mala absorción, etc.)

d. Uso de fármacos

e. Aislamiento social, estrés

f. Preveer separación del bebé (por ej. trabajo o estudio)

g. Creencias sobre lactancia

h. Conceptos/prácticas erróneas de lactancia

i. Abuso de sustancias (como alcohol, cafeína, tabaco, drogas, etc.)

2.2 Examen Físico

a. Tamaño/forma del seno

b. Protractibilidad del pezón

c. Tejido supernumerario

d. Patología (por ej. masas, secreción del pezón)

2.3 Evaluar la necesidad de más educación y apoyo

Estrategias:
- Estudio de Caso #4: Cirugía del Seno (Previa)-Prenatal
- Incorporar preguntas sobre lactancia en la historia clínica
- Véase el capítulo 6D: Historia Clínica Prenatal y Examen de los Senos

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Olsen CG (1990) (secc. 21b)
Riordan J (1993) pág. 90-93 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 3:** Identificar componentes educativos de preparación a todas las mujeres para la lactancia.*

3.0 COMPONENTES DE EDUCACION PREVIA A TODAS LAS MUJERES PARA LA LACTANCIA

3.1 Ventajas de la lactancia (véase el Módulo A-I, 1.0 a 3.0 para detalles)

3.2 Cambios fisiológicos de los senos durante el embarazo y la lactancia

Estrategias:
- Estudios de Caso:
  #30: Manejo Rutinario
  #28: Consejería Prenatal
- Asistir a una clase de lactancia prenatal

3.3 Proceso

a. Calostro

b. Apariencia de la leche madura

c. Producción y eyección de la leche

d. Oferta y demanda

e. Frecuencia/duración de las amamantadas-variaciones a través del tiempo

f. Señales de ingesta adecuada (véase los materiales para pacientes, página 4-13)

g. Períodos de crecimiento rápido del niño (véase los materiales para pacientes, página 4-14)

h. Efectos de la separación en la madre y el niño: influencia de la suplementación alimentaria con biberón, uso de chupones (véase el #5.0 abajo)

i. Inicio temprano/impacto de otros procedimientos hospitalarios (véase el #5.0 abajo)

3.4 Técnicas

a. Acoplamiento/posición al succionar

b. Extracción manual en caso de separación

3.5 Nutrición Materna

a. Elección de alimentos/dieta balanceada

b. Pérdida de peso postparto

c. Ingesta de líquidos

3.6 Precauciones con relación al uso de alcohol, cafeína, tabaco y otras drogas durante la lactancia

3.7 Cómo planear para tener un apoyo social adecuado y ayuda en la casa después del parto

a. Papel del padre

b. Otros parientes y amigos

c. Servicios voluntarios y profesionales

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis) Heffern D (1990) (secc. 21a)

***Objetivo 4:** Identificar componentes educativos y de apoyo que permitan preparar para la lactancia a mujeres con necesidades especiales.*

4.0 TIPOS DE EDUCACION Y APOYO EXISTENTES PARA MUJERES CON NECESIDADES ESPECIALES.

4.1 Adaptaciones al proceso de la lactancia materna (por ej. alimentación mixta, posiciones, extracción de leche)

Estrategias:
- Estudios de Caso:
  #3: Cirugía para Reducir el Seno-Prenatal
  #6: Madre Diabética-Prenatal
- Panel de discusión con madres que amamantaron con necesidades especiales

4.2 Equipos relacionados con la lactancia materna (por ej. bombas, suplementadores)

4.3 Identificación de personas de apoyo clave

4.4 Recursos (por ej. grupos de apoyo, referencias a especialistas)

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1989) (secc. 27a)

***Objetivo 5:** Reconocer el impacto sobre la lactancia materna de los procedimientos/medicamentos utilizados en el intraparto y postparto inmediato.*

5.0 PROCEDIMIENTOS INTRAPARTO Y POSTPARTO INMEDIATO

5.1 Intervenciones asociadas con un inicio exitoso y el mantenimiento de la lactancia materna

a. Iniciar la lactancia después del parto lo más pronto posible

b. Evitar la separación entre la madre y el bebé; extraer la leche si la separación ocurre

c. Ayudar con el acoplamiento y evaluar la técnica de amamantamiento y la succión eficaz al seno

d. Amamantadas frecuentes-a libre demanda

5.2 Intervenciones que pueden afectar negativamente la lactancia

a. Tipo de parto: normal o cesarea

b. Medicamentos durante el trabajo del parto y el alumbramiento

c. Separación (rutinaria o inesperada)

d. Alimentación preláctea

e. Tardanza en el inicio de la lactancia materna o extracción de la leche

f. Limitar el tiempo de las amamantadas, horario para los intervalos entre las amamantadas

g. Uso de chupetes (tetinas, chupones, biberones, cubrepezones)

h. Paquetes de regalo que contengan sucedáneos de la leche materna, chupetes y otros materiales que directa o indirectamente promuevan la alimentación artificial

Estrategias:
- Visitar una maternidad y observar el apoyo a la lactancia que se da a las madres en el servicio prenatal, perinatal y postnatal
- Sociodramas #5-8

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Kurinij N (1991) (secc. 21a)
Lawrence RA (1989) (secc. 21a)
L'Esperance C (1985) (secc. 21a)
Linderberg CS (1990) (secc. 21a)
Out JJ (1988) (secc. 21b)
Righard L (1990) (secc. 21b)
Victora (1993) (secc. 21a)
Yamauchi Y (1990) (secc. 21a)

***Objetivo 6:** Reconocer el acoplamiento y la succión eficaz al seno.*

6.0 POSICION PARA AMAMANTAR (véase el Módulo A-I, 6.0)

6.1 Posiciones comunes para amamantar

6.2 Componentes del acoplamiento correcto y la succión eficaz

a. Alinear la oreja, hombro, cadera del bebé (en posición acunada)

b. Cantidad adecuada de tejido mamario dentro de la boca del bebé

c. Labios del bebé evertidos (como boca de pescado) cuando se pega al pezón

d. La lengua del bebé en posición hacia adelante y cóncava

e. Compresión areolar

f. Deglución audible

Estrategias:
- Prácticas de laboratorio con muñecos
- Asistir a la visita postparto y observar el acoplamiento/posición correcta
- Revisar con sentido crítico folletos y videos que muestran el acoplamiento

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Minchin MK (1989) (secc. 21a)

***Objetivo 7:** Reconocer cuándo y cómo la lactancia debe mantenerse durante una separación materno-infantil y referir a la madre para ayuda necesaria.*

7.0 SEPARACION MADRE-BEBE

7.1 Circunstancias por las cuales puede ser necesario separar temporalmente las parejas lactantes

a. Ciertos medicamentos, enfermedades, tratamientos en la madre o el bebé

b. Trabajo, estudios

c. Razones personales/familiares

7.2 Cuándo y por qué es necesario extraer la leche

7.3 Alternativas para la extracción de la leche

a. Extracción manual

b. Bombas mecánicas

c. Bombas eléctricas

7.4 Referencias

a. Bombas

b. Ayuda y apoyo

Estrategias:
- Prácticas de laboratorio de cómo extraer la leche manualmente
- Asistir a una demostración de bombas de extracción variadas
- Estudios de Caso #9 y 10: Plétora

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Auerbach KG (1990) (secc. 19)
Lawrence RA (1994) cap. 13 (Textos Comprensivos)
Morse JM (1988) (secc. 12a)

***Objetivo 8:** Discutir las recomendaciones básicas de nutrición para la mujer lactante.*

8.0 GUIAS RUTINARIAS DE NUTRICION PARA LA MUJER LACTANTE (véase el material de la sesión "Nutrición Materna" pág. 4-44)

8.1 Recomendaciones de la dieta

a. Necesidad de calorías extras

b. Porciones de cada grupo de alimentos

c. Guía y selección de alimentos apropiados desde el punto de vista cultural y socioeconómico

d. Guías para suplementos de vitaminas y minerales

e. Ingesta de líquidos

8.2 Recomendaciones sobre pérdida de peso

a. Tasa máxima de pérdida de peso durante la lactancia

b. Máxima pérdida absoluta de peso para tener un peso ideal

Estrategias:
- Estudio de Caso #28: Consejería Prenatal
- Asistir a una clínica de nutrición (ej. WIC) y observar una consejería nutricional

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Worthington-Roberts B (1993) pág. 333-343 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 9:** Describir las recomendaciones actuales para la complementación alimentaria y el destete.*

9.0 COMPLEMENTACION ALIMENTARIA Y EL DESTETE

9.1 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF y la Academia Americana de Pediatría para la duración de la lactancia

9.2 Riesgos asociados con el destete/introducción temprana de alimentos complementarios

a. Aumento en la exposición a los contaminantes/agentes infecciosos/alérgenos

b. Reducción de la calidad/cantidad de nutrientes en la dieta

c. Preocupaciones con relación al desarrollo/aspectos psicosociales

9.3 Introducción a los alimentos de destete

a. Cuándo

b. Qué

c. Cómo

9.4 Suplementos de vitaminas y minerales para el bebé amamantado

Estrategia:
- Estudios de Caso:
  #14: Patrones de Crecimiento
  #32: Educación Rutinaria, Períodos de Crecimiento Rápido

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
American Academy of Pediatrics (1992) (secc. 7)
Riordan J (1993) pág. 43-45, 480-482 (Textos Comprensivos)
World Health Organization (1988) (secc. 7b)

***Objetivo 10:** Discutir las causas y la prevención de problemas comunes de la lactancia.*

10.0 PREVENCION DE PROBLEMAS COMUNES DE LA LACTANCIA

10.1 Pezones adoloridos

a. Posición correcta/acoplamiento

b. Observar la amamantada para detectar señales de disfunción motora-oral

c. Educación previa en relación a la candidiasis

- Historia de uso de antibióticos por la madre o el bebé
- Síntomas de moniliasis, dermatitis genital por candida, o vaginitis materna

10.2 Plétora o congestión

a. Extracción frecuente de la leche (8-12 veces en 24 horas)

b. Extracción eficaz de la leche (se puede oir al bebé tragar)

10.3 Ducto bloqueado

a. Evitar trauma u obstrucción mecánica como el uso de brasieres con arco de metal

b. Extracción frecuente de la leche

c. Educación previa para detectar variables anatómicas, quirúrgicas, cicatrices etc.

10.4 Mastitis

a. Acoplamiento óptimo para prevenir las grietas del pezón

b. Amamantadas frecuentes y eficaz (evitar saltarse amamantadas)

c. Reducir el estrés

10.5 Percepción de que no se tiene suficiente leche

a. Educación temprana con respecto a los períodos de crecimiento rápido (véase el material para el paciente pág. 4-14)

b. Educación con respecto a los patrones normales de amamantamiento de los bebés

c. Educación previa con respecto a los motivos de llanto del bebé

Estrategia:

- Estudios de Caso:
  #9: Plétora o Congestión
  #10: Plétora o Congestión
  #17: Ictericia-Lactancia Materna
  #21: Mastitis
  #30: Educación Rutinaria
  #31: Educación Rutinaria
  #32: Educación Rutinaria
  #35: Pezones Adoloridos
- Asistir a las rondas postparto en la maternidad y/o seguimiento telefónico y observar prevención de problemas/manejo temprano
- Observar una clínica de lactancia materna (véase "Experiencia Clínica con la Lactancia — Hoja de Trabajo para Estudiantes" en pág. 4-29)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Chute GE (1992) (secc. 21a)
Neifert MR (1986) (secc. 21a)
Oski FA (1992) (secc. 14)

10.6 Leche insuficiente (casos sin complicación)

a. Extracción frecuente y eficaz de la leche

b. Extracción regular de la leche si la madre/bebé son separados

c. Reforzar la confianza en sí misma y reducir el estrés para mejorar el reflejo de bajada

10.7 Ictericia en el bebé recién nacido

a. Iniciación temprana de la lactancia materna (calostro)

b. Amamantadas frecuentes y eficaces

c. Evitar suplementos de agua o suero glucosado

***Objetivo 11:** Reconocer que los bebés con necesidad de cuidados especiales de salud pueden amamantarse.*

11.0 AMAMANTANDO AL BEBE CON NECESIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DE SALUD

11.1 Ventajas específicas de amamantar a los bebés con necesidades especiales

11.2 Grado de compatibilidad (riesgos y beneficios) de las condiciones infantiles/tratamientos médicos con el amamantamiento y/o la leche materna

a. Enfermedades infecciosas (por ej. sepsis, diarrea, infecciones de la vías urinarias, otitis media y neumonía)

b. Enfermedades respiratorias

c. Metabólicas/endocrinas (por ej. PKU, galactosemia, hipotiroidismo, trastornos adrenocorticales, acrodermatitis enteropática)

d. Estructurales (por ej. fisura palatina) (véase el #6.2 arriba, "Acoplamiento y Succión")

e. Genéticas (por ej. trisomia 21)

f. Premadurez/bajo peso al nacer (BPN)

g. Síndromes de malabsorción (ej. intolerancia a los carbohidratos)

h. Alteraciones neurológicos

i. Cardiopatías congénitas

j. Problemas quirúrgicos

k. Bebés de madres diabéticas

l. Bebés post-término

Estrategia:
- Observe el apoyo a la lactancia materna en las unidades pediátricas o cuidados intensivos neonatales

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Aumonier ME (1983) (secc. 23c)
de Leeuw R (1991) (secc. 22b)
Meier PP (1987) (secc. 22c)
Riordan J (1993) pág. 485-513 (Textos Comprensivos)
Weatherley-White RCA (1987) (secc. 23a)
Whitelaw A (1990) (secc. 22b)

***Objetivo 12:** Recetar/recomendar alternativas de medicamentos o tratamientos que son compatibles con la lactancia.*

12.0 CONDICIONES MATERNAS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTOS QUE TIENEN IMPACTO EN LA LACTANCIA

12.1 La compatibilidad (riesgos y beneficios) de condiciones maternas y tratamientos médicos con la lactancia (véase "Controversias y Contraindicaciones de la Lactancia" y "Resumen de Contraindicaciones a la Lactancia Materna," pág. 4-37 y 4-40)

a. Enfermedades comunes (resfrío, gripe, fiebre, etc)

b. Enfermedades infecciosas graves

- Virus de imunodeficiencia humana (VIH)
- Hepatitis B
- Tuberculosis
- Enfermedades exantemáticas y lesiones de la piel (por ej. herpes, sarampión, rubeola, varicela)

c. Enfermedades y condiciones crónicas

- Metabólicas/endocrinas
  - Diabetes
  - Enfermedades de la tiroides
  - Disfunción pituitaria (Síndrome de Chiari-Frommel, Síndrome de Sheehan's, Prolactinoma)
- Cardiovasculares
- Renales
- Síndromes de malabsorción (ej.enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa)
- Neurológicas (por ej.convulsiones)
- Autoinmunes
- Cancer
- Otras (por ej. asma)

d. Trastornos genéticos (ej. Fibrosis Cística)

e. Impedimentos/problemas de la movilidad (ej. esclerosis múltiple, artritis)

f. Trastornos psiquiátricos

g. Drogadicción

h. Otros

12.2 Apoyo accesible a la pareja lactante con problemas médicos que afectan la lactancia

12.3 Compatibilidad de drogas/medicamentos con la lactancia por clase de fármacos (véase el material de la sesión "Seguridad en el Uso de los Fármacos en Madres que Amamantan" pág. 4-36.)

Estrategias:

- Asistir a una clínica de lactancia y observar el manejo de las madres lactantes con problemas especiales (véase experiencia en una clínica de lactancia Hoja de Trabajo en pág. 4-29)
- Estudios de Caso:
  - #7: Fármacos/Enfermedades Crónicas/Asma
  - #8: Fármacos/Enfermedades Comunes
  - #21: Mastitis

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

Anderson PO (1991) (secc. 8)
Beall MH (1988) (secc. 8)
Lawrence RA (1989) (secc. 27a)
Tozzi AE (1990) (secc. 27c)
World Health Organization (1992) (secc. 27c)

12.4 Otras fuentes de información

a. Libros de referencia (véase el Capítulo 10, sección 8)

b. Centros de información sobre fármacos (véase el Capítulo 9)

c. Especialistas

***Objetivo 13:** Discutir las opciones de planificación familiar para la madre lactante.*

13.0 ANTICONCEPCION Y LACTANCIA

13.1 Amenorrea de la lactancia

a. Definición

b. Eficacia como método de espaciar los embarazos

13.2 Alternativas de anticoncepción durante la lactancia

a. No-hormonales

- Dispositivo intrauterino
- Condones (masculinos o femeninos)
- Espermicidas (espumas, cremas, gel)
- Diafragmas/cervicales/esponjas

b. Solamente progestina

- Píldoras anticonceptivas, solamente de progestina
- Inyectables, ej. Depoprovera
- Norplant

c. Métodos que contienen estrógenos

- Píldoras anticonceptivas con estrógenos no son una buena alternativa

Estrategia:
- Estudios de Caso:
  #11: Planificación Familiar
  #13: Planificación Familiar y Lactancia Materna

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Kennedy KI (1992) (secc. 13)
Riordan J (1993) pág. 446-452 (Textos Comprensivos)

Módulo B: Práctica

Nivel II

***Objetivo 1:** Ofrecer apoyo a la lactancia de forma culturalmente adecuado.*

1.0 SERVICIO DE LACTANCIA MATERNA DENTRO DE UN CONTEXTO CULTURAL (véase el Módulo A-I, 9.0 y 10.0 y el Módulo A-II, 12.0)

1.1 Identificación del sistema de valores y creencias sobre la salud de la población objeto

1.2 Impacto de las creencias y prácticas sobre la lactancia

a. Creencias generales sobre salud

b. Creencias sobre alimentos/leche materna

c. Creencias respecto al proceso de la lactancia

d. Relaciones sociales

e. Identificación de funciones

f. Asimilación cultural

1.3 Incorporación de concientización cultural dentro del plan de servicios de salud

Estrategia:
- Entrevistar madres sobre creencias de salud, especialmente sobre el proceso de lactancia (véase la pág. 4-41, 4-43)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Baumslag N (1986) (secc. 16)
Black RF (1990) (secc. 16)
Riordan J (1993) pág. 27-48 (Textos Comprensivos)
Lawrence RA (1994) cap. 1 (Textos Comprensivos)

***Objetivo 2:** Ayudar a la madre embarazada a tomar la decisión de amamantar.*

2.0 CONSEJERIA EFICAZ

2.1 Revisar los principios generales aceptados (véase el material para la sesión "Consejería Básica Postparto" y "Principios de Consejería" pag 4-41 y 4-43)

a. Brindar un ambiente positivo, de apoyo y confianza

b. Evitar la crítica y los juicios de valor

c. Evitar preguntas que sugieran la respuesta que se desea; utilizar preguntas abiertas

d. Escuchar activamente/incentivar la participación

e. Asegurarse de que se es comprendido/adoptar el ritmo al nivel de las necesidades de la paciente

f. Brindar alternativas; animar a la madre para que tome su propia decisión

g. Reconocer las influencias del medio ambiente

Estrategias:
- Video "For All The Right Reasons"- Best Start (véase el Capítulo 9)
- Entrevistar madres en las clínicas, incorporando puntos sobre "Principios de Consejería" (pag 4-43).

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Bradley RJ (1990) (secc. 9)
Bryant C (1990) (secc. 9)

Nota:
3. Adaptada con el permiso del autor: Bryant C (1990) Counseling guide. In *Breastfeeding for Healthy Mothers, Healthy Babies—Training Manual* Tampa, FL: Best Start; Section C.

h. Incluir parientes y amigos como sea posible

2.2 Estrategia de Consejería de "Best Start" ("El Mejor Comienzo") para promover la lactancia materna[3]

a. Permitir que surjan las preocupaciones de la paciente utilizando preguntas abiertas

b. Déle validez a sus sentimientos (véase el Módulo B-I, 3.0 para lista de barreras)

c. Brinde educación dirigida (véase el Módulo B-I, 3.0 para temas posibles)

d. Consideraciones especiales para cuando se aconseja a las adolescentes

(véase la pág. 9-2 para información de como conseguir los materiales.)

***Objetivo 3:** Utilizar el examen mamario como una oportunidad para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé.*

3.0 EXAMEN MAMARIO (la historia clínica de lactancia se trata en el Módulo B-I, 2.0) (véase también el formulario clínico "Historial Extensivo y Examen Físico" en el cap. 7)

3.1 Senos

a. El tamaño y forma no tienen efectos sobre la producción de leche

b. Cirugías anteriores no necesariamente impiden la lactancia

c. Investigue desarrollo anormal/patologías que pudieran tener impacto sobre la lactancia

3.2 Pezones

a. Forma: hay una gran cantidad de variaciones normales que no afectan la capacidad de amamantar

b. Protactibilidad: es más importante que la longitud del pezón

c. Pezones invertidos: no impiden la lactancia

- Pros y contras de ejercicios prenatales
- Anticipar la necesidad de ayuda postparto para establecer la lactancia

3.3 Preparación para la Lactancia

a. Función de las glándulas de Montgomery

b. No se recomienda preparación/intervenciones rutinarias

Estrategias:
- Estudios de Caso #3 y #4: Cirugía Mamaria (Previo)
- Práctica Clínica:
  - documentar resultados
  - educar a las madres
- Módulo de auto-enseñanza — Rotación en Obstetricia para Estudiantes de Medicina (véase la pág. 6-3) (aplicable también a enfermería y obstetricia)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Alexander JM (1992) (secc. 21b)
Hoffman JB (1953) (secc. 21b)
Neifert MR (1986) (secc. 21a)
Riordan J (1993) pág. 91-93 (Textos Comprensivos)
Wallace S (1992) (secc. 21a)

***Objetivo 4:** Ofrecer educación previa dirigida a las necesidades específicas de la madre embarazada y la pareja lactante.*

4.0 BRINDAR EDUCACION PREVIA INDIVIDUALIZADA

4.1 Cómo seleccionar las temas y horarios (véase el Módulo B-I, 3.0 para ver los temas)

a. Dirigidos a las necesidades de las madres y sus preocupaciones

b. Evitar el recargo de información

c. Aspectos institucionales (horarios de visita a los pacientes, tiempo y personal)

4.2 Información consistente de lactancia a través de todo el período perinatal

4.3 Recursos comunitarios como grupos de apoyo de madre a madre

4.4 Identificación y aclaración de la función de las personas clave en el apoyo a las madres

4.5 Función del padre

a. Apoyando a la madre

b. Funciones especiales con el bebé

Estrategias:
- Estudio de Caso #20: Fracaso en la Lactancia Anterior
- Brindar educación a las madres, dentro de las clínicas

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Brunn S (1986) (secc. 2)
Chute GE (1992) (secc. 21a)
Kyenkya-Isabirye M (1990) (secc. 2)
Riordan J (1993) pág. 56-61 (Textos Comprensivos)
Riordan J (1993) pag 187-191 (Textos Comprensivos)
Wiles LS (1984) (secc. 21b)

***Objetivo 5:** Brindar cuidados durante y después del parto que apoyen una lactancia exitosa.*

5.0 EFECTOS DE LA ATENCION DURANTE EL PARTO Y POSTPARTO INMEDIATO SOBRE LA LACTANCIA

5.1 Procedimientos que ayudan a obtener una lactancia exitosa

a. Apoyo emocional continuo durante el trabajo del parto y el alumbramiento (doula)

b. Ambiente en las salas de trabajo de parto/ parto/recuperación

c. Prácticas de parto natural
- Minimizar el dolor
- Minimizar la intervención médica
- Mantener hidratación

d. Acoplamiento precoz tan pronto sea posible

e. Evitar la separación de la pareja lactante
- Retardar los procedimientos rutinarios
- Recomendar el alojamiento conjunto por 24 horas tan pronto sea posible

Estrategia:
- Práctica clínica en la sala de partos o en algún centro de partos

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Kearney MH (1990) (secc. 21b)
Keefe MR (1988) (secc. 21a)
Klaus M (1992) vsecc. 21b)
Klein MC (1992) (secc. 21b)
Ludka LM (1993) (secc. 21b)
Luthy D (1987) (secc. 21b)
Otamiri G (1991) (secc. 21b)
Reynolds JL (1993) (secc. 21b)
Sepkoski CM (1992) (secc. 21b)
Simkin P (1992) (secc. 21b)

f. Evitar alimentos prelácteos

5.2 Procedimientos y medicamentos que pueden tener un impacto negativo sobre la lactancia

a. Vigilancia fetal electrónica/posición de litotomía/vía venosa rutinario

b. Ergotamina

c. Medicamentos para el dolor y sedantes

d. Anestesia

- Epidural
- General

e. Episiotomía

5.3 Facilitar la lactancia en caso de complicaciones durante el parto

a. Complicaciones maternas (véase el #13.0 abajo para alternativas de manejo más específicas)

- Cesárea
- Preeclampsia-eclampsia
- Hemorragias, infecciones, otros

b. Traumatismo del bebé durante el parto (véase el #10.2, #10.3, #10.4, #11.0 abajo para principios de manejo más específicos)

- Distocia del hombro
- Fractura de la clavícula
- Cefalohematoma
- Otros traumas debidos a la extracción por fórceps/aspirador
- Trauma debido a la succión o intubación
- Sufrimiento fetal/distocia

***Objetivo 6:** Proveer cuidados postparto que apoyen una lactancia exitosa.*

6.0 ATENCION POSTPARTO QUE APOYA LA LACTANCIA

6.1 Amamantar a libre demanda

6.2 Duración ilimitada de la amamantada

6.3 Amamantar en ambos senos

6.4 Iniciar alternando los senos

6.5 Amamantar durante la noche

Estrategias:

- Estudio de Caso #29: Educación Rutinaria
- Sociodramas #5-8
- Atención clínica en una unidad de postparto evaluando el progreso de la lactancia
- Visitas de postparto en la maternidad para educar a la madre, utilizando el material "Consejería Básica para el Postparto" (pag 4-40)
- Conducir una clase de lactancia materna prenatal o postparto

82

6.6 Observación del amamantamiento por un profesional de salud conocedor del tema

a. Posición/acoplamiento

b. Eficacia de la succión al seno

c. Como retirar al niño del pecho

6.7 No dar suplementos, solo en casos indispensables:

a. Hipoglicemia cuando no hay leche/calostro disponible (véase Políticas Hospitalarias, pág. 4-54)

b. Deshidratación debido a dificultades en la lactancia

6.8 No utilizar chupones ni biberones

a. Métodos alternativos de alimentación (por ej. taza, cuchara, tubo)

b. Evitar chupones y cubre pezones

6.9 No hay necesidad de cuidados especiales para el seno/pezón

a. Evitar jabones, cremas, lociones

b. Aplicar leche materna a los pezones y secar al aire después de amamantar

6.10 Educación para la madre que amamanta

a. Cómo evaluar una amamantada

b. Indicacioness para contactar profesionales de salud y grupos de apoyo madre a madre

c. Otros temas a medida que sean necesarios (véase el Módulo B-I, 3.0 para otros temas)

6.11 Seguimiento para evaluar el proceso de la lactancia[4]

a. Nombre/número telefónico de un profesional de salud para contactarlo en caso de problemas/inquietudes

b. Programar para el 5to día postparto una visita de seguimiento o 1-3 días después del egreso para evaluar el progreso de la lactancia

c. Llamadas telefónicas 24-48 horas después del egreso del hospital para dar seguimiento (si es posible)

d. Referir a un grupo de apoyo u otros recursos

***Objetivo 7:** Ayudar a la madre a mantener la lactancia durante una separación de su bebé.*

7.0 SEPARACION DE LA MADRE Y EL BEBE (véase Regreso al Trabajo o a la Escuela, Módulo B-II, 16.0)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

Crase BL (1994) (secc. 21c)
Fisher C (1986) (secc. 21a)
Klaus MH (1987) (secc. 21a)
Lawrence RA (1994) cap. 11 (Textos Comprensivos)
Page-Goertz S (1989) (secc. 21a)
Riordan J (1993) pág. 503-504 (Textos Comprensivos)
Shrago L (1990) (secc. 21a)
Valdez V (1993) (secc. 21a)
Winikoff B (1980) (secc. 26)
Woolridge MW (1990) (secc. 21a)

Nota:

4. Adaptada con el permiso del autor: Page-Goertz S (1989) Discharge planning for the breastfeeding dyad *Pediatric Nursing* 15(5): 543-544.

Estrategias:

- Estudios de Caso:
  #9-10: Plétora o Congestión

7.1 Evaluación de la motivación para continuar la lactancia

7.2 Métodos para la extracción de la leche

a. Extracción manual

b. Alternativas de bombas cuando se dispone (véase el Material para Pacientes, pág. 4-22)

- Diferentes modelos de bombas — ventajas e inconvenientes
- Donde comprar o alquilar

c. Técnicas para evitar la contaminación de la leche extraída

7.3 Guías para la extracción de la leche (véase Material para Pacientes, pág. 4-20 y 4-21)

a. Cuándo comenzar

b. Frecuencia

c. Cuánto extraer

d. Organizar de manera de tener suficiente tiempo/ privacidad/comodidad

7.4 Almacenamiento y transporte de la leche (véase Material para Pacientes, pág. 4-23)

7.5 Métodos para alimentar al bebé con la leche extraída

7.6 Problemas frecuentes — causa, prevención y manejo

a. Reflejo de eyección de la leche inhibido o disminuido

b. Poca producción de leche (véase Aumento de Peso Lento en el Módulo B-II, 10.5)

c. Bebé rechaza el seno (véase Lactante que Rechaza en el Módulo B-II, 10.3)

d. Bebé rechaza la leche extraída (o el método con que se le dá)

e. Depresión materna

#27: Prematurez (muy bajo peso de nacimiento)
#37: Tuberculosis y la Lactancia

- Practicar la extracción manual y el uso de las bombas.
- En unidad de puerperio enseñar a las madres la extracción manual de leche.
- En la unidad de cuidados intensivos neonatales ayudar a las madres en la extracción y el almacenamiento de la leche.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Feher SDK (1989) (secc. 12a)
Neifert M (1988) (secc. 12a)
Walker M (1987) (secc. 12a)
Wilks S (1988) (secc. 12a)
Zinaman MJ (1992) (secc. 12a)

***Objetivo 8:** Evaluar a la mujer lactante en riesgo nutricional y referirla adecuamente.*

8.0 NUTRICION MATERNA DURANTE LA LACTANCIA
(véase el Módulo A-II, 3.0 y 9.0)
(véase el Material de la Sesión "Nutrición Materna," pág. 4-44)

8.1 Evaluar el riesgo materno y las intervenciones rutinarias

a. Anemia

b. Peso/talla: insuficiente o excesiva

Estrategias:
- Estudio de Caso #24: Nutrición y Lactancia
- Aconsejar a las madres en el prenatal o en clínicas de postparto utilizando la "Guía Materna para Mujeres Lactantes" (véase "Nutrición Materna" pág. 4-44)

c. Aumento de peso: inadecuado en el prenatal o excesivo en el postparto

d. Ingesta dietética insuficiente

e. Dietas especiales durante el embarazo o la lactancia

f. Consumo de cafeína, alcohol, drogas y tabaco

g. Condiciones médicas que incrementa la necesidad de nutrientes o disminuyen la ingesta/utilización de nutrientes

- Madre de múltiples
- Adolescentes
- Enfermedades agudas o crónicas
- Otros problemas médicos

h. Componentes de la dieta materna que pueden provocar reacciones en el bebé amamantado

- Olores y sabores agradables o desagradables
- Productores de gas, irritantes, estimulantes, etc.
- Alergenos

8.2 Criterios para referir al nivel III especialista (véase el Módulo B-III, 4.2)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Borrud LG (1993) (secc. 24a)
Dewey KG (1993) (secc. 24c)
Institute of Medicine (1991) pág. 12, 168, 180, 182 (Textos Comprensivos)
Kent GN (1990) (secc. 24a)
Kramer FM (1993) (secc. 24c)
Mennella J (1991) *Pediatrics* (secc. 24a)
Mennella JA *New Engl J Med* (1991) (secc. 24a)
Perkin JE (1990) (secc. 24b)
Specker BL (1991) (secc. 24a)

Objetivo 9: Brindar educación respecto al destete y la complementación alimentaria.

9.0 COMPLEMENTACION ALIMENTARIA Y EL DESTETE

9.1 Introducción de alimentos complementarios

a. Cuándo y qué

- Indicadores de comportamiento que muestran que el niño está listo
- Necesidad/función de nutrientes específicos
- Alimentos de destete recomendados
- Alimentos que hay que evitar y por qué

b. Cuánto

- Necesidades calóricas
- Contribución calórica relativa de la leche materna
- Auto regulación/autonomía del bebé
- Evaluar si la ingesta es adecuada

c. Cómo ofrecer los alimentos

- Uso de utensilios
- Progresividad de texturas y consistencias
- Progresar hasta comer por sí mismo

d. Problemas comunes y soluciones

- Fisiológicos

Estrategias:
- Estudio de Caso #32 Orientación Rutinaria — Destete a Comidas Sólidas
- En clínicas, tales como las de crecimiento y desarrollo dar orientación a las madres respecto al destete adecuado.
- Estudio de caso sobre de la ausencia materna definitiva

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition (1992) (secc. 7)
Hendricks KM (1992) (secc. 7b)
Institute of Medicine (1991), pág. 154-161 (Textos Comprensivos)
Lawrence RA (1994) cap. 10 (Textos Comprensivos)
Newman V (1993) (secc. 7b)
Satter R (1990) (secc. 7b)
Susman V (1988) (secc. 7a)

- Psicosociales

e. Guías para la prevención de alergias

9.2 Cese de la lactancia

a. Razones para destetar

- opción del niño
- opción de los padres
- pérdida del bebé

b. Cómo destetar en diversas circunstancias

c. Posibles problemas y soluciones

9.3 Lactancia y ausencia materna definitiva

a. Lactancia con el seno por una madre sustituta

b. Leche de bancos de leche/lactarios (véase el Módulo B-III, 3.0)

c. Leches de fórmula (indicaciones para su uso)

- Modo de preparar adecuadamente un biberón
- Clases de fórmulas
- Fórmulas versus leche de vaca líquida, ventajas y inconvenientes
- Leches semidescremada, condensada o evaporada
- Yogurt

***Objetivo 10:** Manejar problemas sencillos con el amamantamiento que se detectan en el bebé.*

10.0 MANEJO DE PROBLEMAS SENCILLOS CON EL AMAMANTAMIENTO QUE SE OBSERVAN EN EL BEBE

10.1 Componentes de la evaluación de un problema de lactancia (Para más detalles, véase el Capítulo 7: Formularios Clínicos)

a. Historia y examen del bebé

b. Historia y examen mamario de la madre (véase el Módulo B-II, 3.0 y 10.2b)

c. Historia de la alimentación (bebé actual)

- Frecuencia y duración de las amamantadas
- Eficacia de la succión al seno
- Deposiciones del bebé (orina y heces)
- Uso de suplementos (comida y líquidos) para el bebé
- Uso de bombas y otros artículos

d. Observación de una amamantada

- Interacción madre-bebé
- Disposición del bebé para succionar

Estrategias:

- Estudios de Caso:
  #16: Bebé Irritable
  #18-19: Ictericia
- Sociodrama #3
- Use la hoja de trabajo del estudiante Experiencia Clínica de Lactancia (cap. 4) para evaluar el progreso de la lactancia y aconsejar a las madres en distintos entornos.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

Anand KJS (1987) (secc. 21c)
Bowen-Jones A (1982) (secc. 11)
De Carvalho M (1981) (secc. 21c)
De Carvalho M (1982) (secc. 21c)
Frappier PA (1987) (secc. 21a)
Gartner LM (1987) (secc. 21c)
Kemper K (1989) (secc. 14)
Lawrence RA (1994) cap. 8 (Textos Comprensivos)
Lukefahr JL (1990) (secc. 5a)

86

- Posición/acoplamiento
- Técnica de succión (véase el Módulo B-II, 10.2b)

10.2 Problemas de succión

a. Causas (véase el Módulo A-II, 8.0)

b. Evaluación

- Examen general del bebé incluyendo
  - Estructuras orales
  - Reflejos orales
  - Examen motor-oral
  - Factores médicos
- Examen de los senos de la madre (véase el Módulo B-II, 3.0)
  - Variaciones normales (por ej. asimetría, inversión o retracción del pezón)
  - Evidencia de trauma del pezón
- Observación de la amamantada
  - Acoplamiento
  - Posición
  - Posición de los labios y la mandíbula
  - Tono de la mejilla
  - Cantidad de areola en la boca del niño
  - Pueden oírse los tragos
  - Deformación del pezón después de la amamantada

c. Manejo

- Modificar la posición, acoplamiento
- Promover una oferta óptima de leche (véase el Módulo B-II, 10.5 y Material para el Paciente "Períodos de Crecimiento Rápido," pág. 4-14)
- Referir cuando hay una disfunción motora-oral complicada o persistente

10.3 Lactante reacio a succionar

a. Posibles causas

- Preferencia para chupones
- Dolor (por ej. presión sobre el sitio en que se utilizó los fórceps o aspirador, clavícula fracturada)
- Reflejo condicionado negativo (por ej. reflejo de eyección de la leche hiperactivo)
- Bebé somnoliento/enfermo/bajo medicamento

b. Evaluación: como se describe en el #10.1 arriba, dar especial atención a:

- Descartar trauma, enfermedad o defecto anatómico del bebé

Maisels MJ (1986) (secc. 14)
Martinez JC (1993) (secc. 14)
Miller AR (1991) (secc. 21c)
Righard L (1992) (secc. 21a)
Riordan J (1993) pág. 95-101, 239-246 (Textos Comprensivos)
Verronen P (1982) (secc. 5a)
Weber F (1986) (secc. 11)
Woolridge MW (1986) (secc. 21b)
Woolridge MW (1988) (secc. 21c)

87

- Observar el comportamiento del bebé cuando está amamantando

c. Manejo: el protocolo depende de la causa

- Extraer la leche y utilizar un método alternativo para alimentar
- Poner al bebé de forma que no presione sobre áreas dolorosas
- Véase el Material para el Paciente "Reflejo de Eyección de la Leche Hiperactivo" (pág. 4-18)
- Tratar las razones por las cuales el bebé está somnoliento (bebé enfermo/bajo medicamentos)
- Estimular al bebé somnoliento (ejemplo quitar la ropa, posición sentado de lado)

d. Criterios para referir

- Incapacidad de tomar la leche extraída
- Deposiciones insuficientes (orina y heces)

10.4 Bebé irritable

a. Causas posibles

- Reflejo de eyección de la leche hiperactivo o inhibido
- Drogas/químicos tales como cafeína/nicotina
- Enfermedad/dolor (por ej. circuncisión, inmunización)
- Síndrome del bebé con "sobrecarga de lactosa" como resultado de una oferta excesiva de leche y/o amamantadas cortas y frecuentes
- "Cólico" del bebé
- Hambre

b. Evaluación como se describe en el #10.1 arriba

c. Manejo (protocolo dependerá de la causa)

- Reflejo de eyección de la leche hiperactivo o exceso de producción (véase Guías para el Manejo de la Lactancia, pág. 4-17)
- Técnicas de relajamiento para mejorar el reflejo de eyección inhibido
- Reducir u omitir drogas o químicos (véase el Módulo B-II, 13.5e sobre las formas de minimizar le exposición del bebé)
- Tratar las causas de la enfermedad minimizar/eliminar el dolor
- Apoyar a la familia de un bebé con cólicos para que la lactancia continúe; considerar dieta de eliminación en la madre para descartar alergenos específicos (véase el Módulo B-III, 4.3)
- Optimizar la rutina de alimentación (véase Aumento Lento de Peso, Módulo B-II, 10.5)

d. Criterios para referir

- Considerar la oxitocina para el reflejo de eyección de la leche inhibido
- Bebé no aumenta de peso

10.5 Aumento lento de peso (véase Problemas Maternos: Leche Insuficiente en el Módulo B-II, 12.1g y h)

a. Patrones normales de crecimiento del bebé amamantado (véase el Módulo A-II, 10.0)

b. Patrones de crecimiento aberrantes del bebé amamantado

- Aumento de peso lento
- Aumento de peso estancado
- Disminución de peso crítico

c. Causas — factores del binomio

- Rutinas inadecuadas que tienen como resultado una extracción incompleta de la leche (por el niño)
- Dolor
- Ansiedad

d. Causas — condiciones de la madre

- Endocrinas
  - Embarazo
  - Placenta retenida
  - Hipopituitarismo
- Anormalidades del seno
  - Quirúrgicas
  - Estructurales (ej. quemaduras, pezones invertidos)
  - Del desarrollo (ej. insuficiencia glandular primaria)
- Fármacos
- Exceso de leche que produce una sobrecarga de lactosa en el niño
- Trastornos de la alimentación

e. Causas — condiciones del bebé

- Inmadurez del sistema nervioso central
- Metabólicas
- Endocrinas
- Infecciones
- Drogas o medicamentos
- Malformaciones
- Malabsorción

f. Evaluación como se describe en el #10.1 arriba incluyendo

- Examen motor-oral del bebé (véase el #10.2b arriba)

- Examen e historia de la madre (véase el #8.0 arriba)
- Evaluación del riesgo nutricional de la madre
- Observación de las amamantadas

g. Manejo (véase el Material para el Paciente "Aumentando la Producción de la Leche," pág. 4-15)

- Determinar la necesidad de dar suplementos y si es necesario
  - Tipo de suplemento
  - Método de administración
  - Cuánto suplementar
  - Disminución gradual de la suplementación
- Optimizar la rutina de alimentación
- Optimizar el acoplamiento y la posición
- Facilitar la eyección de la leche
- Técnica de relajación
- Considerar la extracción de leche adicional
- Tratar las condiciones/medicamentos específicos de la madre o el bebé
- Referir a un nutricionista en caso necesario
- No pesar ni antes ni después de la amamantada (véase el Módulo B-III, 7.4)
- Vigilancia frecuente del peso

h. Criterios para referir al especialista del Nivel III

- Bebé
  - Pérdida crítica de peso
  - Si no da por resultado un aumento de peso en 3-5 días (después del manejo como se especifica arriba)
  - Descartar condiciones médicas
- Madre
  - La producción de leche no aumenta después de dos semanas de manejo como se especifica arriba
  - Considerar el uso de galactogogos
  - Descartar condiciones médicas

10.6 Ictericia y lactancia materna

a. Causas

- Fisiológicas
- Por lactancia insuficiente
- Ictericia por leche materna

b. Evaluación

- Factores de riesgo de la ictericia patológica
- Edad de inicio
- Frecuencia y eficacia de las amamantadas
- Frecuencia y color de las evacuaciones
- Aumento de peso

c. Manejo

- Seguir los protocolos para cada tipo de ictericia
  - Fisiológica y lactancia insuficiente: optimizar las amamantadas, vigilar los patrones de las evacuaciones
  - Ictericia por lactancia materna: si la bilirrubina es $\geq$ de 20mg/100 ml interrumpir la lactancia por 12-48 horas (la madre debe extraerse su leche con regularidad)

***Objetivo 11:** Facilitar la lactancia para el bebé con necesidad especial de atención de salud.*

11.0 BEBES CON NECESIDAD ESPECIAL DE ATENCION DE SALUD (véase el Módulo A-II, 2.0 respecto a las ventajas de la leche pretérmino)

11.1 Ejemplos de condiciones: aclarar el impacto, si procede, sobre la lactancia

a. Enfermedades infecciosas (por ej. sepsis, diarrea, infecciones respiratorias, otitis media, neumonía)

b. Enfermedades respiratorias

c. Metabólicas/endocrinas (por ej. PKU, galactosemia, hipotiroidismo, trastornos adrenocorticales, acrodermatitis enteropática)

d. Estructural (ej. fisura labial/palatina)

e. Genética (ej. trisomía 21)

f. Premadurez/bajo peso al nacer (BPN)

g. Síndromes de malabsorción (ej. intolerancia a los carbohidratos)

h. Déficits neurológicos

i. Cardiopatías congénitas

j. Problemas quirúrgicos

k. Bebés de madres diabéticas

l. Bebés post-término

11.2 Factores a considerar

a. Riesgos de transmisión de infecciones

b. Impactos positivos y negativos de la lactancia sobre el progreso de la enfermedad o eficacia de la terapia

c. Capacidad del bebé para utilizar la leche materna

d. Capacidad del bebé para succionar

Estrategias:
- Estudios de Caso
  #27: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento)
  #33: Bebé Dormilón
- Experiencia clínica en unidad de pediatría o consulta externa, aconsejar a madres.
- Consultar con el terapeuta ocupacional u otro especialista en atención de salud.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Clarren SK (1987) (secc. 23a)
Lawrence RA (1994) cap. 14 (Textos Comprensivos)
Lawrence RA (1994) cap. 17 (Textos Comprensivos)
McBride MC (1987) (secc. 23c)
Meier P (1985) (secc. 22c)
Riordan J (1993) p. 253-278 (Textos Comprensivos)
Riordan J (1993) p. 485-515 (Textos Comprensivos)
Wolf LS (1992) (secc. 11)

e. Tiempo elapso de que durará el impacto de la condición sobre la habilidad para succionar

f. Riesgos versus beneficios

11.3 Aconsejando a la madre

a. Contacto inicial con énfasis en los beneficios, la importancia de la contribución materna

b. Desarrollar un régimen individualizado de alimentación

c. Abordar los problemas de estrés y fatiga de la madre

11.4 Técnicas para facilitar una lactancia exitosa

a. Diferentes posiciones para amamantar

b. Modificar rutinas para amamantar (frecuencia, duración)

c. Evaluación de la necesidad de suplementación

d. Desarrollar un plan en caso de que la suplementación sea necesaria

- Leche materna extraída y/o sucedáneos de la leche materna
- Cantidad, frecuencia, y manera de proporcionarla
- Disminución gradual de la suplementación

e. Pros y contras para el uso de utensilios especiales de ayuda a la alimentación

- suplementadores (por ej. SNS, Lact-Aid)
- Biberón Haberman o para paladar hendido
- Obturador
- Otros

f. Problemas de succión — véase el #10.2 de este módulo/nivel

11.5 Criterios para referir al especialista en lactancia Nivel III

a. Imposibilidad o rechazo a succionar

b. Diuresis y deposiciones insuficientes

c. Aumento de peso inadecuado o excesivo

d. Separación prolongada de madre-bebé

Objetivo 12: Manejar problemas sencillos de lactancia que se observan en la madre.

