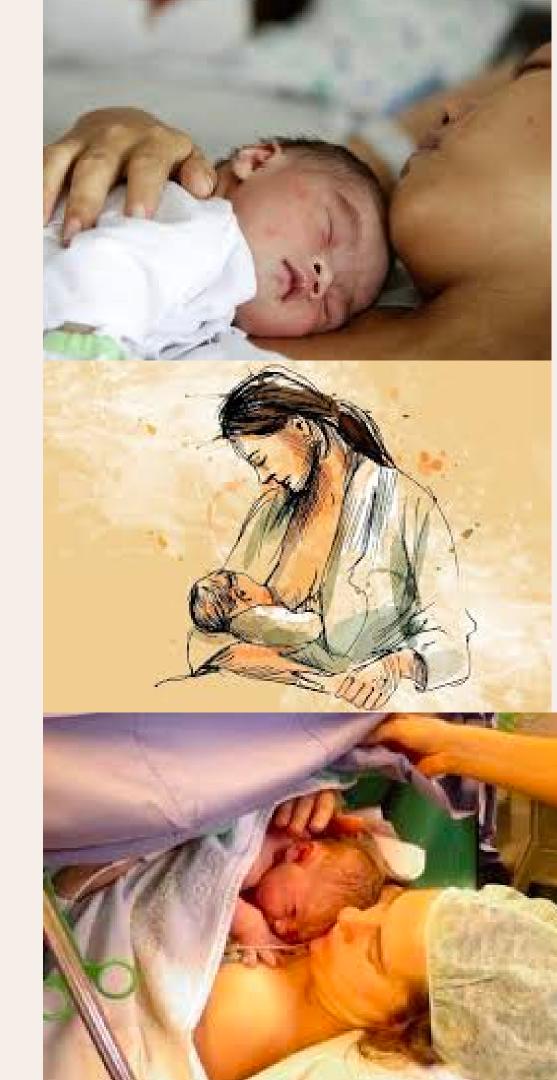
ASISTENCIA AL BINOMIO MADRE-RECIÉN NACIDO E INICIO DE LA LACTANCIA

Asist. Dra Juliana Barquet



La intervención y el apoyo clínico a la lactancia se deben iniciar en la sala de parto, continuar en la planta de puerperio y extenderse hasta el postparto tardío, cuando la madre regresa a casa.

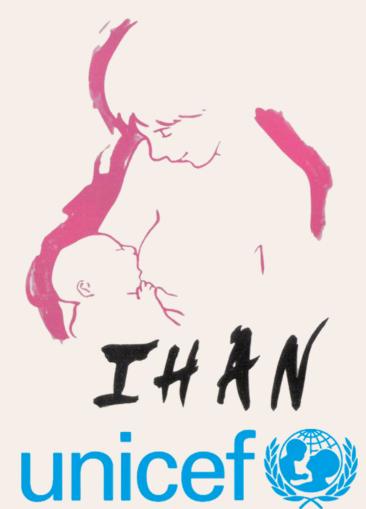
La gran mayoría de los partos se produce en los hospitales-maternidades, por lo que las actuaciones a este nivel pueden afectar a la gran mayoría de la díada madre- recién nacido











Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de UNICEF

Los DIEZ PASOS para una Lactancia exitosa























PRÁCTICAS PREVIASAL PARTO QUE PUEDEN AYUDAR A INICIAR LA LACTANCIA MATERNA

- Apoyo emocional y acompañante durante el parto:
 - Reduce la percepción de dolor intenso
 - Reduce el estrés
 - Disminuye la duración del trabajo de parto
 - Reduce la necesidad de intervenciones médicas
 - Aumenta la confianza de la madre en su cuerpo y sus capacidades.
- Ofrecer alimentos ligeros y líquidos durante las primeras etapas del parto
- Libertad de movimiento durante el parto.
- Entorno tranquilo y con la menor cantidad de personas posible
- Evitar cesáreas innecesarias.



