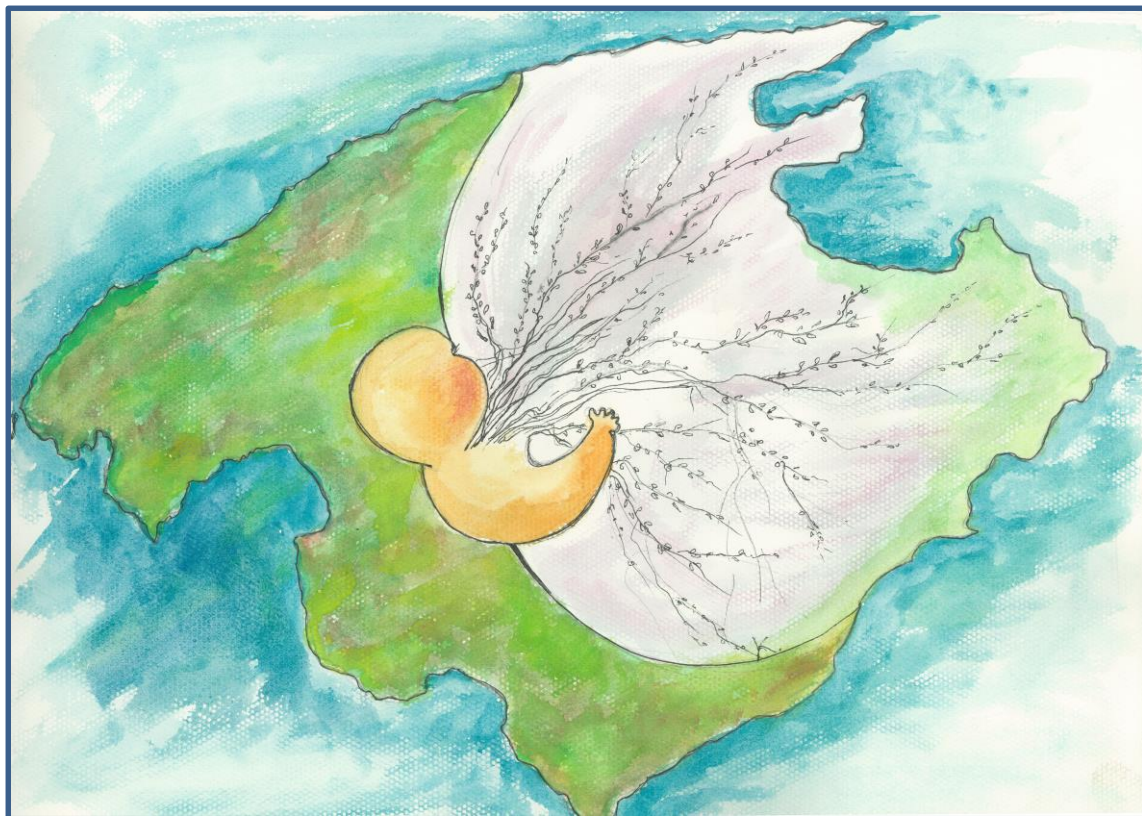




NORMATIVA LACTANCIA MATERNA HOSPITAL COMARCAL DE INCA

**Comisión Lactancia Materna HCIN
Impulsores guía BPSO Lactancia Materna**

Revisado: 1/06/2025 por la Comisión de Lactancia del Hospital Comarcal de Inca y Equipo Impulsores Proyecto “Best Practice Spotlight Organizations” (BPSO) de la Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna

Miembros de la Comisión de Lactancia de Hospital Comarcal de Inca:

Presidenta: Carmen Herrero Orenga, matrona y supervisora servicio de paritorio.

Vicepresidenta: Margalida Moranta Gelabert, enfermera especialista en pediatría y supervisora servicio materno-infantil.

Vocales:

Araceli Navas Casillas, matrona de HCIN

Marta Carmen Aguilar Ferrer, pediatra de HCIN.

Marina Castellano Sastre, pediatra de Atención Primaria.

Catalina Florit Pons auxiliar de enfermería de HCIN.

Catalina Antonia Gelabert Fernández, pediatra de HCIN.

Antonia Gost Capo, enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Lidia López Sanchez, matrona de HCIN.

Marta Lorente Sorolla, pediatra de HCIN.

