
PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ÍNDEX PROTOCOL LACTÀNCIA MATERNA (LM) A NADÓ A TERME

1. Introducció	pàg 2
2. Atenció prenatal a les gestants	pàg 2
3. Atenció LM a Sala de Parts	pàg 3
4. Atenció de la LM a Sala Hospitalització	pàg 3-4
5. Valoració de la LM	pàg 4-5
6. Extracció de llet: indicacions i tècnica	pàg 6-7
7. Maneig del lactant amb signes d'ingesta inadequada	pàg 7-8
8. Suplementació	pàg 8
9. Problemes més freqüents relacionats amb la LM	pàg 9-13
9.1 Nounat	pàg 9
9.2 Mare.....	pàg 10-13
10. Contraindicacions de la LM	pàg 13-14
11. Alta hospitalària	pàg 14-15
12. ANNEXES	pàg 17-22
ANNEX 1: Lactogènesis i composició de la llet	pàg 17
ANNEX 2: Pòster resum "Maneig LM a sala hospitalització"	pàg 18
ANNEX 3: Pòster resum "Tècnica extracció de llet"	pàg 19
ANNEX 4: Mètode xeringa	pàg 20
ANNEX 5: Posicions per alletar	pàg 21-22
ANNEX 6: Tècnica de pressió inversa suavitzant	pàg 23

LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona

1. INTRODUCCIÓ

La lactància materna (LM) aporta beneficis tant a la mare com al lactant. Protegeix al **nadó** d'infeccions com la gastroenteritis, infeccions respiratòries, otitis i infeccions urinàries i juga també un paper important en protegir de l'aparició anys més tard de malalties com la diabetis mellitus, la obesitat, dermatitis atòpica i altres malalties cròniques. Les **mares** recuperen més ràpidament el seu pes i els hi confereix protecció en front del càncer epitelial d'ovari, del càncer de mama, de l'osteoporosi i de l'artritis reumatoide. A més, millora el vincle afectiu matern-filial i fa que la mare experimenti un gran sentiment de satisfacció i autoestima.

Per tots aquests motius, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i altres organismes nacionals i internacionals recomanen la **lactància materna exclusiva durant els primers 6 mesos** i amb d'altres aliments **complementaris fins als 2 anys d'edat** o més.

2. ATENCIÓ PRENATAL A LES GESTANTS

És molt important realitzar una educació dirigida sobre la LM ja en l'etapa **prenatal** a la gestant, parella i a la família. Durant el seguiment de la gestació, es parlarà de diferents aspectes relacionats amb el part, el puerperi i la LM. A més, són visibles, a les diferents sales de l'hospital i habitacions de pacients, pòsters i tríptics informatius sobre la LM.

Els col·lectius de dones on hauríem de recolzar la LM de forma més activa (ja que la seva implementació pot ser més difícil i el benefici més gran) són: dones **primíparaes, immigrants, adolescents, solteres, gestació múltiple, sobrepès i obeses**, dones amb **cirurgia mamària prèvia** o malalties del pit o que hagin presentat **dificultats amb la LM** en una gestació anterior. Existeix, a més, un grup de dones en la que LM estaria especialment indicada pel benefici que aporta al noutat, com són les dones amb risc d'un **part prematur** o amb un fetus amb **restricció del creixement intrauterí**:

- En el cas del part prematur, la llet d'aquestes dones conté més concentració de proteïnes i d'immunomoduladors que les que pareixen a terme fet que fa que la LM redueixi el risc d'enterocolitis necrotitzant i sèpsia tardana.

- En el cas de la restricció de creixement intrauterí, la LM aporta determinats nutrients deficitaris en les fórmules artificials que afavoreixen un correcte desenvolupament del nadó tant a nivell corporal com a nivell del sistema nerviós i cardiovascular.

També se identificaran situacions que contraindiquen la LM (veure pàgs 13-14)

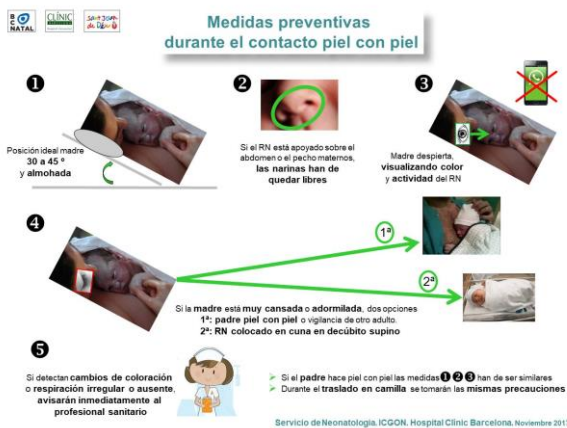
PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

Revisió de la medicació intrapart que pot influir en la lactància. Consultar www.e-lactancia.org.

3. ATENCIÓ LM POSTPART IMMEDIAT (Sala de Parts)

3.1 Contacte pell amb pell (CPP)

Recomanarem el **contacte pell amb pell (CPP)** immediat després del part i durant les primeres 2 h, ja que afavoreix l'inici de la LM. Estan disponibles a sala de parts tríptics informatius sobre com fer-ho de forma correcta i segura.



3.2 Primera presa del nounat

- Durant la 1^a hora de vida cal respectar que el nadó faci un fiançament espontani.
- Si no ho aconseguim es pot oferir ajuda pràctica (el que es coneix com fiançament dirigit, veure annex 2).
- Durant aquesta primera hora de vida, encara que el nadó no hagi realitzat una primera presa no es monitoritzarà la glicèmia si no existeixen factors de risc o signes clínics d'hipoglucèmia (veure protocol específic).
- En aquelles situacions en què el nounat hagi hagut de ser separat de la mare en aquesta primera hora postpart (com per exemple: nens prematurs o baix pes al néixer), es recomanarà a la mare que realitzi una primera extracció de calostre de forma precoç (veure apartat "Extracció de llet").

