



Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas
Equipo Técnico Salud del Niño y la Niña

MANUAL IMPLEMENTACIÓN CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO ESCENARIO HOSPITALARIO



SAN JOSÉ, COSTA RICA
2012

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS**



**MANUAL
IMPLEMENTACIÓN
CLÍNICAS DE LACTANCIA
MATERNA Y DESARROLLO
ESCENARIO HOSPITALARIO**

(oficializado mediante Nota 24450-2 Gerencia Médica, CCSS)

**SAN JOSÉ, COSTA RICA
2012**

Grupo Coordinador:

Dr. Robert Moya Vásquez. Pediatra. Administrador de Servicios de Salud. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Adelaida Mata Solano. Educadora y Psicóloga. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Sonia Chaves Quirós. Pediatra. Experta en Lactancia Materna.

Dr. Freddy Ulate Mora. Pediatra y filósofo. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Validado por:

MSc. Monserrat Alemán Leitón. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva. San José. CCSS.

Dr. Mauricio Amador Almanza. Neonatólogo. Hospital Dr. Adolfo Carit Eva. San José. CCSS.

Dra. Grace María Arias Castro. Enfermera de Clínica de Lactancia. Hospital San Francisco de Asís, Grecia. CCSS.

Dra. Nereida Arjona Ortegón. Pediatra Neumóloga. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Laura Brenes Vega. Enfermera de Neonatología. Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva. San José. CCSS.

Licda. Sandra Chaves Delgado. Nutricionista. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Raquel Durán Algarín. Enfermera de la Clínica de Lactancia. Hospital de Guapiles. CCSS .

MSc. Rita Hernández Solano. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital Maximiliano Peralta. Cartago. CCSS.

Dra. Ana Ruth Herrera Arroyo. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. San Ramón. CCSS.

MSc. Victoria Mata Vargas. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital Monseñor Sanabria. Puntarenas. CCSS.

MSc. Viela Mora. Enfermera Pediátrica. Servicio de Desarrollo. Hospital Nacional de Niños. CCSS.

MSc. Kattia Morales González. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. San José. CCSS.

Dr. Ronald Ocampo Mora. Neonatólogo. Hospital San Vicente de Paúl. Heredia. CCSS.

Dra. Odiney Quirós Serrano. Enfermera. CCSS.

Dra. María Eugenia Rodríguez Cordero. Enfermera de la Clínica de Lactancia. Hospital Enrique Baltodano Briceño. Liberia. CCSS.

MSc. Giselle Rodríguez Rodríguez. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital San Rafael. Alajuela. CCSS.

Msc. Nuria Ruiz Velásquez. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital Dr. William Allen. Turrialba. CCSS.

Dra. Heileen Sanchez Solano., Neonatóloga Hospital Dr. Tony Facio Castro. Limón. CCSS.

Dra. Flory Vanessa Umaña Herrera. Médico General. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Ana Isabel Torres Torres. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. San José. CCSS.

Dra. Sonia White Hooker. Enfermera de las Clínica de Lactancia. Hospital Tony Facio. Limón. CCSS.

MSc. Marcela Zárate Montero. Enfermera Clínica de Lactancia. Hospital México. CCSS.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	6
Justificación.....	8
Conceptualización básica de la clínica.....	14
Organización de la gestión.....	20
Bibliografía.....	32
Anexos.....	34

INTRODUCCIÓN

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Educación Pública (MEP) y el Ministerio de Salud (CEN-CINAI) en conjunto con la Universidad de Costa Rica, la Universidad Estatal a Distancia y la Universidad Nacional, desde el año 2007 inician un proceso de construcción conjunta del fortalecimiento de la atención al desarrollo de niños y niñas mediante el “*Sistema de Atención Integral e Intersectorial del Desarrollo de la Niñez*” (SAIID). El SAIID tiene como marco el ciclo vital, está diseñado considerando el pensamiento sistémico, la salud y educación orientadas al desarrollo integral de la niñez desde el útero y tiene como ejes fundamentales:

- El niño y la niña como persona, la familia y la comunidad.
- El mejoramiento de la calidad de la atención centrada en desarrollo de niños y niñas en salud y educación.
- La articulación de recursos y las intervenciones intersectoriales, con enfoque de redes.
- La participación de los actores sociales que sirvan de enlace entre la CCSS, el MEP y los CEN-CINAI, aunado a otras instituciones gubernamentales como las universidades. elaboración de protocolos intersectoriales con criterios de calidad y evidencia científica que permitan planificar, dirigir, ejecutar y evaluar los procesos de atención continuamente.
- La integración de equipos de trabajo intersectoriales que velen permanentemente y a diferentes niveles por el desarrollo integral de la niñez en sus respectivas instituciones.
- El mejoramiento del costo efectividad en los servicios.
- El compromiso intersectorial en la dotación de recursos.

La operacionalización de este sistema se basa en acciones transdisciplinarias definidas con base en la evaluación de las acciones ejecutadas, teniendo en cuenta la realimentación de los procesos para redefinir y priorizar las acciones a realizar en el futuro, tomando en cuenta la planificación estratégica, la gestión del recurso humano (perfil del equipo), las responsabilidades del equipo interdisciplinario, de las familias y de las personas usuarias de la atención, todo de acuerdo al enfoque de derechos de la niñez.

Asimismo, responde a la necesidad de fortalecer los procesos de atención al desarrollo de niños y niñas recién nacidos identificados de acuerdo a criterios de riesgo, sincronizados con la promoción y verificación de la Lactancia Materna desde la primera hora de vida. Igualmente, responde a la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño, la

Niña y la Madre, y a la evidencia que la atención del recién nacido centrada en el desarrollo, mejora el impacto en el bienestar integral de niños y niñas.

La atención mediante estimulación de aquellos niños y niñas recién nacidos que presentan condiciones perinatales de alto riesgo que ameritan un seguimiento particular y especializado, es una experiencia que ya se realiza en el país en diferentes instancias hospitalarias (Hospital Nacional de Niños, Hospital San Juan de Dios, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, Hospital, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital México) lo innovador de esta propuesta es articularla con la atención brindada en las Clínicas De Lactancia Materna y Desarrollo , visualizando la atención del recién nacido de manera integral, sistémica y continuada, donde la participación de los padres, madres o encargados es fundamental. En el presente documento se detallan los aspectos técnicos de esta iniciativa.

JUSTIFICACIÓN

Un tamizaje de desarrollo desde el período postnatal inmediato con estrategias nacionales y sistemáticas tiene un gran impacto en el desarrollo de los niños y las niñas. Se ha encontrado que si en un país se deja solamente el criterio clínico como fuente de detección, se detecta menos del 30% de niños con algún trastorno del desarrollo, mientras que utilizando una adecuada estrategia de tamizaje, la detección puede llegar al 70-90%.

En la 54° Asamblea Mundial de la Salud (2001) se concluye que se debe seguir con el amamantamiento hasta más allá de los dos años de edad, siendo complementado esto con la ingesta de otros alimentos a partir del 6° mes de edad, ello como parte de la estrategia de disminución de la morbi-mortalidad infantil.

Respecto a los Objetivos de desarrollo del Milenio, la presente propuesta toma en cuenta dos principios que dicha iniciativa promueve: la promoción de la intersectorialidad e interinstitucionalidad y el mejoramiento de la equidad y la extensión de la protección social en materia de salud.

“La salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales, que formen parte de estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza. Por ello, para lograr mejoras en la salud hay que incidir más ampliamente en las políticas sociales, trascender la visión de compartimientos estancos y reconocer los niveles de interdependencia de las metas”. Además junto a esta necesidad tenemos que “para abordar las desigualdades es necesario que los países de la región se comprometan firmemente con los imperativos de equidad y solidaridad, y se adopten medidas sinérgicas en varios niveles, con el fin de reducir la desigualdad de acceso a los servicios; mejorar el funcionamiento de las instituciones en beneficio de todos y fortalecer la capacidad de distribución de recursos del Estado. (Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe, el derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio, Cap. 5)

En los Estados Unidos de Norteamérica, un 17% de las personas menores de 18 años de edad tienen una discapacidad del desarrollo, un 2% de los niños en edad escolar tienen una grave discapacidad del desarrollo como retraso mental o parálisis cerebral, y requieren servicios educativos especiales o cuidados adicionales. Los departamentos de educación estatales y federales gastan unos \$36 mil millones de dólares cada año en programas educativos especiales para personas con discapacidades del desarrollo entre los 3 y los 21 años de edad (Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades CDC, 2006).

Entre todos los recién nacidos, los pequeños para su edad gestacional (peso bajo para su edad gestacional), son particularmente vulnerables por lo que su identificación temprana es importante porque “presentan un mayor riesgo de morbilidad perinatal, de presentar trastornos de crecimiento y desarrollo y de enfermedad cardiovascular en la edad adulta. (, todo lo cual ha llevado a que se hagan propuestas sobre el seguimiento incluyendo el nivel de atención primarias (Caserío y Pallás, 2009).

En el año 2010, de un total de 65881 nacimientos en la CCSS, 4855 niños y niñas (7.4% del total) pesaron menos de 2500 grs.; dado que la gran mayoría de estos presentan trastornos perinatales que dejan múltiples secuelas en el desarrollo, estas cifras reflejan la necesidad de fortalecer las acciones integrales que se deben llevar a cabo, lo que incluye un seguimiento integral en la red de servicios.

“Las deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo. Existen pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual. Estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida. Si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, se afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con peso bajo y pueden tener mayor riesgo de partos complicados. El elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo del país. Por lo tanto, las consecuencias funcionales globales de la desnutrición son enormes” (OPS, 2010).

El inicio temprano de la lactancia materna (LM) trae beneficios para la supervivencia y desarrollo. La LM promueve la supervivencia infantil, la salud y el desarrollo cerebral. Si bien, brinda beneficios de por vida tanto a la madre como al niño, los riesgos de no recibirla son mucho más pronunciados en la infancia (Edmond, 2006; Horta, 2008 y Mullany, 2008). El inicio temprano de la LM y su empleo exclusivo durante los primeros seis meses de vida previenen la mortalidad, en gran medida porque reducen el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Este riesgo es menor debido a que:

- El calostro, la primera leche, y la leche materna, contienen factores protectores que brindan protección pasiva y activa frente a una amplia variedad de patógenos. El calostro es particularmente rico en estos factores y su ingestión durante la primera hora de vida previene la mortalidad neonatal.
- La lactancia materna exclusiva (LME) o la alimentación basada solamente en la leche materna elimina la ingestión de microorganismos patógenos que pueden ingresar al

organismo del lactante mediante agua, otros líquidos y alimentos. También previene el daño de las barreras inmunológicas del intestino del lactante, debido a sustancias contaminantes que se encuentran en las fórmulas lácteas u otros alimentos.

La LM previene la mortalidad neonatal. En América no solamente la mortalidad infantil y de la niñez se viene concentrando en el período neonatal, la mayor parte de la reducción del 48% de la mortalidad infantil, ocurrida desde 1995 ha sido lograda a expensas de la reducción de la mortalidad post-neonatal (OPS, 2008).

En el período neonatal (los primeros 28 días de vida), la mayoría de las muertes ocurre durante los primeros 7 días, provocando que la primera semana de vida sea un momento particularmente vulnerable (Lawn, 2005). Muchas causas de mortalidad neonatal pueden ser sujetas a intervención; la mayoría pueden ser evitadas.

Un análisis mundial de 4 millones de muertes neonatales, mostró que las infecciones (sepsis, neumonía, tétanos y diarrea) provocaron el 36% de las muertes, y los nacidos prematuros un 27%. 6 En América, la infección y el bajo peso al nacer están presentes en 56% de todas las muertes perinatales y neonatales (OPS, 2006). Los efectos deletéreos de ambas causas pueden ser prevenidos o reducidos mediante el inicio temprano de la LM (o alimentación con leche humana) y con la LME.

Los recién nacidos que son colocados en el seno durante la primera hora de vida, tienen una menor probabilidad de morir en el período neonatal. Dos estudios recientes, que incluyeron cerca a 34,000 recién nacidos, muestran que el riesgo de muerte se incrementa a medida que existe demora en el inicio de la LM (Edmond, 2006; Horta, 2008 y Mullany, 2008).

En Costa Rica de acuerdo a la Encuesta de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2006, la lactancia materna al nacer se lograba en un 96%, lactancia materna exclusiva a los 6 meses de sólo 10% y una lactancia materna hasta los 2 años de un 25 %. Esto implica que existen diferentes factores que influyen en que no se logre cumplir los ideales con respecto a una alimentación sana y adecuada, lo que implica grandes retos de intervención por parte de todos los sectores del país.

Los beneficios del inicio temprano de la LM y la estimulación del desarrollo, son particularmente evidentes en el caso de recién nacido prematuros y con bajo peso al nacer (Lucas, 1994 y Lucas, 1990). Esto justifica la particular importancia de aplicar intervenciones orientadas a prevenir la mortalidad neonatal, con el propósito de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionado con la supervivencia de la niñez (Objetivo 4).

En Costa Rica el número de recién nacidos pretérminos se ha incrementado en los últimos años teniendo para el 2010 un total de 12 222 nacimientos pretérminos, que representan un 18% del total de nacimientos del país (Ver Tabla 1).

Tabla 1
Número de Niños y Niñas Pretérmino nacidos en Hospitales Nacionales y Regionales de Costa Rica 2010.

Hospitales Nacionales y Regionales	Número de Nacimientos Prematuros
Nacionales:	4754
Central Norte:	1987
Central Sur:	1145
Huetar Norte:	658
Pacífico Central:	711
Huetar Atlantica:	920
Brunca	792
Chorotega:	1245
Total:	12 222

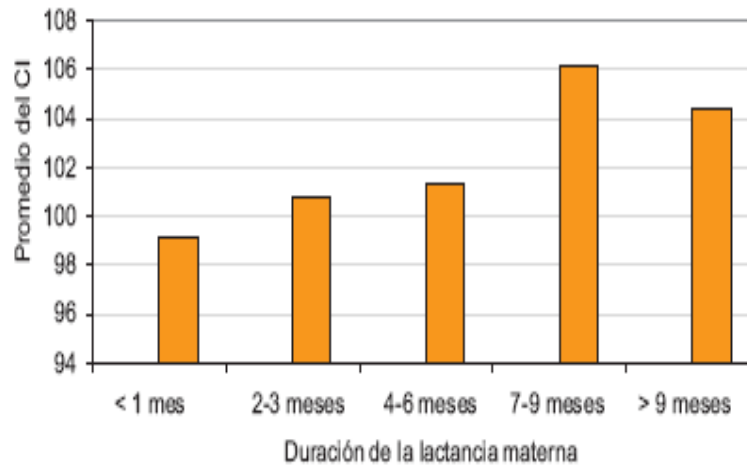
Fuente: Consulta en Línea. Área de Estadísticas en Salud, 2011, CCSS.

Todos estos niños y niñas nacidos pretérmino, son de riesgo tanto en su crecimiento como en su desarrollo, lo que implica una gran responsabilidad a nivel de todo el país para garantizar que sean atendidos de manera integral asegurando su salud desde el nacimiento y con continuidad en la Red de Servicios.

Por tanto el acompañamiento oportuno y las intervenciones tempranas permiten a este grupo poblacional, evolucionar según su potencial en todas las dimensiones de su desarrollo. En este sentido, la LM, contribuye no solo con el estado de salud física del niño o niña sino que fortalece su desempeño neuropsicológico. En promedio los niños amamantados durante 6 a 9 meses tienen un coeficiente intelectual que supera en unos

6 puntos al de los niños amamantados durante menos de un mes (Figura 1) (Mortenson, 2002). Este sólido hallazgo ha provocado que algunas personas denominen a la leche materna como “leche más inteligente”. Los lactantes alimentados con LM exclusiva durante 6 meses, en vez de 4 meses, también gatean y caminan antes (Dewey, 2001)

Figura 1
Promedio de Coeficiente Intelectual según duración de la lactancia materna.



Fuente: Mortenson et al., The association between duration of breast-feeding and adult intelligence. JAMA. 287:2365-2371 (2002).

La promoción de la LM y la vigilancia del desarrollo del niño y la niña es una de las mejores “apuestas” de la salud pública. Algunas investigaciones han demostrado que los comportamientos maternos individuales pueden ser modificados favorablemente y que estos cambios individuales contribuyen, de manera colectiva, a una tendencia nacional positiva en los patrones de LM (Chaparro y Lutter, 2010).

