

**REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY**

Ministerio de Salud Pública

Ministro

Dr. Jorge Basso

Sub Secretaria

Dra. Cristina Lustemberg

Director General de la Salud

Dr. Jorge Quian

Sub Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Área Programática de Salud de la Niñez

Dra. Claudia Romero

**Coordinación Nacional de
Lactancia Materna**

Mag. Nut. Carolina de León Giordano

Área Programática de Nutrición

Mag. Nut. Ximena Moratorio

Material dirigido al equipo de salud

Equipo Técnico

COORDINACIÓN

Mag. Nut. Carolina de León Giordano
Mag. Nut. Ximena Moratorio
Dra. Claudia Romero

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO Y REDACCIÓN

Mag. Nut. Carolina de León Giordano
Lic. Nut. Natalia De Souza
Dra. Rosebel de Oliveira
Dra. Mara Castro
Mag. Nut. Ximena Moratorio

REVISADO Y CORREGIDO POR:

Dra. Claudia Romero, Asesora Responsable del Área Programática de Salud de la Niñez del MSP; **Dra. Mercedes Pérez**, Asistente Área Programática de Salud de la Niñez del MSP; **Dra. Gabriela Amaya**, Asistente Área Programática de Salud de la Niñez; **Mag. Ps. Nora d' Oliveira**, Adjunta al Despacho Ministerial del MSP; **Dra. Ana Visconti**, Responsable del Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva del MSP; **Dr. Rafael Aguirre**, Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva del MSP; **Dra. Susana Cabrera**, Responsable del Área Programática ITS-VIH/Sida del MSP; **Dra. Anabella Santoro**, Programa Uruguay Crece Contigo; **Dra. Catalina Pirez**, Clínica Pediátrica A – Facultad de Medicina – UDELAR; **Dra. Karina Machado**, Clínica Pediátrica A – Facultad de Medicina – UDELAR; **Dra. Adriana Iturralde**, Clínica Pediátrica C – Facultad de Medicina – UDELAR; **Mag. Nut. Florencia Cerruti**, Programa Uruguay Crece Contigo; **Mag. Nut. Florencia Koncke**, Programa Uruguay Crece Contigo; **Mag. Nut. Natalia Rey**, Programa de Nutrición del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo; **Lic. Nut. Carlos Larroque**, Red de Atención del Primer Nivel de Atención Metropolitana – ASSE; **Dra. Cristina Estefanelli**, Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría; **Dra. Rosario Satriano**, Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría; **Dra. Analí Moggi**, Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría; **Dra. Alejandra Girona**, Departamento de Nutrición Básica de la

Escuela de Nutrición–UDELAR/Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas; **Dra. Jaqueline Lucas**, Escuela de Nutrición–UDELAR; **Mag. Nut. Isabel Pereyra**, Licenciatura de Nutrición– Universidad Católica del Uruguay; Escuela de Parteras–UDELAR; Cátedra de Odontopediatría– Facultad de Medicina –UDELAR; **Lic. Alicia Munyo**, Jefa de Servicio de Fonoaudiología del Centro Hospitalario Pereira Rossell; **Mag. Nut. Beatriz Agazzi**, Maestría en Nutrición – Universidad Católica del Uruguay; **Dra. Isabel Bove**, Asesora Sub Secretaria MSP, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. María José Paz**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. Nadya Golovchenko**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. Raquel Rodríguez**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Mag. Nut. Luján Martínez**, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI); **Lic. Nut. Laura Fazio**, Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rosell; **Esther Castellí**, Banco de Leche Humana – Tacuarembó; **Lic. Nut. Alejandra Texeira**, Banco de Leche Humana – Salto; **Dra. María Stella Zapata Lima**, Banco de Leche Humana – Tacuarembó; **Dra. Lilian Carroscia**, Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rosell; **Lic. Enf. Adriana Sánchez**, Centro de Recolección de Leche Humana – Banco de Previsión Social; **Lic. Nut. Mónica Blanco Echeverría**, Administración de Servicios de Salud del Estado; **Dra. Dhione Carrasco**, Administración de Servicios de Salud del Estado.

La revisión y actualización de la presente Norma se realizó con el apoyo de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y el equipo técnico de RUANDI. Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil junto a los técnicos de las Áreas Programáticas de Salud de la Niñez y de Nutrición.

Dado que el proceso de revisión y actualización de los documentos referidos a la Norma Nacional de Lactancia Materna, Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses y Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses se inicia durante el año 2014, queremos agradecer a las autoridades anteriores especialmente a la Responsable del Área Programática de Salud de la Niñez Dra. Anabella Santoro y la Coordinadora Nacional de Lactancia Materna del equipo anterior Dra. Mara Castro.

Nota: La revisión y correcciones del presente documento fueron realizadas en noviembre de 2015 y se realizaron ajustes, consultas y correcciones hasta el mes de noviembre de 2016.



Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 19 ENE 2017

VISTO: la necesidad de contribuir a alcanzar el óptimo estado de salud, nutrición y desarrollo de los niños;

RESULTANDO: que dicho objetivo se pauta de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño, y con base en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud Pública, mediante la Protección, Promoción y Apoyo de la práctica de Lactancia Materna;

CONSIDERANDO: I) que es necesario establecer y actualizar las normas para la implementación y desarrollo de acciones que protejan, promuevan y apoyen la lactancia exclusiva y a libre demanda de los niños hasta los seis meses de edad y, la lactancia materna con alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua, segura, perceptiva y debidamente administrada hasta los 2 años o más, según lo decida el binomio madre – bebe, así como el desarrollo de estrategias junto a las familias y todos los actores de la comunidad, que contribuyan con el fin nacional;

II) que se deberán definir los criterios de intervención para la protección de la lactancia materna en todos los componentes de prestación, organización y gestión del Sistema Nacional Integrado de Salud de todo el país, alineados con las últimas recomendaciones referidas por la Organización Mundial de la Salud y especialmente por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del niño pequeño;

III) que corresponde restablecer las Buenas Prácticas de Alimentación (BPA) del lactante y del niño pequeño, con base en los contenidos de la presente Norma Nacional, así como la aplicación de la “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses” y de la “Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses”, del Ministerio;

IV) que es pertinente establecer los mecanismos para el cumplimiento en todo el territorio nacional, del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, que establece la



Ministerio de Salud Pública

Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y todas las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) complementarias y ampliatorias referentes a dicho Código;

V) que se establecerán los criterios de contraindicación de lactancia materna y el mecanismo de prescripción y uso de preparados o fórmulas lácteas para lactantes y otras leches. En dichas situaciones especiales deberá tomarse como referencia el documento del Ministerio “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses”;

VI) que es pertinente darle seguimiento a las reglamentaciones, el funcionamiento y acatar la normativa que rige para la Red de Bancos de Leche Humana para el territorio nacional y promover la creación de otras sedes o sitios de recolección de Leche Humana, en las regiones del país que sea necesario, para fortalecimiento de la Red;

VII) que se establecerán las buenas prácticas para el manejo de fármacos y otras sustancias químicas durante la lactancia materna, de acuerdo a las últimas evidencias existentes;

VIII) que es pertinente garantizar el cumplimiento de los derechos de la mujer que amamanta y la protección de la maternidad, la paternidad y la lactancia, en el ámbito de trabajo, de acuerdo a las leyes vigentes en todo el territorio nacional;

IX) que corresponde asimilar a esta Ordenanza, la “Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses” y la “Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses”, que han sido actualizadas en esta oportunidad y que forman una unidad para la protección de la Lactancia Materna y una alimentación saludable y segura de lactantes y niños pequeños, en todo el territorio nacional;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, lo establecido en la Ley N° 16.519 de 22 de julio de 1994 – Derechos Humanos - Protocolo de San Salvador-, en el

Artículo 24 Literal e) de la Ley N° 16.137 de 28 de setiembre de 1990 – Convención sobre los derechos del niño -, la Ley N° 17.803 de 24 de agosto de 2004 – Promoción de la Lactancia Materna -, la Ley N° 9.202 – Orgánica de Salud Pública – de 12 de enero de 1934, la Ley N° 17.215 de 24 de setiembre de 1999 y lo dispuesto por el Artículo 9 del Decreto N° 186/004, de 8 de junio de 2004;

LA MINISTRA (I) DE SALUD PÚBLICA

RESUELVE:

- 1º) Apruébense las **Normas para la implementación y desarrollo de acciones que protegen, promueven y apoyan la Lactancia Materna en todo el territorio nacional**, incluyendo la aplicación de los contenidos técnicos que figuran como Anexo I y forman parte integrante de la presente Ordenanza.
- 2º) Incorpórense a la misma los documentos relacionados: “**Guía de uso de preparado para lactantes hasta 12 meses**” y “**Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses**”, que figuran como Anexo II y Anexo III, respectivamente, y forman parte integral de esta resolución.
- 3º) Comuníquese a todos los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Publíquese en la página web del Ministerio. Tome nota la Dirección General de la Salud y la Junta Nacional de Salud. Pase a sus efectos al Área Programática de Salud de la Niñez y al Área Programática de Nutrición. Cumplido, archívese.

Ord. Min N° 69

Ref. N° 001-3/10239/2016.

/ST.


Dra. CRISTINA LUSTENBERG
MINISTRA (I)
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ÍNDICE

Ordenanza Ministerial N° 62 /2017 _____	pág. 5
Listado de siglas utilizadas en el documento _____	pág. 15
Glosario de términos _____	pág. 16
Introducción _____	pág. 21
Beneficios de la lactancia materna _____	pág. 23
Situación de la lactancia materna en Uruguay _____	pág. 29
Norma Nacional de Lactancia Materna _____	pág. 33
Manual Práctico de lactancia materna: Contenidos técnicos básicos para la consejería en lactancia materna para el equipo de salud _____	pág. 63
El derecho a recibir consejería en lactancia materna _____	pág. 65
Contacto piel con piel y amamantamiento inmediato _____	pág. 66
Apoyando la lactancia: Técnicas de amamantamiento adecuado _____	pág. 66
Manejo de la lactancia en recién nacidos prematuros _____	pág. 75
Manejo de la lactancia en recién nacidos gemelares _____	pág. 76
Aspectos sobre la salud bucal y la prevención de caries durante la lactancia _____	pág. 76
Consejería para madres VIH positivas _____	pág. 78
Lactancia materna y hábito de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilícitas _____	pág. 80
Bases de la alimentación de la mujer durante la lactancia _____	pág. 83
Referencias bibliográficas _____	pág. 85
Bibliografía consultada _____	pág. 87

Índice de tablas

TABLA Nº 1	Prevalencia Resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Nutrición del Lactante y del Niño pequeño _____	pág. 43
TABLA Nº 2	Fármacos contraindicados _____	pág. 51
TABLA Nº 3	Fármacos potencialmente peligrosos _____	pág. 52
TABLA Nº 4	Fármacos probablemente seguros en dosis habituales _____	pág. 52
TABLA Nº 5	Fármacos seguros en dosis habituales _____	pág. 53

Listado de **Siglas** utilizadas en el documento

AMS	Asamblea Mundial de la Salud	MS	Ministerio de Salud
BLH	Bancos de Leche Humana	OMS	Organización Mundial de la Salud
BPA	Buenas prácticas de alimentación	OPS	Organización Panamericana de la Salud
BPA	Bisfenol - A	OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales 2020
CRLH	Centro de Recolección de Leche Humana	RN	Recién nacido
DIGESA	Dirección General de Salud	RUBLH	Red Uruguaya de Bancos de Leche Humana
ECNT	Enfermedades crónicas no trasmisibles	SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño	SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
LH	Leche humana	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Asamblea Mundial de la Salud
LHO	Leche humana ordeñada	VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
LM	Lactancia Materna		
LME	Lactancia materna exclusiva		
LMP	Lactancia materna predominante		

Glosario

de términos

- 1. Lactantes:** Niños menores de 12 meses de edad.^{1y2}
- 2. Niños pequeños:** Niños desde los 12 a los 36 meses de edad.³
- 3. Lactancia materna exclusiva (LME):** Cuando la niña/o recibe solamente leche materna, directamente del pecho u ordeñada, o leche humana de otra fuente sin ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes conteniendo vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.
- 4. Lactancia materna predominante (LMP):** Cuando la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. El niño recibe además otros líquidos (agua y bebidas a base de agua, tés, infusiones, jugos o caldo de frutas), sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).
- 5. Lactancia Materna (LM):** Cuando la niña/o recibe leche materna (directamente u ordeñada), independientemente de recibir o no otros alimentos.
- 6. Lactancia materna complementada:** Cuando la niña/o recibe, además de leche materna, cualquier alimento sólido o semi-sólido con la finalidad de complementarla, y no de sustituirla. En esta categoría los niños pueden recibir, además de leche materna otro tipo de leche, pero esta no es considerada un alimento complementario.
- 7. Lactancia materna mixta o parcial:** Cuando la niña/o recibe leche materna y otros tipos de leche (preparados para lactante, leche de vaca u otro animal diluida o no).
- 8. Sucedáneo de la leche materna:** todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. 4
- 9. Preparado para lactantes:** Es el producto basado en leche de vaca u otros animales y/o de otros componentes comestibles de origen animal (incluido el pescado) o vegetal, que se considere adecuado para la alimentación de los lactantes, estando destinado a ser usado cuando sea necesario como sustitutivo de la leche humana en la satisfacción de las necesidades nutricionales de dichos lactantes. Podrán presentarse en forma líquida o polvo. 1
- 10. Preparado a base de leche de vaca:** Es la fórmula para lactantes en la que más del 90% de la proteína del alimento deriva de la leche de vaca.¹
- 11. Preparado a base de soja:** Es el alimento que no contiene leche de vaca, elaborado con proteína aislada de soja o harina de soja, con diversos agregados.¹
- 12. Preparado de indicación especial:** Es el alimento elaborado para satisfacer necesidades nutricionales o alimentarias propias de algunos grupos de lactantes que padecen trastornos o enfermedades diversas.¹
- 13. Alimentación Complementaria:** Proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales y energéticos del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos además de la leche materna.⁵
- 14. Relactación:** Es la recuperación y el mantenimiento de la secreción láctea después de que una mujer ha dejado de amamantar por un período que puede ir de días a meses. Se refiere también al aumento de la producción insuficiente de leche para volver a la lactancia materna exclusiva.
- 15. Bisfenol A:** El bisfenol A o BPA es una sustancia química ampliamente utilizada en la fabricación de plástico de policarbonato y resinas epoxi. La exposición de los consumidores a través de los alimentos puede producirse por migración de BPA desde materiales que están en contacto con los alimentos. Existe preocupación por las posibles propiedades tóxicas y hormonales del BPA.⁶

Prólogo

Uno de los argumentos expresados por el Ministerio de Salud para definir los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), es la “reducción del grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables, dados por sus entornos, fortaleciendo al mismo tiempo las capacidades para tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas para su pleno desarrollo.” (OSN 2020) ⁷

La práctica de la lactancia materna se vincula, directa e indirectamente, con evidencia contundente a varios de los problemas críticos nacionales priorizados por este Ministerio.

Dentro de los Objetivos Estratégicos expresados, se propone la lactancia materna como la mejor práctica de alimentación saludable al inicio de la vida, insustituible, equitativa y sostenible. Recibir leche materna como primer alimento y como alimento exclusivo hasta los seis meses de vida se relaciona con varios de los resultados esperados al 2020, como es la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal, la reducción de la prevalencia de anemia en los primeros dos años de vida, la disminución del sobrepeso y la obesidad en etapas tempranas y tardías, la reducción de la carga de morbimortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes asociadas y la mejora en el desarrollo infantil.

Normatizar las acciones necesarias para proteger la práctica del amamantamiento en nuestro país implica un gran desafío, y es uno de los objetivos elaborar las estrategias y acciones para llevarlos a cabo, regular, reglamentar y controlar su implementación a corto, mediano y largo plazo.

En este documento, han participado los actores y referentes involucrados en el ámbito de las políticas de salud, academia, organizaciones científicas y de la sociedad civil. Esperamos sumar más actores desde una mirada más integradora, para poder continuar en la protección de una de las prácticas alimentarias y por esto también culturales, que han demostrado tener impacto inigualable para la economía, el desarrollo y la salud pública de los países.

Introducción

La Convención sobre los Derechos del Niño, considerada por este Ministerio para la construcción de esta Norma Nacional de Lactancia Materna, pone de manifiesto la importancia de la alimentación saludable, segura, inocua y culturalmente aceptada, desde el inicio de la vida. Específicamente en el Artículo 24 de esta Convención expresa: “El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud.” En ese marco se establece que: “se debe asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna...” “y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos”⁸.

Los determinantes de la lactancia materna son multifactoriales y por esta razón necesitan medidas de protección en varios niveles, desde las directivas legales y políticas, hasta de valores sociales, condiciones de trabajo de la mujer, las condiciones de empleo y por supuesto de servicios de cuidados en salud que apoyen a las mujeres y familias a amamantar.⁹ Estas intervenciones deben ser simultáneas, con criterios unificados y de amplia mirada.

Amamantar es un comportamiento de los mamíferos y por lo tanto de los seres humanos. Es parte de la cultura de la crianza y no sólo de la cultura alimentaria. El alimento es la leche materna; una sustancia inigualable desde el punto de vista nutricional, neuroendocrino e inmunológico. Pero el amamantamiento es más que eso, y allí es donde comienza su complejidad. Para cuidar la salud de nuestros niños y niñas, queremos proteger el acceso a la leche materna y debemos trabajar juntos para eso.

“Si saliera disponible una nueva vacuna, la cual pudiera prevenir por un año un millón o más de muertes infantiles, que además fuera de bajo costo, segura, administrada por vía oral, y que no requiera de cadena de frío, se convertiría en un imperativo inmediato para la salud pública. La lactancia materna puede hacer esto y más...”¹⁰

Beneficios de la lactancia materna

A decorative graphic on the right side of the page, consisting of a solid blue background with several overlapping white circles of varying sizes. The circles are arranged in a way that they overlap each other, creating a pattern of white and blue shapes. The circles are positioned in the lower half of the page, below the main title.

Toda madre y toda niña o niño, sin importar el lugar o las circunstancias en que se encuentren, se benefician con las prácticas óptimas de lactancia materna.¹¹

Los beneficios que presenta para los niños, sus madres, las familias, la sociedad y el medioambiente son innumerables y cada día hay más evidencia al respecto. 12 y13 No es objeto de la presente Normativa detallar todos y cada uno de ellos en extrema profundidad, sino que a modo de contextualizar y comprender los motivos de proteger este comportamiento, se describen algunos de los más significativos.

Beneficios de la Lactancia Materna para el niño:

Dentro de los principales beneficios que ofrece la lactancia materna, se destaca la reducción de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, especialmente en los dos primeros años de vida del niño.

En los lactantes amamantados exclusivamente, el riesgo de muerte es de solo 12% en los países de ingresos bajos y medianos, en comparación con el riesgo que corren los niños que no fueron amamantados, lo cual subraya el potente efecto protector de la lactancia materna exclusiva. 11 En promedio, los lactantes menores de 6 meses que no fueron amamantados tienen 3 a 4 veces más probabilidades de morir, que los que recibieron leche materna.¹¹

Por otra parte, hay abrumadora evidencia de que la lactancia materna protege contra las dos causas principales de muerte en niños menores de cinco años a nivel mundial, como lo son la neumonía y la diarrea. 14 Por otra parte una revisión sistemática de la OMS 15 sostiene que la exclusividad de la lactancia por seis meses, reduce la morbilidad por enfermedades gastrointestinales (GI) y por alergias, sin perjuicios en el crecimiento del niño.

