

MANEJO de las Posibles DIFICULTADES de LACTANCIA MATERNA

MANEJO del RECIÉN NACIDO PREMATURO o de BAJO PESO a TRAVÉS del PROGRAMA MADRE CANGURO



Dr. Rolando Cerezo M.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ (INCAP/OPS)

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
(OMS)
INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
(INCAP/OPS)**

- 1. MANEJO DE LAS POSIBLES
DIFICULTADES DE LACTANCIA
MATERNA**
- 2. MANEJO DEL RECIEN NACIDO
PREMATURO O DE BAJO PESO
A TRAVES DEL PROGRAMA
"MADRE CANGURO"**

Dr. Rolando Cerezo M

Coordinadores del Proyecto

**Dr. Rolando Cerezo M.
Dra. Barbara Schieber**

Autor

Dr. Rolando Cerezo M.

Comité Asesor

**Dra. Barbara Shieber
Dr. Carlos Gonzalez
Dra. Ruth de Arango**

***Revisores Técnicos que Participaron
en la Validación del Documento***

**Dra. Sonia Patricia Gaitán de Cuyún
Dra. Zoila Rutilia Mejía de Amézquita
E.P. Julia Fuentes de Ruiz
E.P. Francisca Chavez Pérez
E.P. Mirna Leticia Signor Diaz
E.P. Lilian Rodas de Argueta
E.P. Roslidia Mazariegos de Pérez
E.P. Bertha Castillo de Santizo
Enf. Carmen Leticia Ochoa Morales
Enf. Exvelin López de Calderón
Enf. Samara Godinez López**

TABLA DE CONTENIDOS

Página No.

INTRODUCCION **1**

Por qué es importante la Lactancia Materna **2**

Inicio, Frecuencia y Duración de la Lactancia Materna **3**

Lactancia Materna Exclusiva y no exclusiva **4**

Importancia del Calostro o "Primera Leche" **5**

Congestionamiento **6**

Mastitis y Abceso Mamario **8**

Pezones planos, Pequeños e Invertidos **10**

Pezones Rajados o Agrietados **12**

Pezones Dolorosos **14**

No Tener "Suficiente Leche" **15**

APENDICE **17**

Técnica de Extracción Manual de Leche **18**

Drogas y Lactancia Materna **19**

BIBLIOGRAFIA **20**

1. MANEJO DE LAS POSIBLES DIFICULTADES DE LACTANCIA MATERNA

INTRODUCCION

Este documento fue elaborado para ser utilizado en servicios de salud a nivel de la comunidad y contribuir así al fomento, apoyo y protección a la lactancia natural. Los principales objetivos fueron:

1. Facilitar a los proveedores de salud conocimientos y actitudes positivas acerca de la lactancia materna, así como desarrollar en ellos los conocimientos esenciales en el manejo de problemas relacionados con la lactancia materna y el liderazgo necesario para promover la lactancia materna como un elemento esencial para la supervivencia infantil y el espaciamiento de los embarazos.
2. Proveer los conceptos y la metodología necesaria para que los proveedores de salud sean capaces de introducir dentro de sus programas de promoción todos los contenidos básicos de lactancia materna y tengan la habilidad necesaria para desarrollarlos.

Se incluyen los protocolos de manejo de los problemas relacionados con la práctica de la lactancia más comunmente detectados en base a una investigación previa con el personal de salud sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de la lactancia natural. El esquema utilizado para cada problema es el siguiente:

1. **¿Qué es?**
Una breve definición del problema
2. **¿Cómo se manifiesta?**
Signos y síntomas presentes
3. **¿Qué preguntas debe hacer a la paciente?**
Historia del problema
4. **¿Qué se debe evaluar en la paciente?**
El examen físico que debe realizarse
5. **Tratamiento-manejo**
¿Cómo manejar el caso?
6. **Consideraciones importantes**
Se mencionan aspectos claves sobre los problemas



¿POR QUE ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA

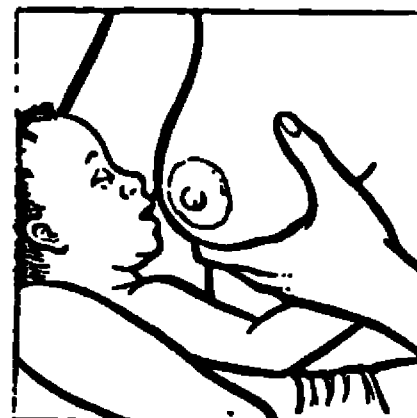
10 BUENAS RAZONES

1. Más de un millón y medio de niños pueden ser salvados cada año en países en desarrollo promocionando y fomentando la lactancia materna.
2. En muchos de los países pobres del mundo, los niños alimentados con biberón tienen de cinco a diez veces más probabilidad de morir que los niños alimentados al pecho materno.
3. Sólomente la leche materna, provee al niño de una alimentación perfectamente balanceada y digerible, suficiente para llenar sus necesidades nutricionales en los primeros 6 meses de su vida.
4. Los elementos antiinfecciosos maternos transportados a través de la leche proveen de inmunización al niño, ayudándolo a no padecer de infecciones y disminuir su morbilidad y mortalidad.
5. El acto de mamar es un método anticonceptivo efectivo proporcionando hasta un 30% mayor protección contra embarazos, que otros métodos propuestos.
6. Un niño tendrá menor riesgo de desnutrición, enfermedad o muerte si es alimentado exclusivamente con leche materna los primeros 6 meses de su vida.
7. En lugares sin acceso a agua potable y malas condiciones higiénicas un lactante alimentado con biberón, tiene una probabilidad de morir como consecuencia de diarrea, 25 veces mayor que un niño amamantado.
8. El amamantamiento contribuye al desarrollo psicoafectivo de los niños.
9. El amamantamiento no sólomente favorece el apego madre-hijo, sino que beneficia la salud de la mujer de muchas formas.
10. Los costos , si se suman los biberones, mamones y el combustible para esterilizar son mucho mas altos que los que conlleva alimentar bien a una madre lactante.

INICIO, FRECUENCIA Y DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA

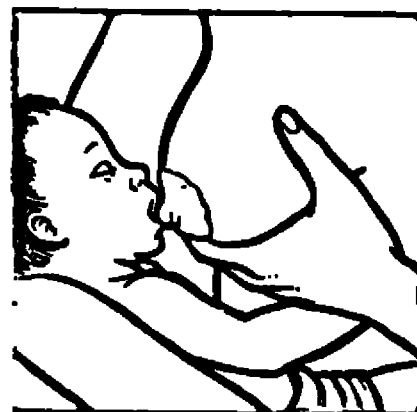
¿QUE ES? (DEFINICION)

La leche se produce como resultado de la acción de hormonas y reflejos. Cuando el niño comienza a mamar, dos reflejos hacen que la leche se produzca y fluya en cantidad adecuada y en el momento que se necesita. La succión es el elemento más importante para que se produzca una buena cantidad de leche. Mientras más mame el niño, más leche tendrá la madre y por mayor tiempo.



INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna debe iniciarse **dentro de la primera media hora después del parto**. Esto no solo asegura una buena succión de parte del niño, sino el inicio inmediato del apego madre-niño.



FRECUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La mejor manera de aumentar la producción de leche es incrementando el estímulo de las mamas. Períodos muy prolongados sin estimulación de la mama y la eliminación de la leche por parte del bebé, origina una presión retrógrada de las glándulas mamarias y disminuye la producción de leche.

La experiencia tradicional indica que el mejor modo de amamantar es a **libre demanda**, es decir, cada vez que el bebé pida.



DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Se ha visto que en los países en donde se practica la lactancia materna durante el segundo año de vida, la ingesta de leche materna alcanza entre 300 y 583 ml/día, lo que puede representar un aporte entre 200 y 380 kcal/día. Este aporte nutricional no solamente es importante en términos calóricos porque representa entre el 15 y 30% de las recomendaciones energéticas para un niño de esta edad, sino además, frecuentemente la leche materna es el alimento de mejor calidad que recibe el niño.

Esto indica que la lactancia materna puede prolongarse hasta los **24 meses** de edad, aún con ventajas nutricionales y antiinfecciosas importantes para el niño.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y NO EXCLUSIVA

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es consenso general que fisiológicamente el niño que se alimenta exclusivamente al pecho materno, no requiere de agua u otras bebidas adicionales, aunque viva en climas extremadamente calientes, con excepción de recién nacidos de bajo peso al nacer que tienen dificultad para mamar. Los estudios que se han hecho demuestran que los niños que reciben únicamente leche materna mantienen su balance de líquidos satisfactoriamente.



Por lo tanto, introducir agua u otros líquidos reduce la protección inmunológica de la leche materna y aumenta el riesgo relativo de exposición innecesaria del niño a infecciones por bacterias o virus. El agua y otros líquidos ofrecidos al niño en recipientes utilizados para su alimentación están generalmente contaminados.

Se recomienda el uso de suplementos de agua y otros líquidos hasta después de los 6 meses de edad.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

El lactante solo recibe leche materna de su madre, o leche materna extraída y ningún otro líquido o sólido.

LACTANCIA MATERNA CASI EXCLUSIVA

La fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. Sin embargo, también puede haber recibido agua y bebidas a base de agua (agua endulzada y con sabores, infusiones, té, café, etc); jugos de frutas; soluciones de sales de rehidratación oral; vitaminas, minerales y medicinas en forma de gotas y jarabe y líquidos ceremoniales (en cantidades limitadas). En esta definición no se permite tampoco, incluir ningún líquido basado en alimentos.