Por ello, para asegurar que todos los recién nacidos se beneficien de la LM y de la vigilancia de su desarrollo, se requiere de un esfuerzo concertado entre los gobiernos, sistemas de salud, empleadores y sociedad general. También se precisan acciones realizadas por las organizaciones no gubernamentales y las comunidades para asegurar que cada madre trabaje en un medio donde la decisión de dar de mamar sea una opción fácil de ser practicada y donde la familia disponga de oportunidades para estimular el desarrollo del niño y la niña según su condición.

Es importante tener presente, que la vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción del desarrollo normal y a la detección de problemas en el desarrollo durante la atención primaria de la salud del niño. Es un

proceso continuo y flexible, que incluye información de los profesionales de salud, padres, profesores y otros” (Huthsson y Nicholl, 1988).

Un tamizaje temprano de desarrollo con estrategias nacionales y sistemáticas tiene un gran impacto en el desarrollo de los niños y las niñas. Se ha encontrado que si en un país se deja solamente el criterio clínico como fuente de detección, se detecta menos del 30% de niños con algún trastorno del desarrollo, mientras que utilizando una adecuada estrategia de tamizaje, la detección puede llegar al 70-90% .

Ante esta evidencia científica se define la importancia de establecer centros especializados en la promoción, apoyo y vigilancia del éxito del amamantamiento y desarrollo de los niños y niñas.

Por ello, las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de Niñas y Niños en cada hospital, representan la mejor estrategia para la identificación precoz de situaciones de riesgo, la atención y el seguimiento de trastornos de desarrollo, mediante la alianza en red con los demás servicios intra y extra hospitalarios, además de los servicios existentes en otras instituciones.

CONCEPTUALIZACION BÁSICA DE LA CLINICA

DEFINICIÓN

La Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, forma parte del Servicio de Neonatología del Hospital. Es un servicio que ofrece un equipo de trabajo integrado por profesionales de la salud que implementan acciones centradas en el desarrollo con el recién nacido. Es un equipo líder de su red de servicios, capacitado y sensibilizado para promover la lactancia materna, iniciar el proceso de detección y atención de manera oportuna de aquellos niños y niñas que presenten o tengan la probabilidad de presentar alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral y dar seguimiento a todas aquellas condiciones de riesgo en los niños nacidos en el centro hospitalario y en la red de servicios.

POBLACIÓN DIANA

- Equipo de salud de las Clínicas de Lactancia y Desarrollo y grupos de apoyo.
- Los miembros del equipo de salud de los tres niveles de atención que atenderán consultas y canalizarán referencias como parte de sus actividades cotidianas, para el fortalecimiento del proceso de lactancia materna y desarrollo.

POBLACION META

- Todos los niños y niñas nacidos en el centro hospitalario.
- Toda madre y familiares de niños y niñas nacidos en el centro hospitalario que requiera apoyo para el amamantamiento y promoción del desarrollo.
- Funcionarias del establecimiento, sede de la Unidad, en periodo de amamantamiento y fomento del desarrollo de sus hijos-as.
- Niños y niñas detectados en la sede de la Unidad o en la Red de Servicios del Área de Atracción, con algún grado de riesgo en el desarrollo o en el proceso de amamantamiento, de acuerdo a criterios de referencia establecidos y nivel de complejidad (Anexo 1).

REQUISITOS PARA EL FUNCIONAMIENTO

Recurso Humano Asignado a la Unidad

- Pediatra o Médico(a) General asignado a la Unidad, capacitado en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral (Anexo 2).
- Enfermera(o) especializada(o) en obstetricia, neonatología, estimulación temprana, lactancia materna o pediatría y capacitada en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones en el proceso amamantamiento (Anexo 3).
- Enfermera(o) especializada(o) asignado(a) a la Unidad en obstetricia, neonatología, estimulación temprana, lactancia materna o pediatría y capacitada en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones desarrollo integral (Anexo 4).
- Auxiliar de enfermería capacitada(o) en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral.
- Funcionario(a) Registros Médicos (repcionista, secretaria).

Recurso Humano de Apoyo

- Toda Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo como Unidad Hospitalaria dispone del apoyo de los Servicios intra y extrahospitalarios, mediante el sistema de interconsultas y referencias según corresponda.

Espacio Físico

- Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo debe tener un espacio físico adecuado según la cobertura de atención, para que se puedan desarrollar las actividad de la Unidad, el cual debe cumplir las siguientes condiciones:
- Aplicar la Ley 7600 Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.
- De fácil acceso a la madre en post parto y a los usuarios externos.
- Dimensiones adecuadas para desarrollar consulta grupal.
- Normas de Bioseguridad.

- Baja contaminación sónica.
- Ventilación e iluminación adecuada de preferencia natural.
- Adecuada ambientación y ornato.

Equipamiento y materiales

- Camilla de exploración de pacientes (Código 7-65-01-0354)
- Sillas para personal y usuarias(os)
- Cunero (Código 7-65-01-0680)
- Balanza digital neonatal (Código 7-50-23-0001)
- Cinta métrica
- Computadora
- Equipo diagnóstico
- Oxímetro de pulso
- Equipo de limpieza de bombas extractoras
- Gasas esteriles
- Masajeador
- Mascarillas
- Bilirrubinómetro (Código 7-50-23-0010)
- Equipo de diagnóstico portátil (Código 7-50-12-0075)
- Impresora
- Telfax (idealmente con línea directa para consultas telefónicas)
- Escritorio
- Lavatorio
- Refrigeradora para almacenamiento de leche materna
- Bombas extractoras manuales (Código 294-030-260)
- Conchas recolectoras de leche
- Jabón
- Toallas desechables
- Basurero
- Almohadas o don
- Beberitos (Código 352-020-025)
- Sistema de lactancia suplementario (Código 8-62-120010)
- Jeringas
- Sondas de alimentar
- Vasos para recolectar fluidos corporales (Código 288-01-0900)
- Copas o vasos para recién nacido (Código 352-020-030)
- Equipo para evaluación del desarrollo
- Equipo Básico para estimulación del desarrollo

- Materiales de oficina
- Material educativo
- Archivero
- Bomba extractora de leche (Código: 7-50-23-0020) Partida Presupuestaria: 2320 las características según Catalogo de Equipamiento Médico 2010 son:
 - Bomba de succión de pistones o de diafragma manejado por motor eléctrico.
 - Control para graduar succión manualmente.
 - Manómetro de lectura de presión.
 - Con interruptor para encender y apagar el equipo.
 - Para conectarse a 120VAC 60HZ.
 - Enchufe polarizado.
 - Compuesta por: motor de bomba, manguera de conexión, copa, filtro,
 - Todas las partes (salvo el motor y el filtro) deben de ser esterilizables
 - La copa debe será de plástico o material esterilizable.
 - Incluir 20 copas.
 - Incluir 100 filtros.

OBJETIVOS

General

Intervenir de manera oportuna, articulada en red y con calidad en la atención de aquellos niños, niñas, que presenten o tengan la probabilidad de presentar alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral así como a sus madres.

Específicos

1. Identificar en los niños nacidos en el centro hospitalario y su madre o familia, condiciones de riesgo para el amamantamiento o la atención de las alteraciones del desarrollo, mediante historia clínica, examen físico e instrumentos de tamizaje establecidos.
2. Ofrecer servicios de consejería, acompañamiento y atención a la madre, familia y el niño o niña para la resolución de problemas o riesgos detectados en el proceso de amamantamiento y desarrollo integral.
3. Activar las redes de apoyo para favorecer el seguimiento de los casos identificados con riesgo.

4. Coordinar con otros servicios intra y extrahospitalarios, así como, intersectoriales en apoyo a la atención de los casos detectados según corresponda.
5. Coordinar la red de Clínicas de Lactancia y Desarrollo de su área de adscripción para garantizar la atención integral, integrada y continuada de los casos identificados.
6. Brindar información a cuidadores y personal de salud acerca de la estimulación temprana, la lactancia materna y el desarrollo integral en la niñez.
7. Coordinar con los funcionarios de salud del Banco de Leche Humana las actividades relacionadas con la madre donadora.
8. Fortalecer la gestión de calidad de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo.

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Estrategias de detección de situaciones de riesgo.
2. Clasificación de niño o niña y madre según criterios de riesgo.
3. Abordaje del recién nacido(a) detectado con riesgo en el desarrollo o el proceso de amamantamiento.
4. Abordaje de la madre con problemas relacionados con la lactancia materna.
5. Apoyo a las funcionarias del establecimiento y madres de niños(as) hospitalizados en período de amamantamiento para que extraigan y conserven la leche materna de manera adecuada.
6. Identificación de recursos que pueden integrar la red de apoyo.
7. Conformación y coordinación grupos de apoyo según necesidades.
8. Interconsultas según necesidades.
9. Apoyo a organización y funcionamiento de Bancos de Leche Humana.
10. Funcionamiento articulado con el Comité Local de Lactancia Materna y Desarrollo así como otros grupos funcionales y servicios hospitalarios vinculados con la atención de la niñez.

11. Establecimiento de la red según organización institucional.
12. Distribución a las áreas de salud del sector de adscripción de bombas de extracción manual de leche materna e insumos para la alimentación alternativa.
13. Desarrollo de programa de rotación y capacitación para los funcionarios de la red según área adscripción y expertiz desarrollado.
14. Consejería sobre estimulación temprana, lactancia materna y desarrollo integral.
15. Coordinación con el personal del Banco de Leche Humana más cercano la captación, registro y educación de las madres donadoras de leche materna en los Centros de Recolección de Leche Humana.
16. Coordinación con el personal del Banco de Leche Humana más cercano, la divulgación y promoción de las funciones del Banco de Leche Humana
17. Divulgación del servicio prestado por la Clínica a la población.
18. Autoevaluación del servicio con herramientas de calidad.
19. Registro y documentación de la gestión.

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN

La Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo (CLMD) es la Unidad Hospitalaria se ubica estructuralmente como parte del Servicio de Pediatría y/o Neonatología y funcionalmente recibe el apoyo de todos los servicios hospitalarios que coadyuvan al bienestar de la madre y el recién nacido durante su estancia en el establecimiento de salud; tanto en los aspectos de promoción y prevención como de abordaje.

Este servicio, cuenta con el apoyo del **Comité Local de Lactancia Materna** del Hospital, que a partir de la publicación de este lineamiento se define de la siguiente manera:

Comité Local de Lactancia Materna y Desarrollo: Grupo interdisciplinario integrado por un representante de los Servicios de Neonatología o Pediatría, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Banco de Leche Humana y Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo que desarrolla las funciones que se describen a continuación.

Funciones

- Operativiza en el establecimiento de salud al que pertenece los lineamientos nacionales emanados por el Equipo de Salud del Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas de la Gerencia Médica de la CCSS. y la Comisión Nacional de Lactancia Materna.
- Coordina las autoevaluaciones y evaluaciones externas del hospital en el marco de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre.
- Coordina y ejecuta procesos de capacitación permanente del personal del hospital y las Áreas de Salud de la red de servicios que le corresponde, en el tema de Lactancia Materna y Desarrollo de niños de 0 a 3 años.
- Vigila el cumplimiento de la normativa vigente en relación con derechos de la madre, el recién nacido y deberes de los funcionarios de salud en la atención, descritas en el Código de Trabajo (Ley N° 1), el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 7739), Ley N° 7430 “Fomento de la Lactancia Materna” y su Reglamento, Ley N° 7494 “De Contratación Administrativa” y Ley N° 7435 “Protección de la Madre Adolescente”.
- Desarrolla actividades educativas de promoción hacia la comunidad durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna (1 al 7 de agosto) y el Día Internacional de Donación de la Leche Humana (19 de mayo), así como en otros momentos que lo considera necesario.

En relación con la prevención y el abordaje, la Clínica, recibe el apoyo del **Comité de Estudio Integral de Niñas, Niños y Adolescentes Agredidos (CEINNA)**, grupo que se integra en el hospital en cumplimiento al Artículo 48 del Código de la Niñez y la Adolescencia y su respectivo reglamento. Está integrado por profesionales de diferentes disciplinas que velan por la atención integral a las personas menores de edad víctimas de cualquier tipo de abuso. Este grupo tiene como funciones las siguientes.

- Coordina con otras instituciones (Patronato Nacional de la Infancia, Ministerio de Educación Pública, Fuerza Pública, Ministerio Público, Ministerio de Salud, entre otros) para mejorar la atención de las personas menores de edad.
- Realiza actividades de promoción de la paz, como de prevención, detección, atención y seguimiento de cualquier tipo de abuso de niñas, niños o adolescentes.
- Denuncia las situaciones de abuso detectadas.
- Asegura la atención integral de las situaciones de abuso detectadas siguiendo criterios científicos.
- Brinda atención integral considerando los derechos de niñas, niños y adolescentes de no discriminación (Artículo 3); Interés superior (Artículo 5); Derecho a la vida (Artículo 12); Protección estatal (Artículo 13); Información (Artículo 20); Integridad (Artículo 24); Privacidad (Artículo 25); Honor (Artículo 26); Imagen (Artículo 27); Denegación de consentimiento (Artículo 46).

Igualmente, mediante interconsultas, la CLMD puede coordinar con los Servicios de Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Medicinas, Pediatría, Cirugía, entre otros.

La CLMD está organizada para ofrecer servicios de:

Atención directa a la madre en proceso de amamantamiento.

- Información acerca de cuidados generales de la madre en el postparto inmediato y del recién nacido.
- Abordaje de patologías de la madre asociadas al proceso de amamantamiento
- Consejería en Lactancia Materna y Desarrollo del Niño(a)
- Educación en derechos de la madre embarazada y en periodo de lactancia
- Articulación con otros servicios institucionales según perfil de la madre.

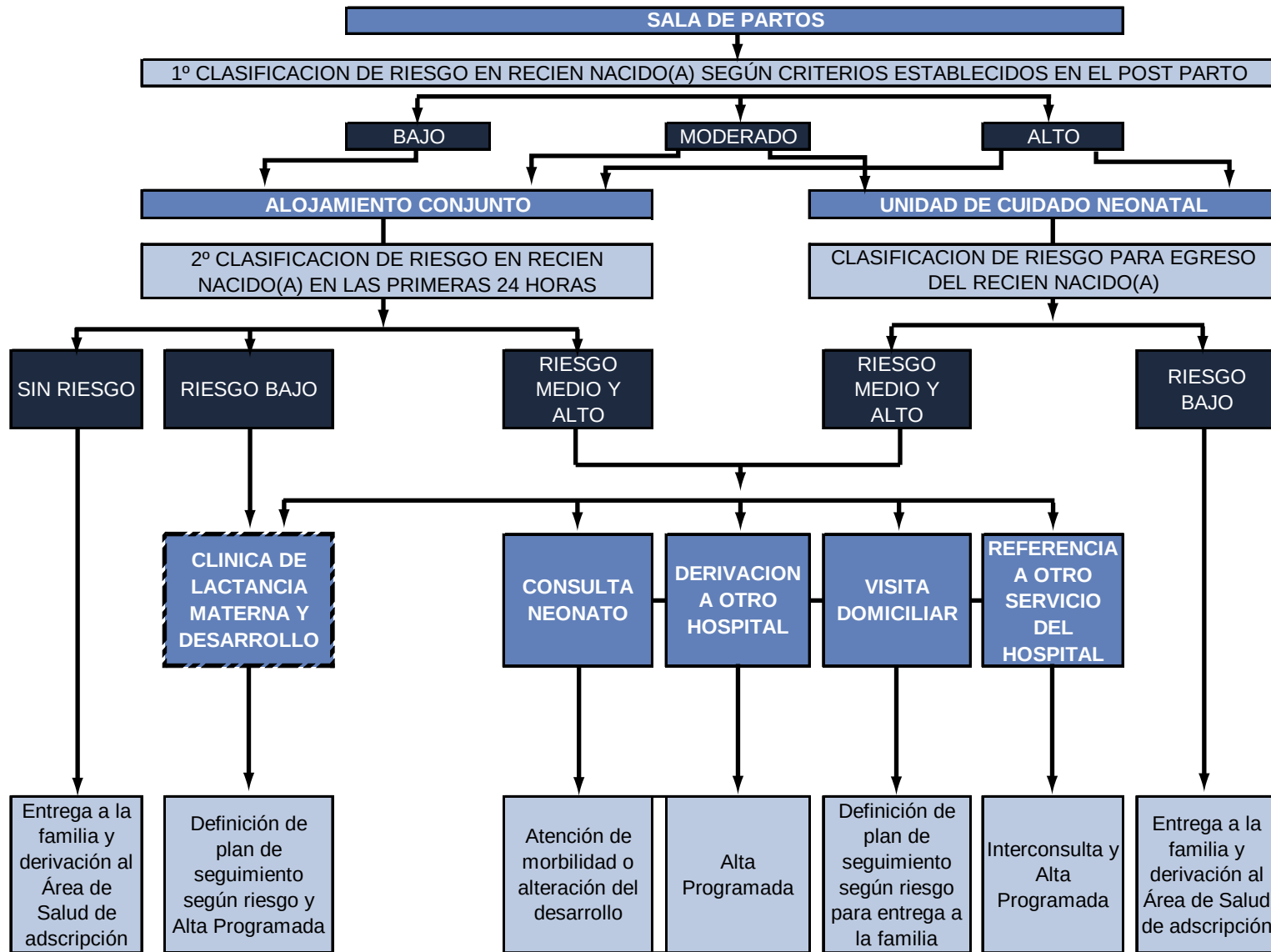
Atención directa al recién nacido.

