

Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria

*El bebé que no medra adecuadamente
Ganancia de peso inadecuada*

*Rompe la quietud de este tu hogar un tirano de moco y pañal. Si ha secado tus pechos,
dime ahora ¿Qué le das ?*

**Dame un chupito de amor (Fragmento)
Nacho Cano y German Coppini
Vinyl, 12" Maxi-Single. Ariola Eurodisc SA 1986**



Caso clínico

Madre de 37 años. Casada. Sana. Pareja estable. Profesora de Matemáticas en Bachillerato

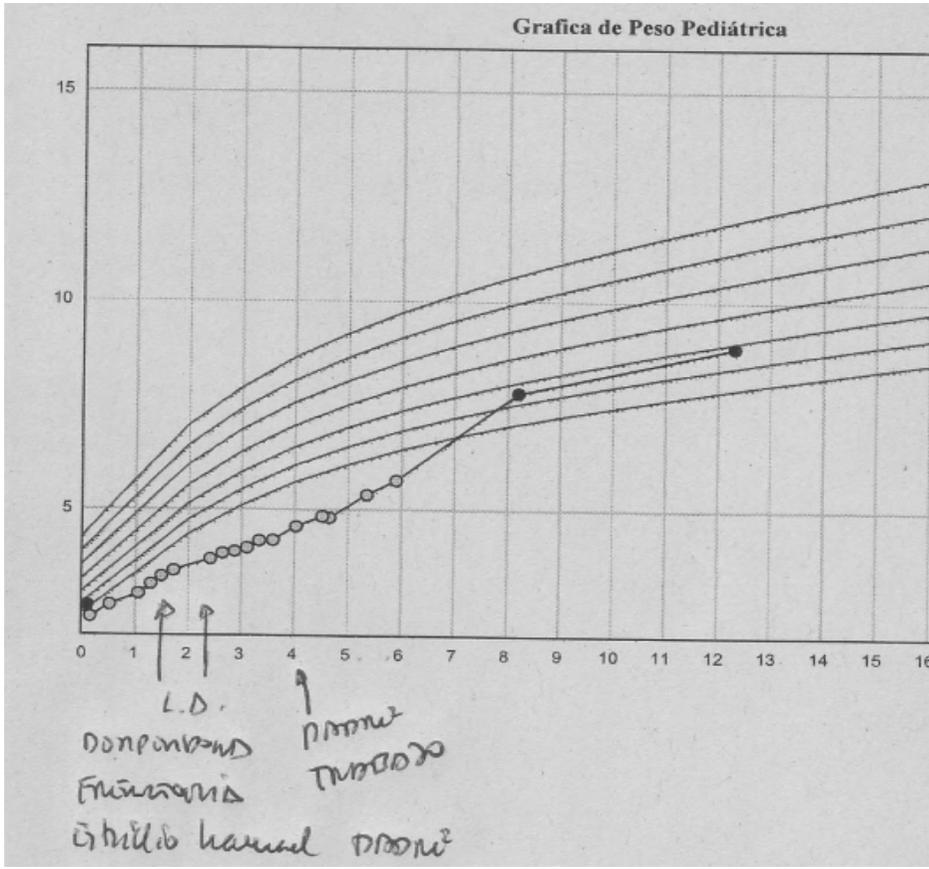
Es "muy buena con los números". Perfeccionista. Precavida. Analiza todo
Padre de 38 años. Recepcionista de Hotel. No contradice a la madre en ningún momento

Embarazo controlado. FIV. Parto natural. 39 seg. 2.700 gr/50 cm

Altas expectativas crianza natural. Chocan con los conceptos crianza familia paterna
La madre en cada visita recuerda todos los datos numéricos de peso y talla de su hijo
Anota diariamente la duración de las tomas y los mililitros de fórmula exactos que le suplementa

Ha leído mucho sobre lactancia. Tiene contactos con los GALM y asesoras de lactancia
Pertenece al Grupo Facebook *Criando en Córdoba* en el que participa activamente

Acude a los tetatalleres Lucaneros

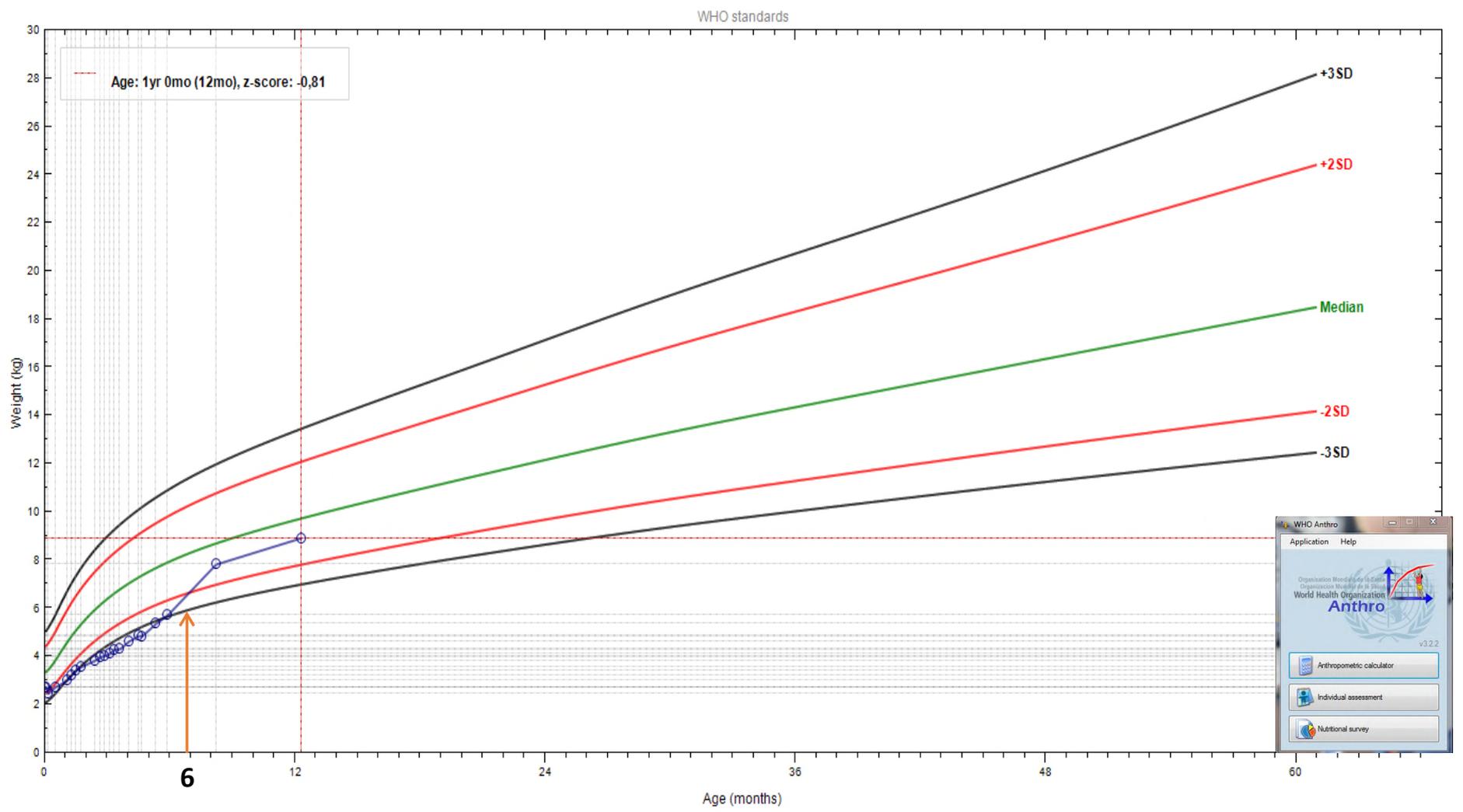


Dia	Fecha	Peso/Talla	Perdida peso
Nacimiento	18.12.2016	2.700/50	
5 dias	23.12.2016	2.420/50	10.4%
16 dias	3.1.2017	2.710/51	Iguala
33 dias	20.1.2017	2.970/53.5	
27 dias	27.1.2017	3.210/55	
32 dias	2.2.2017	3.339/55	
1 m + 19 dias	9.2.2017	3.540/57	MIXTA
2 m + 12 dias	2.3.2017	3.810/58	MIXTA

23jPAP Andalucía CÁDIZ

Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria

29 y 30 de Marzo 2019

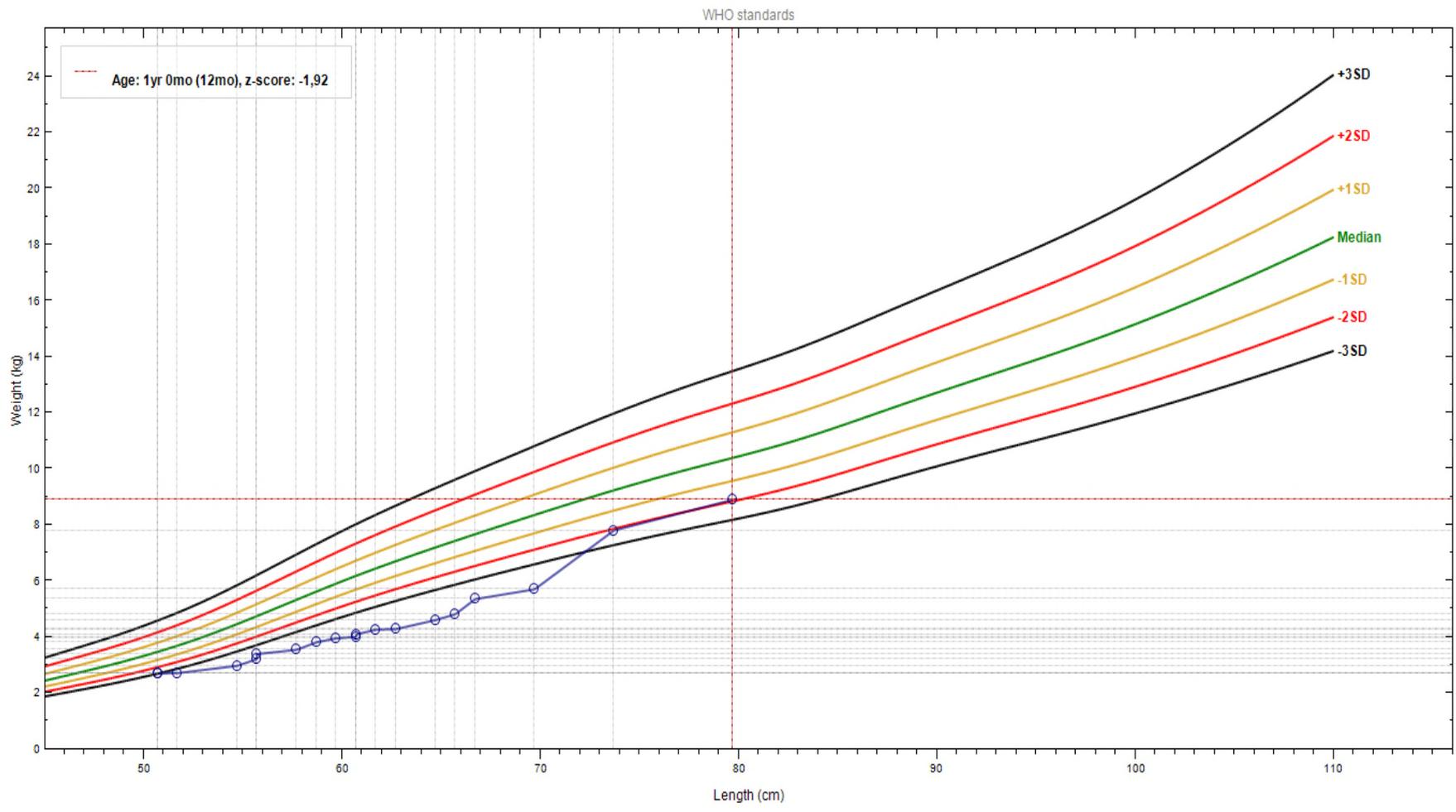



WHO Anthro

Application Help

Organization World Health Organization
World Health Organization
Anthro
v3.2.2

- Anthropometric calculator
- Individual assessment
- Nutritional survey



Valoraciones y Actitud a seguir

1. Es un claro caso de hipogalactia glandular primaria.
No hay nada que hacer
Debería haber suspendido la lactancia desde el principio

2. Es un fallo de medro evidente
Es probable que existan varios factores que actúan a la vez.
Debería continuar con la lactancia, con mucho apoyo, pero suplementando con leche extraída y fórmula hasta recuperación de peso