Maria Ángeles Moreno Zambudio, matrona de Atención Primaria.

Carolina Munar Llobera, fisioterapeuta especialista en lactancia de HCIN.

Jessica Poyatos Ramirez, representante de madres en la comunidad

Violeta Arroyo Ramírez, FEA Urgencias HCIN

Esther Tessier España, ginecóloga de HCIN.

Secretaria: Milagros Bertos Donaire, auxiliar administrativo Son Amonda.

Miembros Equipo Impulsores Proyecto BPSO - GPC Lactancia Materna HCIN:

Joana María Más Colomar; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Cristina Burgos Díaz; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Catalina Capó Mesquida; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Neus Borrás Florit; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Isabel Moya Siquier; TCAE en unidad de materno-infantil de HCIN.

Tani Fiol Coll; TCAE en unidad de materno-infantil de HCIN.

Auba Bosch I Vallespir; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Vaitiare Ballesteros Jiménez; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Araceli Castro Romero; matrona de HCIN.

Andrés García Román; TCAE en unidad de materno-infantil de HCIN.

Antonia Gost Capó; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Elisa Medina Soldado; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Nuria Matas López; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Marina Salas Jiménez; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Antonia Domènech Jurado; TCAE en unidad de materno-infantil de HCIN.

Catalina Perelló Jaume; TCAE en unidad de materno-infantil de HCIN.

Margarita Capó Alomar; matrona de HCIN.

Maria Jesús Vilchez Marín; matrona de HCIN.

Bàrbara Bonnin Nadal; matrona de HCIN.

Paula Sánchez Alcaraz; enfermera en unidad de materno-infantil de HCIN.

Irene López Vliet Vlieland; matrona de HCIN.

Índice

Introducción.....	5
Para garantizar la implementación de esta política	6
Formación del personal	7
Atención Antenatal.....	8
Asistencia al parto.....	9
Atención posnatal	11
En Apoyo a la Lactancia exclusiva	13
Continuidad de la atención y Grupos de apoyo a la lactancia.....	16

Introducción

La dirección del Hospital Comarcal de Inca (Área de Salud de Tramuntana) y los profesionales que en ella trabajamos, somos conscientes de la superioridad de la lactancia materna, sabemos que es la mejor forma de alimentar a los niños y reconocemos los grandes beneficios para la salud que supone en la madre y su hijo/a.

Todas las madres tienen el derecho de recibir una información clara e imparcial que les permita tomar libremente una decisión informada de cómo quieren alimentar y criar a sus recién nacidos. El personal sanitario debe:

- Cumplir esta normativa en su totalidad
- Ofrecer cuidados de calidad tanto en la atención al proceso de parto, como en el postparto y la instauración de la lactancia materna, promoviendo el contacto piel con piel (CPP) inmediato tras el nacimiento y apoyando a las madres en los procesos de lactancia desde la primera toma.
- No discriminar a ninguna mujer por el método de alimentación que haya elegido para su hijo/a
- Proporcionar apoyo a todas las mujeres en la decisión que hayan tomado respecto a la alimentación de sus hijos/as.

Del mismo modo, cualquier acción que incumpla esta normativa, deberá ser registrada y justificada en la historia clínica de la madre y/o el niño/a.

Esta institución cumple con el Código Internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna (disponible en [Libro C.digo 2006.P65 \(ihan.es\)](#)).

Esta institución también cumple los diez pasos hacia una feliz lactancia natural auspiciados por la OMS, Unicef, Consejo de Europa y Ministerio de Sanidad (disponibles en [POSTER A2 ES WEB \(ihan.es\)](#))

Esta normativa ha sido desarrollada e implantada de forma respetuosa, no discriminatoria y se aplica a cualquier diada y adecuándose a las diversas culturas y etnias. Garantiza que la atención y el apoyo a las madres y las familias sean oportunos, en tiempo, apropiados y sensibles a sus necesidades, respeta la privacidad y las decisiones informadas y asegura la coordinación entre los distintos profesionales.

Se ha elaborado en coherencia con las guías de práctica clínica autonómicas, nacionales e internacionales, recomendaciones de la OMS, así como con los protocolos de lactancia materna de la institución, basados en la mejor evidencia actual.