- Valoración de situación de riesgo para el amamantamiento y el desarrollo integral.
- Abordaje de patologías del recién nacido relacionadas con la lactancia materna y el desarrollo integral.
- Aplicación de técnicas de estimulación temprana para el amamantamiento y el desarrollo integral.
- Referencia a otros servicios intra y extra institucionales según necesidades del niño o niña.

Apoyo al proceso de extracción y conservación de la leche a las funcionarias del establecimiento.

- Educación para extracción de leche materna.
- Facilitar insumos para la adecuada extracción y conservación de la leche.

FLUJO DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL DESARROLLO BRINDA AL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL



**MATRIZ OPERATIVA DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA
IMPLEMENTACION DE LA CLINICA DE LACTANCIA MATERNA Y
DESARROLLO DE NIÑAS Y NIÑOS: ESCENARIO HOSPITALARIO Y DE LAS
ÁREAS DE SALUD**

OBJETIVO	LINEA DE ACCION	TAREAS
1. Identificar en los niños nacidos en el centro hospitalario y su madre o familia, condiciones de riesgo para el fracaso del amamantamiento y/o alteraciones del desarrollo, mediante historia clínica, examen físico e instrumentos de tamizaje establecidos.	Estrategias de detección de situaciones de riesgo.	• Valorar a los niños y niñas que son referidos a la CLMD de los servicios de neonatología general, cuidados intermedios e intensivos, así como, de alojamiento conjunto. • Observar niño y madre referidos de los salones para detectar riesgo en proceso de lactancia y desarrollo (Anexo 5). • Revisar expediente de salud de la madre y hoja de recién nacido. • Completar historia clínica en el expediente clínico del niño o niña cuando lo tenga anotando los factores de riesgo que implican su seguimiento.
	Clasificación de niño y madre según criterios de riesgo.	• Recomendar alta a madre y niño detectados sin riesgo. • Recomendar el no egreso de madre y niño detectado en riesgo medio o alto hasta indicar proceso de atención a seguir. • Coordinar con la familia apoyo y colaboración con la madre en el hogar. • Indicar a la madre el flujo de atención a seguir.

2. Ofrecer servicios de consejería, acompañamiento y atención a la madre, familia y el niño o niña para la resolución de problemas o riesgos detectados en el proceso de amamantamiento y desarrollo integral.	Abordaje del recién nacido(a) detectado con riesgo en el desarrollo o el proceso de amamantamiento.	• Programar consultas de acuerdo a casos detectados en visitas a salón, referencias o interconsultas. • Organizar las consultas de acuerdo a complejidad y tiempo de respuesta. • Hacer diagnóstico de necesidades: - Abrir expediente de salud o Hoja de Tamizaje en Lactancia Materna y Desarrollo (Anexo 6). - Efectuar Historia Clínica completa - Hacer examen físico y neurológico. - Evaluar crecimiento del niño (a) según su condición: prematuro (a), término, o Síndrome Down (Anexo 7). - Tamizar al niño(a) por ictericia neonatal utilizando bilirrubinómetro (Anexo 8). - Revisar Técnica de Amamantamiento (Anexo 9). - Aplicar Prueba de Evaluación del Desarrollo según criterios (Anexo 10). • Elaborar plan individualizado según problema del desarrollo o en el amamantamiento. • Educar a cuidadores(as) para la aplicación de las actividades en el hogar.
---	--	---

2. Ofrecer servicios de consejería, acompañamiento y atención a la madre, familia y el niño o niña para la resolución de problemas o riesgos detectados en el proceso de amamantamiento y desarrollo integral <i>(continúa)</i>.	Abordaje del recién nacido(a) detectado con riesgo en el desarrollo o el proceso de amamantamiento <i>(continúa)</i>.	• Recomendar a los cuidadores(as) páginas web y materiales relacionadas con la atención del niño(a). • Ejecutar actividades del plan de manera grupal o individual según corresponda. • Entregar sondas y kits de alimentación según necesidades. • Registrar en el expediente de salud las indicaciones y avances. • Dar seguimiento a los avances y resultados del plan. • Efectuar alta programada del caso (Anexo 11). • Referir en caso de no evolución del niño(a). • Registrar estadística.
	Abordaje de la madre con problemas relacionados con la lactancia materna.	• Programar las consultas por visitas a salón, referencias o interconsultas. • Organizar las consultas de acuerdo a complejidad y tiempo de respuesta. • Corregir técnica de lactancia materna cuando así se requiera (Anexo 8). • Definir estrategia de abordaje de acuerdo a necesidades (Anexo 12). • Diagnosticar causas e indicar suplementación con formula infantil o leche de banco cuando se requiera según protocolo (Anexo 13). • Explicar métodos para administrar leche materna

2. Ofrecer servicios de consejería, acompañamiento y atención a la madre, familia y el niño o niña para la resolución de problemas o riesgos detectados en el proceso de amamantamiento y desarrollo integral <i>(continúa)</i>.	Abordaje de la madre con problemas relacionados con la lactancia materna <i>(continúa)</i>.	extraída o alimentación suplementaria (Anexo 14). • Educar respecto a la aplicación de acciones en el hogar. Informar respecto a la legislación existente (Código de trabajo, Ley N° 7430 y normativa de la CCSS en el tema). • Recomendar páginas web y materiales relacionadas con la atención del problema identificado. • Referir en caso necesario. • Entregar bomba extractora manual, conchas recolectoras de leche y materiales educativos según criterios establecidos (Anexo 15). • Recomendar aplicación de incapacidad si se requiere. • Registrar en el expediente de salud indicaciones y avances. • Dar seguimiento a los avances y resultados. • Efectuar alta programada del caso (Anexo 11). • Registrar estadística.
	Apoyo a las funcionarias del establecimiento y madres de niños(as) hospitalizados en período de amamantamiento para que extraigan y conserven la leche materna de manera adecuada.	• Explicar y mostrar la técnica de extracción manual y con extractor (Anexo 16). • Explicar la técnica de conservación de la leche materna (Anexo 16). • Explicar métodos para administrar leche materna extraída o alimentación suplementaria (Anexo 14).

3. Activar las redes de apoyo para favorecer el seguimiento de los casos identificados con riesgo.	Identificación de recursos que pueden integrar la red de apoyo.	• Acceder al inventario de grupos y servicios existentes que pueden integrar la red de apoyo. • Seleccionar grupos y servicios afines. • Crear canales de comunicación con grupos seleccionados.
	Conformación y coordinación grupos de apoyo según necesidades.	• Propiciar la capacitación de los grupos en torno a la gestión de calidad de la atención. • Aplicar herramientas de calidad en la gestión con los grupos. • Fortalecer la autogestión de los grupos en apoyo a las necesidades identificadas. • Derivar casos identificados en función de su complejidad.
4. Coordinar con otros servicios intra y extrahospitalarios así como, intersectoriales en apoyo a la atención de los casos detectados	Interconsultas según necesidades.	• Llenar boleta de interconsulta de acuerdo a situaciones detectadas. • Informar a los cuidadores(as) acerca del proceso a seguir para la atención requerida. • Hacer contacto telefónico para garantizar respuesta. • Programar consulta de seguimiento.
	Funcionamiento articulado con el Comité de Lactancia Materna y Desarrollo y otros grupos funcionales y servicios hospitalarios vinculados con la	• Tener representación en el Comité de Lactancia Materna y Desarrollo (CLMD) del Hospital. • Establecer mecanismo de comunicación efectiva con el CLM, Comité de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos

	atención de la niñez.	(CEINNAA) y otros grupos hospitalarios para responder según necesidades identificadas. • Realizar sesiones de coordinación para evaluar la articulación del proceso de atención y gestión establecido. • Apoyar procesos educativos relacionados con la atención integral de la niñez (lactancia materna y estimulación del desarrollo) organizados por otros servicios hospitalarios.
5. Coordinar la red de Clínicas de Lactancia y Desarrollo de su área de adscripción para garantizar la atención integral, integrada y continuada de los casos identificados.	Establecimiento de la red según organización institucional.	• Confirmar pertenencia de cada hospital a red • Activar equipo de articulación. • Realizar sesiones de coordinación para definir criterios de atención y gestión. • Definir perfil de usuarios(a) e intervenciones de acuerdo a servicios de salud y apoyo requeridos. • Aplicar protocolos de atención integral en red. • Evaluar funcionamiento de la red con herramientas de calidad.

5. Coordinar la red de Clínicas de Lactancia y Desarrollo de su área de adscripción para garantizar la atención integral, integrada y continuada de los casos identificados <i>(continúa)</i> .	Distribución a las áreas de salud del sector de adscripción de bombas de extracción manual de leche materna e insumos para la alimentación alternativa.	• Solicitar bombas de extracción manual, sondas y kits de alimentación según análisis de demanda de la red. • Entregar bombas extracción manual, sondas y kits de alimentación a equipos de áreas de salud. • Registrar estadística de entrega. • Coordinar con el Equipo Técnico Salud del Niño y la Niña, Área de Atención Integral de las Personas (oficinas centrales) para proyección de necesidades de insumos.
	Desarrollo de programa de rotación y capacitación para los funcionarios de la red según área adscripción y expertiz desarrollado.	• Abrir espacios de capacitación mediante diferentes estrategias educativas. • Coordinar con CENDEISS la certificación de los procesos. • Coordinar con el Equipo Técnico Salud del Niño y la Niña, Área de Atención Integral de las Personas (oficinas centrales) propuestas de capacitación definidas.
6. Brindar información a cuidadores y personal de salud acerca de la estimulación temprana, la lactancia materna y el desarrollo integral en la niñez.	Consejería sobre estimulación temprana, lactancia materna y desarrollo integral.	• Divulgar el servicio de consejería a la población meta. • Brindar información al personal de salud y los usuarios(as). • Atender consultas telefónicas de los cuidadores y funcionarios(as). • Diseñar material en apoyo a la consejería ofrecida. • Distribuir material educativo impreso y recomendar páginas en Internet asociadas a la atención brindada. • Registrar las consultas según indicadores definidos.
7. Coordinar con los funcionarios de salud	Apoyo a organización y funcionamiento de	• Identificar entre las madres atendidas posibles donadoras de

del Banco de Leche Humana las actividades relacionadas con la madre donadora	Bancos de Leche Humana.	leche materna. • Aplicar protocolo para que madres donen leche (Anexo 17). • Divulgar los objetivos del Banco entre la población meta (Anexo 18).
8. Fortalecer la gestión de calidad de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo.	Divulgación del servicio prestado por la clínica a la población.	• Diseñar material informativo • dirigido a los establecimientos de salud acerca de los servicios que se brindan. • Crear mecanismos de entrega de la información impresa y digital a los establecimientos. • Evaluar periódicamente acceso de las usuarias(as) a la información acerca de la Clínica en la red de servicios.
	Autoevaluación del servicio con herramientas de calidad.	• Definir modelo de autoevaluación de la calidad del servicio. • Aplicar periódicamente modelo establecido. • Aplicar encuestas periódicas de satisfacción de los(as) usuarios(as).
	Registro y documentación de la gestión.	• Definir sistema de controles y registro de actividades y producción, en coordinación con la red de atención y Registros Médicos Aplicar sistema de registro.

BIBLIOGRAFIA

El recién nacido de bajo peso. L. Paisán Grisolia, I. Sota Busselo, O. Muga Zurriarán y M. Imaz Murgiondo. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008.

La alimentación del lactante y del niño pequeño. ISBN: 978-92-75-33094-4 NLM WS120 Washington, D.C.: OPS, © 2010).

Edmond, K.M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 117: 380-386 (2006).

Horta, B.L. et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. Geneva, World Health Organization, 2007.

Mullany, L.C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. *J Nutr*. 138: 599-603 (2008).

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48a Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 60a Sesión del Comité Regional. Washington DC, 2008

Lucas, A.M. et al. A randomized multicentre study of human milk versus formula and later development in preterm infants. *Arch Dis Child*. 70: F141-F146 (1994).

Lucas, A. & Cole, T.J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *The Lancet*. Dec 22-29;336 (8730): 1519-1523 (1990).

Lawn, J.E. et al. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet*. 365 (9462): 891-900 (2005).

Pan American Health Organization. Neonatal health in the context of maternal, newborn and child health for the attainment of the Millenium Development Goals of the United Nations Millennium Declaration. 47th Directing Council of the Pan American Health Organization. 58th Session of the Regional Committee. Washington DC, 2006.

Mortenson, E.L. et al. The association between duration of breast-feeding and adult intelligence. *JAMA*. 287: 2365-2371 (2002).

Dewey, K.G. et al. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutrition status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nut.* 131 (2): 262-267 (2001).

Chaparro, C.M. & Lutter, C.K. Increases in breastfeeding duration observed in Latin America and the Caribbean and the role of maternal demographic and health care characteristics. *Food and Nutrition Bulletin.* 31(2):S117-S127(2010).

Huthsson & Nicholl, 1988. Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/07.16.E, 2007, pg. 10.

ANEXOS

Aval de la Gerencia Médica al Manual


GERENCIA MÉDICA
TELÉFONO: 2539-0919, EXT: 7600
FAX: 2539-0925 / 2539-1435

*Mayra
Alvarenga Guevara*

16 de julio del 2012
24450-2



Doctor
José Miguel Rojas Hidalgo
DIRECTOR
DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS SALUD

Estimado doctor:

ASUNTO: Manual de Implementación Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo: Escenario Hospitalario 2011

Atendiendo su oficio DDSS-0643-12; este Despacho una vez analizado lo descrito en el epígrafe avala la oficialización de dicho Manual; con el objeto de que se realicen los trámites correspondientes para su distribución y socialización.

Lo anterior por la importancia del proceso y como cumplimiento a las metas desarrolladas por la Dirección a su cargo.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla

GERENTE



MEVB/ISM

C

Dr. Hugo Chacón Ramírez, Area de Atención Integral a las Personas
Dra. Adelaida Mata Solano, Area Atención Integral a las Personas

Anexo 1

Criterios de Referencia a la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo.

- Todo niño o niña que en la consulta de captación temprana en el EBAIS, presente problemas para el amamantamiento.
- Todo niño o niña que en la consulta de captación temprana en el EBAIS presente: pérdida de más del 10% del peso corporal y/o disminución de la diuresis y/o disminución o ausencia de deposiciones.
- Todo niño o niña que en la consulta de captación temprana en el EBAIS este alimentándose con chupón y/o fórmula infantil.
- Todo niño o niña menor de 2 meses que presente cualquiera de los factores de riesgo en el neurodesarrollo que no se encuentre en control en la Clínica de Lactancia Materna Y Desarrollo.
- Todo niño o niña menor de 6 meses que presente signos o síntomas de alergia a la proteína de leche de vaca.
- Todo niño o niña que estando con alimentación exclusiva con lactancia materna, presente falla para progresar.
- Todo niño o niña menor de 1 año que presente un problema de desarrollo que no se encuentre en control en la CLMD u otra Unidad de Desarrollo.
- Toda madre en periodo de lactancia que presente problemas para el amamantamiento, que no pueda ser atendida adecuadamente, que no se ha logrado resolver su problema o en el caso en que no se tenga un diagnóstico claro.
- Toda madre en periodo de lactancia que tenga un excedente de leche materna y que quiera ser donadora de leche humana (En el caso de contar en el hospital de adscripción con un Banco de Leche Humana o un Centro de Recolección de Leche Humana).

Anexo 2

Rol del Médico (a) en la Atención del Neurodesarrollo.