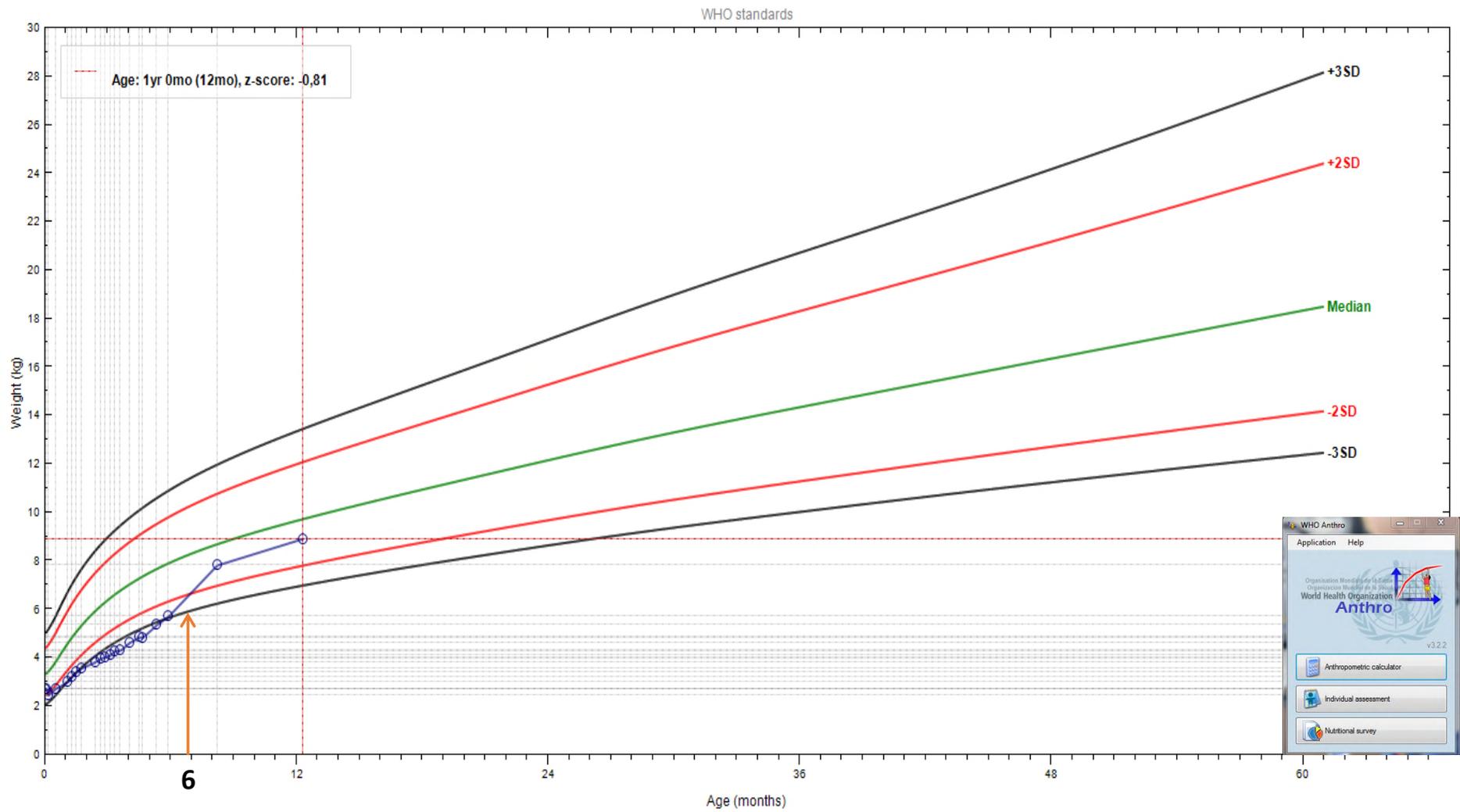
3. Es un caso de maltrato con desnutrición secundaria.
Yo hubiese ingresado en el hospital al menor
para estudio y comunicado a Servicios Sociales posible negligencia materna
en el cuidado del menor

En consulta se muestra distante. Fría cuando valoramos al niño. Examinada
No aceptaría que su lactancia no funcionase
Estaría dispuesta a llegar hasta el fondo de la cuestión
Pecho a demanda, pero con poca confianza. Buen agarre y transferencia
Text Depresión postnatal Edimburgo: < 10
Mamas de aspecto normal. No hipoplásicas

Frenectomía al mes y medio de vida. Jerez. Chiqui de Cos
Cultivo de leche materna (mastitis subaguda/subclínica):
< 1000 colonias S epidermidis+1000 S Oralis ambos pechos igual.
Estudio hormonal materno: Normal
Ecografía Mamaria: Normal
Urocultivo niño: Negativo

Lactanza Hereditum: 1comp cada 8horas
Domperidona 30 mg al dia continuo
Suplementación dedo-jeringa, relactador. Leche extraída/Fórmula

LACTANCIA MIXTA QUE CONTINUA CON 24 MESES



WHO Anthro

Application Help

Organization World Health Organization
World Health Organization
Anthro
v3.2.2

- Anthropometric calculator
- Individual assessment
- Nutritional survey



Después ya tendrá tiempo
de probar otras cosas!

se
ta!

mejor.

Tomo menos teta
con lo nutritiva
que es.

Ni siquiera preciso
que me des agua.



RED URUGUAYA DE APOYO A LA NUTRICIÓN Y
DESARROLLO INFANTIL
Representante en Uruguay de la Red
IBFAN



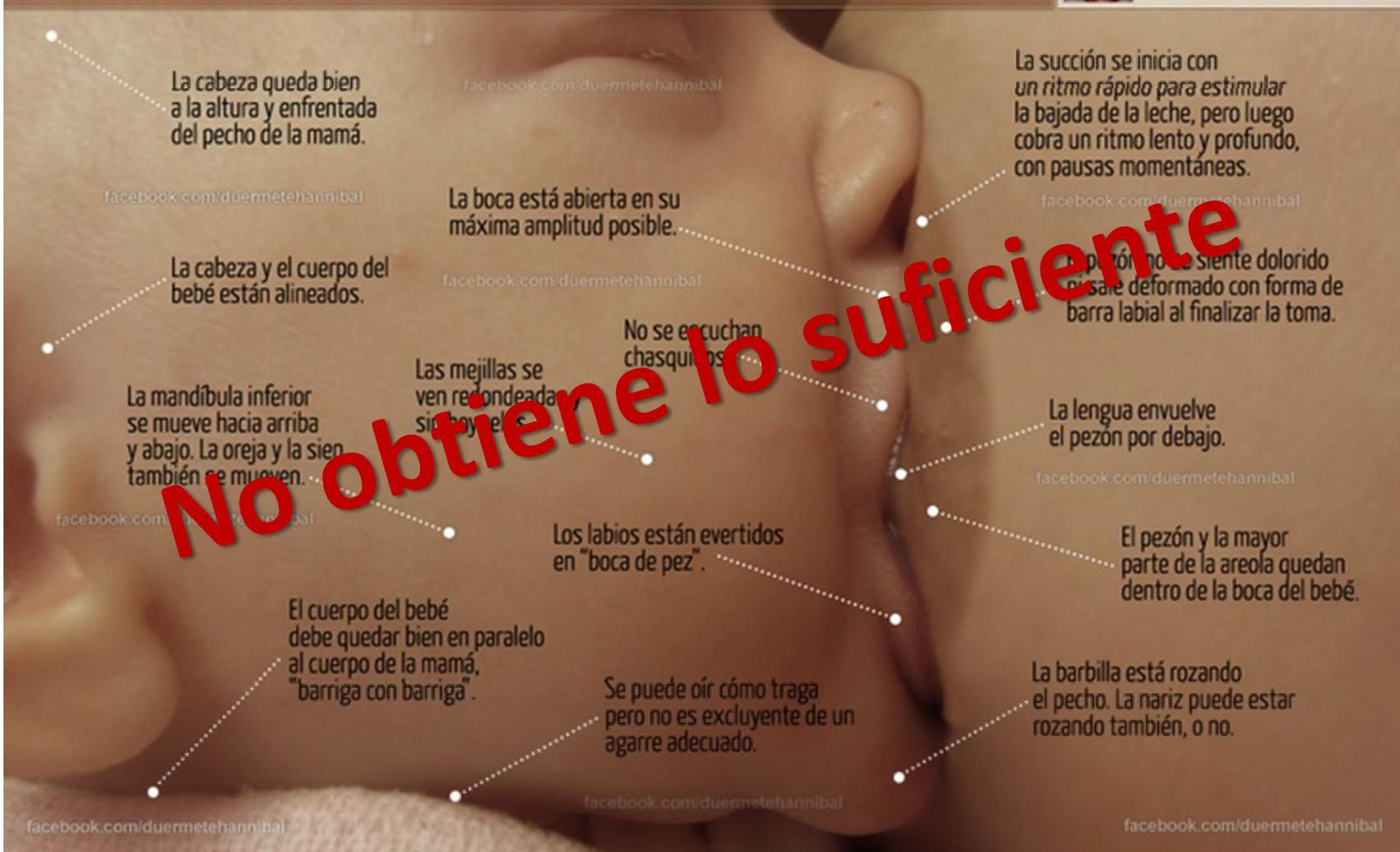
con el apoyo de:
Promesa Presidencial
nutrición y desarrollo de
propaganda social
UN
DP
Ministerio de
Salud Pública



INDICADORES DE UN AGARRE CORRECTO



Visita nuestra página, dale 'Like' y corre la voz con otros padres!
[f /duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)



La cabeza queda bien a la altura y enfrentada del pecho de la mamá.

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

La succión se inicia con un ritmo rápido para estimular la bajada de la leche, pero luego cobra un ritmo lento y profundo, con pausas momentáneas.

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

La boca está abierta en su máxima amplitud posible.

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados.

No se escuchan chasquidos.

Las mejillas se ven redondeadas sin hoyuelos.

El pezón no se siente dolorido ni se deforma con forma de barra labial al finalizar la toma.

La mandíbula inferior se mueve hacia arriba y abajo. La oreja y la sien también se mueven.

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

La lengua envuelve el pezón por debajo.

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

Los labios están evertidos en "boca de pez".

El pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del bebé.

El cuerpo del bebé debe quedar bien en paralelo al cuerpo de la mamá, "barriga con barriga".

Se puede oír cómo traga pero no es excluyente de un agarre adecuado.

La barbilla está rozando el pecho. La nariz puede estar rozando también, o no.

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

[facebook.com/duemetehannibal](https://www.facebook.com/duemetehannibal)

No obtiene lo suficiente



Success = Milk transfer sufficient to gain appropriately
Diane Powers B.A , IBCLC



“ Esta lactancia no tira”
“ El bebé no gana peso”

Agarre Transferencia

FONDO DE LA CUESTION

Hipotiroidismo

Reducción mamaria

Obesidad

Prótesis mamaria

Producción

Ovario Poliquístico

Anquiloglosia

Depresión

Horarios

Mastitis



“ Le estoy haciendo pasar hambre ! “

Las madres que necesitan recurrir a la leche artificial suelen vivirlo como un fracaso importante, como una gran injusticia. ¿Por qué a mí? ¿por qué a nosotros? ¿qué he hecho mal? ¿qué ha fallado?

A menudo se sienten estafadas y engañadas, terriblemente decepcionadas. ¿Qué hay de aquello de que "todas tenemos suficiente leche"?

Patricia López Izquierdo

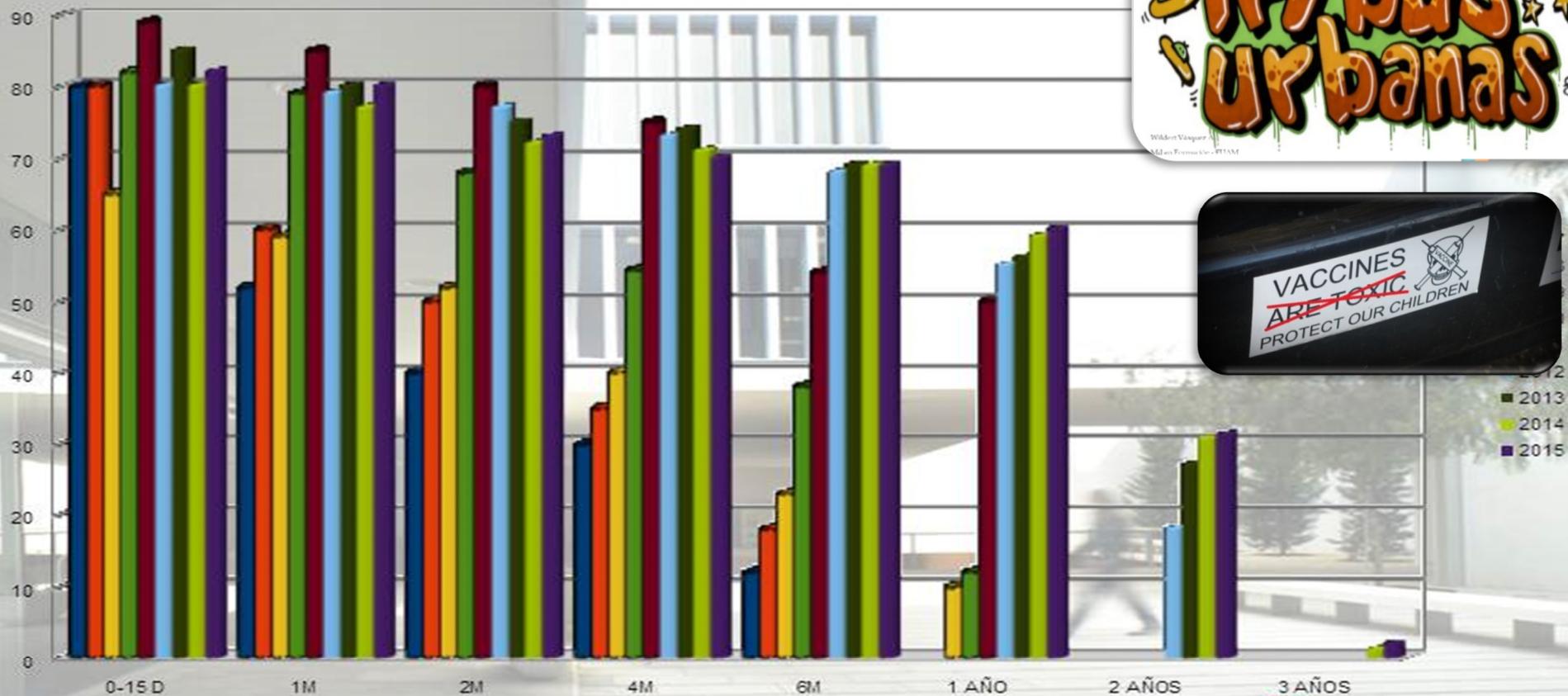


Frustración



LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LACTANCIA PROLONGADA

2007 a 2015



29 y 30 de Marzo 2019

23 JPAP Andalucía CÁDIZ

Lactancias

UGC Lucano. Años 2007 a 2017



(*) Sensación poca leche/Presión entorno/Tácticas inadecuadas

¿LACTANCIA
ARTIFICIAL
COMPLEMENTARIA



O LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA?

WWW.MARALMATERNAL.COM

30-60% ???

“todas las madres tienen suficiente alimento para sus bebés. Si bien esto es esencialmente cierto, nunca se puede generalizar del todo. Es importante advertir que la lactancia, como función fisiológica que es, en ocasiones puede fallar o no ser tan óptima como se espera. Es decir, que es posible, aunque no frecuente, que algunas madres no produzcan suficiente leche, especialmente en ciertos momentos y en determinadas circunstancias “

Patricia López Izquierdo
Veterinaria e IBCLC

PRINCIPAL CAUSA DE INTERRUPCION
DE LA LACTANCIA MATERNA

No tengo suficiente leche.