3.3 A partir de la 1a hora postpart

- Passada la primera hora postpart i si no hi ha hagut cap complicació, la pacient pujarà a sala d'hospitalització convencional amb CPP, que mantindrem mínim fins 2 hores postpart.
- En el cas de que no s'hagi establert aquest fiançament tot i l'ajuda, tranquil·litarem a la mare, fomentarem el CPP i ensenyarem els signes inicials de gana del nounat (moviments i sorolls de succió, moviments de mans, ulls oberts..., el plor és un signe tardà) fins a nova valoració a la sala d'hospitalització que es realitzarà durant les següents 6 hores.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

4. ATENCIÓ POSTPART A SALA HOSPITALITZACIÓ: Tècnica, Freqüència, Xumet

4.1 Tècnica

És important informar a la mare que alletar no ha de produir dolor, si és així, molt probablement el nounat no està mamant correctament, observarem la postura, avaluarem i corregirem la posició per prevenir problemes de lactància futurs: dolor, clivelles, ingurgitació i/o hipogalàctia secundària.

4.2 Freqüència d'alletament

Passat el període fisiològic de letargia, es recomana una freqüència entre 8-12 vegades en 24 h, repartides en funció de les necessitats del nadó. No marcar horaris estrictes. Cada nadó té el seu ritme, uns mamaran c/3h durant el dia i la nit, altres c/hora durant el dia i dormiran 4-6h, i altres es tindran que despertar per les presses, fins que tinguin un patró de augment de pes adequat. El període de letargia pot durar fins a 10 h durant aquest període hem de respectar si el nadó no vol alletar tot i que el pit s'ha d'oferir amb freqüència i recordar a les mares els signes de gana.

4.3 Ús del xumet

Es recomana evitar sempre que sigui possible l'ús del xumet durant el 1r mes o fins una bona instauració de la LM. La succió d'objectes diferents al mugró, en forma, tacte o elasticitat, pot confondre al nadó i retardar la correcta succió i com a conseqüència la "pujada" de la llet.

Veure **Annex 2** a on es presenta Pòster informatiu sobre Maneig LM a Sala hospitalització.

5. VALORACIÓ DE LA LACTÀNCIA MATERNA A SALA HOSPITALITZACIÓ

Es realitzarà una valoració de la LM per part d'infermeria mínim tres cops al dia (coincidint amb el canvi de torn). Aquesta valoració serà més freqüent si s'identifiquen problemes amb la LM. La freqüència d'aquesta valoració dependrà de cada cas (individualitzar). Aquesta valoració inclourà la **observació de la LM (tècnica presa al pit)**, així com **avaluar determinats aspectes materns i del nounat** per a facilitar el correcte establiment d'aquesta.

5.1 Criteris a considerar en l'avaluació de la presa al pit:

A continuació a la **Taula 1** es resumeix els criteris a considerar durant l'observació de la presa al pit, i s'especifiquen els signes que ens fan pensar si la presa és correcte o no.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

Taula 1: Signes a considerar en l'avaluació de la presa al pit

	Postura mare i nadó	Lactant	Signes transferència de llet
Signes presa al pit correcta	<ul style="list-style-type: none"> -Mare relaxada i còmoda -Nadó en contacte estret amb la seva mare -Cap i cos alineats enfront del pit -Cos del lactant ben subjectat -Contacte visual mare-fill 	<ul style="list-style-type: none"> -Boca ben oberta -Llavis superior e inferior everts -La llengua rodeja mugró i arèola -Galtes plenes i arrodonides al mamar -Més arèola visible per sobre del llavi superior -Moviments de succió lents i profunds, amb pauses -Es veu o se l'escolta deglutir 	<ul style="list-style-type: none"> -Humitat al voltant de la boca del nadó -El lactant relaxa progressivament braços i cames -El pit s'estova progressivament -Surt llet de l'altre pit -La mare nota signes d'ejecció -El lactant deixa anar espontàniament el pit al finalitzar la presa
Signes de possible dificultat a la presa	<ul style="list-style-type: none"> -Epatlles tenses, inclinats cap al nadó -Nadó lluny del cos de la mare -Cap i cos del nadó no alineats -Lactant subjectat només pel cap i coll -Nadó apropat al pit des de sota: llavi/mentó cap a mugró -No hi ha contacte visual mare-fill 	<ul style="list-style-type: none"> -Boca poc oberta -Llavis estrets o invertits -No es veu la llengua -Galtes enfonsades al mamar -Més arèola per sota del llavi inferior -S'escolten sorolls de xumeteig 	<ul style="list-style-type: none"> -Nadó intranquil exigent, deixa anar i agafa el pit intermitentment -La mare nota dolor o molèsties en el pit o en el mugró -El pit està vermell, inflat o adolorit -La mare no refereix signes de reflex d'ejecció -La mare retira al nadó del pit

5.2 Criteri a considerar en la evaluació de la LM:

Es considerarà que hi ha una LM eficaç davant els següents signes:

5.2.1 Mare:

- Augment de mida dels pits a partir del 3è dia, i sensació d'augment del volum de llet cap al 5è dia postpart.
- Sap reconèixer el signes de gana del seu nounat a temps, es mostra receptiva i li ofereix el pit quan els detecta.
- Coneix la freqüència de les preses, duració, variacions i signes d'una hidratació adequada.
- Sap despertar al nadó per alimentar-lo fins que s'instaura un patró adequat del pes.
- Es mostra segura i satisfeta, confia en la seva capacitat d'amamantar i de produir llet suficient pel seu nounat.
- Té recolzament per part de la seva parella, familiars i grups de suport.
- No té preses indolores.
- En l'exploració del mugró després de una presa, no hi han signes de compressió o deformació.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

5.2.2 Lactant:

- Mostra senyals que indiquen disposició a mamar almenys 8 o més vegades al dia.
- Està alerta al principi de la presa i content, relaxat i somnolent al final.
- Té una capacitat de succió efectiva per transferir la llet i estimular la producció de llet.
- Té les membranes de les mucoses humides i pell elàstica i turgent.
- Presenta unes deposicions i miccions adequades (indiquen ingesta adequada, veure **Taula 2**).

Taula 2: Freqüència normal de miccions i deposicions en nounat

	Miccions	Deposicions
Dia 1	1 o més, de color mes concentrat	1 o més, meconi
Dia 2	de 2 a 3 miccions	1 o més, meconi o deposicions de transició de color marró o verdoses
Dia 3-5	de 3 a 5, color clar o groc pàl·lid	3-4 deposicions de transició, líquides i de color groguenc.

