



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

GUIA PRÁCTICA PARA PROFESIONALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

GRUPO DE TRABAJO DE LACTANCIA MATERNA
INTEGRADO EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO

Índice

I. Introducción.....	3
II. Justificación para la promoción de la lactancia materna.....	4
A. Ventajas de la lactancia materna para el bebe.....	5
B. Ventajas de la lactancia materna para la madre.....	6
C. Ventajas de la lactancia materna para la sociedad.....	7
III. Lactancia materna en el recién nacido pretérmino.....	7
IV. Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna.....	8
A. Contraindicaciones.....	8
B. Circunstancias que requieren una valoración individualizada...	8
C. Hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar.....	11
D. Falsas contraindicaciones.....	12
V. Los diez pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna. Aplicación y evidencia científica de su eficacia.....	14
VI. Aspectos prácticos de la lactancia materna.....	18
A. Información y preparación durante el embarazo.....	18
B. Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz.....	19
C. Cómo organizar los primeros días de lactancia.....	19
D. La técnica del amamantamiento correcto.....	20
E. Problemas de los primeros días.....	23
F. Extracción y conservación de la leche materna.....	28
G. Consejos al alta hospitalaria.....	29
H. Papel de los profesionales de la salud en las maternidades. Sugerencias para apoyar la lactancia materna.....	30
VII. Seguimiento de la lactancia.....	31
A. Cuidados y problemas de la madre.....	31
B. Cuidados y problemas del lactante.....	38
VIII. Situaciones especiales.....	44
A. Patología materna.....	44
B. Patología del recién nacido.....	46
C. Partos múltiples.....	47
IX. Fármacos en la lactancia materna.....	47
X. Alimentación complementaria.....	52
XI. Bibliografía.....	55
XII. Autores.....	56

I. INTRODUCCIÓN

El abandono progresivo de la lactancia materna como forma de alimentar a los niños tiene y va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes aun para las generaciones futuras.

En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, han concurrido una serie de factores de muy diversa índole (sanitaria, social, cultural, etc.), que han hecho disminuir la practica de la lactancia materna.

En España la situación actual es preocupante y sólo entre un 7-30% de las madres continúan lactando a sus hijos a los 6 meses de edad. La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna. Esta falta de cultura social sobre la lactancia materna hace que la madre no encuentre el apoyo familiar ni sanitario necesario para adquirir la suficiente seguridad y experiencia para instaurar una lactancia satisfactoria. Cualquier llanto del niño se interpreta como que “pasa hambre”, “no se tiene suficiente leche” y se le añaden suplementos de fórmula que tienen la consecuencia catastrófica de disminuir el número de veces que mama el niño y como consecuencia, se disminuye la producción de leche materna. Los padres y en ocasiones algunos pediatras, esperan que el niño gane peso de una forma casi programada, en cuanto el niño se desvía lo más mínimo de lo que supuestamente se espera de él, se sacrifica la lactancia materna y se introduce la fórmula adaptada, sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas y que se podría resolver identificando cuál es el problema existente, si es que lo hay, en relación con la lactancia y orientando a la madre sobre cómo debe ser el manejo para mejorar la situación.

Las maternidades españolas no cumplen algunos de los pasos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conseguir una lactancia adecuada. Se separa a los niños de las madres con una frecuencia mayor de lo que estaría verdaderamente justificado. A los niños ingresados en los Servicios de Neonatología se les ofrece en ocasiones fórmula adaptada sin esperar a que la madre haya tenido ocasión de ponérselo al pecho. La madre es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome sobre las bases de una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

Desde el punto de vista social, tampoco se presta el apoyo suficiente para permitir que la mujer que trabaja fuera del hogar pueda mantener la lactancia de forma prolongada.

El objetivo principal de este documento es proporcionar una serie de recomendaciones que ayuden al pediatra y demás profesionales de la salud a **conseguir que la mayoría de las madres amamenten a sus hijos**. Los profesionales sanitarios tenemos un papel esencial para lograr un cambio cultural que haga normal que la lactancia se prolongue hasta que madre e hijo mutuamente lo decidan.

II. JUSTIFICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica.

El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. La leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

La concentración de lípidos en la leche materna aumenta paulatinamente a lo largo de la toma y la leche del final puede tener cinco veces más lípidos que la del principio. Muchas mujeres creen tener la leche “aguada”, porque sólo han visto la primera leche que gotea espontáneamente del pecho; en realidad, la leche materna tiene más grasas que la leche de vaca entera. La concentración final de lípidos es mayor cuanto más leche ha tomado el niño en esa toma.

Al acabar de mamar, la leche que queda en el pecho es rica en grasa. Si el bebé vuelve a mamar digamos a los 15 minutos, no encontrará leche inicial, sino directamente leche final. Pero, a medida que pasa el tiempo, la leche final que queda en el pecho es diluida por la nueva leche inicial que se va fabricando.

La concentración media de lípidos en una toma determinada (es decir, la cantidad de lípidos que obtiene el lactante) es directamente proporcional a la cantidad de leche extraída de ese pecho en la mamada anterior y a la cantidad de leche extraída en la mamada actual, y es inversamente proporcional al tiempo transcurrido entre las tomas. La duración de la toma, en cambio, no se relaciona estadísticamente con la concentración de lípidos en la leche, porque tampoco se relaciona con la cantidad de leche ingerida.

Además, si el niño toma los dos pechos, difícilmente llegará a la leche final del segundo, con lo que habrá tomado dos “raciones” de leche inicial y una sola de leche final, y la concentración media de lípidos en el total de la leche ingerida será menor.

En conclusión, el lactante puede regular a voluntad la composición de la leche modificando tres factores: el tiempo entre toma y toma, la cantidad de leche ingerida en cada toma, y si toma un solo pecho o los dos. Se desconoce si el lactante es capaz de regular también otros aspectos de la composición de la leche. Si la ingesta calórica es fija, aquellos que decidan tomar menos grasas, obtendrán a cambio más proteínas y lactosa. En algunas mujeres la concentración de proteínas es muy distinta entre un pecho y otro, lo que podría tener relación con la preferencia que algunos lactantes desarrollan por uno de los pechos.

Cuando arbitrariamente se saca al bebé del pecho antes de que haya terminado (por ejemplo, a los 10 minutos), se le ofrece la leche inicial, pobre en calorías, del segundo pecho, en vez de la leche final, rica en calorías, del primer pecho. En algunos casos, el volumen de leche inicial necesario para reemplazar a

la leche final perdida supera la capacidad gástrica del lactante. El niño tiene hambre, pero sencillamente no le cabe más leche. Esto hace que esté insatisfecho y lloroso, pidiendo el pecho a cada momento. Al tomar menos lípidos, ingiere más proteínas y más lactosa, lo que puede ocasionar una intolerancia parcial a la lactosa por sobrecarga. La lactosa no digerida fermenta en el tubo digestivo, produciendo gases, cólicos y heces ácidas y muy líquidas (diarrea osmótica).

A. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL BEBE

Hay evidencia científica de disminución de la incidencia y gravedad de gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados. Además algunos estudios muestran que en el beneficio de la lactancia parece existir un efecto dosis-respuesta, es decir, a mayor duración, mayores ventajas.

Los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los primeros tres meses. Después de esta edad los niños alimentados con leches artificiales muestran mayor aumento, interpretándose tal hecho como la manifestación de un crecimiento excesivo que no corresponde al patrón fisiológico observado en los niños amamantados. En resumen los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados al final del primer año de vida, y debemos siempre tener en cuenta que las curvas de peso están basadas en la lactancia artificial y no en la de bebés amantados.

En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento observado entre los niños amamantados.

1. Protección frente a las infecciones y atopias.

Los niños alimentados con lactancia materna presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis medias, infecciones urinarias, infecciones invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizante. Mediante la transferencia de anticuerpos antiidiotipo y linfocitos aumenta la respuesta inmunitaria tras la vacunación y estimula activamente el sistema inmunitario del lactante, lo que explica por qué la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunitarias o la enfermedad de Crohn, diabetes mellitus o cáncer.

2. Desarrollo cognitivo.

Muchos estudios en la literatura médica y psicológica han examinado la relación entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual. La mayoría de estos estudios han comunicado un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño, de tal modo que a mayor tiempo de amamantamiento se observa mejor desarrollo, al igual que las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje.

3. Enfermedades a largo plazo.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto el efecto protector de la lactancia materna en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulin

dependiente, enfermedad de Chron, colitis ulcerosa, patología alérgica, linfomas, maloclusión dental, atopía, escleriosis múltiple y obesidad.

4. Beneficios psicológicos.

Amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre, es más relajante, eleva la autoestima de la madre, disminuye la tristeza y/o depresión postparto. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo

B. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

1. Recuperación uterina postparto y disminución del sangrado.

La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre la matriz provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto. Las sucesivas descargas de oxitocina en las tomas siguientes producen nuevas contracciones del útero (entuetos), con lo que éste recupera más pronto el tono y tamaño anteriores.

2. Mejora de la anemia y aumento de reservas de hierro.

El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, inhibe la ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro.

3. Pérdida de peso y recuperación de la silueta.

La producción de leche supone un gasto energético, para el cual el organismo de la madre gestante se ha ido preparando por anticipado. A lo largo de las semanas o meses que se mantenga la lactancia materna se irán consumiendo estas reservas, hasta lograr recuperar el peso previo al embarazo. Esta disminución de peso es paulatina, más evidente a partir de los tres meses de lactancia y localizada preferentemente en la zona de caderas y cintura. No es cierto que la lactancia prolongada produzca una mayor caída de los pechos; hacer el destete de forma gradual y nunca de modo brusco facilita que se mantengan firmes.

4. Metabolismo del calcio.

Las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna vertebral en la postmenopausia.

5. Disminución del riesgo de cáncer.

Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer premenopáusicas.

C. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA SOCIEDAD

1. Beneficio social

Los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el absentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y también se consumen menos recursos sanitarios.

2. Beneficio medioambiental.

La lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.

3. Beneficios económicos.

Además de lo descrito en el párrafo anterior en relación con la disminución del absentismo laboral y el ahorro de recursos sanitarios, la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el coste de la fórmula adaptada supera en mucho el coste del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto.

III. LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

La gran mayoría de los prematuros no van a tener dificultades de alimentación, ya que son capaces de amamantarse directamente del pecho de su madre desde el momento del nacimiento, no requieren ningún aporte extra de nutrientes y las estrategias nutricionales van a ser las mismas que para los nacidos a término. Son los niños pretérmino de muy bajo peso, los RN < 1500 gr. y los niños pretérmino extremadamente bajo peso al nacimiento (RN < 1000 gr.) los que precisan de nutrición específica.

Las principales ventajas de la lactancia materna en el recién nacido pretérmino son:

- Perfiles fisiológicos de lípidos y aminoácidos.
- Contiene aminoácidos esenciales para el pretérmino.
- Mejor digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Baja carga renal de solutos.
- Presencia de enzimas activas y factores antiinfecciosos.
- Micronutrientes en cantidades fisiológicas.
- Baja osmolaridad.
- Especificidad de especie con biodisponibilidad única.
- Protección frente a enterocolitis necrotizante.

- Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.
- Protección frente a infecciones nosocomiales.
- Mejora la función retiniana.
- Mejora el desarrollo cognitivo.

IV. CONTRAINDICACIONES Y FALSAS CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

A. CONTRAINDICACIONES

1. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados. La situación es distinta en los países en vías de desarrollo, donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición constituyen las principales causas de muerte en la infancia. En estas circunstancias la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponer de alternativas seguras. Por este motivo, la OMS recomienda que en dichos países las madres infectadas por VIH mantengan la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.

2. Galactosemia.

La lactancia materna esta contraindicada en los niños afectos de galactosemia. Estos niños deberán recibir una dieta sin lactosa ni galactosa por la que habrá que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas especiales.

3. Fármacos y drogas contraindicadas durante la lactancia (Ver apartado IX).

Contraindican la lactancia materna la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. La bromocriptina y la cabergolina usada para el tratamiento de los prolactinomas también contraindican la lactancia materna.

El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna. La metadona en cambio, no comporta riesgo para el lactante, ya que pasa en cantidades mínimas a la leche materna; por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto beneficioso en estos niños, al mejorar la evolución del síndrome de abstinencia neonatal y disminuye los días de hospitalización.

B. CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN UNA VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA

1. Enfermedades infecciosas maternas:

HEPATITIS C

El riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C a través de la leche materna es bajo, pero aumenta cuando la madre también es portadora del VIH o si se trata de una hepatitis activa, con sintomatología clínica. La infección por este virus no contraindica la lactancia materna, excepto en los casos señalados.

CITOMEGALOVIRUS

La tasa de infección por CMV en lactantes de madres portadoras es alta (63%). En los lactantes a término la infección cursa de forma asintomática o con síntomas leves y no deja ningún tipo de secuelas. En estos niños la lactancia materna no está contraindicada, pero sí lo está en los lactantes prematuros y los que sufren algún tipo de inmunodeficiencia, que tienen mayor riesgo de presentar síntomas graves y secuelas neurológicas.

HERPES SIMPLE

Únicamente si la madre presenta lesiones herpéticas activas en los pezones o cerca de ellos debe interrumpirse la lactancia materna hasta que las lesiones sanen. Para prevenir el contagio es importante el lavado cuidadoso de las manos y cubrir las lesiones activas de la piel.

SÍFILIS

La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener el treponema. El niño debe ser aislado de la madre y recibir tratamiento con penicilina G si lo precisa.

INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES

Cuando la enfermedad produce una importante afección del estado general de la madre, se puede suspender la lactancia durante las primeras 24 horas de tratamiento, continuándola después si se administra a la madre un antibiótico compatible con la lactancia.

BRUCELOSIS

Si la madre ha sido diagnosticada cuando ya ha comenzado la lactancia, es probable que el niño esté contagiado y ambos necesiten tratamiento. No hay acuerdo sobre la necesidad de suspender la alimentación al pecho hasta que se complete el tratamiento.

