

Comienzos

REVISTA PARA CUIDADOS EN LA
UCIN Y DURANTE LA MATERNIDAD

Manual de Lactancia

Intervención en la lactancia

La diferencia que
puede marcar un enfoque
proactivo

Buenas prácticas

Éxitos inspiradores que
convierten la ciencia en
cuidados

Aumentar la dosis

Mejora de la calidad
para obtener más leche
en la UCIN

Turning Science into care

El primer paso para cuidar es comprender. Por eso creemos en la estrecha colaboración con destacados científicos y expertos en lactancia para desarrollar productos que vayan más allá de la forma y la función. Todo con un único objetivo: hacer que la forma más delicada de cuidado sea sencilla, intuitiva y eficaz.

Entendemos las necesidades de los nuevos padres y de los profesionales que se dedican a su cuidado. De hecho, llevamos tanto tiempo cuidando de mamás, bebés, pacientes y profesionales sanitarios que lo hemos convertido en una ciencia.

Medela está profundamente comprometida con la investigación e invierte continuamente en estudios básicos y exploratorios para mejorar los resultados sanitarios. Desde 1961, nos hemos asociado con profesionales sanitarios de renombre de todo el mundo y expertos en leche humana para avanzar en la investigación y desarrollar prácticas basadas en la evidencia. Esta inversión no sólo ha establecido los estándares del sector, sino que también constituye la base científica para la innovación en productos y la práctica clínica.

Una de las principales colaboraciones de Medela es la establecida en 1996 con la Universidad de Australia Occidental (UWA). Esta asociación ha dado lugar a descubrimientos pioneros en la función de la glándula mamaria, la síntesis de la leche y la extracción. En la actualidad, la profesora Donna Geddes dirige la colaboración de investigación Medela-UWA, un amplio programa de investigación que explora los intrincados aspectos de la lactancia materna, la lactancia humana y la alimentación infantil.

Nuestro compromiso con los médicos y los padres en la UCIN nos permite identificar lagunas en la atención, y al escuchar directamente a los profesionales sanitarios sobre sus necesidades de equipamiento, nos aseguramos de que puedan centrarse en ofrecer una atención excepcional al paciente.

Gracias a estos profundos conocimientos, seguimos innovando productos para cuidar y mejorar la salud. Por ejemplo, analizando el pecho lactante y la succión del bebé, hemos desarrollado nuestra tecnología patentada 2-Phase Expression®, que imita el ritmo natural de lactancia del bebé para generar y mantener la producción de leche materna, y hemos formulado el extractor de leche Symphony PLUS® con la exclusiva Initiation Technology® para activar y aumentar la producción de leche. Utilizando escáneres 3D de miles de pechos lactantes, encontramos el ángulo de apertura óptimo para nuestros protectores mamarios y desarrollamos nuestras copas manos libres de forma anatómica para aumentar la comodidad y la extracción de leche. Queremos innovar en soluciones, no sólo en productos. Convertir la ciencia en cuidados sencillos, intuitivos y eficaces para curar, cuidar la salud y crear vínculos.

«Gracias a los avances en las investigaciones, la observación del comportamiento natural y la escucha permanente a nuestros clientes, convertimos la ciencia en cuidados, y contribuimos a la promoción de la salud durante generaciones.»

Michael Larsson, presidente

Content

- 02 Medela – Turning Science into Care**
Quiénes somos
- 04 Apoyo proactivo a la lactancia:**
Ideas de la experta en lactancia
Dra. Rebecca Hoban
- 10 Aumentar la dosis:**
Mejora de la calidad para obtener más leche en la UCIN
- 18 Buenas prácticas:**
Casos de éxito clínico sobre cómo convertir la ciencia en cuidados
- 26 Symphony Plus:**
La referencia en apoyo a la lactancia: en el hospital y en casa



Productos Medicinales Medela, SL
C/ Pujades, 51-55 Box 13, 08005 Barcelona
Tel. +34 933205969, E.mail: info@medela.es
www.medela.es

Edición y texto:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Diseño gráfico: www.ruheundsturm.de, Munich

Imprime: OFFSET INFANTA, S.L.U, C/ Cirerers, 82,
08940 Cornellà de Llobregat, Barcelona

Fuentes de imágenes:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 21748861, 431920443, 106055878, 106055878,
100664546; Getty Images: 590951387



¡EL APOYO A LA LACTANCIA ES UNA iUrgencia

Con sus innovadores conocimientos sobre los biomarcadores de la leche, la Dra. Rebecca Hoban es un caso interesante para adoptar una estrategia más proactiva en la asistencia a la lactancia.

La Dra. Rebecca Hoban es neonatóloga especializada y Directora de Medicina de Lactancia Materna en el Hospital Infantil de la Universidad de Washington/Seattle de Seattle (EE. UU.) y profesora asociada de Pediatría en la Universidad de Washington. Sus proyectos actuales incluyen mejorar la producción de leche de la propia madre en la UCIN y los biomarcadores de la leche para predecir el éxito de la lactancia.



¿Por qué es tan importante diagnosticar las dificultades de la lactancia desde el principio?

Lo que vimos en nuestros estudios en el Centro Médico de la Universidad Rush fue que la mayoría de las madres de bebés con muy bajo peso al nacer cumplieron sus metas de lactancia inicialmente y suministraron leche durante los primeros días, pero luego las tasas se desplomaron en las siguientes semanas o meses. Sabemos que las madres de estos bebés prematuros tienen muchos factores de riesgo para la lactancia: dado que al no haber alcanzado el término completo de la gestación, el desarrollo de la mama puede no estar totalmente finalizado. Debido a sufrir problemas de salud preexistentes, podría ser necesario practicarles una cesarea antes de finalizar el término. Tampoco han tenido la posibilidad de informarse sobre la lactancia y de tomar una decisión informada. Todas estas cosas afectan directamente a los resultados de la lactancia. Los problemas asociados a la lactancia que hacen que las tasas de alimentación con leche materna disminuyan a los seis meses no se producen en ese momento. Más bien sucede algo durante los primeros días que está preparando a estas madres para que no cumplan sus metas de lactancia. Por lo tanto, identificar las dificultades de la lactancia a tiempo permite una intervención precoz, optimizando su impacto en la lactancia a largo plazo. Esta es importante fase de «programación del pecho».

¿Cómo podemos diagnosticar estas dificultades para la lactancia temprana?

Actualmente tenemos muy pocas opciones para diagnosticar a las madres que requieren un extractor y que tienen dificultades. La detección de volúmenes bajos es retrospectiva y, en ese momento, ya no es posible aumentar los volúmenes de leche.

Tradicionalmente le preguntamos a las madres:

«¿Se ha producido la bajada de la leche? ¿Ha notado algún cambio en los pechos?» Sin embargo, se trata de una medida problemática, ya que las madres obesas, por ejemplo, pueden tener menos probabilidades de experimentar esta sensación. Por lo tanto, no es un marcador muy adecuado en lo que respecta a la activación secretora. En su lugar, se puede argumentar que se puede confiar en el volumen extraído de forma temprana (controlar los volúmenes de leche extraída o realizar pruebas de peso de los bebés), pero esto también es problemático porque en realidad no mide lo que está sucediendo en el pecho. Si hay muy poca leche, ¿es porque la madre no extrae suficiente leche o porque no está produciendo suficiente leche? No lo sabemos de forma segura. Me he centrado en los biomarcadores de la leche materna como una medida directa de lo que está sucediendo en el pecho en tiempo real.

Cuéntenos más sobre cómo funciona este método basado en biomarcadores.

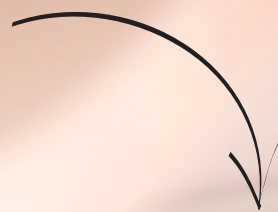
Cuando observamos los biomarcadores, en realidad estamos midiendo el cierre de las uniones estrechas en el epitelio mamario. Una vez eliminada la inhibición de la progesterona, es la prolactina la que cataliza el cierre de estas uniones estrechas. Este cierre impide que los componentes de la leche salgan de la glándula y es el primer paso crucial para la lactancia a largo plazo. El sodio es un biomarcador clave en este caso. A medida que se cierran las uniones estrechas, los niveles de sodio de la leche se desploman muy rápidamente y los volúmenes de leche aumentan. Nuestros estudios han demostrado claramente que



médica!

Muchas madres tienen múltiples factores de riesgo para la lactancia, todos ellos interrelacionados entre sí, lo que supone un reto desde el principio.

”





el sodio de la leche aumenta inmediatamente cuando disminuye el número de sesiones de extracción diarias, y ya al día siguiente baja el volumen de leche. Además, observamos que al medir los niveles de sodio de la leche, ya podemos saber en los tres días posteriores al parto quién va a alcanzar el volumen deseado (producir >500 ml al día en dos semanas). Un estudio anterior ha demostrado que llegar a alcanzar el volumen deseado en dos semanas es el factor de predicción más importante de la alimentación con leche de la propia madre en el momento del alta de la UCIN. Así que para el día 3 ya podemos saber quién va a suministrar leche meses más tarde. ¡Y esto significa que tenemos la oportunidad de intervenir de forma proactiva!