12.0 TRATAMIENTO DE PROBLEMAS SENCILLOS QUE SE OBSERVAN EN LA MADRE

12.1 Problemas comunes de lactancia (los protocolos se pueden encontrar en el capítulo 4A: Material para Pacientes y Guías de Manejo de Lactancia Materna

a. Pezones invertidos

b. Trauma de pezones

c. Plétora o Congestión

d. Ducto obstruído

e. Mastitis

f. Candidiasis

g. Percepción de producción de leche insuficiente (véase Material para Pacientes "Períodos de Crecimiento Rápido," pág. 4-14)

h. Leche insuficiente

- Indicaciones
  - Aumento lento de peso en el bebé, o
  - Bajos volúmenes de leche extraída cuando se la separa del bebé
- Manejo (véase Subida Lenta de Peso: #10.5 arriba)

i. Reflejo de eyección de leche hiperactivo/producción excesiva

12.2 Situaciones especiales

a. Manejo de múltiples

b. Estrategias que ayudan
- Apoyo
- Nutrición
- Problemas comunes

c. Lactancia en "tandem"/lactancia durante el embarazo
- Pros y contras
- Indicaciones
- Nutrición
- Problemas comunes

12.3 Relactación (véase Material para Pacientes, pág. 4-19)

a. Ejemplos
- Reinicio de la lactancia después del destete
- Retraso en el establecimiento de la lactancia después del parto

Estrategias:
- Estudio de Casos:
  - #5: Candidiasis
  - #9-10: Plétora o Congestión
  - #15: Períodos de Crecimiento Rápido
  - #16: Bebé Irritable
  - #21-23: Mastitis
  - #35: Pezones Adoloridos
  - #38: Gemelos
- Sociodramas #1 y 2
- Experiencia clínica parejas madre/bebé en varios lugares incluyendo clínica de lactancia
  - evaluar problemas
  - brindar manejo y educación

  Usar Experiencia en Clínica de Lactancia — hoja de trabajo de estudiante (véase la pág. 4-29)

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

Auerbach KG (1981) *J Trop Pediatr* (secc. 15)
Bose CL (1981) (secc. 15)
Gromada KK (1992) (secc. 20c)
Johnstone HA (1990) (secc. 21b)
Lawrence RA (1994) cap. 8 (Textos Comprensivos)
Marshall BR (1975) (secc. 21b)
Moon JL (1989) (secc. 21b)
Neifert M (1990) (secc. 21b)
Riordan J (1993) pág. 379-400 (Textos Comprensivos)
Walker M (1989) (secc. 21b)

b. Evaluación como se describe en el #10.1 arriba con énfasis especial en:

- Riesgo nutricional materno
- Historia obstétrica reciente
- Medicamentos
- Historia social
  - Motivación para el proceso de relactancia
  - Función del padre
  - Apoyo/ambiente familiar
- Examen físico del seno de la madre y de la condición general del bebé
- Observación del amamantamiento

c. Métodos para aumentar la producción de leche (véase Aumento de Peso #10.5 arriba y el Material para Pacientes, pág. 4-15)

- Cada caso debe ser individualizado
- Estimulación del pezón/salida de la leche
- Utensilios/ayudas
  - Suplementadores (por ej. SNS, Lact-Aid)
  - Bombas
  - Fármacos (véase el Módulo B-III, 8.1: Lactancia Inducida)
- Estrategias de apoyo
  - Consejería en nutrición, cuando sea necesaria
  - Apoyo familiar
  - Descansar/relajarse

d. Cómo hacer que el bebé amamante (véase "Bebé Reacio a Amamantar" #10.3 arriba)

e. Suplementación

- Tipo de suplemento
- Método adaptado a las necesidades de la madre/bebé
- Disminución gradual de la suplementación

f. Vigilancia: es necesario dar seguimiento cuidadoso

- Llevar registros (producción-consumo (véase "Registro de Lactancia" en el capítulo 7)
- Aumento de peso del bebé
- Progreso del aumento de producción de la leche

12.4 Dependencia materna de drogas

a. No es aconsejable que la madre que usa drogas dé lactancia materna

b. Los beneficios de la lactancia materna pueden motivar a la madre a buscar tratamiento

c. Discuta la decisión de amamantar durante el embarazo

d. Criterios para considerar la amamantamiento

- La madre dice estar dispuesta a descontinuar el uso de drogas y a participar en un programa de tratamiento de drogas y/o exámenes de toxicología al azar
- VIH negativo

***Objetivo 13:** Facilitar la lactancia exitosa en el caso de condiciones médicas y tratamientos maternos.*

13.0 CONDICIONES MEDICAS MATERNAS, TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS QUE TIENEN IMPACTO SOBRE LA LACTANCIA

13.1 Compatibilidad de los problemas médicos de la madre con el amamantamiento (véase "Resumen de Contraindicaciones," pág. 4-40)

Factores a considerar

a. Efecto de la condición/tratamiento sobre la producción de leche

- Calidad/seguridad de la leche
- Cantidad de leche

b. Riesgos de transmisión de infecciones

c. Impactos positivos y negativos de la lactancia sobre el progreso de la enfermedad o eficacia de la terapia

d. Condiciones físicas/psicológicas en la madre/su capacidad para amamantar

e. Capacidad del bebé para utilizar la leche materna

f. Capacidad del bebé para succionar

g. Lapso de tiempo que durará el impacto de la condición sobre la lactancia

h. Riesgos versus beneficios

13.2 Alternativas de Manejo (véase el Material de la Sesión "Resumen de Contraindicaciones para la Lactancia," pág. 4-40)

a. Compatible con el amamantamiento de uno o ambos senos

b. Destete temporal (extraer y botar la leche)

c. Incompatible con el amamantamiento directo, compatible alimentar con leche materna, extraer y dar al bebé

Estrategias:

- Estudios de Caso:
  - #4: Cirugía Prenatal del Seno (Previa)
  - #6: Madre Diabética Prenatal
  - #7: Fármacos/Enfermedades Crónicas
  - #37: Tuberculosis y Lactancia Materna
- "Contraindicaciones y Controversias" tarea: (pág. 4-37)
  - entregarla antes de la sesión
  - los estudiantes la completarán antes de la sesión, en estudio independiente
  - las recomendaciones de los estudiantes se discuten en la sesión
- "Seguridad de los Fármacos Usados con Mayor Frecuencia" (pág. 4-36)
  - Haga que las estudiantes nombren las medicamentos que caen en las categorías enumeradas en el Módulo B-II, 13.5a-d.
  - para discusión refiérase al material

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)

American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs (1994) (secc. 8)
Anderson PO (1991) (secc. 8)
Anderson PO (1993) *Handbook of Clinical Drug Data, 7th Ed* (secc. 8)
Anderson PO (1993) *Neonatal Pharmacol Q* (secc. 8)
De Martino M (1985) (secc. 27a)
Ferris A (1988) (secc. 27b)
Ferris AM (1993) (secc. 27b)

d. Compatible con lactancia parcial, hay necesidad de suplementación

e. Peligroso para la madre o el bebé, debe destetar completamente

13.3 Técnicas para facilitar la lactancia materna en caso de que la madre tenga problemas médicos

a. Modificar posiciones

b. Modificar horario de amamantadas

c. Involución unilateral (por ej. en procedimientos quirúrgicos en un seno)

d. Uso de suplementos

e. Uso de utensilios especiales

f. Consejería y apoyo

g. Recursos comunitarios

h. Referir al especialista en lactancia materna del Nivel III si es necesario

13.4 Factores a considerarse al elegir un fármaco para una madre lactante

a. Principios básicos de cómo pasan los fármacos a la leche

b. Dosis y duración de la terapia

c. Edad del bebé

d. Cantidad de leche consumida

e. Experiencia con el fármaco en los bebés

f. Absorción oral y metabolismo del fármaco por el bebé

g. Posibles efectos a largo plazo

h. Efectos sobre la lactancia

i. Toxicidades no relacionadas con la dosis

j. Indicaciones/alternativas a la terapia con fármacos

13.5 Elección de fármacos (véase el Material de la Sesión "Seguridad de los Fármacos de Uso Común," pág. 4-36)

a. Seguridad en las dosis comúnmente utilizadas

b. Probablemente seguro en las dosis usuales

c. Posiblemente peligrosos

d. Contraindicados

Hansen B (1989) (secc. 20b)
Lawrence RA (1989) (secc 27a)
Lederman SA (1992) (secc. 27c)
McBride MC (1987) (secc. 23c)
Newell ML (1992) (secc. 27c)
Oxtoby MJ (1988) (secc. 27c)
Lawrence RA (1994) cap. 15 (Textos Comprensivos)
Riordan J (1993) pág. 349-377 (Textos Comprensivos)
Shiffman ML (1989) (secc. 27b)
Stagno S (1980) (secc. 27a)
Van De Perre G (1991) (secc. 27c)
Van De Perre G (1993) (secc. 27c)
Weatherley-White RCA (1987) (secc. 23a)
White WB (1984) (secc. 27b)

13.6 Estrategia progresiva para disminuir la exposición del bebé

a. Evitar el fármaco

b. Retardar la terapia

c. Escoger fármacos que no pasan bien a través de la leche

d. Escoger una forma alternativa de administración

e. Evitar amamantar en las horas pico de concentración de las fármacos en la leche, por ej. administrar el fármaco antes del período más largo de sueño del bebé

f. Suspender temporalmente la lactancia

g. Descontinuar la lactancia

***Objetivo 14:** Dar educación previa y solución a problemas respecto a la lactancia y la sexualidad.*

14.0 LACTANCIA Y SEXUALIDAD

Estrategia:
- Aconsejar madres en una clínica.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Jessup AJ (1987) (secc. 29)
Lawrence RA (1994) cap. 18 (Textos Comprensivos)
Riordan J (1993) pág. 438-446 (Textos Comprensivos)

14.1 Efectos fisiológicos de la lactancia sobre la sexualidad

a. Líbido

b. Goteo del seno

c. Menor lubricación vaginal

14.2 Efectos psicológicos de la lactancia en la sexualidad

14.3 Creencias culturales

14.4 Factores postparto no relacionados con la lactancia

a. Tiempo

b. Energía

c. Distracciones

***Objetivo 15:** Aconsejar a la madre lactante respecto a los diferentes opciones de anticoncepción.*

15.0 PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE LA LACTANCIA (véase el Módulo A-II, 4.0)

Estrategias:
- Estudios de Caso
  #12: Planificación Familiar
  #13: Planificación Familiar y Lactancia Materna
- Aconsejar madres en una clínica respecto a alternativas de planificación familiar incluyendo el Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA)

15.1 Criterios para el uso del método de la amenorrea de la lactancia (MELA/LAM)

15.2 Ventajas y inconvenientes de los métodos anticonceptivos durante la lactancia

a. No-hormonales

- Dispositivo intrauterino

- Condones (masculinos o femeninos)
- Espermicidas (espumas, cremas, gel)
- Diafragmas/cervicales/esponjas

b. Solamente progestina

- Píldoras anticonceptivas, solamente de progestina
- Inyectables, ej. Depoprovera
- Norplant

c. Métodos que contienen estrógenos

- Píldoras anticonceptivas con estrógenos no son una buena alternativa

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Fraser IS (1991) (secc. 13)
Howie PW (1981) (secc. 13)
International Planned Parenthood Federation (1990) (secc. 13)
Labbok MH (1989) (secc. 13)
Winikoff B (1989) (secc. 13)

***Objetivo 16:** Aconsejar a la madre sobre cómo mantener la lactancia cuando regrese al trabajo/escuela.*

16.0 REGRESO AL TRABAJO O LA ESCUELA (véase Separación Materna del Bebé #7.0 arriba)

16.1 Aspectos del cuidado del niño

a. Una persona que apoya y valora la lactancia

b. Horario de alimentación

c. Manejo y conservación de la leche extraída

16.2 Alternativas para coordinar las actividades fuera de la casa incluyendo el trabajo con la lactancia

a. Llevar consigo al bebé

b. Ir donde el bebé a amamantarlo

c. Llevar el bebé a la madre para que lo amamante

d. Extraer y almacenar la leche

e. Alimentación mixta (ventaja sobre no dar lactancia en absoluto)

f. Sitio de empleo que apoya la lactancia (véase el Módulo C-II, 2.3d)

Estrategias:

- Estudio de Caso #40: Madre que Trabaja
- Sociodrama #4
- Aconsejar a las madres sobre alternativas para continuar con la lactancia

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1994) cap. 13 (Textos Comprensivos)
Riordan J (1993) pág. 401-427 (Textos Comprensivos)

Módulo B: Práctica

Nivel III

***Objetivo 1:** Brindar educación previa a las mujeres embarazadas en condiciones poco comunes o de alto riesgo.*

1.0 EDUCACION PREVIA PARA MUJERES CON CONDICIONES POCO FRECUENTES O DE ALTO RIESGO

1.1 Ejemplos de condiciones de alto riesgo

a. Fracasos en lactancias anteriores

b. Cirugía mamaria previa

c. Problemas o impedimentos físicos

d. Desórdenes endocrinos/metabólicos (por ej. diabetes, tiroides)

e. Enfermedades crónicas/infecciones (por ej. cáncer, enfermedad renal, cardiopatía, fibrosis quística, VIH, colitis ulcerosa o Crohn)

f. Enfermedades mentales/trastornos psiquiátricos (por ej. abuso de drogas, trastornos de la alimentación, psicosis)

1.2 Repercusiones para la lactancia

1.3 Consideraciones nutricionales

1.4 Apoyo psicosocial

Estrategias:
- Estudio de Caso #2: Abscesos/Masas en el Embarazo
- Brindar asesoría a colegas de clínicas prenatales

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Dixon S (1989) (secc. 23b)
Greco L (1988) (secc. 30c)
Harris L (1992) (secc. 21b)
Koletzko S (1989) (secc. 30c)
Kostraba JN (1993) (secc. 30c)
Nader S (1990) (secc. 1)

Véase las Secciones de Referencias:
8. Drogas y Contaminantes
20. Madres con Necesidades Especiales
24. Nutrición Materna Durante la Lactancia
30d. Ventajas de la Lactancia Materna: Enfermedades Crónicas en la Madre, Prevención

***Objetivo 2:** Desarrollar y poner en práctica guías y protocolos de cuidados intraparto y postparto que faciliten la lactancia en casos de alto riesgo.*

2.0 DESARROLLAR PROTOCOLOS DE CUIDADO INTRAPARTO QUE FACILITEN LA LACTANCIA EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO

2.1 Revisar riesgos y beneficios de la lactancia/leche materna para el binomio de alto riesgo

a. Bebé

- Sepsis
- Problemas respiratorios

Estrategias:
- Estudios de Caso #25-26: Prematurez (MBPN/muy bajo peso de nacimiento)
- Brindar asesoría a las colegas: ayudarlas a evaluar el riesgo/ beneficio de la lactancia/leche materna

Véase las Secciones de Referencias:
8. Drogas y Contaminantes

- Hipoglicemia (véase Políticas Hospitalarias, página 4-54)
- Defectos congénitos
- Parto prematuro
- Meningocele
- Bebé expuesto/adicto a drogas

b. Madre

- Eclampsia
- Crisis de anemia falciforme
- Hemorragia
- Bajo los efectos de la droga/alcohol

2.2 Estabilizar a la madre y/o al bebé

2.3 Dar al bebé leche materna tan pronto como sea posible

2.4 Ayudar al acoplamiento tan pronto como sea posible

2.5 Minimizar la separación madre-bebé

20b. Madres con Necesidades Especiales: Madres Usuarias de Drogas
22c. El Niño Pretérmino y la Lactancia: Manejo de la Lactancia para el Pretérmino
23. Niños con Necesidades Especiales

Objetivo 3: Brindar asesoría con respecto a los lactarios y al uso de la leche materna en situaciones especiales.

3.0 BANCOS DE LECHE MATERNA/LACTARIOS

3.1 Valor, necesidad de reservas de leche materna

3.2 Preocupación respecto a la transmisión de enfermedades

3.3 Efectos del tratamiento con calor y almacenamiento sobre los componentes de la leche materna

3.4 Normas de la Asociación de Bancos de Leche Humana de América del Norte

a. Historia de salud del donantes

b. Análisis del suero de los donantes para VIH, Hepatitis y otras enfermedades endémicas según sea necesario

c. Tratamiento con calor a toda la leche donada

d. Normas para el almacenamiento y transporte de la leche

e. Análisis bacteriológicos

3.5 Otros aspectos

a. Pros y contras del examen para detectar si hay contaminantes (Por ej. DDT, PCB)

b. Costos/reembolsos

Estrategia:
- Entrevistar directores de bancos de leche/lactarios

Véase la Sección de Referencias:
12. Extracción y Almacenaje de la Leche Materna

100

***Objetivo 4:** Evaluación y apoyo para la mujer lactante con necesidades nutricionales complicadas.*

4.0 EVALUACION NUTRICIONAL MATERNA E INTERVENCION (véase el Módulo A-III, 3.0 y 8.0)

4.1 Metodologías de evaluación

a. Antropométricas

b. Dietéticas

c. Clínicas

d. Bioquímicas

e. Metabólicas

4.2 Manejo de condiciones de alto riesgo

a. Pérdida de peso excesiva y persistente postparto

b. Deficiencia nutricional persistente (por ej. Anemia)

c. Restricciones en la dieta (voluntaria o por recomendación médica) que tienen por resultado eliminación de un grupo de alimentos o de una fuente mayor de nutrientes individuales

d. Trastornos de la alimentación (bulimia/anorexia)

e. Condiciones médicas que requieren dietas especiales (por ej. diabetes, enfermedad renal)

f. Condiciones médicas que tienen por resultado un aumento de la necesidad de nutrientes o disminución de su utilización (por ej. enfermedades metabólicas, síndromes de absorción insuficiente)

g. Problemas de lactancia relacionados con un estado nutricional o una dieta insuficiente (por ej. leche insuficiente, bebé con cólicos o alergias)

h. Situaciones de lactancia que pueden tener por resultado un aumento en la necesidad de nutrientes (por ej. lactancia a gemelos o en tandem)

4.3 Manejo de la dieta materna para controlar las reacciones del bebé a sustancias que pasan a través de la leche (véase el Módulo B-II, 8.1h)

a. Guías para identificar el agente causal

b. Guías para eliminar el alimento responsable al mismo tiempo que nos aseguramos de tener una adecuada ingesta de nutrientes

c. Guías para prevenir exposición a alergenos a los bebés en riesgo

Estrategia:
- Realizar diferentes evaluaciones del estado nutricional de la madre

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Worthington-Roberts B (1993) pág. 247-315 (Textos Comprensivos)

Véase la Sección de Referencias:
24. Nutrición Materna Durante la Lactancia

***Objetivo 5:** Manejo de problemas complejos de lactancia relacionados con la introducción de alimentos complementarios.*

5.0 MANEJO DE PROBLEMAS COMPLEJOS DE LACTANCIA ASOCIADOS A LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

5.1 Rechazo del seno

5.2 Rechazo de alimentos complementarios

5.3 Crecimiento inadecuado asociado a la introducción de alimentos complementarios

5.4 Déficit nutricional

Estrategia:
- Consulta en un servicio de pediatría o clínica nutricional

Véase la Sección de Referencias:
7. Destete y Nutrición Infantil

***Objetivo 6:** Evaluación y manejo de patrones de succión disfuncionales complejos.*

6.0 PATRONES DE SUCCION DISFUNCIONALES QUE AFECTAN LA LACTANCIA (véase el Módulo A-III, 7.0)

6.1 Evaluación

a. Estructura/anatomía oral

b. Estado médico y fisiológico

c. Reflejos orales y respuestas sensitivas

d. Tono muscular y organización motora

e. Coordinación motora-oral y patrones de alimentación

f. Comportamiento y estado de alerta

6.2 Estrategias de intervención

a. Manipulaciones e intervención sensoria para optimizar el estado de alerta y comportamiento organizativo

b. Manipulaciones y posiciones para optimiza la organización motora

c. Preparación táctil-oral

- Técnicas de desensibilización
- Técnicas de facilitación

d. Normalización de los reflejos y patrones motores-orales

Estrategia:
- Consultar con colegas en hospitales o clínicas de consulta externa

Véase la Sección de Referencias:
11. Evaluación Motora-Oral e Intervención

***Objetivo 7:** Evaluación y manejo de la lactancia en casos complejos de mal progreso ponderal*

7.0 MANEJO DEL CRECIMIENTO LENTO PERSISTENTE/FALTA DE DESARROLLO (falta de respuestas a las medidas sugeridas en el Nivel II)

7.1 Evaluación de la madre y el bebé por un especialista

a. Enfermedad o problemas médicos poco frecuentes

b. Factores psicosociales/psiquiátricos

c. Evaluación endocrina materna

d. Patrones de succión disfuncionales (véase el Módulo B-III, 6.0)

7.2 Determinar la necesidad/métodos para suplementar (véase el Módulo B-II, 10.5g)

7.3 Fármacos para estimular la lactancia

a. Beneficios

b. Efectos secundarios

c. Costo

7.4 Pros y contras de aspectos controversiales

a. Pruebas de peso

b. Determinación del contenido de grasa de la leche materna (por ej. "Crematocrito")

c. Niveles de prolactina

Estrategia:
- Consultar con colegas en hospitales o clínicas de consulta externa

Véase la Sección de Referencias:
5. Crecimiento Lento/Falto de Desarrollo/Síndrome de Leche Insuficiente

***Objetivo 8:** Facilitar la lactancia en el caso de un bebé con necesidades complicadas de salud.*

8.0 MANEJO DE UNA LACTANCIA EXITOSA - BEBES CON NECESIDADES COMPLEJAS

8.1 Proceso en tres etapas[5]

a. Mantenimiento de la producción de leche

b. Provisión de leche extraída para el bebé

c. Transición exitosa hacia el amamantamiento

8.2 Problemas especiales con respecto al mantenimiento de la lactancia

a. Controversias respecto a efectuar cultivos de la leche materna

b. Controversias respecto a la higiene del seno

Estrategia:
- Consultar con colegas en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Véase las Secciones de Referencias:
11. Evaluación Motora-Oral e Intervención
22b. El Niño Pretérmino y la Lactancia: Madre "Canguro"
22c. El Niño Pretérmino y la Lactancia: Manejo de la Lactancia para el Pretérmino
23. Niños con Necesidades Especiales
27. Problemas Médicos y Opciones de Tratamientos Durante la Lactancia

c. Consideraciones para la extracción de leche por un tiempo prolongado

d. Poca producción de leche (mientras se está extrayendo)

- Posibles etiologías
- Consejerías
- Intervenciones

e. Normas para el almacenamiento de la leche materna para bebés de alto riesgo

8.3 Provisión de leche materna

a. Criterios sobre cuándo comenzar la alimentación con leche materna

b. Métodos para administrar leche materna

- Infusión continua versus intermitente
  - Técnicas para maximizar la ingesta de lípidos
  - Técnicas para minimizar el crecimiento de bacterias
- Biberón, taza o cuchara

c. Uso de suplementos y fortificadores (véase el Módulo A-III, 2.4)

- Evaluar que la ingesta sea adecuada
- Criterios para dar nutrientes suplementarios o fortificadores
- Escoger nutrientes suplementarios o fortificadores
- Horario y cantidad de suplementos
- Reducir la suplementación

8.4 Transición exitosa hacia la lactancia (véase los Patrones de Succión Disfuncionales, #6.0 arriba)

a. Bebé con bajo peso al nacer

- Barreras al éxito de amamantar en el hospital
- Comportamiento retraído/rechazo de los bebés prematuros
- Vigilancia de la estabilidad fisiológica
- Contacto piel a piel (madre canguro)
- Progreso de una succión no-nutritiva a una nutritiva
- Posición y acoplamiento
- Plan de suplementación (véase el #8.3c arriba)
- Métodos de suplementación
  - Controversias
  - Suplementadores (por ej. SNS, lact-AID)
  - Tubo nasogástrico
  - Biberones, taza, cuchara
- Horario de alimentación

Nota:

5. Adaptado con permiso del autor: Meier P y Mangurten HM (1993) Lactancia y el bebé pretérmino. In Riordan J and Auerbach KG *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, MA: Jones and Bartlett Publisher, Inc.: 253-278.

b. Fisura labio/paladar

- Obturadores
- Consideraciones postquirúrgicas
- Posición y acoplamiento

c. Incapacidad neurológica

- "Posición de bailarina"
- Evaluación de la función motora oral (véase el #6.0 arriba)
- Evaluación de la deglución
- Consideraciones sobre la demanda de energía

d. Errores congénitos del metabolismo

- Contraindicaciones
- Lactancia materna parcial

e. Problemas quirúrgicos (por ej. obstrucción intestinal, enterocolitis necrotizante, fístula traqueo esofágica)

- Amamantamiento no nutritivo
- Consideraciones sobre la demanda de energía

f. Ventilación mecánica

- Aversiones de la alimentación
- Consideraciones neurológicas

g. Bebés de madres diabéticas

- Limitaciones del uso del peso como indicador del estado de desarrollo apropiado
- Interpretación de los niveles de glucosa en la sangre del bebé
- Horario de amamantamiento para estabilizar los niveles de glucosa en la sangre del bebé

***Objetivo 9:** Manejar problemas complicadas de la lactancia que se ven en la madre.*

9.0 MANEJO DE PROBLEMAS COMPLEJOS MATERNOS

9.1 Lactancia inducida

a. Aspectos de consejería para padres adoptivos

- Razones y motivaciones
- Tiempo y apoyo
- Nutrición y descanso materno
- Fisiología de la lactancia/características de la leche
- Preparación/estimulación del pezón
- Pros y contras de los métodos farmacológicos
- Que esperar

b. Métodos farmacológicos

- Hormonas (gestacional y post parto)

Estrategias:

- Estudios de Caso:
  #1: Abscesos/Masas Post Parto
  #2: Abscesos/Masas Prenatales
- Consultar con colegas en hospitales o clínicas de consulta externa o de lactancia; asistir a evaluar riesgo/beneficio y desarrollar un plan de manejo clínico.
- Evaluación de la literatura; llevar a cabo investigaciones
- Revisar con sentido crítico la metodología y recomendaciones de dos artículos:

Howie PW, et al (1990)
Protective effect of

- Estimulantes de la prolactina
- Estimulación mioepitelial (oxitocina)

c. Métodos no farmacológicos

d. Tiempo: cuando empezar, frecuencia y duración

e. Suplementos: qué, cómo, cuándo y cuánto (véase el Módulo B-II, 12.3e)

f. Indicadores de lactancia

9.2 Problemas complejos de lactancia

a. Ejemplos

- Dolor persistente del seno
- Dolores de cabeza por causa de la lactancia
- Ducto obstruido crónico
- Mastitis crónica o a repetición
- Otros

b. Riesgos/beneficios de seguir amamantando

c. Necesidades de investigación sobre la causa/tratamiento

breastfeeding against infection *Br Med J* 300:11-16.

y

Rubin DH, et al (1990) Relationship between infant feeding and infectious illness: a prospective study of infants during the first year of life *Pediatrics* 464-471.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Askmark H (1989) (secc. 21b)
Lawrence RA (1994) (Textos Comprehensivos)
Rench MA (1989) (secc. 21b)
Riordan J (1993) (Textos Comprehensivos)

Véase las Secciones de Referencias:
8. Drogas y Contaminantes
15. Inducción de la Lactancia y Relactancia
20. Madres con Necesidades Especiales
21b. Manejo Rutinario y de Problemas: Enfocado en la Madre
23b. Niños con Necesidades Especiales: Niños Expuestos a Drogas
24b. Nutrición Materna Durante la Lactancia: Dieta Materna y Alergias en el Niño Amamantado
27. Problemas Médicos y Opciones de Tratamientos Durante la Lactancia

***Objetivo 10:** Brindar asesoría a colegas y madres lactantes respecto al apoyo a la lactancia para madres con problemas complicados de salud.*

10.0 TOMANDO DECISIONES Y DANDO APOYO A MADRES CON SITUACIONES DE SALUD COMPLEJAS

10.1 Madres con necesidades de atención complicadas

a. Ejemplos (véase la lista en el Módulo B-I, 12.1)

b. Descubrimientos de las investigaciones recientes

- Errores frecuentes en diseño y metodología
- Sesgo en los autores, editores y patrocinadores

Estrategias:
- Revisar con sentido crítico la literatura existente
- Consultar laboratorios

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Jensen AA (1983) (secc. 8)
Mountford PJ and Coakley AJ (1989) (secc. 8)

c. Dicotomía de los riesgos/beneficios de seguir amamantando
   - Transmisión de infecciones (cytomegalovirus, tuberculosis, VIH, Hepatitis B, etc.)
     - Mecanismos infantiles
     - Mecanismos maternos
   - Otros efectos para la madre y el niño

d. Recomendaciones basadas en el riesgo/beneficio (varación mundial)

e. Estrategias alternativas de manejo

f. Areas para investigación clínica

10.2 Aplicación de información sobre fármacos conocidos y contaminantes a fármacos para los cuales no existen guías

a. Principios sobre la transferencia de los fármacos a la leche

b. Modelos farmacokinéticos

c. Factores del bebé

d. Métodos para estimar la exposición del bebé a los fármacos

e. Estimación de la transferencia de los fármacos a la leche basada en medicamentos similares

f. Efectos de los fármacos sobre la lactancia

g. Estrategias para minimizar los riesgos del bebé (véase el Módulo B-II, 13.6)

h. Indicaciones para el uso de la lactancia como un indicador biológico de contaminación por químicos

10.3 Exposición a contaminantes ambientales

a. Fuentes de contaminación; riesgos por el estilo de vida

b. Cómo detectar los contaminantes en la leche
   - Pros y contras del análisis de la leche
   - Interpretación de resultados

c. Evaluar el riesgo/beneficio de la lactancia

d. Minimizar la exposición

Mountford PJ and Harding LK (1989) (secc. 8)
Niessen KH (1984) (secc. 8)
Rogan WJ (1991) (secc. 8)
Sim M (1992) (secc. 8)
Wolff MS (1983) (secc. 8)

Véase la Sección de Referencias:
8. Drogas y Contaminantes

***Objetivo 11:** Brindar asesoría sobre anticoncepción para madres lactantes con problemas de salud.*

11.0 ANTICONCEPCION PARA MADRES LACTANTES CON PROBLEMAS DE SALUD

11.1 Estrategias y guías de anticoncepción en mujeres lactantes con antecedentes de:

a. Enfermedad vascular obstructiva (tromboembolismo)

b. Cardiopatias valvulares (usuarias de protesis valvular y/o anticoagulantes)

c. Diabéticas

d. Hipertensionas inducida por el embarazo o hipertensión crónica

e. Hipercolesterolemia

f. Epilepsia

g. Padecimiento psiquiátricos mayores (esquizofrenia, psicosis maniacodepresivas)

11.2 Ventajas para el método de la amenorrea de la lactancia (MELA/LAM) en madres lactantes con problemas de salud

a. Mujeres con antecedentes de riesgo de trombosis venosa, embolismo, y accidente vascular cerebral en usuarias de hormonales con más de 50 microgramos de estrógenos

b. Mujeres con riesgo de trombosis, fumadoras mayores de 30 años y usuarias de contraceptivos combinados orales

c. Mujeres bajo tratamiento con anticoagulantes

d. Efectos adversos de los anticonceptivos con progestina sola en el metabolismo de la glucosa

e. Alteraciones en las concentraciones de LDL y HDL, triglicéridos y VLDL en las usuarias de anticonceptivos hormonales

f. Riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en usuarias de DIU

g. Riesgo de bacteremias en usuarias de DIU con antecedente de protesis valvular, o antecedente de endocarditis bacteriana

Estrategias:
- Revisar con sentido crítico la literatura existente
- Práctica clínica

Véase las Secciones de Referencias:
13. Fertilidad y Anticoncepción Durante la Lactancia
27. Problemas Médicos y Opciones de Tratamientos Durante la Lactancia

Módulo C: Políticas, Programas y Coordinación

Objetivos

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
1.0 Coordinar la atención y referir apropiadamente a profesionales, otros trabajadores de salud y recursos comunitarios: (3-71)	***1.0 Coordinar atención consistente con el enfoque multidisciplinario:*** (3-73)	***1.0 Ejercer liderazgo en el desarrollo e ejecución de un enfoque de equipo para el manejo de la lactancia:*** (3-77)
1.1 Identificar trabajadores de salud que contribuyan al apoyo y manejo de la pareja lactante.	1.1 Describir y explicar la filosofía del enfoque multidisciplinario de lactancia.	1.1 Evaluar la situación de su propio equipo en términos de filosofía y estructura para la toma de decisiones.
1.2 Discutir en términos generales las funciones de los diferentes trabajadores de salud como miembros de un equipo para el manejo de la lactancia materna	1.2 Definir su propia función en un equipo para el manejo de la lactancia.	1.2 Identificar estrategias para el cambio en las actividades del equipo.
1.3 Identificar grupos comunitarios, profesionales y actividades que promueven la lactancia.	1.3 Trabajar dentro del equipo para coordinar los servicios de lactancia y asegurarse la continuidad de la atención.	1.3 Ejercer liderazgo en un equipo multidisciplinario para el manejo de la lactancia.
1.4 Referir apropiadamente las mujeres que necesitan ayuda con la lactancia.	1.4 Desarrollar contactos entre grupos comunitarios y profesionales apropiados para el apoyo de la lactancia.	1.4 Desarrollar protocolos para el equipo que promuevan atención adecuada, consistente y continua a las familias lactantes durante los períodos críticos.
2.0 Apoyar políticas que promueven la lactancia: (3-72)	***2.0 Abogar por políticas que apoyan la lactancia:*** (3-74)	***2.0 Elaborar políticas/posiciones sobre temas relacionados con la lactancia:*** (3-78)
2.1 Discutir las políticas relacionadas con la lactancia de su propia organización profesional.	2.1 Debatir aspectos éticos que afectan la promoción y el apoyo a la lactancia materna.	2.1 Formular una posición sobre aspectos éticos que afectan la lactancia.
2.2 Discutir políticas y objetivos nacionales relacionados con la lactancia materna.	2.2 Analizar el efecto de las políticas de los servicios hospitalarios y de salud en la práctica de la lactancia materna.	2.2 Formular posiciones actualizadas sobre políticas/iniciativas nacionales/ internacionales que afectan la lactancia.
2.3 Apoyar el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.	2.3 Analizar las políticas locales, estatales y nacionales de salud que afectan la promoción y el apoyo de la lactancia materna.	2.3 Participar en la implementación de los cambios.

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTAS: El desarrollo de equipos, procesos de grupos, liderazgo, cambio de comportamiento, planificación de programas y técnicas de educación no son únicas del manejo de la lactancia y por lo tanto pueden adquirirse independientemente de cursos relacionados con la lactancia. Muchos profesionales del Nivel I y II pueden tener estas destrezas pero no las aplican a la lactancia. Es la aplicación de estas destrezas a programas relacionados con la lactancia lo que define al especialista del Nivel III.

Nivel I (Concientización)	Nivel II (Generalista)	Nivel III (Especialista)
	3.0 Aplicar la teoría del cambio y los principios del aprendizaje de adultos a la promoción de la lactancia materna: (3-75)	***3.0 Ejercer liderazgo en el desarrollo, ejecución y evaluación de programas que apoyan y promueven la lactancia:*** (3-78)
	3.1 Discutir estrategias para vencer la resistencia al cambio.	3.1 Comparar y contrastar teorías de cambio.
	3.2 Aplicar los principios de educación para adultos al desarrollo de una sesión educativa sobre lactancia materna.	3.2 Describir el proceso de planificación y evaluación de programas en lo que se refiere a programas de lactancia materna.
	3.3 Planear una sesión de enseñanza sobre lactancia materna.	3.3 Aplicar los principios de educación para adultos, teoría de cambios y planificación de programas al desarrollo de programas de lactancia en cualquiera de los siguientes campos:
	3.4 Análisis crítico de materiales de enseñanza de lactancia materna.	• educación y capacitación de profesionales de salud
		• prácticas de la atención de salud
		• intervenciones a nivel de población/ comunidad

El número en paréntesis se refiere al número de la página donde se encuentra el material que corresponde al objetivo.
NOTAS: El desarrollo de equipos, procesos de grupos, liderazgo, cambio de comportamiento, planificación de programas y técnicas de educación no son únicas del manejo de la lactancia y por lo tanto pueden adquirirse independientemente de cursos relacionados con la lactancia. Muchos profesionales del Nivel I y II pueden tener estas destrezas pero no las aplican a la lactancia. Es la aplicación de estas destrezas a programas relacionados con la lactancia lo que define al especialista del Nivel III.

Módulo C: Políticas, Programas y Coordinación

Nivel I

***Objetivo I:** Coordinar la atención y referir apropiadamente a otros profesionales, no profesionales y grupos comunitarios.*

1.0 ATENCION Y RED MULTIDISCIPLINARIA

1.1 Posibles proveedores de atención en lactancia

a. Familia de la madre/bebé

b. Médicos: pediatras, obstetras u obstetrices, médicos familiares

c. Enfermeras, enfermeras profesionales y parteras

d. Nutricionistas/dietistas

e. Terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos

f. Consultores y especialistas en lactancia materna

g. Otros, por ej. trabajadores sociales, dentistas

1.2 Funciones de cada disciplina

a. Apoyo/defensa en favor de la lactancia

b. Educación clínica

c. Atención clínica

- Intervención
- Referencias

1.3 Recursos comunitarios que promueven la lactancia

a. Grupos de apoyo madre a madre

b. Programas de nutrición y alimentación

c. Cuidados infantiles

d. Programas del lugar de trabajo

e. Curricula escolar

f. Atención directa

g. Grupos profesionales (interdisciplinarios y de disciplina específica)

h. Grupos comunitarios, coaliciones, y clubes

i. Organizaciones religiosas y de caridad

Estrategia:
- Panel de discusión con conferencistas representantes de las varias profesiones de salud que brindan atención en lactancia materna.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Lawrence RA (1994) cap. 20 (Textos Comprensivos)
Jelliffe DB (1988) cap. 39 (Textos Comprensivos)
Naylor A (1987) (secc. 3)

Estrategia:
- Panel de discusión u otro tipo de actividad que dé oportunidad a profesionales o grupos comunitarios de describir sus servicios de lactancia materna.

Recursos:
- Coordinador hospitalario de lactancia materna
- Clínica local de lactancia materna
- Liga de la Leche Internacional
- Asociación Internacional de Consultores de Lactancia Materna (ILCA)
- WIC, otros programas de nutrición y asistencia alimentaria
- Programas del lugar de trabajo

Estrategias:
- Ilustración de casos que dan oportunidad para referencias:
- Estudios de Caso:
  #34: Bebé Somnoliento
  #36: Pezones Adoloridos
  #39: Gemelos

1.4 Referencias

a. Necesidades del binomio madre/niño

b. Recursos disponibles

Objetivo 2: Apoyar políticas que promueven la lactancia.

2.0 POLITICA Y ETICA

2.1 Planteamientos y políticas relacionados con la lactancia materna de las academias, sociedades y organizaciones científicas y profesionales de su país/región

Ejemplos:

a. Asociaciones de pediatría, obstetricia y medicina comunitaria y general

b. Asociaciones de enfermeras y obstetrices (matronas)

c. Asociaciones de nutricionistas/dietistas

d. Colegios de Médicos; Colegios de Enfermeras; Colegios de Nutricionistas

e. Liga de la leche

f. Comisiones nacionales de la lactancia materna

g. Organizaciones internacionales (por ej., Population Council, UNICEF)

2.2 Políticas nacionales sobre la lactancia materna, por ej. Objetivos de Salud para Todos en el Año 2000 y La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

a. Objetivos para lactancia materna

b. Estado actual

2.3 El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna

a. Alcance

b. Publicidad e información

c. Muestras y suministros

d. Servicios y agentes de salud

e. Acciones que se pueden realizar

f. Información sobre el monitoreo del Código en el país y/o a nivel Latinoamericano

Estrategia:
- Contactar organizaciones profesionales para obtener una copia de sus declaraciones sobre políticas de lactancia.

Recurso:
- Organizaciones profesionales

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis) Substituir los siguientes con planteamientos y políticas nacionales/profesionales relevantes a su propio país:
- Declaraciones publicas (véase las referencias, Capítulo 10, secc. 26)
- Resumen de declaraciones de política:
  AAP (1982)
  ACOG (1985)
  ADA (1993)
  APHA (1983)
  AWHONN (formerly NAACOG) (1991)
  NAPNAP (1988)
  NAWD (1993)
  Los resumenes se encuentran en: Anthony M and Suitor C (eds) (en imprenta) *Role Delineation in Breastfeeding Care* Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- National Center for Health Statistics, Public Health Service: *Healthy People 2000.* Disponible de Government Printing Office, Washington, DC 20402-9325. Stock #017-001-00474-0. Tel: 202/783-3238.

Módulo C: Políticas, Programas y Coordinación

Nivel II

***Objetivo 1:** Coordinar una atención que sea consistente con el enfoque multidisciplinario.*

1.0 ATENCION MULTIDISCIPLINARIA Y FORMACION DE REDES DE APOYO

1.1 Enfoque de equipo para el manejo y apoyo de la lactancia

a. Filosofía

b. Características del equipo

c. Proceso del grupo

1.2 Aplicación al manejo de la lactancia: conocimientos, radio de funciones y responsabilidades, y utilización adecuada (consulta/referencia)

a. Equipo central

- Paciente y su familia
- Médicos
- Enfermeras, matronas
- Dietistas/nutricionistas

b. Disciplinas especiales

- Terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos
- Farmacéuticos
- Inmunólogos, gastroenterólogos, dermatólogos, consultores de enfermedades infecciosas, dentistas, etc.
- Trabajadores sociales, psicólogos
- Sociólogos
- Otros

1.3 Servicios de manejo de lactancia materna

a. Oportunidades para dar seguimiento a la lactancia materna

- Visitas de rutina a clínicas de promoción del crecimiento y desarrollo
- Visitas de rutina para la madre (atención postparto/revisión ginecológica)
- Contactos del programa materno-infantil, otros servicios de nutrición
- Visitas de planificación familiar

Estrategia:
- Observar un consultorio clínico o recurso comunitario donde se da atención a las parejas lactantes. Evaluar la atención para utilizarla en la práctica comunitaria.

Recursos:
- Clínica local de lactancia
- Liga de la Leche Internacional

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Brill N (1981) (secc. 3)

Estrategia:
- Desarrollar un sistema para documentar contactos telefónicos con una familia lactante.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Gilhooly J (1992) (secc. 28)
Simon JL (1988) (secc. 28)
Tennenhouse (1991) (secc. 28)

Estrategia:
- Desarrollar sistemas para dar seguimiento a la pareja lactante y referencias a recursos de lactancia.

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Page-Goertz S (1989) (secc. 28)

- Referencias al especialista

b. Consulta/referencia con/al equipo

c. Consejo y documentación por teléfono

d. Bombas y utensilios

- Técnicos/consultores
- Recursos para alquilar

e. Evaluación de recursos

- Si son accesibles y adecuados
- Sistema de referencia con retroalimentación

1.4 Grupos comunitarios y profesionales que promueven la lactancia

a. Radio de alcance de las actividades y servicios

b. Participación del profesional de salud (en la comunidad/grupos profesionales)

- Enseñanza
- Apoyo
- Consultoría

Objetivo 2: Abogar por políticas que apoyan la lactancia.