Para garantizar la implementación de esta política

Esta institución cuenta con una Comisión de Lactancia y un equipo de impulsores del proyecto Best Practice Spotlights Organizations (BPSO), cuyo enfoque principal es la lactancia materna. Es función de estos profesionales supervisar el correcto cumplimiento de esta normativa.

Estos equipos de trabajo son interdisciplinarios y cuentan con facultativos, matronas, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y fisioterapeutas, tanto del ámbito de la atención primaria como de la especializada y con representantes de las madres en la comunidad. Se reúnen cada seis meses para el seguimiento de esta normativa y definen las intervenciones necesarias para garantizar su cumplimiento.

Esta institución cuenta con los registros oportunos y específicos referentes a la alimentación infantil, que permiten la obtención de indicadores de lactancia. Estos indicadores incluyen el inicio temprano del amamantamiento, la lactancia materna exclusiva y otros indicadores propios del centro que permiten monitorizar las diversas acciones llevadas en materia de lactancia. La monitorización de los indicadores es necesaria para evaluar el cumplimiento de esta normativa, hacer un seguimiento de los progresos conseguidos y poder detectar áreas de mejora. Los indicadores en lactancia y de atención materno-infantil son recogidos según los criterios de evaluación de la implementación de la Guía de Lactancia Materna de la RNAO (manual de evaluación de indicadores de LM de HCIN).

Esta Normativa es accesible y conocida por todos los profesionales sanitarios que tienen contacto directo con mujeres embarazadas y madres. Se entrega al personal de nueva incorporación al inicio de sus contratos y está disponible en la intranet del Hospital, en los idiomas oficiales de las Islas Baleares.

Existe un resumen de la Normativa adaptado en un lenguaje claro y comprensible para las familias, disponible en todas las áreas del centro donde se atiende a mujeres embarazadas, madres e hijos/as en los idiomas oficiales de la Isla. Esta guía adaptada también se revisa anualmente por los equipos de trabajo de lactancia del hospital.

El Hospital Comarcal de Inca facilita la lactancia entre sus profesionales, permite los descansos y cuenta con un lactario para el uso de las madres que trabajan en el centro donde pueden amamantar, extraerse leche en un entorno tranquilo y que protege su privacidad.

En ningún lugar del área materno-infantil existe publicidad sobre las fórmulas adaptadas de leche, biberones, tetinas o chupetes. Del mismo modo está prohibida la presencia de logotipos de fabricantes de estos productos en artículos tales como calendarios, posters, bolígrafos o material de papelería en general y no se admiten folletos difundidos por fabricantes de formula infantil.

En esta institución no se entregan muestras publicitarias ni regalos que contengan sucedáneos de leche materna a las embarazadas y a las madres. El hospital adquiere los productos comprendidos en El Código de Sucédáneos (leche de fórmula, tetinas, biberones o chupetes y otros) a precio de mercado y cuando se aplican descuentos sobre las tarifas, éstos no superan el 30% de descuento respecto al precio de mercado.

El material educativo que se distribuye a madres y sus familias, está aprobado por el comité de lactancia materna del área y editado por el propio Departamento de Salud de Tramuntana, por los grupos de apoyo de Mallorca y por la Consejería de Sanidad de Baleares (Ib-Salut).

A los padres que deciden, de manera informada bien por decisión propia o porque exista una contraindicación, alimentar con fórmulas infantiles a sus hijos, se les enseña cómo prepararlas correctamente, de manera individual, durante el periodo postparto. No se realiza información en grupo sobre la preparación de alimentación artificial, ya que existe evidencia de que esta información puede servir para minar la confianza en el amamantamiento.

Formación del personal

Los profesionales sanitarios son los responsables de apoyar a las madres y ayudarlas a superar las dificultades potenciales de lactancia en base a esta normativa asegurando la transmisión de sus conocimientos a todas las familias de forma correcta, coherente y actualizada.

Todos los profesionales sanitarios y de apoyo que tengan contacto con embarazadas y madres (ginecólogos, matronas, pediatras, y personal del resto de especialidades, enfermeras y auxiliares), reciben formación estandarizada en

el manejo de la lactancia a un nivel apropiado a su categoría profesional. El personal de reciente contratación recibe formación en los primeros 6 meses tras iniciar su contrato laboral.

