**Curso-Taller: Iniciativa Hospital amigo del niño**

**Práctica 1. Valoración de la técnica de amamantamiento y apoyo durante los primeros tres días de vida**

**Instrucciones**

En su campo clínico durante la semana 11 deberá apoyar un binomio madre-hijo con los siguientes criterios de inclusión:

**Madre**

1. Mayor de edad.
2. Con intención de amamantar.
3. No tener diagnóstico de SIDA.
4. No tener diagnóstico de diabetes gestacional.
5. No tener diagnóstico de hipoplasia mamaria.
6. Aparentemente sana.
7. Que acepte participar en la práctica, que implica un seguimiento de tres semanas y firme la carta de consentimiento informado acorde con los criterios de la sede de su campo clínico, aceptando que la información será enviada a los instructores de este curso-taller.

**Infante**

1. Menor de tres días de vida.
2. Nacido a término.
3. No tener diagnóstico de labio leporino o paladar hendido.
4. Aparentemente sano.
5. Tener registro del peso al nacimiento.

En este binomio madre-hijo deberá evaluar una sesión de amamantamiento, por lo menos, durante 60 minutos. Para ello iniciará recabando la información de las preguntas 1 a 31 del cuestionario. Posteriormente, observe una toma completa y aplique la escala LATCH sin dar recomendaciones a la madre o a los acompañantes, sólo observará sin intervenir, a menos que la madre le pida apoyo. Las puntuaciones de la escala LATCH regístrelas en las preguntas 32 a 35 del cuestionario de la Práctica 1. Finalmente, recabe la información del resto del cuestionario, junto con las evidencias. Si es necesario, apoye a la madre con recomendaciones, proporciónelas después de haber recogido toda la información.

**Equipo y condiciones para efectuar la práctica**

1. Balanza para recién nacido.
2. Teléfono que permita toma de fotos de alta calidad.
3. Espacio iluminado, idealmente sin ruido.

**Cuestionario Práctica 1**

1. Registre su nombre:
2. Registre la fecha en que efectúa este cuestionario:
3. Pregunte a la madre: ¿cuál es su nombre?
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
5. ¿Cuál es el nombre de su bebé?
6. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su bebé?
7. ¿Su bebé nació en el sector privado, público o en casa?
8. ¿Su bebé nació por vía vaginal o cesárea o no sabe?
9. ¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer?
10. ¿Cuál fue la talla de su bebé al nacer?
11. ¿Cuál fue el APGAR de su bebé al nacer?
12. ¿Cuál es el estado actual de salud de su bebé?
13. ¿Cómo considera su estado actual de salud?
14. ¿Su bebé ha sido alimentado con un alimento diferente a la leche materna?

a) Sí.

b) No (pase a la pregunta 16).

1. ¿Cuántas horas tenía su bebé cuando fue por primera vez alimentado con un alimento diferente a la leche materna?
2. ¿En las últimas 24 horas, quién ha cuidado a su bebé?
3. ¿En las últimas 24 horas, cuántas veces ha tomado el pecho su bebé?
4. ¿En las últimas 24 horas cuántos pañales de orina ha mojado su bebé?
5. ¿De qué color ha sido la orina?
6. ¿En las últimas 24 horas cuántas deposiciones sólidas ha tenido su bebé?
7. ¿De qué color han sido las deposiciones sólidas de su bebé en las últimas 24 horas?

22. ¿En las últimas 24 horas cómo ha sido alimentado su bebé?

1. Con sólo su leche materna y no se le proporcionó ningún líquido o sólido (pase a la pregunta 24).
2. Con su leche materna y menos de 4 onzas o 118.29 mililitros de otro líquido o alimento (agua, té, jugo, alimento infantil o leche de fórmula).
3. Con su leche materna y 4 onzas o 118.29 mililitros de otro líquido o alimento (agua, té, jugo, alimento infantil o leche de fórmula).
4. Con su leche materna y más de 4 onzas o 118.29 mililitros de otro líquido o alimento (agua, té, jugo, alimento infantil o leche de fórmula).
5. Con sólo leche de fórmula (pase a la pregunta 24).
6. Con leche de fórmula y otro líquido o alimento (agua, té, jugo, alimento infantil).

**A close up of a bottle

Description automatically generatedNota:** en la figura situada a la derecha se puede observar cómo lucen 4 onzas (118.29 mL).

23. Especifique qué otro(s) alimento(s) se le proporcionó al bebé en las últimas 24 horas, aparte de leche materna.

24. ¿Para su bebé que acaba de nacer, usted tuvo control prenatal?

1. Sí.
2. No (pase a la pregunta 26).

25. ¿En dónde se efectuó su control prenatal? (pase la pregunta 27).

26. ¿Cuáles fueron los motivos por los cuales usted no tuvo control prenatal?