ENFERMEDAD DE LYME

Si la madre se diagnostica y trata durante el embarazo puede dar el pecho sin riesgo de contagio. Si se diagnostica después del parto la madre debe recibir tratamiento inmediato. Será necesario tratar también al niño si presenta síntomas, como exantema o fiebre. Una vez que se haya iniciado el tratamiento se puede reanudar la alimentación al pecho.

TUBERCULOSIS ACTIVA

Si se diagnostica durante el embarazo debe iniciarse el tratamiento de inmediato para evitar el riesgo de contagio cuando el niño nazca. Si se diagnostica al final de la gestación o después del parto, se debe tratar a la madre lo antes

posible, existiendo controversia sobre la necesidad de separar al niño de la madre. La OMS aconseja no separarlos y administrar al niño isoniacida durante 6 meses si la madre llevaba menos de 2 meses de tratamiento, mientras que algunos autores recomiendan la separación hasta que hayan transcurrido las 2 primeras semanas de iniciado el tratamiento y la madre ya no sea contagiosa (frotis de esputo negativo). Cuando termine el período de aislamiento se puede reanudar la alimentación al pecho, aunque la madre continúe con el tratamiento.

VARICELA

El virus de la varicela-zoster puede atravesar la placenta y producir un cuadro de varicela congénita o de varicela perinatal. Si el contagio ocurre entre 21 días y 5 días antes del parto, generalmente produce un cuadro leve, debido al efecto protector de los anticuerpos maternos frente a este virus, que han podido ser transmitidos a través de la placenta. Pero cuando el contagio ocurre en los últimos 5 días del embarazo o en las primeras 72 horas después del parto, puede producir una infección grave en el recién nacido (varicela diseminada). Para prevenirla se debe administrar al niño inmunoglobulina específica y aislarlo de su madre de forma temporal hasta que ella no sea contagiosa (unos 6-10 días), hasta que empiezan a secarse las lesiones y no aparecen nuevas lesiones. Durante ese tiempo, la madre puede sacarse la leche. Si no tiene lesiones en la mama, esa leche se le puede dar al bebé, pero si las tiene es mejor que no se la de porque puede contagiarse al manipular los pechos.

Si la infección materna se produce durante la lactancia, después de las 72 horas siguientes al parto no es necesario aislar al niño, porque se supone que ya ha estado expuesto. Si la madre no presenta lesiones en la mama, puede continuar con la lactancia. Los anticuerpos presentes en la leche materna desde antes de las 72 horas del inicio de la enfermedad, pueden contribuir a mejorar la evolución de la varicela, si el lactante finalmente la contrae. Si tiene lesiones en los pechos, se puede extraer la leche, para evitar el contacto directo, pero en este caso también vale la pena dársela al bebé por los anticuerpos específicos que aportará.

El tratamiento de la madre con aciclovir no contraindica la lactancia.

2. Enfermedades no infecciosas maternas:

MIASTENIA GRAVIS

En la miastenia gravis adquirida los anticuerpos antirreceptor de Ach pueden atravesar la placenta y ser responsables de un cuadro de miastenia neonatal transitoria, que se manifiesta por insuficiencia respiratoria, succión débil, hipotonía y escasa actividad motora espontánea. Los anticuerpos anti-Ach también pueden pasar por la leche materna, por lo que algunos autores no recomiendan la alimentación al pecho durante los episodios severos en los que la madre presenta una elevación importante de los niveles de anticuerpos. Sin embargo, no se han descrito casos en lactantes que puedan ser atribuidos al paso de anticuerpos maternos a través de la leche. La principal razón por la que no se aconseja el amamantamiento en los casos severos de miastenia gravis, es porque supone un sobreesfuerzo para la madre que puede resultar agotador.

CANCER DE MAMA

El diagnóstico de cáncer de mama durante la lactancia obliga a suspender la alimentación al pecho para que la madre pueda someterse a tratamiento lo antes posible. Cuando el embarazo se produce en una mujer con cáncer de mama que ya ha recibido tratamiento, es posible la lactancia por el pecho sano.

OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Si la madre padece una enfermedad crónica como fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, conectivopatías, epilepsia o depresión, la decisión de dar o no lactancia materna se debe tomar teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y el grado de incapacidad que origina en la madre.

El hipotiroidismo y el hipertiroidismo materno tampoco contraindican la lactancia.

3. Enfermedades del lactante:

FENILCETONURIA

La leche materna tiene un contenido relativamente bajo de fenilalanina, por lo que se puede administrar junto con una leche especial sin fenilalanina, controlando los valores de este aminoácido en sangre (deben estar entre 2 y 6 mg/dl), para ajustar en función de ello la cantidad de leche materna. Se ha demostrado que la lactancia materna parcial permite mantener niveles adecuados de fenilalanina y logra que los niños afectados de esta enfermedad alcancen un mejor coeficiente intelectual que los alimentados solamente con fórmula.

ENFERMEDAD DE LA ORINA DE JARABE DE ARCE O LEUCINOSIS

Rara enfermedad metabólica, en la que al igual que en la fenilcetonuria, puede usarse una combinación adecuada de leche materna y leche especial que no contenga esos aminoácidos.

C. HÁBITOS MATERNOS QUE NO CONTRAINDICAN LA LACTANCIA PERO QUE SE DEBEN REDUCIR O EVITAR

CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol cambia el sabor y el olor de la leche materna, lo que puede hacer que el niño rechace el pecho. Hay que aconsejar a la madre que no consuma alcohol, o al menos que no lo haga tres horas antes de la toma de pecho y que limite la cantidad a un máximo de 0,5 g/Kg de peso corporal materno (para una mujer de 50 Kg de peso equivale a unos 200 cc de vino, 500 cc de cerveza y 30 cc de licor).

CONSUMO DE CAFEÍNA

Si se consume en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día, café, té, refrescos con cafeína y chocolate) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño.

CONSUMO DE TABACO

La nicotina también puede cambiar el gusto y el olor de la leche provocando rechazo del pecho, también provoca escaso aumento de peso, mayor frecuencia de cólicos, etc. A todo ello hay que sumar los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, tos y asma. Si la madre no puede dejar de fumar, no se debe suprimir la lactancia, ya que sus beneficios superan los posibles riesgos. En estas circunstancias se le aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, que fume cigarrillos bajos en nicotina, que evite fumar durante un período superior a 2,5 horas antes de la toma de pecho y que no fume, ella ni ninguna otra persona, en la misma habitación donde está el niño.

D. FALSAS CONTRAINDICACIONES

INFECCIONES AGUDAS COMUNES

Suspender la lactancia materna cuando la madre presenta síntomas de algún proceso infeccioso común, como resfriado, una amigdalitis o una diarrea, no sólo no está indicado sino que es contraproducente.

HEPATITIS A

Si la madre sufre una infección por este virus en el último trimestre de la gestación o durante la lactancia, puede continuar con la alimentación al pecho. Se le aconsejará el lavado cuidadoso de las manos y se administrará lo antes posible (antes de las dos semanas siguientes a la exposición) inmunoglobulina polivalente y la vacuna de la hepatitis A, de forma simultánea, en lugares diferentes de inyección. Esta vacuna, al tratarse de una vacuna inactivada, tiene riesgos mínimos para el lactante.

HEPATITIS B

La administración de inmunoglobulina antihepatitis B y la primera dosis de la vacuna antes de las 24 horas de vida, en diferentes lugares de inyección, permite que la madre infectada por el virus de la hepatitis B pueda alimentar al niño al pecho sin riesgos.

RUBÉOLA Y PAROTIDITIS

Son compatibles con la alimentación al pecho. Para prevenir el contagio, en lactantes mayores de 6 meses se puede administrar la vacuna triple vírica en las 72 horas siguientes al contacto. Los niños vacunados antes de los 12 meses deben recibir otras dos dosis de triple vírica, a los 12-15 meses y a los 3-6 años.

SALMONELOSIS, PALUDISMO Y TOXOPLASMOSIS

No se transmiten estas infecciones por la leche materna, por lo que no contraindican la lactancia materna.

DIABETES MELLITUS

La lactancia materna no está contraindicada en la madre diabética, e incluso puede tener ventajas. En la diabetes gestacional se ha comprobado que mejora la tolerancia a la glucosa y en diabetes insulino-dependientes disminuye las necesidades de insulina.

MASTITIS

La mastitis no sólo no contraindica la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado.

PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA

La enfermedad fibroquística, los quistes benignos y los fibroadenomas tampoco contraindican la lactancia.

PEZÓN PLANO O INVERTIDO

Ninguna de estas situaciones impide la alimentación al pecho. Actualmente no se recomiendan los ejercicios de Hoffman (estiramiento del pezón) ya que no se ha demostrado su eficacia, pueden desencadenar contracciones uterinas y disminuye la tasa de amamantamiento al hacer que la madre pierda confianza en su capacidad de dar el pecho. Tampoco es necesario el empleo de conchas formadoras del pezón, al final de la gestación, o después del parto, o entre las tomas, ya que su eficacia no está demostrada y a muchas madres les producen molestias, sudoración e irritación de la piel, por lo que pueden resultar contraproducentes.

Es importante informar a la gestante de que podrá dar el pecho a su hijo, aunque necesitará más ayuda y paciencia al inicio. Durante los primeros días, antes de poner al niño al pecho, se puede emplear un sacaleches eléctrico o manual, bombeando suavemente hasta que el pezón salga.

PIERCING EN EL PEZÓN

No contraindica la lactancia, aunque deberá quitárselo antes de ofrecer el pecho.

REANUDACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN Y EMBARAZO

Estas situaciones no obligan a suspender la lactancia.

IMPLANTE MAMARIO DE SILICONA

Se puede recomendar la alimentación al pecho en estos casos, sin que sea necesario extraer los implantes ni medir las concentraciones de silicona en la leche materna.

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO

La alimentación al pecho cuando el niño sufre un episodio de diarrea aguda, no sólo no está contraindicada, sino que además es beneficiosa, ya que la digestión y absorción de los nutrientes contenidos en la leche materna es mejor que la de otros alimentos y aporta factores de defensa y otros factores bioactivos que contribuyen a la recuperación de la mucosa intestinal.

V. LOS DIEZ PASOS DE LA OMS Y UNICEF PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA. APLICACIÓN Y EVIDENCIA CIENTÍFICA DE SU EFICACIA.

El documento "Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural" publicado por la OMS en 1998 tiene como objetivo recoger la evidencia científica que justifica la eficacia de la aplicación de los diez pasos (Tabla 1).

Tabla 1. "Diez pasos para lactar con éxito". OMS / UNICEF 1989

Todos los servicios de maternidad y atención al recién nacido deben:
Tener unas normas estrictas sobre lactancia materna que sean conocidas por todo el personal sanitario.
Ofrecer a todo el personal sanitario los conocimientos necesarios para aplicar estas normas.
Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios y la técnica de la lactancia materna.
Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto.
Enseñar a las madres cómo lactar y mantener la secreción láctea aunque tengan que separarse de sus hijos.
No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas distintos de la leche materna, excepto cuando esté médicamente indicado.
Practicar el alojamiento conjunto (permitir a las madres permanecer con sus hijos las 24 horas del día).
Fomentar la lactancia materna a demanda.
No dar tetinas artificiales o chupetes a los niños amamantados.
Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua de madres lactantes y orientar a las madres hacia estos grupos cuando salgan de la clínica.

PASO 1: Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

El hospital debe tener una política escrita de lactancia que cubra los diez pasos y que debe estar disponible de modo que todo el personal que atiende a las madres y a los recién nacidos (RN) pueda consultarla. Asimismo debe estar expuesta de forma visible en todas las zonas del hospital donde se atiende a las madres y a los niños.

PASO 2: Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

Todo el personal de salud en contacto con las mujeres lactantes debe tener el conocimiento y las habilidades necesarias para poner en práctica la política establecida. No se puede esperar que los profesionales sanitarios que no han recibido formación en la lactancia puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente.

PASO 3: Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

El período prenatal debe convertirse en una auténtica preparación no sólo para el parto sino también para la lactancia.

Los profesionales que se ocupan de la vigilancia del embarazo, con la contribución del pediatra en su visita prenatal, serán los responsables de asesorar en la decisión de cómo alimentar a sus hijos. Es importante explicar a los padres las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas, económicas y ecológicas que la lactancia natural supone, pero es necesario, así mismo, informar a las madres sobre la fisiología del amamantamiento y sobre la técnica de la lactancia, ya que la lactancia materna no es un instinto sino una capacidad que debe aprenderse.

La información relativa a la lactancia natural debe ofrecerse a todas las embarazadas independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo.

Es importante incluir al padre en la visita prenatal y en los programas de lactancia ya que está demostrado que participan en la elección del método de alimentación a sus hijos y pueden ser eficaces promotores o detractores de la lactancia materna, dependiendo de cuál sea su actitud ante las dificultades iniciales.

PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

Las madres y sus hijos no han de separarse después del parto, salvo que exista un motivo médico que lo justifique. Debe facilitarse el contacto piel con piel inmediatamente después del parto. A todas las madres se les debe ofrecer esta oportunidad, independientemente de cómo alimentar a sus hijos, ya que este primer contacto puede jugar un importante papel en el vínculo madre-hijo. Deben permanecer juntos todo el tiempo que deseen y la toma de pecho debe iniciarse tan pronto como el niño esté listo.

PASO 5: Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo.

Colocar el niño al pecho no es una habilidad innata de la madre, sino que es una capacidad que debe ser aprendida. Las madres que dan a luz en el hospital necesitan ayuda del personal sanitario. Es necesario enseñar a las madres la técnica de la lactancia y proporcionar ayuda práctica y apoyo psicológico.

En cuanto a las madres que deben separarse de sus hijos, cuando la madre o el niño estén enfermos, o en casos de RN pretérmino o bajo peso, es necesario enseñar a la madre a extraerse la leche de forma que se mantenga la lactancia y sirva para alimentar a su hijo.