La Comisión de Lactancia y las impulsoras de la guía de Lactancia de BPSO, trasladan las necesidades formativas en materia de lactancia a la Comisión de Docencia del centro de manera que se garantiza que todo el personal tenga la posibilidad de formarse en nuestro centro.

La formación en lactancia incluye habilidades de comunicación eficaz, asesoría en lactancia materna, patrones óptimos de alimentación, beneficios de la lactancia, instauración, inicio precoz y primera toma, técnica de lactancia y agarre profundo, extracción manual de leche, dispositivos de apoyo a la lactancia y manejo de complicaciones más frecuentes en el puerperio clínico.

Además, todos los profesionales sanitarios cuentan con formación para poder enseñar a las madres que deciden no amamantar la correcta preparación de biberones, así como a reforzar el vínculo madre-hijo. Se realiza un taller de forma individual donde las familias pueden expresar dudas o dificultades previo al alta hospitalaria tras el parto, con registro de realización en la historia clínica de la madre.

Atención Antenatal

Los centros de salud que pertenecen a nuestro Hospital cuentan con matronas que realizan el seguimiento del embarazo y trabajan en estrecha relación con el Hospital, a través de protocolos basados en una evidencia científica.

Las mujeres que dan a luz en el Hospital de Inca tienen la posibilidad de asistir a controles prenatales en los centros de salud del Área de Tramuntana en los que reciben información sobre la lactancia materna. Esta asesoría es registrada por los profesionales de atención primaria en la cartilla del embarazo y en su historia de salud y se comparte con los profesionales de la atención especializada. Esta forma de trabajo proporciona a la mujer la seguridad de que los profesionales que le asistirán en el proceso de nacimiento tienen acceso a la información necesaria acerca de la evolución de su embarazo y su intención de amamantar o de no hacerlo, para garantizarle un saludable, respetuoso y feliz acontecimiento.

Todas las embarazadas deben tener la oportunidad de hablar individualmente con un profesional sanitario sobre la alimentación infantil, antes de las 32

semanas de gestación. Esta información no debe abordarse solamente durante las clases en grupo.

Las matronas del Área de Salud de Tramuntana llevan a cabo el control prenatal de las gestantes se informan a todas las embarazadas acerca de los beneficios del amamantamiento, los riesgos potenciales de la alimentación con fórmula, bases fisiológicas de la lactancia materna y las prácticas que han demostrado facilitar la lactancia y evitar complicaciones potenciales. Esta información se ofrece de manera clara y comprensible a todas las embarazadas y tiene como objetivo aumentar en las madres la confianza en su habilidad para amamantar.

Las matronas del centro de salud lideran grupos de postparto que facilitan a las mujeres la posibilidad de compartir sus experiencias con las de otras madres lactantes.

En los casos donde se prevé riesgo de separación o necesidad de suplementación del recién nacido tras el nacimiento, desde Atención Primaria se forma a las gestantes en extracción prenatal de calostro a partir de la semana 36-37 de gestación.

Asistencia al parto

Este centro promueve la asistencia al parto desde un enfoque fisiológico con una atención centrada en la gestante. No realiza prácticas rutinarias en la asistencia a este proceso que son conocidas como perjudiciales, siguiendo las recomendaciones de la OMS y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad para el logro de un parto humanizado.

En la unidad de paritorio se respetan los deseos de la mujer siempre que no entren en conflicto con la salud Materno-Fetal o incumplan los protocolos establecidos por la unidad.

Se respeta las decisiones de la gestante tras explicar los beneficios, riesgos y posibles complicaciones de las intervenciones, como las medidas de control del dolor, la vía y el tipo de analgesia elegida, la cesárea programada y el parto inducido.

El equipo que interviene a lo largo del proceso establece una estrecha relación con las familias, informándoles en cada momento de los procedimientos que van a realizar y de la evolución de su proceso de parto.

Los profesionales que trabajan en la unidad de paritorio realizan turnos de 12 horas para abarcar el mayor número de horas de los procesos de parto, por lo que normalmente las mujeres conocen a un solo equipo, aunque en ocasiones esto se ve interrumpido por los cambios de turno.

Somos un Hospital Docente, por lo que contamos en la unidad con residentes de Matrona que están presentes y actúan en los procesos, siempre tutorizados por un profesional. Es evidente que los residentes en formación se identifican como tal y piden a las mujeres su consentimiento para poder colaborar en la atención de su proceso de parto.