1. Promoción de un buen neurodesarrollo. Este objetivo es una responsabilidad compartida entre los sistemas de salud y la sociedad, como un todo. El médico(a) debe:
 - Promover la creación de grupos locales de familias en apoyo a la promoción del desarrollo integral.
 - Participar y fomentar la formación teórico-práctica de los profesionales implicados en el cuidado de la niñez, en temas relacionados con neurodesarrollo: médico general, enfermera (o) obstetra, enfermeras(os) generales o especialistas, médicos ginecólogos, auxiliares de enfermería y otros profesionales en salud.
 - Participar activamente en el diseño de planes de formación en neurodesarrollo para estudiantes de enfermería y medicina así como en la formación de Posgrado.
2. Diagnóstico precoz. El médico (a) debe conocer las medidas de diagnóstico precoz y proponer su uso, ya sea, en todos los niños o en aquellos que tengan factores de riesgo o carencia de factores protectores. Las armas más útiles para esto son la a) anamnesis detallada (búsqueda de factores de riesgo y de manifestaciones clínicas orientadoras a daño del neurodesarrollo); b) examen físico completo y c) pesquisas poblacionales. Otra obligación del médico(a) es enseñar las señales de alarma de daño del neurodesarrollo (concepto de "luces rojas"). En lo referente al diagnóstico precoz se debe prestar especial atención, al menos a: perímetro craneano, evolución de la motricidad gruesa y fina, tono muscular, coordinación, evolución de los reflejos primitivos y madurativos, lenguaje, alteraciones sensoriales y maduración social y afectiva.
3. Tratamiento. El médico(a) debe tratar según competencias y coordinar con los servicios de apoyo intra y extra hospitalario para garantizar el tratamiento integral, según la necesidad del niño o niña. Nuevamente, es claramente una responsabilidad del sistema de salud y el rol de la sociedad es procurar los recursos.
4. Rehabilitación. Participar en el seguimiento de las acciones interdisciplinarias de rehabilitación definidas por medio de consultas programadas y su posterior alta programa.

Rol del Médico en la Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna

1. Diagnosticar y tratar patologías o situaciones que dificulten el éxito de la lactancia materna.
2. Atenderá cualquier consulta relacionada con lactancia materna en lo referente al uso de medicamentos de uso en la lactancia materna.
3. Colaborar activamente en todas las actividades que la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo.
4. Hacer y facilitar el trámite para la realización del certificado de lactancia materna, a la madre trabajadora que lo requiera para lograr el derecho a la hora de lactancia.
5. Cumplir fielmente con lo estipulado en la Ley N° 7430 “Fomento a la lactancia Materna “y su Reglamento así como otras normativas institucionales que protejan la lactancia materna.
6. Estimular y participar activamente en el cumplimiento de los 10 pasos establecidos por la UNICEF para ser acreditados o mantener el certificado como Hospital Amigo del Niño la Niña y la Madre.
7. Promover alianzas entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
8. Fomentar y participar en la creación de bancos de leche humana.
9. Promover la creación de grupos locales de madres en periodo de amamantamiento y de talleres de lactancia en los centros de salud
10. Participar y fomentar la formación teórico-práctica de los profesionales implicados en el cuidado de la salud del dúo madre-lactante: médico general, enfermera obstetra, médicos ginecólogos, auxiliares de enfermería y otros profesionales en salud.
11. Participar activamente en el diseño de planes de formación en lactancia para estudiantes de enfermería y medicina así como en la formación posgrado.

Anexo 3

Perfil de la Enfermera Profesional que Labora en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo (Sub Unidad Lactancia Materna)

- Estará capacitada en lactancia materna contando con actualizaciones periódicas en el tema.
- Deberá resolver o referir al médico de apoyo, según corresponda cualquier situación especial que ponga en peligro el éxito de la lactancia materna.
- Trabajaré en las áreas de educación, atención directa, administración y atención del binomio madre – hijo (a), tomando en cuenta el entorno de sus usuarios(as) y sus necesidades individuales.
- Captará las usuarias y a los recién nacidos(as) en los Servicios de Obstetricia y Neonatología, considerando factores de riesgo para la lactancia exitosa y el desarrollo integral del neonato.
- Atenderá interconsultas y referencias, generando las contrarreferencias respectivas, tanto para usuarias intrahospitalarias como de otros servicios de salud según corresponda a su red de atención de pertenencia.
- Atenderá en forma inmediata a aquellas usuarias con alto riesgo para obtener una lactancia exitosa.
- Atenderá a los usuarios(as) de manera individualizada o grupal según cada caso.
- Agendará citas de control y seguimiento para las madres y sus hijos según perfiles definidos.
- Capacitará a cada usuaria atendida y su familia, respecto al proceso requerido para alcanzar la lactancia exitosa, así como, a quienes solicitan educación en relactación.
- Apoyará como parte del Comité Local de Lactancia Materna y Desarrollo, los procesos de educación continua al personal del establecimiento con énfasis en los temas de lactancia materna y desarrollo.

- Brindará orientación en lactancia materna y desarrollo a los funcionarios del hospital en caso necesario, para fomentar y mantener la práctica exitosa de la lactancia en los servicios del hospital.
- Evaluará la implementación de las Guías de Atención, Normas y lineamientos institucionales vinculados con la atención integral, con calidad y amigable al Recién Nacido y la Madre.
- Participará en la implementación de los cursos de preparación para el parto que se realicen en el establecimiento, para desarrollar los temas vinculados con lactancia materna y desarrollo.
- Coordinará el equipo de funcionarios responsables del funcionamiento de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de las Áreas de Salud y/o hospitales de la red de servicios a la cual pertenece, según nivel de atención.
- Confeccionará referencias a las clínicas de lactancia materna y desarrollo de otros centros hospitalarios para control y seguimiento.
- Coordinará con profesionales y técnicos de todas las disciplinas para garantizar una atención integral, de calidad y amigable a las usuarias y sus hijos(as).
- Coordinará con la jefatura inmediata, proveeduría y la administración la compra de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la clínica.
- Atenderá consultas telefónicas para aclarar dudas relacionadas con lactancia y cuidados del recién nacidos y posparto inmediato.
- Reportará a Registros Médicos los informes correspondientes al código de su consulta y agenda. Elaborará informes mensuales sobre las actividades y resultados de la clínica en respuesta al Plan Anual Operativo (PAO) diseñado.
- Cumplir fielmente con lo estipulado en la Ley N° 7430 “Fomento a la lactancia Materna “y su Reglamento así como otras normativas institucionales que protejan la lactancia materna.
- Estimular y participar activamente en el cumplimiento de los 10 pasos establecidos por la UNICEF para ser acreditados o mantener el certificado como Hospital Amigo del Niño la Niña y la Madre.

- Promover alianzas entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Fomentar y participar en la creación de bancos de leche humana.
- Apoyar, capacitar y asistir cuando corresponda a la madre donadora de leche humana.
- Promover la creación de grupos locales de madres en periodo de amamantamiento y de talleres de lactancia en los centros de salud
- Participar y fomentar la formación teórico-práctica de los profesionales implicados en el cuidado de la salud del dúo madre-lactante: médico general, enfermera obstetra, médicos ginecólogos, auxiliares de enfermería y otros profesionales en salud.
- Participar activamente en el diseño de planes de formación en lactancia para estudiantes de enfermería y medicina así como en la formación posgrado.
- Aplicará diariamente las siguientes actividades, con flexibilidad y adaptación a las situaciones emergentes.

Actividades
Visita al salón de obstetricia, captación de pacientes con riesgo
Atención individualizada a binomio en seguimiento (con cita)
Visita a salón Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología
Atención individual o grupal a casos nuevos (sin cita)
Atención telefónica y aclaración de dudas
Entrega de niños de riesgo para lactancia al personal de salón de obstetricia y neonatología

Importante

- Sujeto a cambios según actividades de cada clínica o actividades de la institución.
- Se atenderá de forma inmediata al binomio con una situación de emergencia en lactancia.

Anexo 4

Perfil de la Enfermera Profesional que Labora en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo (Sub Unidad Desarrollo)

- Estará capacitada en neurodesarrollo y desarrollo integral del niño y la niña, contando con actualizaciones periódicas en el tema.
- Trabajarán en las áreas de educación, atención directa, administración y atención del binomio madre – hijo (a), tomando en cuenta el entorno de sus usuarios(as) y sus necesidades individuales.
- Captará las usuarias y a los recién nacidos(as) en los Servicios de Obstetricia y Neonatología, considerando factores de riesgo para la lactancia exitosa y el desarrollo integral del neonato.
- Atenderá interconsultas y referencias, generando las contrarreferencias respectivas, tanto para usuarias intrahospitalarias como de otros servicios de salud según corresponda a su red de atención de pertenencia.
- Atenderá a los usuarios(as) de manera individualizada o grupal cada caso.
- Capacitará a cada usuaria atendida y su familia, respecto estrategias y técnicas de estimulación temprana.
- Agendará citas de control y seguimiento para las madres y sus hijos según perfiles definidos.
- Apoyará como parte del Comité Local de Lactancia Materna y Desarrollo, los procesos de educación continua al personal del establecimiento con énfasis en los temas de lactancia materna y desarrollo.
- Brindará orientación en neodesarrollo a los funcionarios del hospital en caso necesario, para fomentar y mantener un desarrollo integral.
- Evaluará la implementación de las Guías de Atención, Normas y lineamientos institucionales vinculados con la atención integral, con calidad y amigable al Recién Nacido y la Madre.

- Participará en la implementación de los cursos de preparación para el parto que se realicen en el establecimiento, para desarrollar los temas vinculados con lactancia materna y desarrollo.
- Coordinará el equipo de funcionarios responsables del funcionamiento de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo de las Áreas de Salud y/o hospitales de la red de servicios a la cual pertenece, según nivel de atención.
- Confeccionará referencias a las clínicas de lactancia materna y desarrollo de otros centros hospitalarios para control y seguimiento.
- Coordinará con la jefatura inmediata, proveeduría y la administración la compra de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la clínica.
- Atenderá consultas telefónicas para aclarar dudas relacionadas con el neurodesarrollo del niño o la niña. Reportará a Registros Médicos los informes correspondientes al código de su consulta y agenda. Elaborará informes mensuales sobre las actividades y resultados de la clínica en respuesta al Plan Anual Operativo (PAO) diseñado.
- Aplicará diariamente las siguientes actividades, con flexibilidad y adaptación a las situaciones emergentes.

Actividades
Visita al salón de obstetricia, captación de pacientes con riesgo
Atención individualizada a binomio en seguimiento (con cita)
Visita a salón Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología
Atención individual o grupal a casos nuevos (sin cita)
Atención telefónica y aclaración de dudas

Anexo 5

Factores de Riesgo Materno de Problemas en la Lactancia Materna

Factores Anatómicos y Fisiológicos

- ✓ Falta de los cambios anatómicos de los pechos propios del embarazo.
- ✓ Pezones planos o invertidos.
- ✓ Mamas tubulares.
- ✓ Historia de abscesos previos.
- ✓ Historia de cirugía estética o reductiva en los pechos.
- ✓ Obesidad severa.
- ✓ Persistencia o dolor severo en los pezones.
- ✓ Falla en la bajada de la leche materna o ausencia de calostro en los primeros días.

Factores Sociales e Historia Materna

- ✓ Primípara:
- ✓ Uso del chupón o chupeta temprana.
- ✓ Uso de fórmula infantil temprana.
- ✓ Ingreso al trabajo remunerado o al estudio temprano.
- ✓ Problemas de lactancia previos.
- ✓ Historia de niño o niña previo con escasa ganancia de peso.
- ✓ Historia de infertilidad.
- ✓ Enfermedad materna significativa.
- ✓ Problemas psicosociales: depresión, estrés, pobre o negativo soporte familiar.
- ✓ Problemas maternos perinatales: infección, hipertensión, diabetes etc.
- ✓ Edad materna: adolescente o madre mayor de 40 años.
- ✓ Uso de anticonceptivos hormonales antes de que la lactancia materna esté bien establecida.
- ✓ Percepción de la madre de baja producción.
- ✓ Medicación materna sin buena asesoría.

ABM Clinical Protocol #2 (2007 Revision): Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: “The Going Home Protocol”, BREASTFEEDING MEDICINE Volume 2, Number 3, 2007

Adapted with permission from Pediatr Clin North Am 2001;48:285, and AAP and ACOG: Breastfeeding Handbook for Physicians 2006, pp. 82–83.

Factores de Riesgo Neonatal de Problemas de Lactancia Materna

Factores Médicos y Fisiológicos

- ✓ Bajo peso al nacer o prematuros.
- ✓ Parto múltiple.
- ✓ Dificultad para pegarse de uno o ambos pechos.
- ✓ Succión ineficiente o insuficiente.
- ✓ Anormalidades anatómicas: labio y paladar hendido, frenillo corto, micrognatia, macroglosia.
- ✓ Problemas médicos: ictericia, patologías respiratorias neonatales, hipoglicemia, sepsis neonatal.
- ✓ Síndromes neurológicos: hipotonía, hipertonía, síndromes genéticos.
- ✓ Niño o niña “dormilón”
- ✓ Excesiva pérdida de peso.

Factores Ambientales

- ✓ Separación materna prolongada.
- ✓ Uso excesivo de leche materna extraída.
- ✓ Suplementación con fórmula infantil.
- ✓ Falla en el establecimiento de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria.
- ✓ Uso del chupón o chupeta.
- ✓ Salida del hospital con menos de 24 horas.

ABM Clinical Protocol #2 (2007 Revision): Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: “The Going Home Protocol”, BREASTFEEDING MEDICINE Volume 2, Number 3, 2007

Adapted with permission from Pediatr Clin North Am 2001;48:285, and AAP and ACOG: Breastfeeding Handbook for Physicians 2006, pp. 82–83.

Factores de Riesgo de los Trastornos de Neurodesarrollo en el Niño o Niña.

Recién Nacido de riesgo neurológico

- ✓ R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o Edad Gestacional < a 32 semanas.
- ✓ APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
- ✓ RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- ✓ Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- ✓ Convulsiones neonatales.

- ✓ Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal.
- ✓ Disfunción Neurológica persistente (más de siete días)
- ✓ Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.
- ✓ Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
- ✓ Neuro-Metabopatías.
- ✓ Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos.
- ✓ Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones y/o Drogas que puedan afectar al feto.
- ✓ RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- ✓ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- ✓ Siempre que el Pediatra lo considere oportuno.

Recién nacido con riesgo sensorial: Visual

- ✓ Ventilación mecánica prolongada
- ✓ Gran Prematuridad
- ✓ RN con Peso < a 1500 grs.
- ✓ Hidrocefalia
- ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- ✓ Patología craneal detectada por ECO/TAC
- ✓ Síndrome Malformativo con compromiso visual.
- ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
- ✓ Asfixia severa

Recién nacido de riesgo sensorial: Auditivo

- ✓ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión
- ✓ Gran Prematuridad
- ✓ RN con peso < a 1500 grs
- ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- ✓ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo
- ✓ Síndromes Malformativos con compromiso de la audición
- ✓ Antecedentes familiares de hipoacusia
- ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
- ✓ Asfixia severa

Criterio de Riesgo Socio – Familiar

- ✓ Acusada deprivación económica
- ✓ Embarazo accidental traumatizante
- ✓ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar

- ✓ Padres con bajo CI/ Entorno no estimulante
- ✓ Enfermedades graves
- ✓ Alcoholismo/ Drogadicción
- ✓ Prostitución
- ✓ Falta de apego materno.
- ✓ Historia de problemas del neurodesarrollo en familiares.
- ✓ Progenitor adolescente.
- ✓ Delincuencia familiar.
- ✓ Progenitor con trastorno mental o emocional importante
- ✓ Familia con historia de malos tratos a otros hijos.

Leal Quebedo, Francisco Javier, Plata Rueda. El Pediatra Eficiente, Bogotá , Colombia, Editorial Médica Panaméricana, 2002 Pag 428.

Bras J y De la Flor JE . Pediatría en Atención Primaria, 2ª edición. Masson. Barcelona, 2005.

Anexo 6



REGISTRO CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO

Fecha: _____
Nombre del niño o niña: _____

Nº de Expediente en Atención Primaria del niño o niña: _____

1. DATOS MATERNOS Y PATERNOS

Nombre de la madre: _____

Nº de Ced: _____ Edad (años): _____

Teléfono: _____

Dirección (calle): _____

Nº Gest. _____ Nº Parto _____ Nº Aborto _____ Nº Cesárea _____

APP (antecedentes patológicos personales) _____

Madre trabajadora asalariada: Si ☐ No ☐

Apoyo Familiar Si ☐ No ☐

Parto vaginal: ☐ Cesárea: ☐

Lactancia materna anterior: Si ☐ No ☐ Tiempo: _____

Padre brinda apoyo Si ☐ No ☐

Edad (años): _____

2. EXAMEN FISICO DE LA MADRE

Mamas: Calor local: Si ☐ No ☐

Congestivas: Si ☐ No ☐

Hiperemia: Si ☐ NO ☐

Pezones: Sanos ☐ Agrietados ☐

Tipo de pezones: Normal ☐ Plano ☐ Invertido ☐

Producción láctea: Normal ☐ Anormal ☐

Hidratación: Adecuada ☐ Inadecuada ☐

Nº de lactadas en 24 hrs: _____

Técnica y posición: Adecuada ☐ Inadecuada ☐

Interés por amamantar: SI NO

Mamas tubulares Si ☐ No ☐

Otros hallazgos: _____

3. DATOS DEL RECIEN NACIDO

Hospital de Nacimiento: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Edad actual: _____

Edad gestacional: _____ APGAR: _____

Peso al nacer: _____ grs. Talla al nacer _____ cms.