PASO 6: No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.

En los servicios de maternidad es habitual dar a los RN leche artificial, suero glucosado o agua antes de la primera toma. Se da leche artificial cuando el lactante está intranquilo o somnoliento, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, ó cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar. Esta práctica comporta diversos riesgos:

- La madre puede tener la impresión de que no tienen suficiente leche o de que su leche no es adecuada para alimentar a su hijo.
- Puede favorecer la ingurgitación mamaria y hacer más difícil la colocación correcta.
- Si se administra con biberón, puede interferir con el mecanismo de succión.
- Reduce la frecuencia de las tomas, con lo que disminuye la producción de leche.
- La administración precoz de la leche de vaca puede desencadenar en niños genéticamente predispuestos el desarrollo de alergia como asma y eczema. Por otra parte, la administración ocasional de biberones puede constituir el episodio sensibilizante de una posterior alergia a proteínas de leche de vaca. Asimismo, la seroalbumina bovina puede actuar como desencadenante de una respuesta autoinmune, que podría predisponer a los niños genéticamente predispuestos a la diabetes tipo 1.

La administración de suplementos se asocia clara y estadísticamente con el abandono precoz de la lactancia materna tanto cuando se dan en las maternidades como después del alta hospitalaria.

PASO 7: Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día.

El alojamiento conjunto es necesario para todos los RN y sus madres independientemente de la forma de alimentar a sus hijos. El alojamiento conjunto ayuda a las madres a conocer más pronto a su hijo y a reconocer su llanto, lo que

les permite responder siempre a la señal del bebé indicando que desea ser amamantado lo que facilita, además, la lactancia a demanda.

Por otra parte se ha demostrado que la presencia del RN en la habitación de la madre no altera el sueño materno y además mejora el sueño del niño.

PASO 8: Fomentar la lactancia a demanda.

Las madres de los RN normales (incluidos los nacidos por cesárea) que den el pecho no deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia y al número de tomas. Se les debe recomendar que amamenten a sus hijos cada vez que tengan hambre o cuando el niño quiera.

Los patrones alimentarios de los bebés varían enormemente, pudiendo ser muy irregulares, particularmente en el inmediato período neonatal. Muchos RN maman cada 2 ó 3 horas, o más a menudo, con intervalos variables entre algunas tomas. El número total suele ser superior a las 6 u 8 veces al día, aunque la mayoría de los lactantes es posible que se acaben adaptando a tomar cada 3 ó 4 horas. Este período de adaptación es diferente en cada niño y el pretender conseguirlo desde el principio pone en riesgo el éxito de la lactancia. Tampoco se debe de limitar la duración de la tetada a 10 minutos ya que algunos niños no van a ser capaces de obtener la leche tardía más rica en grasas y por tanto en calorías.

La frecuencia elevada de las tomas tiene como ventajas aumentar la producción láctea, previene la ingurgitación mamaria, disminuye los niveles de bilirrubina, reduce la pérdida de peso y se asocia con una mayor duración de la lactancia en relación con un horario rígido.

PASO 9: No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.

Tanto los chupetes como las tetinas pueden ser perjudiciales al interferir con la lactancia, dadas las diferencias mecánicas y dinámicas existentes entre los dos mecanismos de succión.

Las tetinas alteran las pautas de respiración y succión. También se producen cambios en la cavidad oral (caries del biberón, maloclusión dentaria). Se ha observado también una mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente y candidiasis oral.

Por otro lado una vez establecida la lactancia, la introducción de una tetina o chupete tiene menos inconvenientes que cuando se utiliza durante las primeras semanas.

PASO 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

El apoyo del personal de salud tras el alta juega un papel positivo con las visitas domiciliarias de las matronas o enfermeras y los controles frecuentes en los centros de salud.

Los grupos de madres de apoyo a la lactancia materna suponen un enorme beneficio para las madres lactantes y a veces son más capaces que los servicios de salud para ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades.

El apoyo debe comenzar antes del alta en la maternidad para establecer la lactancia y prevenir las dificultades y así conseguir una actuación sinérgica del apoyo prenatal, hospitalario y postnatal.

RESUMEN DE LOS 10 PASOS:

Existen suficientes pruebas de la eficacia de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural.

Los 10 Pasos deben aplicarse conjuntamente y no debe esperarse que sean eficaces cuando se introducen incompleta o aisladamente.

Las instituciones sanitarias deben desarrollar normas estrictas que abarquen los 10 pasos e incluyan la restricción de muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna.

Debe de haber una buena capacitación del personal de salud incluyendo un fuerte componente práctico para garantizar la mejora de las habilidades clínicas y de asesoramiento.

Deben realizarse esfuerzos para fortalecer los pasos relativos a la educación, orientación y apoyo a las madres antes y después del parto e incluso tras el alta hospitalaria.

Es imprescindible que el personal sanitario conozca las situaciones que conducen al abandono precoz de la lactancia materna y, sobre todo, que este motivado y sea capaz de dar soluciones prácticas ante los problemas inherentes a toda lactancia natural.

La combinación de normativas claras y explícitas de apoyo a la lactancia en los centros sanitarios y la formación del personal que atiende a la madre y al hijo son eficaces para aumentar la frecuencia y la duración de la lactancia materna.

Para alcanzar un aumento en el inicio y en el mantenimiento de la lactancia materna, junto a la aplicación de los 10 Pasos es necesario incluir otras medidas (educación de la población, apoyo en la comunidad, legislación laboral y aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucesáneos de la leche materna) además de mejorar la atención sanitaria.

VI. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA LACTANCIA MATERNA

A. INFORMACIÓN Y PREPARACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

El período del embarazo es un momento muy adecuado para informar a las madres sobre las ventajas de la lactancia materna y para instruir las sobre cómo llevarla a cabo con éxito, si deciden amamantar.

La información dirigida a decidir el tipo de lactancia debe proporcionarse en la visita preconcepcional o al principio del embarazo. Puede ser mejor entonces ofrecer información que preguntar directamente a la madre si piensa dar el pecho, ya que se podrían provocar actitudes contrarias si está dudando y se considera excesivamente presionada. En fases más avanzadas de la gestación hay que intentar el difícil equilibrio entre informar honestamente de que la lactancia artificial no es igual y no hacer que la madre se sienta culpable si opta por el biberón.

El pediatra puede y debe involucrarse con el resto de profesionales en la educación prenatal.

El contenido de la educación prenatal debe comprender, sobre todo, lo que es el inicio de la lactancia: contacto precoz, inicio inmediato, comportamiento del bebé, horario a demanda, postura correcta, calostro y subida de leche, evitar suplementos y chupetes, problemas de los primeros días (pezones dolorosos, grietas, ingurgitación mamaria) y cómo resolverlos.

La exploración de las mamas durante el embarazo para diagnosticar alteraciones de los pezones no está justificada, ya que los tratamientos utilizados hasta ahora no son efectivos.

B. CONDUCTA INMEDIATA AL NACIMIENTO. CONTACTO PRECOZ.

Se ha comprobado que si se coloca al RN a término nada más nacer en contacto piel con piel con su madre se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo, aumenta la confianza de la madre en el cuidado de su hijo, con el que se muestra más afectuosa, asciende de forma continua la temperatura del RN durante los primeros 60 minutos y se acelera la adaptación metabólica del RN (aumenta la glucemia y se reduce la acidosis metabólica del RN).

Debe permitirse que el contacto piel con piel inmediato dure todo el tiempo que madre y bebé necesiten, pero como mínimo 70 minutos.

C. CÓMO ORGANIZAR LOS PRIMEROS DÍAS DE LACTANCIA.

Después de la primera toma, en la sala de partos, y todavía más si ésta no ha sido posible, hay que procurar que el bebé continúe cogiéndose al pecho lo antes posible y con frecuencia.

Se debe *recomendar horario a demanda desde el principio*. Sin embargo, si el bebé duerme más de 3 o 4 horas seguidas (cosa frecuente el primer día o día y medio), es conveniente aconsejar a los padres que intenten despertarlo estimulándolo con suavidad para ponerlo al pecho. A partir de las 24 horas es muy importante intentar que haga 8-10 tomas al día.

No debe limitarse la duración de las tomas. Se ha comprobado que el dolor o la irritación del pezón dependen, sobre todo, de la forma de coger el pecho. La mayoría de bebés hacen tomas cortas y frecuentes el primer día o día y medio que, aún así, son perfectamente efectivas para estimular la subida de la leche. Es

frecuente los primeros días que el bebé quede dormido con el pecho en la boca, haciendo movimientos de vaciar el pecho muy esporádicos y distanciados. Probablemente este comportamiento es poco efectivo para estimular el pecho y es preferible separar al bebé, siempre introduciendo el dedo en la boca para no estirar el pezón. A medida que aumentan las horas de vida, aumenta también la sensación de hambre del bebé y, consecuentemente, la duración de las tomas. El progresivo aumento de producción de leche de la madre favorece la saciedad del bebé que, de nuevo, limitará espontáneamente la duración de la toma.

Se debe recomendar el alojamiento conjunto. La lactancia a demanda sólo es posible si el bebé permanece con su madre constantemente o el mayor tiempo posible. El alojamiento conjunto se acompaña de mayor éxito de la lactancia materna.

Favorecer el descanso de la madre. La fatiga es uno de los enemigos de la lactancia materna. Es muy importante instruir a la madre para que, haciendo un horario de lactancia materna a demanda, aproveche para descansar y dormir aquellos períodos en los que su bebé también lo hace, que no coinciden forzosamente con las horas de la noche. El exceso de visitas durante los primeros días de estancia en el hospital dificulta esta posibilidad y puede interferir también con la lactancia a demanda.

Aconsejar el contacto físico con el bebé. Muchos bebés que lloran a menudo los primeros días se calman poniéndolos al pecho o con el contacto físico con la madre o el padre. Esto, que algunos padres descubren espontáneamente, conviene explicarlo para que se animen a cogerlo en brazos con frecuencia e incluso para que permanezca en la cama junto a su madre.

Proporcionar apoyo e información sobre la lactancia materna. Durante la estancia en el hospital la madre debe recibir información sobre la lactancia materna.

Durante estas primeras horas o días es fundamental:

- Enseñar a la madre la postura correcta para poner al bebé al pecho.
- Explicarle la importancia del horario a demanda y de la frecuencia de las tomas.
- Enseñar como se puede despertar al bebé.
- Ayudarle a interpretar el comportamiento del bebé.
- Explicarle cómo notará que tiene leche o que el bebé come.
- Detectar la aparición de problemas o dificultades e intentar solucionarlos.
- Apoyarla psicológicamente.

D. LA TÉCNICA DEL AMAMANTAMIENTO CORRECTO.

El éxito de lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas y maceración del pezón, además la mandíbula y la lengua del bebé pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva.

Técnica de amamantamiento

Las primeras tomas son más difíciles por lo que muchas madres pueden necesitar ayuda del personal sanitario durante las mismas.

Se puede dar el pecho en cualquier circunstancia aunque será más cómodo para la madre un lugar tranquilo, sin mucho ruido y no excesivamente iluminado.

Conviene que la madre esté en una postura confortable ya que pasará muchas horas al día amamantando a su bebé. Hay que poner al niño al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que esté llorando de hambre. Es muy difícil enganchar al pecho a un niño llorando. Deben respetarse las posturas que prefiera la madre, que con frecuencia son diferentes en los primeros días, por dolor abdominal o perineal.

Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional

El niño debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior estén evertidos alrededor de la aréola, permitiendo que introduzca pezón y gran parte de la aréola dentro de su boca.

Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micromasaje en la zona de los senos lactíferos.

El niño nunca debe chupar solo el pezón. Este debe formar con la aréola un cono, que haga llegar la punta del pezón hasta el final del paladar duro. Si el niño chupa sólo del pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre.

La aréola debe entrar lo suficiente en la boca del niño como para que los senos lactíferos sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento de la mandíbula en la parte inferior y por el paladar, encía y labio en la superior. La estimulación adecuada de la aréola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.

Forma de ofrecer el pecho al niño

El niño es el que debe colocarse frente al pecho con su boca a la altura del pezón y la madre no debe torcer su espalda o forzar la postura (la boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño).

El cuerpo del niño debe estar muy próximo al de la madre, su abdomen tocando el de la madre, con la cabeza y los hombros orientados mirando de frente al pecho. Su nariz debe estar a la misma altura que el pezón.

El pezón debe dirigirse a la parte superior de la boca, hacia el paladar, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por debajo del pezón.

Hay que evitar que el niño esté demasiado alto y que tenga que flexionar el cuello y su nariz quede aplastada contra el pecho. Si el niño está algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y el cuello quedarán extendidos y la nariz libre.

Las madres pueden sujetar el pecho desde la base, es decir, apoyando sus dedos sobre las costillas. Habitualmente no es necesario sujetar el pecho pero si este es muy grande es mejor hacerlo de esta manera para evitar que los dedos de la madre impidan un buen agarre por parte del niño.

También puede sujetar el pecho en forma de copa o C, poniendo su pulgar encima del pecho, lejos del pezón y los cuatro dedos restantes abajo.

Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca.

Para sujetar el bebé la madre puede posar la cabeza y espalda del niño sobre su antebrazo, o bien con la palma de la mano libre sujetar la espalda y con los dedos la cabeza del bebé.

El niño tiene que tener bastante pecho en su boca, debe incluir el pezón, gran parte de la aréola y el tejido mamario subyacente (no empeñarse en meter toda la aréola en la boca del niño, ya que hay mucha variabilidad en su tamaño).

Cuando el niño está mamando, se producirá el movimiento típico: se verá a la mandíbula moverse rítmicamente, acompañada de las sienes y las orejas. Si por el contrario las mejillas se succionan hacia dentro, el niño no estará lactando adecuadamente.