Protegemos en todo momento la intimidad y privacidad de la mujer. Por ello, aconsejamos a la mujer que acuda al Hospital con un acompañante que haga de enlace y sea el comunicador con la familia a lo largo del proceso. Este acompañante, podrá permanecer continuamente en todo el proceso de parto.

No se interfiere en el desarrollo del parto, a no ser que aparezcan signos que hagan variar nuestra actuación, en este caso, siempre se pide consentimiento previo a la mujer tras haberle ofrecido la información pertinente.

Todas las prácticas e intervenciones durante el trabajo de parto, parto y período posnatal temprano de esta institución se ajustan a los protocolos actualizados elaborados por el equipo de obstetricia del centro, que orientan el manejo clínico a minimizar el riesgo de cesárea y parto vaginal instrumental (protocolo de asistencia al parto de HCIN).

Utilizamos la monitorización cardiotocográfica materno-fetal externa de forma continua o intermitente en función del riesgo gestacional y no se realizan prácticas rutinarias como el rasurado de periné, el enema o la episiotomía. La rotura de la bolsa de las aguas, la episiotomía y el uso de oxitocina, no se realizan si no está indicado clínicamente. El número de tactos vaginales siempre es el mínimo que recomiendan las guías internacionales de atención al parto.

Se favorece la movilidad durante todo el proceso del parto bajo la supervisión del profesional que atiende a la mujer, al igual que la adopción de distintas posturas en el expulsivo. Se priorizan las medidas no farmacológicas para el control del dolor en los partos de bajo riesgo. Se cuenta con diferentes métodos de control del dolor no farmacológicos como las pelotas de esferodinamia, pelotas de masajes, cojines, difusores de aromaterapia o hidroterapia. Se ofrece la posibilidad de parto en agua, siempre y cuando cumpla los criterios de inclusión protocolizados y aprobados por el servicio.

La medicación, el momento y la vía de administración de la analgesia farmacológica se eligen cuidadosamente y se discuten con las mujeres para minimizar los riesgos para la salud de la díada y garantizar una correcta instauración de la lactancia materna. En caso de que la mujer necesite analgesia farmacológica, se puede hacer uso del óxido nitroso como método de alivio del dolor del parto. Este analgésico respeta la fisiología del parto, es seguro para la madre y el bebé y puede combinarse con el parto en el agua. La analgesia epidural también se encuentra disponible en el centro.

Atención posnatal

Esta institución promueve el contacto directo piel con piel (CPP) inmediatamente después del nacimiento y el apoyo activo al amamantamiento, como parte esencial de los cuidados de calidad en la atención al parto y al nacimiento.

Los profesionales animan a todas las madres a tener a su hijo en CPP, lo más pronto posible tras el nacimiento, en un entorno tranquilo y sin tener en cuenta el método de alimentación elegido, incluyendo a los prematuros tardíos (34-36 semanas de gestación de 6/7) y a los de bajo peso al nacer (BPN), siempre que la estabilidad de la madre y el recién nacido lo permita.

Todos los recién nacidos sanos son colocados en decúbito prono sobre el pecho desnudo de la madre, desnudos, inmediatamente después del nacimiento. Se les seca completamente (excepto las manos), se les cubre con una manta abrigada para contener el calor materno. Se permite que los bebés experimenten las nueve fases del comportamiento neonatal que ocurren naturalmente cuando se les coloca en contacto piel con piel al nacer, como oler, lamer, descansar y reptar hacia el pezón antes de realizar un agarre de forma espontánea al pecho.

El CPP se realiza sin interrupciones tanto tiempo como madre e hijo necesiten y deseen, mínimo durante los primeros 90 minutos de vida o hasta que haga una toma efectiva. Nunca se interrumpe para que el personal sanitario realice procedimientos de rutina (peso del lactante, la administración de vitamina K y la profilaxis oftálmica). Estos cuidados se retrasan al menos tras las primeras horas de contacto ininterrumpido madre-lactante o hasta que se consigue una primera toma. Si se interrumpe el CPP por indicación médica o elección materna, aconsejamos reiniciarlo tan pronto como la situación clínica de madre e hijo lo permitan.