6. EXTRACCIÓ DE LLET: indicacions i tècnica

6.1 Indicacions d'extracció de llet:

L'objectiu de l'extracció de la LM és per un costat mantenir la producció de llet materna i per l'altre subministrar la llet materna al nounat. Existeixen algunes situacions en què és necessari recórrer a la extracció de llet, sempre i quan la situació clínica de la mare ho permeti. Aquestes indicacions es resumirien en:

- 1.- Separació de la mare-fill
- 2.- Succió inefectiva del nadó (com per exemple nadó endormiscat, prematur moderat, baix pes o distòcia boca-mugró)
- 3.- Ingurgitació mamària o mastitis si el nadó no pot fer succió efectiva

6.2 Tècnica d'extracció de llet (veure Annexe 3):

Les tècniques per extraure la llet poden ser **manual** o amb **extractor elèctric de llet**. Es pot optar per una o per una altra, encara que si es fa de forma combinada el buidament de la mama millora i en conseqüència augmenta la producció de llet. És important, informar a les mares que l'extracció amb tirallet ha de ser indolora. Una de les causes més freqüents de que l'extracció sigui dolorosa és per la utilització d'un embut no adient pel tamany de cada areola, generalment embuts de mides més petites a la requerida. Si per contra,

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

l'embut és gran no hi haurà una succió adequada, no s'estimularà la producció ni realitzarà un bon buidat de la mama.

Recomanació: Iniciar extracció manual unes 8-10 vegades al dia durant els 3 primers dies i posteriorment, un mínim de 8 vegades al dia amb extractor elèctric. Es pot recomanar un descans nocturn de 4-5 hores, mantenint un mínim de 8 extraccions al dia.

A l'**Annex 3** es pot consultar el Pòster informatiu sobre la tècnica d'extracció de llet.

6.3 Conservació i posterior utilització de la llet extreta

❖ Com a normes generals:

- S'han d'utilitzar pots emmagatzematge específics per a LM.
- S'han de retolar amb data abans d'emmagatzemar.
- Si es necessita llet per administrar-la al nounat, sempre es farà servir llet fresca preferentment. Abans d'administrar es comprovarà la temperatura. Si és necessari es podrà temperar sota aigua tèbia.
- Si no es necessita immediatament la llet, i sempre i quan no s'ha ofert al nadó i no s'ha escalfat, es podrà refredar a la nevera o al congelador si no es té pensat utilitzar en les següents hores.
- Si es refrigera o congela, guardar la llet a la part central de la nevera o del congelador (la temperatura és més constant)

❖ Temps màxim de conservació de la llet:

El temps màxim de conservació dependrà de la manera en què s'hagi emmagatzemat. Com a regla fàcil de memoritzar el temps de conservació **la Regla del 4** : són 4 h a temperatura ambient, 4 dies a la nevera i 4 mesos a congelador.

A la **Taula 3** es detalla el temps de preservació òptim de la llet materna.

Taula 3: Temps màxim de conservació de la llet segons mètode emmagatzematge

LLOC	TEMPERATURA	TEMPS
Temperatura ambient	19-26°C	4-8 hores
Bolsa tèrmica	15°C	24 hores
Nevera	4°C	3-8 dies
Congelador dins frigorífic	-15°C	2 setmanes
Congelador amb porta separada	-18°C	3-6 mesos
Bagul congelador	-20°C	6-12 mesos

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

❖ Maneig de la llet prèviament refrigerada o congelada:

Per una correcta utilització de la llet que prèviament ha estat refrigerada a la nevera o al congelador es recomana:

- Fer servir llet fresca preferentment.
- Utilitzar la llet refrigerada a temperatura ambient, si cal temperar sota aigua tèbia.
- Barrejar la llet abans d'administrar i provar temperatura, mai agitar.
- Un cop descongelada pot mantenir-se 24 hores refrigerada al frigorífic, sempre i quan no hagi estat escalfada. Si es descongela en aigua calenta es pot fer servir en les properes 4h. Mai no tornar a congelar.
- Es pot guardar la llet si no s'ha ofert al nadó i no s'ha escalfat.

7.MANEIG DEL LACTANT AMB INGESTA INADEQUADA

7.1 Indicadors d'una ingesta inadequada

- **pes neonatal igual o superior a 10%** (diferència entre pes a l'alta i pes al naixement). Si pèrdua >7 però <10% caldrà una vigilància més acurada d'aquesta lactància.

- **< 8 preses diàries**
- **Nounat intranquil que no descansa entre preses.**
- **Miccions i deposicions inadequades (Taula 2).**

7.2 Maneig

7.2.1 Revisar la tècnica de lactància:

A partir d'una pèrdua > 7%, caldrà un bon recolzament de les necessitats individuals i dels dubtes i preocupacions de la mare que alleta ja que la gran majoria dels problemes sobre LM es poden prevenir amb un bon suport a la mare que alleta. Es realitzarà una correcta observació i avaluació de les preses per tal de detectar les possibles dificultats que poden ser superades amb reforç i suport del personal sanitari. Si la pèrdua > 10%, serà indicació d'administrar suplementes.

8. SUPLEMENTACIÓ

En els casos en els que tot i el suport adequat a la LM, el nounat no recuperi pes s'haurà de valorar l'estat nutricional del nounat (signes deshidratació, hipoglucèmia..). Tanmateix, es valorarà la presència de determinades condicions maternes en les que tot i una tècnica de LM correcte, no s'aconsegueix una transferència de llet adequada. En aquestes situacions estarà justificat l'administració de suplementes al nounat. Veure **Taula 4** on es resumeixen les indicacions de l'administració de suplementes al nounat sa a terme.

Taula 4: Indicacions suplementació al nounat sa a terme

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

Criteris derivats del nounat:

- Moviments intestinals lents o presència contínua de meconi en les deposicions en el 5è dia.
- Alimentació insuficient tot i que el subministrament de llet és adequat (Transferència pobre de llet).
- Diagnòstic analític d'hipoglucèmia (veure protocol específic)
- Evidència clínica i de laboratori de deshidratació.
- Hiperbilirrubinèmia o icterícia neonatal per ingesta de llet insuficient.

Criteris derivats per condicions maternes:

- Retard en la lactogènesi tipus II (pujada de la llet) .
- Insuficiència glandular primària (succeeix en menys del 5% de les dones).
- Patologia o cirurgia mamària que ocasiona hipogalàctia.
- Dolor intolerable durant els períodes d'alimentació que no s'alleuja sota cap intervenció.
- Retenció placentària no diagnosticada.