Una madre batirá el récord Guinness de donación de leche materna con más de **1.500 litros**

para uno o dos niños

Cuando nació su segundo bebé, Kage, decidió que de nuevo donaría leche materna. Lo que no sabía era cuánto iba a producir. Llegó a extraerse **cerca de 3,8 litros diarios** y donar leche se convirtió casi en un trabajo a tiempo completo, ya que hasta su marido explica que a veces se iba de la cama para no tener que oír, por la noche, el sacaleches funcionando.

no
he



REBECCARIAS
PHOTOGRAPHY

La leche materna: esa gran desconocida



Lactosa

Unidades: g/100mL

X±sd (min-

Los niños para crecer
volúmenes de leche m

lamente necesitan

A DEMANDA

		6.5±0.6 (4.8-10.8)	5.7	5.9	
Prematuro		6.6±0.6 (4.9-12.1)	5.8	6	6.9

Estudio observacional y prospectivo. Base de datos del Banco de Leche Regional de la Comunidad de Madrid. 2.600 donantes

La pseudoHipopogalactia. Causas

Multifactorial

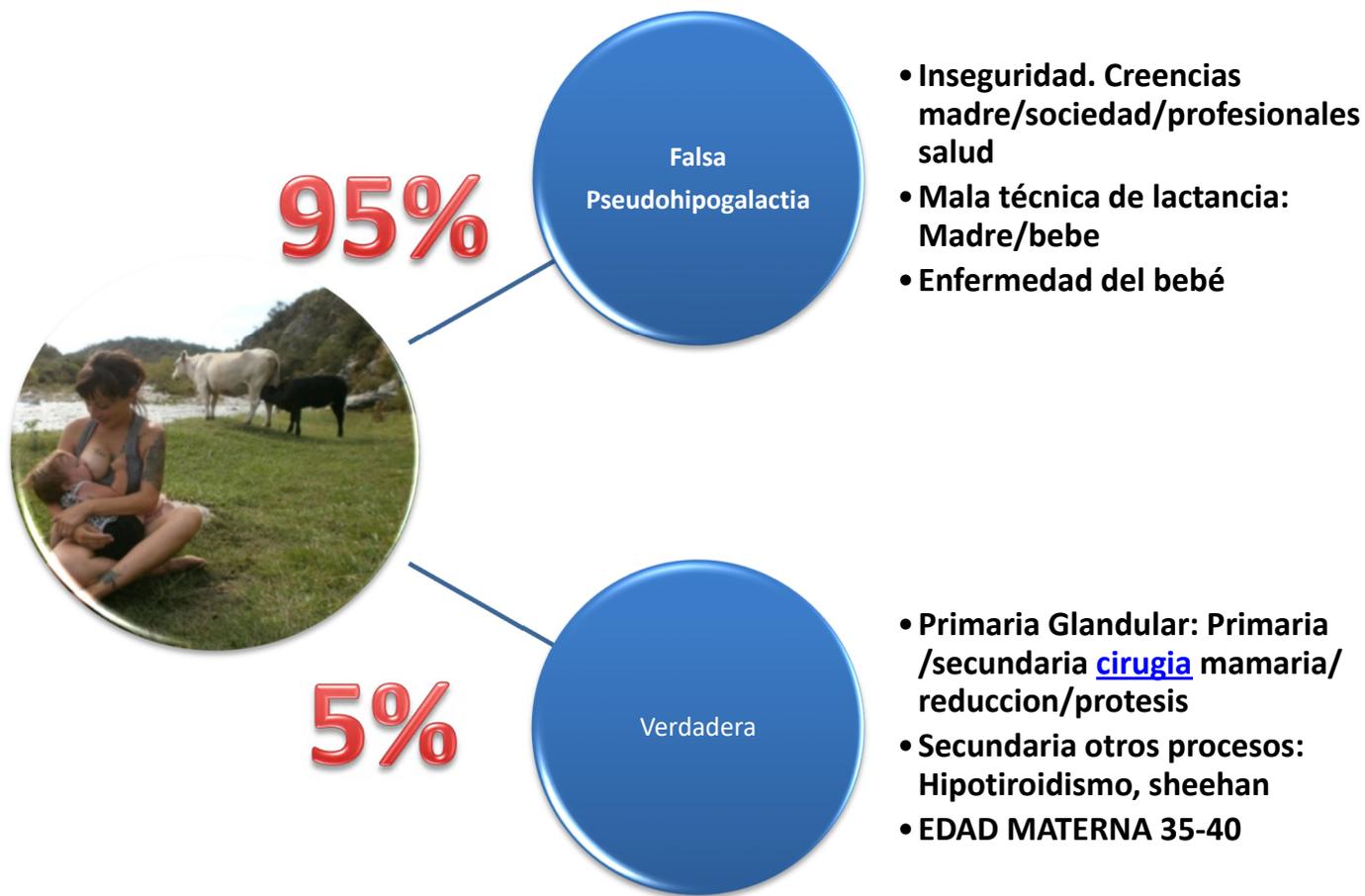
Las madres creen que no tienen suficiente leche por diversos motivos:

- no aguanta las tres horas (está insatisfecho) o duerme demasiado (está débil).
- Nació con poco peso (es casi prematuro, necesita biberones) o con demasiado peso (un niño tan grande no se hará sólo con pecho).
- Está mucho rato mamando (claro, como no sale nada...) o demasiado poco (claro como no sale nada...).
- La leche es aguada (la madre ve la leche inicial que gotea).
- El niño llora (de hambre) o no llora (porque sabe que no hay leche).
- Problemas en lactancias anteriores.
- Problemas con la lactancia de familiares o amigas (mi madre tuvo tres hijos y a ninguno le pudo dar el pecho) o ausencia de problemas (mi madre nos dió el pecho tres años, ¡ojalá las mujeres tuviéramos leche como las de antes!).
- El niño engorda poco, o engorda demasiado (¡es de vida, necesita más comida!).
- El pecho está vacío (¡no tengo leche!) o está lleno (¡no quiere mi leche, no es buena!).

crisis de lactancia. Huelgas de lactancia



La Hipogalactia... Existe ??



ESTIMULO

Bebé dormilón

Síndrome poco conocido

Oscurantismo y prejuicios

PREGLANDULAR

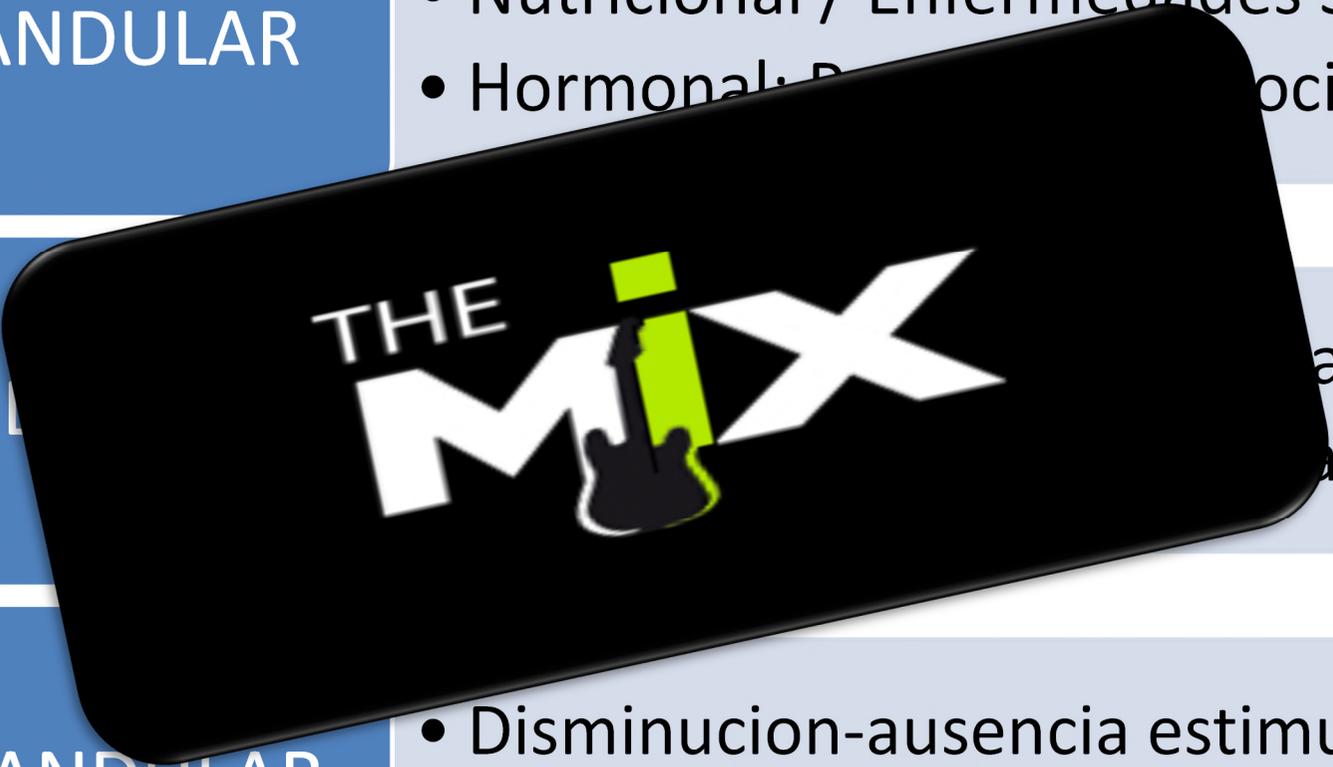
- Nutricional / Enfermedades Sistémicas
- Hormonal: P...ocina/otras

GLAND

a
aria

POSTGLANDULAR

- Disminucion-ausencia estimulación
- Estimulación incorrecta



PREGLANDULAR

- Nutricional / Enfermedades Sistémicas
- Hormonal: Prolactina/oxitocina/otras

Causa nutricional y enfermedades sistémicas

- Desnutrición materna grave
- Deshidratación materna
- Anemia grave
- Hipertensión arterial y su medicación
- Obesidad (retraso en lactogénesis II y baja producción)

Hormonal. Disminución secreción prolactina

- Retención placentaria (niveles altos de progesterona)
- Síndrome de Sheehan (necrosis de pituitaria)
- Medicación: bromocriptina, cabergolina, ergotamina, estrógenos, metilergometrina, diuréticos, antihistamínicos, pseudoefedrina...
- Embarazo
- Edad avanzada

yodo

Otras alteraciones hormonales:

- Hipotiroidismo, hipertiroidismo
- Diabetes tipo 1 (retraso lactogénesis II) y tipo 2
- Síndrome del ovario poliquístico.
Quistes que segregan testosterona y estrógenos.
Hirsutismo, acné, sobrepeso, resistencia insulina, hipoplasia mamaria. Metformina compatible con LM
- Insuficiencia luteínica (progesterona insuficiente)

Hormonal. Disminución secreción oxitocina

- Estrés, fatiga, depresión, desinterés...
- Drogas: alcohol, opiáceos...

Síndrome del ovario poliquístico

1º CAUSA DE CONSULTA ENDOCRINOLOGICA



✓ **Obesidad**



✓ **Alopecia**



✓ **Acantosis nigricans**



✓ **Acné**



✓ **Hirsutismo**

- ✓ Irregularidades Menstruales
- ✓ Anovulación crónica
- ✓ Seborrea

Hipoplasia mamaria primaria .



POSTGLANDULAR

- Disminución-ausencia estimulación
- Estimulación incorrecta

Fallo de transmisión del estímulo

- Corte nervios por mamoplastia.

Disminución-ausencia de estimulación

- Separación madre-hijo
- Inicio tardío de la puesta al pecho
- Poca frecuencia de amamantamiento. Horario rígido
- Administración de suplementos (fórmula o líquidos)

Mala estimulación, estimulación dolorosa

- **Mal enganche:**
 - Mala postura y técnica
 - Anquiloglosia, Retrognatia
 - Excesiva ingurgitación, edema linfático
 - Pezón invertido
 - Ginecomastia, pezón grande
- **Extracción débil**, inefectiva (hipotonía, prematuro, con problemas, fisura palatina)



Evaluación



Orina: Al menos 6 al día de color claro. Sin cristales rojos (uratos)

Aspecto del bebe: Cuidado: llanto prolongado y frecuente. Ictericia prolongada
Está continuamente pegado al pecho.....pero a veces duerme mas de la cuenta: AGOTADO

Heces: Dos primeros días meconio. 3º día verdosas a amarillentas, de 3 a 5 por día

Sobre el mes y medio una cada 2/3 días. NO ES ESTREÑIMIENTO
< 3 Cacas al día durante las primeras semanas: ALARMA



0



7

Observación de una toma

*Período muy corto de deglución Bebe poca leche
Succiones superficiales, débiles y con los ojos cerrados
Sólo se despierta para protestar si se le aleja del pecho
Tono muscular elevado. Delgado. Codos pegados al cuerpo, vigilantes*



<https://ibconline.ca/>



Really Good Drinking



<https://ibconline.ca/>



Es una cuestión de transferencia

Transferencia EFECTIVA de la leche

(Después de la lactogénesis)

El bebé se despierta solo entre 8 y 14 veces al día para comer

Consigue la cantidad suficiente de leche 'aguada' para

- Satisfacer la sed y mantenerse hidratado
- Dejar de perder peso
- Usar al menos 6-8 pañales al día

Consigue la cantidad suficiente de parte **grasa** para:

- Satisfacer las necesidades de energía, y crecimiento
- Empezar a ganar peso (200-300 gm/semana)
- Heces de color amarillo brillante al menos 2-4/día

Transferencia INEFECTIVA de la leche

(Después de la lactogénesis)

Bebé muy adormilado, se queda dormido durante las tomas

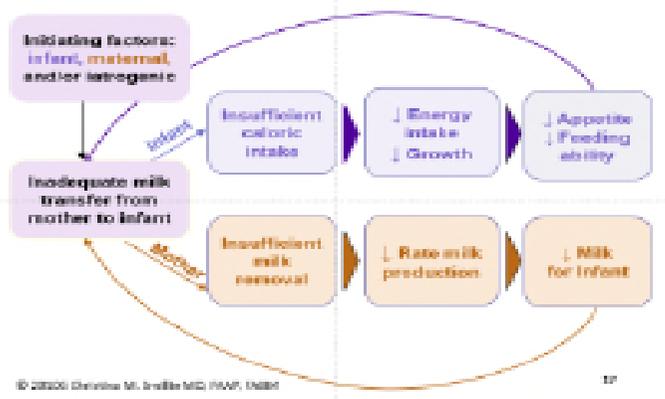
Probablemente satisficiera su sed, pero no cubra sus necesidades energéticas

- Pierde peso o gana muy poco a la semana
- Pocos pañales húmedos

Las heces pueden ser:

- Ninguna
- Infrecuentes (< 2/día)
- Frecuentes pero escasas
- Mucosas, amarillas marronáceas, verde oscuro, marrón o negro.