En el caso de nacimiento por cesárea, se realiza CPP tras el nacimiento dentro del quirófano siempre que la estabilidad de la madre y la criatura lo permitan,

realizando todas las medidas necesarias para facilitarlo, descritas en el protocolo de atención al periodo posquirúrgico tras una cesárea del HCIN.

La realización de CPP incluye supervisión continua (interviniendo solo si es necesario) y posicionamiento seguro para minimizar el riesgo de colapso posparto repentino e inesperado, con instrucciones para que el personal y los acompañantes de la madre aseguren el bienestar de la madre y al bebé. El protocolo de CPP y agarre espontáneo del HCIN, basado en la evidencia científica disponible, guía las prácticas clínicas de los profesionales.

Se realizan las puntuaciones de Apgar con el bebé en contacto piel con piel y no se realiza aspiración oral, nasal ni traqueal a los bebés que comiencen a respirar por sí solos, incluso con líquido amniótico meconial.

Tanto el momento de inicio CPP como su duración de forma ininterrumpida, así como el momento de la primera toma al pecho, se documentan en la historia clínica de la madre.

Se lleva a cabo un pinzamiento tardío del cordón umbilical tanto en lactantes prematuros como a término, excepto cuando la madre o el lactante estén inestables.

El baño se retrasa al menos 24 horas y solo por deseo expreso de la familia se realiza en el Hospital previo al alta hospitalaria.

El CPP inmediato con el padre o la pareja se ofrece solo si la madre no está disponible. En estos casos, se debe animar a todos los padres a que mantengan contacto piel a piel con sus recién nacidos durante su estancia en la unidad de posparto.

Se informa a las madres y familias sobre la forma de reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, facilitando el agarre espontáneo y ofreciéndoles ayuda en caso necesario.

Todas las madres y todos los recién nacidos capaces de amamantar (incluidos los bebés de bajo peso al nacer y los prematuros) deben recibir apoyo lo antes posible, dentro de la primera hora de vida. Se ofrece ayuda para facilitar el primer agarre del bebé, si este no se agarra espontáneamente en la primera hora o a petición de la madre. Una enfermera y/o matrona informan a la madre y observan, sin intervenir en la primera toma, facilitando el agarre espontáneo.

El personal sanitario confirma que todas las madres, antes del alta, saben reconocer los signos que indican que la lactancia materna está siendo eficaz, observan atentamente las primeras tomas de lactancia, utilizando una escala

validada (Escala de la Unión Europea) para valorar signos de agarre, posición y alimentación eficaces.

La enfermera y/o matrona están disponibles para ayudar a las madres con todas las tomas durante su estancia en el hospital, insistiendo en la conveniencia de que las tomas sean frecuentes y asegurando que conoce y es capaz de amamantar con postura y agarre correctos.

Todos los profesionales sanitarios muestran interés y observan el progreso de la lactancia materna cada vez que entran en contacto con una madre que esté amamantando a su hijo/a. De esta forma se facilita la identificación temprana de posibles complicaciones con vistas a que se informe adecuadamente respecto a su prevención o solución.

La posición, el agarre, la transferencia de leche, la frecuencia y características de la producción de leche del lactante, la ictericia y el peso del lactante, así como cualquier problema de alimentación, se registra en la historia clínica.

Todas las mujeres que amamantan son dadas de alta al domicilio con conocimiento de la técnica de extracción manual y con documento informativo escrito de cómo extraer, conservar y administrar la leche extraída, además de cómo obtener ayuda si lo necesitan.

Cuando existe separación de madre e hijo por razones médicas, todos los profesionales que cuidan de ambos, se aseguran de que la madre sabe cómo mantener su lactancia durante este periodo. Se anima a estas madres a extraerse la leche lo antes posible tras el nacimiento, dado que el inicio precoz tiene beneficios a largo plazo sobre la producción de leche. Se les explica la importancia de extraerse la leche al menos 8 veces al día, de forma manual o con extractor. Se les facilita el acceso de la familia a sus hijos/as para su cuidado y alimentación las 24 horas del día en la unidad de neonatología.

En el caso de lactantes que no puedan o no realicen un agarre correcto en las primeras 24h, que presentan riesgo de hipoglucemia neonatal o existan factores de riesgo materno para un retraso en la lactogénesis II, la formación en la extracción manual de leche se realiza de forma temprana desde el nacimiento.