Necessitat de separació de la mare i del nadó sense possibilitat d'extracció materna.

Suplements més adequats en nounats sans

- Es recomanarà l'ús de **llet materna extreta** com a primera opció.
- S'utilitzaran **fórmules d'inici** quan no es disposi de LM extreta sempre hi quan s'administri a nens sans i sense història familiar de atòpia greu en familiar de primer grau.
- Si hi ha història d'atòpia greu en familiar de primer grau s'utilitzaran **fórmules hidrolitzades**.

Mètodes d'administració de suplements.

Disposem de diferents mètodes per a l'administració de suplements. L'elecció dependrà de criteris personals segons necessitats del nadó, encara que es prioritzarà qualsevol altre mètode abans que la tetina (biberó), ja que el seu ús pot interferir en la lactància. Mètodes disponibles al nostre medi:

- **Dit-xeringa o dit-sonda.** Emprar el dit del pare o de la mare per anar instil·lant gotes de llet amb la xeringa o la sonda.
- **Alimentació amb tetina (biberó).** Fer servir de la forma més fisiològica possible, la tetina ha de ser de boca ample, fer que el nadó busqui, xumi una mica, extraure i tornar a buscar.

9. PROBLEMES MÉS FREQUENTS RELACIONATS AMB LA LM

9.1. PROBLEMES EN EL NEONAT

9.1.1. Nounat Endormiscat

En ocasions, el període de letargia pot durar les següents 24 hores o més, encara que el nadó pot tenir un bon estat general, en aquests casos és important ensenyar a la mare com despertar-lo (des-

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

pullar, canviar bolquer, estimular...)mantenir el CPP, oferir el pit i que olori el calostre de la mare per tal d'activar-lo.

Mentrestant, la mare iniciarà massatge amb extracció manual inicialment unes 8-10 vegades al dia per tal d'obtenir calostre i administrar-li al nadó amb el mètode de suplementació més adequat. Posteriorment, la mare pot iniciar estimulació i extracció amb tirallets elèctric per assegurar i mantenir la producció de llet fins que el seu nadó faci preses efectives.

9.1.2. Anquilòglòsia

- ❖ Definició: Es defineix com a **anquilòglòsia** quan la llengua es manté subjecta al sòl de la boca, impedit en diferent mesura els moviments necessaris perquè el nounat pugui mamar de manera correcta i eficaç. Es **considera normal** quan la punta de la llengua ha de poder estendre's fins a tocar els llavis, aixecar-se fins al paladar i amb la punta aconseguir tocar les genives.

- ❖ Conseqüències de l'Anquilòglòsia:
 - Transferència de llet inadequada al nounat
 - Problemes materns: El buidatge ineficient de la mama augmenta el risc d'obstruccions i mastitis, i per altre banda, una succió incorrecte pot desenvolupar l'aparició de clivelles.

- ❖ Abordatge:
 1. Es recomanen les **següents maniobres** en tots aquells casos d'anquilòglòsia neonatal :
 - Optimitzar la posició (afavorir hiperextensió cervical per part del nounat) i el maneig de la lactància, minimitzant el dolor en la mare i assegurant la producció de llet.
 - Aconseguir un fiançament asimètric, més fàcil amb postures verticals, on s'assegura una porció de pit més gran en la boca.
 2. En cas de problemes amb l'alimentació per l'anquilòglòsia, s'ha de derivar al neonatòleg/cirurgia per a una valoració més profunda valorant la possibilitat de **frenectomia** per millorar l'efectivitat de la lactància. La realització d'una frenectomia no assegura que es redueixi totalment el dolor però sí millora la lactància a curt termini. Cal tranquil·litzar a les famílies que és infreqüent efectes adversos. Després de la frenectomia caldrà complementar el tractament amb exercicis específics de la llengua.

9.2. PROBLEMES EN LA MARE:

9.2.1. Baixa producció de llet

- ❖ Causa: La causa més freqüent en el nostre medi de baixa producció de llet en pacients sense anomalies mamàries de base ni problemes nutricionals és una estimulació ineficient.
- ❖ Abordatge: El mètode més eficaç per augmentar la producció de llet és **l'extracció de la llet**. No es disposa de la suficient evidència per recomana l'ús de cap derivat farmacològic per incrementar la producció de llet.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

- ❖ Mètode: En l'extracció de llet es recomanarà optar per aquell mètode que millor s'adeqüi a les necessitats i preferències de la mare, explicant-li de forma detallada com s'ha de realitzar l'extracció amb el mètode seleccionat:
 - L'extracció manual pot ser més adequada pels primers dies per iniciar la producció de llet, i particularment quan els constituents de la llet son més importants.
 - Un extractor de llet elèctric gran i potent pot ser útil si la quantitat és el principal objectiu, encara que pot tenir un major risc de lesió per a la mare que l'extracció manual.
 - L'extracció manual o massatge manual dels pits en combinació amb l'extracció mecànica pot ser beneficiosa per augmentar la producció de llet.

9.2.2. Ingurgitació mamària fisiològica vs patològica:

- ❖ Condicció normal/fisiològica: Al 3è dia de vida del nou-nat esdevé la pujada de la llet. Aquesta pujada es caracteritza per un augment important de la vascularització de les mames, el que ocasiona que les mames estiguin més calentes, augmentades de mida i endurides.
 - Com evitar que la ingurgitació fisiològica evolucioni a patològica:
Es recomana un inici precoç de la LM després del part i complint els tres punts bàsics de la lactància:
 - Lactància freqüent sense restriccions
 - No interferències amb xumets o biberons
 - Posició adequada
- ❖ Ingurgitació patològica: Si la ingurgitació fisiològica es suma amb un drenatge no eficient de la llet, dona lloc a una ingurgitació patològica o plètora: "Pits pedra". La mare refereix un dolor molt important i l'arèola està tan tibant que el bebè no pot agafar-se bé.
 - Subtipus d'ingurgitació patològica: Pot haver-hi ingurgitació patològica en l'arèola, en el cos de la mama o en tots dos:
 - Congestió areolar: provoca un fiançament molt dificultós i superficial, provocant dolor intens a la mare.
 - Congestió perifèrica: hi ha un augment de tot el pit. Els pits estan molt inflats i durs i la mare nota un dolor pulsàtil.
 - Les recomanacions enfront d'una ingurgitació mamària patològica són :
 - **Preparar el pit** abans de la presa perquè el seu nou-nat pugui mamar eficaçment. S'aconsella fer-se un massatge manual i una extracció manual o amb tirallets mecànic suau-ment que faciliti la sortida de llet.
 - **Preparar el mugró** sobretot en les ingurgitacions areolars (Tècnica de la pressió inversa suavitzant- **API**): Consisteix en un drenatge limfàtic amb els dits col·locats envoltant el mugró i pressionant cap a l'esquena durant uns tres minuts. En fer-ho probablement començarà a fluir llet, però aquest no és l'objectiu. L'objectiu és que l'arèola quedarà totalment tova i