¡Vaya, parece el futuro de la lactancia!

Podría ser. Actualmente contamos con financiación del gobierno canadiense para profundizar en este tema con un proyecto piloto. Medir los niveles de sodio es tan fácil que la madre puede hacerlo ella misma y podría tener un gran impacto. Necesitamos una atención a la lactancia personalizada, basada en datos y en tiempo real, que pueda predecir los problemas incluso antes de que se hagan evidentes. De este modo, los profesionales sanitarios podrían intervenir inmediatamente cuando todavía exista la posibilidad de salvaguardar el periodo de lactancia de una madre. Podríamos dar «prescripciones de extracción» individualizadas, por así decirlo. Es más probable que la extracción frecuente en esos primeros días críticos aumente la prolactina, logre una iniciación eficaz y normalice los biomarcadores. A partir de un biomarcador de la leche materna, el sodio, se podría intervenir a tiempo.

«Necesitamos una atención a la lactancia personalizada, basada en datos y en tiempo real, que pueda predecir los problemas incluso antes de que se hagan evidentes.

Los biomarcadores pueden darnos esta ventana al futuro y ayudarnos a identificar quién necesita apoyo muy pronto».

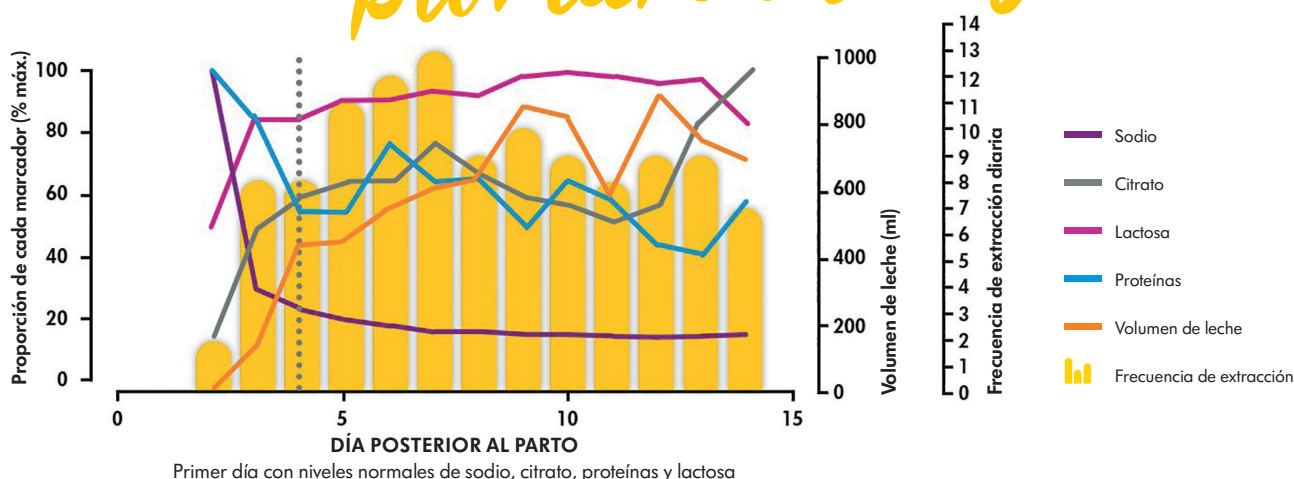
Según su experiencia, ¿qué otros factores pueden afectar a la obtención del volumen?

Se necesita estimulación y extracción de leche para alcanzar el volumen deseado. La prolactina es un factor muy importante en este caso. Cataliza el importante cierre de las uniones estrechas y también regula los genes que ayudan a las madres a producir más células productoras de leche, además de prevenir la muerte de estas.

Entonces, ¿cómo generamos más prolactina?

La prolactina se libera mediante la succión y se libera mucho más en las primeras semanas de lactancia que meses después. Una extracción frecuente y eficaz desde el principio es fundamental para las madres que requieren un extractor. Sin embargo, todavía hay hospitales que aconsejan a las madres que extraigan leche manualmente en los tres primeros días en lugar de extraer leche con un extractor eléctrico doble, sin embargo, los datos demuestran que la extracción con extractor es mucho más eficaz. En un estudio realizado por Lussier y sus colaboradores publicado en 2015¹, se aleatorizó a madres de bebés con muy bajo peso al nacer para realizar extracciones manualmente o con la ayuda de un extractor eléctrico durante la primera semana. Las madres a las que se les ofreció el extractor produjeron el doble de leche durante la primera semana. Después de la primera semana, cuando a las madres a las que se les pidió que extrajeran leche primero a mano también se les dio un extractor, nunca alcanzaron los niveles del otro grupo de madres. Incluso al pasar un mes, esas madres estaban produciendo mucha menos leche que las madres que comenzaron directamente con la extracción. Se perdieron esa ventana crucial para programar el pecho y es un momento en el que nunca se puede recuperar.

PATRÓN DE biomarcadores



COMPARACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN EFICAZ DEL BEBÉ CON

los métodos de extracción

	Vacío	Compresión táctil	Recogida de calostro	Activación eficaz de las células productoras de leche	Menor riesgo de retraso en la activación secretora
	✓	✓	✓	✓	✓
	✓	✗	✓*	✓	✓
	✗	✓	✓	✗	✗

*En ocasiones, los reducidísimos volúmenes de calostro son muy difíciles de recoger, lo que puede provocar pérdidas





Utiliza el término «programación del pecho». ¿A qué se refiere exactamente?

Es importante que tanto nosotros como los familiares sepamos que nuestra meta en estos primeros días y semanas no es producir leche para el recién nacido en ese momento concreto. Nuestro objetivo es tener suficiente leche más adelante, cuando tengan entre cuatro y seis meses de edad. Los bebés prematuros no comen casi nada durante los primeros días, dependiendo de lo enfermos que estén, por lo que se debe tener mucho cuidado con la pregunta «¿Hay suficiente leche?». Puede que el bebé solo tome 8 ml al día, pero eso no significa que la madre esté produciendo suficiente leche para garantizar la lactancia a largo plazo y tenga suficiente leche cuando ese bebé de 500 g alcance los 4 kg de peso. El bebé prematuro necesitará al final tanta leche como un bebé a término y tenemos que asegurarnos de que este suministro de leche esté disponible cuando llegue ese día. Por eso, todas las madres tienen que programar sus pechos independientemente de la ingesta actual del recién nacido. Así que la pregunta «¿Hay suficiente leche?» no es la adecuada. La pregunta que debemos hacernos es: «¿La madre

ha alcanzado el volumen adecuado?» Para ello, la extracción frecuente, incluso por la noche, es tan importante como la extracción temprana.

¿Cuál es su recomendación para las plantas hospitalarias?

Tenemos que hacer hincapié en la importancia de una estimulación temprana, frecuente y eficaz del pecho en las madres con bebés prematuros. Sabemos que estas madres necesitan empezar a extraer leche con un extractor eléctrico doble con tecnología de iniciación durante las primeras seis horas tras el parto. Y esto no sucede de forma mágica, ¡necesitamos iniciar estas conversaciones antes del parto! Lo ideal es que las madres extraigan leche al menos ocho veces al día y mantengan el contacto piel con piel con sus bebés. En lo que respecta a este periodo que incluye las primeras seis horas, Leslie Parker² ha realizado un estudio muy bueno en el que madres seleccionadas de forma aleatoria empezaron a extraer leche en esta ventana de seis horas o con posterioridad, y el grupo que comenzó a extraer leche en el periodo de seis horas produjo el doble de leche durante la primera semana en comparación con el



Las madres necesitan saber que: no extraen leche para producir mucha leche aquí y ahora, lo están haciendo para programar el pecho con el fin de obtener un suministro suficiente más adelante.



¹ Lussier MM et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: a repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med.* 2015; 10(6):312–317. ² Parker LA et al. 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. *Breastfeed Med.* 2015; 10(2):84–91. ³ Parker LA et al. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: A randomized trial. *J Perinatol.* 2020; 40(8):1236–1245. ⁴ Mercado K et al. What Is the Impact of NICU-Dedicated Lactation Consultants? An Evidence-Based Practice Brief. *Adv Neonatal Care.* 2019; 19(5):383–393.

grupo que comenzó más tarde. En algunos casos, esa es la diferencia entre mantener una dieta exclusiva con leche materna o no. Curiosamente, las madres que requieren un extractor y que comenzaron un poco más tarde en ese periodo de 6 horas produjeron más leche en los tres primeros días y a las seis semanas que las que comenzaron en la primera hora.³ El estudio llegó a la conclusión de que el estrés provocado por la necesidad de iniciar la extracción lo antes posible podría ser contraproducente y que permitir que las madres se recuperen tras el parto les ayudó a extraer leche con más frecuencia en los primeros días y les permitió producir más leche.³

¿Cómo podemos lograr una extracción de leche eficaz?