Un metanálisis que incluye seis estudios de alta calidad muestra que la lactancia materna exclusiva en prematuros, redujo en un 36% los casos de muerte súbita del lactante. 14 Otro

metanálisis de cuatro estudios randomizados y controlados mostró que se redujo en un 58% la enterocolitis necrotizante, una patología con alta incidencia de mortalidad. 14

No sólo hay evidencias fuertes de que es fundamental para la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo del niño durante el inicio de su vida, sino que sus beneficios a largo plazo impactan sobre la salud y la prevención de enfermedades en la vida adulta.^{12 13 15}

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. 12 13 Se adapta a las necesidades del niño, modificando su composición a medida que crece y se desarrolla, permitiendo una maduración del aparato digestivo. 12 13 En el recién nacido el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.^{12 13}

En una revisión sistemática de la OMS 2013 15, se sugiere una reducción del 10% en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños expuestos a largos períodos de tiempo de lactancia, mientras que para 2016 la Serie The Lancet concluye que la duración más prolongada de la lactancia materna se asoció con una reducción del 13% de las probabilidades de prevalencia de sobrepeso u obesidad y una reducción de 35% de la incidencia de Diabetes Tipo 2.¹⁴

El estudio de Framingham Offspring observó una relación entre la lactancia materna y un menor índice de masa corporal IMC y más altos niveles de concentración de lipoproteína de alta densidad HDL en adultos. Los niños amamantados regulan ellos mismos el volumen que requieren a diferencia de los que reciben biberón con un volumen determinado. Estas maniobras determinan de forma temprana la regulación de las señales de apetito y saciedad y su repercusión con la ganancia de peso en la vida adulta. 13 La leche materna varía en el tipo de proteínas y en la cantidad de las mismas respecto de los preparados para lactantes, lo que explica el menor consumo de proteínas y por lo tanto una diferencia en el metabolismo energético en los niños amamantados. 15

La alta ingesta de proteínas se asocia a mayor prevalencia de obesidad y también la respuesta hormonal a las fórmulas es diferente, promoviendo éstas últimas un aumento de la insulíemia y aumento de los adipocitos, mayor que bajo lactancia materna exclusiva 15

El Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia de la OMS 16 destaca en la primer línea de acción estratégica planteada, que la promoción de la lactancia materna puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad cerca de un 10%.

Beneficios de la Lactancia Materna para las mujeres que amamantan:

Amamantar mejora la autoestima de las mujeres y favorece un equilibrio emocional que juega a favor del autocuidado como mujer y del cuidado de su hijo. 12 13

Favorece la retracción del útero por estímulo de la ocitocina, que además de actuar sobre la eyección de leche, actúa simultáneamente

Las ECNT tienen un componente de «programación» durante la exposición a determinados factores de riesgo que ocurren durante el embarazo y/o en los primeros años de vida. La calidad de la dieta incluyendo el tipo de leche recibida al nacer y en los primeros años, es uno de estos. 17,18 19.

La Lactancia materna ayuda a preparar a los niños para un futuro saludable. En todos los niveles de ingresos, la lactancia materna se asocia con un incremento del coeficiente de inteligencia de 3 puntos, teniendo en cuenta el cociente de inteligencia materno. 14 15

Respecto a la salud bucal y desde el punto de vista anatómico-funcional del tercio inferior del macizo facial, el amamantamiento representa el factor inicial para el adecuado desarrollo maxilofacial. Los movimientos de adelantamiento del maxilar inferior para la extracción del alimento, favorecen el crecimiento del mismo. La acción de la musculatura perioral y lingual orientan la dirección eruptiva de los procesos alveolares y los dientes y promueven la normoclusión. De esta forma una succión eficiente, favorece el equilibrio neuromuscular del sistema masticatorio, la correcta erupción dentaria, la adecuada postura lingual y un eficaz cierre labial. 20

te sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo al tamaño previo 12 13

Dar pecho, le permite a la mujer una recuperación del peso previo ya que permite que la mayoría de las madres pierdan progresivamente el excedente de peso producto del período de embarazo. 12 13

La lactancia materna cumple un rol importante en la prevención del cáncer de mama y de ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. Especialmente en relación a la prevención de cáncer de mama se ha demostrado una robusta asociación relacionada con el amamantar. Cada doce meses de tiempo acumulado de lactancia se ha asociado a una reducción del 4.3% en la incidencia del cáncer de mama invasivo. Respecto del cáncer de ovario, un metanálisis de 41 estudios sobre lactancia y cáncer de ovario, muestra una reducción de 30% de reducción con períodos prolongados de lactancia. 12 14

En Uruguay, el cáncer es la segunda causa de muerte en mujeres adultas, después de las enfermedades cardiovasculares, siendo responsable de casi un cuarto (24%) del total de las defunciones registradas en nuestro país cada año. Estos cánceres son el de mama en mujeres, y de próstata, colorrectal y de pulmón en varones. En mujeres, por lejos, el cáncer de mama es el que posee la mayor tasa de incidencia y también de mortalidad en nuestro país, por lo que no es menor darle esta mirada preventiva a la práctica de la lactancia.

Beneficios para las familias y la sociedad

La práctica del amamantamiento implica menor gasto en alimentación en el presupuesto familiar y en todos los gastos que implica la alimentación con preparados para lactantes. Evita, además errores en los cálculos para la preparación de preparados y diluciones de éstos y de otros tipos de leches. Reduce los ingresos hospitalarios y todo lo que esto significa en relación a los costos en salud en todos los niveles de atención.

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos durante los primeros 6 meses de vida, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbi-mortalidad que las ocasiona. 12 13

Ahorra enormes cantidades de dinero a las familias, a las instituciones y al país por concepto de costos de preparados para lactantes, biberones, chupetes, accesorios y enfermedades y sus correspondientes tratamientos tanto ambulatorios como hospitalizaciones, ausentismo laboral de aquellos que necesitan cuidar de su niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción y

En resumen, cada año que una mujer amamanta, reduce en un 6% la probabilidad de cáncer de mama invasor. Cuanto más prolongada es la lactancia se asocia a la reducción del riesgo de cáncer de ovario. Según la Serie The Lancet sobre Lactancia Materna 2016. 14 Las tasas actuales de lactancia evitan casi 20.000 muertes por año por cáncer de mama, y se podrán evitar 20.000 más mejorando estas prácticas.

Las familias también se ven beneficiadas por la práctica de lactancia materna. Se ha comprobado que refuerza los lazos afectivos familiares y previene el maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo tiene un vínculo más sano y equilibrado y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato. 12 13

En relación al espaciamiento de los nacimientos, la lactancia asociada al uso de anticonceptivos facilita el acceso a una anticoncepción eficaz en esta etapa de la vida.

evacuación de envases y otros desechos de los procesos de producción. Si todas las madres del mundo amamantarán el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales ^{12,13}.

La lactancia materna reduce la morbilidad y la mortalidad infantiles, disminuye los costos de la atención de salud y aminora la presión en los sistemas de atención de salud de los países. La implicancia de la lactancia materna en la incidencia de los episodios de diarrea y las infecciones respiratorias de los lactantes ya ha sido mencionada, y reduce las hospitalizaciones por esas causas en 72% y 57%, respectivamente. Un aumento de 10 puntos porcentuales en la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad o de la lactancia materna continua hasta 1 año o 2 años de edad, se traduciría en ahorros de atención de salud. ⁹

Beneficios para el ambiente

Las ventajas ecológicas de la lactancia materna, en la actualidad son más que significativas. La leche materna es un recurso ambientalmente sustentable. No desperdicia recursos naturales, no genera residuos ni contaminación por el hecho de no implicar gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento. ^{12,13}

La leche materna es un “alimento natural y renovable”, ecológicamente racional y producido y entregado al consumidor sin contaminación y sin envase ni desechos innecesarios. Por el contrario, los sucedáneos de la leche materna dejan una gran huella ecológica, requieren el uso de energía para su fabricación, materiales para envasarlos, combustible para su distribución y agua y agentes de limpieza tóxicos para su preparación diaria ⁹

La contribución de la leche materna a modalidades de producción y de consumo más racionales desde el punto de vista ecológico hace que sea un recurso inestimable para alcanzar la sostenibilidad mundial y las metas relacionadas con el cambio climático. ⁹

Situación de uso de leches diferentes a la leche materna en Uruguay

Desde una mirada en perspectiva, los avances en relación a la práctica de la lactancia materna en Uruguay son significativos, pero aún resta un desafiante camino por recorrer en los aspectos relacionados con la protección de los derechos del niño a una alimentación y nutrición adecuada, saludable y segura desde su nacimiento y durante los primeros años de vida, momento clave de oportunidades para la expresión de los mayores potenciales de desarrollo humano.

En una mirada retrospectiva, en un período de quince años desde 1996 a 2011, fecha en que se realizó la última encuesta sobre prácticas de lactancia disponible en nuestro país, la evolución de la tasa de lactancia materna exclusiva al primer y sexto mes de vida del niño, muestra un aumento significativo como se observa en la figura 1. La tasa de lactancia exclusiva en los menores de seis meses se incrementó en 27,3 puntos porcentuales respecto a 1996 y en ocho puntos porcentuales respecto de 2007.²¹

Para el año 2011, el inicio de la lactancia resultó casi universal²¹.

El 85 % de las niñas y los niños recibió leche materna como primer alimento, pero de cualquier manera casi el 15% tomó otras leches diferentes a la de su madre y el 40% no fue amamantado dentro de la primera hora después del parto. Los lactantes que presentaron más riesgo de no ser alimentados de forma exclusiva con leche materna desde el nacimiento y durante los primeros seis meses de vida, fueron aquellos nacidos con bajo peso (menor de 2500 gramos), los que fueron colocados al pecho de su madre más allá de la primera hora de nacidos, los hijos de madres adelgazadas, los hijos de madres fumadoras, los hijos de madres que trabajaban habitualmente 7 o más horas por día y los hijos de madres provenientes de hogares con mayor ingreso económico.²¹

La lactancia materna continúa en un 45% de los casos al finalizar el primer año de vida, y un 27% de niños mantiene la lactancia hasta los 2 años.²¹

El destete en Uruguay ha sido investigado en varias oportunidades y es importante destacar los motivos del mismo, ya que resulta un aspecto fundamental a la hora de trazar acciones para proteger la práctica de la lactancia materna.

En este sentido, se observó que el principal motivo relatado por las madres para abandonar la lactancia antes de los 6 meses de vida del niño, fue la cantidad insuficiente de leche percibida por las madres (53%). En el año 1999 el 7,4% de las madres abandonaban la lactancia antes de los 6 meses por considerar que la calidad de la leche era inadecuada, para el año 2011 esta cifra descendió a 1,7%.²¹

Otros motivos de destete en Uruguay fueron el trabajo materno (11%), que el bebé “no succionaba” (11,4%), enfermedad materna (6,1%), destete natural (3,8%), pezones umbilicados, agrietados y doloridos (3%), enfermedad del niño (2,7%), decisión materna (1,8%), no haber tenido contacto con la madre biológica (1,7%), indicación médica (1,1). Entre otros motivos se refieren: nuevo embarazo, toma de anticonceptivos y consejo de la familia o vecinos²¹

Se destaca que varios indicadores han mejorado en forma notoria en el periodo estudiado, debido entre otras cosas, al impulso en la implementación de la IHAN y al proceso de acreditación en BPA del lactante y del niño pequeño en consultorios y maternidades de casi todos los prestadores de salud del país.

De cualquier manera, varios de los motivos de destete, pueden ser evitados, con adecuado y actualizado manejo de la información y capacitación por parte del equipo de salud, que está relacionado con el manejo clínico de la lactancia materna en maternidades y consultorios. Las técnicas de amamantamiento, el manejo de fármacos en el caso de enfermedad materna, el apoyo sostenido a las mujeres que amamantan y su entorno familiar, laboral y social, entre otros son temas que requieren de una actualización continua y basada en la evidencia.

Uruguay ha mejorado significativamente desde la primera encuesta sobre lactancia realizada en el año 1996, donde la tasa de lactancia materna exclusiva al 6° mes de vida era del 8,4%, pasando a ser del 28,4% en 2007 y del 35,7% en el 2011.

Sin embargo se presentan nuevos desafíos que ponen de manifiesto la necesidad de continuar realizando esfuerzos consensuados, desde todos los actores involucrados en las prácticas de lactancia materna, regulando, estableciendo criterios con base en la evidencia y reafirmando que la lactancia materna es la forma de alimentación más adecuada y sostenible durante los primeros seis meses de vida y hasta por lo menos los dos años.¹⁵

Norma nacional de lactancia materna

MINISTERIO DE SALUD

Área Programática de Salud de la Niñez

Área Programática de Nutrición

Contribuir a mejorar las condiciones de salud, nutrición y desarrollo de todos los niños y niñas uruguayos, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y con base en los ODS 2020 del MS, mediante la protección, promoción y apoyo de la práctica de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y hasta los dos años o más hasta que la mamá y el bebé lo deseen, junto a una alimentación complementaria saludable.

1. Establecer las Normas para la implementación y desarrollo de acciones que protejan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria, hasta por lo menos los dos años, garantizando el desarrollo de las condiciones necesarias para la protección de la mujer y del niño en todas las maternidades y consultorios, así como el desarrollo de estrategias junto a las familias y a las comunidades, que contribuyan con el fin a nivel nacional.
2. Definir los criterios de intervención para la protección de la lactancia materna en todos los componentes de prestación, organización y gestión del SNIS, alineados con las últimas recomendaciones referidas por la OMS y especialmente por la IHAN y las BPA del lactante y del niño pequeño.
3. Renovar y sostener el compromiso con las BPA del lactante y del niño pequeño de todas las maternidades y consultorios del SNIS con base en los contenidos de la presente Norma Nacional, así como la aplicación de la “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses” y de la “Guía de alimentación Complementaria del niño de 6 a 24 meses” de este Ministerio.
4. Establecer los mecanismos para el cumplimiento en todo el territorio nacional del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS y todas las resoluciones de la AMS complementarias y ampliatorias referentes a dicho código.
5. Asegurar la capacitación sistemática en lactancia materna y alimentación del lactante y del niño pequeño, desde una mirada integral, de todos los recursos humanos, directa e indirectamente involucrados, de todas las instituciones prestadoras de servicios de atención materno – infantil que forman el SNIS y las que no y en todos los niveles.
6. Definir los criterios de contraindicación provisoria o definitiva de la lactancia materna, mecanismos y procedimientos de indicación, uso y entrega preparados para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna, con base en la aplicación de la “Guía para el uso de preparados para lactantes”, documento de este Ministerio.
7. Establecer las buenas prácticas para el manejo de fármacos y otras sustancias químicas durante la lactancia materna, garantizando el óptimo crecimiento y desarrollo del niño y la niña y la salud y el bienestar integral de la mujer que amamanta.
8. Garantizar el cumplimiento de los derechos de la mujer que amamanta y la protección de la maternidad, la paternidad y la lactancia, de acuerdo a las leyes vigentes en todo el territorio nacional.
9. Presentar los indicadores básicos para evaluar las prácticas de lactancia materna de acuerdo a lo establecido por la OMS (Indicadores para la Evaluar las Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño Parte I Definiciones OMS 2009).
10. Establecer las bases de aplicación y los contenidos básicos mínimos que la consejería en lactancia materna deberá desarrollar de forma efectiva y mediante capacitación, de acuerdo al manejo práctico de consejería sobre lactancia materna, incluidos en la presente norma.

A continuación, se mencionan potenciales riesgos que podrían presentarse al usar preparados para lactantes:

1. Definir los criterios de intervención para la protección de la lactancia materna en todos los componentes de prestación, organización y gestión del SNIS, alineados con las últimas recomendaciones referidas por la OMS y especialmente por la IHAN y las BPA del lactante y del niño pequeño.

Todos los establecimientos e instituciones de salud del país, los que forman parte del SINS y las que no, que prestan atención y servicios a la población materna - infantil en cualquiera de los niveles de atención y de cualquier complejidad, deberán:

- Aplicar la presente Norma en todos sus componentes, así como todas las disposiciones que el MS emita en relación a la lactancia materna y temas relacionados;
- Cumplir con las BPA del lactante y del niño pequeño.

El MS realizará la reevaluación y re-acreditación de las BPA cada un período previamente establecido, a todas las Instituciones de Salud que forman parte del SNIS y las que no lo integran también y presten atención y servicios a la población materno-infantil.

El MS solicitará a las instituciones información sistematizada, sobre las acciones y sus indicadores, relevantes y recomendados para la protección de la lactancia materna y buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, tanto en consultorios como en maternidades. A su vez realizará la reevaluación de sus prácticas y orientación en medidas a tomar o reforzar, y en el caso de ser inadecuadas o insuficientes, realizar las acciones para revertirlas. Se apuntará a que las acciones enmarcadas dentro de los criterios considerados como BPA, sean vigiladas de forma continua, sostenida y sistematizada.

Podrá ser solicitada la evaluación externa del servicio para la acreditación o re-acreditación en BPA de acuerdo a los criterios y procesos establecidos en dicho documento, que forma parte de la presente norma.

2. Renovar y sostener el compromiso con las BPA del lactante y del niño pequeño de todas las maternidades y consultorios del SNIS con base en los contenidos de la presente Norma Nacional, así como la aplicación de la “Guía para el uso de preparados para lactantes” y de la “Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses”, de este Ministerio.

Las BPA del Lactante y el Niño Pequeño surgen en el año 2005 como una ampliación de la IHAN, donde se busca promover el cumplimiento de buenas prácticas en consultorios y maternidades durante el embarazo y los primeros 24 meses de vida del niño.²²

Las buenas prácticas de alimentación se basan en el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos. Buscan promover el derecho al control en salud de la mujer y del lactante y niño pequeño, haciendo hincapié en la atención primaria.²²

Se apoyan en evidencia científica y en estrategias implementadas a nivel mundial que han demostrado impacto y logros en la alimentación del lactante y el niño pequeño, como ser la IHAN, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la Declaración de Innocenti, la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición y la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño avalada por los estados integrantes de 55 países.²²

La promoción de la lactancia materna es una de las líneas de acción estratégicas del plan de acción para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia, y para alcanzarla este plan refiere que se le exigirá a los países que fortalezcan los servicios de atención primaria de salud y renueven su compromiso de aplicar plenamente la IHAN (16) En el caso de Uruguay la IHAN se traduce en las BPA del lactante y del niño pequeño, en maternidades y consultorios.

Los servicios de salud que atienden mujeres embarazadas, puérperas y niños pequeños, deberán cumplir con las BPA del Lactante y del Niño Pequeño tanto en las maternidades como en los consultorios. Para solicitar la acreditación y/o la re acreditación del servicio, se deberá hacer una solicitud formal al Área Programática de Salud de la Niñez y a la Coordinación Nacional de Lactancia Materna.

Una vez que el servicio ha sido acreditado en BPA se realizarán reevaluaciones cada un período de 2 a 3 años. En caso del no cumplimiento de las BPA de acuerdo a las evaluaciones se otorgara un plazo de 6 meses para que revisen y ajusten sus prácticas asistenciales en todo el proceso del embarazo, parto, nacimiento, puerperio y control del lactante y del niño pequeño. Se solicitaran informes con los porcentajes de LME a los 6 meses, LM a los 12 meses, RN dados de alta con LME y RN que recibieron otro alimentos diferente a la leche materna durante la internación en la maternidad, entre otros indicadores que forman parte de la Acreditación y re acreditación de maternidades y consultorios de todos los prestadores de salud del país.

Los requisitos relacionados con las BPA serán dinámicos y estarán sujetos a la situación epidemiológica de salud y nutrición materno-infantil, así como a nuevas políticas de salud y nutrición implementadas, por lo que podrán agregarse o eliminarse indicadores propuestos.

Buenas prácticas de alimentación del lactante y la niña/o pequeña/o en las maternidades:

1. La institución cuenta con una política explícita que protege, apoya y promueve las BPA del Lactante y de la niña/o pequeña/o y ésta es sistemáticamente puesta en conocimiento de todo el equipo de salud y es accesible a los usuarios.