PRÁCTICAS PREVIASAL PARTO QUE PUEDEN AYUDAR A INICIAR LA LACTANCIA MATERNA

- Éstas prácticas pueden ayudar a una mujer a sentirse competente, en control, apoyada y lista para interactuar con su bebé.
- Favorecen:
 - Lactancia materna temprana y frecuente
 - Un vínculo más fácil con el bebé.



Parto vaginal:

- El inicio de la lactogénesis II suele ser más temprano (entre 48–72 horas).
- El contacto piel con piel y la succión temprana favorecen la secreción de prolactina y oxitocina.
- Los niveles hormonales tras un parto vaginal (pico de oxitocina durante el trabajo de parto) favorecen la producción láctea.

Cesárea (sobre todo electiva, sin trabajo de parto):

- Puede haber demora en la lactogénesis II
- El dolor postoperatorio y la separación madre-hijo pueden retrasar las tomas precoces y frecuentes.



Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature 1-3

Emily Prior, Shalini Santhakumaran, Chris Gale, Lara H Philipps, Neena Modi, and Matthew J Hyde

Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal V RESEARCH ARTICLE

athryn G. Dewey, PhD; Laurie A. Nommsen-Rivers, MS, RD, IBCLC; M. Roberta J. Cohen, PhD

The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum

Amy J. Hobbs^{1*}, Cynthia A. Mannion², Sheila W. McDonald³, Meredith Brockway² and Suzanne C. Tough^{1,3}



- Menor inicio temprano de la lactancia
- Mayor probabilidad de dificultades en la lactancia
- Mayor riesgo de suspensión precoz.

Table 2 Comparison of breastfeeding success and outcomes between vaginal deliveries, emergency c-sections and planned c-sections

Characteristic Vaginal Emergency Planned P-value

Characteristic	Vaginal $N = 2279^a$	Emergency c-section $N = 438^a$	Planned c-section $N = 301^a$	P-value					
	n (%)	n (%)	n (%)						
Planned to breastfeed									
Yes	2157 (96.6)	415 (96.3)	274 (92.6)	0.003					
No	75 (3.4)	16 (3.7)	22 (7.4)						
Initiated breastfeeding									
Yes	2239 (98.2)	427 (97.5)	288 (95.7)	0.012					
No	40 (1.8)	11 (2.5)	13 (4.3)						
Breastfed within 24 h									
Yes	2158(96.9)	392(92.7)	282(97.9)	< 0.001					
No	69(3.1)	31(7.3)	6(2.1)						
Successful first attempt									
Yes	1677(75.6)	256(60.6)	214(74.3)	< 0.001					
No	542(24.4)	167(39.4)	74(25.7)						
Successful when	Successful when leaving hospital								
Yes	1908(90.7)	343(82.7)	263(92.3)	< 0.001					
No	196(9.3)	72(17.3)	22(7.7)						

La cesárea programa se asocio con menor intención de lactancia materna

PERO estos efectos pueden mitigarse si se brinda consejería prenatal, apoyo inmediato postparto apoyo de lactancia hospitalaria, y con el contacto precoz entre madre y RN y la succión precoz

Cesárea

Tipo de anestesia:

- La anestesia regional permite a la madre permanecer despierta facilitando el contacto precoz e inicio más temprano de la lactancia
- La anestesia general se asocia con:
- Depresión neonatal transitoria, RN somnoliento que dificulta la succión
- Inicio tardío de la primera toma
- Mayor utilización de biberones de suero y/o leche por dificultad del RN de alimentarse eficazmente al pecho
- Mayor retraso en la lactogenesis II, secreción de leche madura puede retrasarse varias horas asociado al estrés, menor succión

Pero con apoyo, el contacto precoz y la separación cero puede darse la lactancia en las primeras 12 horas.