La succión del recién nacido a término es el estándar de referencia: Debe tener una buena succión junto con algo de compresión para producir la prolactina y la oxitocina. El extractor eléctrico proporciona succión pero no compresión, mientras que la extracción manual aporta compresión, pero no succión. Por lo tanto, solo el extractor permite liberar prolactina. Y si recordamos los beneficios de la prolactina que mencioné anteriormente, es fundamental para el ciclo de retroalimentación que permite la producción de más leche. Por lo tanto, si no tenemos un bebé que esté agarrando y extrayendo la leche adecuadamente, y no utilizamos un extractor, simplemente no se podrá establecer un suministro de leche suficiente. Un extractor de leche eléctrico doble para uso hospitalario con tecnología de iniciación debe ser el estándar de atención para las madres que requieren un extractor para la iniciación de la lactancia y, por cierto, esto también incluye a madres de bebés prematuros moderados o tardíos, o incluso bebés a término prematuros o bebés de madres diabéticas que no pueden extraer suficiente leche. Tenemos que asegurarnos de que extraen leche después de que el bebé haya estado en el pecho para apoyar plenamente la programación del pecho. La extracción manual simplemente no es suficiente para establecer la lactancia y nunca debe utilizarse como estrategia única en madres en situación de riesgo o que requieran un extractor.

¿Cómo podemos asegurarnos de que las madres obtengan toda esta información?

En nuestra UCIN mantenemos una estrategia muy proactiva: La meta es que todas las madres acudan a una consultora de lactancia durante las 24 horas posteriores al parto. Existen estudios, como el realizado por Mercado y sus colaboradores,⁴ que demuestran lo beneficioso que puede ser: Cuando hay consultoras de lactancia implicadas, un mayor número de bebés ingresados en la UCIN se alimenta con leche de su propia madre y esas tasas de alimentación en el momento del alta son mucho mayores. También hacemos mucho hincapié en la formación de enfermería a pie de cama. El personal de enfermería a pie de cama ve a las familias a lo largo del día, por lo que son una forma de comunicación realmente crítica. También ofrecemos a todas las madres una lista de control rápida y un kit de calostro cuando recogemos

a los recién nacidos por primera vez. De este modo, nos aseguramos de que la madre reciba inmediatamente las primeras instrucciones importantes. ¡Es muy importante que compartamos la ciencia! Necesitamos un apoyo proactivo a la lactancia. ¡Necesitamos un sentido de urgencia! Necesitamos educar al personal de enfermería, educar a nuestros médicos y educar a los progenitores para que puedan elegir y cumplir sus metas en materia de lactancia, en lugar de que sea el suministro de leche el que elija por ellos.

Si alguien creara una píldora mañana que pudiera proteger contra la ECN, la diabetes, las alergias, el cáncer y otras muchas enfermedades, probablemente la gente pagaría mil millones de dólares para obtenerla. ¡Pero ya la tenemos! Se llama leche materna. Es una medicina mágica y necesitamos asegurarnos de que todos los bebés puedan conseguirla.

ESA ES LA RECOMENDACIÓN DE LA DRA. REBECCA HOBAN

¡Subamos el volumen!



LISTA DE CONTROL PARA MADRES

- ✓ Iniciar la extracción durante las 6 horas posteriores al parto con un extractor eléctrico doble (para uso hospitalario) con tecnología de iniciación
- ✓ Alquilar o comprar un extractor eléctrico doble para uso doméstico
- ✓ Extraer leche cada 2-3 horas, al menos 8 veces al día
- ✓ Despertarse al menos una vez por la noche para extraer leche
- ✓ Pedir hablar con la consultora de lactancia de la planta de posparto lo antes posible
- ✓ No preocuparse si no se obtiene nada, o si solo cae cuando se extrae leche, ¡esto es normal, sigue adelante!
- ✓ Al llegar a la UCIN, hablar con la enfermera del bebé o con una consultora de lactancia



¡Comparte la ciencia!

LISTA DE CONTROL PARA PROFESIONALES SANITARIOS

- ✓ Asesoramiento temprano (si fuera posible, prenatal) de familiares acerca de la importancia de la leche de la propia madre y el contacto piel con piel temprano.
- ✓ Extracción temprana, frecuente y eficaz con un extractor eléctrico doble (para uso hospitalario) con tecnología de iniciación. La extracción manual por sí sola no debe utilizarse de forma rutinaria durante la ventana crítica de iniciación de la lactancia con dependencia del uso de un extractor
- ✓ Apoyo eficaz a la lactancia.
 1. Educación práctica sobre lo que es normal; las consultas sobre lactancia deben ser estándar
 2. Supervisión minuciosa de la extracción y los volúmenes diarios durante las dos primeras semanas
 3. Considere la posibilidad de comprobar los biomarcadores (niveles de sodio de la leche) como un medio para diagnosticar y guiar los problemas de la lactancia

AUMENTANDO *la dosis*

CÓMO MEJORAR LA DISPONIBILIDAD DE LECHE MATERNA
EN EL HOSPITAL Y FUERA DEL MISMO



Las dosis altas y la exposición prolongada a la leche de la propia madre afectan de forma considerable a los estados de salud posteriores de los bebés.^{1,2} Esto es especialmente cierto para los niños que nacen prematuramente o con problemas de salud; aunque a menudo la disponibilidad oportuna de esa dosis saludable de “oro líquido” no supone una garantía. Lo bueno es que: Las investigaciones muestran que las intervenciones estandarizadas y la implementación de la atención basada en estudios empíricos marcan la diferencia y conducen a resultados óptimos. **6 indicadores a tener en cuenta para lograr la lactancia materna – y el suministro de leche materna al bebé – desde el principio.**

I DECISIÓN INFORMADA

Seguir la alimentación de su bebé vulnerable con leche de la propia madre (LPM) es una decisión que los padres han de tomar conscientemente. Pero sólo se puede tomar una decisión informada cuando las madres y las familias pueden acceder a información estandarizada y fiable que les guíe en sus elecciones. Por lo tanto, los padres han de recibir lo más pronto posible una información consistente y basada en estudios empíricos sobre la lactancia y la alimentación de los bebés. Cuando las madres están informadas y comprenden que su leche es una intervención médica esencial, que nadie más puede proporcionar a su bebé, casi siempre deciden extraerse la leche. Además, las madres suelen mostrar un mayor compromiso si comprenden cuál es el valor de su leche basándose en evidencias.³⁻⁸

Las familias de los pacientes ingresados en la UCIN son las que más suelen experimentar estados de shock, desesperación e impotencia. Las conversaciones con el personal médico sobre el valor crítico de la LPM pueden cambiar su perspectiva hacia una de esperanza y un nuevo sentido de propósito. En un estudio realizado en el Rush University Medical Center de EE. UU., después de recibir orientación sobre la información, el 98 % de las madres optó por extraerse la leche, aunque el 50 % ya había tenido alguna intención previa de alimentar con fórmula.³ Más recientemente, el profesor Sven Wellmann de KUNO Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder en Regensburg /Alemania, halló unos resultados igualmente impresionantes en un estudio similar (ver página 12/13).

HÁGALO BIEN

- ✓ **Proporcione a los padres una información temprana** sobre la importancia y los beneficios de la LPM.
- ✓ **Eduque a todos los profesionales y asegure de que la comunicación sea coherente** en todos los departamentos para evitar confusiones.



II

EL MOMENTO DE LA PRIMERA EXTRACCIÓN

Se ha demostrado que una estimulación mamaria temprana tiene un impacto positivo en el futuro suministro de leche y los resultados de la alimentación posterior. De acuerdo a las directrices de la OMS, el contacto piel con piel y la lactancia materna han de realizarse durante la primera hora después del nacimiento.⁹ Si la lactancia materna (todavía) no es posible o efectiva, hay que estimular el pecho con una extracción doble con un extractor eléctrico. Lo ideal es que sea durante las primeras tres horas después del nacimiento y no más tarde de seis horas. Esta activación a tiempo del suministro de leche de la madre es fundamental, ya que es un acontecimiento que solo puede ocurrir una vez y que, o se logra en ese momento en todo su potencial, o ya no puede hacerse. Sin un apoyo a la lactancia

adecuado y proactivo, las madres de bebés vulnerables que todavía no pueden estimular el pecho de manera efectiva corren un alto riesgo de sufrir una activación secretora (la «bajada» de la leche) tardía y una producción de leche insuficiente. Por otro lado, las madres que no pueden dar el pecho pero usan un extractor de leche eléctrico doble para la estimulación y extraen leche de forma temprana, tienen más probabilidades de continuar extrayendo leche a las seis semanas, y es más probable que sigan amamantando o extrayendo leche al momento del alta hospitalaria.^{4,10-14}

En resumen:

El inicio temprano de la extracción conlleva un aumento de LPM para recién nacidos a largo plazo.