2. El equipo de salud está capacitado y actualizado para instrumentar esta política
3. Se promocionan entre las mujeres embarazadas y su grupo familiar: los beneficios de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y a libre demanda, las habilidades necesarias para su práctica incluyendo la extracción manual o mecánica de leche y la adecuada manipulación y conservación de la leche y manejo de la lactancia materna y la extracción de leche, cuando se produce el regreso al trabajo o al estudio.
4. La maternidad respeta la Ley N° 17.386 de acompañamiento del parto y el equipo de salud ayuda a las madres a estar en contacto piel a piel con su bebé y a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al nacimiento. Se practica el alojamiento conjunto durante las 24 horas del día.
5. El equipo de salud fomenta la lactancia materna a libre demanda sin pautar tiempos y frecuencias de las mamadas de forma rígida. En caso de que la mujer y su familia requiera orientación se trabajará en acompañamiento para establecer los ritmos propios del binomio madre – hijo.
6. El equipo de salud apoya a las madres en cómo se debe dar de mamar a la niña/o y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
7. El equipo de salud ofrece a los recién nacidos sólo leche materna sin otro alimento o bebida a no ser que exista una razón médica justificada para hacerlo, de acuerdo a los contenidos de la Norma Nacional de Lactancia de este Ministerio
8. El equipo de salud no fomenta el uso de mamaderas y chupetes y orienta sobre la interferencia de los mismos en la instalación de la lactancia materna, especialmente durante el primer mes. Educa sobre el uso adecuado de mamaderas, tetinas, y del chupete y el sueño seguro. Se refiere para el manejo adecuado del uso de chupetes y tetinas, a los contenidos de la presente Norma, según las últimas recomendaciones.
9. La maternidad y el equipo de salud conoce, respeta y aplica las recomendaciones incluidas en el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y todas las resoluciones de la AMS complementarias y ampliatorias referentes a dicho código hasta la fecha, de acuerdo a lo establecido en la presente Norma.
10. La maternidad cuenta con un sistema de apoyo propio u orienta a la mujer sobre dónde acudir en caso de dificultades con la lactancia luego del alta; fomenta el control oportuno de ella y del recién nacido y los refiere al consultorio más accesible ²².

Buenas prácticas de alimentación del lactante y de la niña/o o pequeña/o en los consultorios:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La institución cuenta con una política explícita que protege, apoya y promueve las BPA del lactante y de la niña/o pequeña/o y ésta es sistemáticamente puesta en conocimiento de todo el personal y es accesible a los usuarios. 2. El equipo de salud está capacitado para instrumentar esta política. | <ol style="list-style-type: none"> 3. En la atención de la mujer embarazada, el equipo de salud: <ul style="list-style-type: none"> ✓ facilita y promueve la asistencia a los controles. ✓ se suplementa con hierro y ácido fólico de acuerdo a las Guías establecidas por el MS. ✓ se orienta y realiza la consejería nutricional para mejorar la alimentación y nutrición de la mujer embarazada. |
|--|--|

- ✓ incluye sistemáticamente el examen de mamas en la consulta obstétrica y lo registra en el carné de control de la embarazada.
 - ✓ difunde el derecho de ser acompañada por el padre o quien ella elija durante el parto.
 - ✓ asesora sobre el regreso al trabajo, el uso del tiempo para amamantar o extraerse leche, de acuerdo a lo establecido para Salas de Lactancia en el lugar de trabajo o estudio.
4. El equipo de salud promueve entre las mujeres embarazadas:
 - ✓ los beneficios de la lactancia materna para el corto, mediano y largo plazo para la mujer y el niño, y la importancia de la libre demanda.
 - ✓ los beneficios del contacto piel a piel y el valor de prender el bebé a pecho durante la primera hora después del nacimiento.
 - ✓ la lactancia materna exclusiva al alta de la maternidad y hasta los seis meses de vida del bebé y el inicio de la alimentación complementaria oportuna, saludable y adecuada a las pautas incluidas en la “Guía de Alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses”, publicadas por el MS.
 - ✓ las diferentes y la más adecuada técnica de lactancia, incluyendo la extracción manual u otras modalidades de extracción, como es la mecánica y la manipulación, traslados y conservación óptima de la leche, asesorando sobre el retorno futuro al trabajo o estudio.
 5. El equipo de salud:
 - ✓ promueve y facilita la concurrencia del niño/a y su familia a los controles en salud.
 - ✓ permite la participación del padre, madre y/o referente familiar en la consulta del niño/a.
 - ✓ jerarquiza que la familia comprenda la evolución del crecimiento y desarrollo de su niña/o, entre otras cosas de acuerdo a la Guía “Evaluación del crecimiento del niño y la niña :desde el nacimiento hasta

los 5 años de edad” y la “Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña menores de 5 años”, publicadas por este Ministerio

6. El equipo de salud encargado del control de la niña/o observa directamente la técnica de amamantamiento durante los primeros controles de la niña/o hasta que la lactancia está establecida; el equipo de salud tiene las habilidades y destrezas para detectar los factores de riesgo de una lactancia difícil y actúa en consecuencia de forma precoz y oportuna o en su defecto deriva a técnico o equipo especializado, tal es el caso de las policlínicas o unidades de lactancia.
7. El equipo de salud:
 - ✓ promueve y estimula entre las madres de los lactantes:
 - la lactancia a libre demanda; la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del bebé de la niña/o;
 - la introducción oportuna y segura de la alimentación complementaria saludable y perceptiva de acuerdo a las Guía de Alimentación Complementaria del niño/a de 6 a 24 meses”, incluida en la Ordenanza Ministerial y publicada por este Ministerio.
 - la prolongación de la lactancia hasta los 2 años de vida del niño/a o hasta que el binomio madre – bebé lo decida, con un adecuado manejo de ésta y de la alimentación sólida de acuerdo a los principios establecidos en la “Guía de Alimentación Complementaria del niño de 6 a 24 meses”
 - Está en conocimiento de las escasas razones aceptables y justificadas para prescribir un preparado para lactante o fórmula y se registrará por la “Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses”, incluida en la Ordenanza Ministerial publicada por este Ministerio.

8. El equipo de salud asesora a la mujer sobre técnicas de extracción y conservación de la leche en el hogar y sobre el manejo de ésta en el trabajo o estudio y sobre los recursos necesarios para resolver la separación temporaria de su bebé y el regreso al trabajo o el estudio. El equipo conoce los aspectos relacionados a los requisitos de las Salas de Lactancia en los lugares de trabajo y estudio y a los tiempos destinados a su uso durante la jornada laboral o de estudio.
9. El equipo de salud promueve el inicio de la consejería sobre introducción oportuna de alimentos complementarios adecuados e inoocuos y seguros en el entorno de los seis meses de vida del bebé.
10. El consultorio cuenta con un sistema propio de protección, apoyo y promoción de la lactancia materna.
11. El consultorio y el equipo de salud conoce, respeta y aplica el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las todas las resoluciones de la AMS complementarias y ampliatorias referentes a dicho código.²²

3. Establecer los mecanismos para el cumplimiento en todo el territorio nacional del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS y todas las resoluciones de la AMS complementarias y ampliatorias referentes a dicho código.

La lactancia materna es la base de la vida, aportando beneficios para la salud de la madre y del niño a corto y largo plazo, y por esta razón debe ser protegida como práctica de alimentación original, con base cultural y de conducta, y no como algo intercambiable con la alimentación artificial.²³

El marketing de los sustitutos de la leche materna afecta negativamente la práctica del amamantamiento y el valor de la leche materna como primer alimento natural. Los sustitutos de la leche materna, especialmente los preparados para lactantes, son percibidos como “modernos” y “prestigiosos” y amamantar es asociado con el ser pobre y poco sofisticado.⁹

La comercialización por la industria de alimentos para el lactante y la disponibilidad de sucedáneos de la leche materna, incluso mediante la distribución de muestras gratuitas, dan como resultado una mayor alimentación con biberón.¹¹

Los anuncios de sucedáneos de la leche materna los presentan como un alimento tan bueno o incluso mejor que la leche materna, o como una opción de un modo de vida en lugar de una decisión con consecuencias económicas y para la salud.¹¹

Las madres señalan que los medios de difusión, como las revistas y la televisión, son una fuente importante de información; estudios realizados en varios países asocian el recuerdo de los anuncios de preparaciones para lactantes, con una reducción de la lactancia materna.¹¹

Un estudio basado en la población que se efectuó en los Estados Unidos en el 2008 descubrió que 67% de las madres habían recibido muestras gratuitas de fórmulas infantiles y que esos regalos se asociaron con una duración más breve de la lactancia materna.¹¹

En agosto del 1990 los gobiernos y las agencias internacionales adoptaron la Declaración de Innocenti, que luego fue enmendada por la OMS en el 2001, que afirma que *“todos los bebés deberían recibir lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida y luego continuarla con alimentación complementaria adecuada, saludable y segura”*.

Por otra parte el “Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia”¹⁶, producto del 53º Consejo Directivo de la OPS y de la 66º Sesión del Comité Regional de la OMS, lanzado en octubre de 2014, insta al desarrollo de políticas fiscales, reglamentación de la publicidad y del etiquetado de alimentos, y también a la promoción de la lactancia materna como práctica de alimentación saludable.

La protección y promoción de la lactancia materna es una de las líneas de acción estratégicas del Plan de acción para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia y para alcanzarla, este plan refiere que se le exija a los países que renueven su compromiso de aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y todas las resoluciones de la AMS complementarias y ampliatorias referentes a dicho Código.¹⁶

Este Código fue aprobado por la 34º Asamblea Mundial de la Salud (WHA 34.22) el 21 de mayo de 1981, por 118 votos a favor (Uruguay fue uno de ellos), uno en contra (Estados Unidos) y tres abstenciones (Argentina, Japón y Corea). Es un requisito mínimo que debe ser adoptado por todos los Estados con el propósito de proteger la salud de lactantes y niños pequeños, al evitar la comercialización inapropiada de los sucedáneos de la leche materna. Fue creado hace treinta y tres años en respuesta a la preocupación en torno al hecho de que la comercialización inapropiada de los sucedáneos de la leche materna causaba gran cantidad de muertes infantiles.²³ Se alienta a los estados miembro (Uruguay forma parte de la AMS) a reforzar la aplicación del Código Internacional y las resoluciones pertinentes de la AMS, para hacer más esfuerzos por monitorear y aplicar las medidas de protección de la lactancia materna, teniendo siempre presente las resoluciones de la AMS, para evitar conflictos de interés (WHA 61.20 [2008], Reiterada en WHA 63.23 [2010] y WHA 65.60 [2012]).²³

Objetivo del Código:

Proteger y promover la lactancia materna por medio de una comercialización y distribución apropiada de los preparados para lactantes y todos los sucedáneos de la leche materna.²³

El Código reconoce implícitamente que los trabajadores de la salud, mujeres y familias son susceptibles a las estrategias de marketing directo e indirecto.⁹

Consiste en once artículos que junto con todas las resoluciones subsecuentes de las AMS,

define las responsabilidades de los gobiernos, de los sistemas de salud y los trabajadores, y de las compañías que fabrican y venden preparados para lactantes y potenciales sustitutos de la leche materna. Se ha adecuado a las realidades del mercadeo actual, alcanzando otros medios de comunicación como es internet.

Alcance del Código

El código se aplica a los sucedáneos de la leche materna o productos designados, cuando se trata de bebidas o alimentos que están comercializados o cuando de otro modo se indica que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente a la leche materna, sean o no adecuados para este fin.²³

La aplicación, cumplimiento y monitoreo o vigilancia del Código depende de la legislación nacional y en este caso queda incluido en la presente Ordenanza Ministerial del MS.

Los sucedáneos de la leche materna o productos designados, incluyen alimentos y bebidas como:

- Preparados para lactantes estándar y especiales como los de preparados a base de soja, fórmulas sin lactosa, para lactantes de bajo peso o prematuros.
- Leches de seguimiento y de crecimiento vendidas para niños entre los seis meses y los dos años de edad o más.
- Otros productos lácteos.
- Tés, jugos y aguas embotelladas para lactantes y niños pequeños.
- Soluciones glucosadas.
- Cereales y mezclas de verduras y de frutas para lactantes y niños pequeños.
- También se aplica para biberones y tetinas.²³

Respecto a lo anterior, el último informe de situación mundial del Código de OMS/UNICEF/IBFAN 201624 recomienda a los países que en su legislación, deben en particular asegurar: que se incluyan todas las leches “maternizadas” destinadas a la alimentación de lactantes y niños de corta edad hasta los 36 meses y que se comercializan como adecuadas para ese fin; que prescribe la inclusión de toda la información necesaria en los materiales informativos y educativos sobre la alimentación del lactante y niño de corta edad, como se especifica en el artículo 4.2 del Código; que también prohíba toda la publicidad y otras formas de promoción de los productos designados como sucedáneos de la leche materna al público en general, incluido el contacto con mujeres embarazadas y las mujeres en lactancia, y la promoción a través de internet, las redes sociales y otros medios electrónicos de comunicación, entre otras recomendaciones.²⁴

Puesto que se indica la lactancia materna exclusiva por seis meses, todos los alimentos complementarios comercializados o de otros modos presentados para uso antes de los seis meses, son sucedáneos de la leche materna. (Artículos 2, 3 y resoluciones WHA 39.28 [1986], WHA 49.15 [1996], WHA 54.2 [2001] y WHA 63.23 [2010]).²³

Información clara

La información y los materiales educativos sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños debe incluir datos claros y coherentes sobre:

- los beneficios y la superioridad de la lactancia materna.
- la nutrición adecuada de la madre y como prepararse para la lactancia materna y mantenerla.
- los efectos nocivos que tiene sobre la lactancia materna, la introducción de la alimentación con biberón.
- la dificultad de volver atrás luego de tomar la decisión de no amamantar.
- el uso seguro de preparados para lactantes, cuando corresponda.²³

Para este último punto deberá referirse a la “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses” y a las “Guía de alimentación complementaria para el niño de 6 a 24 meses”, de este Ministerio.

Si los materiales contienen información sobre el uso de preparados para lactantes, deben:

- explicar las consecuencias sociales y financieras de dicho uso.
- explicar los riesgos potenciales para la salud resultantes del uso incorrecto e innecesario de preparados para lactantes o de otros sucedáneos de la leche materna.
- no contener imágenes o textos que puedan idealizar el uso de preparados para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna.²³

A continuación se resumen los contenidos de las resoluciones de las AMS, sobre “Nutrición del Lactante y del Niño pequeño”, desde el año 1981 donde se origina el Código, hasta la actualidad.

Tabla N°1 Resoluciones pertinentes de la AMS sobre Nutrición del Lactante y del Niño pequeño

Año	Número	Contenido pertinente de la resolución
1981	AMS 34.22	Adopción del Código por la AMS (118 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones). La adopción y el cumplimiento del Código son un requisito mínimo. Insta a los estados miembros a integrar el Código en su legislación o reglamentación nacional o a tomar otras medidas apropiadas para ponerlo en práctica.
1982	AMS 35.26	Reconoce que la promoción comercial de los sucedáneos de la leche materna contribuye a un aumento de la alimentación artificial, y pide una vez más que los estado miembros velen por el cumplimiento del Código a nivel nacional e internacional.
1984	AMS 37.30	Pide al director general que colabore con los estados miembros para implementar y vigilar el cumplimiento del Código y que estudie la cuestión de la promoción y el uso de alimentos que no son aptos para los lactantes y niños pequeños.

Año	Número	Contenido pertinente de la resolución
1986	AMS 39.28	<p>Insta a los estados miembros a que aseguren que las pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna que son necesarias para un pequeño número de lactantes sean obtenidas por los canales normales de compra de las instituciones y no a través de suministros gratuitos o subvencionados.</p> <p>Pide a los estados miembros que presten atención a los siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> que cualquier alimento o bebida que se dé al bebé antes de que la alimentación complementaria sea necesaria desde el punto de vista nutricional ya que puede interferir con la lactancia materna y su uso no debe ser promovido ni estimulado durante ese período. que la práctica de dar, a los lactantes, leches de seguimiento no es necesaria.
1988	AMS 41.11	Pide al Director General que preste asistencia jurídica y técnica a los estados miembros para la redacción y la implementación de medidas nacionales para dar efecto al Código.
1990	AMS 43.3	Llama a la atención de la Declaración conjunta OMS/UNICEF sobre "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad" que fue la base de la iniciativa Hospital Amigo del Niño, lanzada en 1992. Insta a los estados miembros a asegurar que los principios y objetivos del Código reciban una plena expresión en las políticas y actividades nacionales de salud y nutrición.
1994	AMS 47.5	<p>Reitera el llamamiento ya hecho en 1986, 1990 y 1992 a que se ponga fin a los "suministros gratuitos o subvencionados" y extiende la prohibición de los mismos a todos los servicios del sistema de atención de salud. Con ello reemplaza las disposiciones del Artículo 6.6 del Código.</p> <p>Proporciona directrices para la donación de sucedáneos de la leche materna en situaciones de emergencia.</p>
1996	AMS 49.15	<p>Pide a los Estados Miembros que aseguren que:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los alimentos complementarios no sean comercializados ni usados de una manera que puedan socavar la lactancia materna exclusiva y sostenida. Cualquier apoyo financiero que se dé a los profesionales de salud no vaya a crear conflicto de interés. La vigilancia del cumplimiento del Código se haga de forma independiente, transparente y libre de intereses comerciales.
2001	AMS 54.2	Establece la recomendación mundial de lactancia materna exclusiva por "6 meses", con introducción posterior de alimentos complementarios y continuación de la lactancia natural hasta los dos años o más.
2002	AMS 55.25	<p>Aprueba la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y Niño pequeño que limita el papel de las compañías a:</p> <ol style="list-style-type: none"> Asegurar la calidad de sus productos. Cumplir con el Código y las resoluciones pertinentes de la AMS, además de las medidas nacionales.

		Reconoce el papel que tienen las prácticas óptimas de alimentación infantil en la reducción del riesgo de obesidad. Advierte que las intervenciones con micronutrientes no deben socavar la lactancia materna.
2005	AMS 58.32	<p>Pide a los estados miembros que:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aseguren que no se hacen afirmaciones sobre nutrición y salud en las etiquetas o la información de sucedáneos de la leche materna, a menos que así lo autorice la legislación nacional. Estén conscientes del riesgo de contaminación intrínseca de las fórmulas infantiles en polvo y aseguren que el mismo sea declarado en las etiquetas. Aseguren que el apoyo financiero y los incentivos para programas y para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la alimentación de lactantes y niños pequeños no cree conflictos de interés.
2006	AMS 59.11	Los estados miembros deben cerciorarse de que la respuesta a la pandemia del VIH no incluya donaciones de sucedáneos ni la promoción de los mismos que no sean conformes a las disposiciones del Código.
2006	AMS 59.21	Conmemora el 25º aniversario de la adopción del Código. Aplauda la Declaración de Innocenti 2005 y pide a la OMS que movilice la asistencia técnica para la implementación del Código y su vigilancia.
2008	AMS 61.20	<p>Insta a los Estados Miembros a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Redoblar los esfuerzos para la ejecución y la vigilancia de las medidas nacionales y para evitar los conflictos de interés. Investigar el uso inocuo de la leche materna donada a los bancos de leche humana para niños vulnerables, respetando la legislación nacional y las creencias religiosas y culturales.
2010	AMS 63.23	<p>Desarrollar y/o fortalecer medidas eficaces de carácter legislativo, reglamentario o de otro tipo para controlar la comercialización de sucedáneos de leche materna.</p> <p>Asegurar que las declaraciones nutricionales y saludables no serán permitidas para alimentos para lactantes y niños pequeños. Exhorta a los fabricantes de alimentos para lactantes y los distribuidores a cumplir plenamente con sus responsabilidades bajo el Código.</p> <p>Apoyar a los estados miembros en sus esfuerzos para desarrollar y/o fortalecer medidas eficaces de carácter legislativo, reglamentario o de otro tipo de control de comercialización de sucedáneos de la leche materna.</p>
2012	AMS 65.6	<p>Insta a los Estados Miembros a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ elaborar, o cuando sea necesario fortalezcan medidas legislativas, de reglamentación y de otra índole que sean eficaces para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. ✓ entablar un diálogo con las partes nacionales e internacionales pertinentes, formen alianzas para ampliar acciones

		<p>en materia de nutrición y establezcan mecanismos adecuados de protección contra posibles conflictos de intereses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ pide a la Directora General : ✓ que proporcione aclaraciones y orientaciones sobre la promoción inadecuada de los alimentos para lactantes y niños pequeños, tal como se establece en la resolución AMS 63.23, teniendo en cuenta la labor en marcha de la Comisión del Codex Alimentarius.
2013	AMS 66	No se hace referencia al Código de Sucesos en las AMS del año 2013 y 2014
2014	AMS 67	No se hace referencia al Código de Sucesos en las AMS del año 2013 y 2014
2016	AMS 69	<p>INSTA A LOS estados miembros a que de acuerdo con el contexto nacional adopten todas las medidas necesarias en interés de la salud pública, poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños, incluyendo en particular la aplicación de las recomendaciones de orientación y teniendo en cuenta las leyes y políticas existentes, así como las obligaciones internacionales;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ pongan fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños y fomenten entornos normativos, sociales y económicos que permitan a los progenitores y los cuidadores adoptar decisiones bien fundamentadas sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños y que sigan apoyando las prácticas de alimentación adecuadas con la mejora de los conocimientos básicos en materia de salud y nutrición. ✓ sigan aplicando el Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la leche materna y las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a niños. ✓ EXHORTA a los fabricantes y distribuidores de alimentos para lactantes y niños pequeños a que pongan fin a todas las formas de promoción inadecuada.