2.0 POLITICAS Y ETICAS

2.1 Aspectos éticos

a. El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (véase el Módulo C-I, 2.3)

b. Responsabilidades políticas y sociales

c. Técnicos de mercadeo de productos

d. Seleccionando alternativas

Estrategia:
Un ejemplo:
- Debatir la afirmación: Las compañías de fórmulas proveen un servicio educacional importante para el profesional de salud:
  - quién paga?
  - mensajes subliminales versus obvios
  - efectos sobre el cuidado del binomio

2.2 Políticas Hospitalarias (véase el material de la sesión pág. 4-50; "Perfil Hospitalario," capítulo 8C; e "Indicadores de Lactancia," capítulo 8D)

a. Impacto de las políticas de los hospitales/servicios de salud sobre el inicio y la duración de la lactancia

b. Componentes de las políticas de hospitales/servicios de salud que promueven con éxito la lactancia materna (véase el material de la sesión, pág. 4-50)

- Diez pasos hacia una feliz lactancia natural (1989)
- Ejemplos de políticas de lactancia materna de un hospital modelo
- Regalos y técnicas de mercadeo que afectan la lactancia

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Goldfinger SE (1987) (secc. 26)
Howard FM (1993) (secc. 26)
Jenike MA (1990) (secc. 26)
Margolis LH (1991) (secc. 26)
Strain SE (1991) (secc. 26)

Estrategia:
- Examinar las políticas de licencias (permisos) para maternidad/familia:
  - la propia institución
  - estatales
  - licencia (permiso) familiar nacional

2.3 Aspectos de la política local, estatal y nacional

a. Programas de ayuda alimentaria del gobierno

b. Prácticas hospitalarias, por ejemplo la iniciativa de "Hospitales Amigos de los Niños"

c. Política de licencia/permisos pre y postnatales para las madres/padres

d. Políticas en el lugar de empleo (véase el Módulo B-II, 16.0)

- Horarios flexibles/opciones de trabajar por horas
- Cuidar los niños en el lugar de empleo o en un lugar cercano
- Tiempo/facilidades para amamantar, extracción y almacenamiento de la leche

e. Políticas para el cuidado del niño

f. Reembolso por servicios de lactancia

g. Financiamiento para programas de lactancia

Recurso:
Véase Titulo V para su estado o las relevantes políticas/legislación de salud materno-infantil en su país/región

Estrategia:
- Observar y registrar las prácticas de lactancia materna en una unidad hospitalaria o centro de maternidad. Compare las prácticas actuales con la política escrita.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Winikoff B (1987) (secc. 26)
WHO/UNICEF/USAID/SIDA (1990) (secc. 26)

Estrategia:
- Dar los argumentos científicos sobre puntos específicos del "Modelo de Políticas Hospitalarias para el Neonato Normal de Término."

Referencia:
Wellstart International (1993) "Modelo de Normas Hospitalarias para Recién Nacidos de Termino Sanos en Relación a la Lactancia" (véase la pág. 4-50)

Véase la Sección de Referencias:
21a. Manejo, Rutinario y de Problemas: General

***Objetivo 3:** Aplicar la teoría del cambio y los principios del aprendizaje de adultos a la promoción de la lactancia materna.*

3.0 DESARROLLO DE PROGRAMAS

3.1 Aplicación de la teoría de cambios a la promoción de la lactancia materna

a. Teorías

b. Razones para la resistencia al cambio

c. Estrategias para el cambio planificado en el campo de promoción de la lactancia

d. Función del agente de cambio: atributos y repercusiones

Estrategia:
- Formular un plan de cambios en el propio lugar de trabajo.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Bushy A (1992) (secc. 6a)
Kanter RM (1985) (secc. 6a)

Estrategias:
- Planee y presente a sus colegas una exposición de 10 min. sobre un tema de la lactancia. Utilice cualquier estrategia a excepción de la conferencia. Use materiales de apoyo.

3.2 Teoría de aprendizaje

a. Características del aprendizaje de adultos

b. Principios del aprendizaje de los adultos

- Importancia
- Comprensión
- Disposición
- Motivación
- Proceso de interacción

3.3 Planeando una sesión de enseñanza

a. Evaluar las necesidades de educación

b. Plan

- Definir las metas y los objetivos
- Escoger estrategias de enseñanza eficaces
- Escoger recursos

c. Ejecutar

d. Evaluar

3.4 Analizar con sentido crítico los materiales de enseñanza

a. Son precisos

b. Se pueden leer

c. Aplicables culturalmente

d. Validación

- Pida a sus colegas que hagan un análisis crítico de la sesión y de los materiales.

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Kemp JE (1992) (secc. 6b)
Rice M (1991) (secc. 6b)

Módulo C: Políticas, Programas y Coordinación

Nivel III

***Objetivo 1:** Ejercer liderazgo en el desarrollo y la ejecución de un enfoque de equipo para el manejo de la lactancia materna.*

1.0 ATENCION MULTIDISCIPLINARIA Y FORMACION DE UNA RED DE APOYO

1.1 Desarrollo de un equipo

a. Filosofía y objetivos

b. Contribuciones individuales

c. Proceso del grupo

d. Evaluación del proceso y resultados

e. Ejemplos aplicados al manejo de la lactancia

1.2 Análisis del equipo

a. Propósito

b. Composición y estructura

c. Valores y normas personales

d. Administración y logística

e. Comunicación, conflictos y solución de problemas

f. Evaluación y responsabilidades

1.3 Habilidades de liderazgo

a. Función del facilitador

b. Solución de conflictos

c. Toma de decisiones

d. Solución de problemas

1.4 Desarrollo de protocolos del equipo

a. Revisión de la práctica actual

b. Revisión de la literatura

c. Revisión de los requisitos legales

d. Evaluación de la información

e. Diseño y ejecutación

f. Evaluación

Estrategia:
- Utilice: "A Functional Yardstick for Team Analysis" found in Brill (1976) Teamwork: Working Together in the Human Services, App. B u otro artículo similar en español

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Brill N (1976) (secc. 3)
Pearson PH (1983) (secc. 3)

Estrategia:
- Escriba un protocolo para utilizarlo con colegas en la atención a una pareja lactante (tomando un enfoque general o enfocando en una condición o problema particular).

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Todd JS (1990) (secc. 28)
Protocolos estandarizados de Wellstart, véase el Capítulo 4B.

***Objetivo 2:** Elaborar políticas y posiciones sobre problemas relacionados con la lactancia*

2.0 POLITICA Y ETICA

2.1 Cuestiones éticas

a. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

- Situación del Código
- Función de profesionales de salud en la comercialización de sucedáneos de la leche materna
- Cuestiones actuales sobre de sucedáneos de la leche materna en su país

b. Clarificación de valores personales

2.2 Cuestiones de políticas nacionales e internacionales

a. Impacto de políticas de programas de nutrición (ej. WIC) en la lactancia

b. Declaración de Innocenti (1990)

c. WHO/UNICEF: Iniciativa Hospital Amigo del Niño (1992)

d. Madres trabajadoras

- Tendencias, influencias y valores
- Impactos de sociedad
- Repercuciones de políticas
- Opciones legislativas

2.3 Estrategias para influenciar políticas relacionadas con la lactancia

Estrategia:
- Formular una posición de política nacional o internacional: explorar pros/contras, adherencia.
  Ejemplos:
  - Programa de WIC u otros programas de nutrición y la promoción de lactancia
  - Posición de su país en el Código Internacional
  - Situación de la promoción de lactancia en el mundo y en su país

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Auerbach KG (1992) *J Trop Pediatr* (secc. 26)
Campen J (1990) (secc. 26)
Howard FM (1993) (secc. 26)
Marmet C (1993) (secc. 26)
WHO/UNICEF (1981) (secc. 26)
WHO/UNICEF/USAID/SIDA (1990) (secc. 26)

***Objetivo 3:** Ejercer liderazgo en el desarrollo, la ejecución y evaluación de programas que apoyan y promueven la lactancia materna.*

3.0 DESARROLLO DE PROGRAMAS

3.1 Cambio

a. Teoría de Linker del cambio planificado (Havelock)

b. Teoría de Lewin

c. Cambio y desarrollo organizativo

3.2 Planificación del programa (incluye planificación del programa educativo)

a. Proceso del programa de planificación

- Evaluación de necesidades
- Metas y objetivos

Estrategia:
- Escoger una población objetivo y desarrollar un programa de lactancia en una de estas áreas:
  - educación del profesional de salud
  - servicios clínicos
  - promoción de la lactancia en la comunidad

Referencias: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Freed GL (1993) (secc. 6b)
Gonzalez VM (1991) (secc. 6c)
Jelliffe DB (1988) pág. 426-444 y cap, 47 (Textos Comprensivos)

- Metodología y actividades (estrategias de instrucción)
  - Descripción
  - Cronograma
  - Personas responsables
  - Presupuesto
- Recursos
- Estrategias de evaluación

b. Evaluación de programas (véase el Capítulo 8)

- Definir propósitos de la evaluación/cómo se van a utilizar los resultados
- Identificar los parámetros limitantes (recursos, tiempo, audiencia objetivo, uso potencial)
- Especificar las preguntas de evaluación
- Escoger las fuentes de información y la metodología de recolección
- Diseñar los instrumentos para la recolección de datos
- Seleccionar los procedimientos para el análisis de la información
- Especificar el cronograma y las personas responsables
- Conducir la evaluación y vigilar el proceso
- Presentar los resultados a las audiencias objetivo

c. Análisis de costo-beneficio y costo-eficacia

- Costo-beneficio versus costo-eficacia
- Métodos para evaluar el costo y los beneficios de los programas de lactancia
- Parámetros para incluir en el análisis
- Aplicación
  - Nivel social
  - Nivel institucional

3.3 Esferas para cambios programáticos

a. Educación y capacitación del personal de salud

- Educación/capacitación básica pre-servicio
- Educación clínica
- Educación continua

b. Cambio de las prácticas de atención en salud

c. Cambios en la población/nivel comunitario (véase el Módulo A-II, 12.0)

- Mercadeo social/información, educación, y comunicación (I E & C)
- Grupos de apoyo de madres, colegas
- Cambios en el lugar de trabajo (véase el Módulo B-II, 16.2)

Lawrence RA (1994) cap. 21 (Textos Comprensivos)

Estrategia:

- Conducir un análisis de costo beneficio o costo efectividad de un programa actual o propuesto.

Referencia: (véase el Capítulo 10, sección indicada en paréntesis)
Levine RE (1991) (secc. 6c)

Indice para el Capítulo 3

Abuso de drogas/sustancias durante la lactancia 3-30, 3-31, 3-45, 3-54, 3-59; *véase* Dependencia materna a drogas; Drogas

Acoplamiento (al seno), 3-33, 3-42

Adecuación de la leche humana; *véase* Propiedades

Alimentación Complementaria; *véase* Destete

Alto riesgo
- Bebés; *véase* Intraparto; Postparto; Prenatal; Problemas médicos
- Madres; *véase* Educación anticipatoria; Intraparto; Problemas médicos; Postparto; Prenatal

Amamantamiento, evaluación; *véase* Evaluación del amamantamiento

Amenorrea; *véase* Fertilidad

Anatomía y desarrollo
- Mama, seno, 3-5, 3-12, 3-20
- Estructuras orales del niño, 3-6, 3-13, 3-21; *véase también* Disfunción motora oral

Anticoncepción; *véase* Planificación familiar

Apego (al seno); *véase* Acoplamiento

Aprendizaje para adultos; *véase* Teoría del aprendizaje

Areas de cambio programático, 3-79

Aspectos éticos, 3-74, 3-78

Atención multidisciplinaria, 3-71, 3-73, 3-77

Atención prenatal; *véase* Educación anticipatoria; Examen mamario; Decision de amamantar

Aumento lento de peso, 3-49, 3-63; *véase también* Crecimiento; Leche insuficiente

Baja produccion de leche; *véase* Leche insuficiente

Bajo peso al nacer; *véase* Problemas médicos — bebés

Banco de leche humana, 3-60

Barreras a la lactancia; *véase* Desición

Bebé irritable, 3-48

Bebé somnoliento; *véase* Bebé renuente a succionar

Beneficios/ventajas de la lactancia; *véase también* Propiedades de la leche humana
- Comunidad, 3-5
- Madre, 3-4
- Niño, 3-3

Bombas y equipos, 3-74; *véase también* Separación; Madres que trabajan

Cambio, teorías y estrategias, 3-75, 3-78, 3-79

Candidiasis; *véase* Pezones adoloridos

Caries dentales; *véase* Beneficios-niño

Cefaleas-relacionadas con la lactancia; *véase* Problemas poco frecuentes

Cesación de la lactancia; *véase* Destete

Cirugía
- Bebé; *véase* Problemas médicos— bebés
- Madre; *véase* Problemas médicos— madres

Cirugía mamaria, 3-30, 3-40, 3-59

Crítica de materiales educativos; *véase* Evaluación — materiales educativos

Clarificación de valores; *véase* Aspectos éticos

Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna; *véase* Comercialización de fórmula

Cólicos; *véase* Bebé irritable

Comercialización de sucedáneos de la leche; *véase* Mercadeo

Comidas sólidas; *véase* Destete

Componentes de la leche humana; *véase* Propiedades

Congestión mamaria, 3-35, 3-53

Consejería, 3-39; *véase también* Educación anticipatoria; Factores culturales; Decisión

Conservación y transporte de leche humana; *véase* Separación

Contaminantes ambientales, 3-67; *véase también* Drogas

Contaminantes; *véase* Drogas; Contaminantes ambientales

Nota: Los números se refieren a la página donde *empieza* el material.

Contraindicaciones; *véase* Drogas; Problemas médicos

Costo-beneficio, 3-79

Costo-efectividad, 3-79

Crecimiento del niño amamantado, 3-7, 3-14, 3-23; *see also* Aumento de peso lento

Cuidado infantil; *véase* Madres que trabajan

Daño neurológico; *véase* Problemas médicos — bebés

Decisión de amamantar, 3-29, 3-39; *véase* also Educación anticipatoria; Consejería; Factores culturales

Desarrollo; *véase* Anatomía

Desarrollo de programas, 3-75, 3-78

Desarrollo de protocolos, 3-77

Destete, 3-34, 3-45, 3-62

Diabetes
- Hijo de madre diabética; *véase* Problemas médicos — Niño
- Maternos; *véase* Problemas médicos - Madres

Diez pasos para la lactancia exitosa, 3-74, 3-78; *véase también* Políticas

Disfunción motora-oral; *véase también* Anatomía — estructura oral del bebé; Fisiología — succión
- Factores estructurales y funcionales, 3-6, 3-13, 3-21, 3-33, 3-47, 3-62

Dolor; *véase* Pezones adoloridos; Problemas frecuentes

Drogas y lactancia, 3-37, 3-56, 3-67; *véase también* Abuso de drogas/sustancias; Contaminantes ambientales

Ducto bloqueado u obstruido, 3-35, 3-53
- Crónico; *véase* Problemas poco frecuentes

Duración de la lactancia; *véase* Tendencias

Educación al paciente; *véase* Educación anticipatoria

Educación; *véase* Planeamiento de programas educativos

Educación previa; *véase también* Consejería; Factores culturales; Decisión
- Rutinaria, 3-30, 3-41
- Necesidades especiales, 3-31, 3-59

Embarazo durante la lactancia; *véase* Lactancia en tandem

Enfermedad, bebé o madre; *véase* Problemas médicos

Enfoque en equipo; *véase* Atención multidisciplinaria

Epidemiología; *véase* Tendencias

Errores congénitos del metabolismo; *véase* Problemas médicos - bebé

Estado de salud; *véase* Beneficios; Salud materna

Eticas; *véase* Aspectos éticos

Evaluación
- Programas, 3-79
- Materiales educativos, 3-76

Evaluación de programas; *véase* Evaluación

Evaluación de recursos; *véase* Referencia de pacientes

Evaluación, lactancia, 3-46

Examen físico; *véase* Examen mamario

Examen mamario, 3-30, 3-40

Extracción de leche; *véase* Separación

Factores culturales, 3-7, 3-15, 3-24, 3-29, 3-39

Factores psicosociales/influencias; *véase* Factores culturales

Factores que atraen a las mujeres a amamantar; *véase* Decisión

Factores socioeconómicos; *véase* Tendencias

Fármacos y lactancia; *véase* Drogas

Fertilidad, 3-11, 3-19; *véase también* Planificación familiar

Fisiología
- Producción de leche; Eyección de leche; involución, 3-6, 3-12, 3-20; *véase también* Anatomía y desarrollo
- Succión, 3-6, 3-13, 3-21, 3-33, 3-47, 3-62; *véase también* Anatomía y desarrollo; Acoplamiento al seno; Disfunción motora-oral

Fisura labial/palatina; *véase* Problemas médicos - niño

Gemelos; *véase* Parto múltiple

Historia de la lactancia, 3-30

Nota: Los números se refieren a la página donde *empieza* el material.

Ictericia, 3-36, 3-50

Incidencia de lactancia; *véase* Tendencias

Influencias Sociales; *véase* Factores culturales

Inicio de la lactancia, 3-33, 3-41, 3-42

Introducción de alimentación complementaria; *véase* Destete

Introducción de sólidos; *véase* Destete

Involución; *véase* Fisiología

Lactancia en tandem, 3-53

Lactancia, historia; *véase* Historia de la lactancia

Lactancia inducida, 3-65

Lactario; *véase* Banco de leche humana

LAM, MELA; *véase* Planificación familiar; Fertilidad

Leche
- Producción, volumen, eyección; *véase* Anatomía y desarrollo — mama, seno; Fisiología
- Vaciamiento, eyección; *véase* Fisiología
- Volumen y composicion; *véase* Nutrición materna; Propiedades

Leche, conservación y transporte; *véase* Separación

Leche insuficiente, 3-35, 3-53; *véase también* Aumento lento de peso

Liderazgo, 3-77; *véase también* Atención multidisciplinaria

Madres estudiantes; *véase* Separación; Madres que trabajan

Madres que trabajan, 3-58, 3-75; *véase* Separación

Mal progreso ponderal; *véase* Crecimiento; Leche insuficiente; Crecimiento lento

Mama; *véase* Anatomía y desarrollo

Manejo intraparto y postparto inmediato, 3-32, 3-41, 3-59

Manejo postparto de la lactancia; *véase también* Planificación familiar; Problemas médicos; Nutrición; Separación; Sexualidad; Destete
- Problemas complejos, véase todo el módulo B, nivel III
- Problemas rutinarios, 3-33, 3-35, 3-46, 3-53
- Problemas poco frecuentes, 3-42, 3-66

Manejo postparto inmediato; *véase* Manejo intraparto

Manejo rutinario; *véase* Manejo intraparto; Manejo postparto; Prenatal

Mantenimiento de la lactancia; *véase* Educación anticipatoria; Manejo postparto; Separación; Madres que trabajan

Mastitis, 3-35, 3-53
- Crónica; *véase* Poblemas poco frecuentes

Medicamentos; *véase* Drogas

Mercadeo de fórmula, 3-74, 3-78; *véase también* Aspectos éticos

Método de la amenorrea de la lactancia, LAM; *véase* Planificación familiar

Necesidades especiales de atención de salud
- Bebés; *véase* Problemas médicos
- Madres; *véase* Educación anticipatoria; Problemas médicos

Niño renuente a succionar, 3-47

Nutrición materna
- Impacto de la lactancia, 3-11, 3-19
- Impacto sobre la lactancia, 3-6, 3-14, 3-22
- Guías, evaluación de riesgo, referencia 3-34, 3-44, 3-61

Obstrucción de conducto; *véase* Ducto obstruido

Organizaciones profesionales, 3-72

Parto prematuro; *see* Problemas médicos-bebé

Partos múltiples, 3-53

Pecho; *véase* Anatomía y desarrollo

Pezones adoloridos, 3-35, 3-53
- Dolor persistente en los pezones; *véase* Problemas poco frecuentes

Pezones invertidos, 3-53

Pezones planos; *see* Pezones invertidos

Nota: Los números se refieren a la página donde *empieza* el material.

Planeamiento de programas educativos, 3-76

Planeamiento de una sesión educativa; *véase* Planeamiento de programas educativos

Planificación familiar, 3-38, 3-57; *véase también* Fertilidad

Planteamientos de políticas — organizaciones profesionales, 3-72

Plétora; *véase* Congestión mamaria

Políticas — relacionadas con la lactancia
Hospital, 3-41, 3-59, 3-74; *véase también* Manejo intraparto, Manejo postparto
Internacional, 3-78
Local, estado y nacional, 3-72, 3-75

Posición al succionar; *véase* Acoplamiento al seno

Prácticas comunitarias; *véase* Factores culturales

Prácticas de servicios de salud; *véase* Políticas

Prácticas y políticas hospitalarias, 3-41, 3-59, 3-74; *véase también* Manejo intraparto; Manejo postparto

Prenatal; *véase* Educación anticipatoria; Examen mamario; Decisión

Preparación para la lactancia, 3-40; *véase también* Educación anticipatoria; Examen mamario; Consejería; Factores Culturales; Decisión

Problemas complejos; *véase* Manejo intraparto; Manejo postparto; Prenatal; Problemas poco frecuentes

Problemas comunes; *véase* Manejo intraparto; Manejo postparto; Prenatal

Problemas médicos
Bebé, 3-36, 3-51, 3-55, 3-63, 3-66
Madre, 3-37, 3-55, 3-66
Problemas poco frecuentes, 3-66

Producción excesiva de leche; *véase* Bebé irritable

Programas de lactancia; *véase* Areas de cambio programático

Programas, planeamiento; *véase* Desarrollo de programas

Propiedades de la leche humana
Madura, 3-9, 3-17
Prematura, 3-10, 3-17

Recursos comunitarios, 3-71, 3-74

Recursos; *véase* Recursos comunitarios

Redes de apoyo; *véase* Recursos comunitarios; Atención multidisciplinaria

Referencias, de pacientes, 3-71, 3-72, 3-73

Reflejo de eyección inhibido; *véase* Bebé irritable

Reflejo de eyección de leche hiperactivo; *véase* Bebé irritable

Relactación, 3-53

Funciones de los proveedores de salud; *véase* Atención multidisciplinaria

Salud materna, 3-11, 3-19; *véase también* Beneficios-madre

Seno; *véase* Anatomía y desarrollo

Separación, 3-33, 3-43, 3-58, 3-60

Servicios clínicos; *véase* Servicios de manejo de lactancia

Servicios de manejo de la lactancia, 3-73

Sexualidad, 3-57

Succión disfuncional; *véase* Disfunción motora-oral

Succión, problemas; *véase* Disfunción motora-oral

Succión, proceso; *véase* Acoplamiento; Disfunción motora-oral; Fisiología

Teléfono, consejería, 3-74

Tendencias, 3-7, 3-15, 3-23; *véase también* Factores culturales

Teoría del aprendizaje, 3-76

Trabajo, madres, 3-58; *véase también* Separación

Trauma del pezón; *véase* Pezón doloroso

Ventajas de la lactancia; *véase* Beneficios

Ventilación mecánica; *véase* Problemas médicos - niños

Nota: Los números se refieren a la página donde *empieza* el material.

Capítulo 4

Materiales Instructivos

Materiales Instructivos

A. Materiales para Pacientes y Lineamientos de Manejo Clínico

- Manejo de Pezones Planos, Retraídos, Invertidos 4-1
- Manejo de Trauma del Pezón 4-3
- Manejo de Congestión Mamaria 4-5
- Manejo de Conducto Lactífero Obstruido 4-7
- Manejo de Mastitis 4-9
- Manejo de Candidiasis 4-11
- ¿Recibe su Hijo Suficiente Alimento? 4-13
- Brote de Crecimiento Infantil 4-14
- Como Aumentar Su Producción de Leche 4-15
- Manejo de Reflejo de Eyección (Bajada) de Leche Demasiado Activo 4-17
- Relactancia: Reestableciendo Su Producción Láctea 4-19
- Extracción Manual de la Leche 4-20
- Extracción Mecánica de la Leche 4-21
- Ejemplos de Bombas de Leche Materna 4-22
- Guías de Conservación de la Leche para Niños Hospitalizados 4-23

B. Ejemplos de Protocolos Estandarizados

- Consulta de Lactancia 4-25
- Candidiasis en la Madre Lactante y su Bebé 4-26
- Mastitis Aguda por Lactancia 4-27

C. Experiencia Clínica en Lactancia - Hoja de Trabajo para Estudiantes 4-29

D. Materiales de Distribución en las Sesiones Educativas

- La Lactancia y el Medio Ambiente 4-31
- Seguridad en el Uso de Fármacos en Madres que Amamantan 4-35
- Tarea Sobre la Contraindicación y las Controversias 4-36
- Resumen de "Contraindicaciones" a la Lactancia 4-39
- Consejo Básico Postparto para la Familia que Amamanta .. 4-40
- Principios Básicos Sobre Consejería 4-42
- Nutrición Materna 4-43
- Normas Hospitalarias
  - Modelo de Normas Hospitalarias para Recién Nacidos de Término Sanos en Relación a la Lactancia 4-48
  - Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural 4-52
  - Prácticas o Normas de Hospital que Influyen en el Inicio de la Lactancia 4-53
  - Hipoglicemia (KUMC) 4-54

Manejo de Pezones Planos, Retraídos, Invertidos

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causa:

- Persistencia de invaginación original del botón mamario

Manejo:

- Ejercicios de "Hoffman"??
- Cápsula plástica
- Bomba de extracción (durante el embarazo bajo supervisión profesional)
- Estimular el pezón antes de amamantar
- Posición del niño sentado enfrentando a la madre
- Evitar biberones y chupetes

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Pezones Invertidos

Los pezones invertidos son poco comunes. Pueden tomarse varias medidas prenatales y posnatales para facilitar la lactancia.

- Medidas prenatales
  - Copas protectoras para los senos (Si se encuentra embarazada, utilícelo únicamente bajo las indicaciones de la persona encargada de su atención)

- Medidas posnatales
  - Estimulación de los pezones antes de amamantar
  - Uso del extractor de leche antes de amamantar
  - Dar el pecho al bebé lo más pronto posible después del parto
  - Sentarse de lado, apoyada en los antebrazos
  - Evitar el uso de mamilas y chupones
  - Copas protectoras para los senos

Si necesita ayuda adicional, favor de comunicarse con _____ _____ o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

Manejo de Trauma del Pezón

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causas:

- Técnica y posición incorrecta
- Congestión mamaria (condición materna)
- Disfunción motora-oral (poco común) (condición en el niño)
- Irritantes como jabones o lociones (condición materna)
- Candidiasis
- Dermatitis de contacto (condición materna)
- Frenillo corto (raro) (condición en el niño)

Manejo:

- Aplicar calor local y masaje antes de amamantar
- Estimular reflejo de bajada antes de poner el niño el pecho
- Comenzar a amamantar con el lado más sano
- Amamantadas frecuentes y pequeñas
- Posición y técnica adecuadas al poner y retirar al niño del pecho
- Asegurarse de que los labios estén evertidos
- Cubrir el pezón y la aréola con unas gotas de leche después de amamantar
- Exponer los pezones al sol/aire
- Evitar congestión mamaria: amamantar más frecuentemente, no menos
- Evaluación motora oral, cuando es apropriado
- Analgésicos suaves
- Evitar sustancias irritantes
- Tratar candidiasis
- Tratar dermatitis
- Evitar forros plásticos en apósitos y en el sostén
- Sostén que brinde un buen soporte
- Ultimo recurso (raramente necesario) interrumpir la lactancia, por 24-36 horas; igualmente se debe extraer la leche
- Recortar el frenillo (poco común)

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Trauma del Pezon

El dolor del pezón al amamantar es en general provocado por irritación y trauma de éste. Su principal causa es la mala posición del niño al succionar. En general, las siguientes medidas ayudarán a solucionar el problema.

- Antes de amamantar:
  - Póngase cómoda y relajada
  - Aplique calor húmedo sobre el pecho y pezón afectados, 3-5 minutos antes de amamantar
  - Extraiga una pequeña cantidad de leche para ablandar la areola y estimular el reflejo de bajada de la leche antes que el niño mame.
- Durante la amamantada:
  - Ofrecer primero el lado menos afectado
  - Asegurarse de que el niño esté en la posición adecuada al succionar
  - Cambiar la posición del niño en cada amamantada (acunado-sentado, enfrentando a la madre)
  - Amamantar frecuentemente cada 2-2½ horas o antes
  - Al retirar el niño del pecho, romper la succión suavemente insertando un dedo entre la encías del niño
- Después de la amamantada:
  - Extraerse unas gotas de leche con las que se cubre pezón y areola, dejándola secar al aire
  - Exponer los pezones por algunos minutos al calor (sol, secador de pelo, luz de ampolleta de 40 watts). SER MUY CUIDADOSA DE NO QUEMARSE
  - Retirar las cubiertas plásticas de apósitos o sostén
  - Cambiar de apósitos después de cada amamantada

Recordar:

- EVITAR el uso de agentes astringentes como jabón o alcohol sobre los pezones
- EVITAR el uso de cremas sobre los pezones, estos tienen su propio lubricante
- Puede usar paracetamal (tylenol) sin problemas para el niño

Si el dolor del pezón es extremo, puede dejar de amamantar de uno o ambos lados por 24 horas. Para evitar la congestión es importante extraerse la leche con la misma frecuencia que se alimenta el niño. La extracción regular de la leche evitará otras complicaciones. La extracción manual es más delicada para el tejido mamario, pero si desea usar una bomba, asegurase que el pezón esté correctamente centrado para evitar un mayor trauma.

Si el problema se agrava o no está mejor en 24 horas, llame _____
o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

Manejo de Congestión Mamaria

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causas:

- Extracción infrecuente y/o inadecuada de leche
- Reflejo de eyección inhibido

Manejo:

- Compresas tibias o bañarse con agua tibia antes de amamantar
- Dar masajes y extraer la leche, manualmente o con bomba, para aliviar congestión en la aréola antes de amamantar
- Amamantamiento frecuente y eficaz
- Compresas frías después de amamantar
- Técnicas de relajación y reducción de estrés
- Masajes de cuello y espalda
- "Peinar el seno"
- "Saludo de Kenya" (un movimiento circular que la madre hace con el brazo de manera que masagea al propio seno)
- Analgésicos suaves

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Congestión Mamaria

La congestión es la acumulación intramamaria de sangre y otros fluidos, así como de leche. Para algunas madres, los senos se les llenan ligeramente, mientras que otras pueden sentirlos muy duros, sensibles y con nódulos. La congestión puede hacer que se aplane el pezón, haciendo difícil que el niño mame en forma eficaz. Las siguientes medidas le ayudarán a superar el problema, generalmente en 24 a 48 horas.

- Aplique calor húmedo sobre los senos 3-5 minutos antes de amamantar, seguido de masaje suave, con movimientos hacia el pezón
- Extraiga en forma manual o mecánica la leche suficiente para ablandar la areola y permitir que el niño tome el pecho de forma adecuada
- Amamante frecuentemente, cada 2-2½ horas o antes por lo menos durante 15-20 minutos después de la bajada de la leche
- Amamante a su niño en un sitio tranquilo
- Asegúrese de usar un brasier cómodo
- Puede tomar acetominofén (por ej., Tylenol), si lo necesita para el dolor
- Se puede usar compresas frescas después de dar pecho

Si el problema no mejora en 24 horas o si tiene otras preguntas, por favor llame _____
o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

Manejo de Conducto Lactífero Obstruido

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causas:

Estasis de leche secundaria a:

- Amamantamiento infrecuente
- Vaciamiento incompleto
- Presión local

Manejo:

- Compresas tibias sobre el área antes de amamantar
- Masajes antes y mientras amamanta
- Acoplamiento y posición correcta al amamantar y despegarse del pecho
- Lactancia más frecuente
- Ofrecer el lado afectado primero
- Evitar zonas de compresión por la ropa

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Conducto Lactífero Obstruido

La obstrucción de un conducto produce un área de la mama sensible o una masa dolorosa; esto ocurre por diversas razones como:

- Saltarse o retrasar amamantadas
- Amamantar de un solo lado
- Presión externa de la ropa o brassiere
- Presión de los dedos sobre la mama al amamantar para despejar la nariz del niño
- Posición al dormir que comprime una mama
- Destete

Generalmente, las medidas siguientes solucionarán el problema, independiente de la causa. Sin embargo si no se trata, un conducto obstruido puede llevar a una mastitis.

- Aplique calor húmedo sobre la mama afectada 3-5 minutos antes de amamantar
- Amamante primero del lado afectado para obtener un mejor vaciamiento
- Asegúrese de que el niño esté tomando el pecho de la forma adecuada
- Dese masaje suavemente en la zona afectada mientras amamanta
- Cambie la posición del niño al succionar en cada amamantada (acunado, sentado de lado) para permitir un mejor vaciamiento
- Amamante frecuentemente, al menos cada 2-2½ horas o antes por 15-20 minutos en cada lado
- Es importante tener mucho reposo
- Revise si el brassiere no comprime
- Durante el destete, hágalo de forma **gradual**

Si el problema se agrava o no desaparece en 24 horas, llame _____ _____ o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL

Manejo de Mastitis

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causas:

- Generalmente secundaria a trauma del pezón
- Obstrucción de conducto o congestión mamaria no tratadas
- Factores contribuyentes:
  - estrés
  - fatiga

Manejo:

- NO DEJAR DE AMAMANTAR
- Amamantar con mayor frecuencia
- Ofrecer lado afectado primero
- Acoplamiento y posición correcta al amamantar y despegarse del pecho
- Compresas tibias
- Reposo en cama por 24 horas
- Analgésicos suaves
- Antibióticos
- Líquidos hasta saciar la sed

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Mastitis

La mastitis es una infección del tejido mamario que rodea los ductos lácteos. Los síntomas se manifiestan por un área del seno sensible y enrojecido, acompañados de fiebre, escalofríos, dolores de cabeza y malestar general. Las siguientes medidas le ayudarán a aliviar el problema, generalmente en 24 horas:

- Permanezca en cama con su bebé por 24 horas — el descanso es esencial!
- Aplique compresas calientes al seno afectado de 3 a 5 minutos antes de alimentar a su bebé.
- Amamante a su bebé frecuentemente, cada 2 a 2½ horas o más seguido, por lo menos de 15 a 20 minutos de cada lado, ofreciendo primero el lado afectado.
- Cambie la posición de su bebé cada vez que lo amamante (posición de cuna, sentado de lado) para permitir que los ductos se vacíen adecuadamente.
- Tome suficiente líquidos para satisfacer su sed (si usted tiene fiebre, tendrá más sed).
- Tome los antibióticos de la siguiente forma:

Medicamento _____

Dósis _____

Frecuencia _____

Duración _____

Recuerde: La mastitis es una infección del tejido mamario, no de la leche; por lo tanto su leche es buena para su bebé. Dejar de amamantar en forma abrupta o interrumpir temporalmente el amamantamiento puede demorar su recuperación o resultar en mayores complicaciones.

Si su condición empeora, o no mejora dentro de las próximas 24 horas, por favor llame _____ o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

Manejo de Candidiasis

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causas:

- El algodoncillo o rozadura de candidiasis en el bebé
- Historia de haber tomado antibióticos (madre o bebé)
- Episodios recurrentes de vaginitis por cándida en la madre

Manejo:

- Para la madre
  - Aplíquese el medicamento en los pezones después de *cada* amamantada durante 14 días
  - Mantenga el área seca: exponga los pezones al aire o al sol, y use un forro limpio después de cada amamantada
  - Lave la ropa y otros artículos de contacto con los pezones (ej: las toallas) en agua muy caliente
  - Lávese muy bien las manos, especialmente después de cambiarle el pañal al bebé
  - Si la infección persiste, considere el tratamiento del cónyuge también
- Para el bebé
  - Aplique el medicamento oral directamente al área afectada durante 14 días
  - Hierva los artículos que tienen contacto con la boca del bebé (ej., la taza) a diario durante 20 minutos
  - Siga con el tratamiento hasta que sane por completo

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Candidiasis

La candidiasis (muguet) es una infección micótica común en los lactantes. Conocida como "algodoncillo," esta infección se manifiesta por manchas blancas dentro de la boca del bebé y/o inflamación en el área del pañal. Al amamantar, los pezones de la madre también pueden infectarse, causando irritación y dolor persistente. Por esto, se recetan medicamentos tanto para la madre como para el niño. Las siguientes medidas también son importantes para ayudar a eliminar la infección.

Para la Madre:

- Durante 14 días, aplíquese una capa ligera de _____ en los pezones **cada vez** que termine de amamantar. Limpie el área antes de la siguiente amamantada.
- Seque los pezones al aire o expóngalos al sol después de amamantar.
- Durante el período de tratamiento colóquese un forro limpio en el interior del brassiere (ej., algodón, papel facial, pañuelo o toalla de papel) después de amamantar.
- Lave los brassieres, ropa de dormir, sábanas, toallas y toallitas faciales en agua muy caliente durante todo el tratamiento.
- Lávese muy bien las manos después de cambiar los pañales del bebé y después de usar el baño.
- Al bañarse, use una toallita distinta para lavar el área genital, y evite bañarse con otros miembros de la familia.
- Puede ser provechoso comer 8 onzas de yogurt diario para prevenir la candidiasis vaginal, lo que puede ser una fuente de reinfección de los pechos. Asegure que la etiqueta del yogurt diga "cultivo vivo y activo" (live and active cultures).
- Es posible que su cónyuge también tenga que someterse a tratamiento. Es posible que él también se infecte, se recomienda el uso de un condón.

Para el Niño:

Leche extraída:
La leche extraída durante una infección de candidiasis no se debe congelar y almacenar para darle al bebé después. Al congelarse la candidiasis se desactiva pero no se muere. Por eso existe la posibilidad de que el bebé se reinfecte con la leche descongelada.

Algodoncillo o afta:

- Aplique medicamento oral cuatro veces al día (después de cada amamantada) durante 14 días.
- Con el dedo, una gasa o un hisopo con punta de algodón, aplique el medicamento bien dentro de la boca del bebé, incluyendo los cachetes, encías y lengua.
- Hierva los componentes del extractor de leche, chupones y mamilas durante 20 minutos cada día.

Rozadura de pañal: Aplique una capa ligera de crema cuatro veces al día hasta que se sane por completo.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

¿Recibe su Hijo Suficiente Alimento?

Recomendaciones para el Consumo Adecuado de Leche Materna:

- ☐ Frecuencia de amamantadas: de 8 a 12 al día (en 24 horas)
- ☐ Duración de la amamantada: de 10 a 20 minutos de cada lado

Indicios de un Consumo Adecuado (primeras semanas):

- ☐ El bebé moja por lo menos 6 pañales cada 24 horas
- ☐ Ensucia de 4 a 8 pañales al día
  - ▫ Si obra poco, la frecuencia será mayor
  - ▫ Si obra mucho, la frecuencia será menor
- ☐ Se muestra contento entre amamantadas
- ☐ Aumenta de peso un promedio de 112 a 200 gramos (4 a 7 onzas) a la semana

Señales de Extracción de Leche:

- ☐ Los senos se sienten llenos antes de amamantar; más blandos después
- ☐ Sensación de aflojamiento o escurrimiento de leche
- ☐ Se oye que el niño traga la leche al succionar
- ☐ Se ve la leche en la boca de la criatura

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Brote de Crecimiento Infantil

(Percepción de Baja Producción de Leche)

El brote de crecimiento infantil ocurre en **lactantes saludables normales que están ganando peso.**

Los brotes de crecimiento ocurren más comúnmente en los primeros tres meses, frecuentemente a las 2-3 semanas, 6 semanas, y 2 meses. Los brotes de crecimiento se caracterizan por:

NIÑO	MADRE
· inquietud	· sentir los senos suaves
· alimentación constante	· sentir los senos "vacíos"
· despertarse a intervalos más cortos en la noche	· disminución o ausencia del reflejo de bajada
· irritabilidad durante la alimentación	· dudas sobre su capacidad para satisfacer las necesidades de su bebé
· irritabilidad luego de la alimentación	
· retirarse del pecho	

Se recomiendan las siguientes medidas durante los brotes de crecimiento:

- Consulte con su proveedor de salud para asegurarse de que su bebé esté saludable
- Asegurarse de que el bebé está en posición/aproximación apropiada
- Continuar el amamantamiento frecuente: de acuerdo a la frecuencia con que el bebé manifiesta hambre (reflejo de rotación). Esto puede llegar a 12-15 veces o más por cada 24 horas.
- Cuando el bebé parece tener hambre después de amamantar, aplíque compresas tibias a los pechos y déles un masaje después ponga el niño al pecho.
- NO DAR NINGÚN OTRO LIQUIDO O ALIMENTO.
- Si es posible, obtenga alguna ayuda y apoyo extra con las labores del hogar.
- El brote de crecimiento usualmente dura de 2-7 días, después de los cuales el bebé parece contento con 8-12 alimentaciones/24 horas.

Si el bebé empieza rechazando el seno o la situación no mejora en 5-7 días, cuando su niño no orina cinco veces o más en 24 horas, llame _____ _____ o comuníquese su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1994 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Como Aumentar Su Producción de Leche

- Aplique calor húmedo sobre las mamas 3-5 minutos antes de cada amamantada.
- Dése masaje en las mamas antes y durante la amamantada.
- Estimule suavemente el pezón y la areola.
- Amamante o extraiga leche con frecuencia, 8-12 veces en 24 horas.
- Efectúe estas técnicas de relajación mientras amamanta o se extrae la leche:
  - Respire profundamente
  - Imagínese en un lugar agradable y la leche fluyendo para su niño
  - Escuche música of grabaciones de relajación
- Extraiga leche entre las amamantadas.
- Coma una dieta nutritiva siguiendo la Guía Diaria de Alimentos para la Mujer que Amamanta.
- Tome todo el líquido que necesite para satisfacer su sed cada vez que amamanta o se extrae leche.
- No debe perder más de 1-2 kg (2-4 libras) al mes.
- Tardará entre 4 y 7 días en observar un aumento de su leche una vez que aumente la frecuencia de amamantadas o extracción de leche.
- Anote las amamantadas y extracciones de leche para evaluar su situación.

Instrucciones Adicionales

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL

Manejo de Reflejo de Eyección (Bajada) de Leche Demasiado Activo

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Causas:

- Respuesta fuerte a la oxitocina, causando un rociado fuerte de leche a partir de los pezones
- Frecuentemente asociado con una producción de leche superabundante

Manejo:

- Flujo rápido:
  - Disminuir el flujo utilizando "alimentación postural" y/o mediante presión gentil de la mano de la madre sobre el seno.
  - Separar al bebé del seno hasta que deje de rociar
  - Si un lado es peor, empezar la alimentación en el seno opuesto.
  - Ayudar al bebé a eliminar los gases frecuentemente
  - Sostener al bebé en posición vertical tanto como sea posible para ayudarlo a eliminar el aire tragado
  - Acunar al bebé piel-a-piel contra el pecho, sin alimentarlo, para calmarlo y proveer una condición positiva
  - Mantener posición y aproximación buenas
- Producción superabundante:
  - Ofrecer solo un seno en cada alimentación
  - Evitar expresión extra de la leche: extraer solo lo suficiente para aliviar la sensación de molestia
  - Evitar intervalos largos entre alimentaciones
  - Usar paños fríos en los senos luego de la alimentación para que la madre esté confortable

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1994 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Reflejo de Eyección (Bajada) de Leche Demasiado Activo

Algunas veces el reflejo de bajada es tan fuerte que la leche es rociada fuera del seno y hacia la boca del bebé, causando en éste "atoro." Algunos bebés tragan mucho aire cuando están tratando de mantenerse en ritmo con el flujo rápido, y pueden tener problema con gases como resultado de esto. Otros bebés lloran y pueden no querer volver a ser puestos al seno. Las siguientes sugerencias pueden ayudar a hacer que las alimentaciones sean más tranquilas y que su bebé se encuentre más cómodo.

- Disminuya el flujo
  - Use "alimentación postural" — descanse sobre su espalda y coloque al bebé sobre usted cruzando su pecho, o descanse de modo que su seno esté por debajo de la boca del bebé. Soporte la frente del bebé con su mano.
  - Con la mano que sostiene su seno, presione gentilmente hacia su pecho. Use la "posición de tijera" (areola entre sus primeros dos dedos) manteniendo sus dedos lejos de la parte final de la areola de modo que el bebé pueda aproximarse adecuadamente.
- Separe al bebé del seno hasta que deje de fluir.
- Si un lado es peor, puede ser de ayuda comenzar en el seno opuesto.
- Ayude al bebé a eructar.
- Si el bebé no desea volver al seno, pase algún tiempo acunándolo piel-a-piel contra sus senos, sin tratar de alimentarlo. Gánelo de nuevo mostrándole que ese es un lugar agradable. Intente alimentarlo cuando se calme o esté un poco soñoliento.

El reflejo de bajada demasiado activo ocurre frecuentemente cuando la madre tiene una cantidad de leche superabundante. Las siguientes sugerencias pueden ser de ayuda para que la producción de leche esté en mejor equilibrio con las necesidades del bebé.

- Ofrezca solo un seno en cada alimentación. Ayude al bebé a eructar y volver al mismo seno hasta que se encuentre satisfecho. Ofrezca el otro seno con la próxima amamantada.
- Extraiga la leche del otro seno solo en cantidad necesaria para aliviar molestias.
- Evite intervalos largos entre alimentaciones.
- Use paños frescos en los senos luego de las alimentaciones, en caso de que necesite estar más cómodo.