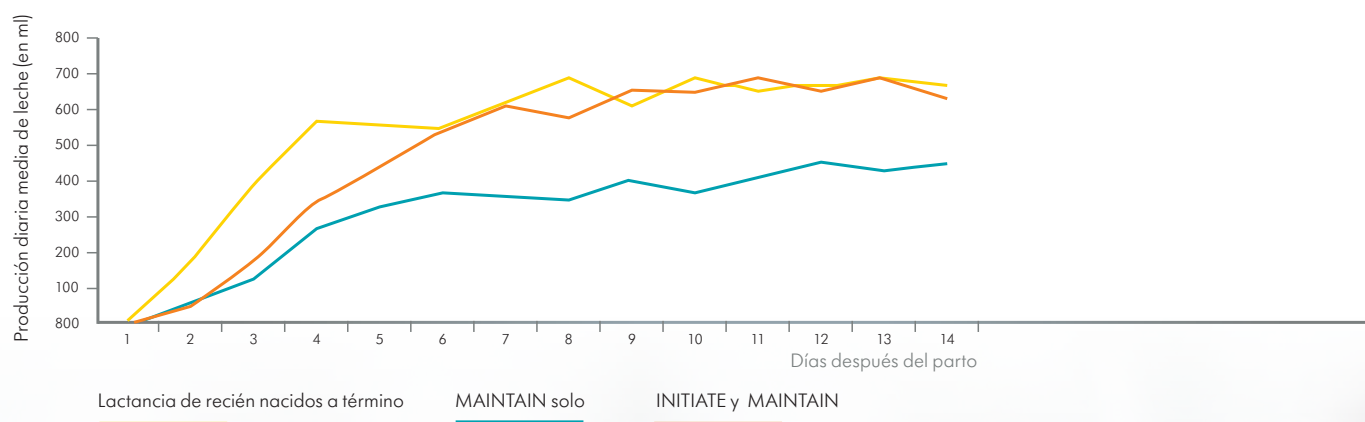


HÁGALO BIEN

- ✓ **Facilite la doble extracción temprana (lo ideal es que sea todavía en la sala de partos!)** con un extractor hospitalario de leche eléctrico doble con tecnología de iniciación.
- ✓ **Ayude a la madre a encontrar la talla correcta del embudo** y a ensamblar sus sets de extracción.
- ✓ **Ayúdela** con sus primeras extracciones.
Para obtener ayuda, puede acceder a instrucciones paso a paso en varios idiomas a través del Medela Symphony Hub en medela.com/symphony-hub
- ✓ **Asegúrese de fijar unas expectativas adecuadas** y de hacer un seguimiento regular con ella.

Las madres que dependen de un extractor de leche y tienen volúmenes de leche inferiores a 150 ml/día en el día 4 después del parto tienen >9 veces más probabilidades de tener un bajo suministro de leche¹⁵ y >7 veces más probabilidades de alimentar con fórmula al momento del alta de la UCIN y posteriormente.¹⁷

EL IMPACTO DEL PROGRAMA INITIATE DE SYMPHONY



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375-1386
Meier, PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103-110

III EXTRACCIÓN FRECUENTE

La extracción frecuente es de gran importancia durante los primeros 14 días después del nacimiento para iniciar y generar volúmenes de leche adecuados para el futuro suministro de leche. Los cambios hormonales después del parto juegan un papel crucial: En los primeros días después del nacimiento, la caída de la progesterona y el aumento de la prolactina, además de la estimulación del pecho, son los desencadenantes fisiológicos que marcan el inicio de una producción de leche significativa (la 'bajada' de la leche) entre 24 y 72 horas. Cuando no se puede dar el pecho al bebé, se debe ayudar a las madres a

extraerse leche al menos ocho veces o más en 24 horas, incluida una vez durante la noche para aprovechar el aumento adicional en la secreción de prolactina durante ese tiempo.¹⁰ Cuando se extrae leche con frecuencia, los pechos se drenan de manera efectiva para generar un suministro de leche adecuado para el día 14. A su vez, si la extracción de leche es poco frecuente en este periodo posparto temprano, puede producirse un retraso en el inicio de la bajada de la leche y es muy probable que los volúmenes de leche permanezcan inferiores a los requeridos de manera permanente.^{15,16}

HÁGALO BIEN

- ✓ **Asegurarse de que la madre tenga acceso** a un extractor de leche y accesorios siempre que los necesite.
- ✓ **Proporcione a las madres un registro de extracciones** para realizar un seguimiento de las sesiones diarias y de los volúmenes de leche.
- ✓ **Facilite orientación clara.** Especifique al menos una sesión de extracción entre las 00:00 y las 07:00 (¡sin descanso de más de cinco horas!)



IV

TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA «BAJADA» DE LA LECHE

Como se mencionó anteriormente, cualquier retraso en la bajada de la leche está relacionado con riesgos de bajos volúmenes de leche y una duración más corta de la lactancia.^{18,19} La bajada de la leche ocurre normalmente entre 24 y 72 horas después del nacimiento.²⁰ Subjetivamente, las madres refieren este evento con una sensación de pechos llenos, pechos sensibles y llanto emocional. Objetivamente, en las madres que requieren de un extractor, se trata del momento en el que logran

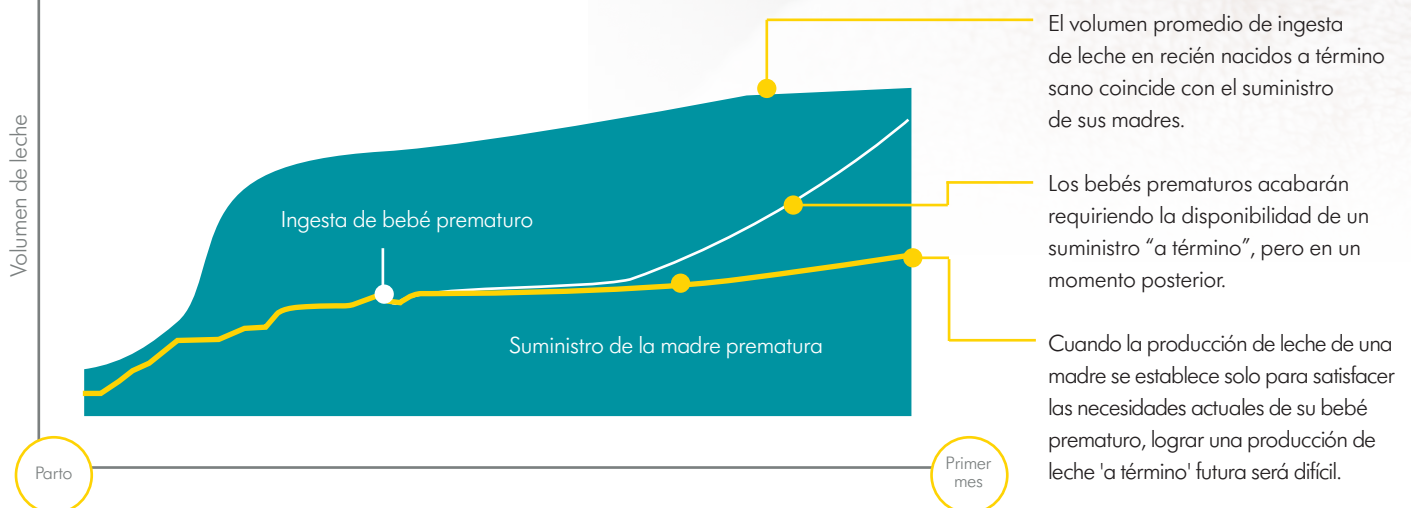
por primera vez un volumen total extraído de ≥ 20 ml en una sesión de extracción. La producción de leche después de 72 horas se define como inicio tardío de la lactancia.²⁰ De hecho, las madres con un inicio tardío de la producción de leche tienen un 60 % más de probabilidades de dejar de dar pecho a las cuatro semanas.¹⁸ Además, los volúmenes bajos de leche en el día 4 se asocian con una probabilidad ocho veces mayor de un bajo suministro de leche a las seis semanas.¹⁵



HÁGALO BIEN

- ✓ **Identifique a las madres con factores de riesgo** de activación secretora retardada, para que su educación y apoyo a la lactancia pueda ser proactivo y específico.
- ✓ **Asegurarse de activar la extracción de leche de forma temprana**, así como de realizar una extracción frecuente, si la lactancia materna no es efectiva.
- ✓ **¡Rastree los volúmenes del extractor!**

Satisfacer las necesidades futuras DEL BEBÉ



FACTORES DE RIESGO DEL RETRASO DE LA LACTANCIA:

Preparto

Obesidad materna^{21,22,24}
 Diabetes^{23,26}
 Cirugía mamaria²⁵
 Primiparidad^{23,26,28}
 Inducción del parto^{27,28}
 Cesárea programada²⁹



Postparto:

Cesárea no programada²⁹
 Parto o nacimiento estresante o prolongado; estrés/dolor psicológico³⁰⁻³³
 Hemorragia postparto^{23,34}
 Bebé prematuro o bebé prematuro tardío^{23,35}
 Separación entre la madre y el lactante³⁶
 Retraso en el primer episodio de lactancia³⁷
 Suplementación en las primeras 48 horas^{23,28}
 Baja frecuencia de lactancia y modo de extracción^{38,39}
 Productos de placenta retenida⁴⁰





OBTENCIÓN DE UN VOLUMEN ADECUADO

El “volumen adecuado” se define como un volumen diario total de suministro de leche de > 500 ml en el día 14 después del nacimiento.^{41,42} Indica que el suministro de leche se encuentra cerca de satisfacer las necesidades a largo plazo del bebé: Alcanzar el volumen adecuado en el día 14 es el predictor más fuerte de alimentación con LPM en el momento del alta en la UCIN. Los altos niveles de hormonas para la producción de leche

favorecen la creación del suministro de leche durante los primeros 14 días⁴³. Es también por eso que se hace más difícil aumentar significativamente el suministro de leche un mes después del nacimiento.^{41,44} Una vez que la madre ha alcanzado el volumen, se la debe ayudar a alcanzar 700 ml o más a diario para satisfacer las necesidades de ingesta diaria de un bebé sano nacido a término.