No se debe retirar al niño bruscamente del pecho ya que se puede dañar el pezón. Hay que romper antes el vacío de la succión, introduciendo entre las comisuras de la boca el dedo meñique hasta las encías.

Observación de una toma

Hay que vigilar en el niño los signos de una posición correcta al pecho: que esté sujeto y mirando al pecho con la cabeza y el cuerpo alineados. Observar signos de enganche correcto: boca bien abierta, labios evertidos, nariz, mejillas y mentón tocando el pecho. Observar también de que está recibiendo leche: ritmo de succión-deglución con pausas ocasionales, deglución audible, manos y brazos relajados, boca mojada y satisfacción después de la toma.

Observar que la madre tiene los pechos llenos pero no dolorosos, tiene más sed, contracciones uterinas y goteo del seno contralateral durante la toma, adormecimiento, disminución de la tensión mamaria al terminar y pezón que está elongado pero no erosionado.

Posturas maternas

La madre puede dar el pecho tumbada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y aréola, nunca sólo el pezón.

- Posición del niño con la madre acostada: madre e hijo se encuentran en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrente al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre. Esta postura es útil por la noche o en las cesáreas.
- Posiciones del niño con la madre sentada.
 - Posición tradicional o de cuna: el niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta.
 - Posición de cuna cruzada: la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición de “U”. La otra mano sujeta la cabeza del

niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. Esta postura permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiar de posición, por eso es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho.

- Posición de canasto o de fútbol americano: el niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca. Es una postura muy útil en caso de cesárea o para amamantar a dos gemelos a la vez.
- Posición sentado: el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta postura es cómoda para mamas muy grandes, presencia de grietas, niños hipotónicos o reflejo de eyección exagerado.

E. PROBLEMAS DE LOS PRIMEROS DÍAS.

Bebé poco exigente y bebé ansioso. El bebé que rechaza el pecho.

Los bebés normales presentan dos fases de comportamiento en el posparto inmediato: unas primeras horas (2-4 horas) de alerta y actividad, seguidas de un período más largo (24-36 horas) de somnolencia, escaso interés por comer y por el entorno, con algunos despertares. Aprovecharemos las primeras horas para conseguir que el bebé se agarre el pecho unas cuantas veces. En la siguiente fase de somnolencia, se aprovecharán los momentos de alerta para ponerlo al pecho. Si el bebé duerme muchas horas seguidas (más de 3 ó 4) sin manifestar ningún interés por cogerse al pecho, hay que aconsejar a los padres que intenten despertarlo con suavidad (cogerlo, cambiarle el pañal, hablarle y aproximarle al pecho).

Algunos bebés presentan durante las primeras 36 horas períodos de llanto e irritabilidad que, a veces, no mejoran poniéndolos al pecho sino que incluso llegan a rechazarlo o se enfadan todavía más cuando se intenta. Hay que tranquilizar a las madres y aclararles que este llanto o irritabilidad precoz no es por hambre, sino una forma de reaccionar de algunos bebés, probablemente como respuesta a todos los cambios sensoriales del posparto. Estos bebés necesitan mucho más contacto físico y calmarlos antes de ponerlos al pecho. La ayuda del padre, de una abuela o del personal sanitario que sea capaz de calmar al bebé es fundamental para la madre.

El comportamiento de los bebés con el pecho es muy variable: algunos succionan con fuerza durante 10 o 20 minutos desde el primer día, otros cogen y sueltan el pecho durante toda la toma y necesitan que se les vaya calmando, otros no se cogen bien hasta el tercer o cuarto día, cuando ya ha subido la leche, otros maman un poco y descansan para volver a mamar poco después. Todo esto hay que explicárselo a la madre para que ella misma sea capaz de descubrir y conocer las peculiaridades de su bebé en este aspecto.

Disfunción motora oral. Diferencia entre la succión del pecho y el biberón.

La función motora oral en el RN normal, incluso en el pretérmino, tiene un patrón funcional característico que le permite acoplarse adecuadamente al pecho, para extraer la leche. La disfunción de este patrón se denomina “disfunción oral” y puede ser primaria o secundaria.

Se evalúa con el niño despierto y tranquilo, observando su tono general. También hay que introducir en la boca del niño el dedo meñique con el pulpejo hacia arriba, tocando suavemente el paladar.

Cuando la succión es normal la lengua envuelve el dedo y con un movimiento ondulante de fuera adentro, lo tracciona firmemente hasta el paladar duro. Los labios están apoyados en el contorno del dedo y no tienden a irse hacia dentro.

“Disfunción motora oral primaria”: aparece en niños con problemas neurológicos (hipertónicos o hipotónicos). Estos niños de succión débil se benefician de mamar en posición sentada frente a la madre, que le sujeta la espalda y la cabeza.

“Disfunción motora oral secundaria por el uso de chupete o biberón”: ocurre cuando se da al niño un chupete o biberón en las primeras semanas. Los labios y la lengua adoptan una posición alterada al chupar el chupete o el biberón. Esta disfunción se repite al succionar el pecho, haciendo que el niño agarre sólo el pezón y lo empuje con la punta de la lengua en vez de envolverlo. Los labios se cierran verticales en la base del pezón, en lugar de evertirse alrededor de la aréola y las encías comprimen firmemente el pezón para evitar que se escape.

El niño es incapaz de extraer leche de manera adecuada en esta posición, por lo que cuando tiene hambre succiona con fuerza y está tiempo al pecho sin lograr saciarse. Esto favorece la ingurgitación mamaria y además con frecuencia puede producirse una erosión en la punta del pezón y una fisura circular en la base del pezón, muy dolorosas para la madre y que dificultan la extracción de leche.

Esto puede corregirse haciendo masajes con el dedo índice (pulpejo hacia arriba) en la boca del niño, ejerciendo presión sobre la lengua y retirando el dedo paulatinamente. Este ejercicio hay que repetirlo varias veces al día hasta lograr que la lengua del niño envuelva el dedo y sobrepase la encía inferior.

Para prevenir la disfunción que con frecuencia es difícil de corregir, mientras el niño no sea capaz de mamar, debe recibir leche de su madre con vaso, cuchara, jeringa o suplementador. No se deben dar chupetes ni biberones.

Suplementos y chupetes.

Durante los primeros días posparto, se recomienda no administrar agua, manzanilla (ni cualquier otro tipo de infusiones), suero glucosado o leche artificial a los lactantes que son amamantados por sus madres, a menos que esté médicamente indicado. El RN a término sano no necesita más que leche materna.

La administración de estos suplementos disminuye el número de tomas al pecho y, por tanto, es perjudicial para el éxito de la lactancia materna.

La forma de agarrar el pecho y el biberón es muy diferente. Para succionar el biberón, el bebé apenas tiene que abrir la boca, obtiene la leche ejerciendo una leve succión negativa (a veces le cae tanta leche que tiene que detener su salida con la punta de la lengua). Algunos bebés tienen dificultad para hacer un buen agarre del pecho materno si han recibido suplementos con tetina, lo que se

conoce como “confusión del pezón” (disfunción motora oral secundaria). Cuando esto ocurre, el bebé tiende a cogerse al pecho de forma similar a como succiona el biberón, dando lugar al síndrome de la mala posición al mamar, o incluso se niega a mamar.

Se recomienda que aunque la lactancia materna esté bien establecida no se utilicen tetinas. Es preferible administrar los suplementos con vasito. La administración de suplementos los primeros 2 días de edad se asocia a una disminución de la duración de la lactancia materna. Si son pocos (menos de 2 por día), la forma de administración de estos suplementos no influye en la lactancia materna.

La introducción del chupete en el niño amamantado comporta varios riesgos. La sustitución de la ingesta por la succión no nutritiva, con la consiguiente reducción del número de tomas al pecho y la confusión del pezón son los que más pueden interferir con el éxito de la lactancia materna. Las mujeres que introducen el chupete en el período neonatal amamantan a su hijo menos a menudo y experimentan problemas derivados de una lactancia materna infrecuente (hipogalactia, ingurgitación mamaria, ictericia fisiológica exagerada, etc.).

Retraso en la subida de la leche, pérdida de peso excesiva.

La mayoría de madres tienen la subida de leche alrededor de las 48 horas posparto, aunque en algunas primíparas puede retrasarse hasta las 72 o 96 horas y en algunas múltiparas se adelanta a las 36 horas.

La ausencia de producción de leche “primaria” es muy rara, pero puede existir en circunstancias concretas (anomalías o cirugía de la mama). La ausencia o escasa producción de leche “secundaria a dificultades con la lactancia materna es mucho más frecuente. A partir de una pérdida de peso del 8-10% debe controlarse estrechamente el bebé y la situación de la lactancia. Cuando existe un diagnóstico médico de aporte insuficiente de leche materna los primeros días, se convierte en una necesidad fundamental el aporte de suplementos de leche artificial y así evitar una excesiva pérdida de peso o deshidrataciones graves en el bebé.

Es preferible no dar los suplementos con biberón. Como los primeros días se necesitan volúmenes pequeños de suplemento, darlos con jeringa, con cucharas especiales o utilizar suplementador, suele resultar fácil. De todas formas es prioritario que el bebé lo tome, por lo que si los padres o el bebé tienen dificultades para usar la cuchara o la jeringa, hay que utilizar el biberón.

Puede ocurrir que los padres pidan suplementos de leche artificial o de suero glucosado desde las primeras horas de vida, por la angustia de que su bebé no coma nada o para calmar sus períodos de llanto, especialmente si no han recibido una buena información sobre el inicio de la lactancia, si se trata de una madre primípara o si tienen una mala experiencia con lactancias anteriores. Hay que explicarles a los padres con tranquilidad y sin querer ser excesivamente autoritario porqué no es conveniente, enseñarles la forma de calmar al bebé y asegurarles que vigilarémos la situación y que indicaremos el suplemento en el momento adecuado. Si a pesar de todo insisten, debe respetarse su deseo pero conviene pactar con ellos ser restrictivos con el suplemento, no darlo de forma sistemática

después de cada toma y supervisar muy de cerca los signos de inicio de subida de leche para suprimirlo.

Problemas tempranos de las mamas.

Los problemas de los primeros días que aparecen con mayor frecuencia están en relación con los pezones planos o invertidos, las grietas en el pezón, los pezones doloridos y la ingurgitación mamaria.

- **PEZONES PLANOS E INVERTIDOS**

La existencia de pezones planos o invertidos no contraindica la lactancia, ya que ellos no juegan un papel primordial en el funcionamiento del amamantamiento sino que es el ordeño de la lengua del lactante de un buen trozo dearéola lo que hace extraer la leche.

Los ejercicios de Hoffman no deben recomendarse. En las mujeres con pezones planos o invertidos durante la fase prenatal no hay que hacer nada especial, salvo informar a la madre que, si ella lo desea, podrá amamantar a su hijo. Hay que explicar a la madre que el niño mama del pecho asegurando un buen sello del niño sobre el pezón invertido. Algunas soluciones para conseguir un sellado adecuado son las siguientes:

- ✓ Procurar que el niño tenga la boca bien abierta antes del sellado.
- ✓ Iniciar el amamantamiento sobre el pezón invertido (si es unilateral).
- ✓ Estimular el pezón antes de ofrecer el pecho y realizar una ligera presión para que protuya.
- ✓ Intentar aplicar una bomba de extracción por algunos segundos.

- **PEZONES DOLORIDOS Y GRIETAS**

El amamantamiento no duele, aunque a veces puede existir dolor en la zona del pezón, debido a varias causas: un dolor “fisiológico” transitorio, una mala posición del niño al pecho, una retirada incorrecta del niño, el uso de algunas cremas o productos cosméticos que irritan el pezón, la existencia de grietas y la sobreinfección.

El dolor fisiológico transitorio en los primeros días, se debe generalmente a la aplicación de una mayor presión negativa generada en los conductos en los que todavía no hay demasiada leche. Hay que decirle a la madre que este dolor no durará siempre, sugerir que ofrezca el pecho menos dolorido primero, ya que la succión del niño es más vigorosa al principio y usar diferentes posiciones para alternar los puntos de mayor presión.

En los casos de dolor por una mala posición del niño al pecho, si no se corrige, el dolor progresará hasta producir lesiones, desde una pequeña fisura hasta grietas de mayor profundidad. El dolor de las grietas suele comenzar con el inicio de la succión y suele aliviarse después de las primeras succiones del bebé, además el niño puede presentar algún vómito de contenido hemático.

Se deben de examinar los pezones buscando la existencia de grietas, observar una toma para ver la técnica de amamantamiento y la posición, y preguntar a la madre sobre las prácticas de higiene y el uso de cremas en los pechos. Lavar el pezón antes y después de cada toma es una práctica innecesaria que puede favorecer la aparición de grietas. Otras causas menos

frecuentes que pueden provocar grietas son el frenillo lingual y la micrognatia del bebé.

Las estrategias a seguir serán:

- ✓ Asegurar una buena posición y sellado del niño al pecho.
 - ✓ Evitar el uso de chupetes para prevenir el síndrome de confusión tetina-pezón.
 - ✓ Desaconsejar el lavado del pezón en cada toma.
 - ✓ Secar los pezones al aire.
 - ✓ Aconsejar a la madre que, si utiliza protectores para evitar el manchado de la ropa, los cambie con frecuencia para evitar humedad en el pezón.
 - ✓ Si el dolor al amamantar es muy intenso, se puede realizar la extracción de leche materna hasta que cicatrice la grieta.
- **INGURGITACIÓN MAMARIA**

El término ingurgitación se utiliza para definir la distensión de la glándula mamaria. En el postparto inmediato, existe de forma fisiológica, en los 2-4 primeros días, un aumento del flujo sanguíneo y linfático a las mamas que dan lugar a la sensación de tensión y dolor que acompaña a la ingurgitación mamaria, de manera que la ingurgitación mamaria se debe más a dicho aumento de flujo. Es un signo de producción de leche pero no de volumen de leche.