Comentarios Adicionales

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1994 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Relactancia: Reestableciendo Su Producción Láctea

- Descanse por lo menos 48 horas; no limpie la casa, ni cocine, ni lave ropa, etc.
- Evite chupones artificiales (incluyendo distractores) para el bebé, use taza, cuchara, jeringa o gotero.
- Para niños menores, sostenga al bebé contra su pecho, de preferencia en contacto piel a piel, por 6 a 8 horas al día.
- Coloque al bebé al seno cada dos horas, haciendo gotear un poco de leche hacia el pezón (si es necesario) para que el bebé se interese.
- Asegúrese de que el bebé esté bien colocado y exista una aproximación apropiada durante el amamantamiento.
- Las técnicas de relajación e imágenes visuales durante la alimentación estimularán el reflejo de bajada.
- Luego del amamantamiento, suplemente mediante gotero, taza o suplementador, de acuerdo a las cantidades abajo señaladas. Use primero la leche de pecho (de manera que no la malgaste).
- Siguiendo cada sesión de alimentación, extraiga la leche manualmente o con bomba, utilizando dicha leche para suplementar a su bebé en la siguiente alimentación.
- Se recomienda mantener anotados los datos de alimentación.
- Reduzca gradualmente la cantidad de suplemento de acuerdo al siguiente plan:

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Extracción Manual de la Leche

La extracción de la leche puede hacerse en diversas circunstancias, entre ellas:

- Para dar leche materna al niño cuando está separado de su madre
- Para aumentar la producción de leche
- Para prevenir o aliviar la congestión

En gran medida su producción de leche es el resultado directo de la estimulación de las mamas. La leche va a ser suficiente para el niño tanto si amamanta como si se la extrae al menos cada 3 horas. Algunas madres encuentran difícil extraerse la leche aun cuando sus niños puedan sacar toda la leche que necesitan. No se debe juzgar la producción de leche por la cantidad que se pueda extraer.

Estas guías pueden serle útiles para la extracción manual de la leche.

- Lávase bien las manos.
- En lo posible extráigase la leche en un lugar silencioso y tranquilo. Imagine que está en un lugar agradable. Tenga pensamientos agradables en relación a su niño. Su capacidad de relajarse la agudará a obtener un mejor reflejo de eyección de la leche.
- Aplique calor húmedo en sus mamas 3-5 minutos antes de extraerla.
- Efectúe un masaje circular seguido de otro desde atrás hacia el pezón.
- Estimule suavemente los pezones estirándolos o rodándolos entre los dedos.
- Extraiga y descarte los primeros chorros de leche de cada lado.
- Extraiga su leche hacia un envase limpio de plástico duro o vidrio.
- Coloque el pulgar sobre su mama, donde termina la areola y los otros dedos por debajo también en el borde de la areola.
- Comprima hacia las costillas, luego comprima entre el pulgar y el índice, por detrás de la areola.
- Repita el movimiento en forma rítmica, rotando la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas la áreas.
- Alterne mamas cada 5 minutos o cuando disminuya el flujo de leche. Recuerde repetir el masaje y repetir el ciclo varias veces.
- La cantidad de leche que se obtenga en cada extracción puede variar.
- Después de extraerse, cubra sus pezones con unas gotas de leche y déjelos secar al aire.
- La apariencia de la leche que se extrae cada vez es variable. Al principio es clara y después del reflejo de eyección más blanca y cremosa. Algunos medicamentos, alimentos o vitaminas pueden cambiar levemente el color de la leche. La grasa de la leche flota al guardarla.

Si planea conservar la leche:

- Inmediatamente después de extraída, selle y marque el envase con la fecha, hora y cantidad.
- Lea el folleto "Guías de Conservación de la Leche para Niños Hospitalizados."

Requiere práctica ser hábil con la extracción manual. Sea paciente y no se desilusione.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame _____
o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Extracción Mecánica de la Leche

Se puede requerir la extracción de la leche por diversas razones:

- Para alimentar con leche materna al niño cuando no puede estar junto a su madre
- Para aumentar la producción de leche
- Para prevenir o aliviar la congestión

La producción de leche depende de la demanda. Es necesario extraerse la leche o amamantar al menos 8 veces en 24 horas para obtener y mantener una buena producción. Algunas madres encuentran difícil extraerse la leche aun cuando sus niños satisfagan sus necesidades mamando. No se debe juzgar la producción total de leche por la cantidad que se puede extraer.

Estas guías le pueden resultar útiles para la extracción mecánica de la leche.

- En lo posible extráigase la leche en un ambiente tranquilo. Imagine que se encuentra en un lugar agradable. Piense cosas agradables de su niño. Su capacidad de relajarse la ayudará a obtener un mejor reflejo de eyección.
- Lávese bien las manos.
- Aplique calor húmedo por 3-5 minutos antes de extraerse la leche.
- Dése masaje en las mamas con un movimiento circular seguido de un movimiento de atrás hacia adelante hasta los pezones.
- Estimule suavemente los pezones estirándolos o rodándolos entre los dedos.
- Siga las instrucciones generales que vienen con la bomba.
- El flujo de leche es variable. Los primeros minutos goteará lentamente y luego chorreará con fuerza, después del reflejo de eyección. Este patrón se repite varias veces durante la extracción de cada mama.
- Después de extraerse, cubra sus pezones con unas gotas de leche y déjelos secar al aire.
- La cantidad de leche que se extrae cada vez es variable.
- La apariencia de la leche que se extrae cada vez es variable. Al principio es clara y después del reflejo de eyección más blanca y cremosa. Algunos medicamentos, alimentos o vitaminas pueden cambiar levemente el color de la leche. La grasa de la leche flota al guardarla.

Si planea conservar la leche:

- Inmediatamente después de extraída, selle y marque el envase con la fecha, hora y cantidad.
- Lea el folleto "Guías de Conservación de la Leche para Niños Hospitalizados."

Si tiene alguna pregunta, por favor llame _____
o comuníquese con su proveedor de salud.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Ejemplos de Bombas de Leche Materna

Tipo de Bomba	Ventajas	Inconvenientes
Manual		
Tipo bocina *(Ej. Daval, Goodyear)*	• Económico • Portátil	• Difícil de limpiar • Goma retiene bacterias • Recoge poco volumen • Niveles de vacío difícil de controlar
Bulbo de goma conectado a la botella *(Ej. Evenflo Pink Bulb, Le Pump, New Mother's Way, Nurture)*	• Económico • Portátil • Menos contaminación que con la tipo bocina	• Extrae la leche lentamente • No genera suficiente vacío
Bomba cilíndrica *(Ej. Chicco, Crystal, Evenflo, Faultless, Happy Family, Kaneson, Medela Manual)*	• Económico • Portátil • Fácil de lavar y esterilizar • Puede alimentar al niño con el mismo envase en que se extrajo la leche	• Requiere de ambos manos • Cansadora • Si el cilindro interno está suelto no genera la succión adecuada
Bomba Manual (Acción palanca de una sola mano) *(Ej. Avent, Egnell)*	• Económico • Portátil • Solamente se necesita una mano para que funcione	• Requiere el el uso de los músclulos pequeños de la mano • Puede ser cansadora
Batería *(Ej. Evenflo, Gentle Expressions, Lact-B, Mag-Mag)*	• Puede hacerse funcionar con una mano • Portátil	• Baterías son caras • Vida útil limitada
Eléctrica		
Eléctrica pequeña *(Ej. Double Up, Gerber, Nurture III)*	• Semi compacta • Requiere de una mano para usarla	• Necesita electricidad • La madre controla el vacío, lo que puede generar exceso de presión • Motor se quema con el uso frecuente
Eléctrica grande *(Ej. Egnell, Medela)*	• Simula el ritmo de succión deglución • Estimula el reflejo eyectolacteo • Confortable	• Necesita electricidad • Difícil de transportar • Cara

Esta lista es solamente para propósitos de información. No es una lista completa de las bombas disponibles. No es una aprobación de las bombas enumeradas ni es un comentario acerca de ninguna bomba de leche no incluida en esta lista.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

WELLSTART INTERNATIONAL℠

Guías de Conservación de la Leche para Niños Hospitalizados

Después de escoger la forma de extracción, debe seguir cuidadosamente las guías para guardar, congelar y descongelar su leche. La apariencia de la leche puede cambiar al conservarla dado que los componentes con frecuencia se separan. Con una adecuada recolección y conservación de su leche, Ud. puede estar segura de que su niño recibirá los beneficios de ésta, aun cuando no pueda amamantarlo.

Guías Generales

Lávese las manos antes de manipular la leche.

- *Elección del Envase:* Extraiga directamente a un envase limpio o esterilizado.
  - *Niño de Término:* Botellas limpias de vidrio o plástico duro (el envase debe lavarse bien en una lavavajilla con ciclo sanitizado o a mano con agua caliente y detergente enjuagándolo bien con agua caliente).
  - *Niño Pretérmino o Enfermo:* Envase de plástico duro o vidrio, esterilizado.
- Inmediatamente después de extraerse, selle el envase y sumérjalo en agua con hielo por 1-2 minutos. Entonces está listo para guardarlo en la parte más fría del refrigerador o congelador. (No la guarde en la puerta.)
- Siempre use primero la leche que tiene más tiempo.

Conservación

Guías Generales. Guarde en cantidades iguales a las que su niño recibe en cada alimentación. Marque cada envase con el nombre, fecha, hora y cantidad. Si la va a congelar, deje espacio en el envase para cierta expansión.

Niños Pretérminos o Enfermos. Se recomienda más precaución con la extracción y conservación de la leche. Es más seguro enfriar la leche inmediatamente en el refrigerador y no dejarla a la temperatura del ambiente.

Duración de la Leche

Método	*Tiempo Máximo de Conservación*
Temperatura ambiente:	1 hora
Refrigerador (-4°C/24°F)	48 horas
Congelador (refrigerador 1-puerta)	No se recomienda
Congelador (refrigerador 2-puertas)	3 meses (para el uso de niños saludables se puede conservar la leche congelada hasta por seis meses)

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

Conservación de la Leche, continuación

- *Recongelar.* No se recomienda volver a congelar la leche materna que ha sido total o parcialmente descongelada. Esté atenta a esto cuando la transporte. Por esta razón es mejor esperar a congelar la leche en el destino final.
- *Volver a usar la porción que el niño no terminó (leche entibiada antes de ofrecerla al niño).* No use la leche que quedó en el biberón porque la saliva del niño puede contaminarla.

Para Descongelar la Leche

- Descongele lentamente dejándola en el refrigerador la noche anterior.
- Agite el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo (el calor excesivo destruye enzimas y proteínas).
- Descongele la cantidad total ya que la grasa se separa al congelar.
- Nunca use un microondas para descongelar.
- Después de descongelada úsela dentro de 24 horas.

Si tiene alguna consulta, por favor llame _____
o comuníquese con su proveedor de salud.

Reference: Human Milk Banking Association of North America (1993) *Recommendations for Collection, Storage, and Handling of a Mother's Milk for Her Own Infant in the Hospital Setting* [booklet] 29 pgs.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

MILK STORAGE HANDOUT

Protocolo Estandarizado
Consulta de Lactancia

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Definición: Evaluación del binomio madre/niño para la prevención y el manejo de problemas de lactancia según lo indicado en forma escrita por el médico, la enfermera el pediátrica o la partera.

La consulta incluye:

- revisión del archivo
- revisión de los informes de laboratorio
- historia
- examen físico
- evaluación y recomendaciones
- consulta con el proveedor de referencia
- plan escrito en el archivo
- revisión del plan con la madre, incluyendo la educación de paciente

Función: Facilitar la práctica exitosa de la lactancia mediante técnicas de manejo y educación apropiadas y oportunas; recomendar métodos que apoyen la opción de continuar el amamantamiento luego de una suspensión temporal.

Supervisión: Supervisión del médico según lo establecido.

Datos subjetivos: Historia médica/obstétrica, historia perinatal, historia social, régimen terapéutico vigente, estado emocional y físico del momento.

Datos objetivos: Examen físico pertinente necesario para establecer el manejo apropiado de la lactancia, incluyendo, pero sin limitarse a, los senos de la madre y boca del bebé así como la técnica de succión; revisión de datos de laboratorio y antropométricos; observación de la lactancia cuando sea posible.

Diagnóstico: Basado en datos subjetivos y objetivos.

Plan de tratamiento: Decidir estrategias de manejo que pueden incluir el uso de bomba eléctrica. Comunicar el plan a la madre y al personal de enfermería.

Consulta requerida:

1. El efecto del diagnóstico médico en la lactancia/amamantamiento no está claro.
2. La condición del (de la) paciente es inestable.
3. Las recomendaciones incluyen prescripción de medicamentos, orden de pruebas de laboratorio, cambio en órdenes.

Aprobado: _____ _____
Enfermera Jefe y Supervisor Clínico — Fecha

_____ _____
Director Médico — Fecha

Revisión: _____ _____ _____ _____
Fecha/Inicial

Importante: Esta es una **MUESTRA** de políticas/protocolo. Antes de su ejecución, debe ser revisada, actualizada, y aprobada por un proveedor médico autorizado.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

Protocolo Estandarizado
Candidiasis en la Madre Lactante y su Bebé

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Definición: Una infección por hongos que puede resultar en inflamación dolorosa de los pezones y/o el seno de la madre, y/o la boca o región del pañal del bebé.

Función: Tratar tanto a la madre infectada como al bebé, para prevenir reinfección.

Supervisión: Supervisión médica según lo establecido.

Datos subjetivos: Madre: historia de terapia antibiótica reciente; vaginitis por Cándida reciente; pezones adoloridos, rosados o enrojecidos; dolor hiriente, punzante en el seno, usualmente durante y después de amamantar.

Bebé: historia reciente/diagnóstico actual de monilia oral, erupción del pañal; historia reciente de terapia antibiótica.

Datos objetivos: Madre: examen del seno: pezones pueden estar rosados y brillantes; puede existir lesión satélite.

Bebé: Boca: placas blanquecinas adheridas a la mucosa oral y/o la lengua.
Area del pañal: erupción que comprende pliegues de la piel, frecuentemente con lesiones satélite.

Diagnóstico: Basado en datos subjetivos y objetivos. Las señales y los síntomas en la madre y/o monilia en el bebé amamantado son indicación de tratamiento para ambos.

Plán de tratamiento: (Terapia por lo menos de 2 semanas)

Madre: (Senos) Prescribir crema de (clotrimazol) al 1%, tubo de 30 gm (1 oz). Masajear una cantidad pequeña de la crema en áreas afectadas luego de cada amamantada.

(Vaginitis) Tratar (véase Carta Médica 8/91 anexa) o referir.

Bebé: (Monilia) Prescribir suspensión oral de Nistatina, botella de 60 ml (2 oz). Un ml en cada lado de la boca QID luego de las alimentaciones (aplicar según se anota) (la receta puede llevarse por segunda vez).

(Dermatitis del pañal) Prescribir crema de Nistatina, tubo de 15 g (½ oz). Aplicar abundantemente a las partes afectadas QID.

Véase la hoja de orientación a la paciente (página 4-12).

Consulta requerida: Cuando la infección es resistente al tratamiento tópico o es frecuente y recurrente.

Aprobado: _____ _____
Enfermera Jefe y Supervisor Clínico — Fecha

_____ _____
Director Médico — Fecha

Revisión: _____ _____ _____ _____
Fecha/Inicial

Referencias:
Johnstone HA (1990) Candidiasis in the breastfeeding mother and infant *JOGN Nursing*, 19(2):171-173.
Lawrence RA (1994) *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Importante: Esta es una **MUESTRA** de políticas/protocolo. Antes de su ejecución, debe ser revisada, actualizada, y aprobada por un proveedor médico autorizado.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

Protocolo Estandarizado
Mastitis Aguda por Lactancia

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Definición:	Inflamación del seno, incluyendo celulitis, asociada con la lactancia.	
Función:	Iniciar el tratamiento a fin de prevenir complicaciones tales como mastitis recurrente y absceso del seno.	
Supervisión:	Supervisión médica de acuerdo a lo establecido.	
Datos subjetivos:	Síntomas sistémicos:	Fiebre, síntomas tipo gripe (ej. malestar, escalofríos, cefalea, náusea); dolor y enrojecimiento del seno.
	Factores predisponentes:	Drenaje insuficiente, pezones agrietados, presencia de un organismo, defensas maternas bajas (ej. estrés, fatiga).
	Alergias a medicamentos	
Datos objetivos:	Examen físico pertinente de los senos y las axilas (los hallazgos usualmente pueden incluir área dolorosa, caliente, inflamada, enrojecida, bien definida en el seno) Temperatura igual o mayor a 38°C (100.4°F)	
Diagnóstico:	Basado en datos subjetivos y objetivos.	
Plan de tratamiento:	Véase la hoja de educación para la paciente "Mastitis," página 4-10 Antibiótico apropiado por 10 días (mínimo); Dicloxacilina, 250 mg p.o. QID por 10 días o, dosis inicial de 500 mg, p.o. QID por 2 días y 250 mg, p.o. QID por 8 días. En caso de alergia a la penicilina: Eritromicina 250 mg, p.o. q 6 h por 10 días.	
Consulta requerida:	Presentación atípica Mastitis recurrente o formación de absceso Falta de mejoría luego de 2 días (48 horas) de tratamiento antibiótico Progresión de síntomas mientras se usa antibióticos Resolución incompleta hacia los 14 días de iniciados los antibióticos	

Aprobado: _____ _____
Enfermera Jefe y Supervisor Clínico — Fecha

_____ _____
Director Médico — Fecha

Revisión: _____ _____ _____ _____
Fecha/Inicial

Referencias:
Lawrence RA (1994) *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis: Mosby-Year Book, Inc..
Riordan JM and Nichols FH (1990) A descriptive study of lactation mastitis in long-term breastfeeding women *J Human Lact* 6(2):53-55.

Importante: Esta es una **MUESTRA** de políticas/protocolo. Antes de su ejecución, debe ser revisada, actualizada, y aprobada por un proveedor médico autorizado.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

Experiencia Clínica en Lactancia - Hoja de Trabajo para Estudiantes

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Problema Principal: _____

Historia de la enfermedad actual: _____

Antecedentes médicos pertinentes: _____

Examen físico (Resumen): (observación del examen clínico y/o informe dado por el clínico)

Niño: _____

Madre: _____

Observación de la Lactancia:

Posición utilizada:	☐ Acunado	☐ Sentado de lado	☐ Otro: _____
Interés del lactante:	☐ Con hambre, deseoso, se aproxima fácilmente al pecho ☐ Deseoso, pero, no insistente ☐ Deseoso, pero se distrae fácilmente	☐ Deseoso, se duerme fácilmente ☐ Adormilado, totalmente desinteresado	☐ Despierto, no se apega ☐ Depierto, hambriento, rechaza vigorosamente
Rotación:	☐ Normal ☐ Frenética, desorganizada	☐ Deprimida/ausente	☐ Lengua atrás/plana
Acoplamiento:	☐ Adecuado ☐ Cae hacia atrás ☐ Mala posición de la lengua	☐ Labios retraídos ☐ Se arquea ☐ Llora	☐ Rechaza ☐ Otro: _____
Reflejo de eyección de leche:	☐ Antes del acoplamiento ☐ Hiperactivo	☐ Después del acoplamiento, _____ seg / min	☐ No aparente después de _____ seg / min
Eficacia:	☐ Buena succión/ritmo succión deglución _____:_____ ☐ Se hace ineficiente ☐ Succión débil ☐ Acoplamiento, sin succión	☐ Comienza/para repetidas veces ☐ Solamente succión agitada persistente ☐ Desorganizado ☐ Las mejillas sin movimiento durante la succión ☐ Chasquido de la lengua	☐ Excesivo movimiento vertical ☐ Apretada/mordida ☐ Otro: _____
Deglución:	☐ Normal	☐ No coordinada	

Comentarios: _____

Condición del pezón luego de la Lactancia:

(Derecho) Color _____ Forma _____ (Izquierdo) Color _____ Forma _____

Estrés infantil | _____ | _____ | _____ | _____ |
Relajado, tranquilo — Poco alterado, sin llorar — Llora, resiste la posición

Estrés materno | _____ | _____ | _____ | _____ |
Relajada, tranquila — Ansiosa — Extremadamente tensa

Interacción materna con el niño:	☐ Vacilante ☐ Sobre-estimulante	☐ Atenta ☐ Afectuosa	☐ Ruda ☐ No apegada

Evaluación/Plan (Incluye Evaluación de Riesgo Nutricional): _____

Comentarios: _____

152

La Lactancia y el Medio Ambiente

Wellstart International
Programa de Promoción Ampliada de la Lactancia Materna

La lactancia impide el deterioro ambiental limitando el crecimiento de la población y evitando el desperdicio de otros recursos. La leche materna es un recurso natural y renovable. En contraste, la alimentación con biberón crea daños ecológicos en cada etapa de producción, distribución y consumo, fomentando la desforestación, la erosión del suelo, el agotamiento de los recursos naturales, la contaminación y una mayor fecundidad y una morbilidad y mortalidad infantil más elevadas. El apoyo activo de la lactancia ha sido la tarea de las madres y profesionales de la salud, si bien, dadas las ramificaciones ecológicas de la modalidades de alimentación, el apoyo a la lactancia debería también ser una prioridad de quienes están interesados en proteger el medio ambiente.

A pesar de las enormes ventajas ambientales de la lactancia, y de otros beneficios extraordinarios que proporciona la leche materna — entre ellos, los de índole nutricional, inmunológica, higiénica, psicológica y económica — solo una pequeña proporción de madres en los países en desarrollo o industrializados del mundo practican la lactancia "óptima." "Optima" consiste en lactancia exclusiva hasta que el niño tiene 4-6 meses de edad, con lactancia continua pero complementada durante al menos un año. La práctica de la lactancia se ve amenazada por prácticas hospitalarias que separan a la madre del niño, por falta de apoyo de colegas a las prácticas de alimentación, por normas de empleo que desaniman a la madre respecto a la aplicación de prácticas alimetarias óptimas, y por la comercialización de la fórmula infantil y la creencia errónea de que la leche materna sola no es alimento suficiente para el lactante de poca edad.

Desde hace tiempo se han documentado las extraordinarias ventajas de la lactancia para la salud y la nutrición. La lactancia es reconocida ahora como ambientalmente importante y beneficiosa.

Lactancia: Un Recurso Natural y Renovable

- **La lactancia representa la conversión más eficiente de material vegetal a un alimento de alto contenido de energía y proteína ideal para los lactantes. Proporciona nutrición óptima para los lactantes.** Permite a las familias reducir (no solo reciclar) el consumo de productos no degradables, ineficientes en función de la energía. Además, el suministro de leche materna se renueva con cada embarazo.

- **La lactancia desarrolla una función biológica global vital al postergar casi tantos nacimientos como casi todos los demás métodos de anticoncepción combinados.** La lactancia amplía el espaciamiento de los nacimientos al retrasar el retorno de la ovulación. El riesgo de ovulación se reduce con una mayor frecuencia de la alimentación al pecho materno, una mayor duración de cada período de alimentación y una menor cantidad de alimentos complementarios.[1] Si una mujer amamanta exclusivamente a un lactante menor de 6 meses de edad, y no está menstruando todavía, está protegida en un 98% contra el embarazo.[2] Hay ejemplos históricos de incrementos de la fecundidad asociados con el descenso en la lactancia.[3] Un estudio de cinco países en Africa demostró que a la ovulación retrasada y la abstinencia asociadas con la

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

lactancia correspondía un 33% de reducción en la fecundidad máxima mientras que a los métodos de anticoncepción les correspondían sólo 5%.[4]

- **Los lactantes alimentados al pecho materno en los países en desarrollo crecen mejor y sufren menos enfermedades que los alimentados con biberón, reduciendo así la necesidad de medicamentos y la carga sobre los recursos de salud.** Se ha demostrado que la lactancia reduce notablemente la incidencia de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, causas principales de muerte entre los niños del Tercer Mundo.

- **La lactancia no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación.** No requiere envase, promoción, envío o evacuación. No se necesitan utensilios o tratamiento térmico para su preparación y administración segura.

Alimentación con Biberón: Un Substituto Pernicioso Para el Ambiente

La alimentación con biberón, en contraste con la leche materna, desperdicia recursos y surte un efecto negativo sobre el medio ambiente. En cada etapa de su ciclo de vida ambiental — producción, transporte, utilización por el consumidor y evacuación — la leche artificial agota recursos escasos y crea contaminación.[5]

- **El uso de la leche de vaca en vez de la leche materna entraña graves consecuencias ambientales y ecológicas.** Las mujeres del mundo en desarrollo producen unos 20 millones de toneladas métricas de leche materna por año, más de 10% de la cantidad de leche fluida consumida en el mundo.[6] El número de vacas lecheras para substituir este valioso recurso necesitaría aumentarse sustancialmente si descendieran las tasas de alimentación al pecho materno. Pero el ganado agota el suministro de granos; en los Estados Unidos solamente, hay unos 10 millones de vacas lecheras (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, 1990a), cada una de las cuales consume aproximadamente 7 mil libras (unos 3500 kilogramos) de granos y otros concentrados por año.[7] Los fertilizantes a base de nitratos que degradan el ambiente se utilizan a menudo para el cultivo de granos destinados a las vacas lecheras, y también se utilizan muy a menudo en la producción de piensos plaguicidas y otros productos químicos.

Además, el ganado contribuye a la contaminación del aire, el suelo y el agua. Producen metano, un importante gas causante del efecto invernadero, a razón de 100 millones de toneladas de metano por año o 20% de las emisiones anuales de metano al año.[8] Los desechos sólidos procedentes de las vacas pueden introducirse en los ríos y en las aguas subterráneas, contaminándolas, alterando críticamente la ecología marina y creando al mismo tiempo un grave problema de salud pública. Se estima que una vaca promedio produce 47 libras de desechos cada día.

Las vacas lecheras necesitan pastizales; el desbroce del terreno para producción de pastos conduce a la desforestación y la erosión de la tierra. Dicha desforestación puede resultar en la pérdida de especies singulares de plantas y animales. Los pastizales de todo el mundo están sufriendo erosión por una utilización excesiva. Se estima que cada vaca consume 900 libras de vegetación por mes. Sin plantas que sirvan para retener el suelo, absorber el agua o reciclar los elementos nutritivos, la tierra se hace cada vez más vulnerable a la erosión por el viento y el agua. Además, con casi 5 mil millones de cascos que pisotean la tierra, compactándola con 24 libras de presión por cada pulgada cuadrada, el suelo es menos capaz de absorber el agua y más propenso a la erosión.[9]

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

154

■ **La alimentación con biberón requiere el uso de combustible valioso.** El combustible se consume para tratar térmicamente la leche de la fórmula y producir materiales de envase y botellas. El transporte de la fórmula o de los materiales requeridos también exige el uso de combustible.

Al nivel de familia, el combustible se necesita para calentar el agua con el fin de esterilizar los biberones y los chupetes o boquillas y preparar la fórmula. Este combustible es a menudo leña. Con 200 gramos de madera requeridos para hervir un litro de agua, un lactante alimentado con biberón requeriría aproximadamente 73 kilogramos de leña por año.[10] La FAO ha estimado que, para el año 2000, 150 millones de personas harán frente a una aguda escasez de leña y 1.800 millones de personas estarán dependiendo de la tala excesiva de los recursos disponibles para atender sus necesidades domésticas de combustible.[11]

Cuando la leña no se utiliza, se emplea carbón, energía nuclear, electricidad u otras formas de energía. Cada una de estas formas a su vez agota recursos escasos y ocasiona contaminación o perturbación ambiental. Si los combustibles no se utilizan para asegurar agua limpia y biberones para la alimentación de los lactantes, los problemas de higiene transforman los biberones en instrumentos mortíferos.

■ **La alimentación con biberón desperdicia agua.** Se necesita agua para esterilizar los biberones y preparar la fórmula y para lavar y enjuagar el equipo. Se ha estimado que un niño de tres meses de edad alimentado con biberón necesita un litro de agua por día para mezclar los alimentos y otros dos litros para hervir los biberones y los chupetes o boquillas.[12] Sin embargo, en muchos países en desarrollo, el agua es un recurso valioso; estos requisitos pueden representar una enorme demanda sobre los recursos hídricos y sobre el tiempo de los miembros de la familia en países donde el agua es escasa o está lejos del hogar.

■ **La alimentación con biberón utiliza recursos no renovables.** La alimentación con biberón requiere materiales tales como estaño, plástico, vidrio, caucho y silicón y papel a fin de fabricar los biberones, los recubrimientos de biberones y los chupetes o boquillas y empacar la fórmula y productos afines. Además, hay un empleo creciente de biberones listos para uso en muchos países, con lo que se incrementa la cantidad de material no degradable empleado par alimentar con biberón.

■ **La alimentación con biberón crea contaminación.** Todos los aspectos de la alimentación con biberón crean un problema de evacuación de desechos. El papel y estaño se utilizan para envasar la leche o la fórmula. Los plásticos que se utilizan para las botellas y para la leche o la fórmula son prácticamente indestructibles y siguen siendo agentes de contaminación mucho después de su evacuación. Estos plásticos se queman a menudo en los incineradores municipales produciendo dioxinas sumamente tóxicas. Como alternativa, el uso de rellenos sanitarios para evacuar los suministros y equipos utilizados para alimentar con biberón resulta a veces en contaminación de las aguas subterráneas a medida que los desechos se introducen a través de los recubrimientos o simplemente se producen sobreflujos. El sobreflujo y vertederos no vigilados crean graves problemas de salud pública.

La condición física de la tierra se está deteriorando de año en año y se necesitan cambios para que el mundo vuelva a la senda de un progreso sostenible. En vista de las ramificaciones ecológicas de las modalidades de alimentación infantil, el apoyo activo de la lactancia debería ser una prioridad para todos quienes están interesados en proteger el ambiente y preservar la calidad de la vida humana.

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

Notas

1. Berg A and Brems S (1990) *The Case for Promoting Breastfeeding in Projects to Limit Fertility* World Bank Technical Paper No. 102. Washington, DC: The World Bank
2. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, et al (1990) Risk of ovulation during lactation *Lancet* 335: 25-29.
3. Da Vanzo J and Starbird EH (1991) Correlates of short interbirth intervals in peninsular Malaysia: their pathways of influence through breastfeeding and contraceptive use *Stud Fam Plan* 22(4): 241-254.
4. World Health Organization and National Research Council (1983) Breastfeeding and fertility regulation: current knowledge and programme policy implications *Bull World Health Organ* 61(3): 371-382.
5. Family Health International (1988) Breastfeeding as a family planning method *Lancet* 2(8621): 1204-1205.
6. Dyson T (1988) Declines in traditional fertility restraints: demographic effects in developing countries *IPPF Medical Bulletin* 22(6): 1-3.
7. Thapa S, Short RV, and Potts M (1989) Breastfeeding, birthspacing and their effects on child survival *Nature* 335(20): 679-683.
8. Radford A (1991) *The Ecological Impact of Breastfeeding* Baby Milk Action Coalition. XIII IOCU World Congress, Hong Kong, July 1991.
9. Huffman S and Rasmusson E (1992) *Breastfeeding: a Natural Resource for Food Security* Washington, DC: Wellstart International.
10. US Department of Agriculture (1990) "Milk Production."
11. Smail E (1990) Veganism and the greenhouse effect *The Vegan* 6(2) 6-7.
12. *New York Times*. April 23, 1992. p. B7.
13. Gilman R and Skillicorn P (1985) Boiling of drinking-water: can a fuel-scarce community afford it? *Bull World Health Organ* 63(1): 157-163.
14. Eckholm E, Foley G, Barnard G and Timberlake L (1984) *Fuelwood: The Energy Crisis That Won't Go Away* London: Earthscan.
15. International Baby Food Action Network (1989) Bottle feeding: a waste of money, a waste of natural resources, a waste of time? In: *Fighting For Infant Survival, IBFAN Information Kit* Malaysia: IBFAN.

WELLSTART INTERNATIONAL ■ Expanded Promotion of Breastfeeding Program
3333 K Street NW, Suite 101, Washington, DC 20007 USA Tel (202)298-7979 ■ Fax (202)298-7988

©1993 WELLSTART INTERNATIONAL

Seguridad en el Uso de Fármacos en Madres que Amamantan

Philip O. Anderson, PharmD
Director del Servicio de Información de Drogas, UCSD Medical Center, San Diego, USA
Febrero 1995

Contraindicados: No deben usarse estos fármacos durante la lactancia. Sin son indispensables para la salud de la madre, se debe suspender la lactancia en forma temporal o definitiva

- Amantadina*
- Amiodarona
- Antineoplásicos
- Bromuro
- Cocaína
- Cloramfenicol**
- Dipirona (en drogas Mexicanos)
- Indandione Anticoagulantes (ej. pheindione)
- Medio de contraste yodado (suspender lactancia temporalmente)
- Metamizol (igual que dipirona)
- Metronidazol**
- Radiofármacos (suspender lactancia temporalmente)
- Sales de oro
- Salicilatos (altas dosis)
- Yodo (de uso tópico) (los suplementos dietéticos de yodo son seguros)

Potencialmente Peligrosos: Usarlos con precaución, especialmente si se amamanta a un recién nacido.

- Acebutolol
- Alcohol (especialmente en grandes dosis)
- Antibacterianos quinolonas (ej. ciprofloxacina)
- Anticonceptivos con estrógenos*
- Antihistamínico/descongestionante asociados*
- Atenolol
- Benzodiazepinas (la mayoría)
- Clindamicina
- Clonidina*
- Clortalidona*
- Diuréticos tiazidas de acción prolongada o altas dosis*
- Doxepin
- Ergotamina
- Ethosuximida
- Fenobarbital (al dosis de anticonvulsión)
- Flouracina
- Fluoxetina
- Lindano (hexacloruro de gamabenceno)
- Metimazol
- Nadolol
- Narcóticos (en adictos o uso terapéutico en los primeros 10 días postparto)
- Nicotina/cigarrillos*
- Nitrofurantoina
- Piroxicam
- Reserpina
- Sales de Litio
- Sotalolol
- Sulfonamidas de acción prolongada

Probablemente Seguros en Dosis Habituales: No existe suficiente información para asegurar que estos fármacos no tienen efectos adversos en el niño amamantado. Si ocurren pueden ser infrecuentes o leves. Se debe tener presente la potencial reacción alérgica o idiosincrática del niño.

- Inhibidores de la ECA (ej. Captopril, Enalapril)
- Agentes anticolinérgicos*
- Antibióticos aminoglicósidos
- Anticonvulsivantes (excepto Etosuximida y Fenobarbital)
- Antidepresivos tricíclicos (excepto doxepina)
- Antihistamínicos
- Antiinflamatorios no esteroidales (ibuprofeno preferido)
- Azatioprina (inmunosupresión postransplante)
- Barbitúricos
- Bloqueadores de Receptores H_2 Histamina (preferir Famotidina)
- Butirofenonas (ej. Haloperidol)
- Descongestionantes orales*
- Diuréticos tiazidas de acción corta
- Drogas antituberculosas
- Espironolactona
- Fenotiazinas
- Metoclopramida (10 a 14 días)
- Propilitiouracilo
- Quinidina
- Salicilatos (uso ocasional)
- Sulfisoxazol
- Terfenadina
- Tetraciclinas (menos de 2 semanas)
- Verapamilo

Seguros en Dosis Habituales: Aunque un fármaco sea calificado de inocuo, siempre se debe tener presente la reacción alérgica o idiosincrática.

- Acenocumarol
- Antiácidos
- Anticonceptivos con progestina pura
- Cafeína
- Cefalosporinas
- Corticosteroides
- Descongestionante nebulizador nasal
- Digoxina
- Eritromicina
- Heparina
- Inhaladores (broncodilatadores y corticoides)
- Insulina
- Labetalol
- Laxantes no absorbibles (Phillium, Docusato)
- Lidocaína
- Metildopa
- Metilergonovina (tratamiento breve)
- Metropolol
- Paracetamol
- Penicilinas
- Propanolol
- Sulfato de Magnesio
- Teofilina
- Reemplazo tiroídeo
- Vacunas
- Vancomicina
- Warfarina

*El fármaco además puede inhibir la lactancia.
**Solo usar si no se cuenta con fármacos alternativos, evaluando cuidadosamente el fármaco y los riesgos de suspender la lactancia.

Sources: (1) Knoben JE and Anderson PO (1993) *Handbook of Clinical Drug Data, 7th ed.* Hamilton Press. (217) 847-3333. $49.50.
(2) Anderson PO (1991) Drug use during breast-feeding *Clin Pharm* 10:596-624. ASHP Reprint Code R611. (301) 657-3000. $10. (3) Servicio de información (en inglés) acerca de drogas y la lactancia 1-900-288-8273. $3 para el primer minuto, $2 cada minuto después. Solamente para trabajadores de salud y madres lactantes.

Nota: La información contenida en esta página tiene limitaciones de tiempo. Es precisa y está al corriente al mes de abril de 1994. Para uso posterior a esa fecha puede ser necesario revisarla y actualizarla.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

Tarea Sobre la Contraindicación y las Controversias

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Fecha de entrega: _____ Equipo: _____

Muchas de las razones aducidas para aconsejar a una madre que amamante a su hijo son problemáticas. Antes de hacer recomendaciones en este sentido deben tomarse en cuenta cuatro factores.

1. ¿Se trata de inquietudes sobre el proceso de ***amamantamiento*** o sobre el producto que es la ***leche*** materna?

2. ¿Se trata de una situación temporal o permanente?

3. ¿La suspensión del amamantamiento debe ser completa o resulta aceptable la suspensión parcial?

4. ¿Existen circunstancias especiales que alteran las recomendaciones?

El cuadro adjunto detalla diversas condiciones que dan lugar a dudas en cuanto a si el amamantamiento resulta seguro para el niño, la madre o ambos. Examine las referencias señaladas en el cuadro y seleccione los dos cuadros que corresponden a cada condición, uno referente al ***amamantamiento*** y el otro referente a la ***leche*** materna.

Los integrantes de cada equipo deberán colaborar para realizar esta tarea. Se analizarán las recomendaciones de cada grupo. Estén preparados para explicar sus recomendaciones.

Tarea Sobre "Contraindicación" y Controversias

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

	Condición	Amamantamiento[1] Contraindicado						Leche Materna[1] Contraindicado						Referencias
		NO	SI				C*	NO	SI				C*	
			Temporal[2]		Permanente				Temporal[2]		Permanente			
			Parcial	Completa	Parcial	Completa			Parcial	Completa	Parcial	Completa		
NIÑO	Galactosemia													OMS (1986), Lawrence
NIÑO	Enf. Orina en Jarabe de Arce													OMS (1986)
NIÑO	Fenilcetonuria													OMS (1986), Binder, Lawrence
NIÑO	Herpes simple (lesiones orales)													Quinn
NIÑO	VIH/SIDA (niño)													AAP, CDC, OMS (1992)
MADRE	Infecciones menores comunes													Lawrence
MADRE	Varicela (materna)													AAP, Lawrence
MADRE	CMV													AAP, OMS (1986), Lawrence, Stagno
MADRE	Gonococo													AAP, Lawrence
MADRE	Hepatitis A													AAP, Lawrence
MADRE	Hepatitis B													AAP, OMS (1986), Lawrence
MADRE	Herpes simple (lesiones mamarias)													AAP, OMS (1986), Lawrence
MADRE	VIH/SIDA (madre)													AAP, CDC, OMS (1992), Halsey
MADRE	Lepra													Lawrence
MADRE	Staf													Lawrence
MADRE	Strep													Lawrence
MADRE	Sífilis													Lawrence
MADRE	Toxoplasmosis													Lawrence
MADRE	TBC													AAP, OMS (1986), Lawrence
MADRE	Mastitis													OMS (1986), Lawrence
MADRE	Absceso mamario													OMS (1986), Lawrence
MADRE	Cáncer mama													Lawrence

*C = Controversial

Referencias

American Academy of Pediatrics (1991) *Report of the Committee on Infectious Diseases: Twenty-Second Edition* Elk Grove Village, IL: AAP.

Binder J, Johnson CF, Saboe B and Krug-Wispe S (1979) Delayed elevation of serum phenylalanine level in a breastfed child *Pediatrics* 63(2): 334-336.

Center for Disease Control (1985) Recommendations for assisting in the prevention of perinatal transmission of human t-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus and acquired immunodeficiency syndrome *Morbid Mortal Wkly Report* 34(48): 721-732.

Halsey N, Boulos R, Holt E, et al (1990) Transmission of HIV-1 infections from mothers to infants in Haiti. Impact on childhood mortality and malnutrition *JAMA* 264(16): 2088-2092.

Lawrence RA (1994) *Breastfeeding—A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Organización Mundial de la Salud (1991) *Declaración Sobre la Lactancia Materna y el VIH* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud/UNICEF (1992) *Consensus Statement from the WHO/UNICEF Consultation on HIV Transmission and Breastfeeding, Geneva, 30 April - 1 May 1992* Ginebra, OMS.

Stagno S, Reynolds DW, Pass RF and Alford CA (1980) Breastmilk and the risk of cytomegalovirus infection *N Engl J Med* 302(19): 1073-1076.

Resumen de "Contraindicaciones" a la Lactancia

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

	Condición	Amamantamiento[1] Contraindicado						Leche Materna[1] Contraindicado						Referencias
		NO	SI				C*	NO	SI				C*	
			Temporal[2]		Permanente				Temporal[2]		Permanente			
			Parcial	Completa	Parcial	Completa			Parcial	Completa	Parcial	Completa		
NIÑO	Galactosemia					X						X		OMS (1986), Lawrence
NIÑO	Enf. Orina en Jarabe de Arce				X[a]						X[a]			OMS (1986)
NIÑO	Fenilcetonuria				X[a]						X[a]			OMS (1986), Binder, Lawrence
NIÑO	Herpes simple (lesiones orales)			X				X						Quinn
NIÑO	VIH/SIDA (niño)						±[b]						±[b]	AAP, CDC, OMS (1992)
MADRE	Infecciones menores comunes	X						X						Lawrence
MADRE	Varicela (materna)	X[d]						X						AAP, Lawrence
MADRE	CMV	X						X						AAP, OMS (1986), Lawrence, Stagno
MADRE	Gonococo						X[e]	X						AAP, Lawrence
MADRE	Hepatitis A	X						X						AAP, Lawrence
MADRE	Hepatitis B	X[c]						X[c]						AAP, OMS (1986), Lawrence
MADRE	Herpes simple (lesiones mamarias)		±[b]					X						AAP, OMS (1986), Lawrence
MADRE	VIH/SIDA (madre)						±[b]						±[b]	AAP, CDC, OMS (1992), Halsey
MADRE	Lepra	X						X						Lawrence
MADRE	Staf	X						X						Lawrence
MADRE	Strep	X[e]						X						Lawrence
MADRE	Sífilis	X[f]						X						Lawrence
MADRE	Toxoplasmosis	X						X						Lawrence
MADRE	TBC						±[b]						±[b]	AAP, OMS (1986), Lawrence
MADRE	Mastitis	X						X						OMS (1986), Lawrence
MADRE	Absceso mamario		±[g]										±[b]	OMS (1986), Lawrence
MADRE	Cáncer mama	±[b]						X						Lawrence

*C = Controversial
[1]El cuadro se refiere solo al amamantamiento de la madre biológica o el darle su leche al niño.
[2]La leche debe ser siempre extraída regularmente mientras se mantenga la contraindicación temporal.
[a]Vigilar los niveles séricos de metabolitos tóxicos en el niño.
[b]Controversial. Se deben revisar las referencias.
[c]IGHB y Heptavax para el recién nacido en lo posible.
[d]De presentarse en la madre entre 6 días antes del parto y 2 días después, ZIG para el recién nacido no infectado y separarlo de la madre hasta que ya no esté infectante.
[e]Después de 24 horas de niveles maternos terapéuticos de antibióticos.
[f]Si están presentes, las lesiones en la mama o el pezón deben estar limpias antes de amamantar.
[g]Amamantar de una mama con un absceso depende de la localización de la lesión, incisión de drenaje y si el sistema ductal está comprometido.
[h]Por la salud de la madre, solo puede amamantar después de haber completado el tratamiento definitivo.
(Vea "Seguridad en el Uso de Fármacos en Madres que Amamantan" para información sobre drogas y medicamentos.)

Nota: La información contenida en ésta página tiene limitaciones de tiempo. Es precisa y está al corriente al mes de abril de 1994. Para uso posterior a esa fecha puede ser necesario revisarla y actualizarla.

Importante: No se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa del personal médico autorizado.

Consejo Básico Postparto para la Familia que Amamanta

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

En la lista siguiente encontrará información básica que toda madre lactante debe tener en cuenta. Recuerde que la alimentación al pecho es un comportamiento aprendido y delicado.

Técnica

Posición:	Cómo sostener el seno Cómo sostener al bebé
Acoplamiento:	Uso de reflejo boqueo para ayudar con el acoplamiento al pecho Signos de acoplamiento adecuado (bebé acoplado sobre la areola, no solamento el punto del pezón; labios evertidos; nariz tocando el pecho; amamantamiento cómodo.
Romper la succión	
Patrón de succión:	Explicar el patrón normal Enseñar a la madre como escuchar cuando el niño está tragando
Eructar	
Masaje de los senos	
Extracción manual de la leche:	Enseña a la madre como extraer la leche a mano (véase hoja) y después pida que ella demuestra la técnica.

Ley de la oferta y la demanda

El desarrollo de una producción adecuada de leche para asegurar una ganancia de peso satisfactoria en el bebé es primordialmente el resultado de una demanda suficiente. El alimentar al pecho debe realizarse al menos cada 2 1/2 a 3 horas o más frecuentemente durante el día y la noche (8 a 12 veces en 24 horas). Alimente con ambos senos cada vez. Alterne el lado con que inicia cada vez. No limite el tiempo de alimentación en cada seno.