Guidelines

Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020

Guideline from the Association of Anaesthetists

J. Mitchell, W. Jones, E. Winkley and S. M. Kinsella

- Priorizar anestesia regional por su menor impacto neonatal y facilita el inicio precoz de la LM
- Facilitar piel con piel en quirófano/recuperación tan pronto como la madre esté estable y despierta. Si la madre está sedada, el SSC puede ofrecerse tan pronto como esté alerta.
- Reanudar la lactancia cuando la madre esté despierta, alerta y pueda sostener al RN.
- Si hay separación obligada (reanimación, cirugía prolongada), promover extracción con sacaleches lo antes posible
- Elegir analgesia y sedación con bajo efecto sedante en el RN (evitar, cuando sea posible, opioides de larga acción y sedantes potentes.

Guidelines

Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding

Box 3 Supportive care for breastfeeding women who require anaesthesia

The following factors need to be considered to support a breastfeeding woman requiring surgery:

- Provision of an appropriate environment to breastfeed/express milk before and after surgery.
- Restrict separation of the woman from her infant to the minimum period necessary.
- Scheduling surgery to allow a woman to breastfeed or express breast milk as close to surgery as possible, to ensure infant nutrition and minimise the risk of breast engorgement.
- Access to trained staff if required.
- A local policy to support breastfeeding women while they are in hospital; this should provide staff with guidance on the requirements to facilitate ongoing breastfeeding. It should also promote an understanding that breastfeeding has significant health benefits, both to the woman and infant, and should be supported and encouraged.



Impact of perinatal factors on breast milk composition and volume in preterm infants

María Del Carmen Fernández-Tuñas ^{1 2 3 4}, Lorena Torres-López ^{5 6 7}, Sandra Vidal-Martínez ^{8 9}, Nuria García-Couceiro ⁹, Alejandro Pérez-Muñuzuri ^{10 11 12 13}, María L Couce ^{5 6 14 7}

LACTOGÉNESIS II: ETAPA SECRETORIA

- Comienza en el POSTPARTO (36-96 hs post)
- Inici men
- Cambios en la composición de la leche:
 - incremento de lactosa y lípidos
 - disminuye relacion Na/K
- Acción de la prolactina, y l metabólicas : Insulina, cort tiroideas, Factor de Crecir tipo 1 (IGF-1).

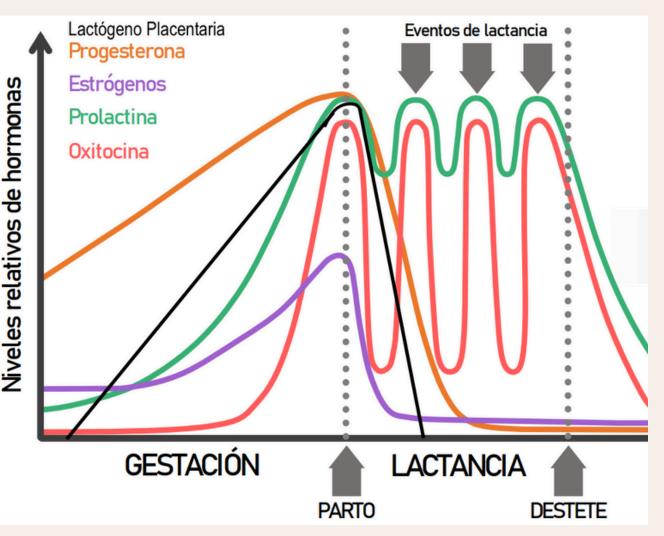
Research Article

Effect of Vaginal Delivery on Lactose Content of Human Milk

Author(s): Leila Zeynali, Roghaiyeh Nourizadeh, Azizeh Farshbaf Khalili,

Mohammadbagher Hosseini, Assef Khalili and Sevil Hakimi*

- La leche materna contenía más grasa en CALOSTRO después del parto vaginal en comparación con el parto por cesárea, con diferencias significativas (observadas el 3 día de RN)
 - El nivel de lactosa fue significativamente mayor en la LECHE MADURA en las mujeres que tuvieron parto vaginal (día 15).
- No se encontraron diferencias en otros componentes





Con el parto ocurren **CAMBIOS HORMONALES** que intensifican:

En el RN

reflejos de búsqueda del pezón y succión

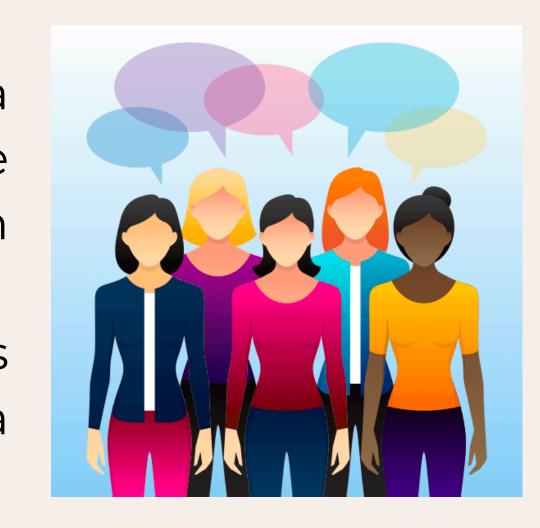
En la madre

- Secreción de oxitocina favorece
 - Alumbramiento
 - Globo de seguridad de pinard para evitar la hemorragia
 - Protrusión del pezón y el cono areolar para facilitar el acoplamiento de la boca del niño en la primera puesta al pecho
- Secreción de prolactina y hormonas metabólicas para inducir incremento del volumen de leche y cambios en su composición.

IMPACTO DEL ASESORAMIENTO

En el post-parto inmediato ocurre una crisis fisiológica profunda y compleja que hace a la madre particularmente sensible a la relación con el recién nacido.

Las orientaciones contradictorias por parte de los/las "aconsejadores" pueden generar desánimo en la puérpera desestimulando la lactancia.





El apoyo durante la hospitalización debe obtenerse de un profesional de la salud capacitado en atención a la lactancia materna

CONTACTO PRECOZ



Tanto el contacto precoz piel con piel como la oportunidad de amamantar en las primeras horas de vida del recién nacido son importantes.

Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N

El Contacto precoz piel con piel puede ser

INMEDIATO: en los primeros 10 minutos posteriores al nacimiento

TEMPRANO: entre 10 minutos y 24 horas después del nacimiento



Revisión sistemática Cochrane 2016:

El contacto precoz piel con piel iniciado dentro de las primeras horas del nacimiento mejora el inicio y la duración de la lactancia materna tanto poco después del parto como a los 3-4 meses.

Tmb mejora

- Estabilidad fisiológica del Recién Nacido
- Vínculo afectivo.

CONTACTO PRECOZ



Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N

Revisión sistemática Cochrane 2016:

No encontró diferencias significativas entre inmediato y mediato cuando era en las primeras horas el contacto.

La mayoría de los estudios no los diferencia claramente y las definiciones eran heterogéneas.



CONTACTO PRECOZ

El contacto piel con piel en las primeras horas y en especial la estimulación táctil de la areola y el pezón parecen ser claves



Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N



ROOMING - IN

Es la práctica hospitalaria en la que la madre y su recién nacido permanecen juntos en la misma habitación 24 horas al día desde el nacimiento, salvo que haya indicaciones médicas que lo contraindiquen.

Beneficios:

- Favorece el vínculo madre-hijo: mayor contacto piel con piel, reconocimiento de señales del bebé y apego seguro.
- Permite un cuidado centrado en la familia: los padres aprenden desde el inicio a interpretar señales, consolar y alimentar al bebé.
- Disminuye intervenciones innecesarias: menos separación evita estrés materno y del recién nacido bebé
- Estabilidad fisiológica neonatal: estabiliza temperatura, frecuencia cardíaca y glucemia
- Facilita la detección temprana de signos de enfermedad: identificación ante cambios del estadio del recién nacido por parte de los padres, y por parte del personal de salud valorando simultáneamente a la díada madre – RN





Beneficios respecto a la lactancia:

- Inicio más precoz de la lactancia: al tener al bebé cerca, se puede amamantar en las primeras horas y a libre demanda.
- Aumento en la frecuencia y duración de las tomas: mejora la producción láctea y la lactogénesis II.
- Menor uso de fórmulas y biberones en el hospital.
- Mayor tasa de lactancia exclusiva al alta
- Mayor tasa de lactancia exclusiva en el seguimiento: evidencia es pobre y de baja calidad respecto al rooming-in vs el rooming-in parcial.

Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention



Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding

Sharifah Halimah Jaafar, Jacqueline J Ho, Kim Seng Lee Authors' declarations of interest Version published: 26 August 2016 Version history

https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3 &

- Revisión sistemática de ensayos aleatorizados que compararan rooming-in vs parcial. Solo un ensayo cumplía los criterios
- Mostró que al alta hospitalaria, la tasa de lactancia exclusiva era mayor en el grupo de rooming-in: 86% vs 45% en el grupo separado.
- No se encontraron diferencias significativas en la la lactancia "cualquiera" o "any breastfeeding" a los 6 meses.



ALOJAMIENTO CONJUNTO

o Hospitales apoyan a las madres a amamantar por

Dejar que las madres y los bebés permanezcan juntos día y noche Asegurarse de que las madres de bebés enfermos puedan permanecer cerc

Artici

The Effect of Breastfeeding in the First Hour and Rooming-Ir of

Low-Income, Multi-Ethnic Mothers on In-Hospital, One and Three Month High Breastfeeding Intensity

Lawrence Noble ^{1,2}, Ivan L. Hand ^{3,4,*} and Anita Noble ⁵

•	High Breastfeeding Intensity	Breastfeeding in the First Hour				Rooming-In			
		Yes	No			Yes	No		
		% HBI ¹	% HBI ¹	p	OR (95% CI) ³	% HBI ¹	% HBI ¹	p	OR (95% CI) ³
	Hospital	70%	20%	0.000	3.2 (1.6-6.2)	62%	18%	0.000	7.3 (3.2–16.7)
	1 Month	56%	29%	0.001	3.2 (1.4–6.8)	52%	28%	0.006	2.7 (1.3–5.7)
	3 Month	41%	25%	0.032	2.2 (1.1–4.4)	40%	20%	0.013	2.7 (1.2–6.0)

 $^{^{1}}$ High Breastfeeding Intensity (HBI) is defined as breastfeeding intensity > 80%. Breastfeeding intensity is defined as the percentage of all feedings that were breast milk. 2 Univariate logistic regression analysis. 3 OR = Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval.

Estudio de cohorte prospectivo: Durante la internación:

- Amamantar en la primera hora muy asociado con alta intensidad: Odds Ratio ajustado (AOR)
 ~ 11.6 (IC 95% 4.7-28.6).
- Rooming-in asociado también con una AOR de ~ 9.3 (IC 95% ~ 3.7-23.7).

All mes

Amamantar en primera hora: AOR ~ 3.6 (IC 1.6-7.7) para alta intensidad.

Rooming-in: AOR ~ 2.4 (IC 1.1-5.3) para alta intensidad a 1 mes.

A 3 meses

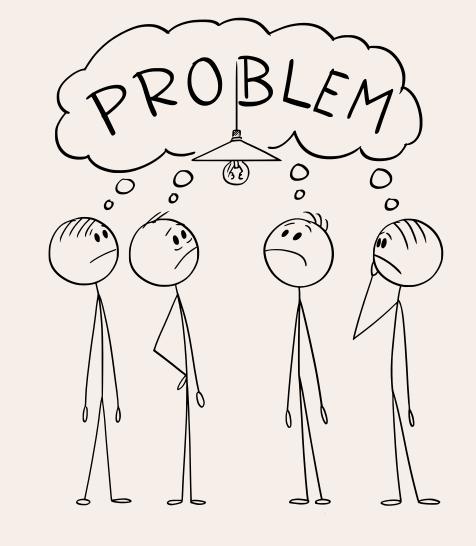
No se encontró asociación estadísticamente significativa para amamantar en la primera hora con alta intensidad a los 3 meses.