Bebé adormilado, que no tiene hambre y que no esta ganando peso - Qué hago?



Romper el círculo vicioso

- ✓ Alimentando al bebé
- ✓ Aumentando la producción de leche
- ✓ Identificar el origen del problema
- ✓ Garantizar el cuidado de la madre: sueño, alimentación, descanso...



Peso

72 horas

Si un

1-month weight increments (g) BOYS Birth to 12 months (z-scores)		 World Health Organization					
Interval	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0 - 4 wks	-160	321	694	1023	1325	1608	1876
4 wks - 2 mo	354	615	897	1196	1512	1844	2189
2 - 3 mo	178	372	585	815	1061	1322	1597
3 - 4 mo	44	219	411	617	837	1069	1313
4 - 5 mo	-45	128	318	522	738	965	1202
5 - 6 mo	-128	40	224	422	632	853	1083
6 - 7 mo	-183	-21	161	357	565	785	1014
7 - 8 mo	-223	-63	118	316	528	752	987
8 - 9 mo	-256	-98	84	285	500	729	969
9 - 10 mo	-286	-128	55	259	478	711	956
10 - 11 mo	-312	-153	34	243	469	710	963
11 - 12 mo	-333	-172	22	239	475	726	990
WHO Growth Velocity Standards							

Clinical Research

[1 Breastfeed Med.](https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0124) 2018 Jan 22. doi: 10.1089/bfm.2017.0124. [Epub ahead of print]

Using 24-Hour Weight as Reference
for Weight Loss Calculation Reduces
Supplementation and Promotes Exclusive
Breastfeeding in Infants Born by Cesarean Section

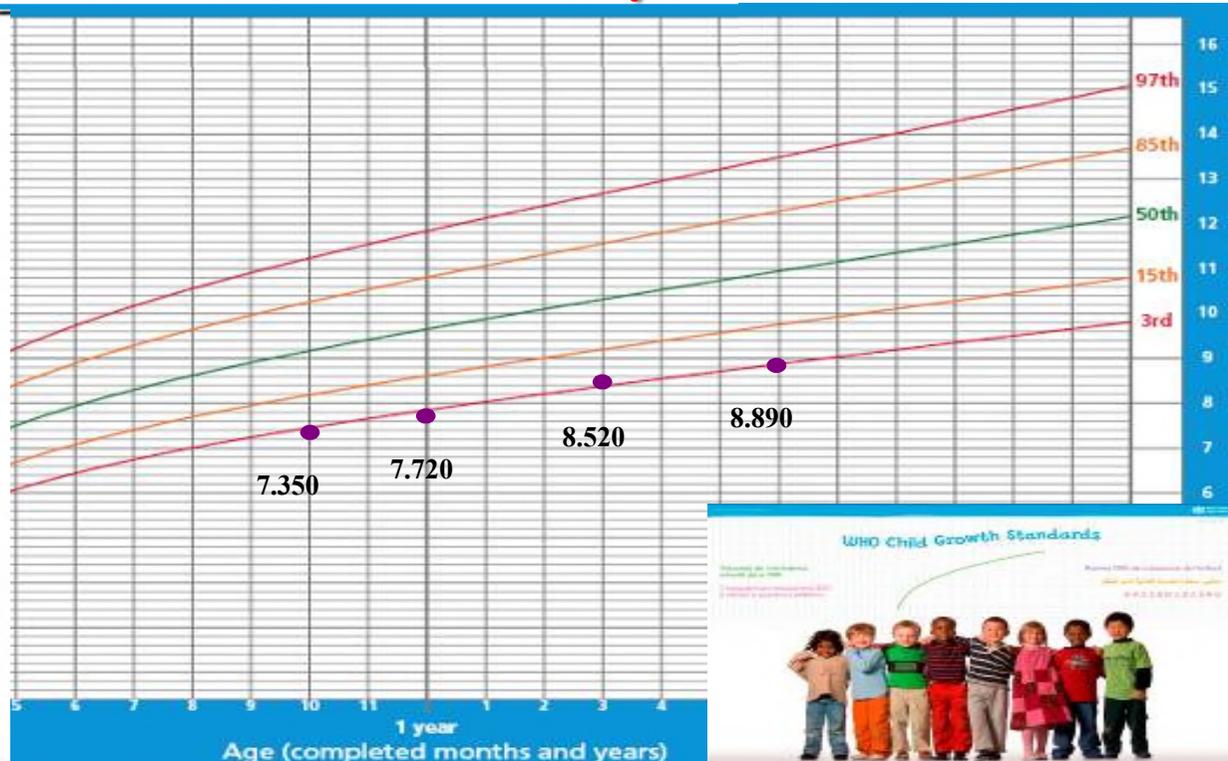
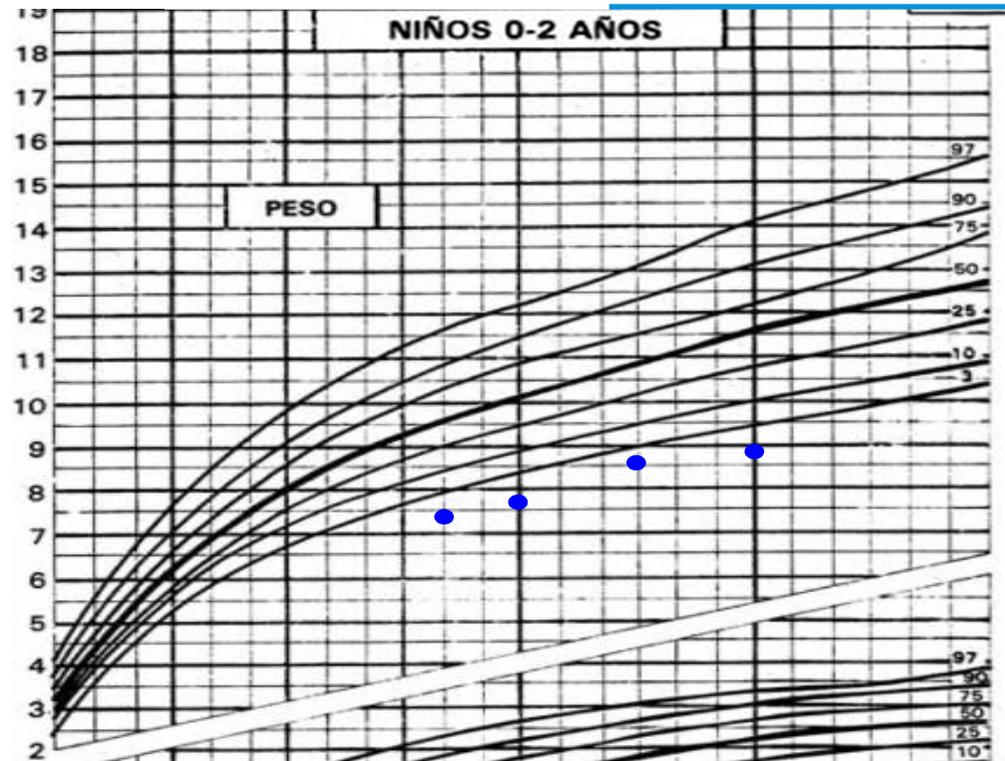
LAS MALDITAS GRAFICAS DE PESO

Gráficas diferentes para niños amamantados

Percentiles son medidas estadísticas

ORBEGOZO

OMS



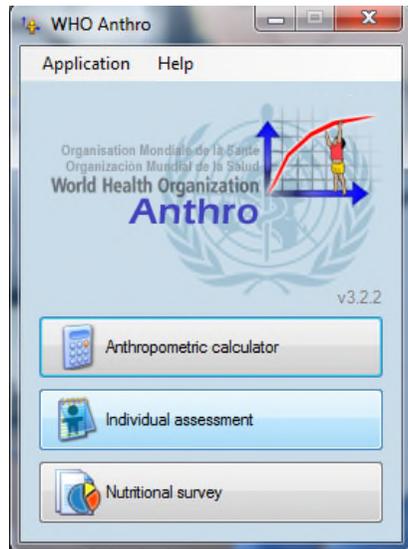
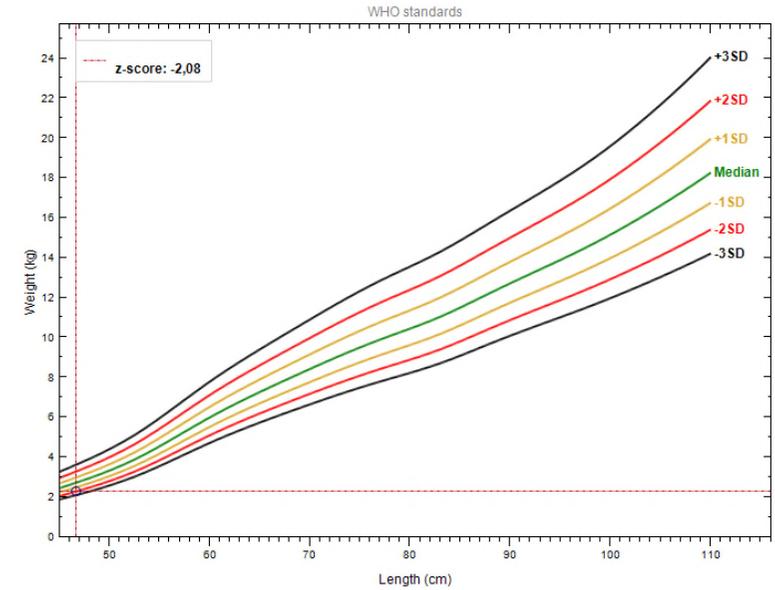
<http://www.who.int/childgrowth/software/es/>

↓ OMS Anthro para PC
exe, 3.88Mb

↓ Manual de OMS Anthro para PC
pdf, 4.04Mb

↓ OMS Anthro para PPC/PDA
exe, 7.91Mb

↓ OMS Anthro para PPC/PDA manual
pdf, 2.19Mb



Sex: Female Male Unknown date

Child ID: 7 Age: 0mo Father: [dropdown]

Notes: [text area] Address: [dropdown]

Visits: 6 visit(s)

Date	Observer ID	Weight (kg)	Oedema	Recumbent	Ln/Ft (cm)	HC (cm)	MUAC (cm)	TSF (mm)	SSF (mm)	Motor milestones
26/09/2016	..avier navaro qu...	2.27	No	No	46.00					
28/09/2016	..avier navaro qu...	2.20	No	No						
06/10/2016	..avier navaro qu...	2.39	No	No	46.00					
18/10/2016	..avier navaro qu...	2.93	No	No	47.00					
07/11/2016	..avier navaro qu...	3.90	No	No	50.00					
29/11/2016	..avier navaro qu...	4.65	No	No	53.00					

Visit: 26/09/2016

Measurement	Percentile	z-score	HC-forage	Percentile	z-score
Weight-for-length	1.9	-2.08	HC-forage	NA	NA
Weight-for-age	0.6	-2.49	MUAC-forage	NA	NA
Length-for-age	4.6	-1.69	TSF-forage	NA	NA
BMI-forage	0.3	-2.75	SSF-forage	NA	NA

Pasado el primer mes:

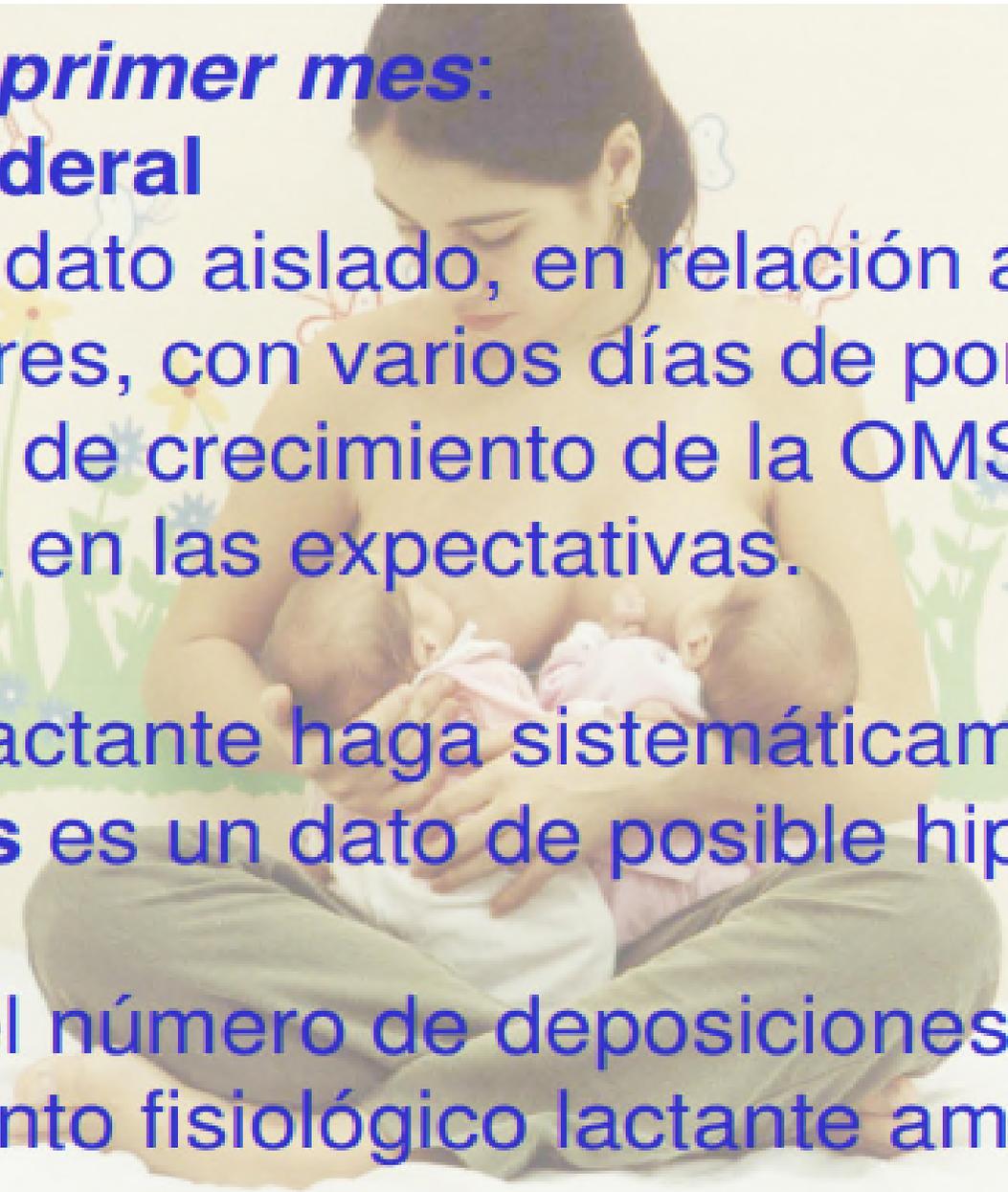
Curva ponderal

Peso no dato aislado, en relación a pesos anteriores, con varios días de por medio.