Todos los contenidos han sido extraídos de las Resoluciones de las Asambleas Mundiales de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud relacionadas hasta el año 2016.

Sobre los mecanismos para el cumplimiento del Código

La DIGESA de acuerdo a sus competencias y bajo la responsabilidad que su estructura establece, controlará el cumplimiento de las disposiciones relativas al Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la leche materna y las resoluciones de la AMS, complementarias y ampliatorias, desarrollando las actividades y procedimientos de habilitación y fiscalización que correspondan.

Para la aprobación del registro, autorización de nuevos productos y renovación de registros anteriores, la DIGESA a través del Área Programática de Salud de la Niñez, el Área Programática de Nutrición y el Departamento de Alimentos y Cosméticos del Ministerio de Salud, trabajarán en forma conjunta en lo que refiere a las etiquetas y materiales informativos que

presenten y acompañen dichos productos. Así mismo se analizará la publicidad y prácticas de marketing de acuerdo a las disposiciones previstas en el Código.

De esta misma manera se establecerán los mecanismos para hacer cumplir con lo establecido en el Código y que las empresas que comercializan preparados para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna lo respeten y no hagan entrega de sus productos a personal de salud, usuarias y público en general dentro y fuera del SNIS. Lo mismo se implementará dentro de los servicios de salud de acuerdo a lo establecido para la acreditación de Buenas prácticas de alimentación del lactante y de la niña/o pequeña/o en consultorios y maternidades.

La vigilancia continua de la aplicación del Código es fundamental para detectar su cumplimiento en todo el territorio nacional.

4. Asegurar la capacitación sistemática en lactancia materna y alimentación del lactante y del niño pequeño, desde una mirada integral, de todos los recursos humanos, directa e indirectamente involucrados, de todas las instituciones prestadoras de servicios de atención materno – infantil que forman el SNIS y en todos los niveles.

Todos los integrantes del Equipo de Salud de los establecimientos e instituciones de salud que forman parte del SNIS y las que no, que prestan atención y servicios a la población materno-infantil en cualquiera de los niveles de atención y de cualquier complejidad, deberán recibir capacitación sistemática, actualizaciones y las evaluaciones correspondientes en todos los temas contenidos en la presente norma, con el fin de unificar los criterios de intervención en lactancia materna, basados en la evidencia y de acuerdo a los objetivos sanitarios nacionales y objetivos estratégicos planteados por este ministerio.

Los mecanismos de capacitación, incluidos los contenidos, deberán ser instrumentados por todas las instituciones de salud e incluidos en la política institucional relacionada a la lactancia materna y BPA, de acuerdo a lo pautado por el MS. Es necesario que estén dirigidos a todo el personal técnico y no técnico, permanente y no permanente, con una frecuencia periódica de acuerdo a la realidad institucional, pero no mayor a dos años y adecuando los contenidos a la situación sanitaria del país.

La capacitación deberá incluir los contenidos desarrollados en la Norma Nacional de Lactancia Materna, la “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses” y la “Guía de alimentación complementaria para el niño de 6 a 24 meses”, elaboradas por el Ministerio de Salud. Se deberá establecer mecanismos de control de la capacitación de todo el personal que trabaja relacionado directa o indirectamente con mujeres embarazadas, niñas y niños pequeños, sus familias y cuidadores.

5. Definir los criterios de contraindicación provisoria o definitiva de la lactancia materna, mecanismos y procedimientos de indicación, uso y entrega preparados para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna, con base en la aplicación de la “Guía para el uso de preparados para lactantes”, documento de este Ministerio de Salud.

Contraindicación de la lactancia materna.

Existen verdaderamente pocas situaciones donde la lactancia materna está contraindicada y el lactante requiere por indicación médica, de preparados o fórmula para lactantes. Esta contraindicación puede ser de forma total y permanente y se debe a enfermedades claramente diagnosticadas en la madre o en el lactante.

Las enfermedades en la madre que contraindican la lactancia materna son la infección por el VIH-1 y VIH-2 y la infección por virus linfotrópicos de células T del ser humano (HTLV I y HTLV II).²⁵

La única enfermedad del niño que contraindica totalmente la lactancia materna es la galactosemia clásica, de muy baja incidencia: 1 de cada 60.000 nacimientos. Es causada por una deficiencia de la enzima galactosa 1-fosfato (GALT), es el tipo más severo y se necesita de una dieta estricta libre de lactosa.²⁵

La OMS establece que se debe asegurar que la alimentación con preparados para lactantes u otros sucedáneos de la leche materna cumpla con los siguientes requisitos: ser aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

Razones aceptables para el uso de preparados para lactantes de forma transitoria o definitiva.

Existen otras situaciones en donde el uso de preparados para lactantes está justificado, sea por enfermedades de la madre donde es necesario suspender la lactancia materna de forma temporal, por enfermedades del niño donde es necesario el uso combinado de leche materna con un preparado de indicación especial o bien por otras situaciones de tipo no médico.²⁵

Las enfermedades maternas que requieren suspensión temporal de la lactancia materna y justifican el uso de un preparado para lactante son:

- ✓ enfermedad materna grave: del tipo infecciosa como sepsis o meningococcal, una vez pasada la etapa grave (cuando la madre se encuentre compensada puede reiniciar la lactancia); o del tipo metabólica u oncológica. En este caso hay que trabajar en proteger la extracción de leche y mantener la producción de leche en la madre.
- ✓ tuberculosis en etapa pulmonar activa, pero debe saberse que no es que la leche materna esté contraindicada, sino el contacto, por lo que la madre puede extraerse leche y utilizar leche extraída en biberón, siguiendo las pautas de uso de biberón y tetinas incluidos en la presente Norma.

- ✓ mastitis tuberculosa
- ✓ sífilis con lesiones mamarias. Si la madre no presenta lesiones sospechosas en las mamas, se inicia tratamiento a la madre y al recién nacido y se mantiene lactancia materna.
- ✓ herpes simple: si envuelve el pezón o areola materna. Si la otra mama no presenta lesiones puede amamantar de ese lado con medidas adecuadas de higiene y protección.
- ✓ madres con enfermedad física o mental severa como psicosis, eclampsia, que la incapacite para atender a su hijo.
- ✓ medicación materna incompatible con la lactancia materna. Referir al manejo de fármacos en la lactancia contenido en la presente Norma.
- ✓ consumo problemático de sustancias: cocaína, pasta base de cocaína, éxtasis, anfetaminas y otros psicoestimulantes.²⁵ Referir al manejo de sustancias y lactancia contenido en la presente Norma

Las enfermedades en el niño que requieren uso combinado de lactancia materna con preparados para lactantes son:

- ✓ fenilcetonuria.
- ✓ enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce.
- ✓ variantes de la galactosemia.
- ✓ errores en el metabolismo de aminoácidos (metionina, leucina, isoleucina, tirosina).
- ✓ niños con hipoglicemia potencialmente severa, no apta de tratamiento por incremento de lactancia materna adecuada y con buena técnica.
- ✓ niños con deshidratación grave u otras situaciones que excluyan el uso de vía oral.
- ✓ niños con escaso aumento ponderal en el cual se han realizado todas las medidas para aumentar la producción láctea, adecuar la técnica de lactancia y se han descartado otras causas de escaso aumento ponderal. Se debe recordar que las madres diabéticas, con hipertiroidismo, las madres obesas y las fumadoras, tienen menor producción láctea.^{25,26}

Otras situaciones no médicas que justifican el uso de preparados para lactantes:

- ✓ niños cuyas madres han fallecido o han sido abandonados.
- ✓ niños hijos de madres que han decidido no amamantar luego de conocer los beneficios de la lactancia para ella y su hijo y los riesgos de la alimentación con preparado para lactante u otras leches.
- ✓ dificultad para mantener la lactancia en forma exclusiva (reintegro al trabajo o estudio) siempre luego de haber trabajado sobre el retorno al trabajo o estudio, la extracción de leche manual o mecánica y todas las alternativas para mantener la lactancia exclusiva. Debe insistirse en mantener igual la lactancia cuando no está en horario de trabajo.
- ✓ niños adoptivos. Se ha visto la re lactación en madres adoptivas.²⁶

Según la evidencia reciente, el nacimiento por cesárea no es motivo de indicación de preparado para lactantes por sí mismo. Los recién nacidos por cesárea tienen mayor descenso de peso los primeros días de vida en relación a los nacidos por parto normal.²⁷

Para el adecuado uso, indicación y entrega de los preparados para lactantes se debe referir a la “Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses”.

Consideraciones a tener en cuenta a la hora de indicar un preparado para lactante industrial o artesanal en biberón:

- ✓ se aconsejará el uso de mamadera anatómica, base amplia y depresible y libre de Bisfenol – A (BPA).
- ✓ tetina alargada y triangular, similar al pezón materno.
- ✓ deberá adecuarse al tamaño de la boca del niño, con orificio pequeño, dirigido hacia arriba (paladar), para que estimule la succión y evite el goteo pasivo del líquido.
- ✓ la tetina deberá cambiar de tamaño cada tres meses.
- ✓ se hará especial hincapié en posicionar al niño en forma vertical, con la cara perpendicular a la tetina y estimulando el contacto físico.²⁰

6. Establecer las buenas prácticas para el manejo de fármacos y otras sustancias químicas durante la lactancia materna, garantizando el óptimo crecimiento y desarrollo de la niña y el niño y la salud y el bienestar integral de la mujer que amamanta.

Una gran parte de los fármacos se excretan en la leche materna. Ante la necesidad de prescribir un medicamento la mejor opción debe ser siempre un fármaco estudiado, de menor riesgo y de menor excreción.¹²

Cuando es necesario un tratamiento farmacológico durante la lactancia se deben tener en cuenta algunos aspectos de modo de minimizar los riesgos para el lactante:

- diferenciar en qué momento de vida del niño ocurre la indicación del fármaco, ya que la capacidad del niño para metabolizar el fármaco es mucho menor en niños prematuros y recién nacidos durante las primeras semanas de vida.
 - dosis y duración del tratamiento, importante para tomar la decisión de mantener o no la lactancia.
 - cantidad de leche que consume el niño, ya que la cantidad de fármaco que recibe en el caso de lactancia exclusiva es mucho mayor a lo que recibe un niño en lactancia parcial.
 - efectos a largo plazo (hormonas o psicofármacos pueden no causar efectos inmediatos en el lactante, pero sí afectar luego el crecimiento y desarrollo del niño).
 - posibles interferencias con la lactancia, como los anticonceptivos con estrógenos que pueden interferir en la producción de leche.¹²
- La suspensión de la lactancia solamente será indicada cuando hay evidencia sostenible que el fármaco indicado para la madre podrá tener efectos nocivos para el niño y no puede ser sustituido por otro medicamento.²⁶

Recomendaciones generales para minimizar el pasaje de fármacos a la leche humana:

- ✓ evaluar si el tratamiento es realmente necesario, valorando la ecuación riesgo/beneficio para la mujer y el niño.
- ✓ evaluar terapias alternativas que no requieran medicación.
- ✓ el fármaco indicado debe tener un beneficio reconocido para la condición en la cual se está siendo usado.
- ✓ elegir un fármaco conocido, con amplia experiencia y de preferencia de uso aceptado en recién nacidos y lactantes.
- ✓ preferir monodrogas.
- ✓ preferir la vía tópica o inhalatoria a la vía oral o parenteral.
- ✓ preferir preparados de acción rápida a los de acción prolongada.
- ✓ preferir fármacos que no tengan metabolitos activos.
- ✓ evitar fármacos relacionados con efectos tóxicos en adultos y niños.
- ✓ indicar la dosis más baja y por menor tiempo posible compatible con un tratamiento eficaz.
- ✓ programar horario de administración para que el pico en plasma del fármaco no coincida con el amamantamiento. Se prefiere que el fármaco sea de corta vida media para administrar luego de la lactada o administrar antes del período de sueño más largo del niño.
- ✓ recomendar a la madre no automedicarse.
- ✓ vigilar al lactante para detectar efectos adversos.
- ✓ si es necesario indicar un fármaco contraindicado: realizar extracción de leche y eliminarla. considerar monitoreo del fármaco en plasma del lactante en tratamientos prolongados, como aquellos de uso en la madre y que están permitidos en las dosis habitualmente prescritas.²⁸

La depresión puerperal es una situación clínica con una prevalencia estimada del 16,5% en nuestro país. Aquellas mujeres que estén cursando con depresión en periodo de lactancia y tengan indicado fármacos antidepresivos, se recomienda continuar con el tratamiento farmacológico sin suspender la lactancia. Existe amplia experiencia a nivel mundial en cuanto al uso de este tipo de fármacos durante la lactancia e incluso existen antidepresivos de elección.²⁸

Tabla N°2 Fármacos contraindicados durante la lactancia

No deben usarse estos fármacos durante la lactancia, y en el caso de ser necesario para la salud de la madre, suspender la lactancia de forma temporal o definitiva.

Amantadina	Salicilatos (altas dosis)
Amiodarona	Yodo (incluso de uso tópico) Suplementos de Yodo son seguros
Antineoplásicos	Medio de contraste yodado (suspender la lactancia temporalmente)
Bromuro	Radiofármacos (suspender la lactancia temporalmente)
Sulfonamidas de acción prolongada	
Sales de oro	

Fuente: Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile, Chile, 2010.

Tabla N°3 Fármacos potencialmente peligrosos

Uso con cuidado.

Acebutolol	Fenobarbital
Atenolol	Sales de Litio
Antihistamínicos	Metimazol
Benzodiazepinas	Nadolol
Clortalidona	Nitrofurantoína
Clindamicina	Antibacterianos quinolonas (ej.ciproflaxacina)
Clonidina	Reserpina
Anticonceptivos con estrógenos	Sotalol
Ergotamina	Diuréticos tiazidas de acción prolongada o altas dosis
Ethosuximida	

Fuente: Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile, Chile, 2010.

Tabla N°4 Fármacos probablemente seguros en dosis habituales

No hay suficiente información para asegurar que estos fármacos no tienen efectos adversos en el niño amantado. Se debe tener presente la posibilidad de alergia o características particulares de cada niño.

Inhibidores de la ECA (ej. Captopril, Enalapril)	Metoclopramida (10 a 14 días)
Antibióticos aminoglucósidos	Antiinflamatorios no esteroideos (preferir ibuprofeno)
Agentes anticolinérgicos	Propiltiouracilo
Anticonvulsivos (excepto Etosuximida y Fenobarbital)	Fenotiazinas
Antihistamínicos	Quinidina
Bloqueadores de Receptores H2 Histamina (preferir Famotidina)	Salicilatos (uso ocasional)
Medicamentos antituberculosis	Tetraciclinas (menos de 2 semanas)
Azatioprina	Terfenadina
Barbitúricos	Diuréticos tiazidas de acción corta
Butirofenonas (ej. Haloperidol)	Antidepresivos tricíclicos (excepto Doxepina)
Espironolactona	Verapamilo

Fuente: Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile, Chile, 2010.

Tabla N°5 Fármacos seguros en dosis habituales

Aunque una droga sea catalogada de inocua, deberá considerarse su potencial alérgico o la reacción particular que puede existir en cada niño.

Acetocumarol	Lidocaína
Antiácidos	Sulfato de Magnesio
Cafeína	Metildopa
Cefalosporinas	Metilergonovina (tratamiento leve)
Anticonceptivos, Progestina pura	Metropolol
Corticosteroides	Paracetamol
Descongestionante nebulizador nasal	Penicilinas
Digoxina	Propranolol
Eritromicina	Teofilina
Heparina	Reemplazo tiroideo
Insulina	Vacunas
Inhaladores (broncodilatadores y corticoides)	Vancomicina
Labetalol	Warfarina
Laxantes no absorbibles (Phillium, Docusato)	

Fuente: Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile, Chile, 2010.

Los anticonceptivos con estrógenos no contraindican la lactancia y deben ser valorados en el riesgo beneficio de acuerdo a criterios de elegibilidad antes mencionados. Su uso luego de los seis meses de vida del niño es compatible con una lactancia exitosa.

Ante la duda sobre un fármaco indicado para una mujer que está amamantando se puede realizar la consulta vía internet a la página: www.e-lactancia.org.

7. Garantizar el cumplimiento de los derechos de la mujer que amamanta y la protección de la maternidad, la paternidad y la lactancia, de acuerdo a las leyes vigentes en todo el territorio nacional.

Es importante destacar que en nuestro país, la segunda causa de destete antes de los seis meses de vida del niño se vincula al trabajo materno y los niños que tuvieron riesgo de no tener lactancia exclusiva fueron, entre otros, aquellos hijos de madres que trabajan siete horas al día o más. 21 Según los últimos datos a nivel nacional, el 11% de las madres manifestó haber abandonado la lactancia por “motivos de trabajo”. A medida que aumentan los años de escolaridad materna, este porcentaje asciende hasta el 21,7%. 21

Se hace imprescindible que todo el equipo de salud que acompaña a la mujer durante el embarazo y la lactancia conozca y garanticen el cumplimiento de las leyes que actualmente rigen en nuestro país y el derecho a hacer uso de la Sala de Lactancia o del espacio destinado y acondicionado para tal fin, según sea establecido en la ley.

Trabajo fuera del hogar

Debemos considerar en forma separada la actividad privada y la actividad pública.

Actividad Privada

La Ley 19.161 del 1° de Noviembre de 2013 establece subsidios por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada:

Licencia por maternidad

- Tendrán derecho a ausentarse de su trabajo por razones de maternidad, las siguientes beneficiarias:
 - ✓ las trabajadoras dependientes de la actividad privada.
 - ✓ las trabajadoras no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, siempre que no tuvieren más de un trabajador subordinado.
 - ✓ las titulares de empresas monotributistas.
 - ✓ las trabajadoras que, habiendo sido despedidas, quedaren grávidas durante el período de amparo al subsidio por desempleo previsto en el Decreto-Ley 15.180, de 20 de Agosto de 1981 y modificativas. 30
- La licencia por maternidad será de 14 semanas, pudiéndose otorgar de la siguiente manera:
 - ✓ Seis semanas antes de la fecha presunta del parto y ocho semanas después del mismo.
 - ✓ Las beneficiarias autorizadas por el Banco de Previsión Social podrán variar los períodos de licencia anteriores, no pudiendo ser nunca menor a catorce semanas.
 - ✓ Si el parto es antes de la fecha prevista, se pasan los días que quedan para el descanso puerperal, prolongándose el mismo hasta completar las catorces semanas.
 - ✓ Si el parto es después de la fecha prevista, no serán reducidas las ocho semanas restantes de descanso puerperal.