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

el bebè serà capaç de succionar perfectament i drenar la mama. Realitzar abans de cada presa i sempre que tinguem l'arèola tan dura que no puguem enfonsar el dit. **Veure Annex 6** on es detalla la tècnica.

- **Augmentar freqüència** de les preses.
- **Administració d'AINES o paracetamol** per mitigar la inflamació i el dolor produït per la pròpia ingurgitació mamària.
- Descansar i realitzar contacte **pell amb pell** per afavorir l'alliberament d'oxitocina.
- **Altres tractaments** que poden resultar reconfortables
 - Fulles de col: aplicació de fulles de col fredes o congelades directament en els pits de la mare, retallant la zona areola-mugró perquè no amargui. També és necessari trencar els nervis prèviament perquè les tanines absorbeixen l'excés de calor i així desinflamin.
 - Bosses de gel fred post-preses.

9.2.3. Variants anatòmiques del mugró :

❖ **Mugrons invertits, retràctils /plànols:**

- Les dones amb mugrons plans o invertits haurien de rebre suport i cures addicionals per assegurar l'èxit de la LM, se'ls hauria d'informar que la LM no està contraindicada, i se'ls ha d'oferir recolzament en funció de les seves necessitats.
- Recomanacions:
 - La mare pot fer una estimulació suau del mugró abans de la presa mitjançant **l'extracció manual** o la utilització de **tirallets**. Si es necessita una estimulació més dirigida del mugró, es recomana rotar una mica de forma tàctil al mugró o mullant-ho amb una mica d'aigua freda abans de la presa.
 - Les **mugroneres** són un recurs d'emergència i d'ús transitori, no han de mantenir-se durant tota la lactància. Redueixen la transferència de llet i requereixen major potència de succió. Una vegada indicades i col·locades les mugroneres s'ha de realitzar un seguiment estret i valorar el moment de retirar-les. Requereixen capacitar a la mare en la col·locació i en la valoració de l'adequada transferència de llet. Imprescindible que facin buit.
 - Si tot i així no s'aconsegueix una correcta exposició del mugró es recomana extreure el mugró mitjançant l'ús de xeringa (veure mètode xeringa a l'**Annex 3**).
 - En aquests casos on es necessita d'una major vigilància és recomanable aconsellar la derivació a l'alta a grups d'ajuda o consultores de lactància.

❖ **Mugrons grans:**

- En les mares amb mugrons grans, els professionals sanitaris poden ajudar a intentar trobar alguna **postura** que faciliti el finançament.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

- Si no s'aconsegueix, poden utilitzar **mugroneres** sempre que siguin de la mida adequada.
- Si no s'aconsegueix l'adherència, el més convenient és realitzar **extracció** manual inicialment, i si es requereix, extracció mecànica amb tirallets i fer lactància diferida fins que la cavitat oral del nounat adquireixi la grandària suficient per poder mamar.

9.2.4. Dolor en mugró i en la mama:

- La causa més freqüent del dolor en el mugró o mama és generalment secundari a una mala tècnica en la LM.
- Abordatge:
 - 1.- El primer que cal fer és observar en una presa la postura, el finançament i l'existència de transferència de llet i avaluar la mare i el lactant, explorant els pits i l'anatomia oral del nounat.
 - 2.- Correcció de la tècnica:
 - Provarem de canviar la postura. Començarem amb postures que afavoreixin un finançament espontani del nadó com pot ser amb la postura ventral (veure **Annex 4**).
 - Si d'aquesta manera no aconseguim una presa indolora, provarem amb l'encaix profund (adherència asimètrica), que augmenta la superfície de contacte entre la llengua i el pit. Hi ha major porció de pit en la boca del lactant (veure **Annex 4**).

9.2.5. Tractament de les clivelles en el mugró

- Una de les conseqüències d'una mala tècnica de la LM són les clivelles. Cap dels tractaments tòpics (pròpia llet materna o la lanolina, els escuts i les mugroneres) dirigits a millorar les clivelles del mugró han demostrat ser eficaços.
- No obstant, si la dona està utilitzant un producte que creu que li ajuda i no és nociu per a ella ni pel nen, no oposar-se al fet que els utilitzi. Informar de la importància de l'asèpsia de mans abans de fer servir les cremes.

9.2.6. Mastitis aguda.

- La recomanació general davant un pacient alletant en la que presenti una mastitis aguda és que la **LM del pit afecte no està contraindicada**. La llet del pit malalt no suposa risc per al lactant, per la qual cosa l'alimentació del pit afectat no hauria de suspendre mai, tret que el nen la rebutgés pel seu major contingut en sodi. En aquests casos, ha d'extreure la llet de forma efectiva. Serà important oferir suport emocional per afrontar el dolor i la incomoditat que suposa la LM en aquesta situació.
- D'aquesta manera es recomanarà:
 - o En el cas d'una **mastitis**:
 - Preses freqüents i iniciar-les pel pit afecte.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

- Afavorir la sortida de la llet retinguda, posicionant la barbata del lactant sobre la zona afectada.
- Massatge suau de la mama des de la zona bloquejada fins al mugró.
- Drenatge complet dels pits després de les preses, amb extractor o manualment.
- Important l'adequada nutrició, hidratació i repòs.
- Ús del sostenidor no atapeït
- Aplicar fred post-preses per reduir l'edema i el dolor.
- En el cas d'un **abscess**:
 - Fins el drenatge o cirurgia convé mantenir un buidat regular del pit de forma manual o elèctrica, per evitar molèsties o dolor afegit per mal buidat.
 - Després del drenatge o cirurgia es pot continuar la lactància del pit afectat sempre que la boca del nadó no entri en contacte directe amb el líquid purulent. Si el nadó no mama del pit intervingut quirúrgicament, mantenir extraccions mecàniques o manuals de llet periòdiques per evitar complicacions.