Curvas de crecimiento de la OMS y ser realista en las expectativas.

El que un lactante haga sistemáticamente **tomas muy largas** es un dato de posible hipogalactia

No fiable: el número de deposiciones (estreñimiento fisiológico lactante amamantado)





“despertarse cada mañana conlleva un alto riesgo de incertidumbre”



Falsa
Pseudohipogalactia

- Inseguridad. Creencias madre/sociedad/profesionales salud
- Mala técnica de lactancia: Madre/bebe
- Enfermedad del bebé

Verdadera

- **Primaria Glandular: Primaria /secundaria cirugía mamaria/protesis**
- **Secundaria otros procesos: Hipotiroidismo, sheehan, retencion placenta, obesidad, diabetes, farmacos**
- **EDAD MATERNA 35-40**

Primera Visita

Antes de las 72 horas
Prueba del Talón
Enfermería / Pediatra
Visita Puerperal: Valoración de la madre y del recién nacido

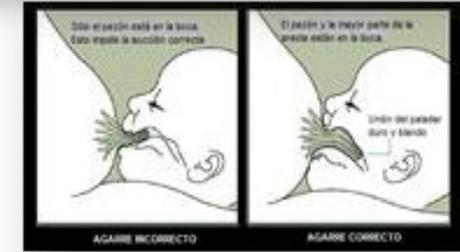
OBSERVACION DE UNA TOMA AL PECHO



ANEXO 1. OBSERVACIÓN DE LA TOMA

Signos de que la lactancia va bien		Signos de posible dificultad	
Postura de la madre y del bebé			
<ul style="list-style-type: none"> • Madre relajada y cómoda • Bebé en estrecho contacto con su madre • Cabeza y cuerpo del bebé alineados • La barbilla del bebé toca el pecho • Cuerpo del bebé bien sujeto • El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón • Contacto visual entre la madre y el bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombros tensos, inclinados hacia el bebé • Bebé lejos del cuerpo de la madre • Cabeza y cuello del bebé girados • La barbilla del bebé no toca el pecho • Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé • El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón • No hay contacto visual madre-bebé 		
Lactante			
<ul style="list-style-type: none"> • Boca bien abierta • Labios superior e inferior evertidos • La lengua rodea el pezón y la areola* • Mejillas firmes y redondeadas al mamar • Más areola por encima del labio superior • Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas • Puede verse o oírse tragar al bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Boca poco abierta • Labios apretados o invertidos • No se ve la lengua** • Mejillas hundidas al mamar • Más areola por debajo del labio inferior • Movimientos de succión superficiales y rápidos • Se oyen ruidos de chapoteo o chasquidos 		
Signos de transferencia eficaz de leche			
<ul style="list-style-type: none"> • Humedad alrededor de la boca del bebé • El bebé relaja progresivamente brazos y piernas • El pecho se ablanda progresivamente • Sale leche del otro pecho • La madre nota el reflejo de eyección** • El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente • La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón • El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido • La madre no refiere reflejo de eyección** • La madre ha de retirar al bebé del pecho 		

*Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.
**La madre refiere así, relajación o sumisión, contracciones uterinas (posturas) y asentamiento de los tejidos durante el amamantamiento.
Fuente: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Drogas. Alimentación de los lactantes y de los recién nacidos. Normas recomendadas por la Unión Europea, 2008.



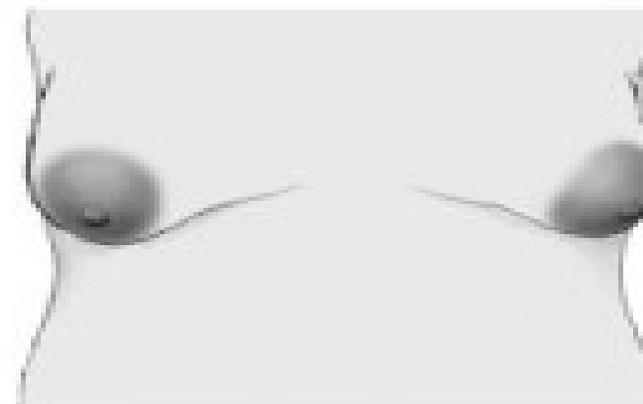
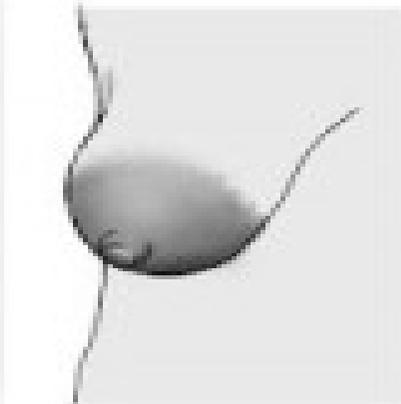
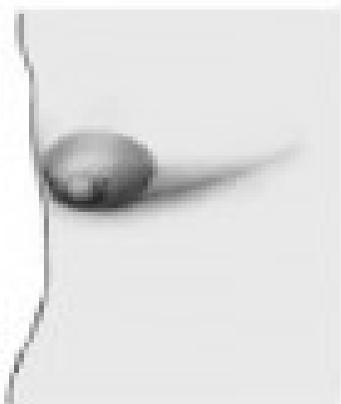
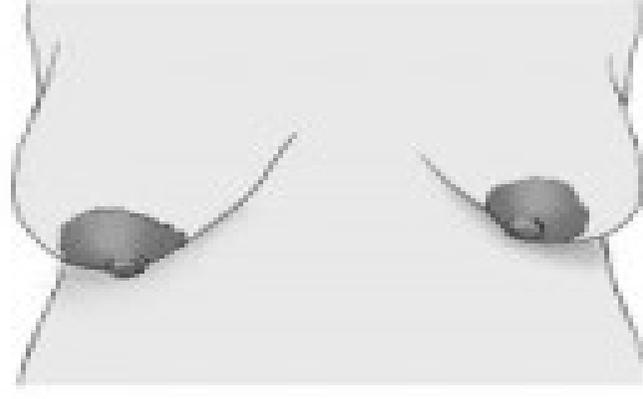
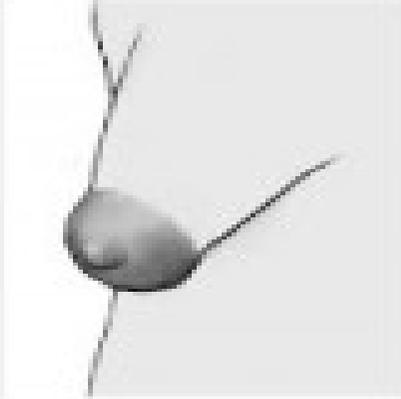


Episodios de mastitis en lactancias previas
Antecedentes familiares de mastitis
Antecedentes recientes infección vaginal, urinaria o faríngea
Parto por cesárea. Primer contacto
Antibióterapia durante el parto: S Agalactiae
Prácticas en la lactancia: sucedáneos, chupetes, horarios
Uso de extractores de leche materna
Actitud de la madre frente a la aventura de amamantar. Objetivos

Acta Pediatr Esp. 2016; 74(11): e243-e250

Piel
Cirugía mamaria previa
Síndromes migrañosos, fibromialgia, depresivos

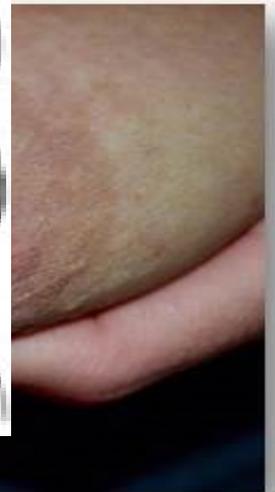
Exploración



piel, eritema
olor, grietas

eritema, nódulos

limburgo (*)



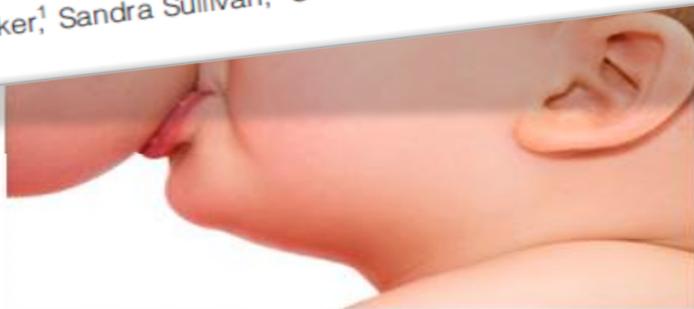
(*) http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/cribado_depresion_postparto.pdf



BREASTFEEDING MEDICINE
Volume 10, Number 2, 2015
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/bfm.2014.0089

Association of Timing of Initiation of Breastmilk Expression on Milk Volume and Timing of Lactogenesis Stage II Among Mothers of Very Low-Birth-Weight Infants

Leslie A. Parker,¹ Sandra Sullivan,² Charlene Krueger,¹ and Martina Mueller³



Exploración

Simetría cabeza y posición de la mandíbula

Movilidad cuello y cabeza

Tono muscular. Valoración neurológica



Frenillo lingual corto o anquiloglosia

**Herramienta de Hazelbaker
para la valoración de la función del frenillo lingual**

ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "torobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	
		No hay movimiento o es en sentido Inverso	
		7. Chasquido	
		2	
		No hay	
		1	
		Periódico, de vez en cuando	
		0	
		Frecuente o con cada succión	

Traducido de la tabla del artículo de Ballard JL et al "Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenulectomy on the breastfeeding dyad". Pediatrics 2002; Nov;110(5):e63. Accesible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/e63.full>, donde se indica que está adaptado del original de Hazelbaker con su permiso (Hazelbaker AK. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. Pasadena, CA: Pacific Oaks College, 1993. Thesis).



Recomendaciones

Antes de practicar una frenotomía en los lactantes con anquiloglosia, se debería realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas por profesionales expertos en lactancia materna.

Si con las medidas de apoyo que se instauren los problemas persisten, se debería realizar una frenotomía por profesionales expertos para mejorar la efectividad de la lactancia.

**Guía de Práctica Clínica
sobre lactancia materna**



Pruebas complementarias



En el 95% de los casos tendrá que ver con el estrés o fatiga maternos, con técnicas incorrectas de administración del pecho (inicio tardío, horario fijo, poca frecuencia) o mala técnica de enganche (postura, problemas del lactante).

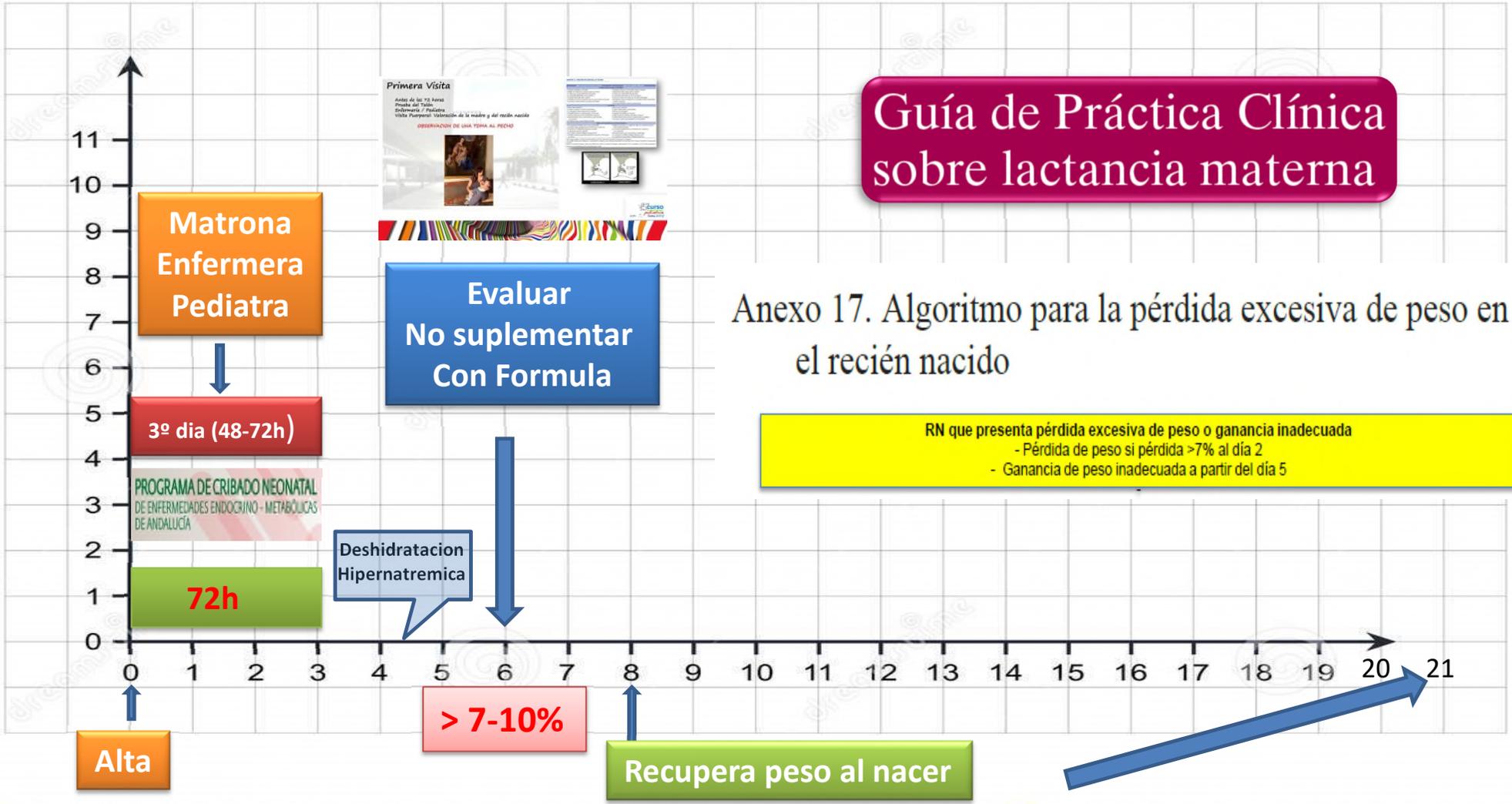
- Anemia

Cuando intervenir ?