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA O MIXTA

El niño recibe, además de la leche materna, alimentos sólidos o semi-sólidos.

LACTANCIA ARTIFICIAL

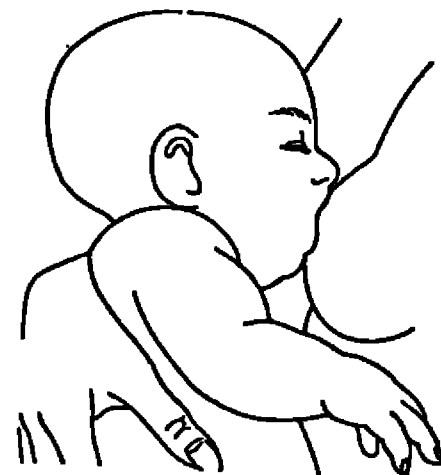
El niño recibe únicamente líquidos o alimentos semi-sólidos en un biberón.

IMPORTANCIA DEL CALOSTRO O PRIMERA LECHE

¿QUE ES? (DEFINICION)

CALOSTRO O PRIMERA LECHE

Durante los primeros días después del parto los senos secretan una sustancia amarilla, espesa llamada **CALOSTRO** que contiene elementos que le proporcionan defensas al niño contra enfermedades (anticuerpos). Esto es exactamente lo que el niño necesita al llegar al mundo ya que esta sustancia le da la protección necesaria contra todas las bacterias y virus con que se pueda encontrar. La cantidad de calostro que se secreta es poca, pero esa cantidad es lo que un niño normal necesita, debido a que el calostro en poca cantidad tiene "muchísima calidad".



LECHE MADURA

En los primeros 7 días después del parto, el calostro va perdiendo su color y la leche se va poniendo cada vez más blanca, esta es la **leche madura**, que contiene todos los nutrientes que el niño necesita para crecer.

La composición de la leche va cambiando durante la mamada.

La leche que sale cuando el niño comienza a mamar tiene apariencia rala y azulada y es rica en proteína, lactosa, vitaminas, minerales y suficiente agua, para quitar la sed del niño. A esta se le llama **leche del comienzo**. Al final de la mamada la leche se pone más blanca que la leche del comienzo y es debido a que tiene más grasa. Esta grasa hace que la **leche del final** sea más rica en energía, que es lo que nutre al niño.

El niño necesita para crecer adecuadamente tanto de la leche del comienzo como de la leche del final, por lo que las mamadas deben prolongarse de 10 a 15 minutos en cada pecho.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

EL CALOSTRO ES EXACTAMENTE LO QUE EL NIÑO NECESITA
DURANTE LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA PORQUE LE DA
DEFENSAS

CONGESTIONAMIENTO

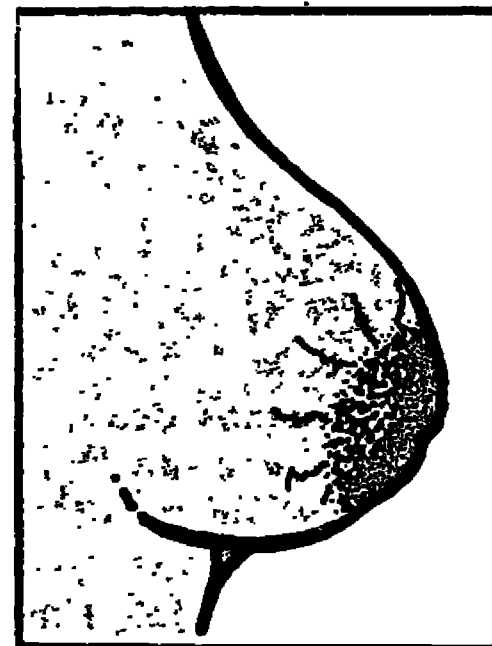
¿QUE ES? (DEFINICION)

El congestionamiento es el resultado de la retención excesiva de leche, sumada a congestión sanguínea secundaria.

El grado de congestionamiento varía con cada nacimiento. El tiempo en que la leche se tarda en bajar es más corto en las multiparas, por lo que las primigestas lo padecen más.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- Puede estar involucrada la areola, el cuerpo de la mama o ambas.
- Cuando la areola está congestionada el pezón está obliterado y le es imposible al bebé pegarse y si succiona solo del pezón la madre siente mucho dolor.
- La madre siente que los senos están demasiado llenos.
- Los senos pueden ponerse inflamados, duros y dolorosos.



¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

- ¿Es su primer bebé?
- ¿Su bebé empezó a mamar inmediatamente después del parto?
- ¿Su bebé está mamando a libre demanda? ¿O le tiene un horario establecido?
- ¿Al mamar, el bebé se pega bien al pecho? ¿O solo le agarra la punta del pezón?
- ¿Siente dolor cuando el bebé mama?
- ¿Ha tenido fiebre?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examine ambos pechos y sienta si están inflamados, duros o dolorosos.
2. Examine la posición del niño al mamar
3. Evalúe si la madre siente dolor cuando el bebé mama
4. Tomarle la temperatura para ver si hay fiebre

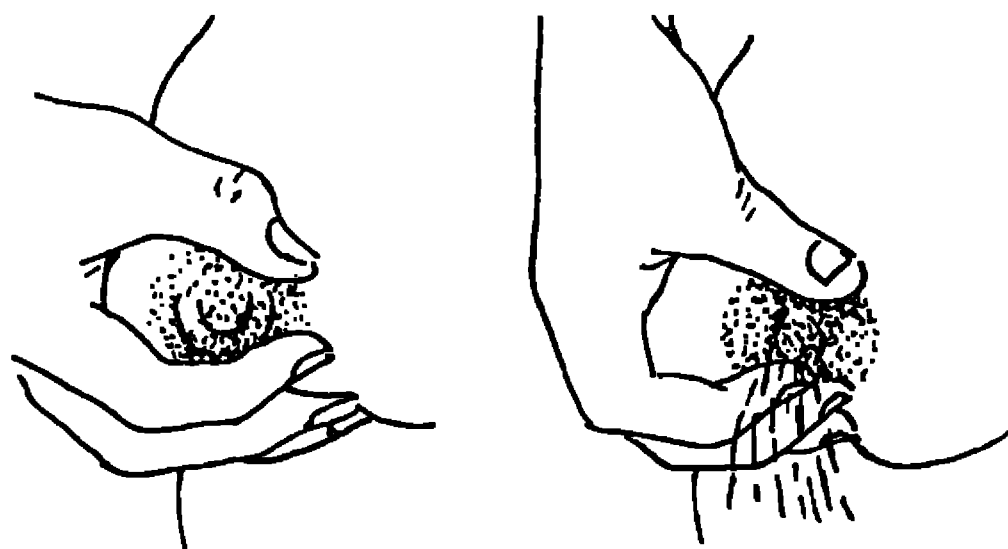
NOTA: recuerde que cuando la madre tiene los senos demasiado llenos puede tener fiebre por 24 horas. A esto se le llama "fiebre de bajada de leche" y es causada por sustancias que pasan de la leche a la sangre de la mamá y no necesariamente por infección en los pechos.

TRATAMIENTO - MANEJO

1. Permitir que el niño continúe mamando, asegurándose que el niño coloque el pezón bien dentro de la boca.
2. Si el niño no puede succionar suficiente cantidad de leche para lograr que los senos se ablanden, la madre deberá utilizar extracción manual y si es muy dolorosa se puede utilizar un tiraleche.
3. Después de haber extraído una cantidad de leche, los senos se sienten más blandos y entonces es posible que el niño sea capaz de succionar eficientemente.
4. Si el niño no puede succionar definitivamente, la leche extraída es de buena calidad y puede ofrecersela al bebé con un gotero, tasa o cuchara.
5. Después de cada mamada, la madre debe continuar extrayendo la leche tantas veces como sea necesario hasta lograr que la llenura de los senos deje de ocasionar molestias y termine el período de congestiónamiento.
6. Muchas veces la aplicación de un paño humedo caliente puede ayudar a la madre a aliviar la tensión de los senos y hacer más fácil la extracción manual.
7. La madre debe utilizar un sostén adecuado que ajuste bien sin apretar y que no tenga tiras delgadas ni forro plástico.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

SI SE ALIMENTA AL NIÑO A LIBRE DEMANDA SE AYUDA
A PREVENIR EL CONGESTIONAMIENTO



EXTRACCION MANUAL DE LECHE

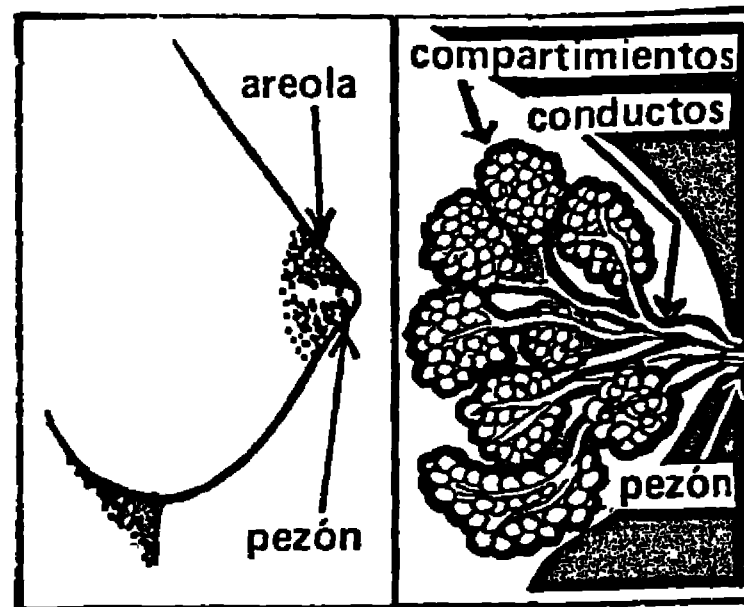
MASTITIS Y ABCESO MAMARIO

¿QUE ES? (DEFINICION)

El tejido glandular del seno está formado por segmentos, similares a los de un limón. De cada segmento sale un conducto y este a veces se tapa y la leche que viene por ese segmento no drena y se forma una masa dolorosa.