Asociación

Recuerde que la alimentación al pecho es una asociación entre la madre y el bebé y que cualquiera de los dos pueden requerirla. A veces, un niño normal necesitará comer antes de las 2 horas y esto debe ser permitido (más demanda significa más producción). Por otra parte, una madre nueva puede tener congestión mamaria si el intervalo excede 3 1/2 a 4 horas. Es aceptable que la madre despierte al bebé e inicie la alimentación si el intervalo es demasiado largo.

Preocupaciones por el bebé

Cómo se sabe si el bebé está recibiendo suficiente leche?

6-8 pañales mojados en 24 horas,
Muchas evacuaciones sueltas al día,
Bebé contento

Qué hacer si el bebé está somnoliento y es tiempo de alimentarlo?

Descúbralo. Vista al bebé con ropa liviana. Siente al bebé en sus piernas. Coloque una mano alrededor del pecho y frote suavemente la espalda y los pies del bebé. Frote suavamente la barbilla del bebé. Frote con cuidado el cabello del bebé de la frente a la parte posterior de la cabeza.

Qué hay acerca de los suplementos de fórmula o agua?

En general, los suplementos ya sean de fórmula o agua interfieren con lactancia exitosa. La leche materna es un alimento completo y es casi 90% agua. La fórmula reduce el apetito del bebé; el bebé dormirá por mayor tiempo y no querrá succionar al pecho. Por lo tanto, la madre puede sufrir de congestión mamaria y/o su producción de leche disminuirá. El agua le da al bebé una sensación falsa de saciedad y por lo tanto reduce la succión al pecho. El uso temprano de fórmula puede producir alergias en el bebé.

Qué hay acerca de los problemas con el cambio de pezón/chupete?

En general, los chupetes de biberón y pacificadores no deben darse a los bebés alimentados al pecho al menos durante el primer mes de vida. El flujo de leche del pecho de la madre y del biberón son diferentes. La sensación del pezón suave de la madre y del chupete del biberón o pacificador son diferentes. Algunos bebés no aceptarán el pezón materno después de experimentar el flujo y la sensación del biberón.

Preocupaciones por la madre

Qué hay acerca del cuidado del pecho y el pezón?

Después de cada alimento, extraiga unas pocas gotas de leche sobre el pezón. Extienda la leche sobre el pezón y deje secar al aire. No es necesario el uso de cremas para el pezón. Use paños para el pecho sin forro de plástico. Use un buen brassiere sin alambres o paños de plástico. Evite los agentes secantes como el jabón. Use solo agua para su higiene.

Nutrición

Para cumplir con los requisitos alimentarios de lactancia, se recomienda que la madre lactante consuma 500 calorías adicionales por día, y cada vez que ella alimente al bebé que tome un vaso de algún líquido nutritivo. La madre lactante necesita comer una variedad de alimentos de acuerdo con la "Guía Para la Alimentación Diaria." No es necesario evitar ningún alimento durante la lactancia, a menos que la madre lactante tenga una alergia al mismo.

Descanso

El descanso materno adecuado es muy importante para el desarrollo y mantenimiento de una producción adecuada de leche. Descanse cuando el bebé esté durmiendo.

Principios Básicos Sobre Consejería

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

ESCUCHAR ACTIVAMENTE

- observar con plena atención
- hacer preguntas abiertas (ej. ¿qué piensa ud. sobre la lactancia?)
- evaluar lo que el paciente ya sabe

LENGUAJE CORPORAL

- hacer que el paciente se sienta cómodo
- usar contacto ojo con ojo sin barreras
- demostrar respeto
- aconsejar en un ambiente privado

ATENCION Y EMPATIA

- considerar los sentimientos del paciente
- contestar las preguntas sin juzgar
- ser cálido y acogedor

TOMA DE DECISIONES

- identificar la fuente de información o mala información del paciente
- ofrecer al paciente la información básica
- ayudar al paciente a tomar la mejor decisión en su situación de vida

ALENTAR EL SEGUIMIENTO

Nutrición Materna

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Guía de Alimentación Diaria para Madres Durante la Lactancia

Grupo de alimentos	Cantidad que equivale a una porción (C. = cucharada; c. = cucharadita)		Cantidad mínima de porciones recomendada
ALIMENTOS PROTEINICOS Suministran proteína, hierro, cinc y vitaminas B para el desarrollo de huesos, músculos, sangre y el sistema nervioso. La proteína vegetal contiene fibra para evitar el estreñimiento.	**Proteína animal:** 1 oz. (30 g) de pollo o pavo cocido 1 oz. (30 g) de carne de res, cordero o puerco, cocido y sin grasa 1 oz. (30 g) o ¼ taza de pescado u otros mariscos 1 huevo 2 salchichas o barritas de pescado empanizadas [fish sticks] 2 rebanadas de carnes frías	**Proteína vegetal:** ½ taza de frijol seco cocido 3 oz. (90 g) de tofú 1 oz. (30 g) o ¼ taza de cacahuates o semillas de calabaza o de girasol 1½ oz. (45 g) o ⅓ taza de otras nueces 2 C. (30 g) de crema de cacahuate	7 Una porción al día de proteína vegetal
PRODUCTOS LACTEOS Suministran proteína y calcio para fortalecer los huesos, dientes, sistema nervioso y músculos, así como para facilitar la coagulación normal de la sangre.	8 oz. (240 ml) de leche 8 oz. (240 g) de yogurt 1 taza de licuado o malteada 1½ tazas de sopa de crema (preparada con leche) 1½ oz. (45 g) o ⅓ taza de queso rayado (tipo cheddar, gruyer, monterey, o mozzarella)	1½ ó 2 rebanadas de queso americano 4 C. (20 g) de queso parmesano 2 tazas de requesón [cottage cheese] 1 taza de pudín 1 taza de flan 1½ tazas de helado o yogurt congelado	3
PANES, CEREALES, GRANOS Suministran carbohidratos y vitaminas B para vigorizar el organismo y fortalecer el sistema nervioso. Los granos integrales contienen fibra para evitar el estreñimiento.	1 rebanada de pan 1 bolillo ½ pan para hamburguesa ½ panecillo inglés o pan árabe [pita] 1 tortilla pequeña ¾ taza de cereal seco ½ taza de granola ½ taza de cereal cocido	½ taza de arroz ½ taza de tallarines o fideos ¼ taza (30 g) de germen de trigo 1 hot cake o wafle de 4 pulgadas (10 cm) 1 panecillo o mollete dulce 8 galletas medianas 4 galletas "graham" 3 tazas de palomitas de maíz	7 Cuatro porciones al día de productos de granos integrales
FRUTAS Y VERDURAS RICAS EN VITAMINA C Suministran vitamina C para evitar las infecciones, promover la recuperación y facilitar la absorción de hierro. También contienen fibra para evitar el estreñimiento.	6 oz. (180 ml) de jugo de naranja, toronja, o fruta enriquecida con vitamina C 6 oz. (180 ml) de jugo de tomate o cóctel de jugo de verduras 1 naranja, kiwi, mango, o zapote ½ toronja o melón ½ taza de papaya 2 mandarinas	½ taza de fresas ½ taza de repollo cocido o 1 taza de repollo fresco ½ taza de bróculi, coles de Bruselas, o coliflor ½ taza de chícharos chinos, chiles pimientas, o puré de tomates 2 jitomates	1
FRUTAS Y VERDURAS RICAS EN VITAMINA A Suministran beta caroteno y vitamina A para evitar las infecciones, acelerar el sanado de heridas y mejorar la visión nocturna. También contienen fibra para evitar el estreñimiento.	6 oz. (180 ml) de néctar de chabacano (damasco) o cóctel de jugo de verduras 3 chabacanos (damascos) frescos o ¼ taza de chabacanos secos ¼ de melón o mango 1 zanahoria pequeña o ½ taza de zanahoria picada 2 jitomates	½ taza de espinaca cocida o 1 taza de espinaca fresca ½ taza de verduras (acelga, berza, berza común, betabel, diente de león y mostaza) cocidas ½ taza de calabaza anaranjada, camote, chilacayote de invierno, o batatas	1
OTRAS FRUTAS Y VERDURAS Suministran carbohidratos para vigorizar el organismo, y fibra para evitar el estreñimiento.	6 oz. (180 ml) de jugo de fruta (si no se menciona arriba) 1 fruta mediana o ½ taza de fruta picada (durazno, manzana, pera, plátano) ½ taza de bayas (aparte de las fresas) ½ taza de cerezas o uvas ½ taza de piña ½ taza de sandía	¼ taza de fruta seca ½ taza de verduras rebanadas (apio, berenjena, betabel, calabaza de verano, cebolla, champiñones, chícharos, elote, espárragos, jícama, judía verde, papas, pepino, zapallito italiano) ½ alcachofa 1 taza de lechuga	3
GRASAS NO SATURADAS Suministran vitamina E para proteger los tejidos.	⅛ aguacate mediano 1 c. (5 ml) de margarina 1 c. (5 ml) de mayonesa 1 c. (5 ml) aceite vegetal	2 c. (10 ml) de aderezo (hecho con mayonesa) 1 C. (15 ml) de aderezo (hecho con aceite)	3

Nota: Esta guía de alimentación no necesariamente provee todas las calorías que usted requiere. La mejor manera de incrementar su ingesta calórica es incluir más que el número mínimo de porciones.
Adaptado de: Newman V and Lee D (1991) Developing a daily food guide for women *J Nutr Educ* 23(2): 76-82.

Ingesta Diaria Recomendada para Mujeres Durante el Embarazo y la Lactancia

Nutrientes	Embarazo trimestres 2 y 3	Lactancia primer semestre	Lactancia segundo semestre
Energía, kcal/día	2500 [a]	2700	2700
Proteína, g	60	65	62
Vitamina A, ER[b]	800	1300	1200
retinol, mg	0,8	1,3	1,2
beta carotena, mg	4,8	7,8	7,2
retinol, UI	2667	4329	3996
dieta mixta, UI	4000	6500	6000
Vitamina D, mcg[b]	10	10	10
UI	400	400	400
Vitamina E, mg a-ET[b]	10	12	11
UI	15	18	16,5
Vitamina K, mcg	65	65	65
Acido ascórbico, mg	70	95	90
Tiamina, mg	1,5	1,6	1,6
Rivoflavina, mg	1,6	1,8	1,7
Niacina, mg EN[b]	17	20	20
Vitamina B-6, mg	2,2	2,1	2,1
Folato, mcg	400	280	260
Vitamina B-12, mcg	2,2	2,6	2,6
Calcio, mg	1200	1200	1200
Fósforo, mg	1200	1200	1200
Magnesio, mg	320	355	340
Hierro, mg	30 [c]	15 [d]	15 [d]
Cinc, mg	15	19	16
Yodo, mcg	175	200	200
Selenio, mcg	65	75	75

a. Se recomiendan 300 calorías adicionales al día solo en el segundo y tercer trimestres del embarazo. Las necesidades energéticas para el primer trimestre son las mismas de las mujeres no embarazadas.

b. Véase el Cuadro de Conversión de Vitaminas.

c. Ya que los requisitos aumentados de hierro durante el embarazo no pueden ser satisfechos por el contenido de las dietas norteamericanas habituales, generalmente se recomienda suplemento de hierro.

d. Puesto que los requisitos de hierro de las mujeres que amamantan no son sustancialmente diferentes de los de las mujeres no embarazadas, no se recomienda aporte adicional de hierro en este grupo.

Adaptado de: Food and Nutrition Board, National Research Council (1989) *Recommended Dietary Allowances, Tenth Edition* Washington, DC: National Academy Press.

Incremento de Peso Recomendado de Acuerdo con la Relación Peso-Talla Preembarazo*

Estado preembarazo	Libras	Kilos
Bajo peso (<90% del peso ideal)	28-40	12,5-18
Peso adecuado (90%-120% del peso ideal)	25-35	11,5-16
Sobrepeso moderado (121%-135% del peso ideal)	15-25	7-11,5
Sobrepeso excesivo (>135% del peso ideal)	15-20	7-9

*Las adolescentes, mujeres africano-americanasy fumadoras deben procurar incrementos en los límites superiores. Las mujeres de talla baja (<62 pulgados o 157cms) deben procurar incrementos en los límites inferiores.

Adaptado de: Institute of Medicine (1990) *Nutrition During Pregnancy: Part I - Weight Gain; Part II - Nutrient Supplements* Washington, DC: National Academy Press.

Requisitos Energéticos para la Lactancia

Contenido energético promedio de la leche de madres bien nutridas	70 kcal/100 ml
Eficiencia con que se convierte la energía materna en energía láctea	80% (varía 76% - 94%)
Calorías requeridas para producir la leche	85 kcal/100 ml
Secreción promedio de leche	
Primer semestre	750 ml/día
Segundo semestre	600 ml/día
Calorías adicionales requeridas por la mujer promedio	
Primer semestre	640 kcal/día
Segundo semestre	510 kcal/día
Reservas energéticas (grasa de depósito)	2 - 3 kg
Aporte teórico de la grasa de depósito durante los 6 primeros meses	100 - 150 kcal/día
Calorías adicionales requeridas	500 kcal/día (véase nota)

Nota: Se necesitan más de 500 calorías para mujeres:
- Con peso insuficiente durante el embarazo;
- Cuyo peso durante la lactancia es inferior al recomendado para su talla y edad;
- Que se recuperan de una operación cesárea;
- Que amamantan a más de un niño.

Adaptado de: National Research Council (1989) *Recommended Dietary Allowances, Tenth Edition* Washington, DC: National Academy Press.

Factores de Riesgo Nutricional para las Madres que Amamantan

Sobrepeso Severo (véase anverso)

Peso Bajo (véase anverso)

Deficiente Aumento Prenatal de Peso

< 12,5 kg (28 lb), mujeres de peso bajo

< 11,5 kg (25 lb), mujeres de peso normal

< 7 kg (15 lb), mujeres con sobrepeso

Rápida Pérdida de Peso Postparto

> 8 kg (18 lb) durante la primera semana postparto

> 9 kg (20 lb) durante el primer mes postparto

> 2 kg (4,5 lb)/mes postparto después del primero

Anemia

≤ 5 semanas postparto:

Hb < 11,0 g/dL (110 SI); Hct < 32,0 vol % (0.320 SI)

≥ 6 semanas postparto:

Hb < 12,0 g/dL (120 SI); Hct < 34,0 vol % (0.340 SI)

Complicaciones Médicas

Abuso de Substancias

Alcohol (> 2 copas/día)

Cigarros (> 10/día)

Estupefacientes

SI = Sistema Internacional de Unidades

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL

Peso para la Talla*

Talla (in/cm)	Bajo peso (lbs/kg)	Peso normal (lbs/kg)	Sobrepeso moderado (lbs/kg)	Sobrepeso severo (lbs/kg)
58/145	94/42 o menos	95 - 127/43 - 57	128 - 143/58 - 64	144/65 o más
59/147,5	97/43 o menos	98 - 131/44 - 58	132 - 147/59 - 66	148/67 o más
60/150	100/45 o menos	101 - 135/46 - 60	136 - 151/61 - 67	152/68 o más
61/152,5	102/46 o menos	103 - 138/47 - 62	139 - 155/63 - 69	156/70 o más
62/155	106/47 o menos	107 - 143/48 - 64	144 - 161/65 - 72	162/73 o más
63/157,5	109/49 o menos	110 - 147/50 - 66	148 - 165/67 - 74	166/75 o más
64/160	112/50 o menos	113 - 151/51 - 67	152 - 170/68 - 76	171/77 o más
65/162,5	116/52 o menos	117 - 156/53 - 70	157 - 176/71 - 79	177/80 o más
66/165	119/53 o menos	120 - 161/54 - 72	162 - 181/73 - 81	182/82 o más
67/167,5	123/55 o menos	124 - 166/56 - 74	167 - 187/75 - 84	188/85 o más
68/170	126/56 o menos	127 - 171/57 - 76	172 - 192/77 - 86	193/87 o más
69/172,5	131/58 o menos	132 - 177/59 - 79	178 - 199/80 - 89	200/90 o más
70/175	134/60 o menos	135 - 182/61 - 81	183 - 204/82 - 91	205/92 o más
% del peso deseado según la talla	<90%	90 - 120%	121 - 135%	>135%

*Talla sin zapatos; peso sin ropa.

Adaptado de: California Department of Health Services (1990) *Nutrition During Pregnancy and the Postpartum Period: A Manual for Health Care Professionals* Sacramento, CA: CDHS.

Modelo de Normas Hospitalarias para Recién Nacidos de Término Sanos en Relación a la Lactancia

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Definición y Propósito:

Promover una filosofía de cuidado materno-infantil que fomente la lactancia y apoye las funciones fisiológicas normales que involucran esta relación entre madre e hijo. La meta es asegurar que todas las familias que escojan la lactancia natural tengan una experiencia satisfactoria y exitosa.

1. El personal administrativo del hospital, así como de medicina, enfermería y nutrición, debe establecer una estrategia para promover y fomentar la lactancia a través de la formación de un equipo multidisciplinario responsable para la ejecución de normas hospitalarias y el desarrollo de actividades educativas continuas. (1, 2, 25, 27, 43)

2. Toda mujer embarazada debe recibir información sobre los beneficios y el manejo de la lactancia antes del parto. (1, 2, 8, 15, 23, 28, 29, 30, 31, 42, 43)

3. Se debe permitir a cada madre que permanezca con una persona acompañante durante todo el trabajo de parto. (14, 17, 18, 20)

4. Los recién nacidos deben ponerse al pecho después del parto lo más pronto posible para madre e hijo. Esto debe iniciarse en la sala de parto o de recuperación y se debe enseñar a cada madre las técnicas adecuadas de amamantamiento y reeveluarlas antes del egreso del hospital. (9, 11, 14, 19, 23, 26, 28, 29, 30, 36, 37, 40, 45)

5. La madre que amamanta debe permanecer en alojamiento conjunto con su bebé las 24 horas. (16, 26, 29, 30, 34, 47)

6. Se debe ayudar a que el bebé mame al menos 8-12 veces en 24 horas y nunca menos de 8 veces en 24 horas. (10, 19, 23, 28, 29, 38, 46, 47)

7. No se debe tener una duración determinada de las amamantadas. El niño en general se duerme o suelta el pecho cuando está satisfecho. (10, 19, 24, 44)

8. Los niños deben terminar espontáneamente el primer pecho y estimulárseles a probar el segundo en cada amamantada. (10, 28, 29, 30, 44)

9. Si la alimentación al pecho es incompleta o ineficaz, se le debe enseñar a la madre a extraer la leche regularmente manteniendo apoyo profesional. Se le debe dar al bebé el calostro o la leche obtenida por extracción. (3, 7, 22, 29, 39)

10. No debe dársele agua ni fórmula a un recién nacido amamantado, excepto en caso de indicación médica o de enfermera universitaria. (3, 5, 15, 21, 22)

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

11. No se deben usar chupetes para entretener a un niño que mama excepto en caso de indicación médica o de enfermera universitaria. No se recomienda el uso de biberones o cubrepezones. (3, 4, 37, 41)

12. Debe realizarse un examen de los senos por lo menos cada 8 horas para las madres que amamantan a fin de detectar la lactancia y problemas con la lactancia. (29, 32)

13. Los regalos ofrecidos a las madres al darles de alta, no deben contener productos comerciales sino que solo deben incluir información educativa que fomente la lactancia. (6, 13, 15, 35)

14. Se debe aconsejar a toda madre que amamanta que acuda a control con su niño durante la primera semana después del egreso del hospital. (22, 29, 30)

15. Al egreso debe dársele a cada madre un número de teléfono para que llame si necesita ayuda sobre la lactancia. (22, 33)

16. Si la madre está separada de su bebé, las normas 1, 2, 4 y 10 al 15 aún se aplican. Las madres a quienes se separa de sus bebés deben recibir instrucción sobre cómo mantener la lactancia. (12, 22, 30)

Referencias

1. American Academy of Pediatrics (1982) Policy statement based on task force report: the promotion of breastfeeding *Pediatrics* 69: 654-661

2. American Public Health Association (1983) Policy statement no. 8226: breastfeeding *Am J Public Health* 73: 347-348.

3. Auerbach KG (1990) Breastfeeding fallacies: their relationship to understanding lactation *Birth* 17(1): 44-49.

4. Auerbach KG (1990) The effect of nipple shields on maternal milk volume *JOGN Nursing* 19(5): 419-427.

5. Auerbach, KG (1990) Inadequate breast feeding and jaundice *Pediatrics* 85(5): 892-893.

6. Bergevin Y, Dougherty C, and Kramer MS (1983) Do infant formula samples shorten the duration of breastfeeding? *Lancet*: 1148-1151.

7. Bottorff JL and Morse JM (1990) Mothers' perceptions of breast milk *JOGN Nursing* 19(6): 518-527.

8. Buxton K, Gielen A, Faden R, Brown CH, Paige DM, and Chwalow AJ (1991) Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences *Am J Prev Med* 7(2): 103-106.

9. Christensson K, Siles C, Morens L, Belanstequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot *Acta Paediatr* 81: 488-493.

10. de Carvalho M, Robertson S, Freidman A, and Klaus M (1983) Milk intake and frequency of feeding in breastfed infants *Early Human Development* 7(1982): 155-163.

11. de Carvalho M, Robertson S, Freidman A, and Klaus M (1983) Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain *Pediatrics* 72(3): 307-311.

12. Elander G and Lindberg T (1984) Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding *Acta Paediatr Scand* 73:237-240.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

13. Frank D, Wirtz S, Sorenson J, and Heeren T (1987) Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: effects on infant feeding practices in a randomized trial *Pediatrics* 80(6): 845-854.

14. Hoffmeyer GJ, Nikodem VC, Wolman W-L, Chalmers BE, and Kramer T (1991) Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding *Br J Obstet Gynaecol* 98: 756-764.

15. Howard FM, Howard CR, and Weitzman M (1993) The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breastfeeding *Obstet Gynecol* 81: 1048-51.

16. Keefe MR (Apr 1988) The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night *JOGN Nursing*: 122-126.

17. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, and Hinkley C (1991) Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 265(17): 2197-2201.

18. Klaus M, Kennell J, Robertson S, and Sosa R (1986) Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity *BMJ* 293: 585-587.

19. Klaus MH (1987) The frequency of suckling - a neglected but essential ingredient of breast-feeding *Obstet Gynecol Clin North Am* 14(3): 623-633.

20. Klaus M, Kennell J, Berkowitz G, and Klaus P (1992) Maternal assistance and support in labor: father, nurse, midwife, or doula? *Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology* 4(4): 211-217.

21. Kurinij N and Shiono PH (1991) Early formula supplementation of breast-feeding *Pediatrics* 88(4): 745-750.

22. Lawrence RA (1989) Breastfeeding *Pediatr Rev* 11(6): 163-171.

23. Lawrence R (1987) The management of lactation as a physiologic process *Clinics in Perinatology* 14(1): 1-10.

24. L'Esperance C and Frantz K (1985) Time limitation for early breastfeeding *JOGN Nursing*: 114-118.

25. Levie R, Huffman S, and Labbok M (1990) Changing hospital practices to promote breastfeeding: financial considerations. Paper prepared with the support by the Institute of International Studies in Family planning, Georgetown University.

26. Lindenberg CS, Artola RC, and Jimenez V (1990) The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and duration of breast-feeding *Int J Nurs Stud* 27(3): 179-186.

27. Naylor A and Wester R (1987) Providing professional lactation management consultation *Clinics in Perinatology* 14(1): 33-38.

28. Neifert M and Seacat J (1985) Contemporary breast-feeding management *Clinics in Perinatology* 12(2): 319-342.

29. Neifert MR and Seacat JM (1986) A guide to successful breast-feeding *Contemporary Pediatrics* 3: 26-45.

30. Neifert M and Seacat J (1986) Medical management of successful breastfeeding *Pediatr Clin North Am* 33(4): 743-761.

31. O'Campo P, Faden R, Gielen A, and Wang MC (1992) Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions *Birth* 19(4): 195-201.

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

32. Olsen CG and Gordon RE (1990) Breast disorders in nursing mothers *AFP* 41(5): 1509-1516.

33. Page-Goertz S (1989) Discharge planning for the breastfeeding dyad *Pediatric Nursing* 15(5): 543-544.

34. Procianoy R, Fernandex-Filho P, Lazaro L, Sartori N, and Drebes S (1983) The influences of rooming-in on breastfeeding *J Trop Pediatr* 29: 112-114.

35. Reiff M and Essock-Vitale S (1985) Hospital influences on early infant-feeding practices *Pediatrics* 76(6): 872-879.

36. Righard L and Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breastfeed *Lancet* 336: 1105-1107.

37. Righard L and Alade O (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding *Birth* 19(4): 185-189.

38. Salariya E, Eaton P, and Cater J (1978) Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding *Lancet*: 113-43.

39. Shrago L and Bocar D (1990) The infant's contribution to breastfeeding *JOGN Nursing* 19(3): 209-215.

40. Taylor P, Maloni J, and Brown D (1986) Early suckling and prolonged breast-feeding *Am J Dis Child* 140: 151-154.

41. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, and Barros FC (1993) Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 341: 404-406.

42. Wiles L (1984) The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant *JOGN Nursing*: 253-257.

43. Winikoff B, Myers D, Laukaran V, and Stone R (1987) Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned *Pediatrics* 80(3): 423-433.

44. Woolridge MW, Ingram JC, and Baum JD (1990) Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 336: 395-397.

45. World Health Organization (1985) Appropriate technology for birth. *Lancet*: 436-437.

46. Yamauchi Y and Yamanouchi I (1990) Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates *Pediatrics* 86(2): 171-175.

47. Yamauchi Y and Yamanouchi I (1990) The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables *Acta Paediatr Scand* 79: 1017-1022.

Corporate Headquarters ■ 4062 First Avenue, San Diego, CA 92103-2045 USA ■ Tel (619) 295-5192 ■ Fax (619) 294-7787

©1988 WELLSTART INTERNATIONAL

Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural*

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

*Fuente: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidades para la Infancia (1989) *Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: La Función Especial de los Servicios de Maternidad (Declaración Conjunta OMS/UNICEF)* Ginebra, Suiza: OMS.

Prácticas o Normas de Hospital que Influyen en el Inicio de la Lactancia

	MUY ALENTADORAS	ALENTADORAS	DESALENTADORAS	MUY DESALENTADORAS
Contacto Físico	• Se le da el pecho al bebé inmediatamente, en la sala de parto • no se separa al bebé de su madre después del alumbramiento. • el personal del hospital ayuda a la madre a amamantar al bebé en la sala de recuperación • la madre y el bebé comparten el mismo cuarto; el personal ayuda a cuidar al bebé en el cuarto, no solo en la sala de maternidad	• el personal del hospital se muestra sensible a las normas culturales y las expectativas de las nuevas mamás	• se programan horas para la alimentación, aun en contra de los deseos de la mamá	• separación de madre y bebé después del parto • la madre y el bebé alojados en pisos distintos durante el período de postparto • la madre separada del bebé debido a problemas de bilirrubina • las normas del hospital no permiten que la madre y el bebé compartan el mismo cuarto
Comunicación Verbal	• el personal del hospital inicia la plática antes y después del parto, con respecto a los intenciones de la madre de amamantar a su bebé • antes y después del parto, el personal alienta y apoya la idea de que la madre alimente de pecho a su bebé • el personal explica el empleo de la bomba de succión y los aspectos negativos de no amamantar al bebé	• el personal emplea palabras adecuadas para enseñar a la mamá cómo atender la congestión mamaria y los problemas del pezón • el personal tiene conocimientos sobre el arte de amamantar y dispone del tiempo necesario para dar capacitación individual a la mamá	• el personal da instrucciones a la mamá de que "descanse bien durante la noche, y que no alimente al niño" • se fija un horario estricto para amamantar al bebé, aun en contra del "ciclo" de alimentación de la mamá y el bebé	• la insistencia en que la madre "descanse" y que "no se presione," creando la impresión de que la lactancia es algo cansado, que requiere gran esfuerzo • se le diga a la madre que "no lo hace bien;" el personal interrumpe sus esfuerzos, corrige sus posiciones, etc.
Comunicación No Verbal	• fotos de una mujer amamantando a su bebé • todo el personal (tanto doctores como enfermeras) apoyan firmemente la idea de alimentar de pecho al bebé (respeto, sonrisas, afirmación) • enfermera (o cualquier asistente) ayuda a la madre a acomodarse y le ayuda a colocarle al bebé para amamantarlo • la madre ve a otras mujeres amamantando a sus bebés en el hospital	• impresos sobre la lactancia, redactados en términos fáciles de comprender • programas en circuito cerrado de TV en hospitales acerca del amamantamiento	• fotos de una mujer alimentando a su bebé con un biberón • el personal interrumpe la lactancia para llevar a cabo pruebas de laboratorio, etc. • la madre no ve a otras mujeres amamantando a sus niños	• Se de a la mujer un estuche con fórmula, así como literatura sobre alimentos instantáneos • ver a enfermeras que se comportan en forma autoritaria, alimentando a los bebés con biberón. (Esto hace que la madre se sienta insegura sobre su propia habilidad para cuidar de su bebé.
Experimental	• si no se logra iniciar la lactancia inmediatamente, el personal sigue brindando su apoyo • éxito en experiencias anteriores en el hospital, en materia de lactancia			• fracaso anterior en materia de lactancia en el hospital

De: Scrimshaw S (1984) The cultural context of breastfeeding in the U.S. In: *Report of the Surgeon General's Workshop on Breastfeeding & Human Lactation* DHHS pub. no. HRS-D-MC-84-2.

Política Hospitalaria: Hipoglicemia[1]

1. Debería realizarse determinación con dextrostix a la admisión en caso de bebé con madre diabética o cualquier bebé que pese menos de 1500 g o más de 400 g. Repetir la prueba cada hora por tres veces.

2. Si la prueba da < 35 mg, determinar inmediatamente glucosa en suero y alimentar al bebé con fórmula o puede ser amamantado si la madre está disponible. Repetir dextrostix en 30-60 minutos.

3. Si la glucosa sérica es < 40 mg y el dextrostix repetido sigue <35 mg obtener otra determinación de glucosa sérica en sangre obtenida por punción capilar (talón), y alimentar de nuevo.

4. Si la glucosa sérica es > 40 mg (incluso si dextrostix sigue < 35 mg) no se requiere repetición.

5. Si dextrostix es < 35 mg y la segunda determinación de glucosa está pendiente, contactar al médico o enfermera y prepararse a un inicio probable de terapia intravenosa de solución de dextrosa de 10% a razón de 100 cc/kg/d.

6. Si el dextrostix es > 35 mg no se necesita repetir la determinación de glicemia.

   La vía intravenosa puede mantenerse en recién nacido de término si la disponibilidad del personal lo permite.

   Si se va a iniciar terapia intravenosa:

   (1) Repetir dextrostix en una hora - si >35 mg consultar al médico sobre descontinuar intravenosa.

   (2) Si no se resuelve notificar al médico la posibilidad de transferencia a la unidad de cuidados intensivos neonatales

Importante: Esta es una **MUESTRA** de políticas/protocolo. Antes de su ejecución debe ser revisada, actualizada, y aprobada por un proveedor médico autorizado.

Referencias:

Cornblath M and Reisner S (1965) Blood glucose in the neonate and its clinical significance *N Engl J Med*: 378.

Fluge (1975) Neurological findings at follow-up in neonatal hypoglycemia *Acta Paed Scand* 64: 629.

Fox R and Redstone D (1976) Sources of error in glucose determinations in neonatal blood by glucose oxidase methods, including dextrostix *AJCP* 66: 658.

Frantz I, Medina G, and Taeusch HW (1957) Correlation of dextrostix values with true glucose in the range less than 50 mg/dl *J Pediatrics* 87: 417.

[1]Cortesía de Pamela Shaw, MD, Centro Médico de la Universidad de Kansas, Kansas City.

Haworth JC, Dilling LA, and Van Woert M (1972) Blood glucose determination in infants and children: the reflectance meter-enzyme test strip system *Am J Dis Child* 123: 469.

Heck LJ and Erenberg A (1987) Serum glucose levels during the first 48 hours of life in the healthy full-term neonates *J Pediatrics* 110: 119.

Herrera AJ and Hsiang Y (1983) Comparison of various methods of blood sugar screening in newborn infants *J Pediatrics* 102: 769.

Ikonen RS (1978) Effect of fasting on blood glucose of parturient and her full-term infant *Acta Obstet Gyn Scand* 57: 241.

Koivisto M, Blanco-Sequiros M, and Krause N (1972) Neonatal symptomatic and asymptomatic hypoglycemia: a follow-up study of 151 children *Dev Med Child Neurol* 14: 603.

La Franchi MD (1987) Hypoglycemia of infancy and childhood *Pediatr Clinics of No Am* 34(4): 961.

Lubchenco LO and Bard H (1971) Incidence of hypoglycemia in newborn infants classified by birth weight and gestational age *Pediatr* 47: 831.

Perelman RH, et al (1982) Comparative analysis of four methods for rapid glucose determination in neonates *Am J Dis Child* 136: 1051.

Pildes RS, et al (1967) The incidence of neonatal hypoglycemia: a completed survey *J Pediatr* 70: 76.

Pildes RS, et al (1974) A prospective controlled study of neonatal hypoglycemia *Pediatrics* 54:5.

Secior B (1973) Neonatal hypoglycemia *N Engl J Med*: 790.

Srinivasan G, et al (1986) Plasma glucose values in normal neonates: a new look *J Pediatr* 109: 114.

Wilkins BH and Kalra D (1987) Comparison of blood glucose test strips in the detection of neonatal hypoglycemia *Arch Dis Child* 57: 948.

Capítulo 5

Estudios de Casos y Sociodramas

Estudios de Casos y Sociodramas

Introducción 5-1
Desarrollo de Casos para el Aprendizaje Basado en Problemas 5-2
Casos Clínicos 5-4
#1: Abceso/Masa - Postparto 5-4
#2: Abceso/Masa Prenatal 5-5
#3: Cirugía Mamaria Previa - Reducción 5-6
#4: Cirugía Mamaria Previa - Aumento 5-6
#5: Candidiasis Micosis 5-7
#6: Madre Diabética - Prenatal 5-7
#7: Fármacos/Enfermedad Crónica - Asma 5-7
#8: Fármacos/Enfermedades Comunes 5-8
#9: Congestión Mamaria/Plétora 5-8
#10: Congestión Mamaria/Plétora 5-8
#11: Planificación Familiar 5-9
#12: Planificación Familiar 5-9
#13: Planificación Familiar, Lactancia Durante el Embarazo 5-9
#14: Patrones de Crecimiento 5-10
#15: Período de Crecimiento Rápido (véase también el caso #32) 5-10
#16: Bebé Irritable 5-11
#17: Ictericia - Amamantamiento 5-11
#18: Ictericia - Amamantamiento 5-11
#19: Ictericia - Leche Materna 5-12
#20: Lactancia Fracasada (Previa) 5-12
#21: Mastitis 5-13
#22: Mastitis 5-13
#23: Mastitis 5-13
#24: Nutrición Durante la Lactancia 5-14
#25: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento) 5-14
#26: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento) 5-16
#27: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento) 5-17
#28: Consejería Prenatal 5-18
#29: Manejo Rutinario 5-18
#30: Manejo Rutinario 5-18
#31: Manejo Rutinario 5-19
#32: Manejo Rutinario 5-19
#33: Niño Somnoliento 5-20
#34: Niño Somnoliento 5-20
#35: Pezones Adoloridos 5-21
#36: Pezones Adoloridos 5-21
#37: Tuberculosis y Lactancia 5-21
#38: Gemelos 5-22
#39: Gemelos 5-22
#40: Madre que Trabaja 5-22
Sociodramas 5-24
Instructivo para los Sociodramas #1-4 5-24
#1: Trauma del Pezón 5-25
#2: Congestión Mamaria/Plétora 5-26
#3: "Leche Insuficiente" 5-27
#4: Separación de la Madre y el Niño 5-28
Retroalimentación del Sociodrama 5-30
Instrucciones Modelo para los Sociodramas #5-8 5-31
#5: Congestión Mamaria/Plétora 5-32
#6: Pezones Adoloridos y Grietas 5-33
#7: Reflejo Eyectolácteo Inhibido 5-34
#8: Pezones Planos/Mamas Llenas 5-35
Listado de Rendimiento y Destrezas 5-37

Estudios de Casos y Sociodramas

Introducción

Esta sección ofrece ejemplos de situaciones en lactancia que pueden usarse de diversas formas.

Específicamente:

1. Los estudios de casos y sociodramas ligan la información didáctica a las destrezas clínicas y de otro tipo. De esta forma el material de los Módulos A y B o B y C pueden ser cubiertos en un solo caso. Si bien los estudios de caso son útiles para cualquier curriculum, se prestan especialmente para la enseñanza basada en problemas por que ofrecen una forma de integrar la base científica con las aplicaciones clínicas.

2. Los estudios de casos y sociodramas se pueden usar antes, durante o después de una clase o seminario para despertar el interés de los alumnos y destacar los puntos más relevantes.

3. Los estudios de casos también pueden ser usados con fines de evaluación, tanto en forma escrita como en sociodramas. Se pueden usar previo al análisis de pruebas o después de éste. Los estudios de casos y sociodramas son especialmente apropiados para evaluaciones participativas, en las que el alumno puede aprender del proceso de evaluación.

4. Los sociodramas en particular permiten una práctica guiada de las destrezas clínicas antes del trabajo directo con los pacientes. De esta manera, se asegura que todos los estudiantes hayan estado expuestos a una serie de escenarios clínicos estandarizados.

Se han incluido ejemplos de preguntas para discusión y otros aspectos didácticos en los casos siguientes, pero el mismo caso puede ser usado para ilustrar una amplia variedad de temas clínicos; por lo tanto se pueden adaptar libremente. Muchos de estos casos pueden modificarse y usarse en preguntas de pruebas usando un formato de selección múltiple o respuestas breves.

Desarrollo de Casos para el Aprendizaje Basado en Problemas[1]

Stewart P. Mennin, PhD y Robert E. Waterman, PhD
Directores de Curriculum de Atención Primaria

Existe una filosofía muy amplia en relación al uso de escenarios clínicos en la educación médica basada en problemas. Un extremo del expectro requeriría tener una ficha completa del paciente, todo debiera ser real, las posibles preguntas debieran contestarse con los datos reales al desarrollar el caso. Al otro extremo, bastaría solo con una frase para comenzar a desarrollar el caso. Todo el resto se desarrolla según las necesidades.

Este enfoque está en un término medio, más cercano al diseño simple.

Aspectos a Considerar

1. ¿Cómo ayudará este caso a lograr *los objetivos del curso o curriculum*?

   Este caso:

   - ¿Requiere un razonamiento de los conceptos básicos de parte de los estudiantes para resolver con éxito los problemas presentados?
   - ¿Requiere que el director del curso o comité curricular identifique los conceptos básicos clave para decidir cuáles son los más apropiados para este caso?

2. ¿Cuál es el marco *cronológico* en que se debe desarrollar este caso?

   - ¿Veinte minutos, dos horas, medio día, tres días, una semana? ¿Cómo favorecen o alteran el diseño del caso los diferentes límites de tiempo?
   - Permitir a los estudiantes pensar, digerir y ponderar el caso. La experiencia nos ha enseñado que es mejor tener exceso de tiempo que apurar el caso.

3. ¿Qué propósito cumple este caso? *¿Cómo se ajusta* con el resto de lo que ocurre en el curso o en el curriculum? Va a ser útil para:

   - ¿Complementar las clases con los casos clínicos?
   - ¿Iniciar discusiones de grupos pequeños focalizadas en temas clínicos relevantes?
   - ¿Introducir enfoque de resolución de problemas en las clases que ya existen?
   - ¿Fomentar la generación de hipótesis?
   - ¿Promover el uso de recursos bibliográficos?
   - ¿Estimular a los estudiantes a integrar el material a lo largo de la carrera?

   ¿Debe el caso clínico presentarse antes, después, en vez de, o junto con las clases teóricas? ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de cada enfoque?

[1]©1992 Stewart P. Menin and Robert E. Waterman. Reimprimido con permiso.

4. ¿Cuántos *temas o conceptos básicos* debe enfatizar cada caso?
   Limitar los objetivos principales de cada caso. Existe una tendencia natural a que se extiendan e incluyan contenidos y conceptos adicionales.

5. ¿Qué *formato* permitirá una mayor *flexibilidad* en términos de los resultados esperados?

   - Presentación de pacientes, del caso teórico o de pacientes simulados.
   - Dirigido por el docente o centrado en los estudiantes.
   - El formato requiere consideraciones sobre el tamaño del grupo. El tamaño del grupo, sobre cómo se operará y en qué medida los estudiantes serán responsables hacia ellos mismos y hacia los docentes.
   - ¿Qué preguntas plantearía para promover el comportamiento deseado en los estudiantes?

6. ¿Qué *recursos materiales y de demostración* se requerirán?

   - Permitir que los estudiantes interactúen con la información clínica real, no con un resumen de ésta. Realizar actividades siempre que sea posible (visitas a la sala, laboratorio, consultorio, hacer una prueba, etc.).
   - ¿El caso requiere de un paciente real, o simulado?
   - ¿Qué ofrece cada una de estas formas?
     (Comprometer a los estudiantes emocionalmente en el caso; ciencias del comportamiento; entrevistas, historias, examen físico).

7. *Consultas con expertos* ("Pero, si no sé nada de esto; ¿cómo puedo participar en el desarrollo del caso?")

   - ¿Con quiénes necesitará discutir el caso para asegurarse de que sea exacto y relevante?
   - Contar con un miembro del personal docente a quien los alumnos puedan consultar al manejar el caso.

8. ¿El *plantear preguntas* debe ser parte del formato del caso?

   - En caso afirmativo: ¿Qué tipo de preguntas, cuántas y en qué parte del caso?
   - En caso negativo: ¿Cuáles son las preguntas críticas que los estudiantes deben plantearse y que usted debiera plantearles?

9. ¿Cómo *evaluar* el éxito del diseño de cada caso?

   - ¿Cómo logró lo que usted esperaba?
   - ¿Qué hicieron los estudiantes que usted no anticipó?
   - ¿Cómo medir el aprendizaje de los alumnos?
   - ¿Proceso?

Casos Clínicos

Caso #1: Abceso/Masa - Postparto[2]

VC es una mujer soltera de 29 años, G_3 P_2, que ingresa en trabajo de parto a las 41 semanas de gestación. Tiene un parto vaginal espontáneo normal con una niña de 2215 gm (4 lb 14 oz), apgar 7 y 8. Durante el parto se observó meconio claro. El alumbramiento fue normal. No se practicó episiotomía. La paciente recibió analgesia y anestesia peridural durante el trabajo de parto y parto. Ella inició la lactancia inmediatamente después del parto. Al día siguiente al parto se practicó una ligadura tubaria electiva bajo anestesia general. En el postoperatorio recibió un mínimo de analgesia con paracetamol y codeína. En el segundo día postparto la paciente observó un coágulo saliendo del pezón. La niña presentó vómitos y deposiciones con sangre.

Al observar la amamantada, la paciente usaba la posición acunada antes de la cirugía, pero, después prefirió la posición acostada con la niña junta a ella. Mantenía al niño lejos de la incisión, por lo que era difícil que estuvieran abdomen con abdomen al amamantar. Por esto la niña solo tomaba el pezón y no la areola.

La paciente fue vista por el equipo de apoyo a la lactancia el segundo día postparto. Se observó un severo trauma del pezón por el mal acoplamiento de la niña. Al tratar de evitar el dolor de la incisión la madre había adoptado una mala posición para amamantar. Se aumentó la analgesia de la paciente y se le enseño la posición del bebé sentado junto a la madre. Consiguió un buen acoplamiento pero siguió presentando de 2 a 3 cc de sangre antes de producir leche en cada amamantada. El pezón derecho estaba más sensible que el izquierdo. Ella decidió extraer la leche con bomba por 24-48 horas del seno derecho mientras continuaba amamantando del izquierdo. El pezón derecho se curó en 36 horas. Entonces la paciente se extrajo leche del izquierdo, amamantando con el derecho, sin presentar sangramiento. Se extrajo con bomba por 48 horas del lado izquierdo hasta que éste mejoró. Entonces pudo amamantar de manera exitosa. Estuvo bien en su casa. La niña no volvió a presentar sangre en las deposiciones. A las tres semanas postparto presenta un quiste en la mama izquierda, sensible e endurecido. No habían masas axilares ni cambios en la piel. Solo una pequeña zona endurecida sobre el pezón, en la zona central de la mama izquierda. También una pequeña zona endurecida en la mama derecha. La impresión es que tenía un abceso o un ducto dilatado derecho. Se le indicó oxacilina por 7 días y se refirió a cirugía por el posible abceso. Los cirujanos indicaron suspender la lactancia, los ginecólogos mantenerla.