CC. al nacer _____ cms.

APP (antecedentes patológicos personales) _____

Uso de fórmula infantil: Si ☐ No ☐ Chupón Si ☐ No ☐

Examen físico

Peso actual _____ grs. % Pérdida de Peso: _____

Hidratado ☐ Deshidratado ☐ Ictérico Si ☐ No ☐

Frenillo corto Si ☐ No ☐

Fiebre: Si ☐ No ☐ Micción Nº _____

Deposiciones Nº _____ Negras ☐ Verdosas ☐

Amarillas ☐

Agarre al pecho materno: Buen agarre ☐ Mal agarre ☐

Muñón umbilical Sano Si ☐ No ☐

Resto de Examen Físico: _____

Examen Neurológico

Búsqueda: Presente ☐ Ausente ☐

Succión: Presente ☐ Ausente ☐

Deglución: Presente ☐ Ausente ☐

Reflejos primitivos: Normales ☐ Anormales ☐

Fijar la mirada: Si ☐ No ☐

Respuesta a la luz: Si ☐ No ☐

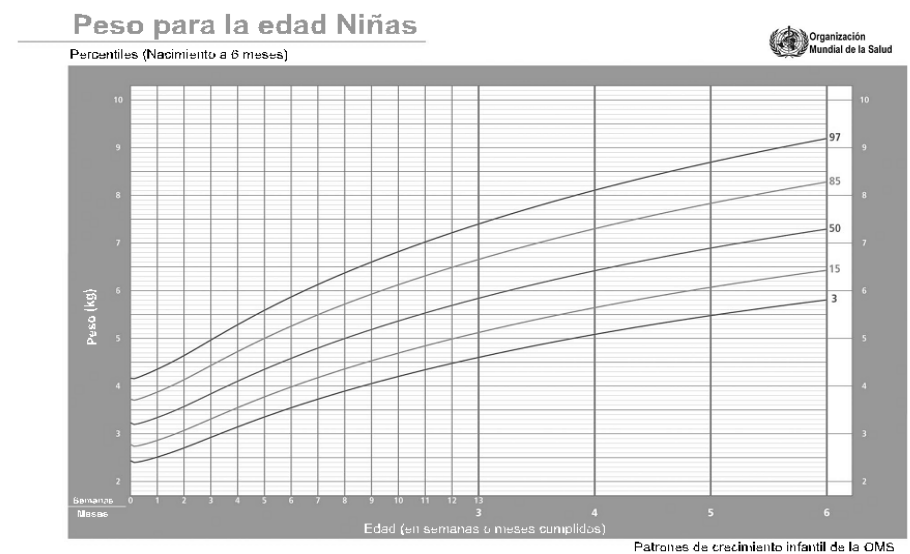
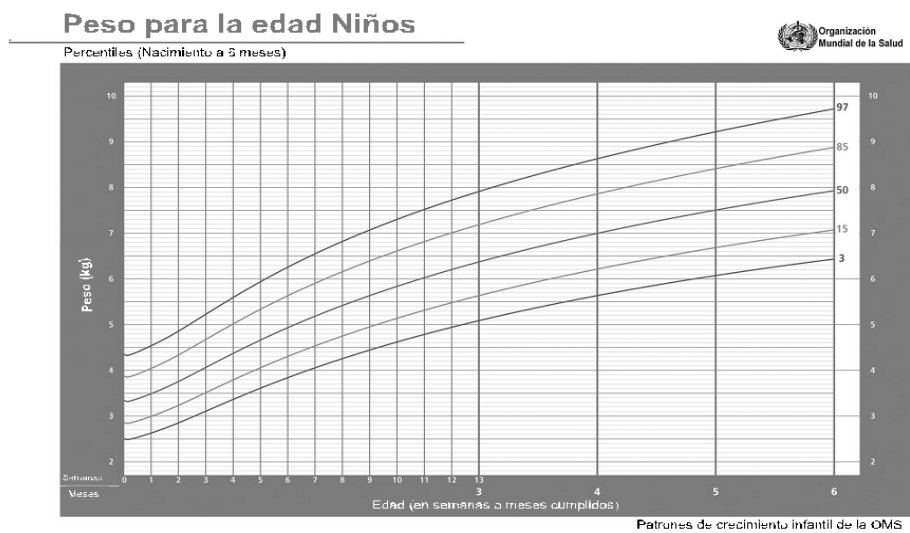
4. DIAGNÓSTICOS

5. PLAN DE ACCION

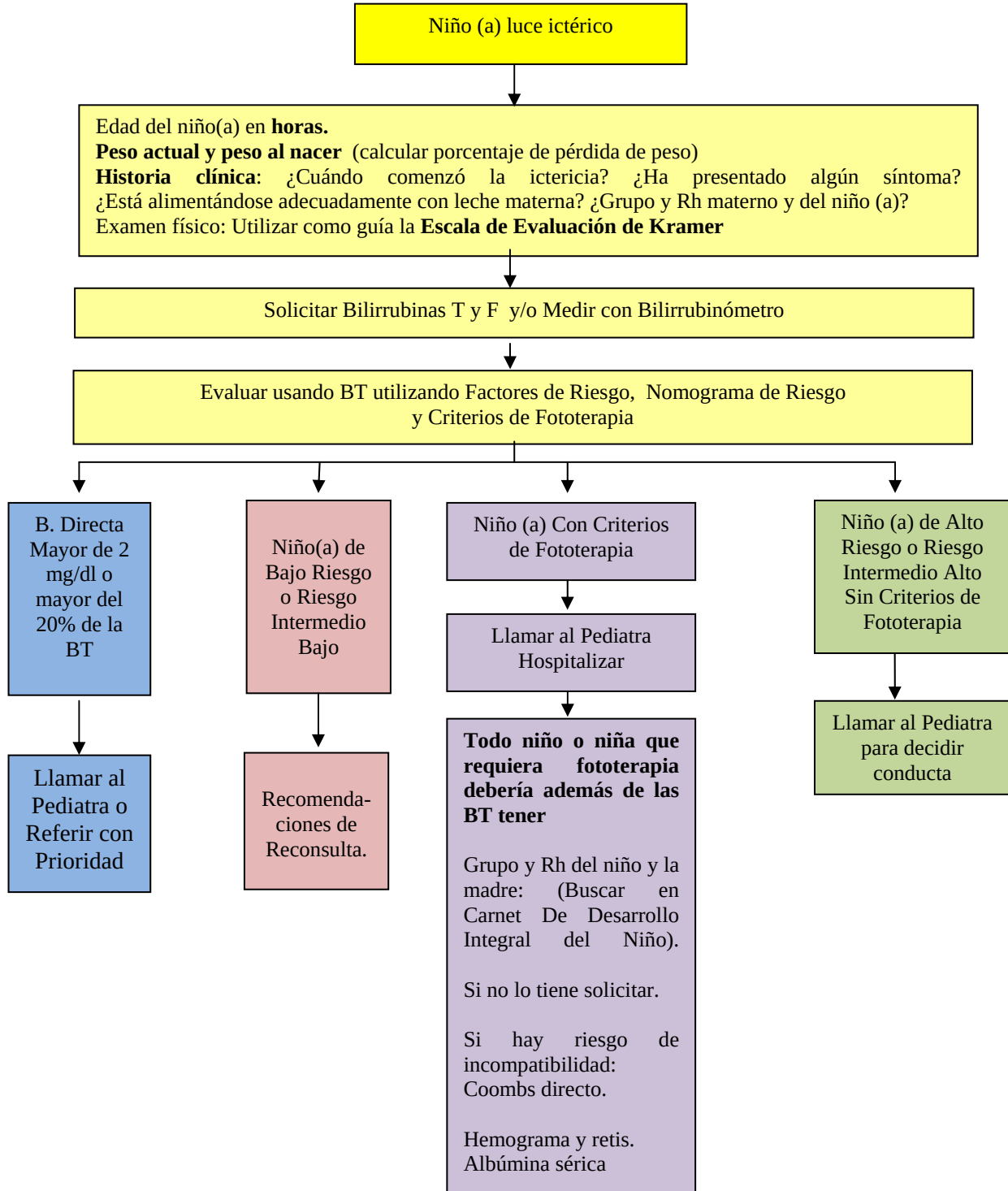
Nombre del funcionario(a) que brinda la consulta, firma y código

Anexo 7

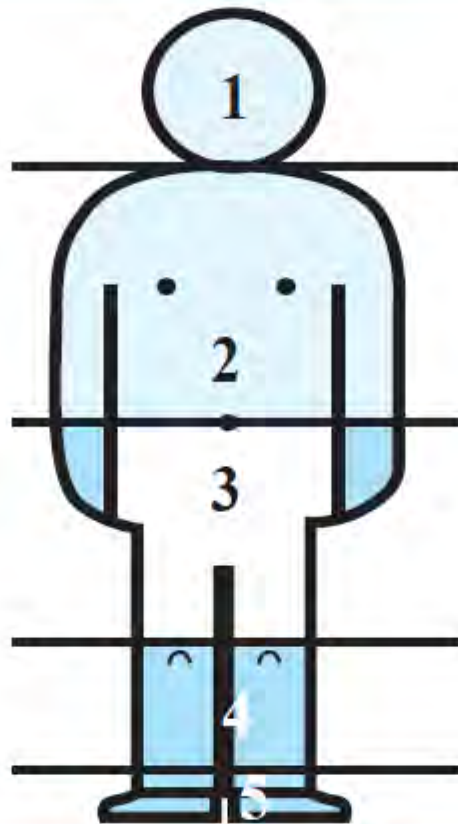
Curvas de Crecimiento de Niños y Niñas de 0 a 6 meses OMS, 2006



Anexo 8: Manejo del Niño o Niña Ictérico

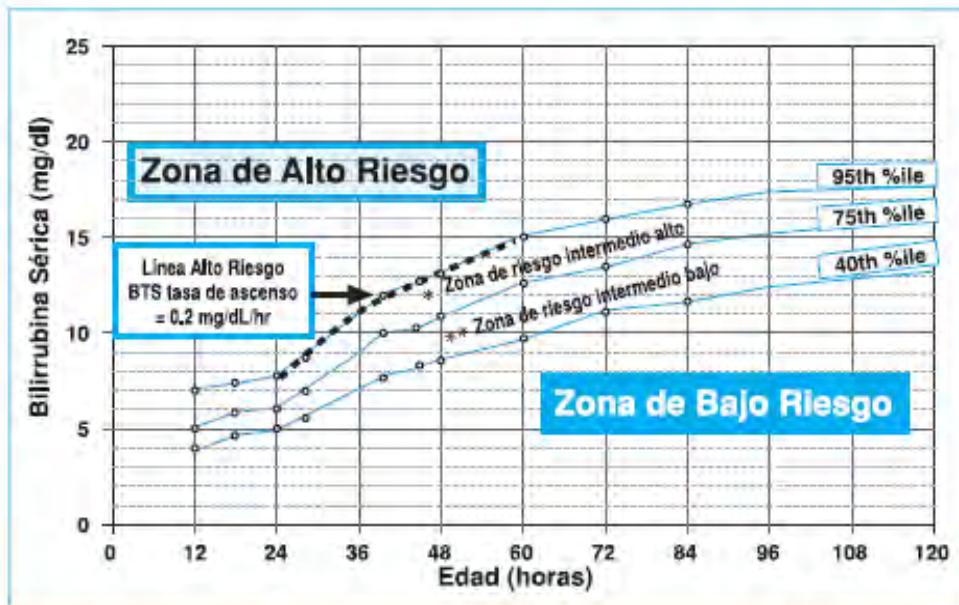


Escala de Kramer Modificada



- Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello = <5 mg/dL
Zona 2: Ictericia hasta el ombligo = 5-12 mg/dL
Zona 3: Ictericia hasta las rodillas = 8-16 mg/dL
Zona 4: Ictericia hasta los tobillos = 10-18 mg/dL
Zona 5: Ictericia plantar y palmar = >15 mg/dL

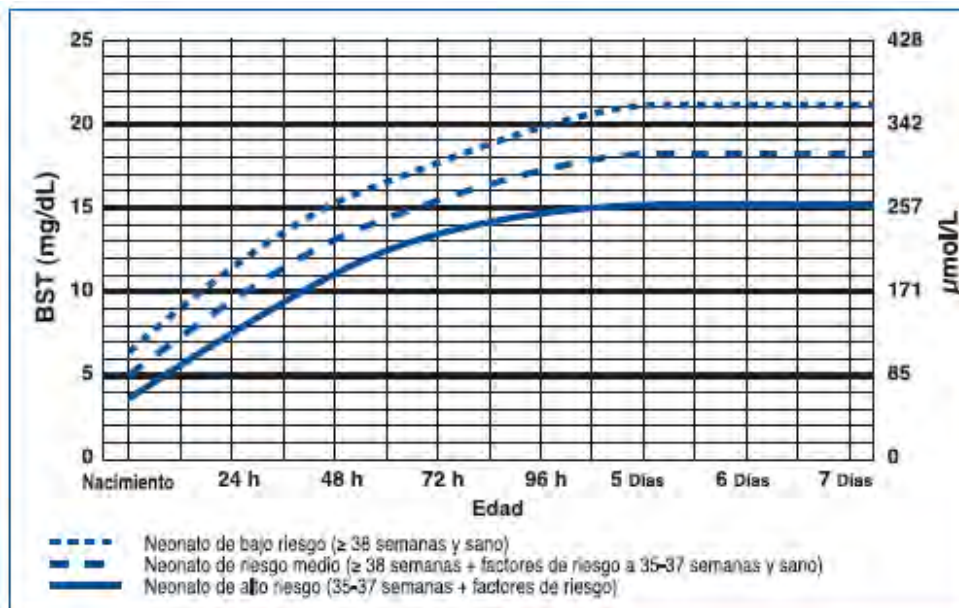
Normograma Horario de la Bilirrubina Sérica



* Zona de riesgo intermedio alto entre percentilo 75-95

** Zona de riesgo intermedio bajo entre percentilo 40-75

Guía Para Iniciar Fototerapia en Niños y Niñas Mayores a 35 Semanas Gestación



* Modificado de las recomendaciones de la AAP 2004. Ref.# 2

**BST: Bilirrubina sérica total. No sustraer la bilirrubina conjugada.

Factores de Riesgo de Ictericia Severa

- Enfermedad hemolítica isoinmune.
- Deficiencia de G6PD.
- Asfixia perinatal.
- Letargia significativa.
- Inestabilidad térmica.
- Sepsis.
- Acidosis.
- Albumina menor de 3g/dl

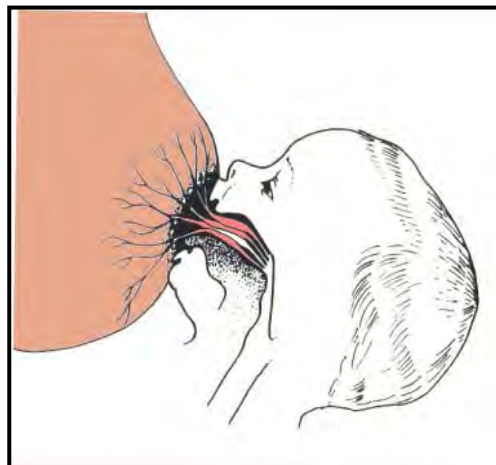
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or re weeks of gestation. Pediatrics 2004; 114:297–316.

Anexo 9

Técnica Correcta de Amamantamiento

POSICIONES CORRECTAS PARA DAR DE MAMAR

- La carita de bebe frente al pecho, la boca del bebe debe de estar bien abierta, (como un bostezo) tomando parte de la areola, los labios volteados hacia fuera como boca de pescado.
- El abdomen (panza) del bebe frente al abdomen de la madre.
- La cabeza del bebe cerca de la curva del brazo de la mamá.
- El brazo del bebe debe quedar atrás del brazo de la mamá.
- Sostener el pecho en forma de C, los pechos de la madre no deben quedar cerca de la areola.
- Pueden utilizarse almohadas para ayudarse en la colocación del bebe.
- Recordar que existen otras posiciones para el amamantamiento como son la técnica en balón de futbol americano, caballito etc. Se utilizan según diferentes indicaciones.
- El correcto agarre se observa si la nariz del bebe está cerca del pecho, la barbilla cerca de pecho, los labios e vertidos, la areola dentro de la boca del bebe, casi no se ve, el niño o niña no hacen camanance y a la madre no le duele la succión.