Si el conducto bloqueado no se destapa, el tejido del seno se puede infectar y la infección puede extenderse a otros segmentos. Un seno demasiado congestionado también puede infectarse. Una gran parte del seno se inflama y duele y la mujer puede tener fiebre. A esto se le llama **mastitis**.

El **abceso mamario** es una complicación de la mastitis, muchas veces asociado con la interrupción brusca de la lactancia al pecho.



¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- Hinchazón dolorosa y caliente de uno de los senos
- La piel sobre la inflamación se ve roja
- Al palpar el pecho la madre siente mucho dolor
- La madre puede tener fiebre

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

- ¿Su bebé empezó a mamar inmediatamente después del parto?
- ¿Su bebé está mamando a libre demanda? ¿O le tiene un horario establecido?
- ¿Ha sentido dolor o sensación de hinchazón en un pecho?
- ¿Ha tenido fiebre?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examine los senos y sienta si hay sensación de calor en un área determinada
2. Pregunte a la madre si siente dolor al palparle uno de los senos
3. Pregunte si ha tenido algún tipo de secreción por uno de los senos
4. Tomarle la temperatura

TRATAMIENTO - MANEJO

1. Estimule a la madre para que continúe alimentando al bebé con leche materna.

NOTA: no existe ningún peligro en que el niño continúe mamando, ya que probablemente las bacterias que están creciendo en el seno están creciendo también en el bebé.

2. Si la madre siente mucho dolor cuando el niño mama del seno afectado, debe extraerse la leche varias veces al día, ya que si la leche permanece en el seno la infección podría diseminarse.
3. Muestrele a la madre como se hace la extracción manual o con un tiraleche
4. Ayúdele a continuar alimentando al bebé con el otro seno
5. Dele el tratamiento antibiótico apropiado (dicloxacilina sódica, 250 mg cada 6 horas durante 10 días).
6. Dele tabletas de acetaminofén o aspirina para el dolor y la fiebre (una tableta cada 6 horas)
7. Indíquele como colocar una compresa empapada con agua tibia sobre el área afectada para aliviar el dolor. Esto debe hacerse varias veces al día.
8. Estimúlela para que descanse todo el tiempo posible.
9. Vigílela después del tratamiento para asegurarse que continúa amamantando.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Si se forma un absceso éste debe ser drenado quirúrgicamente, por lo que la paciente debe ser referida al hospital.

Proceso de referencia

1. Explique todo a la familia
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia
3. Inicie, si es posible, la primer dosis del antibiótico indicado
4. Estimule a la mamá para que siga amamantando a su hijo con el pecho no afectado

Si la familia no acepta la referencia

1. Explique a la familia los riesgos que puede correr la madre
2. Recomiéndele reposo en cama
3. Inicie el tratamiento antibiótico adecuado
4. Inicie el tratamiento para el dolor y la fiebre

PEZONES PLANOS, PEQUEÑOS O INVERTIDOS

¿QUE ES? (DEFINICION)

Cuando los pezones son **pequeños o planos**, la madre puede tener dificultades al inicio del amamantamiento y deberá poner atención muy especial en la forma en que comprime sus pechos y la areola entre los dedos para proporcionar al bebé la mayor cantidad de pezón posible para que pueda mamar sin dificultad.

Los pezones **invertidos** son una malformación física relativamente rara que en la mayoría de los casos pueden ser tratados adecuadamente con ejercicios simples que la madre puede realizar desde el primer trimestre del embarazo.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

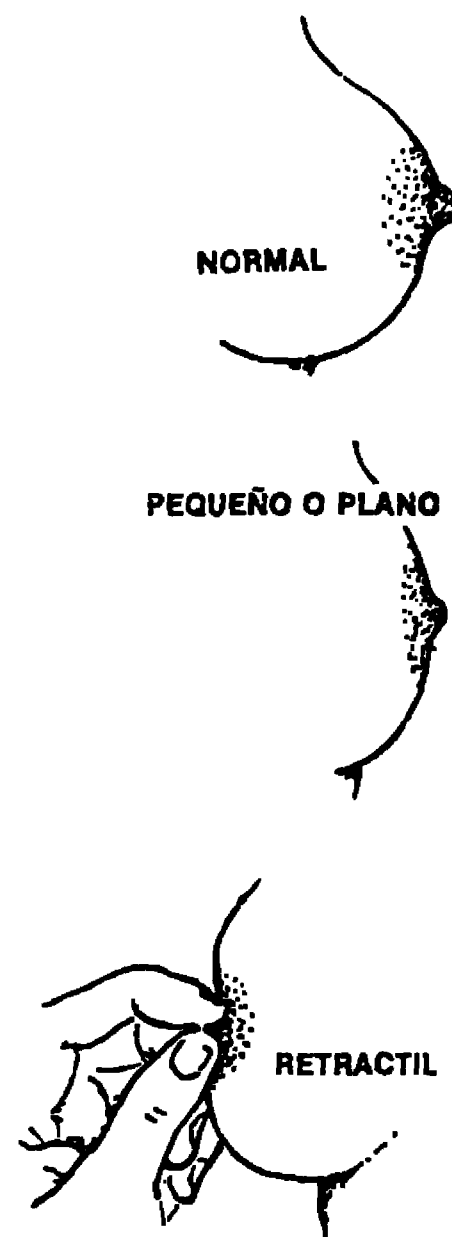
- La madre indica que sus pezones son muy cortos o muy planos para amamantar.
- La madre indica que sus pezones se hunden en el seno al tratar de sacarlos.

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examine la apariencia de los pezones en la primera consulta prenatal
2. Antes de tocar el pezón fijese en la forma de este
3. Presione la areola a cualquier lado del pezón. Esto hace que la mayoría de los pezones sobresalgan y se vean más grandes.
4. Gentilmente, trate de tirar el pezón y la areola de manera que formen una tetilla.
5. Si el pezón sale fácilmente, no habrá problemas para el amamantamiento
6. Si el pezón se estira solamente un poco, habrá que preparar a la madre
7. Si el pezón en vez de salir se hunde más profundamente es un pezón invertido.

TRATAMIENTO - MANEJO

1. Si los pezones de la mujer salen fácilmente, tranquilícela y dígale que tiene buenos pezones aunque estos sean cortos.
2. Si uno o ambos pezones no salen satisfactoriamente, tranquilícela diciéndole que puede amamantar, pero que va necesitar preparar sus pezones. Dígale que usted sabe qué hacer y le va a enseñar cómo.
3. El manejo de los pezones planos que no salen fácilmente y los pezones invertidos es el mismo. Sin embargo, una mujer con pezones invertidos necesita mayor ayuda durante un tiempo más largo.



Cómo preparar los pezones

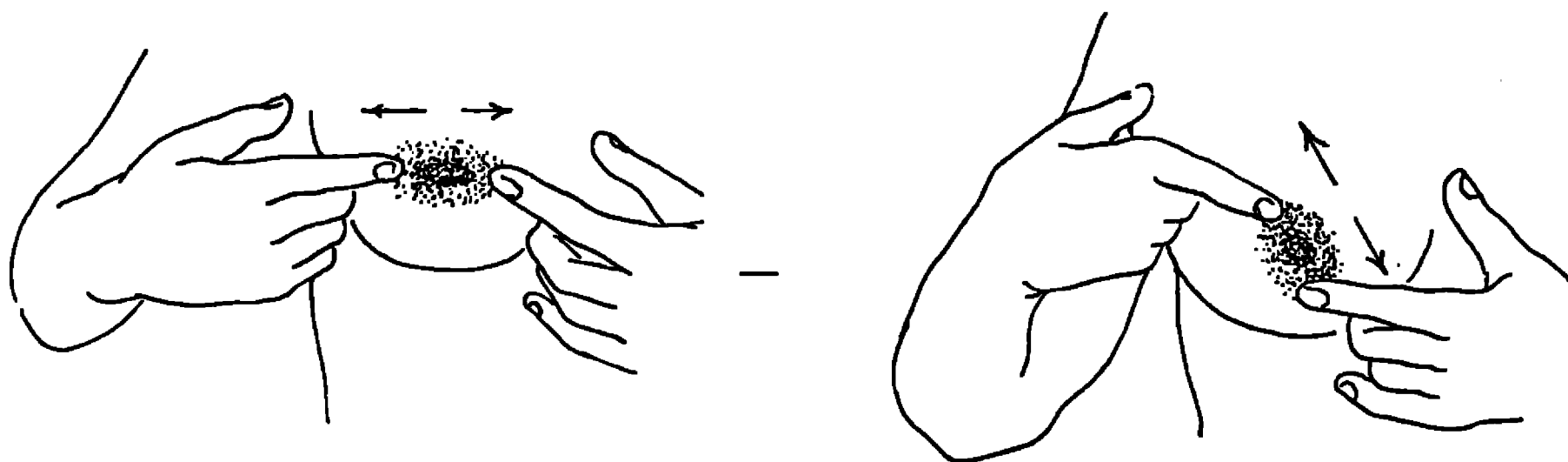
Indíquelo a la madre que:

1. Ponga en sus dedos unas gotas de aceite mineral
2. Estire el pezón con los dedos índice y pulgar y manténgalo estirado por un par de minutos
3. Estire el pezón y gírelo entre los dedos como dándole cuerda a un reloj, por un par de minutos
4. Durante el embarazo debe practicarse este ejercicio durante cinco minutos dos veces al día.
5. Después del parto, permita que el niño succione frecuentemente tan pronto como pueda. Asegúrese que el niño tome el pezón en una buena posición.
6. Si el seno está muy congestionado, la mamá debe extraerse la leche hasta que el seno se sienta suave, lo cual permite que el niño se coloque más fácilmente al pezón.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

MUCHOS PEZONES QUE NO ESTIRAN BIEN, SE DESARROLLAN DURANTE EL EMBARAZO Y MEJORAN DESPUES DEL PARTO A MEDIDA QUE EL BEBE SUCCIONA Y LOS HALA

MUCHOS PEZONES QUE SE VEN PLANOS O CORTOS, ESTIRAN MUY BIEN Y NO CAUSAN NINGUN PROBLEMA



PEZONES RAJADOS O AGRIETADOS

¿QUE ES? (DEFINICION)

Si el niño succiona en mala posición o el cuidado de los senos por parte de la madre no ha sido el correcto, se puede dañar la piel del pezón y entonces aparecer una fisura o una agrietadura provocando dolor al dar de lactar, disminución de la succión, retención de leche y aumento del riesgo de infección ya que las bacterias pueden entrar al tejido de los senos a través de las fisuras y causar mastitis y abscesos.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

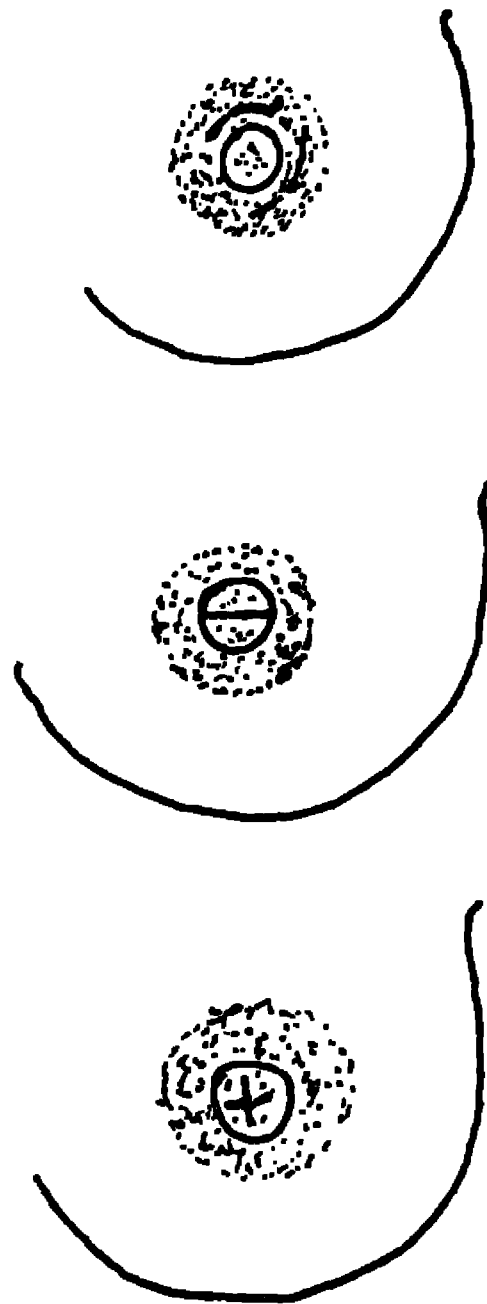
- . Dolor cuando el niño succiona
- . Agrietadura que puede manifestarse de tres maneras diferentes:
 - a) Alrededor de la base del pezón
 - b) A través de la punta del pezón, en forma recta
 - c) A través de la punta del pezón, en forma de estrella
- . La madre tiene la sensación de que el seno está muy lleno después de que el niño ha mamado
- . Puede haber sangrado por la rajadura

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

- . ¿Utiliza jabones, alcohol o algun otro desinfectante para limpiarse los pezones?
- . ¿Tiene dolor cuando el niño succiona?
- . ¿Ha notado el aparecimiento de alguna rajadura alrededor o en la punta del pezón?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examine ambos pechos y observe si existe alguna fisura
2. Examine la posición del niño al mamar
3. Evalúe si la madre siente dolor cuando el bebé mama



TRATAMIENTO - MANEJO

Indíquele a la madre:

1. Cómo corregir la posición del bebé y que continúe dando de mamar.
2. Que comience las comidas del bebé con el seno que no está adolorido
3. Entre una comida y la siguiente exponga los pezones al aire y al sol, cada vez que pueda hacerlo
4. Deje una gota de leche en el pezón después de que el niño coma. Esta gota lubrica y ayuda a sanar la piel.
5. Coloque al bebé en distintas posiciones para mamar.
6. Aumente la frecuencia de las mamadas, pero disminuya la duración de las mismas.
7. Si el seno está muy congestionado por falta de succión y el bebé no puede colocarse a mamar del pezón adecuadamente, es necesario extraer la leche manualmente o con un tiraleche y dársela al bebé con gotero, taza o cucharita.
8. Si el dolor es muy intenso, coloque un poco de hielo envuelto en una toalla o pañal en el área de la agrietadura antes de dar de mamar para que le adormezca.
9. Mantenga siempre seca el área y no se ponga empaques.
10. Puede aplicarse un poco de calor con una bombilla o lámpara.
11. En casos de grietas severas del pezón se puede prescribir a la madre una crema que contenga 1% de cortisona para ser aplicada después de cada mamada.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

RECOMIENDE A LA MADRE QUE SE LAVE LOS PEZONES UNICAMENTE CON AGUA LIMPIA



PEZONES DOLOROSOS

¿QUE ES? (DEFINICION)

Cuando el niño succiona en una posición inadecuada, sin colocar suficiente superficie de areola dentro de la boca y por lo tanto succiona solamente de la punta del pezón provocando dolor en la madre. La piel del pezón en este caso, luce normal.



¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- . Al amamantar la mamá siente dolor y por lo tanto amamanta con menor frecuencia y por un tiempo más corto.
- . El bebé succiona solamente de la punta del pezón y no obtiene suficiente leche.
- . La leche no es removida de los senos, de manera que la producción de leche disminuye.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

- . ¿Siente dolor cuando el niño mama?
- . ¿Se le han congestionado los senos?
- . ¿Siente que la producción de leche ha disminuído?
- . ¿Después de mamar el bebé se queda llorando?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examine ambos pechos y cerciórese que no existan rajaduras en los pezones
2. Examine la posición del niño al mamar
3. Evalúe si la madre siente dolor cuando el niño mama

TRATAMIENTO - MANEJO

1. Ayude a la madre para que el niño coloque suficiente superficie de areola dentro de la boca y no solo succione de la punta del pezón
2. Si la mamá tiene dolor, cerciórese de que la posición de amamantamiento sea la correcta

NO TENER SUFICIENTE LECHE

¿QUE ES? (DEFINICION)

No tener **suficiente leche** es una de las razones más comunes que las mamás dan para justificar su deseo de no darles el pecho a sus hijos o de introducirles otro tipo de alimentos. Sin embargo, la mayoría de veces la mamá tiene suficiente leche y todo lo que se necesita es convencerla de que así es.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- . La mamá refiere que siente sus senos vacíos
- . La mamá refiere que el bebé llora demasiado
- . El bebé quiere mamar permanentemente



¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

- . ¿Con qué frecuencia está mamando su bebé?
- . ¿Que le hace creer a usted que no tiene suficiente leche?
- . ¿Que tan frecuentemente orina el niño?
- . ¿Le ha controlado su peso al bebé?
- . ¿Ha tenido alguna enfermedad su bebé?
- . ¿Le está dando otros alimentos, además de la leche materna?
- . ¿Está tomando algún medicamento? ¿Píldoras anticonceptivas?

¿QUE SE DEBE EVALUAR?

En la madre

1. Examine ambos pechos y sienta si están suaves o vacíos
2. Examine la posición del niño al mamar
3. Peso y talla

En el niño

1. **Test de humedad**, si el niño recibe únicamente lactancia materna y orina seis veces al día o más, entonces está recibiendo suficiente cantidad de leche.
2. **Control de peso**, si la curva de crecimiento del niño sigue una dirección similar a las dos líneas paralelas de la gráfica utilizada, el niño está ganando peso adecuadamente lo cual quiere decir que está recibiendo suficiente leche.
3. **Frecuencia de la lactancia**, si la madre no le da de mamar al niño frecuentemente, esta no producirá suficiente leche y creerá que no tiene suficiente leche.
4. **Problema médico**, si el niño tiene alguna enfermedad (infección respiratoria, urinaria u otra), no tendrá fuerzas suficientes para mamar y la frecuencia de la succión va a disminuir.