Qué hacer ?

Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna

Anexo 17. Algoritmo para la pérdida excesiva de peso en el recién nacido



Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna

Anexo 17. Algoritmo para la pérdida excesiva de peso en el recién nacido

RN que presenta pérdida excesiva de peso o ganancia inadecuada
- Pérdida de peso si pérdida $>7\%$ al día 2
- Ganancia de peso inadecuada a partir del día 5

22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41

VALORACIÓN DE LA CAUSA

- Descartar enfermedad en el RN
- Valoración de la LM:
 - *Anamnesis: tomas, dolor y grietas
 - *Valoración de la toma: postura, agarre y transferencia eficaz de leche



DIAGNÓSTICO Y MANEJO



1.

¿La lactancia es a demanda?

¿Hace tomas frecuentes (≥ 8 tomas en 24h)?

- NO →

Hacer tomas frecuentes tanto de noche como de día (al menos 8 al día)

¿Limita la duración de las tomas?

- SÍ →

No limitar la duración de las tomas

¿Ofrece ambos pechos en cada toma?

- NO →

Ofrecer siempre el otro pecho sin preocuparse si no lo quiere.

2.

¿Existen problemas de postura o agarre?

¿El RN se agarra adecuadamente al pecho?

- NO →

Explicar a la madre como valorar si el agarre adecuado y como deben colocarse madre y RN para conseguir ese enganche adecuado enseñándole diversas posturas (ver pregunta 4)

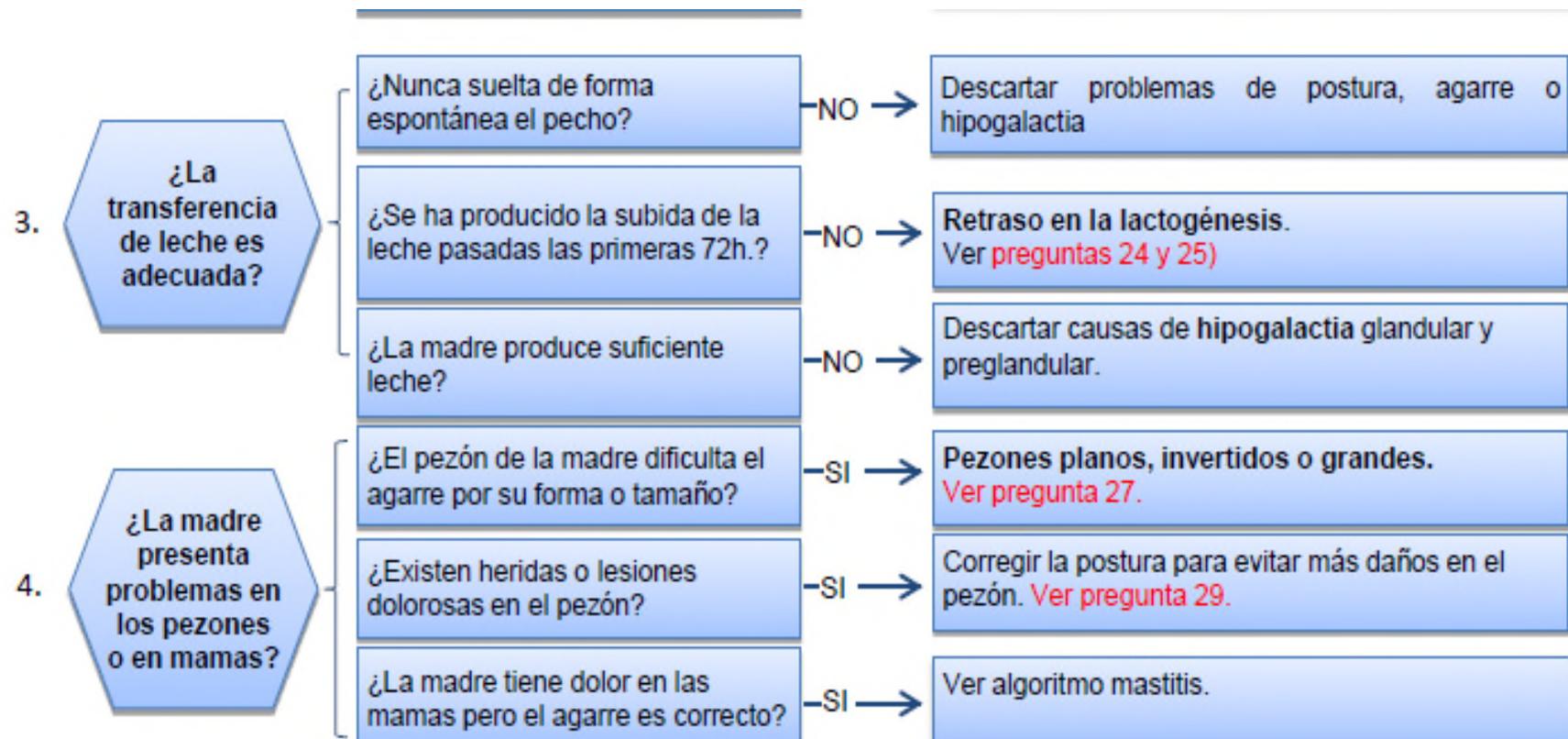
¿La posición del RN y la madre es correcta?

- NO →

¿El frenillo es demasiado corto e impide la salida de la lengua?

- NO →

Anquiloglosia (ver pregunta 23).



EN TODOS LOS CASOS

- Dar información y apoyo
- Recomendar tomas frecuentes
- Recomendar la estimulación manual o con sacaleches
- Valorar la suplementación con LM o FI

REEVALUAR EN 24 HORAS

- Si se inicia curva ascendente de peso y realiza toma efectiva, continuar con tomas frecuentes y seguimiento en AP antes de 48h.
- Si continua la pérdida ponderal y no realiza toma efectiva, suplementar con LM o FI y seguimiento por profesionales con formación específica en LM (unidad o clínica de lactancia).

Resumen de la evidencia

GPC	Las GPC y otros documentos de referencia evaluados concluyen que la leche materna es la mejor opción de alimentación para los recién nacidos. Son muy pocas las razones por las cuales es necesario la administración de suplementos en madres y niños sanos (5;67;90;228;235).
-----	---

Condiciones de madres sanas cuyos hijos pueden requerir suplementos temporalmente:

- Retraso en la lactogénesis II y un consumo inadecuado en el recién nacido.
- Retención de placenta (la lactogénesis probablemente ocurra después de que los fragmentos de placenta sean retirados).
- Insuficiencia glandular primaria (insuficiencia primaria de la lactancia) que ocurre en menos del 5% de las mujeres. Se manifiesta por un pobre desarrollo mamario durante el embarazo y señales mínimas de lactogénesis.
- Patología o cirugía mamaria que ocasiona hipogalactia.
- Dolor intolerable durante los periodos de alimentación que no se alivia con ninguna intervención.

Necesidad de separación de la madre y del recién nacido

8.2. Indicaciones de administración de suplementos en el recién nacido sano a término

Condiciones médicas del recién nacido sano que pueden requerir suplementos temporalmente (leche materna extraída o de fórmula)

- El diagnóstico de hipoglucemia debe realizarse siempre mediante análisis de laboratorio. La tira reactiva es una técnica de cribado.
 - En recién nacidos con factores de riesgo de hipoglucemia sin síntomas clínicos se recomienda continuar la lactancia materna o administrar a 1-5ml/kg de leche materna extraída o de fórmula cada 1-2h. Se controlará la glucemia hasta que el valor sea aceptable y estable. Si el nivel de glucosa sigue siendo bajo, será necesaria la administración intravenosa de glucosa, continuando con la lactancia materna.
 - En recién nacidos con síntomas clínicos o con niveles de glucosa en plasma <20-25 mg/dl (<1,1 a 1,4 mmol/l) se iniciará la administración de solución de glucosa al 10% por vía intravenosa. Se recomendará mantener la lactancia materna y monitorizar la glucemia antes de las tomas con la frecuencia necesaria, mientras se disminuye el tratamiento por vía intravenosa hasta que los valores se estabilicen.
- Evidencia clínica y de laboratorio de deshidratación (por ejemplo, >10% de pérdida de peso, sodio alto, alimentación pobre etc.), junto con la valoración y el manejo apropiado de las dificultades de la lactancia.
- Hiperbilirrubinemia o ictericia neonatal por ingesta de leche insuficiente a pesar de una intervención adecuada. En el recién nacido la ictericia se acompaña de una pérdida excesiva de peso de más del 8-10% o escasa ganancia ponderal posteriormente. En la madre puede acompañarse de retraso en la subida de la leche o lactogénesis II más allá del quinto día postparto.
- Movimientos intestinales lentos o presencia continua de meconio en las deposiciones en el quinto día.
- Alimentación insuficiente a pesar de que el suministro de leche es adecuado (transferencia pobre de leche).

10.1. Seguimiento de la pérdida de peso durante los primeros días

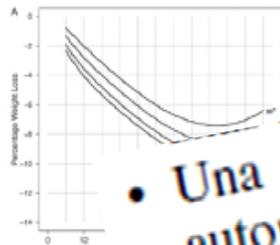


Figura 3. Estimación de curvas de peso tras nacimiento por peso vaginal (Fisher)

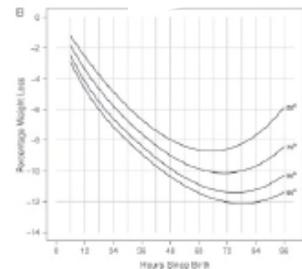


Figura 4. Estimación de curvas de percentiles sobre el porcentaje de pérdida de peso en el tiempo tras nacimiento por peso por centiles (Jadavman et al, 2015)

• Una pérdida de peso del 10% no es un marcador automático de la necesidad de suplementos, pero sí es un indicador de evaluación del lactante.

de una pérdida del 7% o del 10% del peso corporal al nacer, se asocia con una mayor mortalidad.

Los estudios identificados son estudios observacionales, sobre todo retrospectivos, que tratan de describir la pérdida de peso fisiológica de recién nacidos amamantados durante los primeros días de vida (183;283-285)

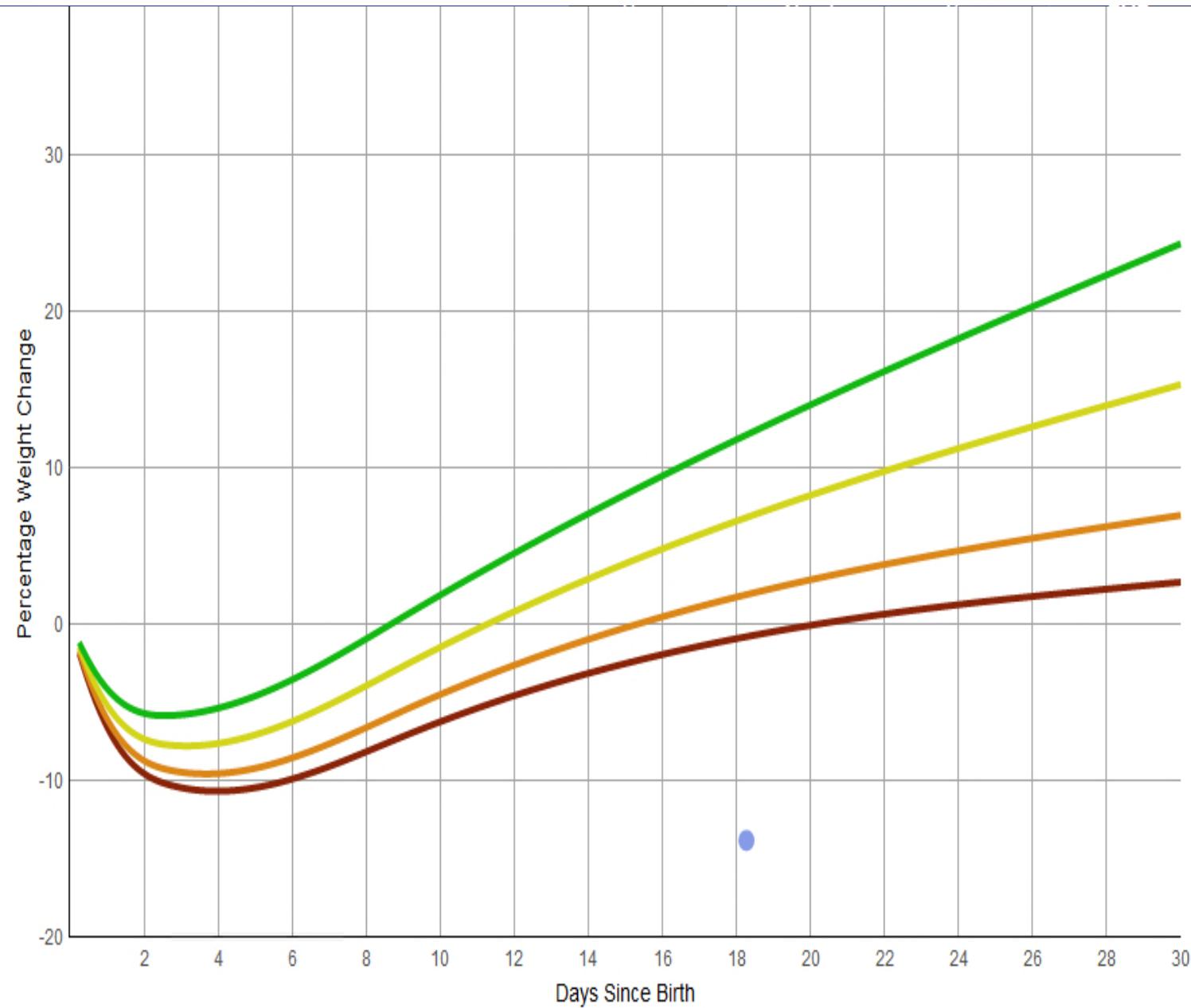
En los estudios más recientes, se han construido curvas de seguimiento de la pérdida del peso en los primeros días (283;285).