27. ¿Recibió información acerca de la lactancia materna durante su embarazo?

1. Sí.
2. No.

28. ¿Qué información recibió acerca de la lactancia materna?

29. ¿Ha tenido experiencia previa personal en lactancia?

a) Sí.

b) No.

30. ¿Considera que su anterior experiencia de lactancia fue satisfactoria?

a) Sí.

b) No.

31. ¿Considera que en su anterior experiencia previa cumplió con su meta de lactancia?

a) Sí.

b) No.

32. Instrucciones: Observe una toma completa y registre la escala LATCH usada:

1. < 24 horas de vida.
2. ≥ 24 horas de vida.

33. Puntos obtenidos en parámetro de agarre escala LATCH.

1. Cero.
2. Uno.
3. Dos.

34. Puntos obtenidos en parámetro deglución escala LATCH.

1. Cero.
2. Uno.
3. Dos.

35. Puntos obtenidos en parámetro tipo de pezón escala LATCH.

1. Cero.
2. Uno.
3. Dos.

36. Puntos obtenidos en parámetro tipo comodidad pecho y pezón escala LATCH.

1. Cero.
2. Uno.
3. Dos.

37. Puntos obtenidos en parámetro posición mantener colocado al pecho escala LATCH.

1. Cero.
2. Uno.
3. Dos.

38. Instrucciones: Pregunte a la madre la mejor opción para cada uno de los enunciados, dependiendo del grado de seguridad que sienta con respecto a la lactancia de su bebé. Explique que no hay respuestas correctas o incorrectas, y que las opciones son: nada segura, poco segura, segura, bastante segura y muy segura.

Referencia:

Oliver-Roig, A., D’Anglade-González, M. L., García-García, B., Silva-Tubio, J. R., Richart-Martínez, M., & Dennis, C. L. (2012). The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005>

|  |
| --- |
|  |
|  |  | **Nada segura** | **Poco**  **segura** | **Segura** | **Bastante**  **segura** | **Muy segura** |
|  | Siempre sé si mi bebé está tomando suficiente leche. |  |  |  |  |  |
| 1. . | Siempre me las arreglo bien a la hora de dar pecho  al igual que con otras tareas más exigentes. |  |  |  |  |  |
| 1. . | Siempre puedo amamantar a mi bebé sin necesidad  de usar suplementos de leche artificial. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo comprobar que mi bebé está bien  sujetado (enlazado o prendido o agarrado) al pecho  durante toda la toma. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo manejar la lactancia de forma  satisfactoria para mí. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre me las arreglo para dar el pecho, incluso cuando mi bebé está llorando. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo mantener las ganas de seguir dando el pecho. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo dar pecho cómodamente, aunque haya familiares presentes. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo estar satisfecha con la experiencia de dar el pecho. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo asumir que la lactancia consuma parte de mi tiempo. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre puedo acabar con un pecho antes de cambiar al otro. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre soy capaz de dar de mamar a mi bebé en cada toma. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre soy capaz de satisfacer las demandas de mi bebé. |  |  |  |  |  |
|  | Siempre sé cuándo mi bebe ha acabado de mamar del seno. |  |  |  |  |  |

39. Pese al bebé y registre el porcentaje de ganancia o pérdida de peso respecto al de su nacimiento.

40. Adjunte el consentimiento informado firmado por la madre y los testigos, se debe incluir la toma de evidencia fotográfica.

41. Adjunte las evidencias fotográficas de la práctica.

42. Con todos los datos recabados y las preguntas que considere, elabore el plan de seguimiento de la lactancia materna para las próximas 24 horas.

43. De las siguientes habilidades, tache las que aplicó en esta práctica.

1. Habilidad de escucha para aconsejar.
2. Refuerzo de la confianza.
3. Consuelo del bebé cuando llora frecuentemente.
4. Alentar al bebé cuando rechaza ser alimentado.
5. Señales de alimentación en recién nacidos.
6. Enlace al pecho y posición.
7. Señales de transferencia de leche materna.
8. Pecho congestionado.
9. Pezón lastimado, pezón plano y pezón invertido.
10. Ductos tapados y mastitis durante la lactancia materna.
11. Enfermedad materna y lactancia materna.
12. Métodos anticonceptivos y lactancia materna.
13. Niveles de atención en lactancia materna.
14. Apoyo a la lactancia mediante redes sociales.
15. Extracción de leche.
16. Alimentación con taza.
17. Relactación.
18. Asesoría con medicamentos en relación con los riesgos para la lactancia.

44. Registre qué otras preguntas efectuó a la madre y la razón por la que consideró era necesario hacerlo para diseñar el plan de apoyo en lactancia.

**Fin del cuestionario**

Envíe este reporte en la semana 11, ya que forma parte de su calificación.