TRATAMIENTO - MANEJO

1. Trate que la mamá aumente su confianza en sí misma y hagale sentir que tiene suficiente leche
2. Trate que descanse y esté relajada cuando amamante al bebé
3. La madre debe de comer bien y beber líquidos de manera abundante
4. Cerciórese de que el niño se coloca a mamar en una posición correcta
5. La madre debe de poner a mamar al niño en cualquier momento que parezca que está hambriento
6. La madre debe darle de mamar al niño durante la noche
7. La madre debe darle ambos senos durante un tiempo mayor
8. Si la curva de crecimiento del bebé no sube lo suficientemente rápido, el bebé no ha ganado suficiente peso (un bebé sano debe ganar 1 a 2 libras por mes el primer año), debe investigarse la causa:
 - . Puede estar enfermo o tener alguna anomalía
 - . Puede que no esté recibiendo suficiente lecheEntonces, examínelo cuidadosamente y trate de hacer un diagnóstico preciso. Trátelo o remítalo a una persona con mayor experiencia.
9. Si la madre luce desnutrida, trate de ayudarla a que mejore su propia dieta, comiendo más cantidad de alimentos que dispone en su casa.
10. Si usted sabe de algún lactagogo aceptado y apreciado localmente, aconséjele a la madre que lo tome.

NOTA

LACTAGOGOS son alimentos especiales, bebidas o hierbas que la gente utiliza para aumentar la capacidad de producir suficiente leche.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. MENOS DEL 2% DE LAS MUJERES NO PUEDEN PRODUCIR SUFICIENTE LECHE
2. PARA AUMENTAR LA PRODUCCION DE LECHE DEJE QUE EL BEBE SUCCIONE CON MAS FRECUENCIA
3. UNA MADRE QUE NO TIENE CONFIANZA EN SI MISMA PUEDE ALEJAR LA LECHE

APENDICE

TECNICA DE EXTRACCION MANUAL DE LECHE

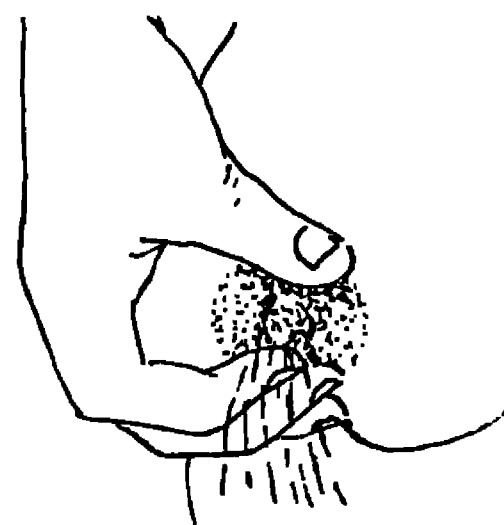
OBJETIVO

La extracción manual de leche es una técnica útil que todas las mamás deben aprender para:

- Alimentar al bebé que haya nacido de bajo peso
- Aliviar el congestionamiento de los senos sobrecargados
- Mantener la producción de leche cuando la mamá está enferma
- Dejarle leche materna al bebé cuando la madre debe salir a trabajar fuera del hogar
- Aliviar los senos que gotean

TECNICA

1. Prepare un recipiente muy limpio (vaso, jarra, pocillo, plato hondo)
2. Lávelo con agua y jabón. Vierta agua hirviendo en el recipiente para desinfectarlo.
3. Lave sus manos con sumo cuidado
4. Coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche del seno
5. Inclínese hacia adelante y apoye el seno con su mano
6. Ponga el dedo pulgar sobre la areola por encima del pezón y su dedo índice en la areola por debajo del pezón
7. Preione el pulgar y el índice de manera que se dirijan hacia adentro, hacia la pared del tórax
8. Presione la areola detrás del pezón entre el índice y el pulgar. Debe presionar de manera tal que la presión la haga sobre los senos lactíferos situados debajo de la areola
9. Presione, suelte, presione y suelte
Al comienzo puede que no salga leche, pero luego de haber presionado unas pocas veces la leche comienza a gotear y puede fluir en chorros si el reflejo de eyección es activo.
10. Presione la areola de la misma forma por los lados de manera que se asegure que se extrae leche de todos los segmentos del seno.



LA MADRE DEBE EXTRAERSE TODA LA LECHE QUE PUEDA CADA VEZ QUE SU BEBE NECESITE SER ALIMENTADO

DROGAS Y LACTANCIA MATERNA

DROGAS CONTRAINDICADAS DURANTE LA LACTANCIA

DROGA	UTILIZADA EN LA MADRE COMO
Aloe	Laxante
Alcohol	Abuso
Amantadina	Antiinfeccioso
Amiodarona	Cardiovascular
Atropina	Sistema Nervioso Autónomo
Andrógenos	Endocrinológico
Antihistamínicos de acción prolongada	Antihistamínico
Biscumacetato (Tromexán)	Anticoagulante
Bromocriptina (Parlodel)	Tocoginecológico
Bromuros	Anticonvulsivante
Cafeína	Abuso
Carisoprodol	Sistema Nervioso Autónomo
Carbimazol	Hipertiroidismo
Cáscara sagrada	Laxante
Cimetidina	Antiulceroso
Clemastine (Tavegil)	Antihistamínico
Clonidina	Hipotensor
Cloropropamida (Diabinese)	Antidiabético
Cocaína	Abuso
Contraceptivos orales con estradiol combinado con progesterona	Contraceptivo
Dantrona	Laxante
Ergotamina	Sistema Nervioso Autónomo
Fenindiona	Anticoagulante
Heroína	Abuso
Hidralazina (Apresolina)	Hipotensor
Inhibidores de la monoaminoxidasa	Antidepresivo
Ioduros	Hipertiroidismo
Litio	Antidepresivo
LSD	Abuso
Marihuana	Abuso
Metizamol	Hipertiroidismo

Metronidazol (Flagyl)	Antiinfecioso
Mexetilina	Cardiovascular
Nicotina	Abuso
Oxicumarina	Anticoagulante
Povidona-iodo	Tocoginecológico
Primidona (Mysoline)	Anticonvulsivante
Productos oncológicos (todos)	Cancer
Progesterona inyectable de acción prolongada (Depo-provera)	Contraceptivo
Sales de oro	Antiartrítico
Tiazidas	Diurético
Tiouracilo	Hipertiroidismo
Tolbutamida (orinase)	Antidiabético

**DROGAS QUE LA MADRE PUEDE TOMAR DURANTE LA LACTANCIA
PERO CON CIERTAS PRECAUCIONES**

AGENTES DIAGNOSTICOS

Gallium ⁶⁷ citrato
I ¹²⁵ y ¹³¹
Sodio radioactivo
Tecnecio ⁹⁹

**ANALGESICOS-
ANTIINFLAMATORIOS**

Acetominofen
Aspirina
Dipironas
Naproxona
Piroxicam
Indometacina
Fenilbutazona

NARCOTICOS

Codeina
Meperidina
Metadona
Morfina
Propoxifeno

ANTICONVULSIVANTES

Carbamazepina
Difenilhidantoina
Etosuximida
Fenobarbital

ANTIEMETICOS

Metoclopramida

ANTIISTAMINICOS

Bromofeniramina
Difenhidramina
Prometazina
Tripenelamina
Methdilazina
Trimeprazina

ANTINFECCIOSOS

Clindamicina
Cloranfenicol
Isoniacida

Quinina
Sulfamidas y
trimetropin-sulfa
Tetraciclinas

BRONCODILATADORES

Teofilina

CARDIOVASCULARES

Digoxina
Procainamida
Quinina
Verapamil
Beta-bloqueadores

DIURETICOS

Furosemida
Acetazolamida
Espironolactona

ENDOCRINOLOGICOS

ACTH
Dexametasona
Epinefrina
Prednisona
Propiltiouracilo

GASTROINTESTINALES

Sulfasalazina
Mebendazole

PSICOFARMACOS

Anfetamina
Bromazepam
Clorpromacina
Diazepam
Haloperidol
Lorazepam
Tiouracilo
Tricíclicos
Trifluoperacina

SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

Bromuro de Mepenzolato
Bromuro de propantelina
Escopolamina
Metocarbamol
Neostigmina

DROGAS USO SOCIAL

Alcohol, cafeina, nicotina

ANTES DE RECETAR UN MEDICAMENTO A LA MADRE, HAGASE ESTAS PREGUNTAS

1. ¿ES EL MEDICAMENTO REALMENTE NECESARIO?
2. ¿ESTE MEDICAMENTO ATRAVIESA HACIA LA LECHE?
3. ¿ESTE MEDICAMENTO PUEDE OCACIONAR ALGUN DAÑO EN EL NIÑO?