≥ 10% de su peso al nacer²⁰. Los lactantes amamantados recuperan el peso al nacer al cabo de un promedio de 8,3 días (intervalo de confianza del 95%: 7,7-8,9 días) y el 97,5%, a los 21 días²¹. Los lactantes deben ser objeto de un seguimiento estrecho para identificar a los que quedan fuera del patrón previsible, si bien la mayoría de los amamantados no necesitará suplementos. Hay que señalar también que una

s casos en 7%.

eso del rec- curvas de

<https://www.newbornweight.org/>



Birth Details

Weight	Date	Time
2.73 kg	Mar 8	05:00

Vaginal [Edit Details](#)

Measurements

Day	Weight	Change	Add New
Birth	2.73 kg	—	Edit
18.3	2.35 kg	-13.9%	Edit

PennState Health
Children's Hospital

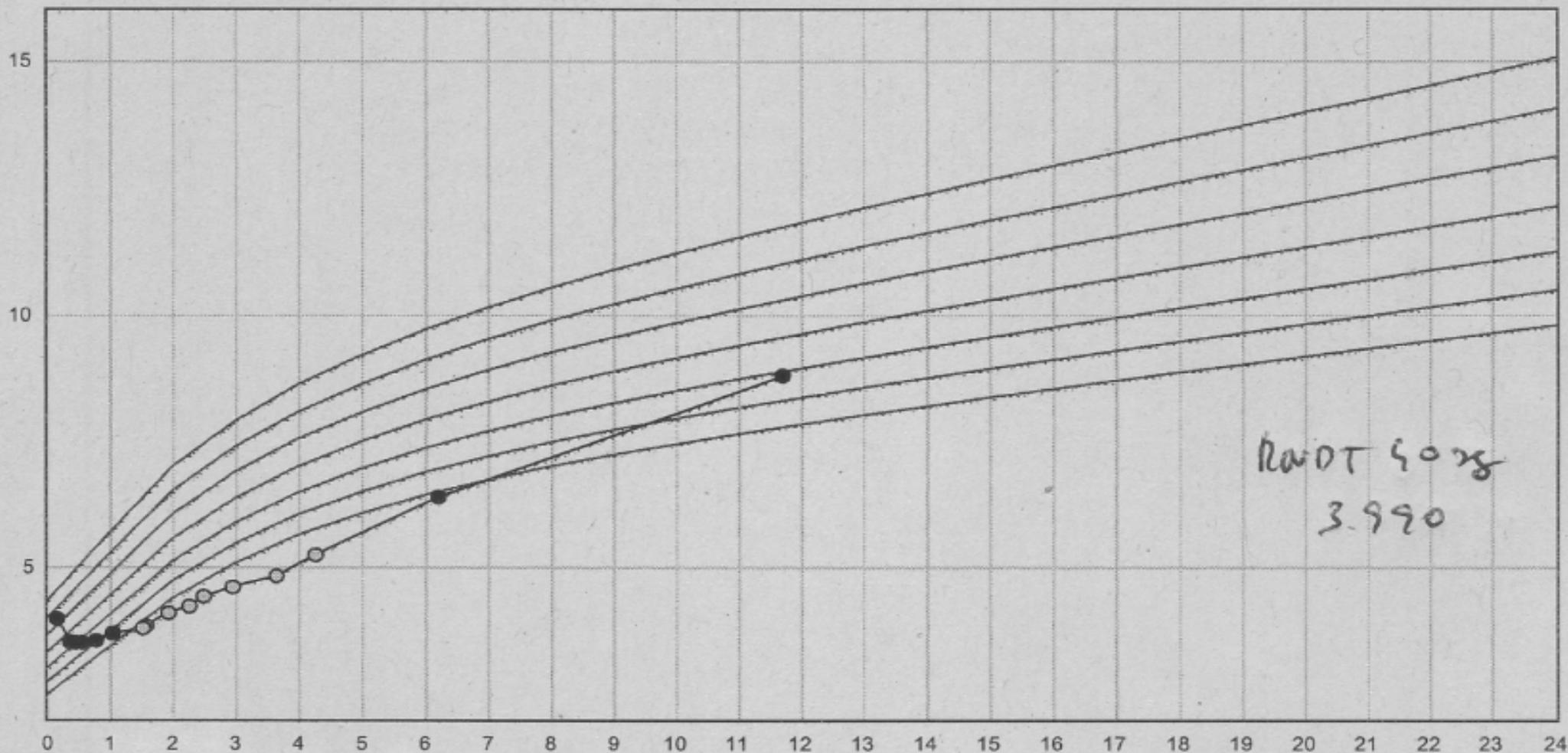
Recomendaciones

√	No utilizar suero glucosado para la suplementación de recién nacidos a término sanos.
Fuerte	En caso de existir una indicación médica para la suplementación, se recomienda el uso de leche materna extraída como primera opción.

√	No utilizar leche donada que no provenga de bancos de leche materna y por tanto no hayan pasado los controles de calidad preceptivos.
Débil	Se sugieren las fórmulas de inicio como suplemento de elección cuando no se disponga de leche materna extraída en niños sanos y sin historia familiar de atopía.
Débil	Se sugiere el uso de fórmulas hidrolizadas en niños con historia familiar de primer grado de atopía (padres o hermanos con dermatitis atópica, rinitis alérgica, asma o alergia alimentaria).

1. La monitorización del crecimiento es insuficiente si se utiliza de forma aislada para valorar el estado nutricional y de salud del niño. Previo a las mediciones se debe realizar una valoración clínica, de desarrollo y comportamiento, así como de la alimentación del niño.
2. Existe un 3% de niños cuyo crecimiento se sitúa por debajo del percentil tres y otro 3% que se sitúa por encima del percentil 97. Estos niños están creciendo perfectamente, solo que se trata de niños que son constitucionalmente pequeños o grandes.
3. Una medida aislada, y a menudo incluso dos muy próximas en el tiempo, nunca será suficiente para señalar si el niño crece bien o no: sólo puede ser utilizado como alerta, nunca como criterio de toma de decisiones. Sólo los cambios en la velocidad del crecimiento pueden ayudar en la toma de decisiones y para ello es necesario contar con al menos tres mediciones en el niño para poder construir un perfil de desarrollo.
4. De forma previa a la toma de cualquier decisión, es necesario que los datos del crecimiento se utilicen junto con la valoración clínica, nutricional y de comportamiento del niño. Así, por ejemplo, la medición del peso para la edad sólo puede ser útil en manos de una consultora experta en lactancia materna, que combinará dicha medición con consejos con el manejo de la lactancia materna.

Grafica de Peso Pediátrica



Peso 40 kg
3.990

mixto
poco L.D.

curso de leche en S. ANTONIO HO.

Abordaje

1. Mejorar la producción láctea de la madre

2. Garantizar un adecuado aporte de leche al lactante.

3. Apoyar a la madre





Mejorar la producción

11.2.1. Baja producción de leche

¿Qué métodos son más eficaces para aumentar la producción de leche?

Recomendaciones

√	Ante la poca evidencia disponible a la hora de seleccionar el método de extracción optar por aquel que mejor se adecúe a las necesidades y preferencias de la madre, explicándole de forma detallada cómo se debe realizar la extracción con el método seleccionado.
Débil	Se sugiere la realización de masajes en el pecho antes o durante la extracción, la utilización de técnicas de relajación, así como la aplicación de calor en el pecho, independientemente del método de extracción considerado, para conseguir aumentar el volumen de leche extraída.

PARA TODOS LOS CASOS

En qué consiste la técnica de la Extracción Poderosa:

La técnica Extracción Poderosa ha sido acuñada por la IBCLC Catherine Watson (Nueva York, EEUU) con el objetivo de ayudar a las madres a aumentar rápidamente su producción de leche materna.

Esta técnica consiste en hiperestimular el pecho con sacaleches, preferiblemente doble, realizando extracciones de 10 minutos en total (5 minutos por pecho si el sacaleches no es doble) cada hora o cada 45 minutos durante al menos veinticuatro horas y dejando un descanso nocturno no superior a las cuatro horas. Lo normal es que en las primeras extracciones los resultados sean nulos o mínimos.

Es importante saber que el esfuerzo de extraer leche materna hoy es para recoger resultados mañana o pasado mañana, no para el momento.

Por lo general, con la técnica Extracción Poderosa se obtiene un volumen aceptable de leche materna antes de que hayan transcurrido 48 horas desde el inicio del proceso. Las cantidades suelen doblarse de un día para otro.

¿Y si no funciona?

Se puede concluir que esta técnica no funciona si se han realizado durante 48 horas extracciones prácticamente cada hora excepto 4-6 horas durante la noche y no se ha logrado más de 100 ml/día en total.

La extracción poderosa es tan eficaz que si no funciona hay que sospechar una hipogalactia (baja producción de leche). En estos casos, hay que consultar lo antes posible al médico para que evalúe el problema y solicite las pruebas diagnósticas oportunas a fin de establecer la causa y pautar el tratamiento adecuado. Para más información, puedes consultar también a tu comadrona o a las asesoras del grupo de apoyo a la lactancia de tu localidad.

PARA TODOS LOS CASOS

Typical baseline serum prolactin levels in women		<u>References</u>
<u>Not pregnant, not lactating</u>	< 25 <u>ng/mL</u>	Walker p. 65, <u>Riordan p. 76</u> , <u>Serri et al. p. 575</u>
<u>Pregnant, at term</u>	200 <u>ng/mL</u>	Walker p. 65
<u>Lactating, 7 days postpartum</u>	100 <u>ng/mL</u>	<u>Riordan p. 76</u>
<u>Lactating, 3 months postpartum</u>	100 <u>ng/mL</u>	Walker p. 65
Lactating, menstruation not started before 180 days	110 <u>ng/mL</u>	<u>Riordan p. 76</u>
Lactating, menstruation started before 180 days	70 <u>ng/mL</u>	<u>Riordan p. 76</u>
<u>Lactating, 6 months postpartum</u>	50 <u>ng/mL</u>	Walker p. 65, <u>Riordan p. 76</u>

Sólo son eficaces en casos de HIPOPROLACTINEMIA: < 30

¿Son eficaces los galactogogos para estimular la producción de leche cuando se da una hipogalactia? ¿Cuál es el galactogogo más eficaz?

Recomendaciones

Débil	<p>Se sugiere el uso de galactogogos para tratar de aumentar la producción de leche si tras haber puesto en práctica el resto de métodos existentes no se han obtenido resultados.</p> <p>Debido a que la investigación comparativa entre distintos galactogogos no es concluyente, no se puede recomendar ningún galactogogo específico.</p>
√	<p>Cuando, tras valorar potenciales riesgos y beneficios de estos agentes se decide prescribir un galactogogo, debería hacerse siguiendo las recomendaciones de las guías que se mencionan en los anexos (ver anexo 16).</p> <p>Al no estar incluida la indicación como galactogogo en la ficha técnica de estos fármacos, el médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar a la madre de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento.</p>



Asegurar el aporte

APORTE DE LECHE





Asamblea General

La OMC alerta de posibles peligros de comprar leche materna por Internet por sus deficientes garantías de seguridad

- No se garantiza ni la higiene, ni la cadena de frío e, incluso, el posible riesgo de transmisión de enfermedades
- Según un estudio, 3/4 partes de las muestras de leche adquiridas por Internet están contaminadas con bacterias
- La venta del llamado “oro blanco” es un negocio en alza en EEUU para culturistas
- En España, existen bancos de leche materna en hospitales que garantizan los procesos de forma segura
- La CCD pide que se regule el proceso de selección de donantes, obtención, tratamiento y distribución.

120 € por litro

Cow’s Milk Contamination of Human Milk Purchased via the Internet

Sarah A. Keim, PhD, MA, MS^{ab}, Manjusha M. Kulkarni, PhD^a, Kelly McNamara, MA^a, Sheela R. Geraghty, MD^a, Rachael M. Billock^a, Rachel Ronau, BS^a, Joseph S. Hogan, PhD^a, Jesse J. Kwiek, PhD^{a*}



32.80 €



1000oz Breast Milk

I have 1000oz at \$3.00oz for sale that was expressed November-January 2018. I am a mother of a beautiful 3...

02/03/2018
Escanaba
Michigan
Total views: 20
Price: \$ 3.00

**Academy of Breastfeeding Medicine's 2017
Position Statement on Informal Breast Milk Sharing
for the Term Healthy Infant**

Natasha K. Sriraman,¹ Amy E. Evans,² Robert Lawrence,³ Lawrence Noble,⁴
and the Academy of Breastfeeding Medicine's Board of Directors

TABLE 1. GUIDELINES FOR MEDICAL SCREENING OF POTENTIAL MILK DONORS

-
1. Mother-to-mother screening process through face-to-face and/or telephone interview/conversation. Donor mothers should be:
 - In good health
 - Only on medications or herbal preparations that are compatible with breastfeeding. It is recommended that LactMed¹¹ and “Medications and Mother’s Milk” by Dr. Thomas Hale¹² be used for decisions on whether medications are compatible with breastfeeding.
 2. Review the donor mother’s prenatal and (if performed) regular postnatal infectious screening tests. The donor mother should be negative for:
 - HIV
 - Hepatitis B virus
 - HTLV-1 (in high prevalence areas)
 3. Social practices. A woman is not a suitable breast milk donor if she
 - uses illegal drugs or marijuana,
 - smokes or uses tobacco products, including nicotine gum, patch, e-cigarettes,
 - consumes >1.5 ounces (44 mL) of hard liquor/spirits, 12 ounces (355 mL) of beer, 5 ounces (148 mL) of wine, or 10 ounces (296 mL) of wine coolers (beverage of wine and fruit juice with lower alcohol content than wine) daily, and
 - is at risk for HIV or had a sexual partner within past 12 months who is at risk for HIV.
-

SUCEDANEO

Tabla 2. Recomendaciones de la composición de las fórmulas para lactantes.

Nutriente	Fórmula de inicio por 100 ml (por 100 kcal)	Fórmula de continuación por 100 ml (por 100 kcal)
Energía (kcal)	60-75	60-80
Hidratos de carbono (g)	4,8-9,5 (7-14)	5-10 (7-14)
Lactosa (g)	> 2,38 (> 3,5)	> 1,26 (> 1,8)
Proteínas (g)	1,2-2,04 (1,8-3 g/100 kcal)	1,6-3,24 (2,25-4,5 g/100 kcal)
Seroproteínas/caseína	60/40	20/80
Grasas (g)	2,72-4,42 (4-6,5)	2,37-4,68 (3,3-6,5)
Ácido linoleico (g)	0,2-0,82 (0,3-1,2)	> 0,21 (> 0,3)
Sodio (mg)	13,6-41 (20-60)	16,1-57,5 (23-85)*
Potasio (mg)	41-98,6 (60-145)	54,6-132 (80-208)*
Calcio (mg)	> 34 (> 50)	> 63 (> 90)*
Fósforo (mg)	17-61,2 (25-90)	> 40 (> 60)*
Hierro (mg)	Suplementadas 0,34-1 (0,5-1,5)	0,72- 1,44 (1-2)

Recomendaciones de la Directiva de la Comisión Europea (por 100 ml a la concentración habitual y por 100 kcal).