- En caso de enfermedad como consecuencia del embarazo o del parto, la beneficiaria tendrá derecho a una prolongación del descanso prenatal o puerperal, respectivamente. Los descansos suplementarios por enfermedad no podrán exceder, en conjunto, los seis meses. Durante éste período, la beneficiaria recibirá del instituto previsional que ampare su actividad, las prestaciones económicas por enfermedad que allí le correspondan. Si la beneficiaria no tuviera derecho a ellas, el Banco de Previsión Social le abonará el subsidio por enfermedad, previsto por el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 y modificativas. 29

Subsidio por maternidad

- Durante el descanso de 14 semanas la beneficiaria recibirá:
 - ✓ Si se trata de trabajadora dependiente, el promedio de su sueldo o jornal percibido en los últimos seis meses, más la cuota que corresponda de salario vacacional y licencia.
 - ✓ Si se trata de trabajadoras no dependientes, el promedio mensual de sus asignaciones de los últimos doce meses. 30
- El derecho a la percepción íntegra del subsidio no se verá afectado por la suspensión o extinción de la relación laboral durante el período de gestación o de descanso puerperal. 29

Licencia por paternidad

- De acuerdo a lo establecido por la **Ley 19.161** del 1° de Noviembre de 2013, tendrán derecho a ausentarse de su trabajo por razones de paternidad, los siguientes beneficiarios:
 - ✓ Trabajadores dependientes de la actividad privada.
 - ✓ Trabajadores no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, siempre que no tuvieren más de un trabajador subordinado.
 - ✓ Titulares de empresas monotributistas. 29
- La licencia tendrá las siguientes duraciones:
 - ✓ Un máximo de 3 días continuos, a partir de Noviembre de 2013.
 - ✓ Un máximo de 7 días continuos, a partir del 1° de Enero de 2015
 - ✓ Un máximo de 10 días continuos, a partir del 1° de Enero de 2016. 29
- El monto del subsidio, correspondiente a cada día de ausencia por paternidad, será el siguiente:
 - ✓ Si se trata de trabajador dependiente, el promedio de su sueldo o jornal percibido en los últimos seis meses, más la cuota que corresponda de salario vacacional y licencia.
 - ✓ Si se trata de trabajador no dependiente, el promedio mensual de sus asignaciones de los últimos doce meses. 29
- Para recibir el subsidio por paternidad, el interesado deberá presentar ante el Banco de Previsión Social el certificado médico correspondiente o testimonio de la partida de nacimiento de su hijo 29

Subsidio para cuidados

- Las trabajadoras y trabajadores mencionados anteriormente serán beneficiarios de un subsidio para el cuidado del recién nacido, que podrán usar indistintamente y en forma alternada el padre y la madre, una vez finalizado el período de subsidio por maternidad y hasta que el hijo de los beneficiarios cumpla 4 meses de edad. 29

- A partir del 1º de enero de 2015 el goce del subsidio para cuidados se extendió hasta los 5 meses de edad del hijo y a partir de 1º de enero de 2016, hasta sus 6 meses de edad.²⁹
- Uno u otro beneficiario sólo podrán acceder al subsidio siempre que la trabajadora permaneciere en actividad o amparada al seguro por enfermedad.²⁹
- La actividad laboral del beneficiario se reducirá a la mitad de su horario habitual, no pudiendo exceder las 4 horas diarias.²⁹
- El monto del subsidio para uno u otro beneficiario será de la mitad de su sueldo o jornal.²⁹

Actividad Pública

La Ley 16.104 del 23 de Enero de 1990 regula las licencias de funcionarios públicos, en el capítulo III se establecen las licencias por maternidad y por paternidad:

El Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central del 19 de Octubre de 2012, regula las licencias de funcionarios públicos, estableciendo en el capítulo II Artículo 18, las licencias por maternidad y por paternidad:

Licencia por maternidad

- Toda funcionaria pública embarazada tendrá derecho mediante presentación de uncertificado médico en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia por maternidad.³⁰
- La duración de esta licencia será de trece semanas. La funcionaria deberá cesar sus actividades una semana antes de la fecha probable de parto y no podrá reiniciarlo sino hasta doce semanas después del mismo.³⁰
- Se podrá adelantar el inicio de la licencia hasta 6 semanas antes de la fecha probable de parto.³⁰
- Si el parto sobreviene después de la fecha prevista, la duración del descanso puerperal no deberá ser reducida.³⁰
- En caso de enfermedad que sea consecuencia del embarazo, se podrá fijar un descanso prenatal suplementario.³⁰
- En caso de enfermedad que sea consecuencia del parto, la funcionaria tendrá derecho a una prolongación del descanso puerperal cuya duración será fijada por los servicios médicos respectivos.³⁰
- En nacimientos múltiples, pre términos o con alguna discapacidad, la licencia por maternidad será de dieciocho semanas.
- La jornada diaria laboral podrá reducirse hasta la mitad por lactancia materna, hasta por un máximo de nueve meses (Artículo N° 15 – Reducción de Jornada. Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central, 19 de octubre de 2012)³¹
- Las funcionarias que amamantan están autorizadas a interrumpir su trabajo para este fin durante dos períodos de media hora dentro de su jornada diaria y que serán contados como trabajo efectivo (Decreto del 1/6/1954).
- El INAU fijará la duración del período de amamantamiento. Como en la práctica, a no ser que la trabajadora viva muy cerca de su lugar de trabajo o que lleven al bebé, es casi imposible que pueda amamantar a su hijo en media hora, es por ello que se acuerda con la empresa unir las dos medias horas y entrar una hora más tarde o salir una hora antes.

Licencia por paternidad

- Los funcionarios padres, tendrán derecho a una licencia por paternidad de 10 días hábiles³⁰

Prima por nacimiento

- Todo funcionario público en razón del nacimiento de cada hijo percibirá una compensación en las condiciones que establezca la Administración. Cuando ambos padres sean funcionarios la prima la percibirá uno solo de ellos (Artículo N° 32 – Prima por nacimiento o adopción de un menor o legitimación adoptiva – Reducción de Jornada. Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central, 19 de Octubre de 2012).³¹

Consideraciones especiales en actividad pública y privada

- **Ley 17.215:** toda trabajadora pública o privada durante el embarazo o en período de lactancia tiene derecho a obtener un cambio temporario de actividades si las mismas pudieran afectar la salud de ella o su hija/o. En ningún caso el traslado de funciones implicará disminución o aumento de la remuneración que percibe habitualmente. Al finalizar los períodos antedichos la trabajadora deberá retornar a sus funciones habituales. No podrá ser suspendida, despedida, perjudicada en sus derechos laborales ni postergadas en su carrera funcional. Si por las dimensiones o características de la empresa el empleador no puede realizar la reasignación de tareas deberá comunicarlo según artículo 3 de la Ley 17.215 al Banco de Previsión Social³²
- **Ley 16.045:** se prohíbe suspensión y despido en caso de embarazo o lactancia.³³
- **Ley 11.577:** toda mujer obrera en estado de gravidez no podrá ser despedida. En caso de serlo, el empleador deberá pagarle un importe equivalente a seis meses de sueldo más la indemnización legal que corresponda.³⁴

Embarazos múltiples

La **Ley 17.474** del 14 de Mayo de 2002, establece consideraciones especiales en caso de embarazo múltiple:

- Toda mujer a la cual se le constate un embarazo gemelar múltiple tendrá derecho al cobro de una asignación prenatal a partir del momento en que se determine el mismo. Deberá presentar un certificado médico que establezca su condición y el número de hijos en gestación. Tal condición, le brindará el derecho a recibir una asignación equivalente al triple de la establecida en el régimen general, por cada hijo en gestación.³⁵
- Los adultos que tengan a su cargo hijos producto de un nacimiento gemelar múltiple cobrarán el beneficio de la asignación familiar, por cada niño, el cual será equivalente al triple de lo que correspondería en el régimen general, hasta la edad de 5 años; al doble entre los 6 y los 12 años y común entre los 13 y los 18 años de edad. Este beneficio será percibido con independencia de la existencia de una relación laboral formal y será abonado hasta los 18 años de edad de los menores.³⁵

- Los niños producto de nacimiento gemelar múltiple, tendrán derecho a recibir atención médica rutinaria domiciliaria, desde su nacimiento hasta los 3 años de edad, a través de la cobertura de instituciones de salud pública o privada. Asimismo, tendrán prioridad en la atención en consultorio hasta los 9 años de edad cualquier sea la cobertura de salud.³⁵ El Estatuto del Funcionario Público establece que en nacimientos múltiples, pre términos o con alguna discapacidad, la licencia por maternidad será de 18 semanas (Artículo N° 18 –Licencias Especiales– Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central, 19 de Octubre de 2012).³¹

Trabajo de parto y parto

La **Ley 17.386** del 23 de Agosto de 2001 establece que:

- Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.³⁶

Otras cuestiones relativas a la maternidad

- Licencia por enfermedad de hijo o menor a cargo: no hay normas generales. Se prevé en algunos convenios colectivos.
- Centros de cuidado infantil o jardines infantiles: no existen normas legales obligando a instalarlas. Funcionan guarderías en muchos organismos públicos, y por convenio colectivo en el sector privado.

Sobre la implementación de Salas de lactancia materna en los lugares de trabajo o estudio

El criterio para implementación de una Sala de Lactancia en el lugar de trabajo o estudio quedará establecido por la ley. Pero en caso contrario al criterio establecido por ley, se deberá contar con los dispositivos para garantizar un espacio físico para que la mujer trabajadora o que estudie amamante o se extraiga y almacene leche para su hijo.

Requisitos mínimos para establecer un área o sala de lactancia materna en el lugar de trabajo o estudio:

- área física independiente, separada de los servicios higiénicos, que cuente con pileta para higiene de manos con agua y jabón, alcohol gel y toallas de papel.
- heladera con congelador o freezer para uso exclusivo de esta área y colocados a 20 cm del piso, que permita a la mujer enfriar o congelar la leche ordeñada para su traslado posterior.
- los equipos de frío deben ser provistos de un termómetro digital con cable extensor y sensor de registro de la temperatura máxima y mínima.
- sistema de ordeño. En relación a este punto, puede ser de uso personal el kit completo o parte del mismo, lo cual será valorado en cada empresa.

- sillas o sillones confortables, de material que permita ser lavado y desinfectado. armario para guardado de pertenencias. iluminación de preferencia natural o proveerla artificialmente con sistema de protección contra roturas de focos.
- ventilación adecuada y /o proveerla artificialmente (aire acondicionado) con el fin de lograr un ambiente confortable
- toma corrientes suficientes para los equipos de frío
- la higiene de mesadas y heladeras debe ser con agua y jabón y finalizar con alcohol al 70%
- el mobiliario debe ser de superficie lisa, sin rugosidades que comprometan la higiene. Debe evitarse la madera u otro material que no pueda ser lavado. Las superficies de techo, paredes, divisorias y pisos deben ser lisas y/o revestidas o pintadas sin presentar puntos de acumulación de suciedad, para facilitar lavado y desinfección.

Servicios opcionales:

- biblioteca con publicaciones, guías, información sobre crecimiento y desarrollo desde el embarazo, primera infancia y otras etapas de la vida para generar un espacio de orientación en la crianza de los niños/as.
- generar beneficios extras dentro de las posibilidades y estrategias factibles y sostenibles para las empresas, como entrega de pañales, horas libres para concurrencia a los controles pediátricos, entrega de set de estímulo del desarrollo infantil.
- entrega en calidad de préstamo de ordeñadoras para la mujer madre, a los funcionarios varones cuando es éste el que trabaja en la empresa.
- frascos o envases adecuados y aptos para recolección de leche humana.
- etiquetas para rotulado.
- cajas isotérmicas y gel pack para traslado de la leche.
- la empresa informará a todo el personal de la existencia de este beneficio de la manera que considere más adecuada para su difusión.

Todo espacio o Sala de Lactancia en los lugares de trabajo o estudio, deberá respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y las Asambleas ampliatorias de dicho Código.

El MS, a través de la Coordinación Nacional de Lactancia Materna están a su disposición para poder apoyar y orientar la correcta instalación así como realizar actividades junto a las funcionarias/os en relación a este tema.

8. Presentar los indicadores básicos para evaluar las prácticas de lactancia materna de acuerdo a lo establecido por la OMS (Indicadores para la Evaluación de las Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño Parte I Definiciones OMS 2009).

Los indicadores que se incluyen en este documento, toman las sugerencias de la OMS, que se plantean para evaluar la alimentación infantil dentro de los países y entre ellos, y medir el progreso de los esfuerzos de promoción de la lactancia materna. Desde que fueron planteados lo primeros en el año 1991, ha habido desarrollos importantes en las recomendaciones y el conocimiento científico acerca de lo que constituyen las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria, lo cual ha generado la necesidad de revisar y expandir el grupo de indicadores recomendados inicialmente.³⁷

A partir del 2004, los miembros del Grupo de Trabajo sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño iniciaron una serie de actividades dirigidas hacia la definición y validación de indicadores que reflejaran la calidad y cantidad de la dieta. De este grupo surge la determinación de ocho de los indicadores básicos y siete de los indicadores opcionales para evaluar las prácticas sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños a nivel poblacional que pueden ser obtenidas a partir de los datos de encuestas de hogares.³⁷

Objetivos de los indicadores

El estado nutricional de los niños menores de dos años y su crecimiento y desarrollo hasta los 5 años depende directamente de sus prácticas de alimentación, por lo que poder evaluar a nivel nacional los programas y su impacto sobre las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria con fundamentales.³⁷

Los indicadores deberán ser considerados principalmente para:

- Evaluación: para hacer comparaciones a nivel nacional y local así como para describir las tendencias en el tiempo.
- Definición de grupos objetivo: para identificar las poblaciones en riesgo y las intervenciones destinadas a ellas, así como tomar decisiones con relación a las políticas de asignación de recursos.
- Monitoreo y evaluación: para monitorear el progreso en el logro de metas y para evaluar el impacto de las intervenciones.³⁷

Los indicadores aquí descritos están principalmente diseñados para ser usados en estudios a gran escala o programas nacionales y son referidos únicamente a la lactancia materna. Los indicadores relacionados con las prácticas de Alimentación Complementaria pueden encontrarse en las “Guías de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses”, del Ministerio de Salud.

Indicadores básicos

Inicio de la lactancia materna

1. Inicio temprano de la lactancia materna: Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.³⁷

Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.
Total de Niños nacidos en los últimos 24 meses

- ✓ Este indicador se basa en recordatorio histórico. El denominador y el numerador incluyen niños actualmente vivos y fallecidos que nacieron durante los últimos 24 meses.
- ✓ Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: (i) niños que nacieron vivos durante los últimos 12 meses; y (ii) niños que nacieron vivos entre los 12 y 24 meses previos a la encuesta³⁷

Lactancia materna exclusiva

2. Lactancia materna exclusiva antes de los seis meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.³⁷

Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solamente leche materna durante el día anterior
Total Lactantes de 0 a 5 meses de edad

- ✓ Este indicador incluye ser amamantados a pecho directo y alimentación con leche materna extraída. Se pensó, sin embargo, que era más simple retener el término “lactancia materna exclusiva” en vez del término más preciso pero complicado “alimentado exclusivamente con leche materna”.³⁷
- ✓ Éste es el primero de la serie de indicadores del estado actual basados en la recordación del día anterior e incluye a los lactantes con vida. Todos los indicadores que siguen, excepto “niños amamantados alguna vez”, se basan también en la recordación del día anterior.³⁷
- ✓ El uso del período recordatorio del día anterior resultará en una estimación excesiva de la proporción de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna, ya que algunos lactantes a quienes se les dan otros líquidos en forma irregular podrían no haberlos recibido en el día anterior al estudio.³⁷
- ✓ Al igual que otros indicadores basados en el estado actual, la lactancia materna exclusiva se basa en un corte transversal de niños en un rango de edad determinado, en este caso niños con edad comprendida entre el nacimiento hasta justo antes de alcanzar los seis meses de edad. Por lo tanto no representa la proporción de lactantes que son exclusivamente amamantados hasta justo antes de cumplir los seis meses de edad y no debería ser interpretado como tal. Generalmente se acepta que la proporción de exclusivamente amamantados hasta justo antes de los seis meses de edad sea más baja que el número derivado del indicador del estado actual. Por ejemplo, si existiera una tasa lineal de disminución en la proporción de los exclusivamente amamantados desde el 100% al nacer a 20% a los seis meses, el valor del indicador para lactancia materna exclusiva antes de los seis meses sería del 60% (en vez del 20% que aún son alimentados exclusivamente con leche materna a

Manual Práctico de Lactancia Materna:

Contenidos técnicos básicos para la Consejería en Lactancia Materna, para el equipo de salud.

los seis meses). Sin embargo, el indicador recomendado en este documento representa la mejor opción para calcular la lactancia materna exclusiva y es más sensible para captar cambios. Si existe interés en identificar diferencias en las proporciones de lactantes exclusivamente amamantados para rangos más estrechos de edad, se sugiere la creación de figuras como las mostradas en el Anexo 3, y el desglose de datos como se sugiere en el punto a continuación puede proporcionar dicha información.³⁷

Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos etarios: 0 a 1 mes, 2 a 3 meses, 4 a 5 meses y 0 a 3 meses.³⁷

Lactancia materna continúa

3. Lactancia materna continúa al año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados.³⁷

Niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior
Niños de 12 a 15 meses de edad

Este indicador incluye alimentación con leche materna extraída.³⁷

El título de este indicador sobre lactancia materna continua refleja una aproximación del rango de edad cubierto. Debido al intervalo de edad, el indicador subestima la proporción de niños que reciben leche materna al año.³⁷

Debido a que el indicador tiene un rango relativamente estrecho de cuatro meses, los cálculos estimados de los estudios con muestras pequeñas tienden a tener amplios intervalos de confianza.³⁷

Indicadores opcionales

4. Niños que fueron amamantados alguna vez: Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez.³⁷

Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez
Niños nacidos en los últimos 24 meses

- Este indicador se basa en recordatorio histórico. El denominador y el numerador incluyen niños con vida y fallecidos que nacieron durante los últimos 24 meses.³⁷
- Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: (i) niños que nacieron vivos en los últimos 12 meses; y (ii) niños que nacieron vivos entre los 12 y 24 meses previos a la encuesta.³⁷

5. **Lactancia materna continúa a los 2 años:** Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados.³⁷

Niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior
Niños de 20 a 23 meses de edad

- El título de este indicador sobre lactancia materna continua refleja una aproximación del rango de edad cubierto.³⁷
- Debido a que el indicador tiene un rango relativamente estrecho de 4 meses, los cálculos estimados de los estudios con muestras pequeñas tienden a tener amplios intervalos de confianza.³⁷

El derecho a recibir consejería en lactancia materna

Desde la etapa prenatal, toda mujer, su pareja y familia, tiene derecho a recibir consejería en lactancia materna oportuna, completa y basada en la evidencia, de acuerdo a lo establecido en la “Guía para la Atención de la Mujer en el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio” de este Ministerio, así como a los contenidos desarrollados en la presente Norma, antes, durante y después del nacimiento del bebé. El proceso de sensibilización y apoyo de las familias debe considerar los aspectos culturales y sociales que el acto de amamantar denota, para realizar intervenciones acertadas y con la máxima responsabilidad ética y moral.

Luego del nacimiento, toda madre, padre y niño o niña tienen derecho a recibir consejería en lactancia materna y alimentación complementaria de acuerdo a los contenidos incluidos en la presente Norma, tomando en cuenta las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño y la “Guía de Alimentación Complementaria del niño de 6 a 24 meses” publicadas por este Ministerio.

Las mujeres, los lactantes y sus familias tienen derecho a estar plenamente informados; el equipo de salud tiene el deber de hacerlo con la máxima responsabilidad y compromiso posible y libre de conflictos de interés.