La ingurgitación comienza cuando la leche se acumula en los alvéolos y estos al distenderse, comprimen el tejido circundante. En la ingurgitación participan los dos factores: el aumento de vascularización y la acumulación de leche. La ingurgitación mamaria suele estar correlacionada con: el retraso de las primeras succiones, frecuencia escasa de las tomas, limitación en el tiempo de succión y la suplementación con fórmula adaptada o sueros. Evitar dichas prácticas prevendrá de estas ingurgitaciones.

La ingurgitación puede dar lugar a molestias leves o intensas, dificulta el agarre del niño al pecho y dificulta la salida de la leche, entrando en un círculo vicioso de tal forma que, al no vaciarse el pecho se produce tensión y dolor y una menor producción de leche, el problema puede ir en aumento y producirse una obstrucción de los conductos que desencadene en la producción de una mastitis.

La prevención y tratamiento consistirá en:

- ✓ El mejor método para evitar la ingurgitación y mejorarla es favorecer el amamantamiento precoz y frecuente en una posición correcta.
- ✓ La aplicación de calor local antes de que el niño mame, junto con un masaje suave y circular, producirá una vasodilatación y facilitará la salida de la leche.
- ✓ Si la aréola esta a tensión es necesario extraer algo de leche, para aflojar la zona del pezón y aréola.
- ✓ La aplicación de frío a nivel local tras la toma tiene efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio y produce alivio a muchas mujeres.
- ✓ No hay ningún inconveniente en tomar algún antiinflamatorio y/o analgésico.
- ✓ El uso de antibióticos y la retirada de la lactancia estaría totalmente injustificada.

Ictericia y lactancia materna.

La incidencia de ictericia es mayor en los lactantes amamantados. Existen dos fases de la ictericia relacionada con la lactancia materna:

- Fase temprana de la ictericia: tiene lugar en la primera semana y se trata de la ictericia fisiológica exagerada en los niños incorrectamente alimentados al pecho. Está relacionada con el hambre y con el retraso en la eliminación del primer meconio. Si no existe una buena ingesta, disminuye el tránsito intestinal y aumenta la reabsorción de bilirrubina a través de la circulación enterohepática. A mayor número de tomas durante los 3 primeros días, menor cifra de bilirrubina. Para evitar una ictericia exagerada, es conveniente que se hagan más de 8 tomas al día los 3 primeros días. Cuanto más precoz es la primera toma, antes se elimina el primer meconio.
- Fase tardía de la ictericia: tiene lugar a partir de la segunda semana. Existe un factor no definido en la lactancia materna que desconjuga la bilirrubina intestinal y que, por tanto, favorece la reabsorción de la bilirrubina indirecta. Las recomendaciones actuales desaconsejan interrumpir la lactancia durante 12-24 horas para comprobar si la ictericia es debida a la lactancia materna. Las rutinas hospitalarias de manejo de los lactantes con ictericia fisiológica exagerada obstaculizan el mantenimiento de la lactancia materna. El ingreso para fototerapia conlleva habitualmente separar al bebé de su madre. Es todavía más dañino indicar la suspensión temporal de la lactancia materna.

F. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA.

Extracción de leche materna.

La extracción de la leche materna puede ser necesaria en múltiples ocasiones e imprescindible para la madre que trabaja fuera de casa o para la que tiene a su hijo separado de ella, por diversas causas. La extracción de la leche materna es una técnica que requiere aprendizaje y práctica. La leche materna puede obtenerse mediante extracción manual, con extractores manuales o eléctricos.

Los niños hospitalizados tienen derecho a recibir como alimento la leche de su madre, y es obligación del pediatra facilitar este derecho y esta necesidad, fomentando el contacto estrecho madre-hijo, el amamantamiento siempre que sea posible, la extracción de leche si el lactante no puede ser amamantado, el adiestramiento del personal y de las madres y la correcta administración de la leche extraída.

Nunca debe utilizarse la extracción de leche materna como indicador de la cantidad de leche que la madre produce, ya que la extracción manual o mecánica siempre es menos eficaz que el bebé puesto al pecho y las situaciones de estrés y la inexperiencia pueden resultar en la obtención de pequeñas cantidades que minarán la confianza de la madre y pueden propiciar el destete.

Los recipientes donde se acumulará la leche extraída y las partes del extractor deben limpiarse meticulosamente con agua caliente y jabón, enjuagarse con abundante agua y dejarse secar al aire. No hace falta esterilizarlos.

Es aconsejable que la madre busque un lugar silencioso y privado en donde se sienta cómoda para la extracción y donde tener el equipo recolector limpio y listo para usar.

La estimulación del pezón con suaves movimientos rotatorios antes de la extracción favorece la secreción de oxitocina estimulando así el reflejo de eyección de la leche. Después puede estimular sus pechos realizando masajes de la siguiente forma: oprimir firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), realizando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno. Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, por todo alrededor. Por último, sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

Almacenamiento de la leche materna.

Una vez extraída la leche se almacenará en recipientes limpios, preferiblemente estériles. Es conveniente etiquetar el recipiente con la fecha y la hora en que se extrajo la leche.

La leche materna puede congelarse en recipientes de plástico duro, de cristal o bolsas diseñadas a este efecto.

Puede almacenarse a temperatura ambiente, refrigerada y congelada. El tiempo de almacenamiento varía en función de la temperatura de conservación.

- Calostro: a temperatura ambiente 27-32° C, de 12 a 24 hora.
- Leche madura:
 - A 15° C, 24 horas.
 - A 19-22° C, 10 horas.
 - A 25° C, 4 a 8 horas.
 - Refrigerada entre 0 y 4° C, de 2 a 3 días.
- Leche congelada:
 - En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas.
 - En un congelador que es parte de la nevera pero con puerta separada: 3-4 meses.
 - En un congelador separado, tipo "Combi" con temperatura constante de -19° C: 6 meses.
 - No se debe almacenar la leche materna en la puerta del congelador, ya que es menos estable la temperatura.

Para descongelar y calentar la leche materna tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- Sacar la leche del congelador la noche anterior y dejar en la nevera. Esta leche puede ser administrada en las 24 horas siguientes, lo que sobre deberá desecharse.
- También se puede descongelar bajo el chorro de agua caliente del grifo o dejando unos minutos dentro de otro recipiente con agua caliente.
- No se debe hervir ni calentar en el microondas para evitar la desnaturalización de ciertas vitaminas y proteínas.
- Una vez descongelado, agitar el recipiente suavemente para mezclar la leche. La leche almacenada se sedimenta en capas de diferentes colores, este aspecto es normal.

- Una vez descongelada, se puede calentar al baño María o directamente bajo el agua del grifo. Una vez descongelada, puede mantenerse durante otras 24 horas refrigerada, siempre que no haya sido calentada ni haya estado en contacto con la saliva del bebé. Pasado este tiempo debe desecharse. Una vez calentada, la que no se administre al bebé inmediatamente, debe ser desechada.

G. CONSEJOS AL ALTA HOSPITALARIA.

Aconsejar a la madre sobre cómo continuar la lactancia materna y como controlar que funciona correctamente y, sobre todo, detectar aquellos casos en los que existen dificultades con la lactancia para programar un seguimiento específico.

Si en el momento del alta no se han detectado problemas con la lactancia y existen signos en la madre o en el bebé de inicio de subida de la leche, los consejos al alta deben comprender la forma de continuar con la lactancia y la manera de controlar la ingesta. Es conveniente que esta información al alta la escuchen también los padres e incluso las abuelas, ya que de esta forma podemos prevenir que existan luego diferencias de criterios entre ellos que compliquen la situación de la madre.

Esta información debe comprender:

- Información sobre el seguimiento de la lactancia materna:
 - Insistir en horario a demanda, pero asegurar 8-10 tomas al día, despertando al bebé si es necesario.
 - No dar otro tipo de alimentos o líquidos.
 - Dar uno o dos pechos según necesite el bebé.
 - Insistir en la importancia del vaciado completo del pecho periódicamente.
 - Consejos básicos de cuidado del pecho y alimentación de la madre.
- Control del bebé:
 - Controlar la ingesta observando su comportamiento con las tomas y, sobre todo, el patrón de micciones y deposiciones (a partir del 4º o 5º día debe efectuar 3 o 4 micciones y deposiciones al día, siendo estas últimas de color amarillo claro o verde claro).
 - No controlar el peso diariamente (al cabo de 7-10 días) ni efectuar doble pesada.
 - Acudir pronto al pediatra, antes de la semana de vida.

Vigilar los siguientes signos de riesgo al alta ya que exigirán un control especial:

- Fracaso de lactancia anterior.
- Alteraciones en los pezones con dificultades para lograr un buen agarre del bebé.
- Ingurgitación mamaria importante.
- Grietas o dolor intenso en los pezones.
- Ausencia de signos de subida de leche al alta (si es al tercer o cuarto día).
- Madre sin experiencia anterior de lactancia.

- Bebé de bajo peso o de edad gestacional límite.
- Bebé con dificultades para coger el pecho.
- Bebé poco interesado por coger el pecho, que hay que despertar siempre o, al contrario, muy irritable.
- Pérdida de peso del 10% o más.

El alta precoz de maternidad, con las ventajas que pueda tener, exige una supervisión especial de la lactancia materna fuera del hospital, con un buen programa de apoyo a domicilio después del alta.

H. PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS MATERNIDADES. SUGERENCIAS PARA APOYAR LA LACTANCIA MATERNA.

La sintonía entre todo personal sanitario que atiende al binomio madre-recién nacido en las maternidades (ginecólogo, pediatra, anestesista, matrona y enfermería), y la uniformidad de los mensajes dados a los padres, como expresión de un proyecto compartido de apoyo a la madre que ha decidido lactar, son dos condiciones irrenunciables para conseguir que los padres comprendan y acepten nuestras recomendaciones.

Las acciones más importantes a realizar en las plantas de maternidad tendrán como objetivo reforzar la elección de lactar, y capacitar a la madre para ser autónoma y poder resolver los pequeños problemas que la lactancia le va a plantear tras el alta del hospital.

Todos los esfuerzos dedicados a la información y adiestramiento de la pareja, y los encaminados a generar en la madre confianza en su capacidad para amamantar, son básicos. El posicionamiento claro de la institución y de todos los profesionales que les atienden a favor de la alimentación al pecho, y su total disposición para ayudarles a resolver cuantas dificultades se planteen, es también fundamental para lograr la tranquilidad y el compromiso de los padres con la alimentación natural.

La enfermería de las plantas de maternidad, responsable de la atención sanitaria de la madre y el niño, tiene además la máxima responsabilidad y la oportunidad de ayudar, animar e instruir a la madre sobre las técnicas de la lactancia.

VII. SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA

A. CUIDADOS Y PROBLEMAS DE LA MADRE.

Alimentación.

- Ingesta de líquidos y regulación del volumen de leche producida.

El principal regulador del volumen de leche que produce una mujer es la succión del bebé.

La cantidad de líquidos ingeridos no influye en el volumen de leche.

- Dieta materna y composición de la leche.

La leche es un producto “vivo”: cambia su composición adecuándose a la edad del bebé. Es muy diferente el calostro de la leche “madura” y de la leche que produce la madre de un prematuro. Por otra parte, la composición de la leche materna se ve regulada también por la succión: la mayor cantidad de grasa se excreta al final de la toma, cuando han transcurrido varios minutos de succión.

Salvo en unas pocas excepciones, la composición de la leche materna guarda escasa correlación con la dieta de la madre.

- Relación entre el estado nutritivo de la madre y el crecimiento del bebé.

La cantidad de leche que toma el bebé depende de la eficacia de la succión y no de que es lo que come su madre. El bebé engordará aunque sea a costa de menguar aún más las reservas de su madre. Tampoco depende de que la madre sea delgada o gruesa, ni de que tenga los pechos grandes o pequeños.

- Relación entre la dieta materna y el comportamiento del bebé.

Forma parte de los mitos de la lactancia que determinados alimentos pueden hacer desagradable el sabor de la leche materna. Si la madre observa cambios o desagrado en su bebé cuando toma determinados alimentos, debe evitarlo y observar si ocurre de nuevo tras la exposición.

Lo que sí está demostrado es que los estimulantes (como drogas y productos químicos) pasan a la leche y su efecto sobre el lábil sistema nervioso del bebé es más perturbador que en el adulto. De modo que tras la ingesta de cafeína, es de esperar un período de 8 horas de inquietud en el bebé o incluso más tiempo, porque tiende a acumularse. El efecto de la cafeína es potenciado por el tabaco.

También el alcohol pasa a la leche y puede producir efectos en el lactante, si bien hay relación dosis-efecto, de modo que el consumo moderado (una cerveza o una copa de vino ocasional) no parece tener consecuencias.

- La leche y sus derivados durante la lactancia.

Es adecuado tomar estos productos en cantidades moderadas en una dieta normal y sana, pero no es necesario abusar de ellos.

- Dietas de adelgazamiento en mujeres que dan el pecho.

Los únicos límites para la dieta de adelgazamiento cuando se amamanta son muy simples: la dieta debe ser variada, asegurando un mínimo de 1800 Kcal/día (puesto que 800 de ellas se van a transferir al lactante) y debe haber un aporte adecuado de líquidos.

No se debe iniciar la dieta durante el primer mes posparto, porque puede afectar al establecimiento de la lactancia.

- Aspectos prácticos de la alimentación.

Durante la lactancia se debe recomendar una alimentación variada, equilibrada y nutritiva, acorde con las costumbres locales y el apetito de la mujer.

Conviene resaltar los beneficios de las frutas y verduras frescas, ricas en vitaminas hidrosolubles y minerales. Este grupo se puede consumir sin restricciones.

Las legumbres, patatas, féculas, arroz y harinas pueden ser consumidas a diario, con pocas limitaciones.

Los alimentos proteicos: pescados, carnes rojas y huevos, moderadamente.

Las grasas animales en poca cantidad, preferible sustituirla por grasas vegetales.