HÁGALO BIEN

- ✓ **Siempre hay que fomentar la extracción doble.** Ayude a obtener hasta un 18 % más de leche con mayor contenido de grasa, en la mitad de tiempo.
- ✓ **Realice un seguimiento de los volúmenes diarios de leche** para que se pueda intervenir de forma inmediata en caso de que surjan complicaciones.
- ✓ **Compruebe de forma regular si los embudos de pecho se ajustan.** La comodidad es importante para un buen flujo de leche.
- ✓ **Ajuste siempre el extractor al nivel de vacío máximo tolerable que resulte cómodo** para ayudar a extraer más leche en menos tiempo.





VI

DOSIS DE LECHE DE LA PROPIA MADRE



La dosis de leche de la propia madre hace referencia al porcentaje (%) o cantidad (ml/kg/día) de tomas orales que están compuestas totalmente de LPM. La LPM es una intervención médica en la UCIN y funciona de un modo dosis-respuesta para los bebés prematuros. Las dosis más altas de leche de la propia madre (y evitar así la fórmula bovina) son intervenciones de bajo coste que reducen el riesgo de muchas morbilidades, como la ECN y la septicemia, y también se ha demostrado que acortan la duración de la estancia en el hospital.^{4, 45-53} Lo importante

es controlar siempre el volumen de cada dosis de leche materna suministrada al bebé. Lo ideal es que los registros de alimentación especifiquen la composición relativa y el volumen de cada toma: Cuánta fue leche de la propia madre (LPM), cuánta fue leche materna donada (LMD) y cuánta fue de fórmula. La leche de donante siempre debe ser el sustituto de preferencia de la LPM, en caso de que esté disponible. (¡Para ello, lea también nuestra entrevista en la página 2 sobre los bancos de leche!)



HÁGALO BIEN

- ✓ **Revise las políticas y procedimientos de alimentación** y asegure de que el personal esté informado.
- ✓ **Asegure de extraer la leche de forma temprana y frecuente.** ¡No olvide realizar el seguimiento!
- ✓ **Facilite el uso de LMD como puente** para evitar la fórmula bovina si se retrasa la disponibilidad de LPM.
- ✓ **Estipule que los registros de alimentación definan la composición relativa y el volumen de cada alimento:**
LPM:LMD:Fórmula. El objetivo es que todos los bebés de la UCIN reciban: leche materna 100 % humana (LPM/LMD) durante los primeros 14 días y >50 ml/kg/día de LPM (dosis diaria media) en los primeros 28 días.

Literaturhinweise: 1 Johnson TJ et al. J Pediatr. 2013; 162(2):243–249. 2 Patel RM. Am J Perinatol. 2016; 33(3):318–328. 3 Meier PP et al. Pediatr Clin North Am. 2013; 60(1):209–226. 4 Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1–22. 5 Spatz DL J Perinat Neonatal Nurs. 2004; 18(4):385–396. 6 Miracle DJ et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004; 33(6):692–703. 7 Spatz DL J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(1):138–143. 8 Meier PP et al. In: Family Larsson-Rosenquist Foundation, Hrsg. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2018. 9 WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003. 1–30 p. 10 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160–170. 11 Parker LA et al. J Perinatol. 2012; 32(3):205–209. 12 Parker LA et al. Breastfeed Med. 2015; 10(2):84–89. 13 Parker LA et al. FASEB J. 2017; 31(1 Suppl):650.19. 14 Parker LA et al. J Perinatol. 2020; 40(8):1236–1245. 15 Hill PD, Aldag JC. J Perinat Neonatal Nurs. 2005; 19(3):273–282. 16 Kim YJ et al. Clin Exp Pediatr. 2020 Aug; 63(8):312–313. 17 Murase et al., J Hum Lact., 2014. 18 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608–614. 19 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574–584. 20 Boss M et al. F1000Res. 2018; 21 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025–1036. 22 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684–691. 23 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588–594. 24 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465–471. 25 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 26 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385–392. 27 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 28 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607–619. 29 Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 30 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S–3015S. 31 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055–3060. 32 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574–584. 33 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828–839. 34 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 35 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494–500. 36 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89–97. 37 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141–1143. 38 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160–170. 39 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 40 Hernández-Aguilar M-T et al. Breastfeed Med. 2018; 13(9):559–574. 41 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493–499. 42 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135–141. 43 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211–221. 44 Daly SE, Hartmann PE. J Hum Lact. 1995; 11(1):21–26. 45 Bigger HR et al. J Perinatol. 2014; 34(4):287–291. 46 American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding. Pediatrics. 2012; 129(3):e827–e841. 47 Hylander MA et al. Pediatrics. 1998; 102(3):E38. 48 Hylander MA et al. J Perinatol. 2001; 21:356–362. 49 Meinzen-Derr J et al. J Perinatol. 2009; 1(1):57–62. 49 Patel AL et al. J Perinatol. 2013; 33(7):514–519. 50 Sisk PM et al. J Perinatol. 2007; 27(7):428–433. 51 Taylor SN et al. Breastfeed Med. 2009; 4(1):11–15. 52 Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017; 102(3):F256–F261.



**Los estándares necesarios están bien documentados:
la formación del personal sanitario, la información
para los padres, la disponibilidad de extractores de leche,
la extracción doble temprana y la administración de
calostro. Pero: ¡Sólo cuenta para el paciente si
implementamos estas medidas de forma sistemática!**

Profesor Sven Wellmann, Jefe de Neonatología de KUNO Klinik St Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, Alemania

EVALUAR – EDUCAR – MEDIR

**¿Quiere iniciar un programa de mejora
de la calidad y auditar sus prácticas de
la lactancia? ¡Nosotros nos encargamos!
Podrá acceder a más información
divulgativa y herramientas útiles aquí:**



**¿Le interesaría obtener más información
de los propios investigadores líderes?
¡Tenemos conferencias exclusivas gratuitas
en nuestra Universidad Medela!**



Casos de éxito en lactancia

RETOS, ÉXITOS Y PERSPECTIVAS

Convertir la ciencia de la lactancia en cuidados prácticos en beneficio de las madres y los lactantes es el reto al que se enfrentan y conquistan cada día los profesionales de la salud. Por eso, en lugar de darles nuestra opinión sobre cómo aprovechar los resultados de la investigación para mejorar sus protocolos y resultados cotidianos, hemos decidido

recorrir a los expertos clínicos: Siga leyendo mientras comparten sus mejores prácticas sobre cómo convertir con éxito la ciencia en cuidados. Desde la administración precoz de calostro hasta el éxito a largo plazo de la lactancia materna en niños prematuros tardíos. ¡Prepárese para conocer prácticas inspiradoras!



La Dra. Rosalina Barroso, directora de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca de Portugal, ha implementado con éxito nuevas prácticas a través de la iniciativa de QI en la UCIN.



Una hoja de ruta

PARA AUMENTAR LA DOSIS DE LECHE DE LA PROPIA MADRE EN NUESTRA UCIN

¿Qué le impulsó a empezar a trabajar con el kit de herramientas de QI de la UCIN?

Revisamos el sistema de puntuación de la UCIN y detectamos deficiencias en los datos de lactancia de los que disponíamos, así como la oportunidad de mejorar la dosis de leche de la propia madre para nuestros bebés más vulnerables. Existen infinidad de pruebas que demuestran que la alimentación con leche de la propia madre para bebés prematuros y recién nacidos con muy bajo peso al nacer reduce el riesgo de sufrir muchas complicaciones propias de la prematuridad y los costes que esto conlleva, lo que mejora en gran medida la salud del bebé. Lo que hemos desarrollado con el kit de herramientas de QI para lactancia en la UCIN de Medela es la hoja de ruta para aumentar la dosis de leche de la propia madre en nuestra UCIN.

¿Qué fue necesario para implementar esto?

Creo que el trabajo en equipo es esencial para implementar un programa de este tipo. Nos aseguramos de que tuviéramos la aceptación desde la sala de partos, el departamento de obstetricia y la UCIN. Además, contamos con un equipo muy motivado. La formación es fundamental para garantizar que todos los miembros del personal conozcan sus funciones y puedan proporcionar información coherente a las familias sobre el valor de la leche de la propia madre y cómo generar un suministro de leche adecuado. Para ello, es importante organizar sesiones de formación para cuando se incorpora personal nuevo.

¿A qué obstáculos se enfrentaron?