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson PO. Drug use during breast-feeding. *Clinical Pharmacy* 10:594-624, 1991
2. Akre J. Infant feeding. The physiologic basis. *Bull WHO* 67(supp):1, 1989
3. Becca Varela C. Orientación Profesional Para el Amamantamiento. Fundación Acción Familiar (eds), Argentina 1989.
4. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Williams and Wilkins (ed), Baltimore third ed, 1990.
5. Cerezo R. Curso de Educación a Distancia Sobre Lactancia Materna Para Profesionales de Salud. INCAP (ed), Guatemala 1994.
6. Johnson NW. Breastfeeding in the first hour of life. *Am J Mat Child Nurs* 1:12-16, 1976
7. Klaus MH. The frequency of suckling. *Obstetric and Gynecology Clin N A* 14:623-633, 1987
8. Koniz-Booher P, Fishman C, Parlato M, Roberts A. Preguntas y Respuestas sobre la Alimentación Infantil: Un Nuevo Análisis Realizado por un Panel de Expertos. USAID (ed), Washington 1991.
9. Mandl P. Alimentación al Pecho. El Mejor Comienzo Para la Vida. UNICEF (ed), México 1981.
10. Odent M. Colostrum and Civilization. *Compleat Mother* 25:34, 1992
11. OMS. Cantidad y calidad de la leche humana. Informe sobre el estudio en colaboración con la OMS acerca de la lactancia natural, Ginebra 1985.
12. OMS/UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural, Ginebra 1989.
13. Sachdev H, Krishna J, Puri R, et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 337:929-33, 1991.
14. Savage King F. Cómo Ayudarles a las Mamás a Amamantar. UNICEF (ed), Guatemala 1989.
15. UNICEF. Lactancia Materna. Cómo Proteger un Recurso Natural, 1988

**2. MANEJO DEL RECIEN NACIDO
PREMATURO O DE BAJO PESO
A TRAVES DEL PROGRAMA
"MADRE CANGURO"**

TABLA DE CONTENIDOS

	Pagina No.
INTRODUCCION	1
Programa "Madre Canguro" ¿qué es?	2
Objetivos del programa	3
Clasificación del programa	3
Fase intrahospitalaria del programa canguro	4
Fase domiciliaria del programa canguro	6
Técnica canguro ambulatoria	7
PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS DEL NEONATO EN EL PROGRAMA CANGURO	8
Apneas del prematuro	9
Neumonía por aspiración	10
Sepsis en el recién nacido	12
Ictericia del prematuro	14
Anemia del prematuro	15
BIBLIOGRAFIA	17

INTRODUCCION

Este documento fue elaborado para ser utilizado en servicios de salud a nivel de Hospitales y contribuir al manejo integral del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer. Los principales objetivos fueron:

1. Facilitar a los proveedores de salud conocimientos y actitudes acerca del manejo del niño prematuro dentro del programa "Madre Canguro", así como desarrollar en ellos los conocimientos esenciales para manejar los problemas relacionados al programa y el liderazgo necesario para promoverlo, dentro de los demás servicios de salud y a nivel de la comunidad, como un elemento esencial para la supervivencia de los niños que nacen con pesos muy bajos y que actualmente se hace muy poco por ellos.
2. Proveer los conocimientos y la metodología necesaria para que los proveedores de salud sean capaces de introducirlo dentro del programa integral del manejo del recién nacido prematuro y tengan la habilidad necesaria para desarrollarlo.



Se incluye el protocolo de manejo general dentro del área hospitalaria y el manejo de las principales complicaciones que pueden darse por la poca habilidad que tiene el niño prematuro para desarrollarse dentro de su propio medio ambiente. El esquema utilizado para cada problema es el siguiente:

1. **¿Qué es?**
Una breve definición del problema
2. **¿Cómo se manifiesta?**
Signos y síntomas presentes
3. **¿Qué preguntas debe hacer a la madre?**
Historia del problema
4. **¿Qué se debe evaluar en el niño?**
El examen físico que debe realizarse
5. **Tratamiento-manejo**
¿Cómo manejar el caso?
6. **Consideraciones importantes**
Se mencionan aspectos claves sobre los problemas

PROGRAMA MADRE CANGURO

¿QUE ES? (DEFINICION)

El **Programa Madre Canguro** nace como una alternativa en el cuidado integral del niño prematuro o de Bajo Peso al Nacer, como una estrategia en el marco de la atención primaria y que es válida tanto en los países subdesarrollados como en los desarrollados, ante la bién conocida crisis económica mundial y la creciente demanda poblacional de recursos y servicios especiales en el sector salud.



¿DONDE Y CUANDO SE ORIGINO?

El **Programa Madre Canguro** se originó en 1979 en Bogotá, Colombia, en el Instituto Materno Infantil, por el Dr. Edgar Rey Sanabria, Jefe del Departamento de Pediatría y el Dr. Hector Martinez Gómez, Coordinador del Servicio de Prematuros. El programa fué impulsado por UNICEF en los años 80 y actualmente se está desarrollando en la grán mayoría de países de Latinoamérica.

¿EN QUE CONSISTE EL PROGRAMA?

Se considera como una modalidad en el egreso temprano del niño prematuro o de bajo peso al nacer, convirtiendo a la madre en una incubadora humana al cuidado integral de su hijo en el hogar. El programa se basa en los tres principios básicos para la supervivencia de la humanidad:

CALOR - AMOR - LACTANCIA MATERNA

lo que se ha considerado hasta el momento, como el **cuidado humanizado** del recién nacido, ya que incorpora a la familia desde un principio y durante todo el proceso de atención y cuidado de su propio hijo.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

General

Utilizar un método más humano, seguro, efectivo y que favorezca la sobrevivencia, el crecimiento y desarrollo del niño prematuro o de bajo peso y a la vez multidisciplinario y de bajo costo.

Específicos

1. Lograr un contacto madre-hijo lo más tempranamente posible, a través de la técnica piel a piel.
2. Instalación temprana de la capacidad de succión-deglución, con alimentación natural.
3. Lactancia materna exclusiva y prolongada
4. Egreso hospitalario más temprano
5. Continuar con un manejo ambulatorio efectivo
6. Mantener seguimiento y evaluación del crecimiento y desarrollo del niño prematuro frecuentemente.

CLASIFICACION DEL PROGRAMA

Canguro temprano: cuando el recién nacido prematuro se recupera fácilmente y se encuentra estable después del nacimiento. La técnica canguro se inicia lo más tempranamente posible.

Canguro intermedio: empieza después de que el niño ha pasado su etapa crítica en cuidado intensivo, generalmente 7 días post-nacimiento. Estos niños generalmente necesitan oxigenoterapia y pueden presentar apnea y/o bradicardia. Algunos niños estables después de ventilación mecánica, pueden estar incluidos en este grupo.

Canguro tardío: empieza después de que el niño ha completado su cuidado intensivo, tiene una respiración estable y tolera bien con oxígeno ambiental. Esto puede iniciarse varios días o semanas después del nacimiento.

FASE INTRAHOSPITALARIA DEL PROGRAMA CANGURO

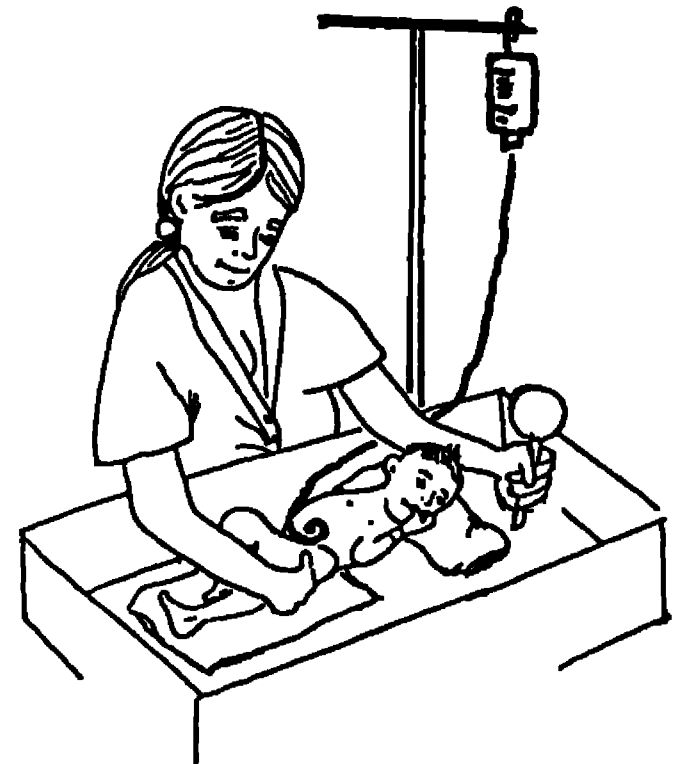
¿QUE ES? (DEFINICION)

Es la fase inicial del programa, donde el niño prematuro o de bajo peso no ha completado su maduración funcional y requiere de cuidados especiales y muchas veces cuidados intensivos, para poder sobrevivir.

Durante esta fase el niño dentro del hospital, requiere de apoyo ventilatorio, protección térmica, manejo hidroelectrolítico inicial, técnicas de alimentación por sonda (con leche materna) y prevención de infecciones.

¿QUE DEBEMOS HACER?

1. Permitir a los padres que visiten a su hijo dentro de la unidad intensiva frecuentemente, para establecer desde un principio, el apego y para que los padres lo estimulen en forma temprana.
2. Al superar el estado crítico, el niño prematuro pasará a cuidados intermedios en donde se le continuará brindando protección térmica y prevención de infecciones hospitalarias.
3. Se inicia una programación racional y progresiva de alimentación:
 - **Por sonda oro-gástrica**
 - **Por gotero para favorecer la coordinación succión-deglución**
 - **Al seno materno**
4. Se permite a la madre colocarse al niño piel a piel con una supervisión estrecha de:
 - **Respiración**
 - **Coloración de la piel**
 - **Temperatura corporal**lo cual se hará a intervalos progresivos de tiempo, de acuerdo a la tolerancia individual del niño.
5. Se inicia la información y educación a la madre o ambos padres sobre el método canguro, lactancia materna y estimulación temprana, de parte del personal de salud o de otras madres que ya vivieron la experiencia.