Consumo de alcohol moderado y sólo de forma ocasional, no diaria.

Dulces, golosinas, productos de confitería: ocasionalmente.

Los frutos secos pueden ser un excelente complemento de minerales y calorías.

Ingerir líquidos según la propia apetencia. Preferible agua o zumos naturales.

Suplementos necesarios en todos los casos: yodo 200-300 µg/día (desde el comienzo del embarazo y durante la lactancia).

Otras recomendaciones en casos especiales:

- Madre obesa que desea adelgazar:
 - ✓ Dieta 1800 Kcal, variada.
 - ✓ No restringir líquidos.
 - ✓ No durante el primer mes.
- Madre con gastroenteritis o diarrea aguda:
 - ✓ Rehidratación + reposo + realimentación precoz.
- Madre con desnutrición crónica:
 - ✓ Suplementos de alto contenido proteico.
 - ✓ Frutas y verduras frescas.
 - ✓ Suplemento de hierro, zinc y vitamina C.
- Madre que habitualmente no toma leche pero sí lácteos fermentados (deficiencia de lactasa intestinal):
 - ✓ Dieta normal.
 - ✓ Lácteos fermentados (2 o 3 al día).
- Madre con intolerancia a la lactosa (no toma leche ni derivados sean o no fermentados):
 - ✓ Dieta normal sin lácteos.
 - ✓ Alimentos ricos en calcio: boquerones, sardinas, pescado, frutos secos, legumbres, carne, etc.
- Madre con anemia ferropénica:
 - ✓ Dieta rica en hierro y vitamina C.
 - ✓ Sólo serán necesarios los suplementos durante 1-2 meses pues luego se compensa con la amenorrea.
- Madre de piel oscura, en zona o época de poca insolación, que además toma dieta pobre en lácteos y cereales enriquecidos con vitamina D:
 - ✓ Suplemento diario de vitamina D3.
- Madre vegetariana estricta:
 - ✓ Suplementos de vitaminas grupo B y calcio.
- Madre lacto-ovo-vegetariana:
 - ✓ Suplemento de vitaminas grupo B.
- Madre adolescente:
 - ✓ Alimentos con alto contenido en calcio.
 - ✓ Suplementos de vitamina D3, hierro.

Cuidados de los pezones y el pecho. Persistencia de las grietas.

- Cuidado de los pezones y el pecho.

La lactancia es un período fisiológico. Los pezones no necesitan ningún cuidado especial ni durante el embarazo ni después del parto.

La mejor manera de cuidar los pezones es una posición correcta del bebé al mamar. La aplicación de productos artificiales (jabones, pomadas, cremas varias) o las excesivas manipulaciones pueden predisponer a la aparición de grietas.

- Persistencia de las grietas.

Las grietas son junto con la sensación de insuficiente producción de leche, una de las principales causas de abandono de la lactancia en las primeras semanas.

La principal causa de aparición de grietas en el pezón es la mala posición del bebé al mamar. Cuando el bebé no está bien puesto al pecho y al mamar sólo coge el pezón, éste es traumatizado por las encías, causando dolor y favoreciendo la aparición de grietas.

También se producen por lavado frecuente o aplicación de pomadas en el pezón, provocando la desaparición de la secreción de las glándulas de Montgomery, perdiendo su efecto protector sobre la piel y el efecto antiinfeccioso que la secreción de estas glándulas tiene. Las grietas pueden sangrar y el bebé deglutir la sangre con la toma, por lo que no se debe alarmar si posteriormente vomita un poco de sangre.

No obstante, las grietas también aparecen en mujeres que han seguido recomendaciones adecuadas y que emplean una buena técnica.

En raras ocasiones, se deben a alguna anomalía anatómica: un frenillo lingual corto que no permite colocar la lengua sobre las encías, o un frenillo labial que no permite la eversión del labio inferior o del superior.

Las grietas suelen aparecer durante los primeros días de lactancia, es raro que, tras unas semanas o meses de lactancia sin problema, aparezcan las grietas.

Típicamente, el dolor producido por las grietas es máximo al inicio de la toma, disminuyendo posteriormente, hasta desaparecer casi por completo cuando el bebé suelta el pecho.

En cuanto al tratamiento de las grietas, no hay acuerdo de cómo deben ser tratadas. No es necesario aplicar ningún tipo de pomada pues no se ha demostrado la utilidad de ninguna. La limpieza de la saliva tras la toma con un paño suave y seco y la aplicación sobre la grieta de la leche exprimida del mismo pecho, que se deja secar al aire durante unos minutos, es una medida útil.

Si las grietas se sobreinfectan, necesitarán tratamiento tópico con antibióticos o antifúngicos.

- Estrategias para mejorar las grietas.
- ✓ Adiestramiento de las madres para amamantar con una posición correcta.
- ✓ Desaconsejar el uso de cremas o remedios caseros.
- ✓ La observación de una toma permite identificar posiciones incorrectas y mejorar la técnica de lactancia.
- ✓ Sugerir a la mujer que si siente dolor, cambie la postura de amamantar y trate de buscar un lugar cómodo si es posible.
- ✓ Iniciar la toma por la mama menos afectada y tras la toma, dejar secar al aire unas gotas de leche en el pezón.
- ✓ No se recomienda el uso de pezoneras, salvo casos muy concretos.

- ✓ Se puede intentar realizar alguna toma con extracción manual o mecánica y administrar con jeringa, vaso o cuchara para descansar las mamas.

Retención y mastitis.

□ Retención de leche.

Son aquellas situaciones en la que hay un acumulo de leche, sin componente inflamatorio. Puede ser generalizada, afectando a uno o ambos pechos, o localizada en un lóbulo, generalmente de una sola mama. Se debe diferenciar de la sensación de plenitud y tensión en las mamas que se produce en los primeros días del posparto y que no obedece a acumulo de leche, sino al aumento del flujo sanguíneo y un cierto grado de edema intersticial.

Es debido a un vaciamiento incorrecto de la mama, por saltarse tomas, posición incorrecta del niño al pecho, limitar la frecuencia y duración de las tomas, etc.

El tratamiento consiste en el vaciamiento eficaz de la mama, aumentando la frecuencia de las tomas y corrigiendo los posibles errores en la técnica de lactancia.

□ Ingurgitación.

La retención de leche que se prolonga durante varios días, origina un aumento de la presión en los conductos lácteos y en los alvéolos, con dificultad para el drenaje venoso y linfático, que se manifiesta por hinchazón y edema de la mama. Al distenderse la aréola se borra el pezón, lo que dificulta que el niño se agarre bien al pecho y produce dolor y grietas, entrándose en un círculo vicioso que puede llevar a la mastitis.

Se manifiesta por tensión, dolor, enrojecimiento y calor en las mamas. El pezón suele estar aplanado. No hay fiebre ni sintomatología general.

El tratamiento consiste en:

- Aplicar calor local antes de las tomas, para producir vasodilatación y facilitar que fluya la leche.
 - Realizar un masaje suave y circular, con las puntas de los dedos, desde la periferia hacia la aréola.
 - Antes de poner al niño al pecho, extraer un poco de leche, de forma manual o con sacaleches, para disminuir la tensión de la aréola, de forma que quede blanda y facilitar el agarre.
 - Comprobar que la posición del niño sea correcta.
 - Aumentar la frecuencia de las tomas y si es necesario, completar el vaciado manual o mecánico, para de esta manera vaciar bien el pecho.
 - Aplicación de frío local entre las tomas, por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio.
 - Se recomendará a la madre que utilice las 24 horas del día un sujetador de lactancia bien ajustado, pero elástico y que tome analgésicos (paracetamol o ibuprofeno) si lo precisa.
 - No usar sujetador por la noche si es posible.
- #### □ Obstrucción de un conducto lácteo.

Se presenta por el vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario. Los principales factores predisponentes son: una mala técnica de lactancia y la

utilización de ropas apretadas, especialmente sujetadores de talla o modelo inadecuado, que producen una compresión excesiva. En raros casos puede obedecer a una malformación u otras lesiones de la mama (quistes, tumores), que favorecen la estenosis y la obstrucción del conducto.

Se manifiesta por un bulto doloroso en la mama que se acompaña a menudo de enrojecimiento de la piel de esa zona. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales.

Si la situación no se resuelve se puede formar un galactocele (quiste de leche) que requiere extracción quirúrgica. La ecografía permite confirmar el diagnóstico.

El tratamiento consiste en:

- Aumentar la frecuencia de las tomas, aplicando calor local antes de las mismas.
- Si hay dolor, ofrecer primero el lado sano para que se ponga en marcha el reflejo de eyección y después el lactante pueda extraer la leche de la mama afecta sin dificultad.
- Durante la toma realizar un masaje suave de la zona afecta, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón, para garantizar un drenaje completo.
- Si el niño no vacía bien el pecho utilizar un sacaleches para terminar de extraer la leche del conducto obstruido.
- Se recomendará a la madre que no utilice sujetador por la noche, y si no fuese posible, utilizar un sujetador adecuado, que no comprima.

□ Mastitis.

Consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección. La mayoría de los casos se presentan en las primeras 12 semanas, aunque puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia.

La mastitis no infecciosa se presenta como consecuencia de una retención de leche no resuelta, por la apertura de los espacios intercelulares entre las células de los alvéolos mamarios, que normalmente permanecen cerrados.

Si no se resuelve el cuadro puede evolucionar a una mastitis infecciosa, ya que la retención de leche favorece el crecimiento bacteriano.

El germen que con mayor frecuencia causa la mastitis infecciosa es el *Staphylococcus aureus* productor de beta-lactamasas. Otros agentes causales son el *E. Coli*, *Streptococcus* y *Haemophilus*.

Los cuadros de ingurgitación y de obstrucción de un conducto lácteo, no tratados o con tratamiento inadecuado, así como las grietas en el pezón son los principales factores predisponentes a la mastitis.

Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama. Se acompaña de síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.

La mastitis se diferencia de la ingurgitación en que la afectación generalmente es unilateral, el dolor y los signos inflamatorios son más intensos, están localizados en una zona de la mama y se acompaña de fiebre y malestar general.

La prevención se basará en el vaciamiento correcto de la mama para prevenir la retención de leche, no usar ropas que compriman el pecho, si existe una

obstrucción de un conducto tratarla precozmente y corregir la postura de amamantamiento. Nuevamente recomendar no usar sujetador por la noche.

El tratamiento consiste en.

- Se debe iniciar precozmente, en las primeras 24 horas, para reducir el riesgo de complicaciones. No está indicado suspender la lactancia materna.
- Debemos observar una toma para descartar problemas en la posición del niño que dificulte el adecuado vaciamiento de la mama.
- Ofrecer primero el pecho sano, para poner en marcha el reflejo de eyección y así resulte más fácil después sacar la leche del pecho afecto.
- Seguir los consejos señalados en la ingurgitación para vaciar el pecho y reducir el dolor.
- Si en 12-24 horas no mejora el cuadro con las medidas anteriores, o los síntomas son graves, se administrará antibióticos (dicloxacilina, amoxicilina-clavulánico, eritromicina o una cefalosporina). La duración del tratamiento será de 10-14 días, para evitar recidivas.

Debemos hacer hincapié a la madre en que la leche del pecho afectado no tendrá ningún efecto perjudicial en el niño.

Las complicaciones de la mastitis son el absceso mamario y la mastitis recurrente.

- Absceso mamario: Se presenta en el 5-11% de las mastitis. El dolor suele ser mayor que en la mastitis y se palpa una masa fluctuante que corresponde a la colección de pus encapsulada.
- Mastitis recurrente: debidas al tratamiento inadecuado de una mastitis o la persistencia de errores en la técnica de lactancia. También puede guardar relación con infecciones del pezón por *Cándida Albicans*, más frecuente en madre diabéticas y en las mujeres con candidiasis vaginales (el lactante puede haberse contaminado durante el parto e inocular los hongos en el pecho al mamar).

Ejercicio físico.

El ejercicio físico moderado, practicado de forma regular no tiene efectos adversos en la lactancia.

En el posparto inmediato todas las madres deben practicar ejercicios dirigidos a fortalecer el suelo pélvico y reducir el riesgo de incontinencia urinaria en edades posteriores de la vida.

En el puerperio inmediato no se aconseja la natación por el riesgo de endometritis. Tampoco se recomiendan los deportes en los que exista riesgo de traumatismo en la mama.

El ejercicio físico moderado durante la lactancia no afecta la cantidad ni la composición de la leche materna, ni tiene ningún efecto negativo sobre el crecimiento del niño.

El ejercicio físico intenso produce una elevación de los niveles de ácido láctico y podría cambiar el sabor de la leche.

Las madres que deseen perder peso pueden combinar la práctica de ejercicio físico con una restricción calórica moderada, sin que ello tenga efectos negativos sobre la lactancia.

Anticoncepción en la madre lactante.

Métodos naturales.

El método MELA o de la amenorrea de la lactancia tiene una eficacia comprobada (tasa de fallos similar al de cualquier otro método anticonceptivo) siempre que se cumplan tres condiciones:

- El bebé tiene menos de 6 meses de edad.
- La madre esta amenorreica.
- El patrón de lactancia es exclusivo y con tomas frecuentes, una de ellas, a medianoche.

Hay que explicar a la mujer que, en caso de que alguna de las tres condiciones citadas deje de cumplirse debe utilizar otro método alternativo.

Este método tiene una tasa de fallos a los 6 meses de 0,7-0,89 embarazos por 100 mujeres, aumentando a 2,9% si no se cumplen los tres criterios. La eficacia del método más allá de los 6 meses puede seguir siendo alta (5,9% de embarazos a los 12 meses), pero la dificultad estriba en que es totalmente imprevisible el momento en que cada mujer vuelve a tener ovulaciones.

Método sintotérmico (calendario + temperatura basal + moco vaginal).

Las mujeres que tengan experiencia previa con este método, pueden utilizarlo cuando se restablezca el ciclo menstrual.

Métodos de barrera.