10. CONTRAINDICACIONS DE LA LM

Hi ha algunes malalties on existeix una contraindicació absoluta o temporal a l'alletament matern.

10.1. Contraindicació absoluta:

- Infecció materna pel VIH (pel risc de transmissió vertical, independentment de l'estat de la malaltia, de la carga viral o si porta o no tractament antiretroviral).
- Galactosèmia neonatal.

10.2. Contraindicació temporal:

- Herpes Simple Tipus I (HSV-1): s'ha d'evitar el contacte directe de la boca del nadó amb les lesions en el pit matern. Si el pit contralateral no presenta lesions, es pot alletar d'aquest.
- Ingesta materna de determinats fàrmacs/drogues:
 - iode radioactiu-131:
 - iode o iodòfors tòpics (iode-povidona)
 - quimioteràpia
 - consum de drogues abús (amfetamines, cocaïna, heroïna, cànnabis, alcohol)
 - és una contraindicació l'ús de metamizol (nolotil®) si la dona està lactant.
-

10.3. Situacions on la lactància no està contraindicada, però on cal tenir en compte algunes consideracions:

- Hepatitis B: no és una contraindicació si els lactants són correctament vacunats en les primeres 12 hores de vida.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

- La tuberculosi materna no és una contraindicació a l'al·letament excepte si es diagnostica la infecció materna en els últims 15 dies abans del part.
 - Varicel·la si lesions actives a la regió del pit 5 dies abans del part o 2 dies postpart.
- Quan existeixin dubtes sobre la possible interacció-incompatibilitat de determinats fàrmacs i la LM, es pot consultar guies específiques com e-lactancia (www.e-lactancia.org).

10.4. Altres consideracions:

- La infecció per **VHC** no és una contraindicació per a la LM.
- Donada la ràpida metabolització dels anestèsics actuals, l'antecedent de cirurgies generals no contraindica la LM i aquesta es pot donar immediatament la pacient es desperti de l'**anestèsia**.
- L'hàbit **tabàquic** no és una contraindicació per la LM, tot i així, donat els efectes nocius a la salut tant de la mare com del nadó a les dones fumadores s'ha de recomanar deixar de fumar.

11. ALTA HOSPITALÀRIA

Abans de l'alta hospitalària, s'avaluarà una presa al pit, es donaran un seguit de pautes orientatives dirigides a anticipar possibles dificultats i ens assegurarem del seguiment tant de la mare com del nounat en l'ASSIR (**Taula 5**). Si es detecten dificultats a l'al·letament es valorarà demorar l'alta o es citarà a la consulta de la infermera pediàtrica de consultes externes o al taller de suport de LM.

Taula 5: Pautes a l'alta

- Confirmar que el nadó sigui visitat per un professional entre els 3–5 dies de vida, i amb Pediatria als 7 dies.
- Confirmar que la mare ha de visitar-se amb la llevadora a l'ASSIR en 3-4 dies després de l'alta
- Comprovar a l'alta que el pares coneixen les senyals de gana del nen.
- Oferir recolzament de forma anticipada davant possibles dificultats:
 - Dolor al mugró
 - Ingurgitació
 - Percepció de la hipoglucèmia
 - Plor del nen
- Confirmar que les mares tenen expectatives reals respecte el comportament dels nadons.
- Els pares coneixen la forma de despertar al nen:
 - Treure roba al bebè

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

- Canvi del bolquer
- Contacte pell amb pell
- Oferir gotes de calostre

- Els pares saben de l'existència de grups de suport de la lactància

Responsables del protocolo:	F Torres , T Cobo, Á Arranz,, A Lladó, E Varón, Y Giménez, A Herranz, S Diéguez, MJ Troyano, B Gaya, P Pagès, A Morillo, M Illa, C Lao, M Rodríguez.
Fecha del protocolo y actualizaciones:	01/11/2019
Última actualización:	01/11/2019
Próxima actualización:	01/11/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-97-2019
Código Sant Joan de Deu:	

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ANNEXES

ANNEX 1. Lactogènesis i composició de la llet

Es diferencien 3 etapes en la lactogènesis: Lactogènesis tipus I (des de 16-22 setmanes fins a naixement), tipus II (des del naixement fins 48 h de vida) i la tipus III (a partir de la pujada de la llet). La única que depèn de la succió del nadó és la tipus III (les altres depenen d'un efecte hormonal).

Quan el nadó comença a succionar el pit s'estimula la hipòfisi que segrega prolactina (responsable de que es produeixi llet dins dels alvèols mamaris) i oxitocina (responsable d'afavorir l'ejecció de la llet). Per a mantenir un estimul hipofisari adequat, es requereix que l'estímul de succió sigui freqüent.

La llet materna aporta pràcticament totes les demandes metabòliques que el nen requereix durant els primers mesos de vida. Donat que aquestes necessitats varien durant l'etapa postnatal, la composició de la llet també es va modificant segons aquestes necessitats. D'aquesta manera:









- Durant els primers dies després del part es segrega la primera llet o **calostre**. El calostre és un líquid groguenc, espès i cremós, ric en proteïnes i en immunoglobulines. Aquest calostre té un efecte laxant que ajuda a eliminar el meconi i prepara l'aparell digestiu del nadó abans d'ingerir la llet madura.

- Entre el al 5è i fins al 10è dia després del part (coincidint amb la "*pujada de la llet*") apareix la **llet de transició**. Té un major contingut de greix, lactosa i vitamines hidrosolubles que el calostre i subministra més calories al nounat.

- Al voltant del 10è dia postpart, es produeix la **llet** madura. Aquesta llet conté tots els nutrients necessaris per al correcte desenvolupament i creixement del lactant durant els primers mesos de vida (aigua, proteïnes, sucres, greixos, vitamines, sals minerals, immunoglobulines i enzims).