*Recomendaciones de la ESPGAN cuando no existen las de la Comisión Europea.



CÓMO ????

Recomendaciones

√	<p>En lactantes amamantados que por indicación médica requieran la administración de suplementos se debería utilizar aquel método de administración que mejor se adecue a las necesidades del bebé y de la madre, evitando el uso de tetinas siempre que sea posible (ver Anexo 13) .</p>
√	<p>Considerar los siguientes criterios a la hora de elegir el mejor método en cada caso:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cantidad de volumen a administrar (por ejemplo para el calostro o pequeñas cantidades de leche materna madura sería preferible utilizar cucharita, jeringa o vaso).• Duración prevista: breve o prolongada.• Necesidad de un método que ayude a desarrollar las habilidades en lactancia materna de la madre y el niño (el suplementador ayuda a estimular el pecho; la administración con técnica digital (sonda adosada al dedo) permite ejercicios de rehabilitación).• La facilidad de uso y de limpieza (tanto en el caso del hospital como en el domicilio).• El coste que puede suponer.• La aceptación del método por el recién nacido.• Las preferencias maternas.



Un padre usando el Método Kassing



Primera Opción: Leche de su madre directa del pecho

Amamantar cada 2-3 horas día y noche, 30 min cada vez

No perder el tiempo en la toma si vemos que es ineficaz

Revalorar técnica y posición al pecho

Sostener el pecho durante la toma

Usar de forma alternativa masaje y compresión durante la toma para

Favorecer el flujo de leche y maximizar la deglución/ingesta

Segunda opción: leche de su madre extraída, si es posible

Tercera opción: leche humana pasteurizada, si es posible

Último recurso: fórmula infantil



Los bebés no se duermen en el pecho porque están cansados, sino porque el flujo es lento. ¿Cómo mantener el flujo?

1. Un buen cierre
2. Compresiones cuando el bebé está chupando pero no está bebiendo

(Jack Newman. <https://ibconline.ca/breastfeeding-videos-english/>)

1 minuto y 14 segundos

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68952/WHO_CHS_CAH_98.14_spa.pdf;jsessionid=AC13CD4C39759BACD56F84C03EAD93B6?sequence=1

Suplementar... es necesario ?

Un bebé que crece bien tomando pecho no necesita suplementos. Sin embargo, si la madre aumenta la frecuencia de las tomas, la duración y la eficacia y esto no resulta en una mayor ganancia de peso en 2-4 días, entonces tendrá que iniciar la suplementación.

© Pamela Morrison, IBCLC

¿Cuánto suplementar?

Un bebé que no amamanta de forma eficaz o no gana de forma adecuada requiere las siguientes cantidades de leche:

Día 1	60ml/kg/Día
Día 2	90ml/kg/Día
Día 3	120ml/kg/Día
Día 4 - Día 10	150ml/kg/Día
Día 10 y más allá	180ml/kg/Día



Gano la mitad de peso: 50% de suplemento
Escasa o nula ganancia: Dar todo incluso 280-300 ml/kg/día
Hasta que alcance el peso normal para edad

Objetivo: Alimentar + maximizar producción

Suplementar... Método

© Pamela Morrison, IBCLC

Cada día:

1. Apuntar las tomas de pecho, los suplementos (de leche materna y de fórmula) y el tiempo y la cantidad de leche extraída. De esta forma la madre puede hacer un seguimiento de la ingesta del bebé y de su propia producción; es importante drenar los pechos al menos 8 veces en 24 horas y según pasa el tiempo verá cómo aumenta su producción. Entonces puede usar su leche para suplementar al bebé.
2. En la gráfica también puede anotar las micciones y deposiciones del bebé. Un bebé que come suficiente debería mojar 5-8 pañales con orina clara cada 24 horas. También debería producir 3-5 deposiciones amarillas. Un bebé que recibe suplementos de fórmula puede hacer menos deposiciones y más oscuras, pero la misma cantidad de orina.
3. Al final del día sumar el total de tomas al pecho (debería haber al menos 8), la cantidad y tipo de suplemento, y la cantidad y el número de veces que se ha extraído leche materna. Estos resultados pueden usarse para valorar la evolución y detectar dónde puede haber problemas.

Seguimiento

Control de peso semanal

Hay que tener muy presente que a veces los suplementos siguen siendo necesarios hasta que se inicia la alimentación complementaria donde si la cantidad no es superior a los 200ml en 24 horas se puede eliminar la leche artificial y sustituirla por AC

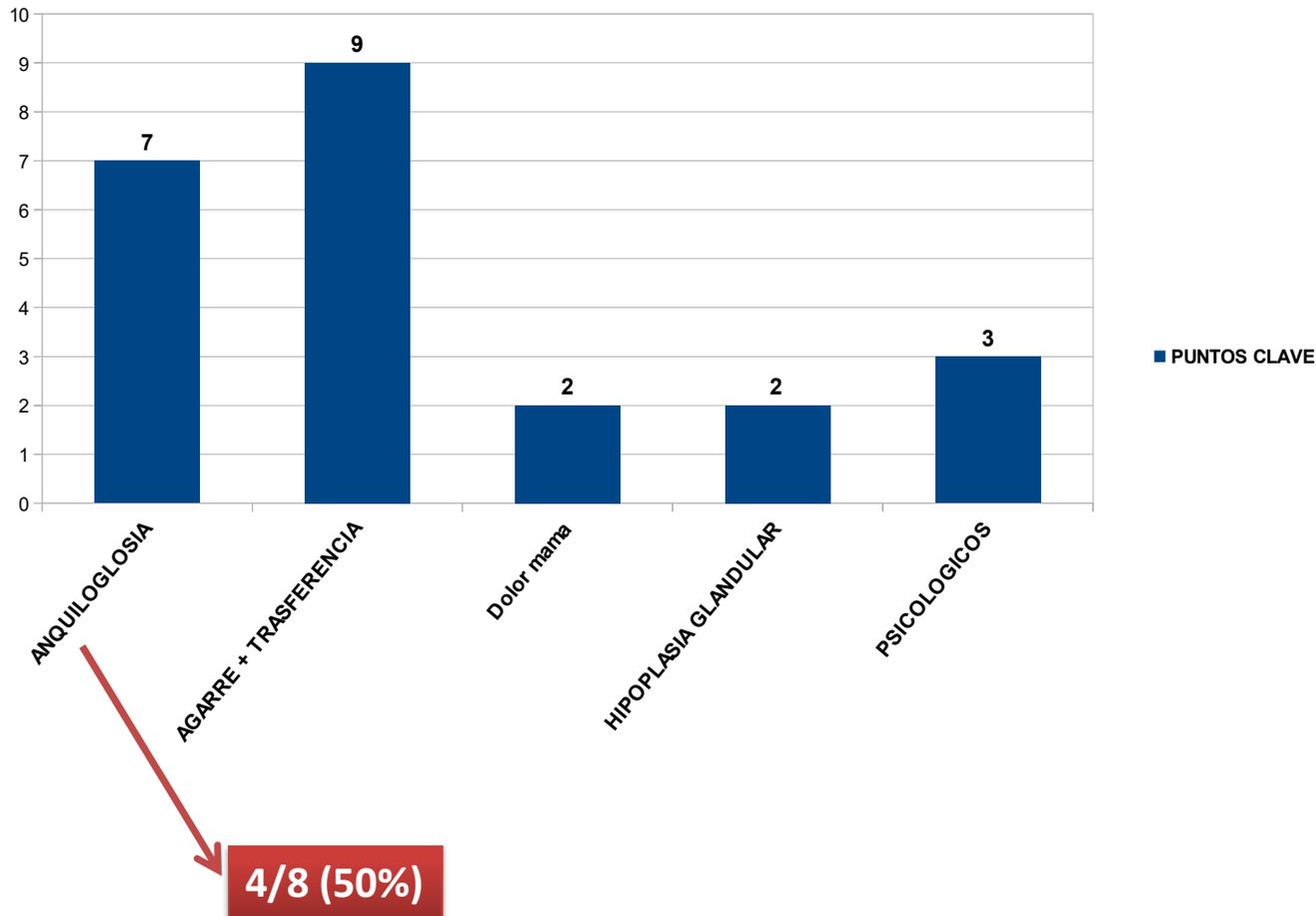
Si la cantidad de leche artificial **superior a 140ml** habrá que **eliminar los biberones poco a poco**. No recomendamos en ningún caso eliminar de un día a otro toda la leche artificial, no es adecuado puesto que causa gran estrés tanto a la madre como al bebé.

Amamantar las primeras horas del día y por la noche cuando los pechos se notan más blandos y los bebés parecen más demandantes ofrecer el suplemento.

Necesidades	Extraída	Formula	Teta
150 x 3.5: 525	200 ml	3 x 60: 180	145 (> 500)



Relactaciones UGC Lucano 2018 (16 Casos)



Exitosas
LM exclusiva

8/16: 50%

Mixtas: 4/16: 25%
Formula: 4/16: 25%

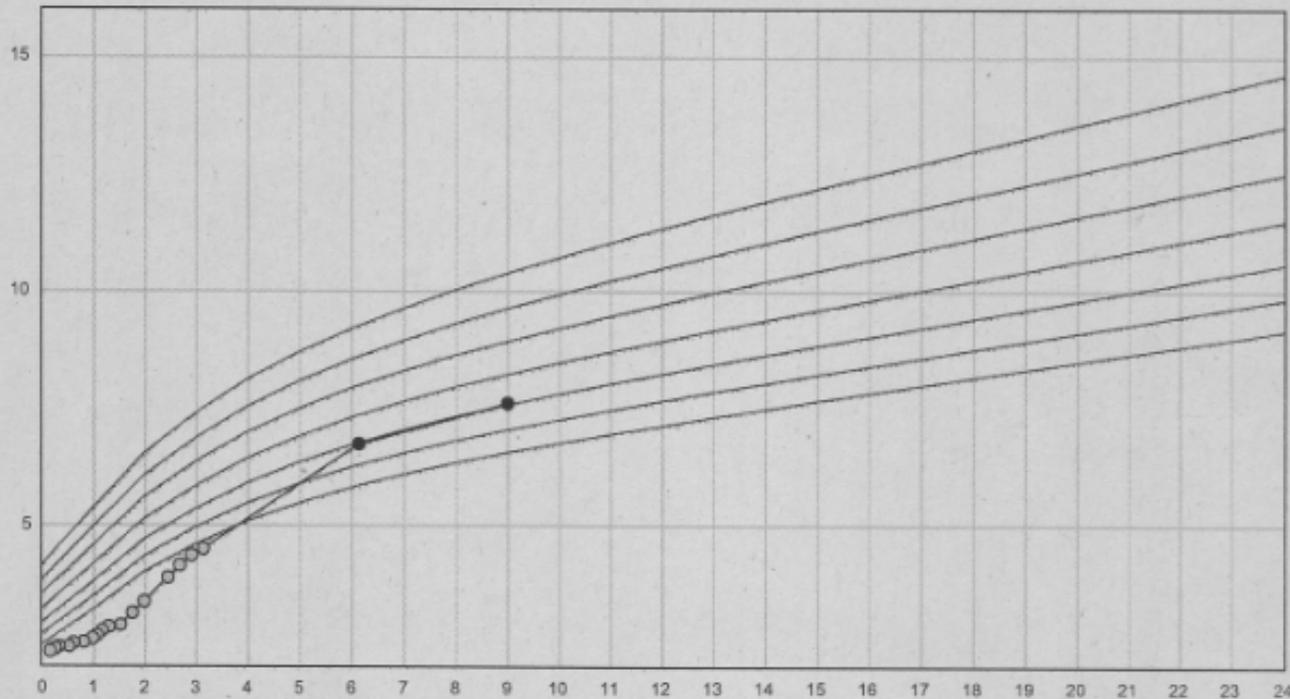
Media suplementación
4 meses (1.5-6)

Relactación exitosa: El Caso Olivia

Filtro Aplicado:
Rango: 0 - 24 meses.

La OMS no dispone de valores de referencia en relación al Peso para mayores de 10 años.

Grafica de Peso Pediátrica



37 seg
2.400 gr
3^a Lactancia
Instruida
HTA

Bebe inmaduro
Succión ineficaz
Frenectomía 2 meses

Dedo jeringa
Relactador
Extracciones
Leche Donada

Suplementación 4 meses
Percentil optimo 6 meses
AC 7 meses

APOYO





Significado de tranquilizar
Diccionario Abierto Español
www.significadode.org



Problemas



CRONOLOGÍA DEL DUELO

- Duelo anticipado
- Duelo agudo
- Duelo temprano
- Duelo intermedio
- Duelo tardío
- Duelo latente



Curso familia y donación 2007



Las lactancias mixtas por hipogalactia son verdaderas obras de arte de la capacidad maternal para darle lo mejor a nuestros hijos. Mantener las tomas directas al pecho, aunque el bebé tome a penas unos mililitros cada vez, es algo extraordinariamente valioso que debería ser socialmente reconocido y admirado

Patricia Lopez Izquierdo

). Y, en realidad, suele resultar una experiencia muy dura para unas madres, que, por otra parte, tienen muchísimo mérito. No en vano se dice y se repite que *"el pecho es mucho más que alimento"*. Así que amamantar es mucho más que producir gran cantidad de leche.

Con el tiempo y con la experiencia de las madres que he ido conociendo (siempre mis maestras), he aprendido que las lactancia mixtas por necesidad son increíblemente valiosas. Son casi siempre un verdadero camino de obstáculos y una enorme lección de superación, de aprender con humildad a ser grandes madres y mejores personas



DAR EL BIBERÓN COMO SI FUERA EL PECHO

Alimentarle a demanda.

Dárselo siempre en brazos

Cambiar de lado

sea sólo la madre la que de el biberón,

usar el pezón

Dosis extra de contacto piel con piel, colecho, masajes, porteo, cosquillas y caricias

IBONE OLZA