ESTRUCTURA HOSPITALARIA

La estructura hospitalaria clásica no sólo no favorece la relación de la madre con su RN sino que puede ser un verdadero obstáculo.

Los ingresos maternos en UCI o zonas de cuidados intermedios y los de los recién nacidos en las unidades de neonatos dificultan el establecimiento normal del alojamiento conjunto y sus beneficios.

CREAR CIRCUITOS **PRECISO** ES QUE OBLIGARÍAN FACILITADORES, UNA ACTITUD MANTENER **FLEXIBLE** IMAGINATIVA CONTAR LA CON PARTICIPACIÓN ACTIVA EL DE TODO PERSONAL SANITARIO IMPLICADO.





ES PRECISO CREAR CIRCUITOS FACILITADORES, QUE OBLIGARÍAN A MANTENER UNA ACTITUD FLEXIBLE E IMAGINATIVA Y CONTAR CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE TODO EL

PERSONAL SANITARIO IMPLICADO.









LACTANCIA PRECOZ EXCLUSIVA Y A DEMANDA

El mejor estímulo para la producción de leche es la succión. Se debe iniciar la lactancia materna lo antes posible y no limitar la duración ni frecuencia de las tomas



ALIMENTACIÓN A DEMANDA

No consiste en dar la toma cuando el niño llore. el llanto del RN es un signo tardío de hambre y dificulta la puesta al pecho

Importante aprender a reconocer señales de cuando "la pide".

Para poderlas reconocerlas es fundamental que la madre esté cerca del niño.

SEÑALES:

- ·El recién nacido se lleva las manos a la boca y se estira o gesticula como iniciando un bostezo y braceando.
- Hace movimientos de succión y al tocarle boca o mejilla se gira hacia el dedo de forma clara.
- Mantiene periodos de succión vigorosa.





- El RN realiza 6 tomas/día las primeras 48-72 hs días, aceptando que los intervalos serán muy variables (a veces dos o tres tomas en períodos de 2 horas).
- En los días sucesivos suelen realizar 8-10 tomas/día.
- Cuando la lactancia ya está establecida suele adquirir un ritmo horario relativo (por la secuencia de alimentación-digestión-sueño) que la hace más confortable y que conviene facilitar (no imponer ningún horario pero sí "negociarlo").

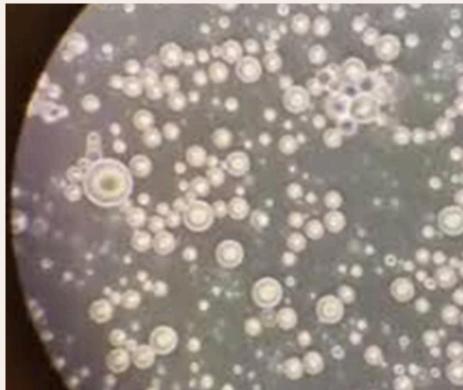
LACTANCIA PRECOZ EXCLUSIVA Y A DEMANDA

Leche materna: entre 1½ y 2 horas después de la toma el estómago del bebé suele estar casi vacío.



- Mayor proporción de proteínas del suero (solubles) que caseínas
- Emulsión (glóbulos de grasa suspendidos en el agua)
 favoreciendo absorción mas completa y rápida de triglicéridos y ácidos grasos
- Osmolaridad más baja y balance de electrolitos, menos residuo
- Contiene lipasa activada por sales biliares que ayuda a digerir la grasa
- Rica en lactosa, RN buena actividad de lactasa intestinal





CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA

ABSOLUTAS

MATERNAS:

- VIH
- HTLV: virus linfotrópico de celulas T humanas (T CD4). ITS, baja incidencia

RECIÉN NACIDO

 Galactosemia: trastorno metabolico hereditario autosómico recesivo, incapacidad de metabolizar la galactosa (componente de lactosa), baja incidencia

TEMPORAL

- Lesiones herpeticas activas en pezón areola (suspender hasta resolución de lesiones)
- Tuberculosis no tratada (suspender mientras tto)
- Uso de fcos incompatibles
 (agentes quimioterapicos, radiofcos, algunos antivirales)
- Consumo problemático de sustancias.