El obstetra hizo un aspirado de la zona con aguja que no mostró bacterias, sino "abundantes leucocitos sugerentes de pus" y la citología no demostró células malignas "macrófagos con cambios propios de inflamación crónica." Se le indicó tratamiento con cloxacilina, mantener la lactancia y volver a control con los cirujanos. Una semana después, a las 7 semanas postparto, la niña mamaba sin problemas. La madre ya quería comenzar a destetar a la niña, pero ésta solo quería succionar, por lo que la madre siguió amamantándola. Notó que las masas de sus senos eran más pequeñas y no le dolían. No se controló la temperatura. Volvió a control una semana después, presentando las mismas zonas endurecidas y edematosas en ambas mamas. La derecha, que se había considerado un ducto obstruido, se había abierto espontáneamente y drenaba pus. La paciente no presentaba dolor y estaba afebril. Se le indicó dicloxacilina 500 mg 4 veces al día por 10 días en su casa. Se le indicó volver en una semana o antes en caso de problemas y se la estimuló a seguir amamantando. Al control seguía mejorando, la herida drenaba escaso material blanco amarillento. La zona endurecida de la mama izquierda estaba igual.

Volvió una semana después, a las 9 semanas postparto. Había decidido seguir amamantando ya que la niña no recibía otra leche. Había completado el tratamiento con dicloxacilina 4 días antes del control. Al examen estaba afebril, la lesión de la mama derecha ya no drenaba pus. La masa bajo la lesión se había reducido a ½ por ½ cm y no dolía. En la mama izquierda, la lesión también se había reducido a ½ por ½ cm y tampoco dolía. Presentaba nódulos axilares pequeños bilaterales. Se planteó una resolución por drenaje espontáneo de un abceso mamario. Amamantaba en forma exitosa. Se citó a control a ginecología.

[2]Cortesía de Susan Mou, MD, Truman Medical Center, Kansas City, Missouri.

Un año después del parto la paciente está bien, sigue amamantando a su hija que ha estado sana y creciendo normalmente durante su primer año de vida.

Puntos Docentes

1. Diagnóstico diferencial de masas mamarias durante la lactancia.
2. Diagnóstico diferencial de sangre por el pezón en los primeros días postparto.(ej. grietas; éstasis ductal)
3. Manejo de esta díada madre/hija.

Caso #2: Abceso/Masa Prenatal[2]

CC es una mujer de 34 años, G_4P_3, que fue a consulta a las 26 semanas de gestación con una masa mamaria sensible sobre el pezón izquierdo. Se evaluó y se diagnosticó una mastitis, indicándosele oxacilina 500 mg cada seis horas. La masa de 5x5 cms no se resolvió luego de 36 horas de tratamiento con antibióticos. Al volver se consultó al cirujano. Los cirujanos hicieron una incisión y drenaron. Se requirió una incisión areolar por la localización del abceso, sabiéndose que no es el lugar óptimo para hacerla ya que aumenta el riesgo de crear un fístula de leche. Se envió a su casa con antibióticos y evolucionó bien. El examen mamario siguió sensible pero sin masa. Se mantuvieron los antibióticos. Volvió a las 32 semanas de gestación relatando una semana de una masa dolorosa bajo la areola, pero sin drenar pus.

Al examen, presentaba un pezón sensible de 3x3 cm. Había una zona endurecida bajo el pezón y se encontraba afebril. Se le indicó ampicilina 500 mg tres veces al día por 7 días, paracetamol para el dolor y hielo local. Si no mejoraba en 4-5 días debía volver a control. Volvió a los 9 días quejándose de dolor intenso bajo el pezón izquierdo. Entonces ya estaba de 33 ½ semanas de gestación y presentaba una masa firme de 3x3 cms bajo el pezón izquierdo. Fue referida nuevamente a cirugía donde le indicaron dicloxacilina 500 mg 4 veces al día y paracetamol con codeína para el dolor.

Volvió a control a las 35 semanas y se encontraba estable; sin embargo, 5 días después consultó nuevamente por dolor en la mama izquierda con una lesión que drenaba abundante pus en forma espontánea. Se encontró además una masa en la axila izquierda. Se le indicó curación dos veces al día y mantener la dicloxacilina 500 mg 4 veces al día por 10 días más. Se sintió mejor al día siguiente y fue vista 6 días después aún con antibióticos y drenando pus. Continuó con antibióticos luego del vaciamiento quirúrgico del abceso. El embarazo evolucionó sin problemas, con curación lenta del abceso mamario.

A las 41 semanas de gestación, se practicó una segunda cesárea transversa.

En el postparto, el equipo de turno y los cirujanos le aconsejaron no amamantar, pero ella quería hacerlo y lo hizo. Dos días después del parto presentó una pequeña fístula de leche periareolar, donde se había practicado el drenaje quirúrgico. El niño se acopló bien al seno. Ambas mamas estaban produciendo leche. La madre fue dada de alta con el bebé al 4to día postparto en condiciones satisfactorias y sin tratamiento con antibiótico.

A las 4 semanas se presentó con la sospecha de mastitis y abceso mamario. La fístula ya no drenaba leche, sin embargo, la zona de la fístula, que estaba sobre la areola había drenado 5 gotas de pus el día anterior. La paciente había llamado a la clínica de lactancia donde le indicaron suspender la lactancia, pero ella no lo hizo.

Al examen en la clínica de obstetricia se observa una pequeña fístula sobre la areola izquierda que no drena pus. Bajo ese pezón se palpa una zona sensible y endurecida de 1x1x1 cm sugerente de un conducto obstruido. No había eritema ni edema ni habían adenopatías axilares. Aunque se pensó que no presentaba una mastitis ni un abceso mamario, dada su historia, se trató con cephalexin 500 mg orales cada 6 horas por 7 días. Se citó a la clínica de lactancia en 7 días pero ella no acudió. El niño presentaba un mal incremento ponderal diagnosticado por su pediatra. Cuando finalmente fue vista en la clínica de lactancia,

[2]Cortesía Susan Mou, MD, Truman Medical Center, Kansas City, Missouri.

se intentó incrementar la producción de leche sin éxito. La paciente suspendió la lactancia y el niño recuperó peso.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Qué le recomendarían a la madre?

Puntos Docentes

1. ¿Cuál es su diagnóstico diferencial? (ej. ducto obstruido/mastitis)
2. ¿Qué se sabe sobre abcesos/ abcesos recurrentes durante el embarazo?
3. ¿En qué se basaba la recomendación de no amamantar?
4. ¿Cuál es el fundamento de la profilaxis con antibiótico en las mastitis recurrentes?
5. ¿Cómo se debe manejar la díada madre/niño: tratamiento de la madre, patrón de crecimiento del niño?

Caso #3: Cirugía Mamaria Previa - Reducción

EF tiene 30 años, G_1P_0; con 20 semanas de gestación de evolución normal. Por lo que ha leído, ha decidido amamantar a su bebé. Está preocupada porque le practicaron una reducción mamaria 4 años atrás. Ella nunca le preguntó al cirujano sobre el efecto de esa cirugía sobre la lactancia. Ella presenta cicatrices periareolares y recuerda hiposensibilidad del pezón por cerca de un año. Ahora siente que la sensibilidad es normal.

Puntos Docentes

1. Consideraciones fisiológicas para la producción de leche.
2. Pronóstico de la producción de leche.
3. Estrategias para optimizar la producción de leche.
4. Importancia del apoyo y de la confianza en la lactancia.
5. Recursos para un seguimiento oportuno de la madre y el niño después del parto.

Caso #4: Cirugía Mamaria Previa - Aumento

LS tiene 32 años, G_1P_0 con 34 semanas de edad gestacional. El embarazo ha sido sin complicaciones. Sin historia médica previa excepto que a los 22 años se practicó una cirugía para aumentar el tamaño de los senos. El cirujano le dijo que podría amamantar. Ahora quiere asegurarse de que pueda hacerlo.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Qué le recomendarían a esta mujer?

Puntos Docentes

1. Necesidad de una historia detallada; de la cirugía misma, de cambios en las mamas durante el embarazo.
2. Secuelas de este tipo de cirugía, si es que las hay.
3. Guía previa para prevenir problemas frecuentes en lactancia: ej congestión mamaria, leche insuficiente.

Caso #5: Candidiasis Micosis

M y su hija C, de 2 meses, consultan hoy en su clínica. Amamantaba sin problemas hasta hace 2 semanas en que M presenta dolor en los pezones. Los pezones estaban muy sensibles, con una sensación quemante en los senos que aumentaba durante la amamantada.

M amamantaba a su hija en la consulta y usted observó que la niña estaba bien acoplada del seno, succionando correctamente. Al examinar los senos de M se observa que los pezones están rosados y que hay descamación en la periferia. El examen de la boca de la niña es normal, pero la zona genital presentaba una dermatitis eritematoso confluente con lesiones satélites. Su peso era adecuado.

Preguntas

- ¿Cuál es su diagnóstico?
- ¿Cómo manejaría este caso y qué indicaría a la madre?

Puntos Docentes

1. Síntomas de la candidiasis.
2. Tratamiento racional en ausencia de lesiones en la boca de la niña.
3. Manejo de la díada: tratamiento para los pezones de la madre, boca del bebé, genitales de la bebé.

Caso #6: Madre Diabética - Prenatal

CD tiene 28 años, $G_2P_0A_2$ con una diabetes tipo1 desde los 7 años. Cursa actualmente un embarazo de 26 semanas con buen control de la glicemia. Ella ha sabido de las ventajas de la lactancia para la madre y el niño por lo que quiere discutir con usted sobre cómo afectaría la lactancia su régimen diabético.

Preguntas

- ¿Qué guía previa le daría sobre el período postparto inmediato.
- ¿Cómo la puede apoyar el personal del hospital para iniciar la lactancia?
- ¿Qué es lo que ella debe esperar sobre las necesidades de insulina mientras amamanta?
- ¿Qué debe saber sobre el horario de sus comidas/bocadillos; descanso/ sueño durante la lactancia?
- ¿Con qué recursos de apoyo cuenta en el hospital y la comunidad?

Caso #7: Fármacos/Enfermedad Crónica - Asma

Una mujer asmática crónica acaba de tener su primera hija; una niña sana de 3400 gm (7 lb 8 oz). Antes del parto ella recibía Teofilina de liberación prolongada, 300 mg 2 veces al día y dos inhaladores: Betametasona 2 veces al día y Alupent (orciprenalina) 3-4 veces al día. ¿Cómo manejarían a esta díada madre/hija?

Puntos Docentes

1. Manejo del asma y la lactancia.
2. Fármacos y lactancia en el recién nacido.

Caso #8: Fármacos/Enfermedades Comunes[3]

La madre de un niño de 11 días acude al control de salud del niño. Al preguntarle a la madre sobre cómo lo alimentaba, dice haberlo amamantado hasta hace 2 días en que el doctor le indicó suspenderlo. Le dolía mucho la garganta, era alérgica a la penicilina y la eritromicina la hacía vomitar. El doctor le indicó que tomara unas "píldoras verdes" 4 veces al día y le dijo que ese remedio "no era bueno para el niño." Ahora se siente mejor, se ha estado sacando leche y quiere seguir amamantando.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Qué recomendación le darían a la madre?

Puntos Docentes

1. Consultar con el médico que atendió a la madre si se hizo un cultivo faríngeo y qué son las píldoras verdes. (Si el frotis faríngeo fue negativo se puede suspender el tratamiento)
2. Discutir la medicación de la madre.
   - ¿Se le daría ese fármaco a un niño?
   - ¿Se excreta a la leche?
   - ¿Es el medicamento absorbido por la leche?
   - ¿Puede el niño excretar el fármaco?

Caso #9: Congestión Mamaria/Plétora[3]

Una madre llama para consultar sobre su bebé de 4 días. Se había acoplado bien al pecho en el hospital y hasta el día anterior en su casa. Ahora el bebé se niega a succionar. Ella siente que le bajó la leche y que las mamas están llenas y dolorosas. Se siente incómoda.

Preguntas

- ¿Cuál es su diagnóstico?
- ¿Cuál es la principal causa de la congestión mamaria?
- ¿Qué tratamiento le indicaría?

Puntos Docentes

1. Tranquilizar a la madre de que la congestión es signo de abundante leche.
2. Mostrarle a la madre como extraerse un poco de leche para ablandar la areola.
3. Revisar la frecuencia de las amamantadas.
4. Revisar si el niño está bien acoplado al seno y si está mamando de forma eficaz.
5. Recomendar la aplicación de compresas frías después de la amamantada.
6. Sugerir paracetamol para el dolor.

Caso #10: Congestión Mamaria/Plétora[3]

Una madre llama para consultar sobre su bebé de 2 meses a quien se oye llorar por el teléfono. Ella dejó por primera vez al bebé con una niñera, quién le dió 90 ml (3 oz) de fórmula. La madre no lo ha amamantado en 6 horas. Sus mamas están duras y muy dolorosas pero el niño se niega a succionar. La madre está llorando y muy alterada.

---

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesita?
- ¿Qué le recomendarían a la madre?

Puntos Docentes

1. Extracción manual de la leche para ablandar la areola y que el niño se pueda acoplar al seno. (Puede necesitar compresas tibias o meterse a la ducha)
2. Asegurarle que no es problema que ella salga.
3. Extraerse leche si siente los senos llenos cuando está afuera.
4. Extracción y conservación de la leche materna para darla al bebé cuando ella sale en vez de usar fórmula.

Caso #11: Planificación Familiar

María tiene 20 años. A las 4 semanas postparto después de su primer hijo, desea algún método de planificación familiar. Le gustaría distanciar su próximo embarazo por al menos dos años. Ella quiere amamantar en forma exclusiva a este bebé por seis meses. No ha tenido buenas experiencias con la planificación familiar: los anticonceptivos hormonales combinados le produjeron hipertensión y se le olvida colocarse el diafragma.

Puntos Docentes

1. Efecto de la lactancia sobre la fertilidad.
2. Opciones de planificación familiar para la madre que amamanta.

Caso #12: Planificación Familiar

Elena es una mujer de 34 años que acaba de tener su tercera hija. Ella piensa que tres son suficientes, pero, su esposo quisiera tener un hijo. Ella dió lactancia exclusiva a sus otras hijas de 3 y 6 años y quiere amamantar en forma exclusiva a esta hija por seis meses. Consulta sobre planificación familiar en su control de puerperio a las seis semanas postparto.

Puntos Docentes

1. ¿Qué información adicional necesitan?
2. ¿Cómo aconsejaría a esta madre?

Caso #13: Planificación Familiar, Lactancia Durante el Embarazo[3]

Una madre les dice que tiene control obstétrico luego del control del niño sano. No le ha vuelto la menstruación desde que nació su bebé hace 5 meses, pero desde la semana pasada siente náuseas igual que con el embarazo anterior. Ella dice: "Yo pensé que no me podía embarazar si estaba amamantando."

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan? (patrón de amamantadas, suplementos)
- ¿Qué aconsejaría a esta madre?

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

Puntos Docentes: Lactancia y Planificación Familiar

1. Revisar los criterios del método de la amenorrea de la lactancia (MELA).
2. Hacer una prueba de embarazo.
3. Sugerir un método de barrera o anticonceptivos sin estrógeno si no está embarazada y si no cumple los criterios del MELA.

Puntos Docentes: Lactancia Durante el Embarazo

1. Puede mantener la lactancia si la dieta es adecuada.
2. Algunos niños se niegan a succionar cuando la madre se embaraza. (¿Cambios en la composición de la leche?)
3. El ideal es no destetar inmediatamente antes del parto (puede ser traumático para el niño mayor). Si quiere destetar es preferible hacerlo antes del tercer trimestre.
4. Puede considerarse la lactancia en tandem (amamantar a ambos).

Caso #14: Patrones de Crecimiento

La madre de un niño de 3 meses en lactancia exclusiva consulta al doctor en la promoción del crecimiento y desarrollo. Ella está preocupada porque el bebé casi ha duplicado el peso de nacimiento. El pediatra de su hijo mayor, que crecía a ese ritmo, le había indicado distanciar las amamantadas. La madre recuerda que no pudo hacerlo y siguió amamantando a libre demanda. De interés es que el niño mayor comenzó a disminuir su ritmo de crecimiento a los 7 meses y le indicaron suplementar la dieta (leche materna más una variedad de alimentos sólidos), con fórmula.

Ella se pregunta qué le dirá el doctor sobre el crecimiento de este niño.

Puntos Docentes

1. Recomendaciones nacionales y de la Organización Mundial de la Salud (y American Academy of Pediatrics) sobre la duración de la lactancia exclusiva y la edad del destete completo.
2. Patrón de crecimiento de los niños amamantados.
3. Introducción de alimentos del destete a un niño amamantado.

Caso #15: Período de Crecimiento Rápido (véase también el caso #32)

La Sra. G y su hija S, de 3 meses acuden hoy a su clínica. Ella ha estado amamantando en forma exclusiva hasta ahora, con amamantadas cada 3 horas durante el día (excepto una siesta de 4 horas) y cada 4 horas en la noche. Los últimos 3 días la niña quiere succionar cada 1½ horas día y noche. La madre consulta preocupada de que se le está cortando la leche.

El peso de nacimiento de S fue de 3 kg (6 lb 9 oz), tanto el peso como la talla en el percentil 25. Ahora pesa 6 kg (13 lb 2 oz). Su peso y talla están en el percentil 75. Las mamas de G están blandas, sus pezones normales. Ella mide 165 cm (66 in). Su peso previo al embarazo era de 60 kg (132 lb); previo al parto de 75 kg (165 lb) y el actual es de 62 kg (136 lb).

Al observar la amamantada se ve que la niña se prende del pecho con entusiasmo y se alimenta con voracidad, deglutiendo en forma audible. Entre las bajadas de leche la niña se inquieta y tironea del pezón. S se ve satisfecha al finalizar la amamantada, pero la madre dice que "no va a durar mucho tiempo."

Preguntas

- ¿Cómo manejarían este caso y qué aconsejarían a la madre?

Puntos Docentes

1. Casos de sensación de leche insuficiente.
2 Períodos de crecimiento rápido.
3. Guía previa sobre el desarrollo normal y la lactancia. ej. distractibilidad, mayor eficacia para vaciar la mama en un niño mayor.

Caso #16: Bebé Irritable

Un niño de 4 semanas mamaba bien hasta el fin de semana en que se puso irritable al succionar. La madre lo escuchaba tragar ruidosamente y a veces, atorarse. También estaba molesto por los gases y los padres encuentran cada vez más difícil hacerlo dormir. La madre leyó que la leche y los productos lacteos que ella consumía podrían ser la causa de los "cólicos" y los eliminó de su dieta hace dos días. Hasta el momento no ha notado ningún cambio en la condición del niño.

Puntos Docentes

1. Causas de irritabilidad en un niño amamantado.
2. Manejo del reflejo excesivo de eyección de leche; manejo de la sobreproducción de leche.
3. Manejo de la dieta en los "cólicos."
4. Consideraciones nutricionales al omitir los productos lácteos.

Caso #17: Ictericia - Amamantamiento

La madre de un niño de 3 días llama a urgencias. Le habían indicado no dar al bebé biberones o sucedáneos. Sin embargo, su niño se está poniendo amarillo y en un libro de cuidados del bebé sugieren dar agua a los niños con ictericia. ¿Qué debe hacer?

Puntos Docentes

1. Evaluar si existe alguna situación de urgencia/gravedad (ej: deshidratación, letargia, fiebre, hipoalimentación) que requiera una consulta inmediata.
2. Diagnóstico diferencial de ictericia en el recién nacido. Referir a la madre a su pediatra.
3. Conocer los recursos de su área y referir a la madre a una clínica de lactancia.
4. Si la situación no es urgente, recomendar lactancia exclusiva hasta que sea vista por los anteriores.

Caso #18: Ictericia - Amamantamiento

Un niño de 3 días nacido por cesárea (dilatación estacionaria) de una primípara de 20 años. Al momento del egreso del hospital el niño se veía ictérico y se tomó una bilirrubinemia. La bilirrubina total es de 17,9 y la directa, de 0,6mg/dl. Los exámenes de laboratorio son normales, entre los que se incluyen: hematocrito, grupo sanguíneo y la prueba antiglobulina directa coombs. Como el niño estaba somnoliento y se alimentaba mal se hizo un estudio para descartar una sepsis. Los resultados son normales. A la madre le bajó la leche, tiene los pechos llenos y gotea leche.

Preguntas

- ¿Cuáles serían los pasos a seguir?

Puntos Docentes

1. Revisar la ficha del niño buscando baja de peso.
2. Revisar la frecuencia y eficacia de las amamantadas.
3. Revisar la frecuencia y características de las deposiciones.

4. Observar una amamantada:
   - Con su ayuda al enseñar la técnica adecuada el niño se acopla bien y succiona eficazmente. Discutir el seguimiento.
   - Aun con su ayuda, no se puede despertar al niño para que mame. Discutir un plan de extracción de leche para darla al niño.

Caso #19: Ictericia - Leche Materna

Un niño de 2 semanas acude a consulta en pediatría para un control de salud. Es el segundo hijo de una mujer casada de 24 años. El niño está alimentándose exclusivamente con leche materna y evolucionando bien según la madre (no le preocupa nada en particular). El niño pesa 4200 gm (9 lb 4 oz) y el examen físico demuestra que es un niño alerta y normal excepto por ictericia de cara, tronco, abdomen y escleras.

Puntos Docentes

1. Ictericia por **leche** materna versus por **amamantamiento**:
   - Edad de inicio- tardía
   - Buen peso con leche materna exclusiva
   - Patrones de alimentación y deposiciones
   - ¿Existe historia de otro hijo con ictericia?
2. Diagnóstico de exclusión de ictericia por **leche** materna:
   - Repasar factores de riesgo, ej. equimosis, diabetes materna.
   - Revisar exámenes de laboratorio (la prueba de coombs, el grupo sanguíneo, Hb/Hct, hemograma, reticulocitos, TSH y galactosemia)
   - Decisión sobre tomar o no **algún** examen de laboratorio (los anteriores y/o bilirubina total/directa).
   - Repercusiones clínicas del resultado de los exámenes (ej. si bilirubina es elevada), se requieren otras muestras o de alguna intervención?
3. Discutir las opciones de tratamiento si la bilirubina es mayor de 20 mg/dl.

Caso #20: Lactancia Fracasada (Previa)

AB tiene 30 años, G_2P_1, comenzando su segundo trimestre de embarazo. Su peso previo al embarazo era de 61 kg (134 lb), altura 165 cm (66 in). Presentó una baja de 4,5 kg (10 lb) en el primer trimestre por hiperemesis. Su historia médica y obstétrica previa son negativas excepto por insuficiente incremento de peso en su embarazo anterior de 8 kg (17 lb 10 oz), seguido de una pérdida de peso rápida después del parto durante el primer mes de lactancia. Ella amamantó a su primer bebé por seis semanas, pero dejó de hacerlo por tener poca leche. Le gustaría amamantar a su próximo hijo.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesita?
- ¿Cómo aconsejaría a la madre?

Puntos Docentes

1. Incremento de peso prenatal y pérdida postnatal esperados.
2. Recomendaciones nutricionales durante el embarazo y la lactancia.
3. Indicadores de que el niño recibe leche suficiente en las primeras semanas.
4. Guía previa para prevenir la producción insuficiente de leche.
5. Importancia del apoyo y la confianza en el éxito de la lactancia.

Caso #21: Mastitis[3]

Consulta la madre de un niño amamantado de 2 meses. Ha aumentado 1800 gm (4 lb) desde el nacimiento. Hace algunas noches ya no despierta y la madre siente congestión de los senos cuando despierta en la mañana. No logra vaciarse completamente una mama y ayer notó un nódulo en esa mama. La madre consulta, a propósito, si puede tomar analgésicos para la gripe.

Preguntas

- ¿Cuál es el diagnóstico más probable de esta mujer?
- ¿Qué información adicional necesita?
- ¿Cuál es la diferencia entre ducto obstruido y mastitis?
- ¿Cuáles son los dos tratamiento principales para la mastitis?
- ¿Si una mujer con mastitis no se vacía las mamas, qué ocurrirá?
- ¿Cómo aconsejarían a esta madre?

Puntos Docentes

1. Diagnóstico diferencial: ducto obstruido, mastitis.
2. Manejo de ambas condiciones.
3. Medicamentos a la madre.

Caso #22: Mastitis[3]

Una madre y su hija Jennifer vienen al control del cuarto mes. La madre quiere destetar a la niña porque ha tenido dos episodios de mastitis. El primero ocurrió hace un mes atrás, tomó antibióticos por 7 días y se sintió mejor. La semana pasada le apareció una zona roja y dolorosa en el seno además de fiebre. Está nuevamente tomando antibióticos, se siente mejor, pero odia tomar medicamentos.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Cómo aconsejarían a esta madre?

Puntos Docentes

1. La mastitis puede necesitar 10-14 días de antibióticos (la madre se trató por 14 días esta vez y no volvió a presentar problemas.
2. Manejo de la mastitis recurrente.

Caso #23: Mastitis

La Sra. A y su hijo S de 6 semanas, acuden hoy a la clínica.

La Sra. A tiene grietas en los pezones desde que comenzó a amamantar. En las últimas 12 horas se siente con gripe (dolor en el cuerpo, cansancio y fiebre de 38^0 C [101 F]). Casi no pudo venir hoy porque ha estado muy ocupada aseando la casa para la visita de su suegra, pero ahora se siente muy mal.

Al examinar las mamas de la Sra. A, se ven grietas en ambos pezones. La mama derecha está dolorosa, caliente y con un área roja en el cuadrante superior externo. No tiene nódulos axilares. El examen del bebé es normal.

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

Preguntas

- ¿Cuál es su diagnóstico?
- ¿Cómo manejaría este caso y aconsejaría a la madre?

Puntos Docentes

1. Manejo de la mastitis: reposo, antibióticos, seguir amamantando, medidas de comodidad, antiinflamatorios.
2. Función de la tensión y del agotamiento.
3. Antibiótico de elección y duración del tratamiento.
4. Seguimiento.

Caso #24: Nutrición Durante la Lactancia[3]

Una madre trae a Roberto de dos meses a promoción del crecimiento y desarrollo. El está subiendo bien de peso con leche materna exclusiva. Al preguntarle a la madre sobre su dieta dice que no toma leche por que le ocasiona molestias abdominales y no come carnes rojas.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Qué recomendación le darían a la madre?

Puntos Docentes

1. Revisar su dieta en fuentes de proteínas, calcio, hierro y cinc.
2. Mencionar otras fuentes de proteínas, calcio, hierro y cinc diferentes de la leche y las carnes rojas.
3. Sugerir que continúe tomando los suplementos prenatales de hierro y cinc mientras amamante.
4. Discutir las recomendaciones actuales de suplementación con calcio durante la lactancia.

Caso #25: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento)[4]

Raquel Gemela A, fecha de nacimiento 20/3/93

Raquel es una gemela de 28 semanas, apropiado para edad gestacional (AEG), pesó 1031 gm (2 lb 4 oz) al nacer. Nació por cesárea debido a pre eclampsia y sufrimiento fetal. Evolucionó bien, con 6 días de ventilación con presión positiva continua (CPAP), O_2 halo y 1 día de O_2 por cánula nasal. Estuvo 3 días en fototerapia y recibió 3 dosis de indometacina por un ductus persistente. Durante la hospitalización tuvo 5 ecografías cerebrales normales, no tiene retinopatía del prematuro y tiene un potenciales auditivos evocados normal.

Estuvo hospitalizada un total de 67 días. En el último mes de hospitalización la madre hizo manejo canguro, piel con piel diariamente en períodos de 1 hora, y le ofrecía el pecho. Durante el tercer episodio de manejo canguro, Raquel comenzó a succionar eficazmente. A las dos semanas de iniciado el canguro, comenzó a hacerlo 2 veces al día. Las sesiones siguieron aumentando y Raquel seguía subiendo de peso. La madre permaneció en el hospital en habitación conjunta con la niña para alimentarla a libre demanda las últimas dos semanas antes del egreso. Se fue del hospital practicando la lactancia exclusiva pesando 2000 gm (4 lb 6 oz).

---

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

[4]Cortesía de Janet Kinney, MD, Robin Wheeler, MS, RD, Leslie Turner, RN, y Pamela Kliethermes, RN, PNP, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Missouri.

Raquel se reingresó al hospital por una pielonefritis en julio de 1993 y se trató con amoxicilina. La evaluación renal en agosto de 1993 mostró reflujo vesicoureteral bilateral. El tratamiento está pendiente dependiendo del resultado de otros exámenes.

La evaluación del estado nutricional en la clínica de lactancia mostró las siguientes tasas de incremento de peso con lactancia exclusiva.

Fecha	Lugar	Peso	Tasa de increm.	Edad
20/3	Peso al nacer	1284 gm (2 lb 13 oz)	-	28 sem EGE
23/5	Peso al egreso	2010 gm (4 lb 6 oz)	12 gm/día (0.43 oz/dia)	37 sem EPC; 9 sem
4/6	Clínica	2475 gm (5 lb 6 oz)	39 gm/día (1.4 oz/dia)	39 sem EPC; 11 sem
28/6	Clínica	3390 gm (7 lb 6 oz)	38 gm/día (1.4 oz/dia)	42 sem EPC; 14 sem
16/7	Clínica	3755 gm (8 lb 3 oz)	20 gm/día (0.71 oz/dia)	45 sem EPC: 17 sem
6/8	Clínica	4355 gm (9 lb 8 oz)	29 gm/día (1.0 oz/dia)	48 sem EPC; 20 sem

EGE = Edad gestacional estimado; EPC = Edad post-concepción

Los datos de laboratorio (20/7) indica evidencias de raquitismo:

Examen	Fecha 20/7	Rango normal
Calcio	11.1	8.8-11.2 mg/dl
Fósforo	3.1	4.5-7.0 mg/dl
Fósforo alcalino	453	90-270 units/liter

Se inicia lactato de calcio (100 mg de calcio elemental/kg/d) y fosfato neutro oral (50 mg de fósforo elemental/kg/día) y 1cc de multivitaminas con hierro.

Preguntas

- ¿Qué efecto tiene el contacto piel con piel (canguro) sobre el éxito y la duración de la lactancia?
- ¿Los prematuros en manejo canguro tienen una transición más rápida de la succión no nutritiva a la nutritiva?
- ¿Los prematuros en manejo canguro, tienen hospitalizaciones más cortas?
- ¿Cuál es la tasa de incremento de peso esperada para un niño de bajo peso al nacer después del egreso del hospital?
- ¿Qué suplementos nutricionales requieren los niños de bajo peso al nacer?

Caso #26: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento)[4]

Rebeca Gemela B, fecha de nacimiento 20/3/93

Rebeca es una gemela de 28 semanas, apropriado para edad gestacional pesó 1074g (2 lb 6 oz) al nacer. Nació por cesárea debido a pre eclampsia y sufrimiento fetal. Evolucionó bien, con 6 días de ventilación con presión positiva continua (CPAP), O_2 halo y 31 días de O_2 por cánula nasal. Estuvo 7 días en fototerapia y presentó apneas del prematuro por varias semanas. Presentó una hemorragia intraventricular grado II que se resolvió, no tiene retinopatía del prematuro y tiene un potenciales auditivos evocados normal. Estuvo hospitalizada un total de 67 días. En el último mes de hospitalización la madre hizo manejo canguro, piel con piel diariamente. Este manejo comenzó en períodos de 1 hora, y le ofrecía el pecho. Rebeca siguió subiendo bien de peso y las sesiones piel con piel, aumentaron. Se fue del hospital en lactancia exclusiva pesando 1900 gm (4 lb 1 oz).

Rebeca se reingresó al hospital por una infección urinaria en junio de 1993 y se trató con amoxicilina. El estudio se está haciendo actualmente.

La evaluación del estado nutricional en la clínica de lactancia mostró las siguientes tasas de incremento de peso con lactancia exclusiva.

Fecha	Lugar	Peso	Tasa de increm.	Edad
20/3	Peso al nacer	1074 gm (2 lb 6 oz)	-	28 sem EG
23/5	Peso al egreso	1954 gm (4 lb 5 oz)	14 gm/día (½ oz/día)	37 sem EC; 9 sem
4/6	Clínica	2345 gm (5 lb 3 oz)	33 gm/día (1 oz/día)	39 sem EC; 11 sem
25/6	Clínica	3250 gm (7 lb 2 oz)	43 gm/día (1½ oz/día)	42 sem EC; 14 sem
16/7	Clínica	-	-	-
6/8	Clínica	4385 gm (9 lb 10 oz)	27 gm/día (1 oz/día)	48 sem EC; 20 sem

Los datos de laboratorio (20/7) indica evidencias de raquitismo:

Constituent	Fecha 20/7	Rango normal
Calcio	10.2	8.8-11.2 mg/dl
Fósforo	5.3	4.5-7.0 mg/dl
Fósforo alcalino	970	90-270 units/liter

Se inicia lactato de calcio (100 mg de calcio elemental/kg/d) y fosfato neutro oral (50 mg de fósforo elemental/kg/día) y 1cc de multivitaminas con hierro.

Preguntas

- ¿Qué efecto tiene el contacto piel con piel (canguro) sobre el éxito y la duración de la lactancia?
- ¿Los prematuros en manejo canguro tienen una transición más rápida de la succión no nutritiva a la nutritiva?
- ¿Los prematuros en manejo canguro, tienen hospitalizaciones más cortas?

[4]Cortesía de Janet Kinney, MD, Robin Wheeler, MS, RD, Leslie Turner, RN, y Pamela Kliethermes, RN, PNP, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Missouri.

- ¿Cuál es la tasa de incremento de peso esperada para un niño de bajo peso al nacer después del egreso del hospital?
- ¿Qué suplementos nutricionales requieren los niños de bajo peso al nacer?

Caso #27: Premadurez (muy bajo peso de nacimiento)[3]

Isabel es hija de Teresa de 29 años, G_3P_{2-3}. Nació por cesárea a las 28 semanas de EG pesando 935gm (2 lb). El embarazo se complicó con una placenta previa, y la madre estuvo hospitalizada 5 semanas antes del parto. Teresa amamantó a sus dos hijos anteriores como por 6 meses y quiere comenzar a amamantar a Isabel lo antes posible. Al día siguiente del parto ella comienza a extraer su leche con una bomba eléctrica doble.

Preguntas

- ¿Qué rutina de extracción de leche recomendarían a Teresa? (frecuencia, duración, otra información)
- Teresa pregunta cuándo va a poder amamantar a Isabel. ¿Qué le contestan?
- ¿Cómo debe Teresa extraerse la leche cuando esté en su casa y por qué? (bomba eléctrica, bomba manual o extracción manual)
- ¿Qué otras cosas son importantes para mantener una buena producción de leche en la casa?

Teresa se extrajo leche cada 4 horas durante el día, con un intervalo de 6 horas en la noche. Producía varias onzas de leche en cada extracción.

Preguntas

- ¿Qué habría pasado con la producción de leche de Teresa si la evolución de Isabel se hubiera complicado? (ej. distensión abdominal con suspensión de la alimentación)

A las 32-33 semanas, con 1300 gm (2 lb 14 oz), Isabel recibió una alimentación de leche materna fortificada en biberón.

Preguntas

- ¿Qué le recomendarían en este momento?

Isabel fue puesta a succionar. Se acopló bien al pecho después de acomodarse y lamer el pezón. Teresa se extraía manualmente unas gotas de leche para interesar a Isabel. Esto se hizo en la unidad de cuidados intensivos neonatales, junto a la cuna del bebé, detrás de un biombo. Isabel estuvo en el pecho casi media hora y succionó por cerca de 10 minutos. Teresa amamantó a la niña todos los días aunque algunas veces no podía de despertarla para que succionara efecazmente.

Preguntas

- ¿Cómo evaluar la ingesta al pecho?

Aproximadamente a los 1600 gm (3 lb 8 oz) ya no se fortificó la leche. Isabel mamaba y subía bien de peso. Mamaba directamente 2-3 veces al día. Fue dada de alta a las 10 semanas de edad, pesando 1920 gm (4 lb 3 oz) en lactancia exclusiva.

Preguntas

- ¿Cuáles son algunas de las indicaciones en relación a la lactancia al egreso del hospital?
- ¿Cuándo se debe citar a control?

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

196

Durante la primera semana en la casa, Isabel mamó 4 veces al día y las demás veces recibía leche extraída. Teresa se extraía un lado mientras la niña mamaba del otro. A los 3 meses de edad Isabel mama "cuando quiere," lo que es al menos 6 veces y recibe dos botellas de leche extraída en la tarde. Pesa 2700 gm (6 lb) y recibe suplementos de vitaminas y hierro.

Caso #28: Consejería Prenatal

Atiende a una embarazada de 17 años en la clínica prenatal. Ella ha participado de sesiones educativas y escuchó sobre las ventajas de la lactancia. Ella quiere hacer lo mejor para su hijo pero tiene miedo de no poder comer una dieta adecuada todos los días. A ella le gustan las hamburguesas, las patatas fritas y la coca cola y espera poder seguir comiendo eso cuando salga con sus amigos.

Puntos Docentes

1. Recomendaciones generales de alimentación para la madre que amamanta.
2. Flexibilidad al escoger los alimentos.
3. Consejos sobre la adolescente que amamanta (conceptos erróneos, barreras).

Caso #29: Manejo Rutinario[3]

La enfermera que hace visitas domicilarias lo llama. Ella está haciendo la visita del puerperio a un bebé de 10 días. La madre lo está amamantando y está preocupada de que el niño tiene solo dos deposiciones al día desde el agreso del hospital. El niño mama bien y se ve bien.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesita?

El niño pesó 3400 gm (7 lb 8 oz) al nacer. Se alimenta bien cada 3-4 horas en el día y duerme 6 horas en la noche. Moja 5 pañales al día. La madre recuerda que en el hospital el bebé presentaba varias deposiciones al día. La enfermera no tiene cómo pesar al niño.

Preguntas

- ¿Cuál sería su diagnóstico diferencial en este momento?
- ¿Qué haría?

La madre trae el niño a su consulta y pesa 3200 gm (7 lb). El examen físico es normal incluyendo un abdomen blando, genitales y ano normales.

Preguntas

- ¿Cuáles la causa más probable de deposiciones escasas en este niño?
- ¿Qué haría para descartar otros diagnósticos menos comunes y como manejaría el problema?

Caso #30: Manejo Rutinario[3]

Usted atiende a una recién nacida de 39 semanas de EG en su control de las dos semanas. El peso de nacimiento fue de 3200 gm (7 lb) y el peso actual es de 3500 gm (7 lb 11 oz). La madre la amamanta cada

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

2½ horas, descansando un período de 5 horas en la noche. Ella está agotada y se está deprimiendo. Le parece que "todo lo que hace es amamantar." Se preocupa de que la niña no recibe suficiente leche o que su leche es mala porque la bebé tiene hambre cada 2½ horas. La mamá piensa que la niña puede estar resfriada por que devuelve leche después de las amamantadas, especialmente en las mañanas y tiene 6-8 deposiciones "como diarrea" al día. Uno de los familiares que fue a conocer a la niña trajo a su hija de 3 años con una gastroenteritis. El examen físico es normal.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesita?
- ¿Qué discutiría con la madre?

Puntos Docentes

1. Excelente incremento de peso, intervalos entre amamantadas normales.
2. Discutir el agotamiento y los intervalos esperados entre amamantadas.
3. Discutir el que devuelva leche.
4. Discutir las características de las deposiciones al amamantar.
5. Dar apoyo.

Caso #31: Manejo Rutinario[3]

Traen a un recién nacido al control de las dos semanas. Nació a las 37 semanas de EG, madre primípara, con embarazo y parto normales. El peso de nacimiento fue de 2700 gm (5 lb 15 oz), el peso al egreso del hospital a los 3 días era de 2600 gm (5 lb 11 oz). La madre amamanta cada 4 horas en el día y está feliz de que el niño duerme 8 horas en la noche. Ella siente que la lactancia va bien y que el niño recibe suficiente porque duerme tranquilo. Su marido la apoya en la lactancia. En el examen se ve un niño alerta que mira a su alrededor. Pesa 2600 gm (5 lb 11 oz). El resto del examen es normal.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesita?
- ¿Qué aconsejaría a la madre?

Puntos Docentes

1. Niño hipoalimentado contento.
2. Parámetros habituales de frecuencia de amamantadas (aumentar la frecuencia a cada 2-2½ horas).
3. Señales de ingesta adecuada (sugerir anotar amamantadas y pañales mojados y sucios).
4. Citación a los dos para seguimiento.

Caso #32: Manejo Rutinario[3]

Una madre trae a David, su hijo de 4 meses en lactancia exclusiva. La abuela insiste en comenzar a darle alimentos sólidos, especialmente hace un par de semanas en que el niño parecía quedar con hambre y quería succionar cada 2 horas por algunos días. Ahora se ha ordenado y crece en su curva del percentil 25. La madre tiene otras consultas. David aún mama una vez en la noche. Ella ha tratado de dejarlo llorar cuando despierta a la 1:00 a.m., pero no se duerme y realmente parece tener hambre. Cuando ella lo amamanta de los dos lados, se duerme bien hasta las 7:00 a.m. También la abuela dice que le coloque supositorios para la constipación ya que el niño obra cada tres días con dificultad.

[3]Courtesíá de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Cómo aconsejarían a esta madre?

Puntos Docentes

1. Período de crecimiento rápido.
2. Crecimiento adecuado del niño.
3. Confirmar la amamantada nocturna.
4. Deposiciones infrecuentes. Puede ocurrir en niños 2-4 meses. Las deposiciones son blandas.
5. Revisar las recomendaciones del inicio de los sólidos.
6. Guía previa para la salida de los dientes.

Caso #33: Niño Somnoliento[4]

Aaron es un recién nacido de término quien a las 2 semanas consulta a su pediatra por que disminuyó su actividad y se alimenta mal. En la primera semana de vida Aaron se alimentaba en forma vigorosa, pero en la segunda los padres notan que se fue poniendo letárgico. Los padres tienen una historia de una hija, mortinata, con genitales ambiguos, que en la autopsia se diagnostica hiperplasia suprarenal congénita. Otro niño nació 6 semanas prematuro y murió de síndrome de distrés respiratorio. Tienen otros dos niños sanos de 7 y 3 años.

En el servicio de urgencias, Aaron recibió rehidratación de emergencia y fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos donde siguió recibiendo hidratación, hidrocortisona intramuscular y Florinef oral. Al día siguiente se trasladó a pediatría y siguió mejorando. Los especialistas en lactancia trabajaron con la mamá para mejorar la técnica de amamantamiento y enseñarle cómo aumentar la producción de leche.

Después de un completo estudio endocrinológico se diagnosticó un hiperplasia suprarenal con pérdida de sal.

Se dio de alta a Aaron después de 4 días de hospitalización en lactancia exclusiva. Se está tratando con solución de cortef (suspensión de hidrocortisona), Florinef y cloruro de sodio. Está en control en endocrinología cada 3 meses.

Preguntas

- ¿Cuán importante es la historia familiar en el éxito y la duración de la lactancia?
- ¿Cuándo después del parto se debe controlar un recién nacido de término sano para evaluar la lactancia?

Caso #34: Niño Somnoliento

Susana está en la sala de postparto. Se le va a dar de alta a las 24 horas del parto, pero su niño está somnoliento y no ha logrado tomar el pecho y succionar (18 hrs de edad). La unidad tiene poco personal y las enfermeras no tienen tiempo para ayudarla.

Preguntas

- ¿Qué cuidados o atención le puede ofrecer?
- ¿Qué otro personal de salud la puede ayudar?
- ¿Con qué recursos comunitarios puede contar la madre?

---

[4]Cortesía de Janet Kinney, MD, Robin Wheeler, MS, RD, Leslie Turner, RN, and Pamela Kliethermes, RN, PNP, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Missouri.

Puntos Docentes

1. Evaluación del niño.
2. Técnicas de amamantamiento, posiciones, cómo despertar a un niño somnoliento.
3. Recursos del hospital, normas de seguimiento.
4. Recursos comunitarios.

Caso #35: Pezones Adoloridos[3]

Lo llama la madre de un niño de una semana de nacido. Sus pezones le duelen cada vez más al dar de succionar. El pezón derecho se ve reseco y con una grieta en la punta.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesitan?
- ¿Qué debe hacer esta madre?

Puntos Docentes

1. Causas más comunes de dolor en los pezones.
2. Evaluación de la amamantada.
3. Técnicas del amamantamiento.

Caso #36: Pezones Adoloridos

Selma es una madre soltera de 18 años que tuvo un parto vaginal hace 4 días. Tiene grietas sangrantes en los pezones. Había planeado dar lactancia exclusiva por dos meses antes de volver a estudiar. Vive con sus padres. Usted la atiende en un consultorio muy concurrido al que trae al niño a su primer control.

Preguntas

- ¿Qué atención le ofrece?
- ¿Qué otros profesionales pueden ayudarla?
- ¿Qué recursos comunitarios tiene la madre y su familia?

Puntos Docentes

1. Causas comunes y manejo de las grietas del pezón.
2. Información necesaria para la evaluación (historia, estado nutricional, y examen mamario; antropometría y examen del niño; observación de la amamantada).
3. Demostración de la extracción manual de leche o del uso de una bomba.
4. Recomendaciones sobre cómo mantener la lactancia exclusiva al volver a estudiar (extracción y conservación de leche, frecuencia de amamantadas).