En Apoyo a la Lactancia exclusiva

Se anima a las madres a amamantar de forma exclusiva. No se da ninguna bebida ni fórmula artificial a los niños amamantados, excepto en caso de indicación médica o elección materna tras ser informada y documentada.

La prescripción de suplementos se pauta por un pediatra. Tanto el tipo de suplementación, la causa, como el método para realizarlo y la cantidad se refleja en la historia clínica del lactante, en una transacción específica. Las razones para suplementar son discutidas con los padres y se registran en la historia clínica del niño/a o de la madre.

En el caso de necesitar dar un suplemento al bebé, se anima a la madre a hacerlo con su propia leche, ofreciéndole al niño bien cuando amamanta o por succión dedo-jeringa (Técnica contemplada en protocolo de Suplementación en Lactancia Materna). Antes de introducir leche artificial a niños amamantados, se anima a la madre a sacarse leche para dársela al niño con vaso, jeringa o sonda al pecho. Esto puede reducir la necesidad de administrar fórmula artificial.

Cuando los padres solicitan suplementación, se evalúa la toma y el profesional se interesa por los motivos de preocupación de los padres y se asegura de que la familia conoce los riesgos de administración de la leche de fórmula. Si los suplementos no están clínicamente indicados, se informa a los padres de la fisiología de la lactancia, se resuelven sus dudas y de les da apoyo para conseguir una toma eficaz. Se respeta siempre la decisión informada que los padres tomen a este respecto. Esta conversación queda registrada en la historia clínica del niño/a o de la madre.

Al alta, se realiza un taller individual a las familias que no amamantan o necesitan suplementos sobre la preparación, administración, manipulación y almacenamiento seguro de los sucedáneos de la leche materna, y se entregan instrucciones por escrito junto con el informe de alta hospitalaria.

En el Hospital Comarcal de Inca se practica el alojamiento conjunto de las madres con sus bebés las 24 horas del día. Solo se separa la diada cuando el estado clínico de la madre o del niño precisan cuidados en otras áreas.

El "alojamiento conjunto" se facilita a todos los recién nacidos incluidos los prematuros tardíos (34-36 semanas de edad gestacional) o los recién nacidos con bajo peso al nacimiento que cumplen criterios médicos y de seguridad específicos. La separación de madres y lactantes se produce únicamente por razones clínicas justificadas.

Siempre que una madre deba ser separada de su lactante, el personal la apoya para que comience a extraerse la leche lo antes posible y, al menos, dentro de las primeras 6 horas posteriores a la separación.

Se fomenta, en todo momento, el contacto físico cercano entre la madre y su hijo, para favorecer el reconocimiento de signos de hambre del bebé, facilitar el agarre y mejorar el vínculo.

Los padres pueden y se les anima a acompañar a sus hijos/as (si lo desean) para la realización de procedimientos.

Las madres que se recuperan de una cesárea reciben los cuidados apropiados, evitando en la medida de lo posible la separación madre-hijo. La recuperación postquirúrgica se realiza de forma conjunta toda la unidad familiar en el servicio de paritorio. En casos extraordinarios que no se pueda realizar en este servicio, está contemplado que pueda llevarse a cabo en el servicio de reanimación si las condiciones maternas lo permiten, siguiendo el protocolo vigente de atención al periodo postquirúrgico tras una cesárea.

Se informa a las madres de que es aceptable despertar a su hijo para alimentarlo si notan el pecho lleno. Se les explica la importancia de las tomas nocturnas para la producción de leche.

Se apoya la lactancia a demanda, facilitando que los procedimientos hospitalarios no interfieran en las tomas. El personal enseña a las madres a reconocer los signos precoces de hambre del niño y la importancia de responder a ellos sin horarios. No se imponen restricciones en la frecuencia ni la duración de las tomas (el llanto es una señal tardía de alimentación).

Se enseñará a las madres que:

- Los bebés necesitan mamar al menos ocho veces al día y muchos necesitan tomas más frecuentes.
- Es importante ofrecer ambos pechos en cada toma, pero si el bebé se sacia solo con un pecho, se debe ofrecer el lado opuesto en la siguiente toma.
- Es aceptable despertar a su hijo para alimentarlo si notan el pecho lleno.
- Las tomas nocturnas son importantes para mantener la producción de leche.