El manual práctico incluye contenidos técnicos sobre:

- el contacto piel con piel, amamantamiento inmediato y alojamiento conjunto.
- problemas frecuentes (dolor, dificultad de acople, pérdida de peso o aumento escaso de peso del bebé).
- apoyando la lactancia desde el inicio: técnicas de amamantamiento adecuado, posiciones para amamantar, duración y frecuencia de las mamadas, producción de leche, pautas para el uso de chupetes y biberones, aspectos vinculados al derecho a la intimidad de las madres respecto a su cuerpo, sus pechos y sus desnudez en los servicios de salud.
- técnicas de extracción manual de la leche materna: medidas higiénicas previas a la extracción, técnicas para estimular la bajada de leche, conservación, tiempos de conservación, descongelado, cuidados a tener en cuenta al momento de donar leche humana.
- comunicación en lactancia (importancia de fortalecer la confianza, de habilitar y de dialogar).
- manejo de la lactancia en los recién nacidos prematuros.
- manejo de la lactancia en los recién nacidos gemelares.
- prácticas frecuentes que afectan negativamente la lactancia materna.
- aspectos sobre la salud bucal y la prevención de caries durante la lactancia.
- consejería relacionada con la lactancia en el caso de mujeres VIH positivas.
- lactancia materna y hábito de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilícitas.
- bases de la alimentación de la mujer durante la lactancia

Contacto piel con piel y amamantamiento inmediato

Se facilitará el establecimiento del contacto inmediato madre e hijo, salvo patología materna o del recién nacido que haga imprescindible la separación.²⁶

El equipo de salud presente en la sala de partos deberá apoyar a la madre e iniciar la lactancia en la primera hora post parto. Se colocará al lactante sobre el abdomen de la madre inmediatamente después del parto, fomentando el contacto piel con piel y favoreciendo de esta manera el inicio temprano de la lactancia. Se recomienda que el padre acompañe éste proceso u otro acompañante que la madre decida en el marco de la Ley de acompañamiento durante el nacimiento.²⁶

Se deberán evitar todas las maniobras invasivas que puedan interferir en ese momento. El examen del recién nacido, la colocación del nitrato de plata, administración de vitamina K cuando ha sido parto natural, así como la toma de peso y longitud, de deberán realizar luego del primer contacto piel con piel, para no interferir en el primer contacto visual del lactante con su madre y el ambiente.²⁶

Se promoverá la lactancia materna en la primera hora post cesárea, para ello se promoverá el uso de anestesia raquídea y para la analgesia se preferirá paracetamol o ibuprofeno, se evitará el uso de oxióticos, se brindará apoyo especial a la mujer en esta situación de parte del equipo de salud que interviene. 26El caso de cesárea, el contacto piel con piel deberá realizarse inmediatamente después del nacimiento o por lo menos durante la primera hora después de que la madre haya recuperado el conocimiento, en caso de anestesia general.²⁶

Se colocará al recién nacido al lado de su madre en la sala de puerperio inmediato o en la sala de recuperación post anestésica, en caso de cesárea, manteniendo una observación estricta y ofreciendo apoyo constante para facilitar el amamantamiento.²⁶

Se trasladará a la madre y al recién nacido juntos o simultáneamente a la sala de alojamiento conjunto.²⁶

Apoyando la lactancia: Técnicas de amamantamiento adecuado.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hija/o. No sólo por los beneficios para el niño, la madre y la sociedad, sino también por el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su hijo amamantado es una experiencia única, especial e intensa.¹²

Los requisitos básicos para una lactancia materna exitosa son la buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar y una correcta técnica de amamantamiento. Pare ello es imprescindible que el equipo de salud demuestre interés, promueva, apoye y facilite la práctica de la lactancia materna como la mejor forma de alimentar al niño.²⁶

Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente, idealmente durante la primera media hora de nacido en sala de parto y/o recuperación de la madre. La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso y por lo general, cuando maman precozmente requieren menos ayuda para poder hacerlo en forma eficiente.^{12,26}

Técnica de amamantamiento

Una correcta técnica de amamantamiento permite una producción láctea adecuada, permite la extracción de los dos tipos de leches, permite satisfacer las necesidades del niño, no produce molestias en la madre y permite la satisfacción psíquica de la madre y el niño.^{12,26}

La madre puede amamantar en diferentes posiciones, lo importante es que madre y niño, estén cómodos y muy juntos, preferentemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre, “panza con panza”.^{12,26}

La madre debe de sentarse cómoda, con la espalda apoyada y colocando los pies a una altura que le facilita amamantar. Si el niño es demasiado pequeño se puede utilizar una almohada o almohadón para acomodarlo a la altura del pecho.^{12,26}

El lactante debe estar enfrenado a la madre, “panza con panza”, cabeza y hombros en el mismo eje de frente al pecho y con la cabeza del niño apoyada sobre el antebrazo.^{12,26}

Sostener la mama con la mano formando una “C”, con los cuatro dedos por debajo y el pulgar arriba.^{12,26}

Fomentar el reflejo de búsqueda del pezón: con el pezón tocar el labio inferior del lactante varias veces hasta que abra ampliamente la boca, en ese momento y con un movimiento rápido, llevar al lactante hacia la mama, favoreciendo la entrada del pezón y casi toda la areola dentro de su boca.^{12,26}

El pezón debe apuntar al paladar del bebé, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por debajo del pezón. El labio superior e inferior deben estar evertidos, de esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y ordeño sean eficaces. Normalmente se nota que el bebé “trabaja” con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas, y que sus mejillas no se hundan hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siquiera cuando tiene grietas.¹²

Si la madre relata dolor es porque el niño no está bien prendido al pecho, en tal caso se debe de retirar al niño del pecho introduciendo el dedo meñique por la comisura labial presionando la encía inferior.²⁶

Es recomendable que la madre reconozca la succión efectiva, para saber si el lactante se alimenta bien se deben tener en cuenta los siguientes indicadores de amantamiento correcto:

- sonido de deglución audible, aunque últimas evidencias sugieren que no es imprescindible.
- actitud del lactante mamando en forma tranquila, rítmica y acompasada, claramente relajado y satisfecho
- amamantamiento sin dolor
- sueño tranquilo
- aumento de peso normal y curva de crecimiento adecuada a la edad y tiempo.
- deposiciones amarillas, fluidas y frecuentes
- pezones y pechos sanos.²⁶

Posiciones para amamantar

Es importante que la madre conozca diferentes posiciones para amamantar y de ésta manera escoja la que se acomode más a ella y su niño. Es importante variar las posiciones durante el día para un mejor vaciamiento de las mamas, ya que el niño comprime distintos puntos de la areola y el pezón. Se evita de ésta manera el dolor, las grietas en el pezón, la retención de leche, el taponamiento de los conductos y la mastitis.¹²

Posiciones del niño con la madre sentada:

- **Madre sentada y niño acunado:** “niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca, en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la madre o rodeando su cintura”.¹²
- **Posición de caballito:** “madre sentada y el niño enfrenta el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que está el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. Esta posición está recomendada para los niños hiper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes”.¹²
- **Posición en reversa:** “madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula”.¹²
- **Posición en canasto o pelota:** “niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria”.¹²

Posiciones del niño con la madre acostada:

- **Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral:** madre y niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño. Es importante no alimentar al niño totalmente acostado por riesgo de pasaje del alimento a través de la Trompa de Eustaquio al oído medio. Puede causar otitis media aguda recurrente Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que recién tienen su bebé, logran mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas”.¹²
- **Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral:** “madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión. Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo, en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda”.¹²

Duración y frecuencia de las mamadas

Cada binomio madre e hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento de manera que no existen pautas rígidas en cuanto a la duración ni número de mamadas.²⁶

Tanto el número de tomas que realiza el lactante al día, como el tiempo que invierte en cada una son muy variables, por lo que no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho “a libre demanda”, que el lactante tome todo lo que desea todas las veces que desea, ya que es el único que sabe cuándo está satisfecho.^{12,26}

Los primeros días de vida el recién nacido tiene un ritmo de succión que alcanza de tres a cuatro succiones para luego hacer una pausa, esto se debe a que el recién nacido debe aprender a coordinar simultáneamente la succión, la deglución y la respiración. Luego de algunos días adquiere un patrón donde realiza la succión en menos tiempo y sin pausa.²⁶

Hasta que la lactancia este bien establecida, se sugieren mamadas frecuentes, al menos ocho tomas en 24 horas, alternando el seno con el cual se comienza y empleando ambos pechos cada vez. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternadamente cada uno de ellos, para evitar el acumulo de leche.^{12,26}

En cada mamada el niño debe recibir los dos tipos de leche de cada pecho: la leche inicial, con mayor contenido en lactosa y agua, y la leche final, con mayor contenido de grasa.²⁶

Cuando el niño queda satisfecho generalmente se separa solo del pecho. Si se queda dormido, para desprenderlo se debe introducir el dedo meñique entre el ángulo de la boca del bebe y el pezón.²⁶

Producción de leche

El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces toma el pecho de la madre, más leche se produce.¹²

Casi todas las mujeres son capaces de alimentar a su hijo exclusivamente con su leche. Si bien hay diferencias significativas en los volúmenes y en la concentración de grasa en la leche de diferentes madres, existe una gran capacidad del niño de estimular la producción de acuerdo a sus necesidades. Por ello es importante ofrecer el pecho a libre demanda, dejando que el bebé marque las pautas tanto en lo que refiere al intervalo entre mamadas como a la duración de cada una.¹²

Uso de chupetes y biberones

Es importante, sobre todo al principio, que no se ofrezca al recién nacido chupetes ni mamaderas de no ser estrictamente necesario. Un chupete y una mamadera no se succionan de la misma forma que el pecho, por lo que el recién nacido puede “confundirse” y posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia, ya que se utiliza distinta musculatura de succión con el chupete y el biberón que en el proceso de succión del pecho. El cambio de posición de la boca y de la lengua para alimentarse de una mamadera y succionar de un chupete puede confundir al bebé y dificultar el aprendizaje para una lactancia eficiente.¹²

Existe actualmente preocupación por la evidencia aportada por recientes estudios que demuestran que el uso del chupete podría proteger al bebé de muerte súbita, por mecanismos que no están claros. Por este motivo la Academia Americana de Pediatría (2005), recomienda luego del primer mes de vida en los niños amamantados, el uso de chupete a la hora de dormir, sin volver a colocarlo una vez que el niño ya se durmió.³⁸

No se recomienda usar vasos, jeringas o goteros, ya que alteran la sensorialidad y la coordinación de la succión, deglución y respiración, porque no desencadenan los mecanismos de protección de la vía aérea.³⁸

El uso de chupetes y tetinas se recomienda cuando existen dificultades anatómicas o funcionales para lograr un adecuado amamantamiento y por tanto, el recién nacido requiere de entrenamiento para realizar una lactancia efectiva y placentera para la díada madre-bebé. Actualmente existen tetinas y chupetes anatómicos que han sido diseñadas de acuerdo a la forma que adopta el pezón durante la lactancia y estimulan los movimientos naturales de succión. El uso de los mismos se irá alternando con el amamantamiento según la necesidad del niño hasta que adquiera un patrón de movimientos adecuados.³⁹

Pautas para el uso de chupete en caso de requerirse:

- la succión del chupete tiene un rol calmante de la ansiedad y de analgesia especialmente durante procedimientos médicos dolorosos (vacunas, inyecciones, extracción de sangre).
 - favorece la organización del neurodesarrollo y la maduración de la conducta neurológica y la adaptación a los estímulos del medio.
 - mejora el desarrollo de habilidades sensorio motoras orales.
 - previene la muerte súbita, favorece el adelantamiento de la lengua permitiendo una mejor permeabilidad de la vía aérea, reduce la posibilidad de obstrucción de la vía aérea alta.
 - favorece la deglución de la saliva y de secreciones.
 - favorece el movimiento peristáltico del esófago, promueve el descenso del alimento disminuyendo los eventos de reflujo gastro-esofágico.
- es fundamental la forma y el tamaño, el material y su textura.³⁸
- Debe ser:**
- ✓ anatómico: para permitir una correcta ubicación de la lengua en la cavidad oral y favorecer el desarrollo del paladar y la relación entre los maxilares. Con este tipo de chupete o tetina, tracciona la lengua hacia adelante, lo que facilita la succión.
 - ✓ material: puede ser de silicona o de látex.
 - ✓ textura: debe ser cambiado periódicamente para mantener su firmeza y su consistencia.
 - ✓ higiene: debe ser lavado periódicamente.³⁸

Pautas para el uso de biberones:

Es fundamental utilizar de forma adecuada los biberones en el caso de que sean necesarios. Las tetinas deben ser:

- ✓ anatómicas: tienen la forma que adopta el pezón en la boca del bebé.
 - ✓ material: látex o silicona, dependiendo de la fuerza de succión que tenga el bebé.
 - ✓ el orificio debe ser en la parte superior para que la leche se dirija entre el paladar y la lengua para evitar el impacto directo en la pared posterior de la orofaringe y su ascenso a rinofaringe.
 - ✓ el tamaño del orificio debe ser pequeño para regular el flujo de salida del alimento y que el bebé pueda tener una correcta coordinación succión –deglución – respiración.
- ✓ la tetina deberá de cambiar de tamaño cada tres meses.
 - ✓ se deberá posicionar al lactante de forma vertical, con la cara perpendicular a la tetina y estimulando el contacto físico.
 - ✓ es importante no alimentar al niño acostado, por riesgo de pasaje del alimento a través de la trompa de Eustaquio al oído medio, ya que puede causar otitis media aguda recurrente.³⁸

Aspectos vinculados al derecho a la intimidad de las madres, respecto a su cuerpo, sus pechos, y sus desnudez, en los servicios de salud.

Es frecuente que el personal de salud proceda a la inspección de los pechos y eventualmente a su palpación o intentos de ordeño manual en las mujeres que amamantan.

Tanto los profesionales médicos, como de obstetricia y enfermería están capacitados, para realizar las observaciones clínicas mediante la inspección y la palpación del cuerpo de la madre. Otros profesionales o personal auxiliar o voluntario que realizan consejería o apoyo a la madre que amamanta, deben tener esa formación.⁴⁰

Quienes apoyen a las madres, deben saber que es necesario evitar toda situación que pueda afectar el pudor de la mujer y que tanto la observación de los pechos desnudos como su palpación puede ser molesta. En todo momento el personal de salud, debe pedir permiso en caso que deba observar o tocar partes desnudas de su cuerpo. En el caso de que la madre no acceda o se sienta incómoda ante esta situación, las alternativas para demostrar a la madre cómo debe sostenerse o prenderse el bebé al pecho, podrán realizarse con modelos que representan al bebé y el pecho materno, hechos con materiales simples o fotografías.⁴⁰

La privacidad de las madres mientras amamantan a sus hijos en salas de neonatología o que se extraen leche en sectores comunes, debe protegerse siempre que lo deseen, para que no quede expuesta frente a otras personas si esto no la hace sentir cómoda.⁴⁰

Técnica de extracción manual de la leche humana

Nunca debe utilizarse la extracción de la leche materna como un indicador de la cantidad de leche que la madre produce, ya que la extracción manual o mecánica siempre es menos eficiente que la succión del niño. Además las situaciones de estrés y la inexperiencia pueden resultar en la obtención de pequeñas cantidades, lo cual puede llevar a minimizar la confianza de la madre.²⁶

La extracción manual es la técnica más usada en todo el mundo, ya que no necesita equipo, y además es la más higiénica. Esta técnica es además especialmente útil para:

- Disminuir la tensión en la areola o el pecho debido a una excesiva cantidad de leche y así facilitar la succión del niño/a.
- Disminuir la excesiva secreción inicial de leche que en algunos recién nacidos/as provoca episodios de sofocación.²⁶

Extracción mecánica de la leche humana:

Otros métodos de extracción de leche humana, son los dispositivos eléctricos o mecánicos. Estos equipos requieren de una estricta higiene luego de cada uso y esterilización por hervido también durante 15 minutos, por lo menos 1 vez al día, de todos los elementos que entran en contacto con la leche (pezoneras, válvulas, membranas, y demás utensilios)

Medidas higiénicas previas a la extracción

- Recoger el cabello, evitar usar alhajas al momento de la extracción
- Lavado de manos con agua y jabón con limpieza de las uñas con cepillo. Se recomiendan las uñas cortas y sin esmaltes. La ducha diaria alcanza para la higiene del pecho y areola. Se desaconsejan los jabones antibacterianos y las lociones o gel con alcohol, que favorecen la desecación de la areola y aparición de grietas.²⁶

Técnicas para estimular la bajada de la leche

Para facilitar la extracción se han descrito diferentes técnicas de relajación: ejercicios de relajación, varias inspiraciones profundas antes de la extracción, música suave, estar al lado de su hijo/a o tener una foto.²⁶

La aplicación de calor sobre el pecho favorece el flujo de la leche, luego de lo cual se debe realizar masajes circulares suaves desde la base de la mama hasta la unión de la piel con la areola en toda la mama.²⁶

Técnica 1:

- colocar el pulgar y los dedos índices y medio formando una letra C en la zona de unión de la piel con la areola. Debe evitarse que el pecho descansa sobre la mano.
- empujar con los dedos en esa posición hacia atrás (hacia las costillas) sin separarlos del cuerpo.
- comprimir la areola entre el índice y pulgar para obtener un chorro de leche.
- estos movimientos se deben repetir en forma rítmica para evitar vaciar los depósitos (colocar los dedos, empujar hacia adentro y compresión). Debe ir rotándose la posición de los dedos para vaciar todo el pecho.
- en el proceso de extracción se deben utilizar ambas manos.

- Para disminuir el riesgo de contaminación bacteriana se aconsejará a la madre que evite hablar mientras realiza la extracción, y en caso de estar cursando una afección respiratoria se aconseja el uso de tapabocas.²⁶
- Es aconsejable que la madre busque un lugar higiénico, tranquilo y privado para la extracción en su hogar.²⁶ Este puede ser una Sala de Lactancia, si se encuentra en su ámbito de trabajo o estudio.
- Realiza la extracción cuando tenga la necesidad, general esto ocurre cada 2 o 3 horas, durante o luego de alimentar a tu bebé.

- el flujo de leche, generalmente se enlentece a medida que los reservorios se van vaciando. Se extrae la leche hasta que el flujo se haga más lento.
- se debe evitar presiones y tirones excesivos y dolorosos.²⁶

Técnica 2:

- sujetar el pecho con toda la mano con el pulgar arriba y los otros cuatro dedos recogiendo todo el pecho por debajo de manera que el meñique toque las costillas.
- para obtener la leche iniciar un movimiento de ola que empiece en el meñique comprimiendo suavemente el pecho, seguido por el 4° dedo, después por el 3° hasta el 2° mientras el pulgar comprime desde arriba.
- realizar estos movimientos dos veces y cambiar la mano de posición de forma que se vaya alcanzando toda la superficie del pecho.²⁶

Tiempo de extracción

El procedimiento de extracción completo puede durar entre 20 y 30 minutos, aunque esto debe ser ajustado a cada situación particular.²⁶

Conservación

Recipientes aconsejados:

- ✓ Los frascos deben ser de vidrios y las tapas deben ser de plástico. Retirar el rótulo y el cartón que queda debajo de la tapa y lavar con agua y jabón, enjuagar bien. Colocar en una olla el frasco y la tapa, cubrirlos con agua y dejarlos hervir por 15 minutos.⁴¹
- ✓ Las bolsas específicas para guardar no se aconsejan por el riesgo de pinchado y por la mayor pérdida de Inmunoglobulina A (IgA), por ésta razón se desaconseja su uso para niños pretérminos.²⁶ Siempre que te extraigas utiliza un recipiente vacío y previamente esterilizado.
- ✓ Los frascos deben ser rotulados con fecha, debiéndose utilizar los de mayor tiempo de congelado primero.²⁶

Tiempos de conservación de la leche extraída:

Heladera profunda	48 horas
Congelador	15 días
Freezer	3 a 6 meses

Descongelado:

- Este proceso puede ser realizado a baño María, bajo el chorro caliente de la canilla o descongelado gradual colocando la leche en la heladera la noche previa.
- No debe hervirse ni realizarse en microondas porque produce la desnaturalización de las proteínas.
- Una vez descongelado debe usarse en las siguientes 24 horas.
- No se debe congelar nuevamente luego de descongelado.
- No llene el recipiente a congelar hasta el tope, deje un espacio libre.
- Al descongelar la leche el olor no es el mismo de la leche fresca.
- Durante el almacenamiento la leche se separa de la grasa por lo cual al descongelar debe agitarse suavemente.²⁶

Cuidados a tener en cuenta al momento de donar leche humana

Algunas mujeres cuando están amamantando producen un volumen de leche superior a la necesidad del bebé, lo que posibilita que sean donantes de un Banco de Leche Humana.⁴¹

La leche debe ser retirada después que el bebé mame o cuando las mamas estuvieran muy llenas. Al retirar la leche es importante que se sigan algunas recomendaciones que forman parte de la garantía de calidad de la leche humana distribuida a los bebés hospitalizados, receptores de leche humana

- Escoger un lugar adecuado para la extracción, limpio, tranquilo, cómodo, lejos de animales u otras fuentes de contaminación. Las Salas de Lactancia montadas de acuerdo a los requisitos en lugares de trabajo o estudio son otro espacio para la extracción de leche para donar.
- Lava tus manos hasta los codos con abundante agua y jabón y secarlas con una toalla limpia.
- Colócate gorro y tapabocas.