Uno de los obstáculos que descubrimos en un primer momento fue que no solo la extracción de leche en las tres horas posteriores al parto suponía un reto, sino también el lapso de tiempo entre la primera extracción en la sala de partos y la segunda extracción en el departamento de obstetricia. Atribuimos esta diferencia al traslado de la madre de un departamento a otro. Para solucionar este problema, incluimos a una enfermera de la sala de partos y a otra del departamento de obstetricia en nuestro equipo de QI principal para que pudieran apoyar el cambio

de prácticas dentro de sus propios departamentos. También nos dimos cuenta de lo difícil que era para muchas madres reconocer la importancia de extraer la leche con frecuencia durante los primeros días, cuando no obtenían volúmenes significativos de leche. Además, las madres tendían a no registrar sus sesiones de extracción, por lo que se obtenían datos incompletos. Con el fin de gestionar las expectativas maternas durante los primeros días del posparto, prestamos especial atención a la comunicación sobre la extracción durante estos días. Explicamos la importancia de disponer de registros de extracción, ya que nos permiten controlar de cerca la lactancia e intervenir adecuadamente cuando es necesario. Otro obstáculo que tenemos en Portugal es que los equipos y el cuidado de la lactancia no se prescriben ni se reembolsan. Es más, las madres que carecen de un equipo de extracción en casa solo pueden extraer leche cuando llegan a la UCIN para ver a su bebé. La consiguiente reducción del número de sesiones de extracción tiene un impacto negativo en el suministro de leche materna. Lo que hicimos para superar este problema fue prestar extractores Symphony a las madres con pocos recursos.

¿Cómo van a mantener este cambio en su hospital?

Nos dimos cuenta de que las sesiones formativas adicionales para todo el personal con el fin de actualizar sus conocimientos científicos y las buenas prácticas son fundamentales para garantizar la sostenibilidad. Necesitamos asegurarnos de que todo el mundo esté al tanto en todo momento de sus funciones y responsabilidades para apoyar la iniciación y la dosificación de la LPM.

¿Hay un siguiente paso para la QI en su hospital? ¿En qué se va a centrar después de esto?

Nuestro objetivo es seguir mejorando la dosis de leche de la propia madre para los bebés prematuros y estudiar la relación entre la leche de la propia madre y las morbilidades. Además, nos gustaría certificar nuestra UCIN como la primera UCIN agradable para el bebé en Portugal.

El calostro bucal

DEBERÍA SER SIEMPRE LA PRIMERA ALIMENTACIÓN

Aniko Deierl, neonatóloga consultora del Imperial College NHS Healthcare Trust de Londres, y su equipo se han hecho con la medalla de oro al impulsar con gran éxito una mayor disponibilidad de calostro en las UCIN.



Los "Paquetes sobre el calostro" (Colostrum Packs) Aniko Deierl y su equipo destacan la importancia, qué regalo significan estas primeras gotas de oro para el bebé.

El calostro es oro líquido y siempre debe ser la primera alimentación del bebé, especialmente en la UCIN. Este es el objetivo estratégico que llevamos tres años tratando de imponer.

Cuando iniciamos este proyecto de mejora de la calidad en 2020 y medimos nuestra situación, solo entre el 10 y el 20 % de los bebés ingresados en la UCIN <34 semanas de gestación recibían calostro en las primeras 24 horas. En aquel momento, el calostro de 24 horas no formaba parte de nuestras medidas de resultados, por lo que las bajas cifras nos sorprendieron un poco, y ello a pesar de que nuestra tasa de lactancia materna al alta era de alrededor del 80 %, superior a la media nacional.

Éxitos sostenibles

Nuestro objetivo era aumentar esta cifra, con la meta de que el 80 % de los bebés ingresados en la UCIN (<34 semanas de gestación) recibieran calostro en las primeras 24 horas en los próximos 12 meses. El camino no siempre fue fácil, especialmente durante el período con COVID, que afectó negativamente a la estrecha relación necesaria para la extracción precoz del calostro con la madre. Aun así, hemos avanzado mucho: Las cifras varían cada mes, pero por ahora, entre el 50 y el 80 % recibe calostro en las primeras 24 horas de vida. Ahora nos damos cuenta de que la sostenibilidad de nuestro éxito es el verdadero reto: Tenemos que seguir presionando para garantizar que todos los días, todos los bebés tengan la oportunidad de beneficiarse del calostro temprano. Debemos garantizar que los bebés prematuros (<34 semanas) reciban calostro bucal en las primeras

seis horas de vida, idealmente como primera toma, y que la lactancia temprana esté bien establecida para que las madres puedan alcanzar un volumen óptimo y los bebés puedan seguir beneficiándose de la propia leche materna.

Impulsar el estándar del oro líquido

Para alcanzar este objetivo, implantamos un nuevo procedimiento operativo estándar y formamos a las matronas y al equipo neonatal de MDT en él. Hemos adquirido específicamente extractores de leche Symphony de Medela con el programa INITIATE para todas nuestras áreas, incluida la sala de partos, para que todas las madres puedan iniciar la extracción doble utilizando el programa INITIATE en las dos horas siguientes al parto. Periódicamente impartimos formación presencial para matronas sobre nuestros extractores. También nos aseguramos de que las matronas entreguen a las madres, antes o directamente después del parto, nuestros nuevos "Paquetes sobre el calostro oro líquido", que incluyen todos los accesorios para la extracción doble, jeringas, una guía de inicio rápido para la extracción y material informativo sobre el calostro. Los médicos neonatólogos tienen instrucciones de incluir información sobre el calostro cuando realizan el asesoramiento prenatal y se espera que el equipo de neonatología llame a la matrona y compruebe que la primera extracción se produce en las dos horas siguientes al traslado del bebé a la UCIN. Cuanto antes reciban las enfermeras neonatales el calostro recogido, antes podrán administrárselo por vía oral.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

- % de bebés que reciben calostro en 6 horas
- % de bebés que reciben calostro en 24 horas
- % de bebés que reciben calostro como primera toma
- % de bebés que reciben MEBM* el día 14
- % de bebés que reciben MEBM al alta

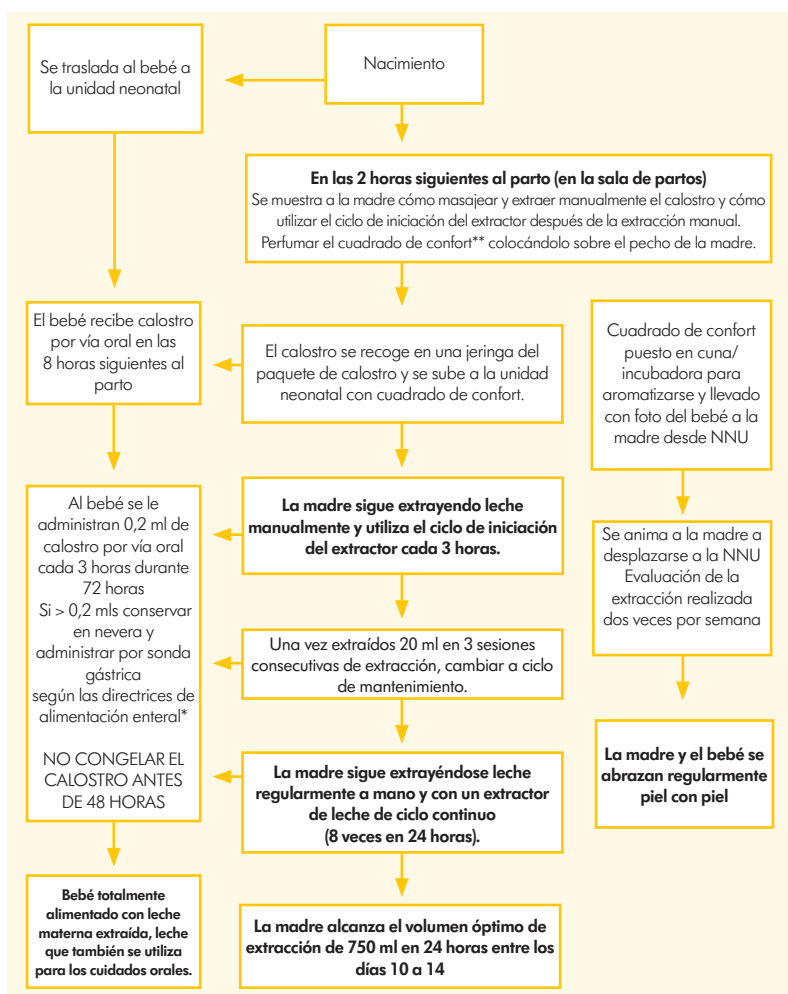
No es nutrición, es preparación intestinal.

Es seguro administrar calostro en pequeños volúmenes (0,2 – 0,3 ml) incluso en bebés con ventilación mecánica, ya que es absorbido por la mucosa oral. La alimentación enteral no debe retrasarse más allá de las ocho horas de vida, pero el bebé se beneficia enormemente si el calostro bucal es la primera toma. Poner gotas de leche materna en la mucosa oral del lactante no es nutrirle, ¡es preparar su intestino! También se observó una relación entre el calostro temprano y una mayor proporción de leche materna exclusiva a los 7 y 14 días del nacimiento”.