Anexo 10

Aplicación del Test de Denver 2 (DDST-II)¹

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad. El nombre “Denver” refleja el hecho que fue creado en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza.

¿Cuál es el propósito de DDST-II?

Tamizaje de niños de 1 mes a 6 años de edad para posibles problemas de desarrollo, confirmación de problemas sospechados con una medición objetiva y monitoreo de niños con riesgo de problemas de desarrollo.

Las desviaciones de desarrollo en niños pequeños pueden pasar desapercibidas porque es difícil y a veces imposible detectarlos a través de chequeos rutinarios.

¿Cuál es su uso apropiado?

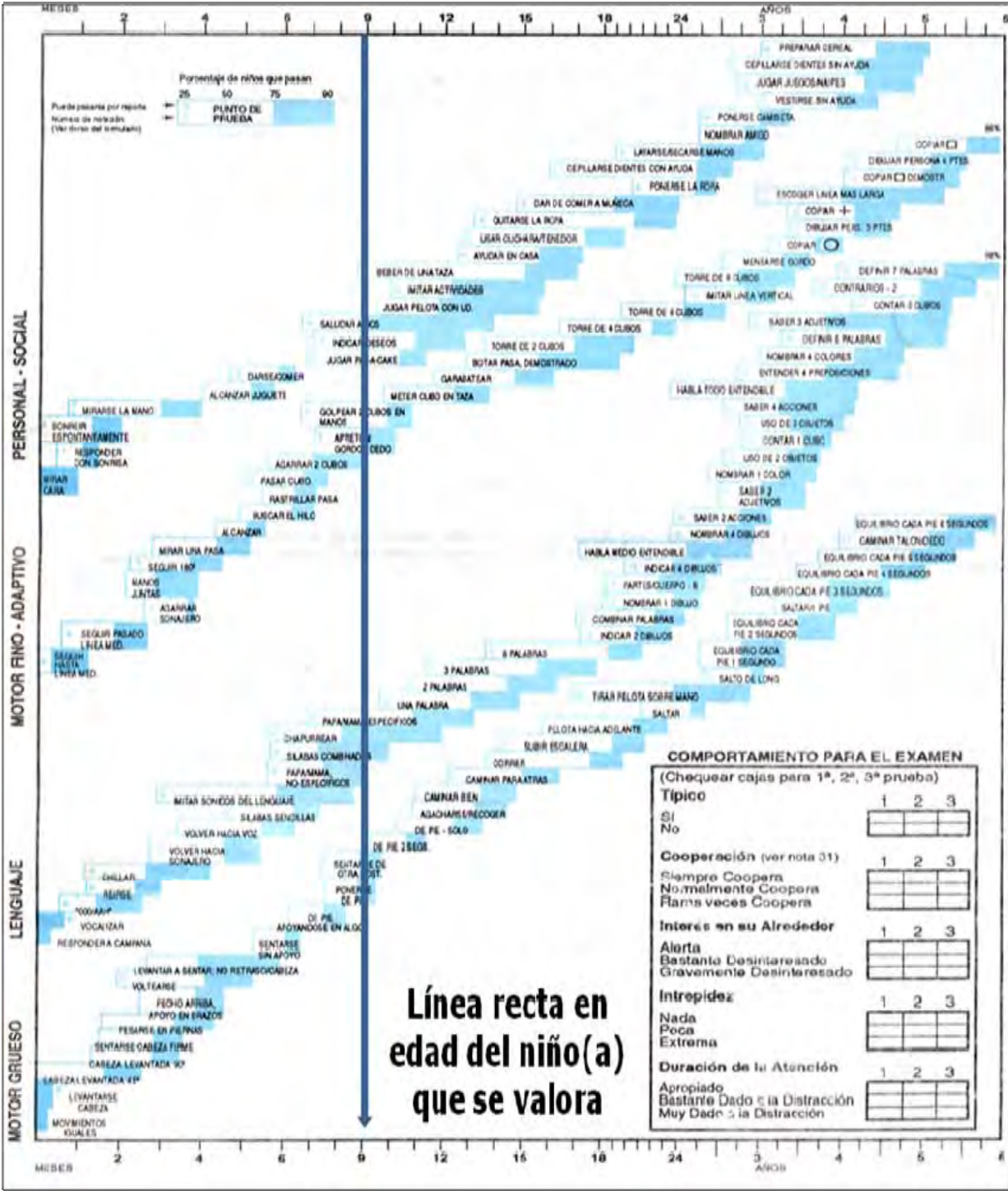
Investigación de primer nivel del estado de desarrollo de los niños.

¿Cuáles son sus componentes?

La prueba está normada sobre una muestra de niños nacidos a término y sin ninguna inhabilidad de desarrollo obvia. La población de referencia fue diversa en términos de edad, domicilio, fondo étnico-cultural y de educación materna. Las normas indican cuando el 25%, el 50%, el 75%, y el 90% de niños pasan cada tarea. La evaluación del desarrollo se basa en el desempeño del niño y en reportes rendidos por los padres en cuatro áreas de funcionamiento, motor fino, motor grueso, personal social y habilidad de lenguaje. Se calcula la edad exacta del niño y se marca sobre la hoja de evaluación, se evalúan todas aquellas tareas que son intersecadas por la línea de edad. La calificación se determina dependiendo si la respuesta del niño cae dentro o fuera del rango normal esperado de éxitos de cada tarea para la edad. El número de tareas sobre las cuales el niño está por debajo del rango esperado, determina si se clasifica como normal,

¹ Para más detalles revisar el Manual de aplicación de la prueba de valoración del desarrollo del niño y la niña de 0 a 6 años, publicado en 2011 y disponible en versión electrónica en el Equipo Técnico de Salud del Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas, DDSS, CCSS.

sospechoso o con retraso. Los niños clasificados como sospechosos debe monitorearse con más frecuencia y establecer una intervención (Ej. estimulación temprana), los que clasifican como con retraso deben ser referidos para una evaluación adicional. También incluye una prueba de observación conductual que es llenada por el administrador de la prueba.



Referencias bibliográficas

1. William K. Frankenburg & Josiah B. Dodds *Denver Developmental Screening Test II (DDST-II)*, disponible en <http://www.icyf.msu.edu/screenng.html>,
2. WK Frankenburg & JB Dobbs *Denver II Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ-II)*, disponible en <http://www.uvm.edu/~cdci/pedilinks/pediatric/tools/pdqII.htm>
3. Naranjo, Carmen. *guías Ejercicios y juegos para mi niño de 0 a 3 años. PROCEP. Guatemala: UNICEF- Editorial Piedra Santa, 1982 58 pp.*
4. -----, *Mi niño de 0 a 6 años. 3ª ED. México: UNICEF-PROCEP, 1988 117 pp.*
5. Behrman, Kliegman & Arvin, *Pediatría de Nelson, Capítulo 17 Evaluación del desarrollo y variaciones biológicas, 15ª Edición McGraw-Hill Interamericana, México 1977, p 84.*
6. *The Harriet Lane Handbook*, pp 352-356. 1996.
7. *Denver Developmental Screening Test*, disponible en <http://www.medicinenet.com/script/main/hp.asp>
8. Glascoe, FP et al *Accuracy of the Denver-II in developmental screening Volume 89, Issue 6, pp. 1221-1225, 06/01/1992 Copyright © 1992 by The American Academy of Pediatrics.*
9. *The Denver II Developmental Screening Test (DDST-II)*, disponible en http://www.healthsci.utas.edu.au/medicine/teaching/kfp/kfp3/visit_8/Denver11.htm
10. *Developmental Screening Tools*, disponible en <http://www.uvm.edu/~cdci/pedilinks/ei/screentools.htm>
11. Frances P. Glascoe Ph.D. Frances P. Glascoe Ph.D. and Henry L. Shapiro MD *Developmental Screening*, disponible en <http://www.dbpeds.org/>

Anexo 11

Criterios de Alta Programada

Verificar en la Guía de Atención integral de las Mujeres, Niños, Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto en el componente 6. 1. Valoración Integrada del bebé y la madre para el egreso que se cumplan las tareas correspondientes y además:

- 1-Dominio de la técnica adecuada de amamantamiento (posición para amamantar).
- 2- Resolución de consultas de la madre o familiar.
- 3-Madre empoderada en el proceso de amamantamiento (madre cómoda sin temores, angustia ni dolor).
- 4-Manejo de la extracción y conservación de la leche.
5. Niño o niña con problema del desarrollo resuelto y/o referido a un Centro Especializado para su atención y seguimiento.
- 6- Madre o bebé de quienes se presume riesgo, con referencia a Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo más cercana al hogar, con cita programada mediante coordinación interclínicas (entrega de paciente).

Anexo 12

MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS DE MAMA MAS FRECUENTES DURANTE EL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA

Patología	Síntomas	Signos	Causa	Tratamiento
Dolor del pezón por fisuras o trauma	Dolor persistente durante el amamantamiento o que no mejora o empeora luego de una semana	Buscar fisuras o trauma	Mala técnica de amamantamiento (mala posición o inadecuado agarre del pezón). Fisuras del pezón. Infección por Cándida (ver manejo)	• Mejorar la técnica de amamantamiento. • Uso de zanahoria rayada. • Cremas de lanolina. • Descartar al niño o la niña frenillo sublingual corto. • Extracción y suplementación alternando con succión directa mientras sanan los pezones según cada situación.
Congestión Mamaria	Madre está en buen estado general. Pechos calientes, pesados y endurecidos.	Pechos congestivos	Retención de leche materna en el pecho por mala remoción.	• Mejorar la técnica de amamantamiento. • Masajes circulares alrededor del pecho. • Dar de mamar con más frecuencia. • Extracción manual o mecánica de la leche materna luego de dar de mamar. • Uso de compresas frías o hojas de repollo en agua fría luego del amamantamiento para aliviar el dolor. • Uso de sostenes adecuado que soporten los pechos. • Analgésicos: Acetaminofén o Ibuprofeno

Patología	Síntomas	Signos	Causa	Tratamiento
Mastitis	Mal estado general de la madre. Dolor en el pecho afectado o en ambos o bilateral.	Fiebre alta. Pechos eritematosos, tensos, dolorosos y calientes.	<u><i>Staphylococcus aureus.</i></u> <u><i>Staphylococcus albus</i></u> coagulasa positivos. Estas bacterias afectan al pecho por estasis de la leche y fisuras en el pecho por mala técnica de amamantamiento.	• Mejorar técnica de amamantamiento. • Aumentar el número de tomas. • Extracción manual o mecánica de la leche no extraída por el bebé. • Descanso en cama (requiere incapacidad). • Uso de compresas tibias o baño con agua tibia. • Antibióticos: - Cefalexina 500 mg. Cada 6 horas VO por 10 a 14 días. - Amoxicilina 500 mg. Cada 8 horas VO por 10 a 14 días. • Analgésicos: Acetaminofen o Ibuprofeno. • Si no hay respuesta en 48 horas cambiar antibióticos y realizar cultivo de leche materna con prueba de sensibilidad a antibióticos.
Conducto obstruido o puntos blancos	Masa dolorosa en una parte del pecho. Succión del bebé muy dolorosa.	No fiebre, buen estado general. Visualización de masa dolorosa y eritematosa en una parte del pecho.	Estasis local de la leche materna por mala técnica alimentaria.	• Mejorar técnica de amamantamiento. • No usar prendas de vestir ajustadas. • Aumentar el número de tomas. • Uso de compresas tibias o baño con agua tibia. • Masajes firmes en zona afectada y hacia el pezón.

		Punto blanco en el pezón.		• Si tiene punto blanco en el pezón tratar de eliminarlo con gasa estéril o agua estéril. (Se puede colocar algodón con aceite en el pezón para ablandar el punto blanco y luego retirarlo). • Dar de mamar colocando al niño en una mesa segura y la madre boca abajo por encima del niño.
Absceso mamario	Dolor intenso en el pecho afectado	Hinchazón intensamente dolorosa asociada a edema, calor y eritema. Puede haber fiebre o no.	Mastitis mal tratada.	• Referir a la paciente a un nivel terciario. • Tratamiento quirúrgico con drenaje o aspiración guiada por ultrasonido. • Antibióticos intravenosos. • Continuar con la lactancia materna en admisión conjunta.
Candidiasis	Dolor intenso o ardor en pezón y areola.	Eritema, descamación, fisuras en pezón y areola. Candidiasis en el niño o niña.	Aumento de la humedad por uso de protectores. Contagio directo del niño o su pareja	• Bifonazol uso tópico bid por 10 días. • Nistatina para el niño o niña. • Si no hay respuesta en la madre luego de tratamiento tópico. • Ketoconazol 200 mg cada día VO por 14 días. • Fluconazol

Patología	Síntomas	Signos	Causa	Tratamiento
Baja producción de leche materna	Niño o niña puede estar decaído o somnoliento o irritable	Signos de deshidratación o escasa ganancia de peso.	Mala técnica. Escasa succión. Estrés en madre Enfermedad materna. Dolor en la madre. Madre trabajadora. Uso de medicamentos. Uso de fórmulas infantiles.	• Dar de mamar en cuanto el bebe nazca. • Dar de mamar cada vez que el niño pida, a libre demanda, día y noche. • No dar biberón, agua ni cualquier otro líquido. • La mama puede extraerse leche entre las lactadas y dársela al niño con taza, cuchara, jeringa o beberito. O bien almacenarla para usarla más adelante si tiene que trabajar o ausentarse. • El bebe y la mama pueden pasar más tiempo juntos. • Dar de mamar en buena posición. • La mamá debe de tomar más líquidos hasta satisfacer su sed. Los líquidos incluyen sopas, atoles refrescos, bebidas calientes o agua pura (No debe tomar mucho te, café, gaseosas y licor.) • La mama debe de comer más de lo acostumbrado. • Uso de galactogogos cuando se requiera: metoclopramida.

Anexo 13

Recomendaciones para el Soporte Nutricional Enteral Neonatal en Costa Rica.

1. La leche materna constituye la fuente óptima para la nutrición de lactantes y niños pequeños; por lo tanto, los esfuerzos institucionales deben dirigirse a favorecer el uso de este recurso materno como prioridad.
2. La primera opción para brindar soporte nutricional enteral a los neonatos hospitalizados debe ser la leche materna de su propia madre.
3. La implementación de Bancos de Leche Humana permite contar con un producto de extrema calidad, que puede ser utilizado sin riesgo en los niños y niñas hospitalizados. Esto permite brindar un soporte nutricional enteral adecuado y específico a las necesidades de los niños y niñas beneficiarios.
4. En aquellos casos en que por alguna circunstancia especial, la madre no pueda alimentar a su hijo (a) con su propia leche, la segunda opción debe ser leche humana procesada en un Banco de Leche Humana, después de que se logre la implementación de los mismos en los hospitales nacionales.
5. Se debe disponer de Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo en todos los Hospitales, con profesionales en salud específicamente capacitados y preferiblemente bajo tutela de médicos especialistas en Pediatría.
6. El personal de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo debe encargarse de supervisar el egreso hospitalario del niño o niña en relación con una alimentación eficiente y efectiva. Además deben de dar seguimiento a las madres y niños y niñas de riesgo en las siguientes 24 -48 horas. Esta valoración de los pacientes de riesgo deben mantenerse en control hasta que estén resuelto sus problemas .
7. La implementación de la Iniciativa Hospitales de Amigos del Niño la Niña y la Madre como política institucional debe seguirse desarrollando en todos los hospitales del país, debido a que es una estrategia que ha comprobado ser muy efectiva en la promoción de la lactancia materna.
8. En los niños y niñas menores de 1 año y especialmente los menores de 6 meses, se debe evitar la exposición a fórmulas modificadas con proteína de leche de vaca o

leche entera de vaca, por el riesgo de alergia a esta proteína, principalmente si tienen factores de riesgo.

9. Los niños y niñas menores de 6 meses de edad con diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca, con ingesta mixta de leche materna y fórmula, se deben referir a la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo.
10. Para un efectivo y eficiente soporte nutricional enteral en neonatos, se debe fortalecer las Clínicas de Lactancia, apoyar los Bancos de Leche Humana y capacitar los funcionarios relacionados con la atención a la salud.
11. Además, se debe asegurar la aplicación de la normativa existente sobre la atención al niño y la niña; con enfoque de derechos, y, para ello, es necesario que los Servicios de Neonatología se adecuen para que las madres permanezcan con sus bebés y los alimenten al seno materno, en concordancia con lo señalado por el Código de la Niñez y Adolescencia.