- Evita conversar durante la retirada de leche descarta los primeros chorros o gotas e iniciar la recolección en un frasco de vidrio con tapa plástica esterilizado previamente
- el frasco con la leche retirada debe ser almacenado en el congelador o freezer.
- cuando se ordeña nuevamente leche, utilizar otro recipiente esterilizado y al terminar acrecentar esta leche en el frasco que está en el freezer o congelador.
- Lo ideal es freezar la leche para donar inmediatamente como el estándar ideal
- Si están en una Sala de lactancia que tiene congelador, puedes congelarla inmediatamente con rótulo que indique CI, FECHA Y HORA, y freezar al llegar a casa,
- El traslado de la leche extraída debe mantener la cadena de frío hasta tu hogar, si la extraes en el trabajo.
- No dejar la leche extraída a temperatura ambiente y tampoco en heladera si es para donar.
- Luego de mantenerse en congelador o freezer, cómo máximo 15 días, si es para donar al Banco de leche o a centros recolectores de leche humana.

La leche humana donada, tras pasar por proceso que envuelve selección, clasificación y pasteurización, es distribuida con calidad certificada a los bebés internados en unidades neonatales.⁴¹

Manejo de la lactancia en recién nacidos prematuros

Los avances en la neonatología han aumentado la sobrevivencia del prematuro menor a 1500 gramos en todo el mundo y también en nuestro país. La estrategia de bancos de leche humana ha permitido mejorar la nutrición del niño prematuro asociando a esta estrategia la extracción manual de leche materna desde el nacimiento. Para ello es necesario entrenar al personal y lograr un equipo con las destrezas y habilidades necesarias para apoyar a la madre durante el período de internación del niño prematuro.²⁶

Una vez dada el alta se promoverá la lactancia materna y la utilización de preparados para lactantes cuando la lactancia no es suficiente como única fuente de alimentación. Se tendrá especial atención a las demandas de energía, proteínas, ácidos grasos esenciales, minerales, vitaminas y otros micronutrientes, los cuales son especiales y únicos para estos niños durante este período.²⁶

La investigación y la evidencia científica actual recomienda la leche humana de la propia madre como la fuente más adecuada de alimentación para niños prematuros, por sus beneficios nutricionales, protección inmunológica, beneficio psicológico (fortalece el vínculo madre – hijo – familia) y ventajas en el desarrollo.²⁶

En general, los prematuros de muy bajo peso al nacer, dejan la maternidad alimentándose con leche materna y leche de banco y/o preparado para lactante para completar el aporte de sus requerimientos nutricionales en esta etapa del crecimiento.²⁶

Para las madres cuyos recién nacidos están impedidos de succional al pecho, deben incrementarse las opciones para que pueda elegir la forma de extracción que les sea más cómoda y eficiente. La extracción manual o con ordeñadoras de uno o dos cuerpos, manuales o automáticas,

deben ser accesibles siempre para su uso en el hospital y domicilio hasta que el recién nacido pueda amamantar al pecho directamente.

Manejo de la lactancia en recién nacidos gemelares

Es fundamental preparar a la mujer embarazada y su familia para la lactancia en situaciones específicas como embarazo gemelar y ponerla en conocimiento de que el volumen de leche se adapta a las necesidades sean gemelos o múltiples.²⁶

Desde el principio puede realizarse el amamantamiento en forma simultánea, lo cual representa un ahorro de tiempo para la madre, o en forma separada. Se deberá valorar muy especialmente el vaciamiento completo de cada mama y corroborar la correcta técnica así como la evolución de los recién nacidos gemelares.²⁶

Es necesario que la mujer sea aconsejada en el inicio precoz de la extracción de leche materna y su almacenamiento.²⁶

Aspectos sobre la salud bucal y la prevención de caries durante la lactancia.

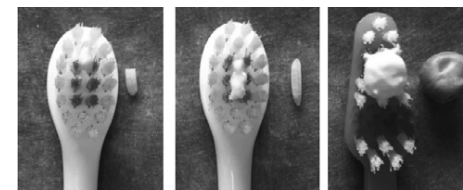
Todos los tipos de leche tienen potencial cariogénico. La leche materna es menos acidógena que soluciones de leche con sacarosa, pero cuando el niño es expuesto a alta frecuencia y por largos períodos de contacto con la misma, aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad caries dental cuando ya han erupcionado las piezas dentarias (luego de los seis meses). Esto ocurre cuando el niño se duerme mamando, sin realizar higiene de las superficies duras de los dientes, permitiendo el contacto de la superficie dentaria con hidratos de carbono fermentables durante un largo período de tiempo, en presencia de microorganismos.²⁰

En lactantes donde aún no han erupcionado las piezas dentarias, es necesario recomendar la remoción del biofilm (higiene), esta es una película que se deposita en la superficie de los dientes y que en presencia de sacarosa es metabolizada por diferentes microorganismos produciendo ácidos, ellos son los responsables de las lesiones de caries. La higiene puede ser realizada con una gasa suave humedecida, con dediles de silicona o cepillos pequeños.²⁰

Para la higiene bucal en niños menores de 5 años se recomienda:

- La primera consulta con el odontólogo debe ocurrir cuando aparezca el primer diente temporario y no más allá del 1er. año de vida.
- El cepillado debe comenzar cuando aparece el primer diente temporario en la boca.
- Los movimientos del cepillo dental deben ser siempre delicados y sin prisa. El tamaño del cepillo debe ser proporcional al tamaño de la cabeza y boca del niño y las cerdas deben ser suaves.

- La higiene bucal debe realizarse dos veces al día y principalmente en la noche. Siempre debe ser realizada por el adulto hasta los 6-7 años de edad, enseñando y entrenando a salivar.
- Para minimizar la ingestión de fluoruros en el niño se aconseja retirar excesos de dentífrico con una gasa. Además para disminuir a la absorción a nivel digestivo la higiene deberá ser realizada luego de la alimentación del niño pequeño.⁴²
- La higiene bucal debe realizarse con dentífrico fluorado de 1000/1100/1500 ppm. Para obtener un máximo de eficacia anti-caries y mínimo riesgo a fluorosis dental, la cantidad y concentración de dentífrico fluorado, debe ser considerada:



½ grano de arroz: desde la erupción de los dientes hasta los dos años

1 grano de arroz: desde los dos hasta los cuatro años

1 arveja: desde los 4 hasta los 5 años.

Evidencia reciente a mostrado que el fluoruro que contienen las pastas dentales resulta muy eficaz en asistir a la saliva en el control del proceso de caries dental, por tal motivo es importante disponer de una cantidad adecuada y constante de fluoruro en la interfase diente-saliva/biofilm. El uso de cepillo dental más los dentífricos fluorados deben ser empleados para eliminar mecánicamente restos de comida y biofilm dental. Aunque el cepillado no sea capaz de remover todo el biofilm, los residuos absorberán el fluoruro del dentífrico aumentando su disponibilidad para reducir la desmineralización y mejorar la remineralización del esmalte y la dentina frente a un desafío cariogénico.⁴²

Para lograr la efectividad en el control de caries en dientes permanentes y temporarios los dentífricos fluorados deben contener una concentración estándar de 1000-1500 ppm de fluoruro. Los dentífricos infantiles de baja concentración de fluoruro o sin fluoruro fueron creados para prevenir la posibilidad de desarrollar fluorosis dental, ya que los niños de edad preescolar pueden deglutir el 72% del dentífrico colocado en el cepillo. Sin embargo estudios mostraron que el riesgo de desarrollar fluorosis estéticamente indeseable (moderada o severa) en los incisivos superiores permanentes, en preescolares que cepillaron sus dientes con dentífricos de baja concentración de fluoruro no fue estadísticamente significativa de aquellos que cepillaron con dentífricos de concentración estándar.⁴³

Por tal motivo se recomienda evitar diferentes concentraciones de dentífricos, usar un dentífrico fluorado familiar y para minimizar que los niños pequeños ingieran demás, reducir la cantidad de pasta usada en lugar de reducir la concentración.²⁰

Consejería para madres VIH positivas

El aumento de la incidencia de mujeres viviendo con VIH/SIDA ha llevado a un aumento de la transmisión vertical de madre a hijo. Ésta es la principal vía por la cual los niños contraen VIH y puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio.¹²

En nuestro país se han logrado disminuciones muy significativas en la tasa de transmisión vertical debido a la introducción de la prueba de VIH durante el embarazo, el tratamiento antirretroviral que debe ser ofrecido siempre en la mujer embarazada y la introducción de las pruebas rápidas en embarazos de captación tardía o con riesgo de exposición.⁴⁴

En el año 2012 se obtuvo información de 134 mujeres embarazadas con VIH (93 del subsector público y 41 del privado) y 135 recién nacidos vivos, con una tasa de transmisión vertical a nivel nacional de 5.1%, 5.5% en el subsector público y 4.4% en el privado.⁴⁴

De la vigilancia activa realizada por el equipo del Departamento de Vigilancia en Salud en el CHPR, durante el 2012, se registraron un total de 76 partos de madres VIH positivo y cinco niños se infectaron durante el embarazo. Hasta octubre del 2013 se ha registrado un total de 60 partos de madres VIH positivo y de ellos solo uno ha adquirido el virus durante el embarazo.⁴⁴

En los últimos años las dificultades para llegar al objetivo de eliminación de la transmisión vertical del VIH (tasa de 2%), se explican por el acceso tardío al diagnóstico y por lo tanto a las intervenciones preventivas; siendo esto más pronunciado en el subsector público, donde la población asistida se caracteriza por su elevada vulnerabilidad social.⁴⁴

La transmisión de VIH durante el puerperio ocurre a través de la lactancia materna, motivo por el cual en muchos países se considera a la infección por VIH como un factor determinante para la contraindicación de la lactancia materna.¹²

No todos los hijos de madres VIH + que son amamantados al nacer adquieren la infección del virus, se conoce que los niveles del virus VIH presentes en la leche materna son más bajos que los presentes en el plasma sanguíneo. La tasa de transmisión del virus durante el primer mes es más alta que en los meses posteriores, ya que incluye el calostro que es más rico en células y linfocitos con la consecuente mayor carga viral, a lo que se le suma la inmadurez del sistema inmune del recién nacido.¹²

Las Guías sobre VIH y alimentación infantil elaboradas en el año 2010 por la OMS, UNICEF y ONUSIDA41, recomiendan a las autoridades nacionales de la salud de cada país a decidir si los servicios de salud van a aconsejar y apoyar a las madres con VIH a que amamenten y reciban terapia antirretroviral o eviten la lactancia materna, como la mejor estrategia para disminuir el contagio de VIH madre-hijo. Esta decisión debe ser tomada en base a las recomendaciones internacionales y teniendo en cuenta: el contexto socio económico y cultural de la población, la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, la epidemiología local, incluyendo la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas y principales causas de desnutrición materno- infantil y mortalidad neonatal e infantil.⁴⁵

La OMS recomienda a aquellos países y regiones donde las causas principales de mortalidad son las enfermedades infecciosas (diarreas e infecciones respiratorias) y desnutrición, a que las mujeres embarazadas alimenten a sus hijos con lactancia materna de manera exclusiva, y a aquellos países donde las enfermedades infecciosas no son la primera causa de muerte, a que contraindiquen la lactancia materna y utilicen una alternativa segura para la alimentación de sus hijos.⁴⁵

En poblaciones como Uruguay, donde el riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas y malnutrición es bajo, y donde existen alternativas de alimentación segura y eficaz, hay que aconsejar a las mujeres infectadas por VIH a que se abstengan de amamantar a sus hijos y de donar leche.

Recomendación para la prevención de la transmisión vertical de VIH a través de la lactancia materna en Uruguay

En recién nacidos de mujeres VIH+ el amamantamiento debe proscribirse siempre, debiéndose asegurar la provisión de preparados industriales para lactantes hasta los seis meses de edad en niñas y niños, hijos de mujeres VIH+ por parte de la institución que atiende dicho niño. De ser posible se promoverá el uso de preparados para lactantes hasta los doce meses, en lugar de preparados artesanales a base de leche de vaca, de acuerdo a lo indicado en la “Guía de uso de preparados para lactantes hasta doce meses” del Ministerio de Salud. La misma deberá ser indicada por el pediatra o médico tratante y requerirá una receta para su prescripción solicitando la misma en la unidad de farmacia de los establecimientos de salud que corresponda.

De acuerdo a lo indicado en la “Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH” publicada en 2013 por este Ministerio, se plantea que frente a un resultado de VIH positivo en una mujer embarazada, se impartan las acciones psicoeducativas descriptas, entre las que se explicita informar acerca de la inhibición de la lactancia.⁴⁶

Es importante trabajar precozmente este aspecto con la mujer, ya que de no ser así podría provocar dificultades en el desarrollo de adecuadas conductas de apego. Es importante transmitir que al no amamantar está protegiendo a su hijo. También enseñar y promover otras conductas importantes para favorecer el apego, mirarlo a los ojos, acariciarlo, hablarle, y estar especialmente atentas durante la alimentación en actitud perceptiva. Se le explicará a la madre en qué consistirá el tratamiento farmacológico para la suspensión de la lactancia, el cual se realizará con su consentimiento y se le orientará en el manejo de la alimentación artificial para su hijo.⁴⁶

No se recomendará en ninguna situación la alimentación mixta, es decir preparado para lactante y lactancia ya que ésta se asocia a mayor riesgo de transmisión que la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna en hijos de madres con VIH está contraindicada en nuestro país. Como estrategia de prevención de transmisión vertical de VIH es una necesidad que los equipos que controlan lactantes y niños pequeños, especialmente el pediatra o médicos de familia que controlan niños, indiquen preservativos a la madre lactante y valoren en cada caso, la solicitud de examen de VIH en los tres meses post parto.

Lactancia materna y hábito de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilícitas

El consumo problemático de sustancias psicoactivas como cocaína, pasta base de cocaína, alcohol, tabaco, marihuana, psicofármacos, se considera un fenómeno multicausal en el cual intervienen diversos factores socioeconómicos, culturales, personales y familiares.⁴⁷

Es importante separar lo que es un consumo habitual, del consumo ocasional y las medidas que se pueden tomar. Si bien la recomendación es de evitar el consumo de estas sustancias, hay que considerar las posibilidades reales de abstenerse y los beneficios de la lactancia en condiciones de consumo, dependiendo del tipo de sustancia y la magnitud del mismo.²⁶

En general, salvo en adicción permanente a drogas ilícitas o alcoholismo, se recomienda mantener la lactancia con las precauciones correspondientes.⁴⁶

Es importante tener presente que el embarazo, parto o puerperio constituyen una etapa de crisis en la vida de la mujer, así como el asumir la paternidad es también un hecho importante en la vida de los hombres, por lo que esta etapa se convierte en una de las mejores oportunidades para el inicio de tratamientos en relación al abandono de la adicción. Hay mujeres que han consumido durante todo el embarazo y es durante el puerperio, ante el contacto físico con el bebé, que surge la motivación al cambio.⁴⁷

Está comprobado que el contacto piel con piel es importante más allá de la elección alimentaria y debe alentarse a la madre, concientizándola de que esté disponible y accesible para responder a las necesidades de su bebé.⁴⁷

Bebidas alcohólicas

El consumo de alcohol inhibe la liberación de oxitocina y estimula la liberación de prolactina en la mamada siguiente, por lo que disminuye la producción de leche materna. El lactante succiona más ansiosamente pero obtiene menor cantidad de leche por lactada.⁴⁷

El alcohol y sus metabolitos se eliminan en cantidades considerables por la leche materna y los niveles picos de alcohol en la leche se producen entre 30 y 60 minutos luego de haber consumido, posteriormente comienza su eliminación. El pasaje de los derivados del alcohol a través de la leche materna se relaciona con afectación del desarrollo motor del lactante, irritabilidad, lactadas escasas y disminución en las horas de sueño.^{47, 48}

Se recomienda abstenerse del consumo de alcohol. En caso de consumo ocasional, limitar el mismo a una ingesta no mayor a 0,5 g de alcohol/Kg de peso, lo que equivale en una mujer de 60 kg, a un vaso de vino o 1/3 de cerveza o 60 ml de licor.⁴⁸

Se debe aconsejar a la madre que si consume alcohol, no amamante en las próximas 3 horas luego de la ingesta del último vaso, que se extraiga leche antes de consumir, la almacene y no practique colecho con el lactante.⁴⁸

Es importante aclarar que el metabolismo del alcohol varía según las diferencias individuales, como es el peso corporal y la función del hígado, por lo que es muy difícil prescribir el tiempo exacto en que el nivel de alcohol en sangre de la madre es nulo.⁴⁸

En caso de una adicción alcohólica, el lactante puede requerir una medida de protección por el riesgo que determina la conducta materna, además del potencial riesgo de intoxicación.¹²

Nicotina

Si bien el fumar no es una contraindicación absoluta de la lactancia, es importante que ésta práctica sea fuertemente desalentada por el daño de ser fumador pasivo y porque los metabolitos de la nicotina pasan a la leche.²⁶

Fumar se asocia a una menor producción láctea, un mayor riesgo de alergias respiratorias en el lactante y niño pequeño, mayor riesgo de muerte súbita del lactante, mayores "cólicos" y rechazo de amamantar.^{13,26}

Las mujeres que fuman deben ser informadas sobre:

- La producción de leche puede reducirse en 250 ml por día ya que la nicotina reduce los niveles basales de prolactina.⁴⁸
- Las madres que fuman tienen menos probabilidad de iniciar la lactancia que las madres que no fuman.⁴⁸
- Las madres que fuman tienden a amamantar por menos tiempo.⁴⁸
- Fumar es un factor de riesgo de la menor producción láctea y la poca ganancia de peso consecuente en el niño.¹³

Las madres que deciden emprender una terapia de reemplazo de la nicotina para dejar de fumar, deben de ser advertidas de que deben primero dar de amamantar y luego colocarse, lo antes posible, uno de los métodos de reemplazo seleccionado (inhalador, chicles, pastillas, tabletas sublinguales). Esto maximizará el tiempo que pasa hasta la próxima lactada y reduce el tiempo de exposición del niño a la nicotina. Proveer a la madre de una terapia de reemplazo de la nicotina, si el resultado es el cese del tabaquismo, el potencial beneficio para el niño es muy alto.⁴⁸

Cannabis

Se excreta en la leche materna, los niveles alcanzan ocho veces los niveles plasmáticos y la absorción oral por parte del lactante y niño pequeño es completa. Puede inhibir la lactancia materna debido a una disminución del volumen de leche y su metabolito, el Tetra Hidro Canabinol, puede retrasar el desarrollo psicomotor del lactante.^{12,26}

Uno de los aspectos más preocupantes es la alteración que produce el juicio y la conducta materna, pudiendo interferir con la capacidad materna de cuidados adecuados.^{12 48}

El equipo de salud debe recomendar evitar el consumo de cannabis y considerar las posibilidades reales de abstenerse totalmente. Frente a un consumo ocasional se recomienda suspender la lactancia por 24hs y consumirlo lejos del niño, fuera de la casa y el auto.¹²

Cocaína

Los metabolitos de la cocaína o pasta base de cocaína pasan a través de la leche materna y pueden producir daño al recién nacido. Se ha descrito intoxicación a través de la lactancia con síntomas en el lactante y niño pequeño como irritabilidad, vómitos, diarrea, hipertensión, midriasis, taquicardia, agitación psicomotora y convulsiones^{12,48}

Frente al uso de cocaína o pasta base de cocaína el amamantamiento debe proscribirse siempre, ya que en nuestro país la alimentación con sucedáneos de la leche materna es segura y accesible, por lo cual los riesgos de mantener la lactancia materna superan los beneficios potenciales^{26,48}