6. Una vez la madre ha sido adiestrada y su hijo se encuentra:

- **físicamente estable**
- **con capacidad de succión-deglución**

se solicita a la madre su estancia hospitalaria por 6 a 8 horas continuas diariamente por un período entre 5 y 8 días, para que permanezca en contacto piel a piel todo el tiempo.

7. Cuando el niño tenga una velocidad de crecimiento igual o mayor a 20 gms/kg/día, se puede decidir el egreso, dependiendo de la aptitud y actitud de la madre

CRITERIOS DE INGRESO PARA EL PROGRAMA MADRE CANGURO

MADRE

Buenas condiciones de salud
Capacidad física y mental para:
 alimentar
 calentar y
 manejar a su bebé

RECIEN NACIDO

Haber pasado su etapa crítica
Con capacidad para succionar
Buena respuesta a estímulos
Temperatura estable

DURACION DEL PROGRAMA CANGURO EN EL HOSPITAL

Después de que el niño se ha estabilizado y tiene capacidad para mantener su temperatura estable y para succionar, se necesita un entrenamiento de **5 a 8 días** para capacitar a la madre y darle la suficiente confianza para el cuidado del niño en el hogar.

FASE DOMICILIARIA DEL PROGRAMA CANGURO

¿QUE ES? (DEFINICION)

En esta fase, el niño se mantendrá en contacto piel a piel con su madre en el hogar, 24 horas al día. La madre podrá tener la ayuda del padre, abuelos u otros miembros de la familia en cuidado integral del niño.

¿QUE DEBEMOS HACER?

1. Recordar a los padres que el bebé debe permanecer en método canguro **24 horas al día**, por lo que cuando la madre necesite asearse, otro familiar mantendrá el contacto piel a piel.
2. Instruir a la madre sobre los cuidados higiénicos que deben tener en el hogar para que a su bebé no le dé una infección.

- **LAVARSE LAS MANOS ANTES DE MANIPULAR AL BEBE**
 - **ALEJARLO DEL CONTACTO DE PERSONAS ENFERMAS**

3. Insistir con los padres que la única forma segura de alimentar al bebé es con **leche materna exclusiva**, porque esta le da protección contra infecciones y lo hace crecer más rápidamente.
4. Insistir en que deben asistir a la clínica de consulta externa periódicamente. Es en esta consulta donde se evaluará el progreso del niño.
5. La madre debe saber que puede consultar cualquier problema, a cualquier hora, con el personal del hospital donde se generó el egreso o en una clínica de consulta externa.
6. Durante esta fase se realizan visitas domiciliarias, especialmente en aquellos niños considerados de mayor riesgo. Se explora:
 - la aplicación del método canguro
 - el involucramiento de la familia
 - la evolución del niño
 - su alimentación
 - el medio ambiente que lo rodea



DURACION DEL PROGRAMA CANGURO EN EL HOGAR

La experiencia indica que el niño abandona el método canguro por sí mismo entre los 30 y 40 días post-egreso hospitalario. Etapa en la cual ya el peso del niño y su edad permiten darle un cuidado rutinario como a otro bebé nacido de tiempo, continuando la lactancia materna exclusiva como un método de salud óptimo para su sobrevivencia.

TECNICA CANGURO AMBULATORIA

1. El niño estará 24 horas al día en posición semisentada, lateral o ventral, sobre el pecho de la madre o de cualquier persona sana motivada si la madre está incapacitada y en contacto directo piel a piel. El objetivo es mantener la temperatura del niño alrededor de los 37°C, ahorrándole al máximo el gasto de sus propias calorías y mantenerlo permanentemente estimulado con los movimientos respiratorios, los ruidos cardíacos y la actividad de la persona que lo carga y además, crea un lazo psico-afectivo y apaciguante madre-hijo.
2. Al niño únicamente se le pondrá un pañal para el control de la micción y defecación y si el lugar es muy frío una gorra de lana.
3. La cabeza del niño estará siempre elevada en relación con su cuerpo, incluso para alimentarlo, cambiarle el pañal o cualquier otro manejo. El objetivo es evitar el reflujo gastro-esofágico y la bronconeumonía por aspiración. El cargador es importante para cumplir con este objetivo.
4. La técnica canguro y las posiciones del niño permiten que la madre realice sus actividades del hogar todo el tiempo, aún para descansar y dormir lo podrá hacer en posición semisentada.
5. Debido a que el niño permanece en contacto directo con los senos de su madre, la lactancia materna es la alimentación ideal y al alcance del niño.
6. Si por alguna razón, poco común, la producción de leche de la madre no es adecuada en los primeros días de contacto, debido a poca succión del niño por la separación prolongada y evidenciado por una velocidad de crecimiento baja (<20 gms/kg/día), se podrá recurrir al uso de galactogógos utilizados en la comunidad y que la madre le tenga confianza.
7. El médico puede recurrir al uso de medicamentos como la **metoclopramida** en dosis de 20-30 mgs/día por 10 días. Con esta droga se pueden aumentar los niveles de prolactina y por consiguiente la producción de leche y no se han observado efectos secundarios en la madre o el niño.
8. En casos extremos, en que las medidas tomadas no hagan evidente una adecuada producción de leche y la velocidad de crecimiento del niño se mantenga por debajo de 12 g/kg/día, podrá complementarse con una fórmula especial para prematuros.



PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS DEL NEONATO EN EL PROGRAMA "MADRE CANGURO"

APNEAS DEL PREMATURO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Apnea es la ausencia de la respiración espontánea por más de 20 segundos o menos en caso de acompañarse de cianosis y/o bradicardia (menos de 100 latidos por minuto).

El recién nacido prematuro puede presentar apneas sin que se presente ninguna otra complicación, solo por su propia inmadurez neurológica, a esto se le llama **apnea no complicada**. Si la apnea se presenta por alguna patología secundaria como hipoglucemia, neumonía, anemia, septicemia, etc. se le llama **apnea complicada**.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- El niño deja de respirar por ratos
- Bradicardia (frecuencia cardíaca < 100 latidos por minuto)
- Cianosis distal o generalizada

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. ¿Cuándo egresó su niño/a del hospital?
2. ¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?
3. ¿Es la primera vez que deja de respirar?
4. ¿Cuanto tiempo duró sin respirar?
5. ¿Se puso pálido/a o cianótico/a?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL NIÑO?

1. Frecuencia cardíaca y Frecuencia respiratoria
2. Temperatura (hipo o hipertermia)
3. Descartar hipoglucemia con dextrostix
4. Palpar fontanela anterior para descartar hemorragia intracraneana
5. Hematocrito para descartar anemia
6. Si lo anterior ha sido descartado pensar en infección generalizada

TRATAMIENTO MANEJO

1. Si la apnea es **complicada**:

- El niño debe ser rehospitalizado
- Colocar en una incubadora o en un ambiente térmico adecuado
- Monitoreo frecuente de frecuencia cardíaca y respiratoria
- Estimulación táctil frecuente
- Dar tratamiento específico a la causa que la condicionó.

2. Si la apnea es **no complicada**:

- El niño puede continuar con tratamiento ambulatorio
- Explicar a los padres la forma en que deben estimular al niño frecuentemente
- Aminofilina a 3 mgs/kg/dosis cada 8 horas por vía oral.
- Control periódico en consulta externa

Nota: La aminofilina debe suspenderse progresivamente iniciando después de la primera semana. Primero se pasa la misma dosis cada 12 horas, luego cada 24 horas hasta suspenderse totalmente al cabo de 3 semanas.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

LOS NIÑOS PREMATUROS EN PROGRAMA CANGURO TIENEN MENOS CHANCE DE PRESENTAR APNEAS DEBIDO A LA ESTIMULACION CONSTANTE QUE RECIBEN DE SU MADRE AL MANTENERLOS CARGADOS TODO EL TIEMPO

NEUMONIA POR ASPIRACION

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es cuando el contenido gástrico o el contenido alimentario es aspirado por el propio niño a través de la traquea y depositado en el pulmón provocando una neumonía por irritación química que puede sobreinfectarse y convertirse en una neumonía bacteriana.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- Los síntomas principales son los de dificultad respiratoria progresiva:
 - Frecuencia respiratoria superior a 80 por minuto
 - Aleteo nasal
 - Quejido
 - Tiraje intercostal
- Pueden existir otros síntomas como:
 - Cianosis
 - Hipotermia (se siente frío) o hipertermia (tiene fiebre, se siente caliente)
 - Rechazo del alimento
 - Depresión neurológica (hipotónico)

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. ¿El niño/a empezó con dificultad para respirar después de comer?
2. ¿La dificultad respiratoria ha empeorado?
3. ¿En que posición mantiene a su bebé todo el tiempo?
4. ¿Se puso cianótico/a?

NOTA: UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LA QUE EL NIÑO ASPIRA LOS ALIMENTOS AL PULMON ES PORQUE LA MADRE NO LO MANTIENE TODO EL TIEMPO EN POSICION VERTICAL

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL NIÑO?

1. Frecuencia respiratoria y cardíaca
2. Temperatura
3. Radiografía de torax AP y lateral
4. Glucemia (dextrostix)
5. Descartar otras clases de neumonía (intrauterina, por aspiración de meconio, infecciosa)

UNA CUIDADOSA CORRELACION DE LOS ANTECEDENTES, HALLAZGOS CLINICOS, DE LABORATORIO Y RADIOLOGICOS, SON VITALES PARA ESTABLECER UN DIAGNOSTICO CORRECTO DE NEUMONIA.