Caso #37: Tuberculosis y Lactancia

Una mujer de 25 años, G_2P_2 tuvo un parto vaginal ayer. No hizo control prenatal. La rayos equis del torax sospechan que tiene tuberculosis. Las baciloscopías están pendientes. El niño se ve sano.

Puntos Docentes

1. Lactancia y tuberculosis activa.
2. Manejo de la tuberculosis.
3. Manejo de la lactancia.

[3]Cortesía of Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

200

Caso #38: Gemelos

La Sra. T acude a su clínica con sus gemelos A y B de una semana. Los niños nacieron a las 37 semanas pesando 2700 gm (5 lb 15 oz) y 2500 gm (5 lb 11 oz) respectivamente. Hoy vienen a su control de salud.

A se alimenta muy bien, despierta cada 2-3 horas día y noche. Pesa 2600 gm (5 lb 12 oz) y su examen es normal.

B despierta cada 4 horas para succionar y se queda dormido al alimentarse. T no está segura, pero cree que él ha mojado 4 pañales y presentado dos deposiciones las últimas 24 horas. La abuela sugiere que B necesita suplementos de fórmula por que no se alimenta tan bien como su hermano. T trajo un biberón.

B pesa 2260 gm (5 lb) y tiene un examen físico normal.

T está feliz con sus gemelos, pero muy cansada. En su casa la ayudan su esposo y su madre.

Sus mamas están llenas y los pezones sanos.

Al observar la amamantada se ve que A se acopla bien y succiona vigorosamente; B se acopla bien por poco tiempo antes de quedarse dormido.

Preguntas

- ¿Cómo manejaría este caso y qué aconsejaría a la madre?

Puntos Docentes

1. Manejo de gemelos.
2. Cuidados de rutina.
3. Recursos.

Caso #39: Gemelos

Teresa tiene gemelos de 5 días que nacieron por cesárea pesando 2360 gm (5 lb 3 oz) y 1863 gm (4 lb 2 oz). Ahora que están en la casa, la madre tiene problemas para amamantarlos. Ayer le bajó la leche.

Preguntas

- ¿Qué atención le ofrece?
- ¿Qué otros profesionales pueden ayudarla?
- ¿Qué recursos comunitarios tiene la madre y su familia?

Puntos Docentes

1. Gemelos y lactancia.
2. Manejo de la congestión (plétora) mamaria.
3. Grupos de madres con gemelos.

Caso #40: Madre que Trabaja[3]

Una joven ejecutiva ha estado en licencia de maternidad de su corporación por 2 meses y ha disfrutado de amamantar a su hijo. Siente que no puede seguir lejos de su trabajo por riesgo de perder prestigio y oportunidades por lo que planea volver la próxima semana. Ella quiere saber si debe comenzar a saltarse amamantadas esta semana para que se le corte la leche. Además le consulta qué hacer para que el niño le acepte el biberón ya que se lo rechaza. Se siente triste de destetar pero ha trabajado en su carrera por 10 años.

[3]Cortesía de Laura Benson Szekely, MS, RD, University Hospitals of Cleveland.

Preguntas

- ¿Qué información adicional necesita?
- ¿Cómo a consejaría a esta madre?

Puntos Docentes

1. Continuar con lactancia exclusiva vs. mixta.
2. Opciones de trabajo (retrasar la vuelta al trabajo, tomar vacaciones, tiempo flexible, hacer parte del trabajo en la casa).
3. Extracción de leche, llevar el niño al trabajo, sala cuna junto al trabajo, ir a amamantarlo.
4. Aprender la técnica de extracción de leche con anticipación; practicarla diariamente y comenzar a juntar una reserva de leche congelada.
5. Extracción, conservación y manera de dar la leche extraída.

Sociodramas

Instructivo para los Sociodramas #1-4

Por favor no discuta los casos con otros participantes antes o después de la sesión.

Todos los estudiantes deben tomar parte en los casos; algunos representando a los pacientes, otros al personal de salud. Ambas funciones son instructivas cuando se piensa en la presentación, la evaluación y el manejo de los problemas de lactancia. Esta actividad debe tomarse en serio, pero debe ser una experiencia amena de aprendizaje.

Estudiantes que representan a los pacientes:

Ustedes recibirán un breve resumen del caso *antes de la sesión*. Deben estudiarlo con cuidado para poder representar al personaje, dar la información adecuada al profesional y recibir las instrucciones como las recibiría el paciente. Puede tener el caso a mano por si acaso lo necesita.

Los resúmenes de casos tienen información mínima: *Usted debe estar preparado para inventar respuestas en el contexto de su personaje.*

El profesional de la salud no le efectuará un examen real a usted o al bebé; lo hará simulado y el instructor le dará la información.

[Se le proveerá con muñecos-bebés, si necesita otros elementos por favor tráigalos.]

Estudiantes que representan a los profesionales de la salud:

Usted se presentará ante el paciente y conducirá una historia pertinente, completa demostrando destrezas de buena comunicación y consejería.

Usted no va a examinar a los pacientes. Simúlelo y pregunte al instructor la información que requiere.

Después de completar la historia y el examen debe formular un diagnóstico/plan y aconsejar a la paciente demostrando buenas destrezas de comunicación.

El instructor le dará las indicaciones necesarias.

[Se entregarán los equipos médicos necesarios, si necesita algo más tráigalo.]

Sociodrama #1: Trauma del Pezón

Paciente

- Selma, 18 años.
- Su primera hija nació por cesárea debido a desproporción céfalo-pélvica bajo anestesia general.
- Ahora, a los 5 días de la cesárea ya puede levantarse y caminar.
- Amamantó a la niña 8 horas después de nacida.
- Le bajó la leche al tercer día postparto; sintió las mamas llenas y goteaba.
- Está amamantando a libre demanda.
- Sus pezones están agrietados y sangrando. Le dolieron desde el principio. Una de las enfermeras le dijo que no amamantara más de 10 minutos por el dolor.
- La niña mojó 5 pañales con orina y 6 deposiciones pequeñas, amarillas en 24 horas.
- Historia médica:
  - Ha recibido tratamiento contra tuberculosis en el pasado. Una radiografía reciente del tórax no muestra lesiones activas.
  - No tomó ningún medicamento durante el embarazo.
- Historia social:
  - Es una madre soltera, vive con sus padres. Siempre tuvo una buena relación con ellos, pero desde el embarazo hay tensiones.
  - No hay participación del padre de la niña.
- Historia alimentaria: Su apetito no está bueno desde la cesárea. Prepare una historia de lo que comió en las últimas 24 horas que incluya los 4 grupos de alimentos.

Información que se Entrega al Clínico:

Selma: Talla 150 cm (60 in) Peso 57 kg (125 lb), antes del embarazo 50 kg (110 lb), término 63 kg (138 lb)
Hgb/Hct normal Temperatura 37°C (98.8°F) oral
Presión arterial 106/68
Examen: pezones agrietados, sangrando; la herida de la cesárea sana bien.

Niña: Peso al nacer 3000 gm (6 lb 9 oz)
Peso actual 2800 gm (6 lb 1 oz) percentil 10, 6% bajo el peso al nacer.
Talla 50 cm (20 in), percentil 50
Temperatura 37°C (98.4°F) rectal
Signos vitales y examen normales
Examen motor oral normal

Puntos Docentes

1. Trauma del pezón secundario debido a mal acoplamiento
2. Posición/acoplamiento
3. Estado de hidratación del bebé
4. Manejo del trauma del pezón
5. Apoyo a la joven madre - amamantar no debe doler
6. Evaluación del riesgo nutricional — ninguno

Folletos

Trauma del Pezón
¿Recibe el Niño Suficiente Leche?
Extracción Manual de Leche
Guía Diaria de Alimentación
Registro de Alimentación al Pecho
Conservación de la Leche

Otros Materiales

Tarjeta de Riesgo Nutricional
Fichas Vacías de Historia y Examen Físico

Equipos

Modelo de Mama
Muñeco
Cojín

Evaluación de la Actuación de los Estudiantes

Usar la hoja de retroalimentación al final de esta sección y la hoja de destrezas de consejería en la página 4-43.

Sociodrama #2: Congestión Mamaria/Plétora

Paciente

- María, 22 años, primípara.
- Niño pretérmino, 35 semanas, 2400 gm (5 lb 4 oz).
- 3 días postparto, el niño se alimenta con fórmula por sonda, a usted le dijeron que es muy pequeño para succionar.
- El niño está ictérico bajo fototerapia (ictericia fisiológica, bilirrubina total 17,5), sin otros problemas médicos.
- Usted desea amamantar pero no le han enseñado a sacarse la leche.
- Al tercer día sus mamas están llenas y le duelen. Su temperatura es de 37,5°C (99,5°F).
- Le van a dar de alta hoy, porque el hospital está lleno, pero hay un dormitorio cerca de la unidad de cuidados intensivos neonatales para las madres que dan leche a sus niños.
- Historia médica: La encontraron anémica al momento del parto; Hb 10/Hcto 30; volumen celular promedio (VCM) 105; reticulocitos 0,8.
- Historia social:
  - Usted está impactada por el parto prematuro y la separación.
  - Usted se quedaría en el dormitorio si pudiera extraerse la leche.
  - Su esposo y su madre están en la casa, a una hora de viaje del hospital; su esposo tiene que quedarse a atender el campo.
- Historia alimentaria: Tiene buen apetito; prepárese a dar una historia de lo que comió en las última 24 horas, dieta baja en folato.

Información que se Entrega al Clínico:

Maria: Talla 160 cm (64 in) — Peso 63 kg (138 lb), pre-embarazo 58 kg (127 lb), término 68 kg (149 lb).
Temperatura 37,5°C (99,5°F) oral — Presión arterial 96/65
Examen: Mamas duras, brillantes, adoloridos; pezón y areola firmes. Aspecto general: pálida, cansada.

Niño: Peso al nacer 2400 gm (5 lb 4 oz), percentil 75
Talla al Nacer 46 cm (18 in), percentil 75
Circunferencia de la cabeza al nacer 32 cm (13 in), percentil 50
Peso actual 2340 gm (5 lb 2 oz)
Temperatura 37°C (98,8°F)
Examen: niño pretérmino ictérico; hígado y bazo normales.

Puntos Docentes

1. Habilidad del pretérmino para succionar.
2. Prevención y manejo de la congestión mamaria.
3. Extracción de la leche.
4. Conservación de la leche.
5. Manejo de la anemia.
6. Referir a nutricionista.

Folletos	Otros Materiales	Equipos
Extracción Manual de la Leche	Tarjeta de Riesgo Nutricional	Modelo de Mama
Congestión Mamaria	Fichas Vacías de Historia y Examen Físico	Muñeco
Guía Diaria de Alimentación		Cojín
Registro de Alimentación al Pecho		
Conservación de la Leche		

Evaluación de la Actuación de los Estudiantes

Usar la hoja de retroalimentación al final de esta sección y la hoja de destrezas de consejería en la página 4-43.

Sociodrama #3: "Leche Insuficiente"

Paciente

- Marta, 20 años
- Primer niño, parto vaginal hace una semana
- El hospital estaba lleno, se le dio de alta al segundo día, recibió muy pocas instrucciones sobre el cuidado del recién nacido.
- Usted siente que al niño no le gusta succionar y su suegra comenzó a darle biberones de té con miel desde ayer. Le ha dado dos veces, 30 ml cada vez.
- Usted vuelve al hospital hoy por que el niño está "constipado."
- Al interrogarla, el niño duerme casi todo el tiempo, despertándose para mamar cada 4-6 horas (4-6 amamantadas en 24 horas)
- Ha mojado dos pañales en 24 horas. Ayer tuvo una deposición oscura, hoy ninguna.
- Historia médica: Usted presentó una infección urinaria un mes antes del parto que se trató 10 días con antibióticos. Por otra parte, saludable.
- Historia Social:
  - Vive con su esposo y su familia.
  - La suegra, presente en la visita, tiene la autoridad completa sobre los asuntos del hogar, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- Historia alimentaria: Tiene buen apetito; prepárese a dar una historia de lo que comió en las última 24 horas, dieta completa en los principales grupos de alimentos.

Información que se entrega al clínico:

Marta: Talla 145 cm (58 in) Peso 50 kg (110 lb), pre-embarazo 43 kg (94 lb), término 56 kg (123 lb)
Examen: Signos vitales normales, examen normal, mamas blandas

Niño: Peso al nacer 3600 gm (7 lb 14 oz), percentil 50
Talla al nacer 50 cm (20 in), percentil 50

Circunferencia de la cabeza al nacer 35 cm (14 in), percentil 50
Peso actual 3170 gm (6 lb 15 oz), 12% bajo peso al nacer
Temperatura 37,5°C (99,5°F) rectal; pulso 120; respiraciónes 34 regular; presión arterial 75 sistólica normal.
Examen: niño está alerta al despertarlo, pero se duerme rápidamente. Evidencia de deshidratación: fontanela hundida, lengua seca, disminución del turgencia de la piel. Succión débil.

Puntos Docentes

1. Deshidratación y excesiva pérdida de peso secundaria a la ingesta insuficiente de leche.
2. Frecuencia/duración de las amamantadas.
3. Posición/acoplamiento
4. Oferta/demanda (y efecto de suplementos, té)
5. Signos de ingesta adecuada.
6. Patrón normal de deposiciones, consistencia.
7. Información general del niño sano.
8. Manejo de la suegra.
9. Riesgo nutricional-ninguno.

Folletos	Otros Materiales	Equipos
Cómo Aumentar la Producción de la Leche	Tarjeta de Riesgo Nutricional	Modelo de Mama
Extracción Manual de la Leche	Fichas Vacías de Historia y Examen Físico	Muñeco
Indicadores de Ingesta Adecuada		Cojín
Guía Diaria de Alimentación		Tubo y Jeringa (para hacer suplementador)
Registro de Alimentación al Pecho		
Conservación de la Leche		

Evaluación de la Actuación de los Estudiantes

Usar la hoja de retroalimentación al final de esta sección y la hoja de destrezas de consejería en la página 4-43.

Sociodrama #4: Separación de la Madre y el Niño

Paciente

- Natasha 25 años, G_3P_3, 1 mes postparto.
- Embarazo y parto normales.
- Usted y su hija vienen al control del mes. Ambas están sanas.
- Ha estado amamantando en forma exclusiva, pero debe volver a trabajar ya que la familia depende de su ingreso.
- Hace trabajo doméstico, limpiando y cocinando para una familia, pero no percibe ingresos si no trabaja.
- Su madre le va a cuidar la niña mientras trabaja. Incluyendo el viaje estará fuera de la casa de 6 am a 6 pm, de lunes a sábado. Usted planea que la abuela le dé biberones de leche de vaca durante su ausencia y amamantarla cuando vuelva.
- También quiere usar pastillas anticonceptivas.

247

- Sus otros dos niños son una niña de 3 años y un niño de 18 meses, los dos están en tratamiento para el asma.
- Historia médica: usted ha tenido eczema, pero ahora está bien.
- Historia social: su esposo trabaja en un vivero de venta de plantas, pero el sueldo no le alcanza para mantener a su esposa, 3 hijos y su madre que vive con ustedes.
- Historia alimentaria: Tiene buen apetito; prepárese a dar una historia de lo que comió en las últimas 24 horas, dieta completa en los principales grupos de alimentos.

Información que se Entrega al Clínico:

Natasha: Talla 160 cm (64 in) Peso 75 kg (165 lb), pre-embarazo 70 kg (154 lb), término 83 kg (182 lb)
Examen: totalmente normal

Niño: Peso actual 5000 gm (11 lb), percentil 90
Talla 58 cm (23 in), percentil 95
Circunferencia de la Cabeza al Nacer 39 cm (15 in), percentil 90
Examen: totalmente normal

Puntos Docentes

1. Separación por trabajo.
2. Historia familiar de alergia.
3. Beneficios de la lactancia exclusiva en disminuir la alergia.
4. Temas de la separación- alternativas: Llevar el niño al trabajo, guardería cerca del trabajo.
5. Extracción y conservación de la leche.
6. Lactancia y anticoncepción.
7. Riesgo nutricional; ninguno.

Folletos	Otros Materiales	Equipos
Extracción Manual de la Leche	Tarjeta de Riesgo Nutricional	Modelo de Mama
Guía Diaria de Alimentación	Fichas Vacías de Historia y Examen Físico	Muñeco
Conservación de la Leche		Cojín

Evaluación de la Actuación de los Estudiantes

Usar la hoja de retroalimentación al final de esta sección y la hoja de destrezas de consejería en la página 4-43.

Retroalimentación del Sociodrama
(para los Sociodramas 1-4)

Grupo____

INDICACIONES: Marque con un círculo el número adecuado según la siguiente clave.

3 = El grupo DEFINITIVAMENTE cumplió con los requisitos
2 = El grupo PARCIALMENTE cumplió con los requisitos
1 = El grupo NO cumplió con los requisitos

A. Presentó el caso claramente para ilustrar los principales puntos docentes del problema.	3	2	1
B. Formuló un plan adecuado de manejo.	3	2	1
C. Ofreció educación adecuada al paciente.	3	2	1
D. Usó destrezas de consejería (A,B,C,D)	3	2	1

COMENTARIOS:

Buen Punto:

Necesita mejorar:

Buenos Punto(s):

Instrucciones Modelo para los Sociodramas #5-8

Usando la Evaluación Postparto de 12 puntos[5] (véase las páginas 5-37, 5-38)
(Incluye Evaluación de la lactancia de la díade madre/hijo)

Los Sociodramas #5-8 fueron elaborados por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Kansas. Estos proveen ejemplos de cómo las técnicas de lactancia se pueden incorporar como una parte integral de la atención rutinaria materno-infantil. Al incorporarse la evaluación de la lactancia dentro del listado de destrezas (pág. 5-38, 5-36), el tema de la lactancia tiene mayor probabilidad de ser considerado durante la evaluación postparto; los estudiantes, además, percibirán la evaluación de la lactancia como una parte integral de la atención materno-infantil y no como un campo de especialización solo para los que tienen un entrenamiento especializado. Aunque estos sociodramas y listados se planearon para las escuelas de enfermería, podrían fácilmente modificarse para los programas educativos en medicina y nutrición.

Tiempo Requerido

30 minutos

El tiempo requerido para desarrollar esta actividad puede ser menos de 30 minutos. El tiempo sugerido permite al estudiante planificar la actividad.

Equipo

Materiales para evaluar los signos vitales.

Prerrequisitos de Aprendizaje — Estudiante

1. Revisar el material sobre postparto y lactancia en el libro de texto.
2. Ver videos (opcional). Se podrían usar otros videos o materiales de enseñanza acerca de la evaluación postparto y del manejo básico de la lactancia, si los abajo mencionados no estén disponibles. Preferiblemente, los videos deberían enseñar la manera de ayudar a las madres con la lactancia así como la prevención y el tratamiento de la congestión mamaria *y* pezones adoloridos.
   a. Postpartum Nursing Assessment: the 12-point check (Diane Hill, Health Sciences Consortium, 201 Silver Cedar Court, Chapel Hill, NC 27514, (919) 942-8731, 1987. R871-VI-02).

   o

   b. Nursing Assessment of the Postpartum Patient (Nursing Care of the New Family, Concept Media, P.O. Box 19542, Irvine, CA, (800) 233-7078, 1993).

   y

   c. Ineffective Breastfeeding (Nursing Care of the New Family, Concept Media, P.O. Box 19542, Irvine, CA, (800) 233-7078, 1993).
3. Escoger un compañero para la actividad.
4. Inscribirse para presentar la actividad.
5. Cada estudiante escogerá un escenario al azar y lo dramatizará. Uno representará a la madre; el bebé es un muñeco y otro alumno evaluará a la paciente.
6. Un profesor observará la evaluación y juzgará la competencia de los alumnos.

Prerrequisitos de Aprendizaje — Docente

1. Evaluar al estudiante en los elementos críticos de evaluación e intervención.
2. Hacer al estudiante al menos una pregunta sobre la base científica de la evaluación o la intervención planeada.

[5]Cortesía de Barbara Latinis-Bridges and Diane W. Hill, University of Kansas School of Nursing.

210

Sociodrama #5: Congestión Mamaria/Plétora[5]

Paciente

Este es su segundo hijo. Lo atiende con confianza. Es el segundo día postparto.

Sueño - Durmió bien. Toma siestas mientras el niño duerme.

Mamas/pezones/lactancia - Siente las mamas llenas. Los pezones no tienen grietas pero le duelen cuando el niño mama. Usted le dice a la enfermera: "Mis pechos están muy llenos, calientes y duros. Me duelen al moverme. Traté de amamantar a mi primer hijo, pero no seguí porque me dolían los pezones y tenía poca leche."

Usted amamanta al niño cada 4-5 horas. Demuestra una buena posición y acoplamiento del niño al pecho en posición acunada, sosteniendo el seno con la mano en la forma de una "C"

Diuresis - En respuesta a la pregunta de la enfermera usted contesta: "Voy al baño muy de seguido. ¿Es eso normal?" Si la enfermera pregunta; no tiene ardor o dificultad en la micción.

Deposiciones - Ha eliminado gases, pero no ha obrado aún.

Signo de Homan - Sin dolor.

Nutrición - Al preguntársele describe una ingesta baja en calorías y proteínas.

Perineo - Al preguntarle dice estar "Terriblemente adolorida" y casi no se puede sentar. Sus hemorroides la están matando.

Acoplamiento - Le puso (escoger un nombre) al niño. Tome al "bebé" y acarícielo, jugando con sus dedos.

Emocional - Demuestre sentimientos de que se siente feliz y sonría mucho.

Información para la Enfermera

G_2P_2
Amamantando
Parto Vaginal
Episiotomía Media
2ndo Día Postparto

Guía del Docente

Problema 1: Congestión Mamaria

Plan

- Amamantar frecuentemente (cada 1½-3 horas) día y noche.
- Duchas tibias o compresas tibias en las mamas para facilitar su vaciamiento.
- Masajear y extraer manualmente un poco de leche para ablandar las mamas y que el niño pueda acoplarse.
- Vaciar el seno durante la amamantada.
- Uso de analgésicos 20 minutos antes de la amamantada.
- Uso de un sostén cómodo y con buen soporte.

[5]Cortesía de Barbara Latinis-Bridges and Diane W. Hill, University of Kansas School of Nursing.

Problema 2: Falta de conocimientos sobre los intervalos entre amamantadas

Plan

- Explicar que se debe amamantar frecuentemente día y noche. Vaciamiento del seno para asegurar la producción de leche. No es necesario dar suplementos.
- El acoplamiento y la posición adecuados (como demostró la madre) debe ayuda a prevenir pezones adoloridos.

Evaluación del Rendimiento del Estudiante

Usar el Listado de Rendimiento y Destrezas al final de esta sección.

Sociodrama #6: Pezones Adoloridos y Grietas[6]

Paciente

Este es su segundo hijo. Lo atiende con relativa confianza. Es el segundo día postparto.

Sueño - No durmió muy bien anoche. Los entuertos la despertaban.

Mamas/pezones/lactancia - Sus senos se están comenzando a llenar. Le dice a la enfermera que le duelen los pezones. Dice que parece que están rojos y tiene una pequeña costra en el pezón izquierdo y una pequeña ampolla después de amamantar por el derecho. También tiene una grieta.
Usted se limpia los pezones con agua y jabón para asegurarse de que estén limpios y los cubre con apósitos recubiertos de plástico. Demuestre una mala posición con el bebé tomando solo el pezón. El cuello del niño está rotado para alcanzar el pezón, tomando la punta de éste y angulado hacia la derecha. La nariz y el mentón del niño no tocan el seno. Usted saca al niño del seno sin romper la succión.

Diuresis - Va muchas veces al baño. Si le preguntan usted contesta: "Voy como cada dos horas, una cantidad normal o un poco más." Pregunte a la enfermera: ¿Es eso normal? Si la enfermera pregunta; no tiene ardor o dificultad en la micción.

Deposiciones - No ha obrado aún. Si la enfermera le pregunta dígale que está eliminando gases. Pregunte a la enfermera: "¿Me van a doler o romper los punto cuando obre?" Tengo muchos más puntos esta vez.

Signo de Homan - Sin dolor

Nutrición - Al preguntársele dice tener buen apetito. Si pregunta, describe una dieta que cumpla con los requerimientos de la pirámide nutricional.

Perineo -Su periné le duele muchísimo. Casi no se puede sentar. Sus hemorroides la están matando.

Acoplamiento - Demuestre interés por el bebé, sonríale, convérsele, llámelo por su nombre.

Emocional - Sea agradable, hable de lo feliz que está. Diga que está ansiosa por volver a casa con su otro niño.

Información para la Enfermera

G_2P_2
Amamantando
Parto Vaginal
Episiotomía Media con una Extensión Grado 4.

[6]Cortesía de Diane W. Hill and Barbara Latinis-Bridges, University of Kansas School of Nursing.

212

2ndo Día Postparto (parto a las 23:00 de ayer)

Guía del Docente

Problema 1: Pezones adoloridos, grietas.

Plan

- Enseñar posición y técnica de amamantamiento.
- Rotar posiciones para amamantar; acunada, football, sentada enfrentando a la madre, etc.
- Romper la succión antes de retirar al niño.
- Comenzar la amamantada donde duele menos.
- Aplicar hielo en pezones y areolas unos minutos antes de amamantar.
- Lavar los pezones solo con agua, evitar el jabón.
- Usar apósitos sin plástico; cambiarlos cuando están mojados.
- Cubrir los pezones con leche al terminar la amamantada y dejarla secar al aire.
- Vaciar las mamas completamente.
- Analgésicos 20 minutos antes de las amamantadas.

Evaluación del Rendimiento del Estudiante

Usar el Listado de Rendimiento y Destrezas al final de esta sección.

Sociodrama #7: Reflejo Eyectolácteo Inhibido[5]

Paciente

Este es su primer bebé. Está muy nerviosa con su cuidado y ansiosa de aprenderlo todo. Su parto fue ayer en la tarde.

Sueño - No durmió en toda la noche. Sus compañeras de cuarto se durmieron muy tarde. Su bebé lloraba y siempre quería succionar. Parece que nunca queda satisfecho.

Mamas/pezones/lactancia - Tiene problemas para dar de mamar. Sus mamas están llenas y gotean leche. Está muy tensa y no se puede relajar lo suficiente como para tener bajadas de leche y el bebé cada vez llora más porque tiene hambre. El niño se acopla bien y está alineado con la madre. Succiona por un momento, se empuja hacia atrás, vuelve a succionar y actúa como que no le sale leche.

Diuresis - Tiene dificultades para vaciar la vejiga. Sigue con deseos de orinar al final de la micción. No tiene ardor.

Deposiciones - No ha obrado aún. Ha eliminado gases.

Signo de Homan - Sin dolor.

Nutrición - Si le preguntan, describa una dieta que cumpla con los requisitos de la pirámide nutricional. También está tomando mucho líquido para tener leche.

Perineo - Su perineo le duele muchísimo. Lo siente hinchado.

Acoplamiento - Hace buen contacto visual con el bebé, le conversa y lo abraza.

Emocional - Está muy emocionada, llamando a todas las personas que conoce para contarles del bebé. Está muy nerviosa de tener que cuidarlo.

[5]Cortesía de Barbara Latinis-Bridges and Diane W. Hill, University of Kansas School of Nursing.

Información para la Enfermera

G_1P_1
Amamantando
Parto Vaginal
Episiotomía Media Lateral Derecha
1er Día Postparto (parto ayer en la tarde)

Guía del Docente

Problema 1: Reflejo eyectolacteo inhibido

Plan

- Masajear los senos antes de amamantar.
- Tomar una ducha tibia y/o use compresas tibias antes de las amamantadas.
- Promover un ambiente tranquilo y silencioso.
- Conversar con la madre, darle confianza, ayudarle a relajar los músculos y a imaginarse que fluye la leche; tener paciencia.
- Tomar líquidos tibios y descafeinados antes y después de las amamantadas.
- Permitir que el niño permanezca en el pecho el tiempo suficiente para tener bajadas de leche.
- Calmar al niño.
- Tomar medidas de confort para el dolor perineal.

Evaluación del Rendimiento del Estudiante

Usar el Listado de Rendimiento y Destrezas al final de esta sección.

Sociodrama #8: Pezones Planos/Mamas Llenas[6]

Paciente

Este es su primer bebé. No está preocupada por su cuidado ya que tiene experiencia cuidando a sus hermanos y a otros niños. Está un poco nerviosa por la lactancia e insegura de poder lograrlo. Le hicieron una cesárea hace 3 días y su bebé ha estado en la unidad de cuidados intensivos neonatales para observación.

Sueño- Durmió muy bien anoche.

Mamas/pezones/lactancia - Se está preparando para amamantar a su hijo por primera vez. Sus mamas están llenas, los pezones aplanados, casi al nivel de las areolas. Le dice a la enfermera que teme no poder amamantar por los pezones planos ya que eso le pasó a su hermana. Su cara y su cuerpo deben mostrar tensión. Muestra una mala posición para amamantar. Nota que los pezones parecen más erectos al estimularlos.

Diuresis - Va muchas veces al baño sin problemas. Siente que vacía bien la vejiga.

Deposiciones - No ha obrado aún. Tiene miedo de que se le corten los puntos.

Signo de Homan - Sin dolor

Nutrición - Si le preguntan, describa una dieta que cumpla con los requisitos de la pirámide nutricional.

Perineo - Su perineo le duele muchísimo. No tiene hemorroides.

Acoplamiento - Hace buen contacto visual con el bebé, le conversa y lo abraza.

Emocional - Está sonriente, feliz, entusiasmada. Su única preocupación es la lactancia.

[6]Cortesía de Diane W. Hill and Barbara Latinis-Bridges, University of Kansas School of Nursing.

214

Información para la Enfermera

$G_2P_1AB_1$
Dando Biberón
Cesárea
Incisión Baja
3er Día Postparto
Dieta Blanda
Reposo Relativo
Separación de Madre/Hijo

Guía del Docente

Problema 1: Pezones planos con mamas llenas

Plan

- Pida a la madre que estimule el pezón. Frote o ruédelo para estimular la eyección.
- Demuestre posición, alineamiento y acoplamiento adecuados.
- Extraíga leche de los senos para aliviar la congestión y facilitar acoplamiento al seno.
- Dé confianza a la madre en su capacidad de amamantar.

Problema 2: Falta de conocimiento sobre posición, alineamiento y acoplamiento.

Plan

- El mismo que para los pezones planos
- Educación general en lactancia

Evaluación del Rendimiento del Estudiante

Usar el Listado de Rendimiento y Destrezas al final de esta sección.

Listado de Rendimiento y Destrezas

Evaluación Postparto de Enfermería
(para usar con los Sociodramas #5-8)

Sí	No	Ejecución
		1. Lavarse las manos antes de comenzar la evaluación.
		2. Presentarse a la paciente.
		3. Pedir a la paciente que vacíe la vejiga.
		4. Bajar la cabecera de la cama.
		*5. Evaluar el patrón de sueño/descanso Educar a la paciente sobre los patrones normales de sueño/descanso.
		*6. Tomar signos vitales-bradicardia, variación normal postparto.
		*7. Evaluación mamas y pezones. a. Discutir lactancia/ biberón con la madre. b. Si quiere amamantar i. Discutir la fisiología de la lactancia ej. oxitocina y bajadas de leche, prolactina y producción de leche. ii. Discutir información necesaria para la lactancia exitosa ej.libre demanda al menos cada 3 horas, 6-8 amamantadas, día y noche; posición y técnicas de amamantamiento, dar de mamar sin restricción de tiempo, cuidados de los pezones, cubrir con calostro o leche después de la amamantada y secar al aire. iii. Evaluar una amamantada. c. Si no va a amamantar, discutir el cuidado de las mamas para evitar la congestión. *[Solo después de discutir con ella las razones que tiene para escoger el biberón y de entregarle información completa sobre las ventajas de la lactancia.]*
		*8. Revisar el tono y ubicación del fundus uterino (sosteniéndolo del istmo)
		*9. Evaluar flujo de sangre y líquidos. a. Discutir tipos de líquidos con la paciente.
		*10. Evaluar función vesical. a. Frecuencia b. Ardor c. Cantidad-diuresis
		*11. Evaluar función intestinal a. Fecha de la última vez que obró b. Eliminación de gases c. Necesidad de fibra, ejercicio, líquidos d. Respuesta a la necesidad de defecar
		*12. Revisar el signo de Homan con la dorsiflección de ambos pies

©1993 Diane W. Hill, University of Kansas, School of Nursing. Reimprimido con permiso.

Sí	No	Ejecución
		*13. Evaluar el estado nutricional de la paciente incluyendo: a. Pirámide de los grupos de alimentos b. Ingesta de líquidos c. Si amamanta, aumentar la dieta al menos en 500 calorías; aumentar las frutas, verduras, granos integrales y proteínas.
		*14. Evaluar el perineo (episiotomía y hemorroides) en posición lateral de Sim
		15. Evaluar el confort de la episiotomía/EEEDA
		*16. Evaluar el acoplamiento de la paciente con su hijo ej. mirarlo a la cara, tocarlo, abrazarlo, comentarios sobre el niño
		*17. Evaluar el estado emocional de la paciente incluyendo euforia, bienestar, comportamiento de dependencia/independencia
		18. Puntos diferentes en parto por cesárea a. Evaluar incisión abdominal/EEEDA b. Auscultar pulmones c. Auscultar ruidos abdominales d. Palpar abdomen/ distención (blando/tenso)

90% = 16 *Elementos críticos que deben cumplirse

Tiempo permitido: 30 minutos Tiempo:_____

Comentarios:_____

_____

Aprueba No aprueba aún

Firma_____

Fecha_____

Tiempo Usado_____

*EEEDA=Eritema, Edema, Equomosis, Drenaje, Aproximación

©1993 Diane W. Hill, University of Kansas, School of Nursing. Reimprimido con permiso.

20

Capítulo 6

Muestras de Cursos/Actividades

Muestras de Cursos/Actividades

A. Examen de los Senos e Historia 6-1

B. Módulo de Autoestudio en el Manejo de la Lactancia Tercer Año de Obstetricia 6-3

C. Capacitación Propuesta en Educación/Manejo de la Lactancia para Residentes (UMKC/KUMC) 6-7

D. Manual para Residentes — Educación en el Manejo de la Lactancia (UAMS) 6-9

E. Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD 6-11

Examen de los Senos e Historia

Historia Prenatal Relevante para la Lactancia	
Para proveer guía anticipada apropiada:	1. Cirugía, infecciones, trauma (ej. quemaduras previas en seno) 2. Condiciones/enfermedades crónicas 3. Uso regular de medicamentos 4. Planes de regresar al trabajo/escuela 5. Experiencia alimentaria infantil previa • cuántos niños? • por cuánto tiempo? • por qué suspendió?
Para proveer la oportunidad de motivación (efectos protectores de la lactancia):	6. Historia familiar • alergias • cáncer del seno • diabetes
Para evaluar apoyo:	7. ¿Fue la madre (paciente) amamantada? ¿Madre u otro bebé? 8. ¿Quién vive con la madre? ¿Quién manifiesta mayor apoyo a su decisión?
	9. Elección actual en cuanto a la alimentación del bebé

Examen del Seno Femenino (Cortesía de V. Nichols-Johnson, MD, 1993. Universidad del Sur de Illinois)

Introducción

Cada examen físico de una mujer debería incluir la inspección y palpación sistemáticas de los senos. Si bien los senos frecuentemente son vistos como objetos sexuales, los pacientes y médicos necesitan estar conscientes de que esta es una impresión errónea. Los senos son órganos funcionales. La consejería antes del embarazo y en el período prenatal provee oportunidades excelentes para aconsejar a la mujer sobre las ventajas de la lactancia.

Dado que el seno es uno de los lugares más comunes de carcinoma en la mujer de cualquier edad, y 80% de las masas son fibroquísticas y benignas, cualquier masa que se descubra debería evaluarse cuidadosamente. Las mujeres deberían recibir instrucción en autoexamen mamario, y deberían recibir educadación en cuanto a la recomendación para mamogramas rutinarios.

Objetivos

1. El estudiante examinará los senos de una paciente, le instruirá en autoexamen y describirá los hallazgos ante el instructor.
2. Durante el examen, el estudiante señalará los componentes equivalentes del examen del seno en un varón.

Puede copiarse sin permiso solo con propósito educativo sin fines de lucro.

Evaluación - Criterios

El examen mamario femenino debería incluir:

1. Inspección de los senos para determinar simetría, contorno, evidencia de retracción de piel, cicatrices.

2. Inspección de los pezones:
   a. anatomía - protuberantes, aplanados o retraídos?
   b. presencia de secreción, y tipo de ésta

3. Observación y palpación de regiones axilar y supraclavicular buscando ganglios aumentados de tamaño y masas.

4. Palpación de los senos y pezones para determinar:
   a. textura de la piel
   b. consistencia y elasticidad del tejido mamario
   c. presencia de masas
   d. presencia de secreciones

5. Si hay masas, palpación para determinar:
   a. tamaño
   b. localización
   c. superficie
   d. consistencia
   e. grado de fijación

Puede copiarse sin permiso solo con propósito educativo sin fines de lucro.

Módulo de Autoestudio en el Manejo de la Lactancia
Tercer Año de Obstetricia

Southern Illinois University

Preparado por
V. Nichols Johnson, MD

Introducción

Si bien los beneficios de la lactancia son reconocidos por la mayoría de los profesionales de salud, las barreras sociales y yatrogénicas para la lactancia exitosa frecuentemente son un obstáculo. Muchas veces esto se debe a que los médicos u otros no conocen cómo resolver problemas de la lactancia, o dónde encontrar ayuda para el binomio lactante. Existe también la impresión errónea de que la alimentación con fórmula es "casi igual de buena" para la mayoría de los lactantes.

Objetivos

1. Describir la anatomía básica del seno y la fisiología de la lactancia.
2. Describir las barreras para la lactancia exitosa, tanto médicas como no médicas.
3. Describir los beneficios de la lactancia tanto para la madre como para el bebé.
4. Aprender técnicas de manejo de problemas simples de la lactancia, tales como pezones adoloridos y congestión mamaria.
5. Describir los recursos médicos y comunitarios para ayudar al binomio lactante.

Actividades de Aprendizaje

1. Completar la evaluación escrita anexa
2. Realizar visitas de sala, por lo menos en una ocasión, con un consultor en lactancia o médico supervisor
3. Asistir por lo menos a una madre que amamanta a su bebé, en cuanto a la aproximación
4. Participar en el manejo por lo menos de una madre, en cuanto a la resolución del problema de lactancia nivel-uno, tal como pezones adoloridos, agrietados, o congestión mamaria.

Recursos de Aprendizaje

1. Lawrence RA (1994) *Breastfeeding — A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis, MO: Mosby-Year Book, Inc.

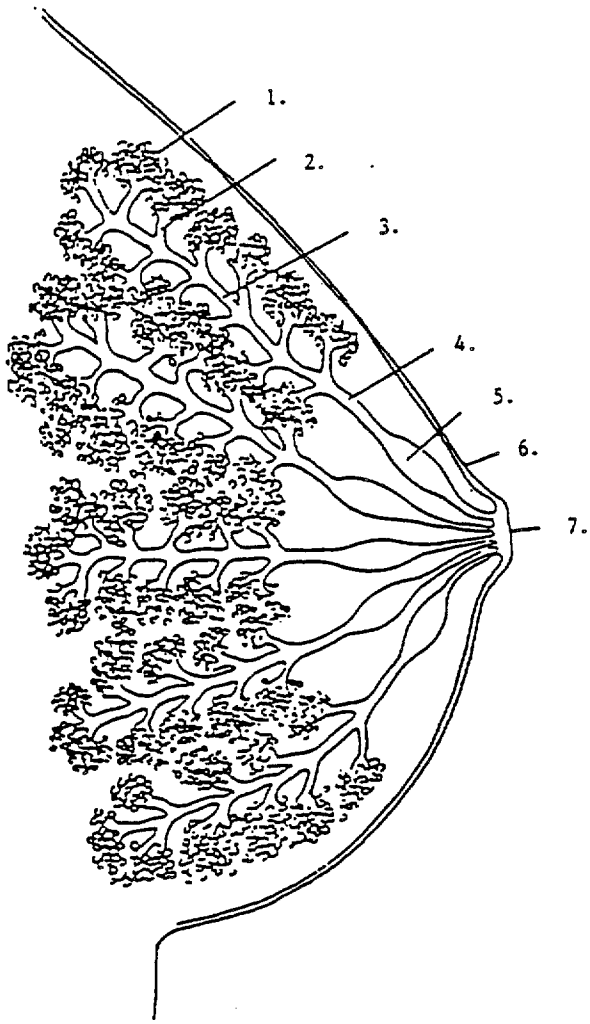
2. Consultores de Lactancia/Médicos Supervisores

3. Riordan J and Auerbach KD (1993) *Breastfeeding and Human Lactation* Boston, MA: Jones & Bartlett Publishers, Inc.

4. Videos sobre educación a pacientes

©1993 SOUTHERN ILLINOIS UNIVERSITY
Puede copiarse sin permiso solo con propósito educativo sin fines de lucro.

Evaluación de la Lactancia



1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

©1993 SOUTHERN ILLINOIS UNIVERSITY
Puede copiarse sin permiso solo con propósito educativo sin fines de lucro.

1. Describa brevemente la función de lo señalado a continuación en la fisiología de la lactancia:

   Oxitocina_____

   Prolactina_____

   Estrógenos_____

   Progesterona_____

   Prostaglandinas_____

   _____

2. Enumere por lo menos cuatro beneficios de la lactancia para la madre:

   a._____

   b._____

   c._____

   d._____

3. Enumere por lo menos cuatro beneficios de la lactancia para el bebé:

   a._____

   b._____

   c._____

   d._____

4. Describa las barreras para el éxito de la lactancia:

   a._____

   b._____

   c._____

   d._____

©1993 SOUTHERN ILLINOIS UNIVERSITY
Puede copiarse sin permiso solo con propósito educativo sin fines de lucro.

5. Una mujer saludable, de 25 años G_1 P_1 acude a su médico familiar para señalar que presenta pezones agrietados y sangrantes. Su bebé de dos semanas de edad parece estar bien desarrollado y descansa contento en su cuna. Los pezones de la madre están tan adoloridos que ella está pensando suspender la lactancia; también esta preocupada porque su sangre pasa a la leche y está haciéndole daño al bebé. Fuera de los pezones adoloridos, ella no tiene ningún otro problema.

   Describa los pasos que debería tomar para ayudar a esta madre en cuanto a su problema.

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

Actividades de aprendizaje completadas

Visitas de lactancia_____Fecha_____
Consultor de Lactancia o Médico Supervisor

Asistencia en la aproximación_____Fecha_____
Consultor de Lactancia o Médico Supervisor

Asistencia en problema de lactancia_____Fecha_____
Consultor de Lactancia o Médico Supervisor

Módulo completado_____Fecha_____

©1993 SOUTHERN ILLINOIS UNIVERSITY
Puede copiarse sin permiso solo con propósito educativo sin fines de lucro.

Capacitación Propuesta en Educación/Manejo de la Lactancia para Residentes

Universidad de Missouri, Ciudad de Kansas y
Centro Médico Universitario de Kansas

	Obligatorio					Electivo
	UCIN HIM (1 mes)	Niño Sano y UCIN, CMT (1 mes)	Consultorio (4 horas/ semana)	Seminario de 1 día	Conferencia a mediodía (50%)	(Clínica de Nutrición)
Año 1	X	X	X		X	X (1)
Año 2	X		X		X	X (2)
Año 3	X	X	X	X	X	X (3)

UCIN = Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
HIM = Hospital Infantil Mercy
CMT = Centro Médico Truman

Manual para Residentes
Educación en el Manejo de la Lactancia

Hospital Universitario de Arkansas y
Hospital Infantil de Arkansas

Directora del Curso: Malinda O.Webb, MD

Meta: Proveer al residente con conocimiento referido a la lactancia humana y al amamantamiento para que aplique dicho conocimiento al cuidado de los lactantes y sus familias.

Objetivos: Al concluir la rotación por el cunero, el residente podría:

1. discutir los múltiples beneficios de la lactancia
2. discutir la biología de la lactancia y la producción de leche
3. asistir al binomio madre/niño en el inicio del amamantamiento
4. fomentar el amamantamiento con futuros padres, y discutir el manejo de la lactancia en el recién nacido
5. reconocer los problemas funcionales de la lactancia y discutir los principios de su manejo
6. discutir contraindicaciones de la lactancia
7. discutir la farmacología básica de drogas específicas en la leche materna
8. discutir las políticas hospitalarias y de comercialización que influyen en la lactancia

Métodos: El residente demostrará competencia mediante una prueba final y la observación clínica por el médico responsable.