NUESTROS 4 IMPULSORES PRINCIPALES

- 1) FORMACIÓN** de la madre y del personal de neonatología/maternidad sobre los beneficios del calostro (ante/postnatal)
- 2) EQUIPO ADECUADO** en todas las áreas (sala de partos, sala de posparto, UCIN) para favorecer la extracción temprana del calostro, incluidos nuestros paquetes "Paquetes sobre el calostro" y los extractores de leche Symphony con tecnología de iniciación
- 3) RESPALDO DE LA EXTRACCIÓN TEMPRANA** de calostro y alimentación precoz con calostro, idealmente en las primeras seis horas de vida
- 4) APOYAR LA LACTANCIA** y el camino hacia la lactancia materna durante la estancia en la UCIN, para lograr una lactancia materna satisfactoria al final

Procedimiento operativo estándar en el Imperial College London



* leche materna extraída de la madre

**cuadrados de punto con textura que se utilizan para captar el olor de la madre y luego se colocan en la incubadora con el bebé.

Dos enfoques

PARA MEJORAR LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EN EL MOMENTO DEL ALTA DE LA UCIN

Lo mejor de la unión de docenas de expertos en lactancia de toda Europa es que todos ellos aportan historias de éxito. 2 enfoques para mejorar las tasas de lactancia materna después del alta de la UCIN.

El camino hacia el éxito es una combinación de compromiso multidisciplinar, personalización de la atención y sistematización de la práctica

El Dr. Manuel Cunha, jefe de servicio y coordinador de la unidad de Neonatología y Pediatría del Hospital Cascais de Portugal, nos habla sobre cómo logró aumentar en más de 30 puntos porcentuales las tasas de lactancia en el momento del alta en la UCIN en cuatro años.



El Dr. Manuel Cunha obtuvo el Best Abstract Award de Medela en el Simposio Europeo de 2023

«En 2018, el indicador de lactancia exclusiva en el momento del alta para recién nacidos menores de 35 semanas de gestación en nuestro centro fue del 39,8%. ¡Definitivamente demasiado bajo! Como nos propusimos mejorar este indicador de calidad, todas las prácticas clínicas se revisaron sobre la base de las mejores pruebas disponibles y los indicios de la Dirección General de Salud portuguesa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Como resultado, establecimos un plan de acción dirigido tanto a profesionales como a padres y recién nacidos.

Un nuevo protocolo para administrar calostro en la orofaringe desde el día del parto hasta alcanzar la autonomía de la alimentación resultó ser un factor clave. El 40% de los bebés ahora recibió su primer calostro durante las primeras 24 horas tras el parto. Se llevaron a cabo iniciativas para fomentar la lactancia, como la extracción de leche frecuente y regular (manual y extracción doble eléctrica) lo antes posible después del parto, comentarios positivos a las madres por cada gota de leche extraída, la promoción del contacto piel con piel, la succión no nutritiva y la alimentación con

el dedo, así como comentarios periódicos a todos los miembros del equipo sobre los resultados obtenidos.

También hemos fomentado la gestión sistemática de las reservas de leche materna a través del sistema MilkTrac®, ya implantado en nuestro centro hospitalario. El uso de la tecnología para respaldar el proceso operativo nos permitió mejorar la conformidad de los procesos y supervisar los pasos clave para el éxito del proyecto.

Y los resultados son impresionantes: al final de nuestro trabajo, el indicador de calidad de la lactancia exclusiva en el momento del alta había aumentado hasta el 73,1% en 2022. Un resultado estrechamente relacionado con la cantidad de leche que reciben los bebés al final de la primera semana, que a su vez está relacionado con la hora de la primera recogida. Atribuimos este éxito a la implicación de un equipo multidisciplinar y a la formación en la recogida y administración tempranas del calostro, así como a una estrategia personalizada de la atención y la sistematización de la atención que ofrece a todos los bebés y familiares las mismas oportunidades.»



Hemos observado que informar a las madres antes del parto supone un auténtico punto de inflexión. Especialmente en los partos prematuros, el apoyo temprano y la formación son fundamentales.

Una tasa de lactancia superior al 70% en el momento del alta: la presentación del caso del Prof. Miguel Sáenz de Pipaón Marcos, doctor del Servicio de Neonatología del Hospital La Paz de Madrid (España), dejó asombrados a los asistentes al taller. Esto genera una pregunta: ¿Cómo lo consiguió, doctor?

«En primer lugar, fue un trabajo duro y un verdadero esfuerzo para el equipo de médicos, matronas y enfermeras. Hemos formado un «Grupo de trabajo para la leche materna» que está copresidido por un neonatólogo y un tocólogo. La implicación del personal de enfermería y de las matronas desde el principio es clave. Juntos hemos establecido un protocolo para la leche materna que se ofrece en nuevas sesiones de formación cada cuatro meses mediante cursos obligatorios para todo el personal, con el fin de actualizar y perpetuar la información. La unidad de lactancia y el equipo de nutrición controlan la ingesta de leche de la propia madre (LPM) por parte de los bebés. Los sistemas electrónicos rellenos por el personal de enfermería son capaces de distinguir entre los distintos tipos de leche: LPM, leche materna de donante o leche de fórmula. Tenemos reuniones mensuales en las distintas unidades en las que analizamos los datos resumidos de varios bebés, y también tenemos reuniones internas semanales en la sala de neonatología donde discutimos casos individuales.

En general, hemos observado que ofrecer información antes del parto supone un auténtico

punto de inflexión. Especialmente en los partos prematuros, es fundamental ayudar y formar a las madres lo antes posible sobre cómo extraer su leche. Según nuestra experiencia, hay mucha más dificultad en la producción de leche con madres que han tenido partos prematuros imprevistos. Por eso hemos designado una enfermera neonatal y una matrona como consultoras de lactancia responsables del asesoramiento prenatal. Nuestro equipo también ha diseñado folletos informativos y actualmente estamos diseñando códigos QR para ayudar a las madres también con información escrita.

Siempre que sea posible, los bebés permanecen con sus madres inmediatamente después del parto. Los bebés prematuros son atendidos en habitaciones individuales con cama para la madre o el padre. Se anima a las madres a recoger su calostro lo antes posible después del parto. Primero, mediante extracción manual (en las tres primeras horas) y, a continuación, mediante extracción mecánica (durante las seis horas posteriores al parto). ¡Recoger el calostro lo antes posible y dárselo al bebé inmediatamente es vital! De hecho, el calostro está prescrito como «medicación» por el facultativo encargado para todos los bebés inmediatamente después de su ingreso en la UCIN. También trabajamos con el banco de donantes de la región para utilizar la leche materna de donantes a modo de puente, al mismo tiempo que se genera la producción de leche de la propia madre. Para lograr un volumen adecuado, la madre cuenta con el apoyo de matronas, enfermeras y consultoras de lactancia durante todo el proceso.



El Prof. Miguel Sáenz de Pipaón Marcos cree en la implicación del personal de enfermería y las matronas para el establecimiento de un protocolo de leche materna.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Vea la grabación de nuestro simposio en nuestra Medela University digital. Puntos CPD disponibles!



Motivando

LA COMUNICACIÓN MARCA LA DIFERENCIA

¿Cuáles son los requisitos previos para el éxito de la lactancia materna a largo plazo en los bebés prematuros tardíos? El profesor Sven Wellmann recopiló respuestas claras en un estudio de intervención prospectivo en Alemania.



Profesor Sven Wellmann,
Jefe de Neonatología de
KUNO Klinik St Hedwig,
Krankenhaus Barmherzige
Brüder, Regensburg,
Alemania

Entre el 80 y el 90 % de todos los bebés prematuros, los que nacen entre las 32 y 36 semanas de embarazo, son los llamados bebés prematuros moderados y tardíos. En la KUNO Klinik St. Hedwig, esto afecta a unos 300 niños al año. Este grupo tan grande de bebés prematuros suele correr el riesgo de ser pasado por alto en la práctica clínica diaria, ya que normalmente requieren de pocos cuidados intensivos, pero también necesitan apoyo con urgencia. Estos niños pierden entre cuatro y ocho semanas cruciales de desarrollo en el útero, con consecuencias no sólo a corto sino también a largo plazo: El peso corporal y el volumen cerebral de los bebés prematuros nacidos a las 34 semanas de gestación están en torno a un 40 % por debajo de los nacidos a término y, por lo tanto, su maduración orgánica es incompleta.¹ Alrededor de uno de cada dos recién nacidos de este grupo también se ve afectado por algún trastorno de adaptación respiratoria, especialmente los niños nacidos a partir de cesárea, debido a la eliminación inadecuada de líquido de los pulmones del bebé.^{2,3} Estos bebés prematuros moderados y tardíos tienen un resultado neurológico medio de aproximadamente un 6 % peor una vez transcurridos 18 meses⁴ y un mayor riesgo cardiometabólico y respiratorio a la edad de 3

a 12 años.^{5,6} Por lo tanto, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cómo podemos apoyar mejor a estos bebés prematuros tardíos? ¿Cuáles son los predictores del éxito de la lactancia materna a largo plazo?