No tienen ninguna contraindicación durante la lactancia materna. La pareja podrá utilizar los preservativos de látex, preservativos de poliuretano, diafragmas y espermicidas.

Dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes intrauterinos (IIU).

Son compatibles con la lactancia materna.

Anticoncepción hormonal.

No se recomienda la píldora clásica (estrógenos + progestágenos), ya que los estrógenos inhiben la lactancia materna. En la actualidad son preferibles los nuevos preparados que contienen sólo progestágenos (desogestrel). La mujer debe saber que esta hormona puede producir un patrón de sangrado irregular, o incluso amenorrea.

También son compatibles los implantes subcutáneos de progestágenos.

Los anillos vaginales y la inyección mensual contienen estrógenos y progestágenos y, por tanto, no se deben recomendar en mujeres lactantes.

Anticoncepción de emergencia.

Puede utilizar el método a base de progestágenos solos (0,75 mg de levonorgestrel, 1 comp/12 h durante 1 día).

B. CUIDADOS Y PROBLEMAS DEL LACTANTE.

Frecuencia y duración de las tomas.

El bebé desarrolla básicamente dos tipos de succión: una nutritiva, mediante la cual logra obtener la leche que necesita; y otra, no nutritiva, cuyo objetivo es consolarse y profundizar los lazos afectivos con la madre.

En las 2 horas que siguen al parto, el bebé se muestra activo con reflejas vivas de búsqueda y succión, a lo que sigue un período de latencia variable de unas 8 horas, durante el cual el bebé pasa a un estado de somnolencia y falta de interés por el alimento. En los siguientes 2-3 días se produce retorno progresivo a una succión más activa y mayor demanda de alimento.

Durante este primer período, la madre debe aprender a reconocer los signos precoces de hambre, como son el gorgoteo, movimientos de pies y manos, chupeteo y búsqueda, antes que el bebé inicie el llanto, por ser éste un signo tardío de hambre. Podemos así observar frecuencias de 8-12 tomas por día en las primeras 6 semanas de vida.

En cuanto a la duración de la toma, se observa igualmente gran variabilidad de un niño a otro. Es posible que vaya de acuerdo con rasgos de personalidad de cada sujeto. Se recomienda que las tomas duren el tiempo suficiente hasta que el niño suelte espontáneamente el pecho, con signos de saciedad que se manifiesta por puños abiertos, somnolencia, calma y desinterés por el pecho después de una toma efectiva. Si desea continuar, se le puede ofrecer el otro pecho. Si hubiera tomado un pecho por poco tiempo, conviene ofrecer el mismo en la siguiente toma. Lo antes posible.

Son comunes las llamadas “crisis de crecimiento y/o lactancia”, períodos de succión muy frecuentes que recuerdan por su intensidad las primeras semanas de vida, en el que la madre tiene la sensación de no producir leche. Esto suele ocurrir después de las primeras 6 semanas, duran de dos a tres días, con repeticiones cada 4 a 8 semanas y pueden continuar hasta el año de vida.

El lactante que no come.

Son frecuentes las consultas maternas por la percepción de desganancia del bebé y menor frecuencia de succión que la esperada. Ante un recién nacido a término y sano que mostrara ese comportamiento, deberíamos considerar:

- Error de cálculo de la edad gestacional. Recién nacido cuya edad es menor a la calculada por la ecografía, estando más somnolientos, con succión débil y signos precoces de fatiga.
- Sufrimiento fetal que puede dar lugar a dificultades en el momento de iniciar la succión.
- Falta de apego inmediato. La falta de contacto piel con piel entre la madre y el niño, junto al no inicio precoz de la succión en los primeros minutos después del parto, puede tener efecto negativo sobre el comportamiento del bebé para el amamantamiento.
- Suplementos con biberón. Ofrecer suero glucosado al recién nacido, puede desencadenar rechazo del seno materno en los días subsiguientes al parto.
- Mala técnica. Puede hacer que el bebé sea incapaz de extraer una sola gota de leche. La sensación de dolor en el pecho puede ser un signo de posición incorrecta.
- Succión dolorosa. Secundarias a aspiración enérgica e introducción de instrumentos como el laringoscopio que puedan producir lesiones en las estructuras de la orofaringe.

Fuera del período neonatal, podemos encontrarnos ante un lactante que habiendo estado succionando satisfactoriamente durante cierto tiempo, y sin haber llegado al período de destete, comienza de pronto a dar signos de rechazo del pecho materno. Existen varias causas atribuidas a esta situación:

- Dolor bucal por dentición, infección (estomatitis, candidiasis).
- Reacción del niño ante manifestaciones de dolor de la madre (p. Ej., cuando le muerde).
- Otitis media que le produzca dolor al succionar.
- Dificultad para respirar. A veces puede tratarse de un resfriado.
- Uso frecuente de biberones o chupetes que le ocasionen un síndrome de confusión de pezón por un lado, y disminución de la producción de leche por el otro.
- Distracciones y ruidos frecuentes.
- Dejarle llorar de forma repetida y por tiempo prolongado, cuando el niño lo que desea es atención y mamar. Esto puede desencadenar una reacción paradójica de rechazo.
- Trastorno importante en la rutina del bebé, como cambio de domicilio, vuelta al trabajo de la madre, problemas familiares que afecten afectivamente a la madre, aparición de nuevas personas para el cuidado del bebé.
- Separaciones prolongadas madre-hijo por viajes etc.
- Otras causas menos comunes: intolerancia o alergia a alimentos que toma la madre, como puede ser consumo abundante de lácteos, otros que cambien el sabor de la leche como ciertas vitaminas, o perfumes y cremas aplicadas en el pecho.

Para ayudar a la madre ante estas situaciones de rechazo del pecho del bebé, lo primero que hay que hacer es indicarles que estas situaciones normalmente suelen ser transitorias, y suelen duran de 3-5 días. Mientras tanto es necesario que la madre saque su leche manualmente o con bomba, para mantener la producción y para evitar la ingurgitación, obstrucción y posterior mastitis.

A continuación daremos algunos trucos que pueden ser útiles:

- Conviene ofrecer el pecho mientras el niño duerme.
- Se debe intentar la utilización de diferentes posiciones para amamantar.
- Ofrecer el pecho mientras la madre está en movimiento, ya sea en una mecedora, o bien, mientras da un paseo.
- Buscar un lugar tranquilo, libre de ruidos e interrupciones. Es conveniente evitar dar el pecho frente al televisor, ya que la luz intermitente y el ruido pueden perturbar la capacidad de succión de algunos niños.

Hipogalactia. El lactante que no queda satisfecho.

Este es un término con frecuencia mal comprendido, aplicado al bebé que parece no quedar satisfecho. En la mayoría de los casos tal percepción es errónea siendo sin embargo motivo frecuente e injustificado de ayudas con leches artificiales.

- Diagnóstico de hipogalactia.

Cuatro criterios consideraremos para decidir si existe verdadera hipogalactia:

- Falta de percepción por la madre de subida de leche en el puerperio inmediato.
- El bebé no recupera su peso de nacimiento a los 10-14 días o pierde más del 7-10% de peso o aumenta menos de 20 g diarios en las primeras 6 semanas.
- El bebé moja menos de 4 pañales diarios.
- Heces escasas, oscuras o verdosas.

Después de la sexta semana, sólo el aumento de peso y más de 4 pañales mojados al día son datos fiables para valorar la ingesta de leche.

Otros criterios como llanto del niño, irritabilidad, demanda frecuente, son criterios poco fiables aunque frecuentemente referidos por las madres.

□ Causas de hipogalactia.

Una escasa producción de leche puede estar motivada por factores somáticos y psicológicos. También se pueden clasificar las causas de hipogalactia en 3 niveles: Preglandular, glandular y Post-glandular.

Las causas más frecuentes son:

- Madre con desinterés, estrés, fatiga. Efecto de drogas en la madre como alcohol y opiáceos.
- Separación madre-hijo, con inicio tardío de la succión, horario rígido o poco frecuente.
- Poca extracción de leche por mala técnica, succión disfuncional, extracción débil e inefectiva.

□ Cómo ayudar a la madre.

Para ayudar a una madre debemos en primer lugar asegurarnos si existe realmente hipogalactia y, en segundo lugar, si la madre desea amamantar.

Hay que explicarles bien el concepto de lactancia a demanda, pues muchas madres piensan que el bebé debe pedir cada 3 horas y hacer pausas largas por la noche.

Hay que ayudarles a reconocer los signos precoces de hambre y mostrarles los signos fiables de ingesta adecuada de leche. Además es importante recalcar el efecto de consuelo que tienen las succiones no nutritivas como parte del comportamiento normal del bebé amamantado.

Aconsejar a la madre que descanse mientras lo hace su hijo, para de esta forma evitar el estrés materno. Por supuesto debemos garantizar la ingesta adecuada de leche al lactante y estimular la producción láctea de la madre.

Dificultad para regular el horario diurno y nocturno. El sueño del lactante.

El sistema nervioso de los bebés es inmaduro, y su desarrollo se produce de forma lenta a lo largo de sus primeros meses de vida, durante los que van logrando el control de las diversas habilidades y funciones, siguiendo una cronología individual.

Además, el bebé humano nace dotado de una capacidad propia para reaccionar y relacionarse. Es lo que se llama *temperamento*.

La dificultad estriba en cómo orientar a los padres cuyos bebés muestran temperamentos “difíciles”. Cuando un bebé de temperamento impredecible y excitable, tiene unos padres transigentes, adaptables y comprensivos, no suele

haber dificultades. El reto lo plantean los bebés “difíciles” cuya familia no comprende su comportamiento, o tiene ideas preconcebidas más rígidas o métodos de crianza inconsistentes. Estos padres necesitan que les proporcionemos contención para sus emociones, sentimientos y frustraciones, información clara y un marco estructurado de actuación.

□ El sueño del bebé normal.

Conviene conocer cuáles son los patrones normales de sueño de los bebés, así como el calendario madurativo más habitual.

A los 6 meses de edad:

- Solo 16% de los bebés duermen toda la noche (o sea, entre las 0 h y las 6.00 h).
- 50% de ellos se despiertan ocasionalmente por la noche.
- 9% se despiertan casi todas las noches.
- 5% se despiertan todas las noches.
- 16% no tienen un patrón regular de sueño.

Conviene también conocer que:

- Los despertares nocturnos son un fenómeno frecuente, al menos hasta el final del primer año de vida.
- El ritmo circadiano no está bien establecido hasta los 4 meses de vida.
- A los 4 meses duermen hasta 6 horas seguidas sólo el 50% de los bebés, pero que a los 9 meses ya lo han logrado el 96% de los bebés.
- A cualquier edad, sólo el 2% de los bebés amamantados duermen “de un tirón”.

Todo esto nos indica que existe un patrón madurativo que no es igual en todos los bebés.

□ El sueño del bebé y la lactancia materna.

Daremos una serie de consejos que se pueden dar a los padres acerca del sueño del bebé amamantado y los despertares nocturnos:

- Es normal que los bebés tomen el pecho varias veces por la noche (entre 1 y 5 veces).
- Después de mamar, el niño volverá a dormirse rápidamente, y la madre también.
- Sólo los padres deben decidir hasta cuando desean tener al bebé en la misma habitación.
- El bebé debe aprender por sí solo a conciliar el sueño. Intenten no hacer nada “extra” aparte de darle el pecho. No le cambien de pañales a menos que esté demasiado sucio o dé muestras de incomodidad.
- Algunos bebés aprenden antes que otros a dormirse solos. La mayoría no necesitan ayuda de ninguna clase.
- A los 4 meses sólo el 50% de los bebés duermen 6 horas de un tirón. A los 9 meses, lo logran ya el 96%.
- Algunos bebés no son capaces de relajarse. Es más, la mayoría de las intervenciones que hacen sus padres (meceros, acunarlos, darles palmaditas, etc.) parecen empeorar la situación, les excitan aún más.

- Si el temperamento de su hijo es un poco “difícil”, observe su comportamiento. No siempre es fácil descubrir la mejor manera de ayudarlo a relajarse. Tampoco lo es para los especialistas.

Los cólicos y el llanto.

Hoy en día se considera que el origen de los cólicos no se encuentra en el aparato digestivo, sino que es más probable que esté en el sistema nervioso del bebé y en su entorno.

Actualmente, las investigaciones en curso ponen en evidencia que el llanto excesivo tiene su origen tanto en las características del bebé como en el impacto del llanto sobre los padres y su reacción al mismo.

El papel que juega la lactancia materna en el llanto del bebé es muy importante. Por un lado constituye un factor protector frente al cólico; lloran menos los bebés amamantados a demanda (se calman antes por dos motivos: el aumento del número de tomas al día y del tiempo que son tenidos en brazos). Pero, por otra parte, la inseguridad por el origen del llanto resulta ser el principal motivo para la suplementación o el destete.

Es conveniente orientar a todas las familias que tienen un bebé acerca del modo más sensible y eficaz de abordar el llanto. Esto constituye una actuación preventiva. Aunque en muchos casos se requieran más intervenciones a demanda de los padres, las ideas principales a transmitirles son las siguientes:

- Cuando un bebé llora no es por capricho: quiere decir algo. Es conveniente tomarlo en brazos cuanto antes para intentar comprenderle mejor.
- Responder cuanto antes al llanto del bebé contribuye a que éste pueda cesar antes. Muchos bebés no son capaces por su temperamento de calmarse por sí solos.
- Las necesidades del bebé incluyen el hambre, la sed y otras molestias físicas. Pero también el cansancio, la inseguridad o la necesidad de contacto.
- Tener el bebé en brazos no es en modo alguno una forma de malcriarle ni hacerle consentido. Por el contrario es favorecer que el bebé confíe en los padres, se relaje y pueda aprender nuevas formas de comunicarse.
- Si parece que el bebé tiene hambre, conviene ofrecerle el pecho, sin importar cuanto tiempo hace de la última toma. Dar el pecho a demanda no conduce a obesidad ni sobrealimentación, no produce gases ni malas digestiones. Tampoco dañará los pezones siempre y cuando el bebé esté bien cogido al pecho.
- A veces el bebé desea succionar aunque no tenga hambre.
- Si parece que el motivo del llanto no es el hambre ni la necesidad de succión, conviene sostener al bebé en brazos, procurando estar en lugar tranquilo, y no cambiar a menudo al niño de postura.
- Muchos bebés se relajan si son llevados sujetos al cuerpo de un adulto (mochila porta-bebés). Esto no causa daños a los bebés y permite a la madre mayor libertad de movimientos.
- Algunas prácticas tradicionales para calmar a los bebés pueden ser ineficaces o perjudiciales. Se deben evitar las infusiones y medicamentos.