Materiales: Se utilizará una variedad de materiales para ayudar al residente a alcanzar los objetivos señalados, incluyendo:

- conferencias formales
- cintas de video
- visitas clínicas con el médico y/o enfermera clínicos
- manual sobre la lactancia (provisto)
- artículos y textos asignados

Contenido:

Semana 1 Beneficios de la lactancia/leche materna - conferencia
(Bioquímica/inmunología)
Revisar los Diez Pasos/lineamientos hospitalarios

Semana 2 Anatomía y fisiología (conferencia)
Inicio - posición (películas/visitas/papel modelo)
Ingesta/seguimiento adecuados

Semana 3 Contraindicaciones
Reconocimiento y manejo de problemas comunes
- trauma del pezón
- congestión mamaria
- mastitis
- producción de leche disminuída
- separación materno-infantil
- conducto obstruído
- hiperbilirrubinemia

Asistencia al binomio madre/niño

Semana 4 Políticas (conferencia)
Farmacología (conferencia/lectura)
Problemas comunes, continuación
(Prematuros - protocolo) - optativo

Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD: Descripción General

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Estas rondas se ofrecen en una serie de cuatro semanas. Cada tema se presenta en 30-45 minutos de diálogo, seguido por rondas con pacientes en la maternidad donde se demuestran técnicas de amamantamiento y el manejo de problemas.

Objetivos

El residente podrá:

1. Alentar a los futuros padres de familia a alimentar a los recién nacidos exclusivamente por amamantamiento.

2. Hablar con los padres sobre el manejo de la lactancia materna de los recién nacidos (anatomía, fisiología, principios del establecimiento temprano de la lactancia).

3. Hablar sobre las prácticas hospitalarias y estrategias comerciales que influyen en la lactancia materna.

4. Hablar sobre la relación que existe entre la ictericia neonatal y la lactancia/leche materna.

5. Asesorar a las madres que amamantan sobre los aspectos básicos de la nutrición.

6. Identificar (a fin de recomendar atención especial) a las madres que corren riesgos nutricionales.

7. Reconocer los problemas de la lactancia y hablar sobre el manejo de los mismos.

8. Hablar sobre el uso de los medicamentos comúnmente administrados a las madres durante el postparto.

Temario

1. Recomendaciones en cuanto a la duración de la lactancia
   a. lactancia materna exclusiva
   b. inicio oportuno de alimentos complementarios

2. Factores que afectan la decisión de amamantar o la duración de la lactancia.

3. Asesoramiento prenatal y perinatal a los padres en materia de técnicas de amamantamiento.

4. Pautas nutricionales para las madres que amamantan.

5. Conceptos científicos actuales sobre la producción de leche humana y su regulación.

6. Patrones normales y anormales de crecimiento del neonato amamantado.

7. Normas hospitalarias que fomentan la lactancia materna.

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

8. Efecto de las prácticas comerciales de los fabricantes de fórmulas.

9. La relación entre la ictericia neonatal y la lactancia/leche materna.

10. Reconocimiento y manejo de problemas comunes del amamantamiento/lactancia:
    a. trauma del pezón
    b. congestión mamaria
    c. obstrucción de conducto
    d. mastitis
    e. absceso del seno

11. Uso de medicamentos comunes en las madres que amamantan.

Metodología

1. Sesiones didácticas

2. Discusión y demostraciones en pequeños grupos

3. Rondas de lactancia clínica en la maternidad

4. Enseñanza por equipo multidisciplinario

5. Dramatización

6. Artículos reimpresos, obras de consulta

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD: 1ª Semana Manejo Normal de la Lactancia Inicial

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

1. Duración Apropiada de la Lactancia Materna
   - Lactancia materna en forma exclusiva durante 4 a 6 meses.
   - Continuación de la lactancia materna (con la paulatina inclusión de alimentos complementarios) durante uno o dos años.
2. Técnicas de Amamantamiento
   - Posición adecuada del niño al pecho para asegurar que la boca del niño esté de 2 a 5 centímetros detrás de la punta del pezón. Esto permite la expulsión de la leche de los senos lactíferos.
3. Sin "Horario Fijo," ¡por favor! Guiarse por las Señales del Niño.
   - Sin separar madre e hijo sanos.
   - Frecuencia de amamantadas — de 8 a 10 cada 24 horas. Intervalo mínimo de 3 horas, hasta que el peso del niño sea superior al peso de nacimiento.
   - Duración de las amamantadas — de 10 a 20 minutos por lado, pero la variación individual es la clave. Observar al niño — no al reloj — y escuchar la deglución.
4. Signos de Ingesta Adecuada
   - Eliminación — mínimo de 4 deposiciones cremosas cada 24 horas al finalizar la primera semana de vida. Pañales mojados frecuentes después del 3er o 4° día.
   - Niño contento después de succionar.
   - Señales objetivas de producción de leche: las mamas están más llenas antes de amamantar, goteo, se puede extraer la leche, leche visible en la boca del niño.
   - Incremento de peso de 15 a 30 gramos diarios (después de la baja inicial de peso los primeros días); recuperación del peso de nacimiento durante la segunda semana. Medición del peso por un profesional, no por los padres.
5. Nutrición Materna
   - Recomendaciones en cuanto al régimen alimenticio, reducción de peso e ingesta de líquidos de la madre.
   - Pautas en cuanto a la alimentación complementaria.
   - Evaluación de riesgos nutricionales.
   - Efecto que tienen los cigarros y la cafeína sobre el estado nutricional de la madre.
6. Reposo y Relajación
   - Durante las primeras semanas postparto, la madre debe descansar cada vez que el niño duerme.
   - La relajación es esencial para la eyección de leche (descarga de oxitocina).
   - Las técnicas de relajación incluyen respiración, evocación de imágenes, "similitud" de amamantadas a fin de crear el "condicionamiento clásico" del reflejo eyecto-lácteo.

Referencias

LIBROS DE TEXTO:

Lawrence R (1994) *Breastfeeding—A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

Institute of Medicine (1991) *Nutrition During Lactation—Summary* Washington DC: National Academy Press.

EL MEJOR ARTICULO GENERAL:

Lawrence RA (1989) Breast-feeding *Pediatr Rev* 11:163-171.

VOLANTES:

Wellstart International (1991) "Recibe Su Bebé Suficiente Alimento?"

Wellstart International (1986) "Registro de Alimentación al Pecho"

ARTICULOS ADICIONALES:

Action for Corporate Accountability. Winter, 1988 [Boletín].

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD: 2ª Semana Lactancia Materna: Beneficios y Barreras

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

1. La Maravilla de la Leche Materna: Nutrición y Protección del Niño

2. Comercialización de Productos Alimenticios Infantiles: La Controversia
   - Asistencia interesada
   - Recomendaciones disimuladas
   - Conflictos de intereses
     - fabricantes que fomentan la lactancia materna
     - médicos que aceptan regalos de los fabricantes

3. Normas y Prácticas Hospitalarias: Los "Diez Pasos" Hacia una Feliz Lactancia Natural
   - Apoyo a la lactancia materna y a las respectivas funciones fisiológicas normales

Referencias

LIBRO DE TEXTO:

OMS/UNICEF (1989) *Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural — La Función Especial de los Servicios de Maternidad (Declaración Conjunta OMS/UNICEF)* Ginebra, Suiza: OMS.

LOS MEJORES ARTICULOS GENERALES:

Cunningham AS, Jelliffe DB y Jelliffe EFP (1991) Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review *J Pediatr* 118(5):659-666.

Scrimshaw S (1984) The cultural context of breastfeeding in the U.S. En: *Report of the Surgeon General's Workshop on Breastfeeding & Human Lactation*, DHHS Pub. No. HRS-D-MC-84-2.

VOLANTES:

OMS/UNICEF "Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural."

OMS (1981) "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna."

IBFAN (1991) "Understanding Marketing" from "Be a Code Watcher;" c/o Action for Corporate Accountability, Mineapolis, MN.

ARTICULOS ADICIONALES:

Drury PJ y Crawford MA (1991) Essential fatty acids in human milk. En: Brunsen O, Carrazza FR, Gracey M, Nichols Bl y Senterra J (dirs.) *Clinical Nutrition for the Young Child* New York, NY: Raven Press: 302-312.

Hambraeus L (1991) Human milk: nutritional aspects. En: Brunsen O, Carrazza FR, Gracey M, Nichols Bl y Senterra J (dirs.) *Clinical Nutrition for the Young Child* New York, NY: Raven Press: 289-301.

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD: 3ª Semana Ictericia y su Relación con la Lactancia y Leche Maternas

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

- Controversias sobre la ictericia fisiológica vs. la "patológica"
- Ictericia por amamantamiento (precoz) vs. por leche materna (tardía)
- Efectos que tiene la ictericia en la madre, el niño y la lactancia materna

Referencias

LIBRO DE TEXTO:

Lawrence R (1994) *Breastfeeding—A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

EL MEJOR ARTICULO GENERAL:

Gartner LM (1987) Breast milk and breastfeeding jaundice *Adv Pediatr* 34:249-275.

ARTICULOS ADICIONALES:

Powers N (1988) "Ictericia y Lactancia." San Diego, CA: Wellstart International.

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

Rondas de Lactancia en el Centro Médico UCSD: 4ª Semana Problemas Comunes en la Lactancia

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

1. Reconocimiento, Evaluación y Manejo de:

   - Congestión mamaria
   - Trauma del pezón
   - Conducto obstruido
   - Mastitis
   - Absceso del seno

2. Medicamentos Maternos Durante la Lactancia

Referencias

LIBRO DE TEXTO:

Lawrence R (1994) *Breastfeeding—A Guide for the Medical Profession, Fourth Edition* St. Louis, MO: Mosby-Year Book, Inc.

VOLANTES:

Wellstart International (1988) "Congestión Mamaria."
Wellstart International (1988) "Trauma del Pezon."
Wellstart International (1991) "Cadidiasis."
Wellstart International (1988) "Conducto Lactifero Obstruido."
Wellstart International (1988) "Mastitis."

EL MEJOR ARTICULO GENERAL:

Neifert M and Seacat J (1986) A guide to successful breastfeeding *Contemporary Pediatrics* 3:26-45.

ARTICULO ADICIONAL:

Anderson PA (1991) Drug use during breast-feeding *Clinical Pharmacy* 10:594-624.

©1992 WELLSTART INTERNATIONAL

Examen Antes y Después de las Rondas Clínicas de Lactancia

Wellstart International
Programa Educativo del Manejo de la Lactancia

Nombre _____ Fecha _____

Escoja una respuesta:

1. La hormona responsable de la *producción* de leche es:

   A. la oxitocina
   B. la prolactina
   C. el estrógeno
   D. la progesterona

2. La hormona responsable de la *eyección* de leche es:

   A. la oxitocina
   B. la prolactina
   C. el estrógeno
   D. la progesterona

3. La secreción natural, lubricante, bacteriostática del pezón y areola es producida por:

   A. senos lactíferos
   B. tubérculos de Montgomery
   C. conductos
   D. ninguno de los anteriores

4. La principal causa de dolor en los pezones es:

   A. amamantadas muy prolongadas
   B. falta de preparación de los pezones durante el embarazo
   C. mala posición del niño al succionar
   D. niño succiona con demasiada fuerza

5. La lactogénesis se caracteriza por:

   A. aumento del volumen de leche
   B. disminución de los niveles de prolactina
   C. aumento de los niveles de progesterona
   D. todas las anteriores

6. La leche materna incluye propiedades antiinfecciosas y antiinflamatorias producidas por:

   A. lisosimas
   B. IgA secretora
   C. prostaglandinas
   D. todas las anteriores

©1994 WELLSTART INTERNATIONAL

7. La madre puede seguir amamantando a su hijo mientras toma:

   A. codeína
   B. ampicilina
   C. A y B
   D. ninguna de las dos

8. La causa más frecuente de la congestión mamaria severa es:

   A. altos niveles de prolactina
   B. amamantadas infrecuentes
   C. depresión postparto
   D. ninguna de las anteriores

9. El tratamiento de la mastitis incluye:

   A. suspensión del amamantamiento
   B. antibióticos
   C. A y B
   D. ninguna de las dos

10. La principal causa de incremento insuficiente de peso en un niño amamantado es:

    A. bajo contenido de grasa en la leche
    B. rutinas inadecuadas de alimentación
    C. desnutrición materna
    D. descuido

11. La producción de leche aumenta con:

    A. extracción frecuente
    B. abundante ingesta de líquidos
    C. aumento en la ingesta calórica
    D. vitamina D

12. La ictericia por leche materna se caracteriza por:

    A. pérdida de peso (en el niño)
    B. el niño no se alimenta bien
    C. ninguna de las anteriores
    D. A y B

13. La ictericia por lactancia materna mejora con:

    A. agua con gotero después de las amamantadas
    B. amamantadas frecuentes (8 a 12 veces cada 24 horas)
    C. suspensión de las amamantadas
    D. agua glucosada por gotero

14. La reducción mensual de peso que usted recomendaría después del primer mes postparto para una madre que amamanta es:

    A. 500 g a 1 kg (1-2 libras)
    B. 1 a 2 kg (2-4 libras)
    C. 2 a 3 kg (4-6 libras)
    D. ninguna de las anteriores

©1994 WELLSTART INTERNATIONAL

15. La entrega de fórmula gratis a las madres que amamantan se asocia con:

    A. pezones adoloridos
    B. menor duración de la lactancia
    C. A y B
    D. ninguna de las anteriores

16. La lactancia mejora las probabilidades de supervivencia infantil por:

    A. reducción en los índices de infección
    B. aumento en el intervalo entre nacimientos
    C. A y B
    D. ninguna de las anteriores

17. ¿Cuál de las siguientes circunstancias indica una mala posición al pecho?

    A. la nariz del niño toca el pecho
    B. chasquidos durante la succión
    C. movimientos mandibulares evidentes del niño
    D. la areola totalmente tapada por la boca del niño

18. Las mujeres con pezones invertidos:

    A. no pueden amamantar
    B. no necesitan preparación especial para el amamantamiento
    C. pueden experimentar la eversión espontánea de los pezones durante el embarazo
    D. deben usar un cubrepezón para dar al niño una superficie larga para succionar

19. La(s) rutina(s) hospitalaria(s) que promueven la lactancia incluyen:

    A. acceso permanente de la madre al niño
    B. agua glucosada por gotero después de las amamantadas
    C. A y B
    D. ninguna de las anteriores

20. Por lo general, el niño menor de 6 meses en lactancia exclusiva debe recibir complemento de:

    A. hierro
    B. agua
    C. ninguna de las anteriores
    D. A y B

Respuestas Correctas

1. B	5. A	9. B	13. B	17. B
2. A	6. D	10. B	14. B	18. C
3. B	7. C	11. A	15. B	19. A
4. C	8. B	12. C	16. C	20. C

©1994 WELLSTART INTERNATIONAL

Capítulo 7

Formularios Clínicos

Formularios Clínicos

Historia Clínica 7-1

Instrucciones para el Paciente 7-9

Registro de Alimentación al Pecho 7-11

WELLSTART INTERNATIONAL

Historia Clínica

Nombres:

Hijo(a): _____ ☐ Niño ☐ Niña Fecha de Nacimiento: _____

Madre: _____ Edad: _____

Padre: _____ Edad: _____

Obstetra: _____

Pediatra: _____

Etnicidad de la madre (opcional) _____

Fecha de Consulta: _____

Lugar de Nacimiento (Hosp.): _____

Teléfono Domicilio: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Estado civil de la madre: _____

Motivo de consulta:

HISTORIA MATERNA

1. ¿Es Ud. alérgica a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

2. ¿Ha presentado alguna de las siguientes? Márquela(s) ☑
   - ☐ PAP alterado
   - ☐ Alergia/asma
   - ☐ Anemia
   - ☐ Cancer
   - ☐ Constipación/hemorroides
   - ☐ Depresión
   - ☐ Diabetes
   - ☐ Diarrea (crónica)
   - ☐ Enfermedad del corazón
   - ☐ Presión alta
   - ☐ Enfermedad riñón/infección urinaria
   - ☐ Enfermedad hígado/hepatitis
   - ☐ Problemas de la tiroides
   - ☐ Tuberculosis
   - ☐ Enfermedad venérea
   - ☐ Desconocida
   - ☐ Otros: _____

3. ¿Ha presentado Ud. alguno de estos problemas en sus pechos? Márquelo(s) ☑
   - ☐ Biopsia
   - ☐ Nódulos
   - ☐ Problemas del pezón: _____
   - ☐ Cirugía: _____
   - ☐ Ninguno

4. ¿Está Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos? Márquelo(s) ☑
   - ☐ Vitaminas-minerales prenatales
   - ☐ Otras vitaminas
   - ☐ Hierro
   - ☐ Otros minerales
   - ☐ Píldoras para adelgazar
   - ☐ Antihistaminicos/remedios para el resfrío
   - ☐ Laxantes/antiácidos
   - ☐ Diuréticos
   - ☐ Aspirina/analgésicos
   - ☐ Anticonceptivos
   - ☐ Antibióticos
   - ☐ Ninguno de los anteriores
   - ☐ Otras drogas _____

HISTORIA PERINATAL Enumere todos los embarazos:

5.

Fecha del Parto	Semanas de Gestación	Sexo	Peso de Nacimiento	Complicaciones del Embarazo	Complicaciones del Parto	*Tipo de Anestesia	Tipo del Parto		Duración de la Lactancia
							Vag.	Ces.	

*Anestesia: ① Ninguna ② Local ③ Epidural ④ Espinal ⑤ General (dormida) ⑥ Otra _____

6. ¿Presentó Ud. alguna de las siguientes condiciones durante este embarazo? Márquela(s) ☑
   - ☐ Anemia
   - ☐ Fiebre
   - ☐ Diabetes gestacional
   - ☐ Presión alta
   - ☐ Náusea/vómitos (severo)
   - ☐ Síntomas de parto prematuro
   - ☐ Infección urinaria
   - ☐ Medicamentos
   - ☐ Ninguna de los anteriores
   - ☐ Otros: _____

Para uso interno

___/___/___/___/___

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 1

REV. 8/22/95-AAR

7. ¿Presentó alguna de las siguientes condiciones durante el trabajo de parto y/o parto? Márquela(s) ☑
   - ☐ Drogas para inducir o apurar el trabajo del parto: Si es así, ¿por cuánto tiempo durante el trabajo de parto se administró esta droga? _____horas
   - ☐ Ruptura prematura de membranas
   - ☐ Drogas para controlar la presión
   - ☐ Drogas para controlar el dolor
   - ☐ Fiebre
   - ☐ Antibióticos
   - ☐ Hemorragia
   - ☐ Ninguna
   - ☐ Otros: _____

8. ¿Con este trabajo de parto y/o parto, le tocó a usted uno de los siguientes?
   - ☐ Trabajo de parto mas de 30 horas en total
   - ☐ Etapa de empuje más de 2 horas
   - ☐ Episiotomia o rotura vaginal
   - ☐ Rotura implicando el recto (lesión de tercer o cuarto grado)
   - ☐ Presentación pélvica del niño
   - ☐ Parto con forceps
   - ☐ Parto al vacio
   - ☐ Ninguno de los anteriores

9. ¿Cómo calificaría Ud. a su trabajo de parto y/o parto? Márquela(s) ☑
   - ☐ Fácil
   - ☐ Difícil
   - ☐ Doloroso
   - ☐ Largo
   - ☐ Corto
   - ☐ Duración regular
   - ☐ Lo que había esperado
   - ☐ No lo que había esperado
   - ☐ Otro _____

10. ¿Complicaciones postparto? Márquela(s) ☑
    - ☐ Infección urinaria/otra
    - ☐ Sangriado excesivo (hemorragia)
    - ☐ Presión arterial alta
    - ☐ Presión baja (choque)
    - ☐ Ninguna de los anteriores
    - ☐ Otra _____

11. ¿Presentó el niño algunos de estos problemas recién nacido? Márquela(s) ☑
    - ☐ Problemas para respirar
    - ☐ Fiebre
    - ☐ Hematocrito alto
    - ☐ Ictericia
    - ☐ Bajo del azúcar de la sangre
    - ☐ Aspiración de meconio
    - ☐ Ninguno
    - ☐ Medicamentos: _____
    - ☐ Otros: _____

12. ¿Cuánto tiempo después del parto puso a su niño al pecho por primera vez? _____

13. ¿Estuvieron Ud. y su niño separados por más de 2 horas en el hospital? ☐ Sí ☐ No

14. En el hospital, ¿cuántas veces en 24 horas amamantaba a su hijo?
    ☐ Menos de 8 veces ☐ 8-12 veces (cada 2-3 horas) ☐ Más de 12 veces

15. ¿En el hospital, ¿cuánto era el periodo más largo entre amamantadas? Día: _____ Noche: _____

16. ¿Presentó alguno de los siguientes problemas con sus pechos o al dar el pecho en el hospital? Márquela(s) ☑
    - ☐ Dificultad en que el niño tomara el pecho
    - ☐ Congestión
    - ☐ Ninguno
    - ☐ Niño somnoliento
    - ☐ Pezones adoloridos
    - ☐ Otros: _____
    - ☐ Preferencia de un pecho
    - ☐ Leche insuficiente

17. ¿Recibió el niño alguno de estos suplementos en el hospital? Márquela(s) ☑
    - ☐ Fórmula
    - ☐ Agua (sola)
    - ☐ Agua azucarada
    - ¿Cómo se los dieron? ☐ Biberón ☐ Jeringa ☐ Gotero
    - ☐ Otros: _____

18. En el hospital, ¿le dieron chupete a su niño? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Se fueron Ud. y su hijo juntos a la casa? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Qué edad tenia el niño al egreso del hospital? _____

21. Está Ud. aún sangrando? ☐ Sí ☐ No
    Ha recuperado sus menstruaciones/regla? ☐ Sí ☐ No Fecha de la última menstruación: _____

22. ¿Qué método de planificación familiar usa o planea usar?
    ☐ Pastillas anticonceptivas ☐ Otros ☐ Ninguno

ALIMENTACION DEL NIÑO

23. ¿Cuántas veces en 24 horas amamanta actualmente al niño?
    ☐ Menos de 8 veces ☐ 8-12 veces (cada 2-3 horas) ☐ Más de 12 veces

Para uso interno

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 2

REV. 8/22/95-AAR

24. ¿Cuál es el período más largo entre amamantadas? Día:_____ Noche:_____

25. ¿Por cuánto tiempo mama de cada lado? _____

26. ¿Al amamantar presenta alguna de estas sensaciones?
☐ Pechos llenos ☐ Calor ☐ Goteo del lado opuesto
☐ Hormigueo ☐ Vaciamiento ☐ Ninguno
☐ Otros_____

27. ¿Quién termina la mamada? ☐ Madre ☐ Niño

28. En la casa, ¿ha recibido su niño?:
☐ Agua ☐ Fórmula ☐ Otros líquidos ☐ Sólidos

29. ¿Cuántas veces en 24 horas presenta su niño?: Pañales mojados:_____ Evacuación:_____

30. ¿El niño devuelve leche? ☐ Nunca ☐ De vez en cuando ☐ Con frecuencia

31. ¿Está el niño contento y duerme entre amamantadas? ☐ Nunca ☐ De vez en cuando ☐ Con frecuencia

32. ¿Tiene periodos de llanto prolongado? ☐ Nunca ☐ De vez en cuando ☐ Con frecuencia

33. ¿Usa chupete? ☐ Nunca ☐ De vez en cuando ☐ Con frecuencia

34. ¿Ha presentado alguno de estos problemas en su casa?
☐ Niño siempre con hambre ☐ Grietas o pezones sangrando ☐ Pechos muy llenos y adoloridos
☐ Niño prefiere un pecho ☐ Dolor en los pezones ☐ Leche insuficiente
☐ Niño no interesado en mamar ☐ Dolor en los pechos ☐ Ninguno
☐ Otros:_____

35. ¿Ha usado Ud. alguno(s) de los siguientes? Márquelo(s) ☑
☐ Extracción manual de leche ☐ Cubrepezón ☐ Brassiere para amamantar (sin alambre)
☐ Bomba de leche ☐ Brassiere para amamantar (con alambres) ☐ Ninguno
☐ Crema para los pechos
☐ Otros:_____

36. La talla de su brassiere: antes del embarazo_____ ahora_____

HISTORIA FAMILIAR

37. ¿Alguien de ambas familias presenta alguna de las siguientes condiciones?
☐ Alergias (a alimentos) ☐ Alergias (fiebre de heno o pasto) ☐ Enfermedad genética
☐ Alergias (asma) ☐ Cáncer (del seno) ☐ Enfermedad de la tiroides
☐ Alergias (eczema) ☐ Diabetes ☐ Ninguna de los anteriores
☐ Otra: _____

38. ¿Cómo se han adaptado en su familia al nuevo niño?
☐ Muy bien ☐ Razonablemente bien ☐ Mal ☐ Muy mal

39. ¿Planeó Ud. tener este niño? ☐ Sí ☐ No

40. ¿Cuándo decidió amamantar al niño?
☐ Antes del embarazo ☐ Durante el embarazo ☐ Después del parto

41. ¿Cómo se preparó para amamantar?
☐ Clases ☐ Lecturas ☐ Otros:_____

42. ¿Fue Ud. amamantada? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

43. ¿Fue el padre de su hijo amamantado? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

44. ¿Ha amamantado Ud. a otros niños? ☐ Sí ☐ No
¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Por que dejó de hacerlo?_____

45. ¿Por qué quiere amamantar a su hijo? _____

46. ¿Alguien en la familia piensa que Ud. no debiera amamantar al niño? ☐ Sí ☐ No

47. ¿Por cuánto tiempo planea amamantar? _____

48. ¿Por qué piensa que dejará de amamantar en ese tiempo? _____

Para uso interno

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 3
REV. 8/22/95-AAR

242

49. ¿Cuantos años de escuela terminó Ud.?
☐ Menos de 6 años ☐ La preparatoria (12 años) ☐ Universidad de 4 años (16 años)
☐ La primaria (6 años) ☐ Universidad de 2 años (14 años) ☐ Estudios postgraduados (17+ años)
☐ La secundaria (9 años)

50. ¿Trabaja? Madre:_____ Padre: _____
¿Cuándo planea volver al trabajo la madre? _____

NUTRICION

51. ¿Visitó a una nutricionista durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

52. ¿Existen alimentos que evita? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles?:_____
¿Por qué?_____

53. ¿Está actualmente en alguna dieta especial? ☐ Alta en proteinas
☐ Diabética ☐ Baja en sal ☐ Ninguna
☐ Baja en grasa ☐ Para perder peso ☐ Otra:_____
¿Quién la recomendó?_____

54. ¿Está tratando de perder peso? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto?_____
¿Cómo? ☐ Menos comida/más ejercicio ☐ Programa:_____ ☐ Otra:_____

55. ¿Es Ud. vegetariana? ☐ Sí ☐ No
Si lo es, consume: ☐ Leche y derivados (queso, yogurt) ☐ Huevos

56. ¿Como está su apetito? ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

57. ¿Como describiría el tipo y la cantidad de alimentos en su hogar?
☐ Suficiente de todo tipo ☐ A veces no es suficiente
☐ Suficiente pero no siempre el tipo que quiere ☐ Generalmente no es suficiente

58. ¿Actualmente reciba alguna de los siguientes beneficios?
☐ Food stamps ☐ Medi-Cal ☐ Donaciones de alimentos o comidas
☐ WIC ☐ AFDC/welfare ☐ Ninguna
☐ Otra:_____

59. ¿Hay alguien que la ayude a comprar y cocinar? ☐ Sí ☐ No

60. ¿Cuántos comidas completas come?:_____ y colaciones?_____

61. ¿Cuántas tazas toma de los siguientes líquidos?
_____ Agua _____ Bebidas con azúcar _____ Café
_____ Jugo _____ Bebidas sin azúcar _____ Té
_____ Leche _____ Punch, Kool-Aid, Tang _____ Otros:_____

MODO DE VIVIR

62. ¿Con qué frecuencia toma Ud. cerveza, vino, licor o bebidas que contienen alcohol?
☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Nunca
Cuando toma, ¿cuántas bebidas toma?
☐ Una ☐ Dos ☐ Tres ☐ Más

63. ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. diariamente?
☐ No fuma ☐ Menos de 10 cigarrillos ☐ 11-20 cigarrillos ☐ Más de 20 cigarrillos

64. ¿Con qué frecuencia practica ejercicios (aparte de las tareas de la casa)?_____
¿Que tipo de ejercicios practica?_____

65. ¿Cree que descansa lo suficiente? ☐ Nunca ☐ De vez en cuando ☐ Con frecuencia

66. El tener un nuevo bebé puede traer tensión a la familia. ¿Qué otras dificultades enfrenta su familia?
☐ Dificultades de relación ☐ Cambio de casa ☐ Enfermo/fallecimiento en la familia
☐ Falta de cooperación con la casa y niños ☐ Problemas económicos ☐ Otro_____
☐ Uso de alcóhol o drogas ☐ Ninguno de los anteriores

67. ¿Quiénes viven en su casa? _____

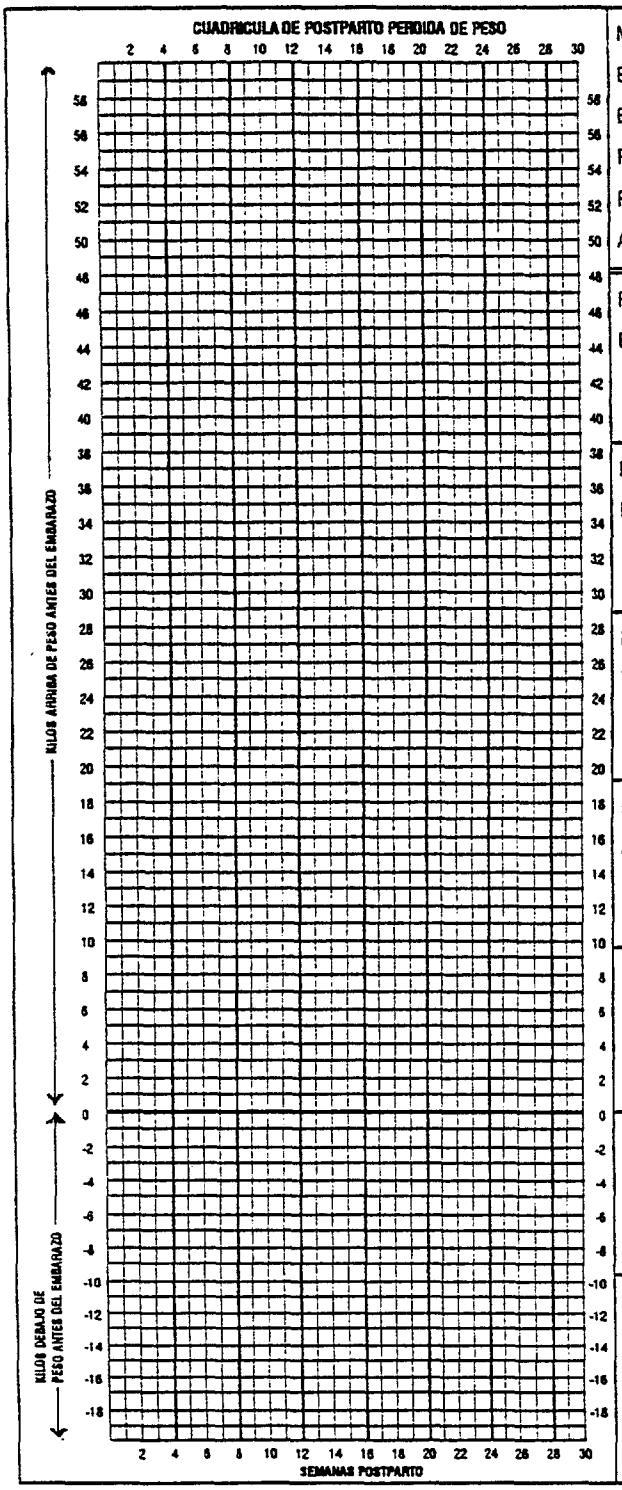
68. ¿Tiene Ud. cualquier otra duda en cuanto a su salud, o la de su niño, o de su familia sobre la cual Ud. quisiera consultar durante su cita?
☐ Sí ☐ No ¿Cuál es?_____

Para uso interno

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 4
REV. 8/22/95-AAR

2/3

ANTROPOMETRIA MATERNA



Nombre _____

Edad _____ Fecha del parto _____

Estatura _____ Peso conveniente _____

Peso antes del embarazo ____ % Peso conveniente _____ ICM* _____

Peso al término _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Aumento total embarazo ____ Aumento recomendado _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

Fecha _____ Semanas/meses postparto _____
Peso _____ % Peso conveniente _____ ICM _____

*ICM = Indice Cuerpo Masa

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 5

REV. 8/22/95-AAR

EXAMEN FISICO DE LA MADRE

Dias/semanas postparto	Estatura	Peso antes del embarazo	Peso al término	Peso actual	Temperatura	Presión Arterial

Estado General	Tiroides
MAMAS DERECHA	IZQUIERDA
AREOLA	
PEZONES	
SECRECION	
OTROS	

EXAMEN FISICO DEL NIÑO

FECHA	EDAD	PESO (libras)	(kg.)	TALLA (pulgadas)	(cm.)	C.C. (pulgados)	(cm.)
	Nacimiento						
Egreso:							
Actual:							

ESTADO GENERAL/COMPORTAMIENTO	Temp.

Cabeza		Corazón	
Ojos		Pulsos	
Oídos		Abdomen	
Nariz		Genitales	
Boca		Extremidades	
Torax		Neuro	
Pulmones		Piel	

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 6
REV. 8/22/95-AAR

EXAMEN MOTOR ORAL

BOCA	☐ Normal	☐ Pequeña	☐ Grande		
MANDIBULA	☐ Normal	☐ Retraída	☐ Asimétrica	☐ Empuja	☐ Apretada/mala apertura
LABIOS	☐ Normal	☐ Fisura	☐ Retraídos de forma pasiva	☐ Fruncidos/apretados	
ENCIAS	☐ Normal	☐ Asimétrica	☐ Agarran/muerden de forma excesiva		
LENGUA	☐ Normal ☐ Detrás de las encías	☐ Plana ☐ Empuja/protuberante	☐ Chasquido ☐ Succiona la lengua	☐ Sobre el paladar	☐ Hacia atrás
FRENILLO	☐ Normal	☐ Corto			
PALADAR	☐ Normal	☐ Ojival	☐ Fisura		

OBSERVACION DE AMAMANTAMIENTO

Posición:	☐ Acunado	☐ Sentado enfrentando a la madre	☐ Otra:_____
Interés del niño:	☐ Hambriento, ansioso, toma el pecho con facilidad ☐ Interesado, pero no insistente ☐ Interesado, pero se distrae	☐ Interesado, pero se duerme luego ☐ Somnoliento, disinterés total	☐ Despierto, no toma el pecho ☐ Despierto, hambriento, rechaza el pecho
Acción de búsqueda:	☐ Normal ☐ Frenética, desorganizada	☐ Poca, ausente	☐ Lengua atrás/plana
Adhesión al pecho:	☐ Adecuadamente ☐ Cabeza hacia atrás ☐ Mala posición de la lengua	☐ Retracción de los labios ☐ Se arquea ☐ Llora	☐ Rechaza ☐ Otra:_____
Reflejo de ejección lácteo:	☐ Antes de amamantar ☐ Hiperactivo	☐ _____ seg / min de la mamada	☐ No aparente después de _____ sec / min
Eficacia:	☐ Buen ritmo de succión succión:deglución_____:_____ ☐ Succión débil ☐ Se hace ineficaz ☐ Adherido al pecho, pero no succiona	☐ Comienza y se detiene repetidamente ☐ Solo succión no nutritiva ☐ Desorganizado ☐ Hoyuelo en mejillas al mamar ☐ Chasquido de la lengua	☐ Movimiento vertical excesivo ☐ Masticación/mordida tónica ☐ Otros:_____
Deglución:	☐ Normal	☐ Sin coordinación	

Comentarios:_____

Condición del pezón después de amamantar: (Derecho) Color_____ Forma_____ (Izquierdo) Color_____ Forma_____

Tensión del niño: Tranquilo, relajado | Inquieto, no llora | Chilla, se resiste a la posición

Tensión de la madre: Cómoda, relajada | Ansiosa | Extremadamente tensa

Interacción de la madre con el niño: ☐ Demasiada vigilante ☐ Sobre-estimula ☐ Atenta ☐ Cariñosa ☐ Aspera ☐ Indiferente

COMENTARIOS:

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 7

REV. 3/22/95-AAR

EVALUACION	PLAN
MADRE	
NIÑO	
AMAMANTAMIENTO	

CONSEJOS	☐ Adhesión al Pecho ☐ Sostén (Brassiere) ☐ Hacer Eructar al Niño ☐ Extracción/Conservación de la Leche ☐ Adaptación Familiar ☐ Frecuencia y Duración Amamantadas	☐ Extracción Manual ☐ Cómo Sabe si el Niño Recibe lo Suficiente ☐ Hidratación ☐ Nutrición Materna ☐ Cuidado Pezones	☐ Posición al Mamar ☐ Periodo de Crecimiento Rápido ☐ Despertar al Niño ☐ Otros_____
MATERIALES PARA LLEVAR	☐ Conducto Obstruido ☐ Registro de Amamantadas ☐ Comidas Ricas en Calcio ☐ Candidiasis ☐ Guia de Alimentación Diaria	☐ Congestión ☐ Extracción Manual ☐ ¿Cuánto es Suficiente? ☐ ¿Está Tomando el Bebé lo Suficiente? ☐ Mastitis	☐ Extracción Mecánica ☐ Aumentando el Volumen de Leche ☐ Conservación de la Leche ☐ Trauma del Pezón ☐ Otro_____

Fecha	**Clínico**
Carta mandada	

©1991 WELLSTART INTERNATIONAL, PAG. 8

REV. 8/22/95-AAR

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Instrucciones Para el Paciente

Fecha:_____ Nº Visita:_____

Nombre, Madre:_____ Teléfono:_____

Diagnóstico:_____

Nombre, Niño:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Peso Nacimiento:_____ Peso Actual:_____

Diagnóstico:_____

Referido por:_____ Teléfono:_____

Ingesta del Niño:

Lactancia: Frecuencia:_____ Duración:_____

Suplementos: Tipo:_____ Método:_____

Frecuencia:_____ Volumen de cada amamantada:_____

Ingesta Madre:

Otras Instrucciones:

Plan de Seguimiento:

WELLSTART INTERNATIONAL SM

Registro de Alimentación al Pecho

Nombre de la Mamá_____ Nombre del Niño_____

Fecha	Hora	Pecho Derecho	Pecho Izquierdo	Pañales Mojados	Evacua-ciones	Complementaría Cantidad, y Método	Comentarios

Importante: **NO** se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa de un proveedor médico con licencia para practicar medicina.

© 1990 WELLSTART INTERNATIONAL

REV. 8/95

Fecha	Hora	Pecho Derecho	Pecho Izquierdo	Pañales Mojados	Evacua-ciones	Complementaría Cantidad, y Método	Comentarios

Importante: **NO** se debe usar la información en esta hoja sin la supervisión directa de un proveedor médico con licencia para practicar medicina.

© 1990 WELLSTART INTERNATIONAL
REV. 8/95

350

Capítulo 8

Estrategias e Instrumentos de Evaluación

Estrategias e Instrumentos de Evaluación

(ver también Capítulo 5: Estudios de Casos y Sociodramas para estrategias de evaluación de conocimientos/destrezas de los estudiantes)

A. Evaluación de Programas
- Escribiendo las Preguntas de Evaluación del Programa 8-1
- Planificando y Conduciendo una Evaluación de Programa 8-2
- Evaluación del Programa - Técnicas de Avalúo 8-7

B. Evaluación Curricular 8-13

C. Perfil del Hospital 8-17

D. Indicadores de Lactancia Materna e Instrumentos de Recolección de Datos
- Indicadores de Lactancia para los Hogares 8-25
- Indicadores de Lactancia para Instituciones de Salud 8-26
- Ejemplo de Preguntas para Usarlas en Encuestas .. 8-29
- Instrumento Muestra de Recolección de Datos para Instituciones de Salud 8-30

E. Formularios para la Evaluación de Sesiones 8-35

F. Preguntas Modelo para Obtener Retroalimentación Sobre el Programa 8-37

Escribiendo las Preguntas de Evaluación del Programa

por Julie Nyquist, Ph.D.

Uno de los primeros pasos para el desarrollo de un plan de evaluación del programa, es determinar las preguntas que la evaluación necesita enfocar. Existen dos fases en la selección de preguntas de evaluación: divergente y convergente.

a. En la fase divergente, se confecciona una lista de todas las preguntas potencialmente importantes. Fuentes potenciales para las preguntas incluyen: 1) precupaciones de quienes intervienen (aquellos que están comprometidos en el programa), 2) modelos o marcos de evaluación, 3) literatura en educación o evaluación, 4) literatura en investigación, 5) estándares o criterios profesionales desarrollados en algún otro lugar, 6) consultores expertos, y 7) el juicio profesional del evaluador.

b. En la fase convergente, se seleccionan las preguntas más críticas. Use las siguientes preguntas para que le ayuden como guía cuando haga la selección final. 1) ¿Será la pregunta de interés para las audiencias clave? 2) ¿Dará la respuesta información actualmente disponible? 3) ¿Nos llevará la respuesta a obtener información importante? 4) ¿Enfoca la pregunta dimensiones críticas de interés continuo, en oposición a interés pasajero? 5) ¿El eliminar esta pregunta, limitará de modo importante el alcance de la evaluación? 6) ¿Tendrá la pregunta un impacto en decisiones respecto a políticas o decisiones operativas? 7) ¿Es posible responder la pregunta con los recursos económicos y humanos disponibles, en el tiempo asignado, utilizando métodos y tecnología disponibles?

Una manera de escribir preguntas es examinar los componentes del programa. A continuación se detalla una lista de componentes, acompañado cada uno por una pregunta-modelo.

a. Necesidad del Programa - ¿Cuál es la necesidad real y/o percibida de este programa?

b. Objetivos del programa - ¿Los objetivos programáticos establecidos se relacionan con las necesidades reales y/o percibidas del programa?

c. Recursos del programa - ¿Son los recursos disponibles para el programa (salas, dinero, personal, equipo, etc.) adecuados para permitir el alcance de los objetivos establecidos?

d. Implementación o ejecución del programa - ¿Se está implementando/llevando a cabo el programa de acuerdo a lo planificado? En programas llevados a cabo en diferentes situaciones, ¿están todos implementando el programa de la misma manera?

e. Calidad del programa separada de cualquier otro producto - ¿Son los materiales utilizados de alta calidad en cuanto a su acabado? ¿Son óptimas las técnicas de instrucción? ¿Cuál es el nivel de calidad de la enseñanza provista?

f. Productos del programa incluyendo: 1) efecto en instituciones meta, 2) efecto en el conocimiento, habilidades y actitudes del participante, 3) efecto en la conducta práctica del participante, 4) cambios en la conducta del cliente, y 5) otros productos potenciales incluyendo temas relacionados a costo/beneficio relativo. ¿Cuáles fueron los productos del programa? ¿Alcanzó el programa sus objetivos? ¿Existen productos no intentados (positivos o negativos)?

g. Costo-Eficacia - Como se compara el costo de este programa con otros programas que tienen un beneficio similar?

©1992 University of Southern California, School of Medicine, Department of Medical Education. Se puede reimprimir con permiso del autor.

253

Planificando y Conduciendo una Evaluación de Programa

por Julie Nyquist, Ph.D.

Resumen del Proceso de Planeamiento

PARTE A: Familiarizándose con el Programa Actual - Observe, analice, familiarícese con el programa. Delinee las siguiente cosas:

1. **Datos de Identificación:** Nombre del Programa: _____
   Duración del Programa: _____ Número de Participantes: _____
   Profesión en Salud: _____ Nivel de los Participantes: _____

2. **Propósito del Programa:** por qué se originó, qué se necesitaba, etc.

3. **Participantes del Programa:** quiénes son, cuál es su nivel, prerrequisitos necesarios, etc.

4. **Objetivos del Programa:** productos planteados (anexe el juego completo de objetivos escritos, si están disponibles; si no, delinéelos tan claramente como sea posible, utilizando términos de conducta).

5. **Ejecución del Programa:** describa el programa tal como es en el momento

   a. Cuándo: tiempo del programa, ej. cuán frecuentemente comienzan nuevos participantes, cuánto tiempo es distribuido entre las actividades
   b. Dónde: lugar(es) para instrucción - contexto, lugar, ambiente del programa
   c. Cómo: estrategias de instrucción, materiales de enseñanza, etc.

6. **Tipo de Datos ya Recolectados, Relacionados a Contenido, Ejecución, Productos Programáticos, etc.:** (Describa todas las técnicas de obtención de datos en uso al momento, cuán frecuentemente se usa cada una, y los tipos de información recolectada utilizando cada una).

7. **Datos Actuales en Relación al Programa:** (Resuma datos pertinentes en base a recolección anterior de datos referidos a metas, contenido, ejecución, productos del programa, etc.).

PARTE B: Avalúe el Potencial de la Evaluación - (Avalúe el potencial de la evaluación propuesta: si es necesaria, si puede realizarse, significará una diferencia, etc.)

Determine cada una de las siguientes cosas:

1. **Propósito de la Evaluación:** (compruebe todos los propósitos relevantes)

   __ a. Formativa (para mejorar el programa)
   __ b. Sumativa (para determinar si se mantiene, altera o elimina el programa)
   __ c. Satisfacer requisitos de la agencia patrocinadora
   __ d. Otro (desarrollar) _____

2. **Definir el Problema de Evaluación:** (anote las preguntas que la evaluación programática pretende responder)

©1992 University of Southern California, School of Medicine, Department of Medical Education. Se puede reimprimir con permiso del autor.