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ANNEX 2: Pòster resum "Maneig LM a Sala Hospitalització"

MANEIG DE LA LACTÀNCIA MATERNA DURANT L'HOSPITALITZACIÓ	
MESURES PREVENTIVES DURANT EL CONTACTE PELL AMB PELL	Vigilar: COLOR RESPIRACIÓ TÓ
<p>Contacte pell amb pell mínim 2 hores des del naixement. Valorar una presa a les primeres 6 hores de vida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar. 2. Reconduir verbalment. 3. Intervenir: <ul style="list-style-type: none"> - Demanar permís. - Afiançament asimètric o dirigit (tècnica sandwich). - Apropar des de les espatlles, no el cap. <p>→ Letargia: durada variable. Oferir pit cada 1,5-3 hores. Si no respon, respectar letargia.</p>	
ENSENYAR COLOCACIÓ AL PIT	FREQÜÈNCIA I DURADA DE LES PRESES
<ul style="list-style-type: none"> • Postura còmoda de la mare. • Nadó ben alineat. • No dolor. • Visualitzar eix del pit de la mare-cap del nen. 	<ul style="list-style-type: none"> • A demanda entre 8 i 12 preses repartides en 24h • No pauses de més de 5 hores. • Nens petits o molt endormiscats, oferir cada 2-3 hores.
	
ENSENYAR SIGNES DE FAM	VALORAR SIGNES DE LACTÀNCIA EFECTIVA
	<p>BON AFIANÇAMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llavi inferior cap a fora. • Boca molt oberta. • Mentó toca pit. • Més arèola visible per dalt del llavi superior. <p>BONA SUCCIÓ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moviments de succió lents i profunds amb pauses. • Galtes plenes i rodones al mamar. • Pot veure's o escoltar empassar al nadó. • El nadó es retira sol del pit. • La mare nota signes de transferència de llet (torçons, somnolència...) <p>ALTRES INDICADORS DE LACTÀNCIA EFECTIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presència de miccions / deposicions. • Nen tranquil després de les preses. • Bon aspecte del pit: no clivelles / no ingurgitació.
ENSENYAR A DESPERTAR AL NADÓ	
<ul style="list-style-type: none"> • Canvi de bolquer. • Col·locar al nadó pell amb pell. • Extraure gotes de calostre i oferir. • Apropar al nadó al pit per a olorar calostre. 	
EDUCACION SANITARIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar la confiança. • Informació senzilla i en el moment adient. • Educació pre-alta (xerrades de lactància). • Si es detecten dificultats atrasar l'alta. • Citar a consulta de pediatria si és necessari. • Donar tríptics informatius. • Recordar l'importància dels grups de recolzament. 	
<p><i>*(Imágenes) Guia Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</i></p>	
POSICIONS	
 Posició de Bressol	 Posició de Rugby
 Posició bressol-creuat	 Posició ajaguda de costat
 Posició de "dancer"	 Posició de criança biològica

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ANNEX 3: Pòster resum "Tècnica extracció de llet"



EXTRACCIÓ I SUPLEMENTACIÓ

EN QUINS CASOS FER EXTRACCIÓ

- Ingurgitació
- Nens prematurs
- Mugró invertit (mentre aprengui a succionar)
- Nadó amb dificultats per a coordinar la succió
- Nadó que refusa el pit
- Per a augmentar la producció (succió dèbil)
- Per a ajudar a l'afiançament en un pit ple
- Per a lubricar el mugró després de les presses
- Per a despertar al nadó endormiscat



PREPARACIÓ PER A L'EXTRACCIÓ

- Higiene de mans
- Estar còmoda
- Preparar els pits:



EXTRACCIÓ MANUAL

- Col·locar el dit polze sobre el pit per sobre del mugró i l'arèola. L'índex per sota, oposat al polze. Amb els altres dits es sosté el pit.
- Fer una lleugera pressió cap a les costelles, comprimir y alliberar el pit rítmicament.
- Fer pressió per tots els costats del pit per a aconseguir un bon buidat.
- No lliscar els dits a la pell.
- No estrènyer el mugró.
- Extracció durant 3-5 min., fins que el flux disminueixi. Després extraure de l'altre pit, repetir en ambdós costats.
- Durada d'extracció adequada, els primers dies, 20-30min.



EXTRACCIÓ AMB TIRALLETES

- Tirallets elèctric simple:**
1. Posar el nivell de pressió més baix i connectar seguint les instruccions del fabricant.
 2. Col·locar copa (mida adequada)
 3. Encendre el tirallets. El mugró es mou dins de l'embut.
 4. Anar augmentant el nivell de pressió
 5. Alternar els pits fent extracció de 8 minuts, des de l'ejecció de la llet fins que deixi de fluir.
- Tirallets elèctric doble:**
1. Posar el nivell de pressió més baix i connectar seguint les instruccions del fabricant.
 2. Col·locar copa (mida adequada)
 3. Encendre el tirallets. El mugró es mou dins de l'embut.
 4. Anar augmentant el nivell de pressió.
 5. La durada de l'extracció és de uns 15 minuts des de l'ejecció de la llet.