La formación marca la diferencia

Nuestra intervención: una campaña de formación a gran escala enfocada a las madres y a nuestro personal de todas las salas de ginecología y pediatría. Todos los padres recibieron un paquete de información estandarizado antes y después del nacimiento. Colocamos pósteres – en la sala de espera para el registro de nacimientos, en la sala de partos, en las salas – distribuimos folletos y mostramos vídeos de formación, todo en base a una identidad corporativa uniforme. Utilizamos Neo-Milk* como única fuente de información para padres y personal. Facilitamos una formación integral a matronas, enfermeras, médicos y todos aquellos que acompañan a las madres antes y después del parto. Para garantizar la disponibilidad de leche materna para todos los niños y, especialmente, para los prematuros, también hemos creado nuestro propio banco de leche. Los resultados que hemos obtenido han sido sorprendentes: el 75 % de los bebés de este grupo de intervención fueron alimentados con



LA INTERVENCIÓN

- Campaña de formación integral temprana para (futuros) padres
- Formación integral de todo el personal (matronas, enfermeras, médicos)
- Implementación de una única fuente de información (Neo-Milk*) con visibilidad transversal
- Creación de un banco de leche que garantice la disponibilidad de leche materna para todos los niños

EL RESULTADO

26,5 %

¡Después de la intervención, aumentaron los bebés alimentados con leche materna con respecto a la situación anterior!

leche materna en el momento del control general alemán ("U4") a la edad de 3 a 4 meses. Antes de iniciar la intervención, esta cifra era tan solo del 48,5 %. Además, más del doble de madres del grupo de intervención habían aprovechado el asesoramiento sobre lactancia materna.²

La experiencia de la autoeficacia

Esto demuestra lo esencial que es llegar a las madres lo más pronto posible y también con la información más completa sobre la importancia de la leche materna y la lactancia, además de facilitarles asesoramiento continuo como profesionales informados. Un factor decisivo para el éxito de nuestro estudio fue, entre otras cosas, que la madre produjera al menos 500 ml/día de leche materna en el día 14 después del parto. Además, una experiencia temprana de la madre en cuanto a autoconfianza y autoeficacia en relación con la lactancia materna (medida 14 días después del nacimiento) llega a ser un predictor independiente de la alimentación con leche materna en los 3 a 4 meses de edad. Para conseguirlo, todas las recomendaciones deben implementarse de manera sistemática: información para la madre lo más pronto posible, extracción temprana y regular con un

extractor doble, pruebas regulares de lactancia y orientación sistemática por parte de profesionales con una plataforma de información estandarizada.

La cesárea sigue siendo un factor de ralentización

El parto por cesárea sigue siendo todo un reto: Nuestro estudio pudo demostrar que el parto por cesárea tiene un impacto negativo en la alimentación con leche materna al momento del control "U4". Hay que prestar especial atención a la rutina de lactancia materna de las nuevas madres. Necesitamos que todo el personal comprenda la importancia de la leche materna para los bebés prematuros moderados y tardíos. Sólo así podremos crear las condiciones para el éxito de la lactancia materna a largo plazo.

Literaturhinweise: 1 Fenton TR, Kim JH. BMC Pediatr. 2013 Apr 20;13:59. 2 Gromann J et al. Incidence of neonatal respiratory morbidity after vaginal and caesarean delivery in the late-preterm and term period – a retrospective cohort study. Swiss Med Wkly. 2024;154:3798. 3 Wellmann S et al. Neonatology. 2021;118(1):116-121. 4 Ryan MA et al. Front Pediatr. 2023 Nov 30;11:1256872. 5 Yoshida-Montezuma Y et al. JAMA Netw Open. 2022 May 2;5(5):e2214379. 6 Du Berry C et al. EClinicalMedicine. 2022 Jul 29;52:101597. *Neo-MILK ist ein wissenschaftliches Projekt in Deutschland mit dem Ziel, die Unterstützung für das Stillen zu verbessern und Frauenmilchbanken auf neonatologischen Intensivstationen einzurichten. neo-milk.uni-koeln.de

SYMPHONY® PLUS

Un extractor: una combinación única

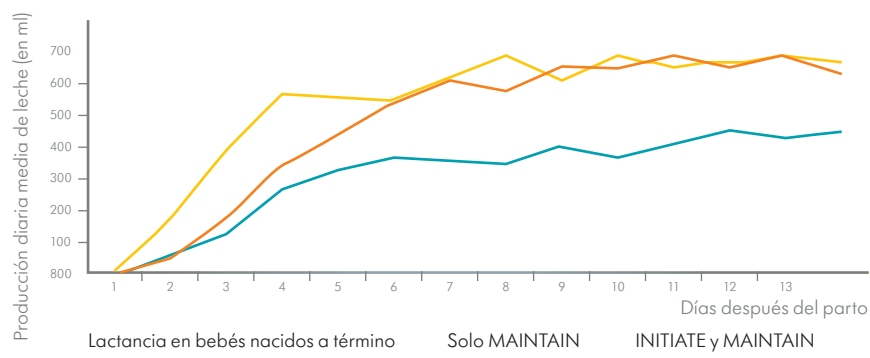
Con sus dos programas basados en la investigación, el extractor de leche Symphony junto con la tarjeta Symphony® PLUS es la mejor opción para garantizar un buen inicio y una buena formación cuando existan dificultades iniciales y, en caso necesario, mantener el suministro de leche de la madre a largo plazo.

Durante los primeros días tras el parto, los bebés succionan de forma diferente a cuando se establece la lactancia: El comportamiento de succión sigue siendo irregular e incluye pausas frecuentes, un ritmo diseñado especialmente por la naturaleza para estimular la lactancia tras el parto de forma óptima. Symphony ofrece el programa INITIATE para garantizar una simulación más precisa de este proceso de activación de la lactancia.

Simula el ritmo de succión y pausa del recién nacido durante los primeros días de lactancia. Después de la activación secretora, la madre puede cambiar al programa MAINTAIN, que imita el ritmo de succión de un recién nacido sano durante la lactancia establecida, basándose en la tecnología 2-Phase Expression de eficacia demostrada: Al principio, el bebé estimula el pecho de la madre mediante ciclos

de succión rápidos y cortos. Una vez que se ha activado el reflejo de eyección de la leche y la leche comienza a salir, el bebé cambia a una forma de succionar más regular. La tecnología 2-Phase Expression simula con precisión este ritmo, lo que permite extraer la leche de forma más eficaz.

Sin embargo, la combinación de estos dos programas es lo que hace que Symphony sea tan extraordinario: Como parte de un ensayo clínico aleatorizado, los investigadores estudiaron la eficacia de los programas INITIATE y MAINTAIN. En el ensayo, participaron madres de bebés prematuros que necesitaban un extractor de leche, y se dividieron en dos grupos: Uno de los grupos utilizó Symphony con el programa INITIATE hasta que se produjo la activación secretora y, a continuación, cambió al programa MAINTAIN. El otro grupo solo utilizó MAINTAIN.¹



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375-1386
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103-110

Los resultados

En comparación con las madres que utilizan únicamente MAINTAIN, las madres que utilizan INITIATE y las que utilizan MAINTAIN:¹

- Lograron volúmenes de leche diarios significativamente mayores en las primeras dos semanas.
- Tuvieron más probabilidades de obtener un suministro superior a 500 ml (16,9 fl oz) al día al final de la segunda semana.
- Volúmenes extraídos después de usar el programa INITIATE seguido de MAINTAIN similares a los consumidos por un bebé nacido a término desde el día 6 al 14 tras el parto.^{1,2}

Cómo configurar
Symphony, paso a paso:



ica de programas

Las madres que
utilizaron INITIATE* alcanzaron
la activación secretora⁴
1,2 días antes



VENTAJAS DE LA EXTRACCIÓN DOBLE

Además de ser más rápida, una gran ventaja para las madres y los profesionales sanitarios ocupados, las investigaciones demuestran que la extracción doble permite obtener, de media, un 18% más de leche en comparación con la extracción simple de cada pecho.³ Además, la leche extraída tiene un mayor contenido energético.³



PARA MÁS INFORMACIÓN

Consejo: Nuestra formación online de Symphony ya está disponible en 10 idiomas en la Medela University.



Te asesoramos para que puedas ayudar a las madre

¡Nos encanta compartir!

Las últimas investigaciones sobre la la leche humana, estudios relevantes sobre lactancia materna, los mejores casos de la práctica clínica y, por supuesto, todo lo que hay que saber sobre cómo utilizar mejor nuestros productos. Aquí, puede encontrar todo lo que necesita para ayudar a las madres a alcanzar sus objetivos de lactancia materna.

NEWSLETTER

Suscríbase ahora para recibir las últimas noticias del mundo de la lactancia materna y la investigación sobre lactancia, eventos exclusivos, los mejores casos de toda Europa, tecnologías innovadoras e interesantes desarrollos de producto.



SYMPHONY HUB

Nuestro sistema de asistencia digital sobre cómo utilizar nuestro extractor hospitalario y el extractor de alquiler, Symphony. Con sencillas instrucciones paso a paso, vídeos útiles, enlaces y elementos visuales, todo ello optimizado para su uso móvil.



MEDELA UNIVERSITY

Inscríbase en cursos gratuitos en línea y charlas a la carta sobre lactancia materna y amamantamiento, impartidos por científicos de renombre mundial.



**¿ALGUNA PREGUNTA,
COMENTARIO O IDEA QUE QUIERA
COMPARTIR? ¡NOS ALEGAMOS DE
TENER NOTICIAS SUYAS!**

Póngase en contacto con nosotros en
info@medela.es