Protocolo de la Academia Médica de Lactancia **Guías del Hospital de Cómo Administrar la Alimentación Suplementaria en** **Neonatos Saludables Amamantados**

Definiciones

La alimentación suplementaria: es la alimentación que se provee en lugar de la lactancia. En estas se incluye la leche que la madre extrae de su pecho o la leche de banco. Cualquier alimento que se le brinde de antes de los 6 meses, el periodo que se recomienda la lactancia exclusiva, se define como suplementaria.

La alimentación complementaria: es la alimentación que se provee además de la lactancia. Este término se utiliza para describir los alimentos que se le brindan al bebé además de la lactancia después de los 6 meses, como un “complemento”, necesario para una nutrición adecuada.

Trasfondo

Si se le ofrece asistencia e instrucciones al comienzo para la lactancia, la mayoría de las madres y sus bebés podrán lactar exitosamente. Aunque algunos infantes no podrán pegarse al pecho y alimentarse durante el primer día de vida, con una evaluación apropiada y una intervención mínima, podrán con el tiempo lactar.

Las alimentaciones pequeñas de calostro son apropiadas para el estómago del recién nacido y son suficientes para prevenir la hipoglucemia en el infante a término saludable y apropiado para la edad gestacional. (1,16,19) Los infantes a término saludables tienen

suficiente agua en el cuerpo para llenar sus necesidades metabólicas.(11,14,15) Así que, la mayoría de los infantes lactantes no requerirán alimentación suplementaria. Porque algunas mujeres cuestionan lo adecuado de la alimentación con calostro, éstas se beneficiarían de una infraestructura de apoyo, de asistencia en la técnica de la lactancia y de educación sobre la fisiología del amamantamiento.

La alimentación suplementaria puede evitar el establecimiento del flujo de leche materna y tener efectos adversos para la lactancia (ej. lacto génesis tardía, ingurgitación (congestión del pecho); puede alterar la flora intestinal del infante; sensibilizar al infante a alérgenos (dependiendo del contenido de los alimentos, y el método utilizado); y/o interferir con el lazo infante-maternal. (3) Antes de que cualquier alimentación suplementaria comience, es importante que se complete una evaluación formal de cada díada madre-infante, incluyendo una observación directa de la lactancia.

Indicaciones para la Alimentación Suplementaria

Las indicaciones para suplementar un infante a término saludable son pocas (13). Hay situaciones clínicas comunes donde la evaluación y el manejo de la lactancia serán necesarios, pero suplementar no está indicado en:

- Niño o niña somnoliento (a) con menos de 8-12 alimentaciones en las primeras 24 a 48 horas, con menos de 7% de pérdida de peso y sin síntomas de enfermedad.
- El infante con los niveles de bilirrubina menos de 20 mg/dl después de 72 horas cuando el bebé está alimentándose bien, y la excreta es adecuada y la pérdida de peso es menos del 7% (2,6).
- El infante que llora a menudo durante la noche o que constantemente se alimenta por varias horas.
- Madre dormida.

Indicaciones para Suplementar a los Niños o Niñas a Término Saludables

- Una hipoglucemia que no responde a la lactancia frecuente (1)
- Separación
- Enfermedad de la madre y como resultado hay separación del infante y la madre (ej. psicosis, eclampsia, *shock*)

- La madre no se encuentra en el mismo hospital (ej. la muerte de la madre)
- Infante nacido con un defecto en el metabolismo (ej. galactosemia)
- Un infante que no puede alimentarse amamantándose (ej. una malformación congénita, una enfermedad)
- Medicación materna (las que no se pueden utilizar en la lactancia) (4)
- Otras situaciones clínicas pueden surgir donde la alimentación suplementaria sea lo indicado.

A continuación se enumeran las posibles indicaciones para utilizar este tipo de alimentación. El médico debe decidir si los beneficios clínicos son más importantes que las consecuencias negativas potenciales de esta alimentación respecto a la lactancia.

Posibles indicaciones para Suplementar a Niños o Niñas a Término Saludable

Indicaciones para el Niño o niña

- Hipoglucemia documentada por una prueba de laboratorio de la cantidad de glucosa en la sangre (no con la prueba rápida de glucosa oxidasa o glucómetro portable) después que el infante tiene oportunidad adecuada de lactar.(1)
- Evidencia clínica de deshidratación significativa.
- Pérdida de peso de 8% a 10% acompañada con una lacto génesis tardía (al 5 día o más tarde)
- Movimientos estomacales retardados o la excreta de meconio continúan al 5 día.
- No ingiere suficiente aunque hay suficiente leche
- Hiperbilirubinemia
- Ictericia de lactancia donde la alimentación es pobre a pesar de una intervención apropiada
- Ictericia de lactancia cuando los niveles llegan a 20-25mg/dl en un infante que se está desarrollando y una interrupción de la lactancia puede ayudar.

Bajo peso al nacer

- Cuando no hay leche suficiente
- Cuando lo indicado es suplementar un nutriente

Indicaciones Maternas

- Lacto génesis tardía (5 días o más) y el infante ingiere inadecuadamente
- Dolor intolerable durante las alimentaciones que no se puede aliviar con ninguna intervención
- Ausencia de la madre a causa de una enfermedad o una separación geográfica
- Insuficiencia glandular primaria (falla en la lactancia primaria), como lo comprueba un crecimiento pobre del pecho durante el embarazo e
- indicaciones mínimas de lacto génesis, patología del pecho o una cirugía anterior que resulte en una producción pobre de la leche.

Lacto génesis tardía

- La placenta se retiene (la lacto génesis probablemente ocurrirá cuando los fragmentos de ésta se remuevan).
- El síndrome de Sheehan (la hemorragia posparto seguida por la ausencia de lactogénesis)

Recomendaciones

Los recién nacidos saludables no necesitan alimentaciones suplementarias a causa de una alimentación pobre las primeras 24-48 horas, pero los bebés que se encuentran demasiado enfermos para lactar o que sus madres están demasiado enfermas para permitirle lactar son los más predispuestos para este tipo de alimentación (13).

Las alimentaciones suplementarias pueden que requieran la orden del médico y un consentimiento por escrito de la madre. Cuando no están médicamente indicadas, se tratará de disuadir a la madre de cambiar su petición para este tipo alimentación, y el personal de enfermería o médico las documentará. Todas las alimentaciones suplementarias deben documentarse, incluyendo su contenido, su volumen, el método y la razón o indicación médica.

Si es inevitable la separación de la madre y el bebé, la posibilidad de establecer el flujo de leche es pobre o cuestionable, o si el bebé no succiona leche del pecho, la madre necesita instrucciones y estímulo para bombear o manualmente extraer leche estimulando su producción y así poder proveer la leche extraída necesaria para el infante.

Lo ideal sería que extrajeran la leche cada vez que el bebé reciba una alimentación suplementaria, o alrededor de cada 2 a 3 horas. (3,13) Se debe recomendar a las madres que comiencen desde el primer día o lo más pronto posible. La congestión del pecho materno debe evitarse porque comprometerá el flujo de leche y puede conducir hacia otras complicaciones. (13)

Se debe evaluar formalmente la postura, el agarre y la transferencia de leche de todos los infantes antes de recibir las alimentaciones suplementarias (17).

La mayoría de los bebés que se quedan con sus madres y lactan adecuadamente pierden menos del 7% del peso que tuvieron al nacer. La pérdida de peso en exceso del 7% puede indicar una transferencia inadecuada de leche o una producción baja de la misma. (5,12) Mientras la pérdida de peso entre 8%-10% está dentro de los límites de normalidad, si no habido ningún problema y el examen físico es normal, puede ser indicación de que se debe hacer una evaluación cuidadosa y posible asistencia en la lactancia.

El médico del niño o niña debe notificarse si:

- El niño o niña exhibe otros síntomas de enfermedad además de pobre alimentación.
- La diada materno-infantil llena los criterios clínicos de la Tabla 1.
- La pérdida de peso del infante es mayor del 7%

Métodos para proveer Alimentaciones Suplementarias

Cuando las alimentaciones suplementarias se necesaria una de las siguientes técnicas se puede utilizar: un dispositivo en el pecho para lactar, alimentación con una copa, cuchara o gotero, alimentación con sonda al dedo , o con biberito. (8-10,17,18) La alimentación con una copa se ha demostrado que es segura para los infantes a término y puede ayudar a preservar el periodo de lactancia entre aquellos que requieran alimentaciones suplementarias múltiples.(8,9)

Elección de la Alimentación

La leche extraída humana sería la primera elección para una alimentación suplementaria (17), pero extraer suficiente calostro en los primeros días puede ser difícil. La madre puede que necesite educación y que se le tranquilice si suceden estas dificultades. Si el volumen del calostro de la madre no llena los requerimientos necesarios para la alimentación del infante, la leche humana pasteurizada de un Banco de Leche Humana, es preferible a otros suplementos.

El médico debe pesar riesgos y beneficios potenciales de otros fluidos suplementarios, como la fórmula estándar o la fórmula de hidrolizada de proteína, tomando en consideración los recursos disponibles, los factores de riesgo en el historial familiar como la atopía, la edad del infante, las cantidades necesarias, y el impacto potencial en el establecimiento de la lactancia.

Bibliografía

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. ABM News and Views 1999;insert.
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. [published erratum appears in Pediatrics 1995 Mar;95(3):458-61] [see comments]. Pediatrics 1994;(Pt 1):558-65.
3. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. Acta Paediatrica.1994;1122-6.
4. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001;776-89.
5. DeMarzo S, Seacat J, Neifert M. Initial Weight Loss and Return to Birth Weight Criteria for Breast-fed Infants: Challenging the 'Rule of Thumb'. American Journal of Diseases of Children 145, 402. 1991.
6. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and Breastfeeding. Pediatric Clinics of North America 2001;389-400.
7. Hill PD, Brown LP, Harker TL. Initiation and frequency of breast expression in breastfeeding mothers of LBW and VLBW infants. Nursing Research 1995;352-5.
8. Howard CR, de Blieck EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. Pediatrics 1999;t-7.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear BP, Eberly S, Oakes D, Lawrence RA. Complementary Feeding Methods for Breastfed Babies. A Randomized Trial of

- Cup Versus Bottle and the Effect on Breastfeeding Success. *Pediatric Research* 49[4], 161A-161A. 2001.
10. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood* 1994;365-9.
 11. Marchini G, Stock S. Thirst and vasopressin secretion counteract dehydration in newborn infants. *Journal of Pediatrics* 1997;736-9.
 12. Muskinja-Montanji G, Molnar-Sabo I, Vekonj-Fajka G. Physiologic neonatal body weight loss in a "baby friendly hospital". [Serbo-Croatian (Roman)]. *Medicinski Pregled*. 1999;237-40.
 13. Powers NG, Slusser W. Breastfeeding update. 2: Clinical lactation management. [Review] [9 refs]. *Pediatrics in Review*. 1997;147-61.
 14. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biology of the Neonate* 2000;12-6.
 15. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK. Do exclusively breast fed infants need fluid supplementation? *Indian Pediatrics* 1992;535-40.
 16. Scammon RE, Doyle LO. Observations on the capacity of the stomach in the first ten days of postnatal life. *American Journal of Diseases of Children*. 1920;516-38.
 17. The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;1035-9.
 18. United Nations Children's Fund. Feeding low birth weight babies. 1996. UNICEF division of information and public affairs.
 19. Williams AF. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. 1-56. 1997. Geneva, World Health Organization; Download from:
<http://www.who.int/chd/pub/imci/bf/hypoglyc/hypoclyc.htm>

Anexo 14

Métodos para administrar leche materna extraída o alimentación suplementaria

Cuando las alimentaciones suplementarias es necesaria una de las siguientes técnicas se puede utilizar: un dispositivo en el pecho para lactar, alimentación con una copa, cuchara o gotero, alimentación con sonda al dedo, o con beberito (8-10,17,18). La alimentación con una copa se ha demostrado que es segura para los infantes a término y puede ayudar a preservar el periodo de lactancia entre aquellos que requieran alimentación suplementaria múltiple (8,9).

Alimentación por Copa

- a. Puede ser usada, sin riesgo en un niño (a) desde las 29-30 semanas, cuando el mismo puede sacar la leche de la copa con su lengua.
- b. Provee una experiencia oral positiva para su alimentación.
- c. Evita intensificar los problemas de función motora oral.
- d. Reduce la necesidad de utilizar sonda orogástrica.
- e. El bebe regula la cantidad de leche materna en volumen y cantidad ingerida.
- f. Uso de poca energía.
- g. Estimula el desarrollo del reflejo de succión y deglución efectiva, mejorando la coordinación.
- h. La lipasa lingual y salival es liberada, contribuyendo a digerir mejor la leche materna.
- i. Se pierde menos grasa al no utilizar sondas para su alimentación.
- j. Mejora el contacto visual entre la persona que lo alimenta y el bebe.
- k. Es un método fácil de usar.

Este método no debería ser usado con regularidad en niños y niñas de término sanos, pues se acostumbran al mismo. Es un método de uso transitorio mientras se instaura la alimentación al pecho materno.

Debe ser usado en los niños en que se tiene la necesidad de alimentar con sonda orogástrica como los prematuros y niños enfermos.

En aquellos niños pretérmino o que han requerido la alimentación por sonda orogástrica, se puede iniciar una vez que se estén dando bolos cada 2 o 3 horas. El uso de sonda orogástrica no favorece la aparición del reflejo de succión y deglución.

¿Cómo debería ser usado este método?

1. Inicialmente en un niño (a) pretérmino deben usarse volúmenes pequeños de 5-10 cc en la copa y el resto por sonda orogástrica e ir incrementando según la evolución.
2. Coloque al niño (a) de manera que sus manos no toquen la copa e interfieran con la alimentación. Use un paño o babero debajo de su barbilla o mentón.
3. Coloque al niño en posición semisentado
4. Coloque la copa adecuada sin llenarla hasta el borde en el labio inferior del bebe sin hacer presión en el mismo, de manera que la leche entre en contacto con el labio inferior. **No vierta la leche en la boca del bebe, deje que él con su propia lengua empiece a sacar la leche de la copa.**
5. No intente agilizar la alimentación, el bebe tiene su propio ritmo.



Alimentación con sonda al dedo

Se utiliza en el bebé que tiene la capacidad de succionar y tragar eficientemente. La coordinación y los movimientos rítmicos de la lengua también son un requisito.

Modo de usar

1. Lavado de manos. Uñas cortas.
2. Llene una copa con la cantidad de leche a suministrar.
3. Utilice una sonda orogástrica 4-6, uniendo un extremo al dedo a utilizar y otro sumergiéndolo en el frasco de leche. (Existen dispositivos creados ya con este fin).
4. Jeringa
5. Introduzca el dedo dentro de la boca del bebe, tocando y estimulando el paladar duro para estimular el reflejo de succión, permita que el bebe succione a su ritmo la leche que desea.



Alimentación con sonda al pecho

Utilizada exclusivamente para niños que tienen un buen agarre y succión del pecho materno, pero donde hay poca producción.

De igual manera un extremo de la sonda se une al pezón y otro se sumerge en un frasco de leche o se coloca una jeringa. Cuando el bebe succiona el pecho materno, estimula a la madre y además se suplementa con la leche del frasco o jeringa (hay dispositivos para este fin).



Elección de la Alimentación

La leche humana extraída sería la primera elección para una alimentación suplementaria (17), pero extraer suficiente calostro en los primeros días puede ser difícil. La madre puede que necesite educación y que se le tranquilice si suceden estas dificultades. Si el volumen del calostro de la madre no llena los requerimientos necesarios para la alimentación del lactante, se puede estimular manualmente o con una bomba extractora cada 2 o 3 horas o extraer directamente y administrar con cucharita. La leche humana pasteurizada de un Banco de Leche Humana, es preferible a otros suplementos.

El médico debe pesar riesgos y beneficios potenciales de otros líquidos suplementarios, como la fórmula estándar o la fórmula de hidrolizada de proteína, tomando en consideración los recursos disponibles, los factores de riesgo en el historial familiar como la atopia, la edad del lactante, las cantidades necesarias, y el impacto potencial en el establecimiento de la lactancia.