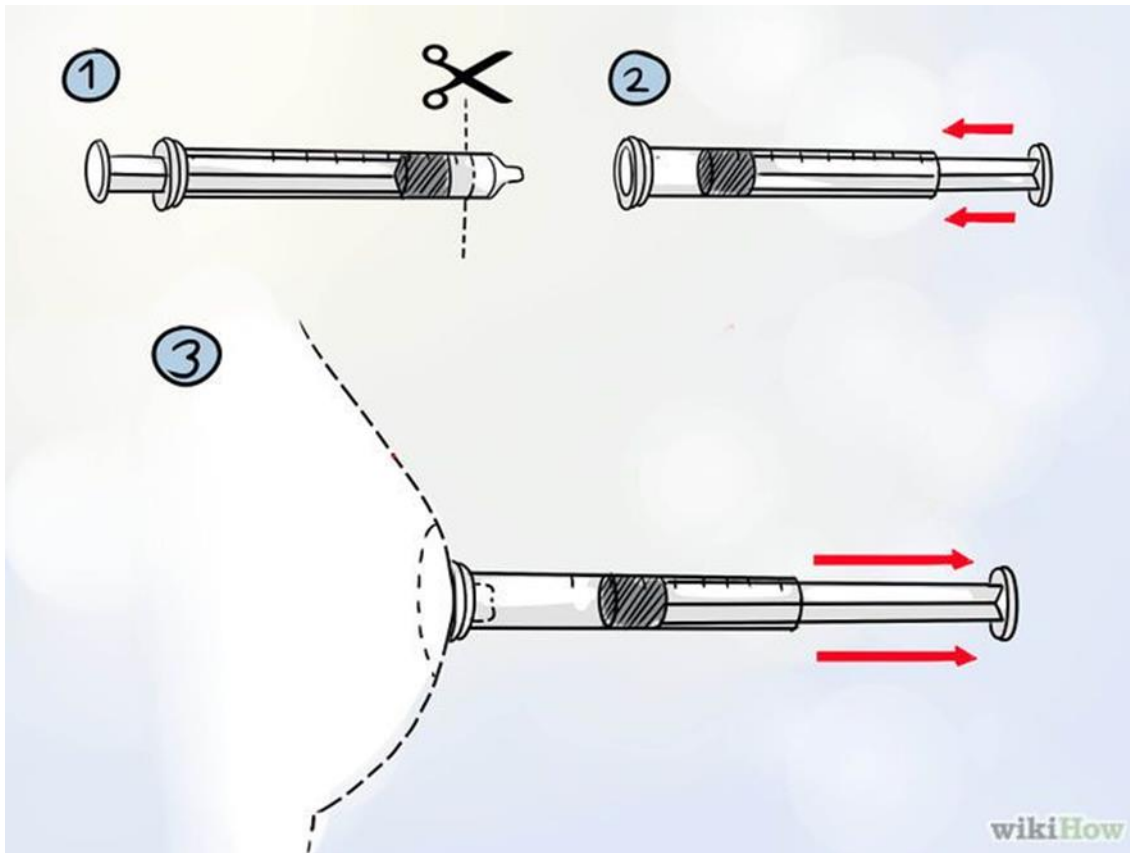
QUAN, COM I QUANT SUPLEMENTAR

?	?	?
QUAN	COM	QUANT
<ul style="list-style-type: none"> - Nadons prematurs - Hipogalactia - Distòcia boca-mugró - Fototeràpia - Pèrdua de pes - Hipoglucèmia 	<p>Suplementar oralment fent servir diferents alternatives:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dit-xeringa: col·locar el dit de la mare o el pare a la boca del nadó, estimulant el paladar i administrem la llet amb xeringa mentre succiona el nadó. - Pit-xeringa: administrar la llet amb una xeringa mentre el nadó està agafat al pit. - Biberó: Fer servir de la forma més fisiològica possible, la tetina ha de ser tova i llarga, fer que el nadó busqui, xucli una mica, treure i tornar a buscar (Biberó amb Mésode Kassing, Dee Kassing BS, MLS, IBCLC, J Hum Lact (18)1, 2002, http://www.laonline.nursing.org/bottlefeeding.pdf) 	<p>La quantitat variarà en funció de la llet extreta de la mare, però el càlcul es realitzarà segons pes i dies del RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-24h: 5ml/kg - 24-48h: 10ml/kg - 48-72h: 15ml/kg - A partir de las 72h s'afegirà 5ml per dia

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ANNEX 4: Mètode Xeringa

Consisteix en tallar l'extrem on està el connector a l'agulla, treure l'èmbol de la xeringa i introduir-ho per l'extrem tallat. Posteriorment la mare col·loca el seu mugró en l'extrem lliure de la xeringa i traccionant de l'èmbol, manté la pressió cap en fora entre 20 segons a un minut evitant provocar dolor intens.



PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ANNEXE 5: Posicions per alletar.

- El nadó ha d'estar en una posició còmoda, panxa amb panxa, amb un braç per sobre i l'altre per sota del pit, amb el cap, coll i espatlles en línia recta.
- El cap del nadó descansa en l'avantbraç no en el colze davant el pit i la mà de la mare agafa les espatlles del nadó.

Com ajuda la mare?

- La mare amb una mà agafa el pit i dirigeix el nadó cap a ell.
- La subjecció del pit es pot fer:
 - en forma de U el pit queda col·locat entre el polze i l'índex
 - en forma de C, la mare posa el polze per sobre del pit i els quatre dits restants per sota, lluny del mugró i l'arèola.
- Estimular el reflex oral tocant els llavis del nadó amb el mugró.
- Esperar que sigui el nadó que obri la boca i introduir el mugró (dirigit al paladar) i l'arèola dins la boca. Important que agafi una gran part d'arèola de la part inferior del mugró. Mai succionar només del mugró. Si el cap de costat està en hiperextensió, el nas queda lliure, no cal separar el pit del nas del nadó amb el dit, això podria extreure el mugró de la boca.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

Posició bressol clàssic:

Nadó recolzat en decúbit lateral sobre l'avantbraç de la mare del costat que amamanta. El cap del nadó estarà en l'avantbraç i les espatlles a la part interior del braç i la palma de la ma. Oïda, esquena i malucs estaran en línia recta.

Posició de bressol creuat:

La mare subjecta el pit amb la ma del mateix costat que amamanta, en posició de U l'altre ma subjecta el cap i coll del nadó, col·locant els dits índex i polze darrere les orelles i la palma de la ma estre les omòplats del nadó.

Posició de rugbi:

El nadó es col·loca per sota del braç del costat que amamanta amb el cos rodejant la cintura de la mare. La mare agafa el cap del nadó amb la ma del costat que li dona el pit, agafant al nadó pel clatell. Indicad en cas de cesària, per bessons i prematurs.

Posició cavallet:

El nadó es seu vertical davant el pit, amb les cames muntat a la cuixa de la mare. La mare agafa el tronc del nadó amb l'avantbraç del costat que li dona el pit.

Posició recostada:

Mare i fill/a estirats en decúbit lateral. La cara del nadó davant el pit i la panxa tocant al cos de la seva mare. La mare descansa el cap sobre dos coixins. Indicad en cas de cesàries, en els primers dies post-part i per les presses nocturnes.

PROTOCOL: LACTÀNCIA MATERNA A NADÓ A TERME

ANNEX 6: Tècnica de pressió inversa suavitzant. API.

Consisteix en un drenatge limfàtic amb els dits col·locats envoltant el mugró i pressionant cap a l'esquena durant uns tres minuts aproximadament. És important capacitar a la mare perquè realitzi la tècnica de forma autònoma, ho pot fer abans de cada pressa o sempre que l'areola estigui congestionada.