Si el uso se presenta desde el embarazo, se deberá informar a la madre y a la familia sobre la necesidad de interrumpir la lactancia en el momento del nacimiento. Se orientará a la madre en el manejo de la alimentación artificial para su hijo.²⁶

Los recién nacidos de mujeres que declaren el uso de cocaína o pasta base de cocaína, deberán, al momento del nacimiento recibir alimentación artificial de forma exclusiva. Se fomentará el contacto piel con piel lo antes posible. Se deberá asegurar la provisión de sucedáneos de la leche materna hasta los 6 meses de edad por parte de la institución de salud que atiende a dicho niño.²⁶

Los metabolitos de la cocaína pueden detectarse en las primeras 48-72 hs luego del último consumo. De acuerdo al Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación del año 2010, las usuarias que se encuentren en un período de abstinencia igual o mayor a una semana podrán amamantar a sus hijos.⁴⁸

Éxtasis, anfetaminas y otros psicoestimulantes

Pasan en cantidades significativas a la leche materna. El lactante y niño pequeño puede presentar síntomas de intoxicación como somnolencia, apnea, depresión respiratoria, bradicardia; o bien síntomas de privación como temblores, inquietud, vómitos y mala tolerancia alimentaria.¹²

En caso de consumo ocasional, suspender la lactancia materna por 24hs, frente a un consumo crónico deberán evaluarse los costos- beneficios.¹²

Si la madre es consumidora de psicoestimulantes, ya sea de manera ocasional o crónica, y desea amamantar, debe ser apoyada e informada sobre los riesgos y educada sobre cómo evitar los efectos dañinos para el lactante y niño pequeño:

- Ordeñarse y descartar la leche luego de usar psicoestimulantes.
- Tener un plan de alimentación con preparado lácteo diseñado para estos casos
- Informarle que no amamante por 24 horas luego de usar anfetaminas, éxtasis o cocaína o mezcla de estas con otras sustancias.⁴⁷

Bases de la alimentación de la mujer durante la lactancia

Una adecuada alimentación materna durante el período de lactancia es fundamental para el bienestar de la mujer y asegurar el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. La lactancia es la etapa de la vida en donde los requerimientos nutricionales se encuentran más aumentados, debido al traspaso de nutrientes al niño a través de la leche materna y el costo metabólico de sintetizar la misma. La mujer que amamanta necesita consumir una adecuada cantidad y calidad de alimentos, para poder satisfacer sus propias necesidades y garantizar la producción de leche para satisfacer las necesidades de su hijo.⁴⁹

Dar de mamar protege la salud de la mujer y la ayuda a volver a su peso habitual. Un tercio de la ganancia de peso producida durante el embarazo se corresponde a tejido graso, 4 a 5 Kg, que tienen como finalidad contribuir al gasto energético que demanda la lactancia. Luego del primer mes post parto la mujer irá perdiendo peso progresivamente, para los 6 meses haber recuperado su peso pre gestacional. Es importante tener presente que aunque la mujer tenga sobrepeso u obesidad, el período de lactancia no es el adecuado para hacer tratamiento ya que este puede interferir en la lactancia.⁴⁹

Las madres con bajo peso o aquellas que no ganaron peso de forma adecuada durante el embarazo deberán aportar la demanda completa estimada de energía a través de la dieta. Se ha demostrado que la calidad de la leche materna es siempre la mejor opción, independientemente del estado nutricional de la madre. Hijos de mujeres con bajo peso cuando son amamantados, ganan peso y talla en forma similar que hijos de mujeres con un estado nutricional normal. La desnutrición materna leve no afecta ni el volumen ni la calidad de la leche que se produce. Una mujer con reservas nutricionales escasas y alimentación insuficiente, produce leche a expensas de sus propias reservas, por lo que ocasiona un deterioro de su propia salud.⁴⁹

La necesidad de energía de la mujer en lactancia es igual a la necesidad de energía habitual de la mujer, más un aporte de energía extra necesario para producir un volumen de leche adecuado. Esta necesidad adicional para una mujer en lactancia exclusiva, con un estado nutricional normal y que cuenta con aproximadamente 5Kg de peso para perder, es de 505 Kcal por día. Aquellas mujeres que no tienen un estado nutricional adecuado o no han ganado suficiente peso durante el embarazo, necesitaran un aporte de 675 Kcal extras por día. Luego de los 6 meses, cuando la lactancia no es exclusiva, son necesarias 460 Kcal adicionales por día. (OMS, 1995; OMS, 2001; Atalah, 2001).⁴⁹

Al igual que en el embarazo, los nutrientes claves durante la lactancia son el hierro, calcio, ácido fólico y zinc. Se deben cubrir además las necesidades de ácidos grasos esenciales, en especial la serie Omega 3, fundamental para el desarrollo del tejido cerebral y la retina del recién nacido.⁴⁹

Nutrientes claves:

Hierro: las necesidades de hierro durante la lactancia se duplican. Este aumento hace que sea muy difícil cubrirlo únicamente con los alimentos, por lo que se recomienda la suplementación medicamentosa con hierro hasta que el niño cumpla los 6 meses.⁴⁹

En los alimentos el hierro lo podemos encontrar en dos formas, hierro hemínico y hierro no hemínico. Las carnes aportan hierro hemínico de alta biodisponibilidad, que se absorbe en gran proporción. Todos los tipos de carnes, vaca, cerdo, cordero, pollo y pescado, desgrasados o magros, son una excelente fuente de hierro y deberían de ser consumidas todos los días seleccionando cortes de bajo contenido graso. Es importante incluir pescado al menos una vez por semana, este no solo aporta hierro sino además ácidos grasos esenciales.⁴⁹

El hierro no hemínico se absorbe en menor proporción; se encuentra en las legumbres, como lentejas, porotos, garbanzos, en la yema de huevo y en los vegetales de color verde oscuro (acelga, espinaca, brócoli, chauchas). Para mejorar su absorción es importante comerlos con un alimento fuente de vitamina C como cítricos, tomate o brócoli.⁴⁹

Además nuestro país cuenta con un programa de fortificación de la harina de trigo con hierro y ácido fólico, por lo que es importante incluir en la alimentación diaria harinas, pastas y panes.⁴⁹

Calcio: las necesidades de calcio no aumentan durante la lactancia sino que siguen siendo las mismas que para la mujer adulta 1000 mg/día. Esto se debe a que si bien son necesario 280mg extras de calcio para la producción de leche materna y se produce resorción ósea durante este período, está comprobado que la suplementación con calcio no impide ésta pérdida ósea ni tiene efecto sobre el contenido de calcio de la leche materna. La desmineralización ósea en la mujer se revierte luego del destete.⁴⁹

Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos: leche, yogur, quesos. Las necesidades de calcio durante la lactancia se alcanzan con tres porciones de lácteos en el día, lo que se corresponde con tres tazas de leche, sola o en preparaciones, tres tazas de yogur o 100g de queso. Esto resulta difícil de alcanzar debido a los hábitos de la mujer uruguaya, donde la ingesta de productos lácteos es de una porción y media por persona por día (INE, 2006).⁴⁹

Para la absorción del calcio de los alimentos es necesaria la Vitamina D, la cual no solo la podemos obtener de los alimentos sino también por medio de la exposición solar, de 10 a 15 minutos tres veces por semana evitando las horas picos (11 a 15 hs) (Comisión Honoraria de lucha contra el cáncer).⁴⁹

Ácido graso Omega 3: fundamental para el desarrollo del tejido cerebral y la retina del lactante. La síntesis de ácido docosahexanoico (DHA) es limitada en lactante, por lo que la biodisponibilidad va a depender del aporte externo a través de la leche materna.⁴⁹

Para la madre, los ácidos grasos omega 3: eicosapentanoico (EPA) y docosaexanoico (DHA), tienen un efecto antiagregante y antiinflamatorio, regulan la presión arterial, la función cardíaca y endotelial todo lo cual se relaciona con una disminución del riesgo cardiovascular.⁴⁹

Los pescados grasos como atún, sardina, palometa, bagre y salmón son una excelente fuente de ácidos grasos omega 3. Otra fuente importante son los aceites crudos, como soja, canola, arroz, girasol, maíz, alto oleico y mezcla de ellos, siendo el aceite de soja y el de canola los de mayor aporte de omega 3.⁴⁹

Zinc: las necesidades de zinc se duplican durante la lactancia, este mineral se encuentra fundamentalmente en las carnes: vaca, cerdo, cordero, pollo y pescado.⁴⁹

Ácido fólico: los alimentos fuente son los vegetales de color verde oscuro como acelga, espinaca, chauchas, brócoli; las leguminosas como lentejas, porotos, garbanzos; el jugo de naranja y los productos fortificados con hierro y ácido fólico como las harinas, pastas y panes.⁴⁹

Es importante por tanto que la mujer en lactancia mantenga una alimentación variada y saludable, ya que la misma no solo va a aportar los nutrientes y energía necesarios para que se mantenga sana y pueda hacer frente a la lactancia, sino que además va a determinar un cambio constante en el sabor de la leche materna, lo que prepara al niño para una mejor aceptación de los alimentos complementarios.¹²

No es necesario suprimir ningún alimento de la dieta habitual de la madre que amamanta, si ella observa que luego de consumir algún alimento su bebé tiene cólicos o algún malestar, puede evitarlos temporalmente y comprobar si son los causantes de dichos cólicos.⁴⁹

Una alimentación saludable debe incluir:

- ✓ Tres porciones de lácteos por día, preferentemente de bajo contenido graso: leche, yogur, quesos.
- ✓ Como mínimo 100 gramos de carnes una vez al día, carne de vaca, cerdo, cordero o pollo. Elegir cortes magros y retirar la piel del pollo.
- ✓ Consumir pescado como mínimo 200 gramos al menos una o dos veces por semana, sustituyendo las otras carnes.
- ✓ Sardina, atún, palometa y salmón aportan grasas saludables (omega 3).
- ✓ Cinco porciones de frutas y verduras variadas y preferentemente de estación.
- ✓ No olvidar los alimentos que aportan energía como los cereales (fideos, pastas, arroz, harina de maíz, sémola, avena, tapioca, mandioca), los tubérculos (papa, boniato) y el pan.
- ✓ Las legumbres como lentejas, porotos, garbanzos, incluirlas al menos una o dos veces por semana, ya que además de energía aportan proteínas, fibra y hierro.
- ✓ No olvidar de combinarlas con alimentos ricos en Vitamina C como naranja, tomate o brócoli.
- ✓ Tomar abundantes líquidos durante todo el día en función de la sed, el agua es la mejor opción.

Para cubrir las necesidades extras de energía durante la lactancia alcanza con incluir una porción más de lácteos (1 taza de leche o de yogur o 30 gramos de queso), una porción más de pan (½ pancito en almuerzo y ½ pancito en cena) y una fruta más (a media mañana o media tarde).⁴⁹

Es importante:

- ✓ Limitar en consumo de café, té y mate.
- ✓ Evitar el exceso de azúcar, dulces, golosinas, productos de repostería y bebidas azucaradas como jugos envasados o en polvo y refrescos.
- ✓ Controlar el consumo de fiambres, patés, embutidos, frankfruters, manteca, margarina, crema de leche, y frituras.
- ✓ Evitar el consumo de alimentos con alto contenido de grasas trans como son los productos listos para calentar y comer, nuggets, papas listas para freír, galletitas rellenas, waffles, snaks, alfajores, coberturas de símil chocolate.
- ✓ Disminuir el consumo de sal y alimentos que la contengan.⁴⁶
- ✓ Basa tu alimentación en alimentos naturales y mínimamente procesados, y moderar los procesados y evita en el día a día, los productos ultraprocesados, ricos en grasas, azúcar y sal y de bajo valor nutricional para esta etapa de la vida.

Referencias bibliográficas

1. República Oriental del Uruguay. Reglamento Bromatológico Nacional. Decreto N° 315/994 de fecha 05/07/1994. Anotado y concordado con Apéndice Normativo. IMPO, 5ta Edición. 2012.
2. *Códex Alimentarius*. Norma para preparados para lactantes y preparados para usos medicinales especiales destinados a los lactantes. CODEX STAN 72-1981.
3. *Códex Alimentarius*. Norma del *Códex* para preparados complementarios. CODEX STAN 156-1987.
4. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. Ginebra; 1981.
5. Organización Mundial de la Salud. Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. In La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington DC; 2010.
6. BISFENOL A (BPA) – Estado actual de los conocimientos y medidas futuras de la OMS y la FAO 2009.
7. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Ministerio de Salud 2015.
8. Convención sobre los Derechos del Niño. UNICEF. 20 d noviembre de 1989.
9. Rollins NC, Bahandari N, Horton S, Lutter CH, Martines J, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practice? The Lancet Breastfeeding Series Group. Vol 387 Enero 30, 2016.
10. The Lancet. A warm chain for breastfeeding. The Lancet. 1994; 344: 1237-41.
11. La Lactancia Materna en el Siglo XXI. Resumen ejecutivo de la Serie Sobre Lactancia The Lancet 2016.
12. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Lactancia Materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile; 2010
13. Breastfeeding and the Use of Human Milk Pediatrics 2012;129:e827; originally published online February 27, 2012
14. Victora C, Bhal R, Barros A, Franca G, Horton S, Krasevec J, Murch S, et al Breastfeeding in the 21st century:epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet Breastfeeding Series Group. Vol 387 Enero 30, 2016
15. Long - term effects of breastfeeding: a systematic review Horta B, Victora C World Health Organization 2013.
16. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia OMS/OPS 2014
17. Horta BL, Barros FC, Victora CG, et al. Early and late growth and blood pressure in adolescence. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 226-30.
18. Adair L, Dahly D. Developmental determinants of blood pressure in adults. Annu Rev Nutr 2005; 25: 407-34.
19. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, et al. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. Am J Clin Nutr 2006; 84: 1043-54
20. Alvarez L y cols. Beneficios de la lactancia materna. Montevideo: Facultad de Odontología, Montevideo; 2013.
21. Bove MI, Cerruti F, UNICEF, MSP, RUANDI. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas alimentarias y anemia. En niños menores de 2 años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. 1st ed. Montevideo; 2011
22. Bove MI, D'Oliveira N. Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios. Montevideo.
23. Organización Panamericana de la Salud. 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC; 2011.
24. Marketing of breast - milk substitutes:National Implementation of the International Code. Status Report 2016. OMS, UNICEF, IBFAN
25. Lawrence, R. Transmisión de enfermedades infecciosas a través de la leche materna. In Lawrence R. Lactancia materna: una guía para profesionales de la salud. Florida: Elsevier; 2007. p. 693- 763.
26. Ministerio de Salud Pública. Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial N°217/09. Montevideo; 2009.
27. Preer GL, Newby PK, Philipp BL. Weight Loss in Exclusively Breastfed Infants Delivered by Cesarean Birth. J Hum Lact. 2012; 28(2):153-158.
28. Corbo G, Defey D, D'Oliveira N. Estudio de prevalencia. Depresiones maternas. Depresión materna en el primer año post-parto. Proyecto desarrolla. PNUD. Montevideo; 2011.
29. Uruguay. Ley 19.161, del 24 de Octubre de 2013. Modifícase el subsidio por maternidad, instaurase un subsidio por paternidad para trabajadores de la actividad privada, y regulase un subsidio para cuidados del recién nacido con reducción de la jornada laboral. Diario Oficial, 1° de Noviembre de 2013.
30. Uruguay. Ley N° 16.104, del 23 de Enero de 1990. Funcionarios Públicos. Modifican Normas reglamentarias que regulan las licencias. Diario Oficial N°23041, 2 de Febrero de 1990.
31. Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central, 19 de Octubre de 2012
32. Uruguay. Ley N° 17.215, del 24 de Setiembre de 1999. Dictanse Normas que comprenden a toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidez o en periodo de lactancia. Diario Oficial N° 25373, 7 de Octubre de 1990.
33. Uruguay. Ley N° 16.045, del 2 de Junio de 1989. Actividad laboral. Diario Oficial N° 22885, 15 de Junio de 1989.
34. Uruguay. Ley N° 11.577, del 14 de Octubre de 1950. Industrias insalubres. Diario Oficial N° 13194, 4 de Noviembre de 1950.
35. Uruguay. Ley N° 17.474, del 14 de Mayo de 2002. Dispónese que toda mujer a la cual se le constate fehacientemente un embarazo gemelar múltiple tendrá derecho al cobro de una asignación prenatal a partir del momento en que se determine el mismo. Diario Oficial N°26010, 20 de Mayo de 2002.

36. Uruguay. Ley N° 17.386, del 23 de Agosto de 2001. Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendra derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada. Diario Oficial N° 25836, 30 de Agosto de 2001.
37. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Ginebra; 2009.
38. Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Cátedra de Fonoaudiología. Pautas de lactancia materna. Montevideo, 2014
39. Referencia: Moral Á et al.: Mechanics of sucking: comparison between bottle feeding and breastfeeding. BMC Pediatrics 2010; 10:60
40. Weimers L, Svensson K, Dumas L, Navér L, Wahlberg V. Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. International Breastfeeding Journal 2006, 1:20. {publicación periódica en línea} {citado agosto 2016} Disponible en <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/>
41. Programa ibero-americano de bancos de leche humana. Disponible en: http://www.iberblh.org/index.php?option=com_content&view=article&id=225&Itemid=82.
42. Fabruccini A, Chiodi A, Salveraglio I, Alvarez L. Uso de dentífricos fluorados en la infancia.
43. Santos APP, Olivera BH, Nadanovsky P. Effects of Low and Estándar Fluoride Toothpastes on Caries and Fluorosis: Systematic Review and Meta-Analysis, Santos. Caries Res 2013; 47:382-390.
44. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud Departamento de Vigilancia en Salud - Programa ITS/SIDA Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. Montevideo; 2013.
45. OMS, UNICEF, UNAIDS, UNFPA. Guidelines on HIV and infant feeding. Principales and recommendation for infant feeding in the context of HIV and summary of evidence. Ginebra, 2010.
46. Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH Ministerio de Salud Uruguay 2013.
47. Moraes M, Boccarato A, Bazan G, Grunbaum S, Canavessi M, Hoppe A, Pascale A, Gonzalez G, Ceruti B, Borbone D, Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina, Servicio de Recién nacidos CHPR, Servicio de Salud Mental CHPR, Servicio de Neuropediatría CHPR, Departamento de Trabajo Social del CHPR, SERENAR, ASSE, Centro Nacional de Información y Referencia Red Drogas. Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. Montevideo; 2010.
48. Bell J, Ali R. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Sydney; 2006.
49. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud Pública, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo. Montevideo; 2008.

Bibliografía consultada

Australian Government. EAT FOR HEALTH. Infant Feeding Guidelines. Information for health worker. Australia; 2010.

Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, MPH, Paul IM. Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. Pediatric. 2014; 10.1542/peds.2014-1532.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA). HACIA UNA GENERACIÓN LIBRE DE SIDA La infancia y el sida: Sexto inventario de la situación, 2013. Nueva York; 2013.

Ministerio de Salud República de Costa Rica. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Política pública de lactancia materna Costa Rica. Costa Rica; 2009.

Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo; 2009.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lactancia materna en emergencias: ¡Salva Vidas! Cartilla para agentes de salud y líderes comunitarios. Bogotá; 2012.

Ministerio de la Protección Social, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Plan decenal lactancia materna 2010-2020. Bogotá; 2009.

Organización Panamericana de la Salud. AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia. En el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño. Washington DC; 2010.

Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Ginebra; 2013.

Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra; 2003.

Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015. Ginebra; 2010.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA). Ginebra; 2010.

Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.

Plaza Martín AM. Alergia a proteínas de leche de vaca. Protoc diagn ter pediatr. 2013; 1:51-61.
Turfkruyer M, Verhasselt V. Breast milk and its impact on maturation of the neonatal immune system. Curr Opin Infect Dis. 2015; 28:199-206.

Ying-Juang C, Tsu-Fu Y, Chung-Ming C. Effect of breastfeeding frequency on hyperbilirubinemia in breastfed term neonate. Pediatric. 2015; 10.1111/ped.12667.