Bibliografía

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. ABM News and Views 1999;insert.
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. [published erratum appears in Pediatrics 1995 Mar;95(3):458-61] [see comments]. Pediatrics 1994;(Pt 1):558-565.
3. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. Acta Paediatrica. 1994;1122-1126.
4. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001;776-789.
5. DeMarzo S, Seacat J, Neifert M. Initial Weight Loss and Return to Birth Weight Criteria for Breast-fed Infants: Challenging the 'Rule of Thumb'. American Journal of Diseases of Children 145, 402. 1991.
6. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and Breastfeeding. Pediatric Clinics of North America 2001;389-400.
7. Hill PD, Brown LP, Harker TL. Initiation and frequency of breast expression in breastfeeding mothers of LBW and VLBW infants. Nursing Research 1995;352-355.
8. Howard CR, de Blieck EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. Pediatrics 1999;t-7.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear BP, Eberly S, Oakes D, Lawrence RA. Complementary Feeding Methods for Breastfed Babies. A Randomized Trial of Cup Versus Bottle and the Effect on Breastfeeding Success. Pediatric Research 49[4], 161A-161A. 2001.

10. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood* 1994;365-9.
11. Marchini G, Stock S. Thirst and vasopressin secretion counteract dehydration in newborn infants. *Journal of Pediatrics* 1997;736-9.
12. Muskinja-Montanji G, Molnar-Sabo I, Vekonj-Fajka G. Physiologic neonatal body weight loss in a "baby friendly hospital". [Serbo-Croatian (Roman)]. *Medicinski Pregled*. 1999;237-240.
13. Powers NG, Slusser W. Breastfeeding update. 2: Clinical lactation management. [Review] [9 refs]. *Pediatrics in Review*. 1997;147-61.
14. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Pérez-González JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biology of the Neonate* 2000;12-16.
15. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK. Do exclusively breast fed infants need fluid supplementation? *Indian Pediatrics* 1992;535-40.
16. Scammon RE, Doyle LO. Observations on the capacity of the stomach in the first ten days of postnatal life. *American Journal of Diseases of Children*. 1920;516-538.
17. The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;1035-1039.
18. United Nations Children's Fund. Feeding low birth weight babies. 1996. UNICEF division of information and public affairs.
19. Williams AF. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. 1-56. 1997. Geneva, World Health Organization;
- 20-Lang Sandra. Breastfeeding Special Care Baby. *Alternative Methods of Feeding and breastfeeding*. Editorial Elsevier. Segunda Edición. Inglaterra 2002, pag: 105-210.

Anexo 15

Protocolo del Uso de las Bombas Extractoras

Población Meta

Madres de niños y niñas con hospitalizaciones potencialmente prolongadas.

Madres con congestión mamaria.

Madres con mastitis.

Madre que reinicia su trabajo luego de la licencia por maternidad.

Madre que reingresa a estudiar.

Madres donadoras de leche materna al Banco de Leche Humana.

Madre que el personal de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo se beneficiaría con el préstamo de una bomba extractora de leche materna manual.

Áreas de Salud adscritas al Hospital

Procedimiento de Solicitud al Almacén General:

El personal de Enfermería de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo deberá solicitar a Proveeduría del Hospital que hagan la solicitud al Almacén General con la Fórmula 27 del número de bombas extractoras manuales (código 2-94-030260).

El número de bombas extractoras asignadas para cada hospital obedece a la información suministrada por las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo con base en sus necesidades al Grupo Técnico de Salud del Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas según los trámites administrativos correspondientes.

Al prestar la bomba extractora manual de leche materna el personal de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo deberá capacitar a la madre sobre:

- ✓ Uso correcto del extractor.
- ✓ Procedimiento de limpieza del extractor en el hogar.
- ✓ Conservación de la leche materna en el hogar.
- ✓ Métodos de administración de la leche materna al niño o niña receptor en el hogar u hospital.

Procedimiento de entrega a la madre

Las bombas extractoras manuales podrán ser prestadas para ser llevadas a su hogar, a las madres (población meta) que se establecen en este protocolo. Para dicho préstamo se debe hacer una Boleta de Salida (**código 470-01-0420**) con tres copias: una se archiva

en la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, otra la madre la entrega al Guarda de Seguridad del hospital y otra la madre la conserva en su hogar.

Cuando la bomba extractora manual de leche materna es devuelta por la madre al personal de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, esta debe ser esterilizada según los métodos establecidos por el Centro de Equipos del Hospital.

Procedimiento de entrega de bombas extractoras a las Áreas de Salud Adscritas

El personal de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo podrá enviar a las Áreas de Salud adscritas al Hospital, bombas extractoras para su uso por personal capacitado. Para esto, cada Área de Salud debe enviar al Área de Proveduría del Hospital correspondiente la **fórmula 28** debidamente llena.

La cantidad de bombas extractoras a solicitar al hospital se coordinará con la Enfermera asignada de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo según necesidades. Es responsabilidad de cada Área de Salud recoger las bombas extractoras en el hospital respectivo y velar por su entrega a las usuarias según protocolo.

Anexo 16

Extracción y Conservación de leche materna

La extracción de leche materna puede ser necesaria en múltiples ocasiones a lo largo de la lactancia del bebé y puede ser imprescindible para la madre que trabaja fuera de casa o para la que tiene a su hijo separado de ella, por diversas causas.

La extracción de leche materna es una técnica para vaciar el pecho que imita la succión del bebé y exige entrenamiento y paciencia. Se hace más eficaz a medida que la madre coge práctica con la técnica de extracción y es más sencilla en la madre que tiene establecida una buena producción de leche que cuando se inicia la lactancia (como en el caso de recién nacidos hospitalizados).

Nunca debe utilizarse la extracción de leche materna como un indicador de la cantidad de leche que la madre produce, ya que la extracción manual o mecánica siempre es menos eficiente que el bebé puesto al pecho y las situaciones de estrés y la inexperiencia pueden resultar en la obtención de pequeñas cantidades que minarán la confianza de la madre y pueden propiciar el destete.

Es necesario saber y explicar que las primeras extracciones siempre obtienen escasas cantidades de leche, pero con la práctica las madres son capaces de extracciones más eficaces y adecuados vaciamientos del pecho.

Esta es una técnica que se debe enseñar a toda madre que amamanta ya que puede serle útil en diversas ocasiones a lo largo de la lactancia.

Indicaciones de la extracción de leche materna

La extracción de leche materna puede ser útil en varias ocasiones a lo largo de la lactancia de un lactante normal y sano, pero puede ser imprescindible para un lactante prematuro, enfermo o alejado de su madre, por circunstancias diversas.

De modo que será útil que la madre se extraiga leche en los siguientes casos:

- Para prevenir o disminuir la congestión mamaria cuando no puede ofrecer el pecho durante varias horas (por trabajo, una intervención quirúrgica, viaje, etc.), en casos de mastitis o amamantamientos muy dolorosos.
- Para tener una reserva de leche que se pueda ofrecer al bebé en su ausencia (estudio, incorporación al trabajo u otras actividades).
- Para inducir la relactación.
- Para mantener o aumentar la producción en los casos que así los requiera.

- Para aumentar el aporte calórico de la leche humana en niños o niñas con falla para progresar.
- Para ser donadora de leche humana.

Frecuencia de extracción

La mayoría de los lactantes necesitan mamar cada 2 o 3 horas. Si la madre o el bebé no pueden amamantar cada 2 o 3 horas, es aconsejable extraer la leche de los pechos para evitar que se llenen en exceso y ayudar a que se mantenga la producción de leche. Es conveniente extraer la leche tan pronto como se haya interrumpido el horario habitual de amamantar. En el caso de prematuros, no se debe esperar a la subida o a que la madre se sienta incómoda. El calostro también se puede extraer y almacenar.

Medidas higiénicas y de asepsia

Antes de cada extracción es necesario el lavado meticuloso de manos con agua caliente y jabón y la limpieza de uñas con un cepillo. Esto reduce el riesgo de contaminación bacteriana posterior de la leche extraída.

La ducha diaria es suficiente para la higiene del pecho y aréola, y hace innecesaria la limpieza de las aréolas y pezones como a menudo se ha recomendado. Se permite así la función lubricante y bacteriostática de las glándulas de Montgomery. Se deben desaconsejar los jabones antibacterianos y las lociones o geles con alcohol, que favorecen la desecación de la aréola y la aparición de grietas.

Para disminuir el riesgo de contaminación bacteriana se aconsejará a la madre que evite hablar o tocarse la cara, la nariz o la boca con un pañuelo mientras realiza la extracción (esto es especialmente importante en caso de infección respiratoria).

Los recipientes donde se acumulará la leche extraída y las partes del extractor (en caso de utilizarlo) deben limpiarse meticulosamente con agua caliente y jabón, enjuagarlas y secarlas. Una vez al día, se esterilizarán los recipientes y componentes del extractor hirviéndolas en una olla tapada con agua durante 10 o 15 minutos.

Lugar de extracción y medidas facilitadoras

Es aconsejable que la madre busque un lugar silencioso y privado en donde se sienta cómoda para la extracción y donde tener el equipo recolector limpio y listo para usar.

Para facilitar la extracción, se han descrito como útiles diferentes técnicas de relajación, como que la madre tome una bebida caliente (o fría) mientras se extrae la leche o inmediatamente antes, que realice ejercicios de relajación y varias inspiraciones profundas unas cuantas veces, antes de la extracción; un ambiente propicio: escuchar

música suave, tener alguna foto del bebé a mano y masajes relajantes sobre la espalda de la madre.

Técnicas para estimular la bajada de la leche

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con extractor, es necesario primero preparar el pecho para facilitar la extracción, provocando el reflejo de bajada o de eyección láctea. La aplicación de calor (seco o húmedo) sobre el pecho favorece el flujo de leche, pero no es aconsejable para aliviar la congestión mamaria de los primeros días.

Además se pueden realizar unos masajes relajantes, en la espalda de la madre, deslizando los pulgares, los puños o las palmas de la mano del masajista a lo largo de los canales paravertebrales, desde región cervical a lumbar, utilizando algún aceite para masaje que favorezca el deslizamiento.

También son útiles las inspiraciones profundas y los movimientos de relajación aprendidos en la preparación al parto.

Además, la estimulación del pezón con suaves movimientos rotatorios antes de la extracción, favorece la secreción de oxitocina estimulando así el reflejo de eyección de la leche.

Después, la madre puede estimular sus pechos realizando los siguientes masajes sobre el pecho:

- Masajear: oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), realizar un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno.
- Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo.

Extracción manual

La extracción manual de la leche materna es la técnica más usada en todo el mundo, ya que no necesita equipo ni electricidad.

Es necesario el aprendizaje y es más laboriosa, pero a muchas madres les resulta más agradable y natural. Además de poder ser usada para todas las indicaciones de la extracción de leche mencionadas anteriormente, la técnica manual es especialmente útil para: disminuir la tensión en la aréola o el pecho debido a una excesiva cantidad de leche y facilitar el enganche al pecho, para vaciar un pecho excesivamente lleno de

forma puntual cuando el bebé no está disponible, y para estimular el reflejo de eyección antes de amamantar o de la extracción mecánica

Técnica

Tras seguir las medidas higiénicas recomendadas y los masajes para facilitar el reflejo de eyección, la leche puede exprimirse sobre cualquier recipiente limpio aunque los recipientes de boca ancha son más útiles. Suele ser útil provocar previamente el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir).

La técnica Marmet es una de las más utilizadas y se lleva a cabo mediante los pasos siguientes:

- Se coloca el pulgar y el dedo índice y medio formando una letra "C" a unos 3 o 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de laaréola). Debe evitarse que el pecho descance sobre la mano.
- Se empuja con los dedos hacia detrás (hacia las costillas) sin separarlos (para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás).
- Se ruedan los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo (rodar no deslizar).
- Estos movimientos se repiten rítmicamente para vaciar los depósitos (colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar), rotando la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Se deben utilizar ambas manos en cada pecho.
- Se repite todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada en ambos pechos, una o dos veces. El flujo de leche, generalmente, se enlentece a medida que los reservorios se van vaciando. Se extrae leche hasta que el flujo se haga más lento. Puede hacerse simultáneamente en ambos lados.
- Se deben evitar presiones o tirones excesivos e incómodos.



Almacenamiento de la leche materna

Una vez extraída la leche se almacenará en recipientes limpios, y preferiblemente estériles. Es conveniente usar un recipiente limpio cada vez que se recolecte leche y etiquetar la leche con la fecha y la hora en que se extrajo.

Recipientes para almacenamiento

Las mejores opciones para almacenar leche humana son recipientes de vidrio o plástico duro con tapas que cierren bien. Ante la controversia sobre el efecto del policarbonado PPD (bisphenol A=BPA) en la salud no se debe usar recipientes que los contenga.

Modos de conservación

La leche materna puede almacenarse a temperatura ambiente, refrigerada y congelada. El tiempo de almacenamiento varía en función de la temperatura de conservación.

Tiempo y temperaturas

Temperatura ambiente

Se debe educar a las madres y sus familias para que disminuyan al máximo el tiempo en que la leche materna se mantiene a temperatura ambiente.

A temperaturas menores de 25 °C la leche humana se mantiene de 6 a 8 horas.

Refrigeración

- Refrigerada entre 0 y 4°C, de 5 a 8 días.
 - Si la refrigeradora es de uso frecuente (se abre la puerta muchas veces al día) el número de días en que la leche humana se conserva, disminuye considerablemente.
- La leche materna puede ser trasladada en una hielera con hielo o hielo seco hasta por 8 horas.

Congelación

- En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas.
- En un congelador que es parte de la nevera pero con puerta separada: 3 meses (la temperatura varía según la frecuencia con que se abre la puerta).
- No se debe almacenar la leche materna en la puerta del congelador ya que la temperatura es menos estable.

Cómo descongelar y calentar la leche materna

• Descongelar durante la noche:

- Sacar la leche del congelador la noche anterior y dejar en la nevera.
- Esta leche puede ser administrada en las 24 horas siguientes, lo que sobre deberá desecharse.

- **Descongelar inmediatamente:**

- También se puede descongelar bajo el chorro de agua caliente del grifo o dejando unos minutos dentro de otro recipiente con agua caliente.

- **Calentamiento:**

- No se debe hervir ni poner en el horno de microondas para evitar la desnaturalización de ciertas vitaminas y proteínas.

- Una vez descongelada, agitar el recipiente suavemente para mezclar la leche. La leche almacenada se sedimenta en capas de diferentes colores (la grasa arriba), este aspecto es normal.

Una vez descongelada, se puede calentar al baño María o directamente bajo el agua del grifo (aunque no es necesario se puede dar a temperatura ambiente). Una vez descongelada, puede mantenerse durante otras 24 horas refrigerada, siempre que no haya sido calentada ni haya estado en contacto con la saliva del bebé. Pasado ese tiempo, debe desecharse. Una vez calentada, la que no se administre al bebé inmediatamente, debe ser desechada.

Anexo 17
Formulario de Inscripción de la Madre Donadora de Leche Humana.

Fecha de la inscripción: ____/____/____ **Código Interno:** ____

Datos de la donante:

Nombre: _____

Edad: _____ N° de Cédula: _____ Nacionalidad: _____

Provincia: _____ Cantón: _____

Distrito: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

Antecedentes Patológicos Personales:

Transfusión sanguíneas en los últimos 12 meses: Si No

Patologías durante el embarazo:

Historia Actual:

Tabaquismo: Sí ____ No ____ Cuántos: ____ Etilismo: Sí ____ No ____ Drogas: Sí ____
No ____

Uso de medicamentos: Sí No

Exámenes realizados en el Prenatal o enviados nuevamente:

VDRL	HsbAg	HIV	
Hemograma			
() Positivo	() Positivo	() Positivo	Hb (g%)

() Negativo	() Negativo	() Negativo	Hto (%)

Esta madre es apta para la donación de leche materna: Si No

Firma del Médico Responsable . _____

Consentimiento Informado de la Madre Donadora:

Anexo 18

Objetivos de un Banco de Leche Humana.

1. Realizar actividades dirigidas por el personal del Banco de Leche Humana y Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo del hospital, en pro del amamantamiento exitoso de todos los niños y las niñas del área de atracción u otros hospitales cuando así lo requiera.
2. Realizar todos los procesos técnicos que garanticen un producto final (leche humana pasteurizada) de óptima calidad y máxima seguridad.
3. Proporcionar a los niños y niñas seleccionadas como beneficiarios prioritarios del Servicio de Neonatología, leche humana pasteurizada según sus necesidades específicas.
4. Estimular la donación de leche materna, a través de un proceso educativo sobre: Ventajas de la leche materna.
5. Desarrollar y colaborar con aspectos de investigación, relacionados con la lactancia materna y los bancos de leche humana.
6. Contribuir con las políticas nacionales e institucionales en la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil.
7. Evaluar a corto, mediano y largo plazo los logros obtenidos mediante la implementación del Banco de Leche Humana.



Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas
Equipo Técnico Salud del Niño y la Niña
Tel: 2223-8948