<u>Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006-Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/</u>

SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA POR DECISIÓN MATERNA

La supresión de la lactancia sólo debe realizarse cuando la madre lo decida después de haber recibido una correcta información respecto a las ventajas de la lactancia materna o bien porque su situación o la del recién nacido así lo exijan.

En ningún caso deberían ser las dificultades técnicas o el desconocimiento de una determinada patología los que impidan realizar una lactancia adecuada.



IMPORTANTE

- Derecho a decidir: Las madres tienen derecho a recibir información basada en evidencia y a tomar decisiones libres sobre la LACTANCIA
- Evitar daño emocional: no cilpabilizar, lo que puede aumentar la ansiedad posparto, la depresión y la sensación de fracaso, con efectos negativos para madre y bebé.
- Promover la confianza con el equipo de salud

El vínculo madre-bebé no depende exclusivamente de la lactancia: El apego seguro también se construye con contacto piel con piel, mirada, sostén y cuidados responsivos, independientemente del tipo de alimentación.

PLAN DE INHIBICIÓN DE LACTANCIA

Abordaje inicial: medidas no farmacológicas

- No estimular el pecho pero extraerse leche, hasta que disminuya la molestia, sin vaciarlos completamente. Extraer solo la cantidad necesaria y espaciar las extracciones
- Uso de sujetador que contenga el pecho sin llegar a oprimirlo y utilizar otros de tallas más pequeñas a medida que el pecho va involucionando.
- Compresas frías o de gel para aliviar congestión y dolor
- Analgésicos comunes (AINES) para disconfort
- Explicar a la madre que la lactogénesis descenderá gradualmente en 2-7 días
- Acompañamiento emocional, ofrecer apoyo psicológico
- Controlar el estado mamario

PLAN DE INHIBICIÓN DE LACTANCIA

Medidas farmacológicas

Se pueden usar en situaciones específicas (p. ej., muerte fetal, contraindicación absoluta de lactancia, mastitis grave no deseando lactancia).

Cabergolina (agonista dopaminérgico D2)

- 1 mg vo en las primeras 24 hs postparto
- Si la inhibición no es completa se puede repetir una dosis de 1 mg evaluando tolerancia y posibles factores de riesgo
- Precauciones: monitorizar tensión arterial (ppalmente si antecedes de HTA-SDPE)



Secreción

de leche

Dopamina 11

Prolactina † 1

PLAN DE INHIBICIÓN DE LACTANCIA

Medidas farmacológicas

Cabergolina (agonista dopaminérgico D2)

Efectos adversos:

Gastrointestinales: náuseas y vómitos, dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento.

Neurológicos: mareos, vértigo, cefalea, fatiga, cambios de humor,

Cardiovasculares: hipotensión ortostática, palpitaciones, taquicardia.

Otros: calambres musculares, edema periférico leve.

Contraindicaciones:

- HTA severa no controlada (reportes de aumento brusco de pa y eventos vasculares acv)
- Psicosis posparto (puede agravar síntomas psiquiátricos por exceso de dopamina.





- Hoyt-Austin AE, Kair LR, Larson IA, Stehel EK; Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. Breastfeed Med. 2022; 17(5): 365-374
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documento de consenso sobre lactancia natural. Madrid: SEGO; 2000. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/11-sego doc de consenso.pdf
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11: CD003519
- Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W. et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth 16, 90 (2016). https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1
- Mitchell, J., Jones, W., Winkley, E. and Kinsella, S.M. (2020), Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020. Anaesthesia, 75: 1482-1493. https://doi.org/10.1111/anae.15179
- World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649
- UNICEF, World Health Organization. Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: UNICEF/WHO; 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241514705