TRATAMIENTO - MANEJO

1. El niño debe ser rehospitalizado nuevamente
2. Colocarlo en un ambiente térmico adecuado
3. Oxígeno a concentraciones de acuerdo a la gravedad del caso
4. Ayuno y soluciones IV durante la fase aguda
5. Control periódico de frecuencia respiratoria y cardíaca
6. Iniciar tratamiento antibiótico con:
 - Penicilina cristalina 50,000 u/kg/día cada 12 horas IM o IV
 - Kanamicina 15 mg/kg/día, cada 12 horas IM, o
 - Gentamicina 5 mg/kg/día, cada 12 horas IM.
7. Explicar a la familia la gravedad de la enfermedad y las causas que la motivaron

SEPSIS EN EL RECIEN NACIDO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es una infección grave que se extiende por todo el cuerpo del recién nacido. Puede iniciarse como una infección respiratoria superior, onfalitis, dermatitis, etc. o muchas veces no se puede identificar la causa.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- El bebé no mama o mama menos (signo muy importante)
- Hipotermia (se siente frío) o hipertermia (tiene fiebre, se siente caliente)
- Decaído, irritable (el bebé llora mucho, está inconsolable o está muy triste o apagado)
- Dificultad para respirar, quejidos, jadeo, respiración rápida, se queja al respirar, deja de respirar por ratos

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. **Succión:**
¿Está mamando bien el bebé? Si no, ¿Desde cuando dejó de mamar bien? ¿Hace un día, pocas horas, pocos días?
2. **Temperatura:**
¿Siente al bebé frío o caliente?
3. **Llanto:**
¿Ha estado llorando mucho el bebé? ¿Es el llanto diferente? ¿Llora con poca fuerza? ¿Es el llanto inconsolable?
4. **Actividad:**
¿Ha estado el bebé decaído, irritable, triste? ¿Por cuanto tiempo?
5. **Respiración:**
¿Ha notado si la respiración del bebé es irregular o rápida? ¿Se queja o jadea al respirar?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL RECIEN NACIDO?

1. **Temperatura:**
Tocar las manos y pies del bebé y tomarle la temperatura. Fiebre: más de 37.8°C, hipotermia: menos de 36.5°C.

-
2. **Succión:**
Pedir a la madre que se ponga al bebé al pecho y observar cómo mama
 3. **Llanto:**
Estimular al niño para que lllore y observar el llanto. ¿Es normal o llora con poca fuerza?
¿Es el llanto inconsolable?
 4. **Actividad:**
Observe si el niño parece triste, está decaído o muy irritable.
 5. **Respiración:**
Observe si el bebé respira irregularmente, si hay retracción intercostal o si se queja al respirar.
Controlar la frecuencia respiratoria
 6. **Limpie la nariz del bebé con solución salina y observe si mejora la respiración.**

TRATAMIENTO - MANEJO

1. El niño debe ser rehospitalizado
2. Colocar en un ambiente térmico adecuado
3. Control de temperatura
4. Control de frecuencia respiratoria
5. Control de glucemia (dextrostix)
6. Si el niño succiona la madre debe darle el pecho el mayor número de veces posible dentro del hospital
7. Hemocultivo
8. Iniciar antibióticos:
 - Ampicilina 75 mg/kg/día IM o IV
 - Gentamicina 3 mg/kg/día IM

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. LA SEPSIS ES LA MAYOR CAUSA DE MUERTE EN LOS NEONATOS PREMATUROS; Y QUE SIN EL TRATAMIENTO ADECUADO PUEDEN MORIR EN 24 A 48 HORAS.
2. **NO** TRATE A UN RECIEN NACIDO CON FIEBRE COMO SI FUERA UNA INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR.
3. **NO ESPERE.** SI ENCUENTRA CUALQUIER SIGNO SOSPECHOSO, ES MEJOR DARLE TRATAMIENTO PARA SEPSIS.

ICTERICIA DEL PREMATURO

¿QUE ES? (DEFINICION)

La **ictericia** se refiere al tinte amarillento que desarrollan la mayoría de los recién nacidos prematuros y que es debida generalmente a una inmadurez hepática que retarda la formación de cantidades suficientes de la enzima que convierte la bilirrubina de reacción directa y difícil de eliminar, a bilirrubina directa fácilmente excretable.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- Tinte icterico (color de piel amarilla) generalizado.
- Aparece después de las 24 horas de vida y no persiste más allá del décimo día. '
- No existe debilidad para mamar en el bebé
- El bebé está activo

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. ¿Cuándo empezó el bebé a ponerse amarillo?
2. ¿El color amarillo ha aumentado? o ¿Se ha mantenido igual?
3. ¿Está mamando bien el bebé?
4. ¿Ha estado el bebé decaído, irritable o triste?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL NIÑO?

1. Coloración de la piel. El color amarillo está solo en la cara y el tronco o se ha extendido hasta los brazos y piernas.
2. Pedir a la madre que se ponga el niño al pecho y observar cómo succiona.
3. Observar si el niño parece triste, está decaído o muy irritable.

MANEJO - TRATAMIENTO

1. La ictericia del prematuro se considera fisiológica o normal por lo que no requiere ningún tratamiento, solo **observación**.

Criterio de hospitalizacion

1. Si el color amarillo aumenta muy rápidamente y el niño:
 - No mama, está decaído o muy irritable
 - Niveles de bilirrubina indirecta en sangre mayores de 12 mg/dl

ANEMIA EN EL PREMATURO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Se considera **anemia** en el prematuro cuando los niveles de hemoglobina en sangre disminuyen por debajo de 10 g. por 100 ml.

Las causas de anemia en el recién nacido prematuro son muchas pero una de las principales es la deficiencia de vitamina E.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

- El bebé se ve pálido
- Puede presentar edemas principalmente en piernas, párpados, labios o escroto.
- Decaído, triste.
- Frecuencia cardíaca acelerada (taquicardia)
- Puede presentar apneas como una primera manifestación

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. En los prematuros al nacer, el nivel de vitamina E es bajo: 3 mg por cada 100 gms de peso en comparación con un niño de término de 20 mg por cada 100 gms de peso.2. Los prematuros que son alimentados con fórmulas artificiales tienen niveles más bajos de vitamina E, que los alimentados con leche humana. |
|---|

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. ¿Ha estado el bebé decaído o triste? ¿Por cuanto tiempo?
2. ¿Se le han hinchado las manos o los pies?
3. ¿Está rosadito, pálido o amarillo?
4. ¿Le está dando solamente de mamar? o ¿Le está dando otra leche?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL NIÑO?

1. Color de la piel (pálida o rosada)
2. Frecuencia cardíaca (taquicardia)
3. Observe si el bebé está triste y decaído
4. Evalúe si existen edemas en piernas, manos, escroto
5. Control de hemoglobina y hematocrito

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Berg R, Salisbury A. Discharging infants of low birth weight. AJDC 122:414, 1971.
2. Cabrera G, Rosales JM, Palencia D. Eficacia del programa madre canguro en la evolución del niño de bajo peso al nacer, Hospital Roosevelt. En: Memorias del Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro, Bogotá, Colombia, 1990.
3. Cerezo R, Figueroa R. Manual de Atención de Recién Nacido. Piedra Santa (ed), Guatemala 1981
4. Cerezo R, Figueroa R. Medicina Neonatal. Librerías París (ed), Guatemala 1994.
5. Cerezo R, Figueroa R, Bran JV. Eficacia del programa madre canguro en la evolución del niño de bajo peso al nacer, Hospital del IGSS. En: Memorias del Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro, Bogotá, Colombia, 1990.
6. Cerezo R, Figuerpa R, Bran J V. Contacto temprano Madre-Niño a través del programa Madre Canguro y duración de la lactancia natural. Rev Latin Perinatol 12:3-4, 1992.
7. Instituto Materno Infantil, UNICEF. Memorias del Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro, Bogotá, Colombia, 1990.
8. Klaus M, Fanaroff A. Care of the High Risk Neonate. Philadelphia, WB Saunders Co.,1979
9. Klaus M, Jerauld BS, et al. Maternal Attachment. N Eng J Med 286:460, 1972.
10. Klaus M, Kennell J. Separación de la madre y el neonato. Clin Ped N A 17:1015, 1970.
11. Klein L, Marcy M. Bacterial Sepsis and Meningitis. In: Remington J, Klein L Infectious Disease of the Fetus and Newborn Infant. Philadelphia, WB Saunders Co. 1983
12. Martinez H, Rey-Sanabria E. Programa Madre Canguro. Fundación Vivir, Bogotá, Colombia 1979.
13. Marx C. Medicaciones Utilizadas en el Neonato. Apéndice A. En:Cloherty L, Stark A. Manual de Cuidados Neonatales. México, Salvat Ed. 1987.
14. Sims CI, Kangaroo Care. Mothering, fall:64, 1988.
15. Tamat I I. Estudio prospectivo comparativo del Programa Madre Canguro vrs método tradicional. Hospital General de Occidente. Tesis de Graduación, Universidad de San Carlos, 1994.
16. Whitelaw A. Kangaroo baby care: just a nice experience or and important advance for preterm infants?. Pediatrics 85:604, 1990.