Durante el alojamiento conjunto, se indica a los padres de recién nacidos con bajo peso al nacer, prematuros o a término temprano, y recién nacidos que están perdiendo peso excesivo que alimenten al bebé ante las primeras señales de alimentación y que los despierten si es necesario, para que el bebé reciba al menos 8 tomas cada 24 horas.

El personal desaconseja el uso de tetinas o chupetes mientras se establece la lactancia. Los padres que quieran usarlos son advertidos de los posibles efectos perjudiciales que puede tener en la lactancia para que tomen una decisión informada. En los lactantes prematuros o neonatos ingresados en la unidad de

neonatología, los chupetes pueden estar indicados para la succión no nutritiva y analgesia, siempre y cuando la tetaanalgesia no sea posible.

No se recomienda el uso de pezoneras, excepto en circunstancias especiales y sólo por periodos de tiempo lo más cortos posible y tras valoración de todo el proceso en conjunto por profesional sanitario experimentado y adecuadamente formado.

Esta institución utilizará fuentes basadas en evidencia para el uso seguro de medicamentos en madres lactantes, a través de la página web de APILAM: www.e-lactancia.org.

No se ofrece de forma rutinaria inhibición farmacológica de la lactancia. Se recomiendan medidas no farmacológicas, como hielo y analgésicos suaves para aliviar las molestias y la extracción manual mamaria para alivio de la congestión mamaria. Cuando la inhibición de la lactancia pueda ser necesaria por razones médicas o psicológicas, y después de que la mujer haya tomado una decisión informada, se debe utilizar cabergolina si no hay contraindicaciones.

Continuidad de la atención y Grupos de apoyo a la lactancia

Desde el Hospital se coordina el alta de la madre y el neonato con los centros de atención primaria del Área de Salud de Tramuntana. Toda madre ingresada en el centro cuenta con una visita de continuidad asistencial con su matrona de referencia de Atención Primaria al alta. La información se traspasa a los servicios de atención primaria mediante informes al alta que contienen información específica sobre lactancia materna, lo que asegura una atención continuada.

Si el lactante aún no tiene un agarre eficaz ni se alimenta bien al momento del alta, se elabora un plan de alimentación individualizado y, dependiendo de la situación clínica, el alta del lactante puede retrasarse. En los casos en los que se considera necesario, algunas díadas son citadas en las consultas específicas de lactancia materna del hospital en las siguientes 24-48 horas tras el alta.

Un lactante sano no debe ser dado de alta sin su madre si esta necesita permanecer hospitalizada por cualquier motivo clínico, a menos que la permanencia conjunta sea imposible.

Desde los servicios de Atención Primaria se ofrece una visita con un profesional de la salud para cada díada madre-hijo en la que se evalúa el bienestar general de la madre y el bebé, su situación alimentaria y la presencia de ictericia infantil, en la siguiente semana después del nacimiento.

El Hospital Comarcal de Inca apoya la cooperación entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo voluntarios, a la vez que reconoce que las instituciones sanitarias tienen su propia responsabilidad en la promoción de la lactancia.

Desde el Hospital se facilitan a todas las madres los circuitos de contacto con todas las personas e instituciones locales que puedan apoyar sus procesos de lactancia: profesionales (pediatras, matronas, enfermeras...), consultoras de lactancia, grupos de apoyo...

Los grupos de apoyo a la lactancia celebran reuniones quincenales en nuestras instalaciones y son bienvenidos y bien recibidos si necesitan aumentar su presencia en el centro tanto por la Comisión de Lactancia del Hospital como por el grupo de impulsoras BPSO.

Redactada por: Herrero Orensa, Carmen y Navas Casillas, Araceli. Elaborado por el grupo de trabajo de LM del HCIN: Bonnin Nadal, B; Burgos Díaz, C; Capó Alomar, M; Castelló Seguí, J.M; Cerdá Juan, C; Domingo Rivas, P; Garcia Guas Córdoba, S; Gost Capó, A; Herrero Orensa, C; Jiménez Gallego, C; Molina Navas, A.B; Moranta Gelabert, M; Navarro Bertos, A; Quetglas Porquer, M; Navas Casillas, A.