Tampoco se debe sacudir, palmear o agitar al bebé. Si el llanto del bebé resulta insoportable para el padre o madre, conviene que pidan ayuda hasta que ellos mismos estén más relajados.

Suplementos vitamínicos y minerales.

En general, el contenido en macro y micronutrientes de la leche humana cubre de forma adecuada las necesidades del lactante durante los primeros 6 meses de vida. La necesidad de administrar suplementos, prácticamente queda limitada al yodo, durante el embarazo y la lactancia, la vitamina K en el período neonatal inmediato y la vitamina D en algunas circunstancias como, niños con piel oscura o inadecuada exposición a la luz solar y los lactantes prematuros. La dosis diaria recomendada es de 200-400 UI en estos grupos seleccionados de lactantes.

En cuanto al hierro, se deben suplementar con hierro sólo a los niños prematuros y a los que por cualquier otro motivo puedan tener los depósitos de hierro depleccionados. Los lactantes prematuros deben recibir suplementos de hierro a razón de 2 mg/kg/día de hierro elemental, a partir de los 2 meses de edad corregida.

Únicamente se debe administrar suplementos de flúor a los lactantes mayores de 6 meses de edad, cuando el contenido en flúor del agua de consumo habitual sea inferior a 0,3 mg/l.

Enfermedades comunes en el lactante amamantado. La hospitalización.

Las enfermedades infecciosas, en especial gastroenteritis e infecciones respiratorias, son menos frecuentes en lactantes amamantados, tanto en sociedades pobres como ricas.

Ninguna enfermedad infecciosa de un niño contraindica el ser amamantado, bien al contrario, la lactancia suele disminuir la gravedad y acortar su duración.

Los lactantes hospitalizados tienen derecho a permanecer con sus madres y, siempre que se les pueda alimentar, ser amamantados si así lo hacían previamente al ingreso.

En caso de intervención quirúrgica, la mejor digestibilidad de la leche materna obliga a períodos de ayuno pre y postanestesia más cortos, podrá mamar hasta 2 a 3 horas antes de la anestesia, y en general podrá volver a mamar en cuanto se despierte de la anestesia.

VIII. SITUACIONES ESPECIALES

A. PATOLOGÍA MATERNA.

Cardiopatías.

La mayoría de enfermedades cardíacas, con la madre compensada por un tratamiento adecuado, no contraindican la lactancia. Habrá que ajustar dosis y seleccionar bien los fármacos cardiovasculares. Emplear diuréticos adecuados a dosis bajas ya que la glándula mamaria se comporta como órgano secretor de cerca de 1 litro al día.

Hipertensión arterial.

Del mismo modo la hipertensión arterial no contraindica la lactancia. Habrá que ajustar dosis y seleccionar bien los fármacos antihipertensivos. Ajustar la dosis de diuréticos ya que la glándula mamaria se comporta como órgano secretor de cerca de 1 litro al día. La prolactina tiene efectos relajantes e hipotensores.

Infecciones maternas.

La única dolencia materna en la que, en nuestro medio, lactar está contraindicado es la infección por VIH.

Neoplasias.

La lactancia está contraindicada en estos casos, salvo en situaciones de remisión, ya que los fármacos antineoplásicos y los compuestos radioactivos se excretan por la leche materna y tienen efecto acumulativo.

Patología digestiva.

Las madres con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn pueden amamantar. Los prematuros requieren especial vigilancia por mayor riesgo de hiperbilirrubinemia por la sulfasalazina.

Diabetes.

Es fundamental asegurar un buen control metabólico durante el puerperio, con especial atención a las pautas de insulinoterapia, a la alimentación y al ejercicio. Incrementar el autocontrol de la madre por el riesgo de hipoglucemias: las necesidades de insulina suelen disminuir hasta en un 30% (también las de antidiabéticos orales) y hay mayor necesidad de incremento calórico (500 a 800 cal/día).

Mayor riesgo de grietas, mastitis y candidiasis: lactancia frecuente, vigilar posición, evitar lavados, desinfectantes y pomadas.

Patología tiroidea.

El tratamiento del hipotiroidismo no interfiere con la lactancia. Tampoco el hipertiroidismo contraindica la lactancia; el tratamiento con antitiroideos a dosis adecuadas, no requiere un control periódico de la función tiroidea del lactante. Si es preciso realizar pruebas diagnósticas con isótopos radioactivos, se debe interrumpir la lactancia en función de la vida media del isótopo.

Prolactinomas.

La hiperprolactinemia sin evidencia de tumor o el microadenoma son compatibles con la lactancia. En cambio, si existe un macroadenoma se desaconseja lactar.

Síndrome de Sheehan.

Produce fracaso de la lactancia por la hipoprolactinemia.

Tumoración de la mama.

Puede efectuarse su diagnóstico sin interferir la lactancia. En el caso de cirugía del cáncer de mama hay que suprimir la lactancia. La patología mamaria benigna (enfermedad fibroquística, quistes benignos, fibroadenomas) no contraindica lactar.

Epilepsia.

La epilepsia no contraindica la lactancia. La mayoría de fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia, pero el fenobarbital puede sedar al lactante. Si la epilepsia no está bien controlada, es mejor que la madre esté acostada o acompañada por si tiene un ataque y se le cae el niño. El destete no debe ser brusco para evitar síndrome de privación de medicamento en el lactante.

Esclerosis múltiple.

No está probado que la lactancia exacerbe la enfermedad por lo que pueden amamantar a sus hijos.

Miastenia gravis.

La madre necesita apoyo y buen control de su enfermedad. Si el niño presenta una miastenia neonatal transitoria por paso de anticuerpos, deberá ser tratado y ayudado, pues la hipotonía interfiere con una alimentación satisfactoria. La mayoría de tratamientos para la miastenia gravis de la madre son compatibles con la lactancia.

Asma.

Es compatible con la lactancia salvo en las crisis graves por razones maternas.

Patología psiquiátrica y psicológica.

Se debe realizar una evaluación individualizada, en función de la medicación requerida y el grado de control de la enfermedad materna. La mayoría de medicamentos para la depresión son compatibles con la lactancia.

Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar.

El mayor problema está en los métodos diagnósticos, necesitando interrumpir de forma temporal la lactancia, dependiendo de la vida media del isótopo radioactivo.

Estas enfermedades precisan tratamiento con anticoagulantes que son compatibles con la lactancia. La heparina no pasa a la leche y la warfarina se excreta en pequeñas cantidades (posibilidad de administrar vitamina K en lactantes prematuros cuyas madres tomen warfarina).

Trasplantes.

La indicación depende del estado general de la madre y del tratamiento inmunosupresor que reciba. Ningún efecto adverso descrito en lactantes de madres tratadas con ciclosporina ni azatioprina.

B. PATOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO.

Síndrome de Down.

Estos niños pueden y deben ser amamantados. La hipotonía, junto con la macroglosia, hace más difícil conseguir un sello correcto, una presión negativa y unos mecanismos de succión adecuados.

Niños con cardiopatías o defectos cardíacos.

Los niños con anomalías estructurales cardíacas pueden ser amamantados. El esfuerzo que se requiere para el amamantamiento es menor que el que se requiere para la alimentación con biberón. La madre debe ser informada para el reconocimiento de síntomas de insuficiencia cardíaca en relación con la alimentación.

Si el niño es incapaz de generar suficiente estímulo de succión al pecho, la extracción de leche con sacaleches puede ser útil.

Labio leporino y fisura palatina.

Lo más importante par el proceso de amamantamiento en este tipo de anomalías es conocer si el niño es capaz de realizar un sellado, una succión y una presión negativa adecuados. Es mucho más difícil si se trata de fisura palatina, porque no se puede hacer el vacío necesario para la succión. Son útiles la extracción de leche y su administración con tetinas especiales.

C. PARTOS MÚLTIPLES.

La lactancia materna en gemelos o múltiples de mayor orden es perfectamente posible y muy conveniente, aunque requiere más ayuda y apoyo a la madre. La madre debe aprender posturas adecuadas (inversa) para poder amamantar a dos niños a la vez.

IX. FÁRMACOS EN LA LACTANCIA MATERNA

Más del 90% de mujeres toman medicamentos en período de lactancia, con una media de 2 a 3 por mujer. Contraindicar, retirar, dificultar o ignorar la lactancia materna sin motivo de peso constituye una grave irresponsabilidad.

Como profesionales nos enfrentamos ante estas cuestiones con una información escasa, dispersa y contradictoria. En el caso de un medicamento, el primer sitio a donde se nos ocurre acudir es al Vademécum Internacional cuya información suele coincidir con el prospecto del medicamento en cuestión. En más del 95% de los medicamentos la recomendación consiste en suspender la lactancia o no tomar el medicamento en caso de lactancia, no argumentando para ello nada o como mucho que el medicamento pasa a la leche. Sin embargo, esta contraindicación absoluta o relativa no se corresponde en más del 90% de las

veces con los datos publicados por entidades de prestigio como la Organización Mundial de la Salud, Asociación Española de Pediatría, Escuela Andaluza de Salud Pública o Academia Americana de Pediatría.

Tabla 1: FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA	
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el Yodo) Derivados del Ergot (inhiben prolactina): Ergotamina
Ginecológicos	Derivados del ergot: Bromocriptina, Cavergolina y Lisurita
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros	Todos, incluso tópicos
Drogas de abuso social	Anfetamina, Cocaína, Fenciclidina, Heroína, LSD, Marihuana Alcohol en exceso

Tabla 2: TIEMPOS DE ESPERA PARA AMAMANTAR TRAS EXPLORACIONES CON RADIOFÁRMACOS.	
COBRE-64	50 horas
FLUDESIOXYGLUCOSA 18F, Fluor 18 (Fluotracer, Fluorscan)	24 horas
GALIO-67 CITRATO 7 Mbq (0,2 mCi) 50 Mbq (1,3 mCi) 150 Mbq (4,0 mCi)	1 semana 2 semanas 4 semanas
INDIO-111, IN-111M, Satumomab Pendetido (OncoScint CR 103) 20 Mbq (0,5mCi)	24 horas 1 semana
SODIO-RADIOACTIVO	16 días
TALIO-201	2 semanas
TECNECIO TC-99M	6 a < de 24 horas
XENON -133, XENON -127	Pocos minutos
YODO -123 -125 -131,	36 horas 12 días 14 días

YODO-HIPURATO-SODICO I-123, I-131 (Hipuran)	24 horas
<i>Intentar emplear el radionúclido de vida media más corta. Asesorarse con el radiólogo. Almacenar leche extraída previamente para darla tras la exploración. Extraerse la leche el tiempo indicado, desechándola. El Yodo-131 y el Estroncio-89M empleados para tratamientos, obligan a suspender la lactancia.</i>	

Tabla 3: FÁRMACOS A TOMAR CON PRECAUCIÓN EN LA LACTANCIA	
Antibióticos:	Amantadina (RL), Cloranfenicol (H)
Antiepilépticos:	Fenobarbital, Primidona (S)
Antihistamínicos	Los de primera generación (S, RL)
Antiinfecciosos	Quinolonas (...floxacinos) (O) Clindamicina (G) Lindano (H)
Antiinflamatorios:	Sales de oro (O)
Cardiovasculares:	Reserpina (S) Betabloqueantes (CV) (<i>menos Labetalol, Oxprenolol o Propranolol</i>) Antiadrenergicos/Vasodilatadores (CV) (<i>No Metildopa ni Hidralazina</i>)
Descongestivos nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), Cafeína (I), Tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales (O) Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes "activos" (G)
Inmunosupresores (H)	(Ciclosporina y Azatioprina son posibles)
Psicofármacos	Clorpromacina (S) Benzodiacepinas (S) (<i>elegir Lorazepam como ansiolítico</i>) Doxepina (S, CV) (<i>elegir Sertralina, Paroxetina o Fluoxetina</i>) Nefazodona (S, CV) (<i>elegir Sertralina, Paroxetina o Fluoxetina</i>) Antipsicóticos Fenotiazinas (S) Litio (CV, S): Requiere control clínico y analítico del lactante
Mayor precaución en madres con insuficiencia renal, en prematuros y en periodo neonatal. Consultar medicamentos prohibidos si niño con déficit de glucosa-6-fosfato-DH.	
<i>Posibles efectos a observar:</i>	CV CardioVasculares, G Gastrointestinales, H Hematológicos, I Irritabilidad-Insomnio, O Otros, RL Reducción láctea, S Sedación

Tabla 4: FARMACOS MATERNOS COMPATIBLES NORMALMENTE CON LACTANCIA MATERNA* (1ª parte)

Fármacos	Efectos	Fármacos	Efectos
Acebutolol	Ninguno	Cisaprida	Ninguno
Acetaminofen	Ninguno	Cisplatino	No se encuentra
Acetazolamida	Ninguno	Clindamicina	Ninguno
Acitretín	-----	Clogestona	Ninguno
Aciclovir	Ninguno	Clomipramina	-----
Ácido flucenámico	Ninguno	Cloroformo	Ninguno
Ácido fólico	Ninguno	Cloroquina	Ninguno
Ácido yopanoico	-----	Clorotiacida	Ninguno
Ácido nalidíxico	Hemólisis	Clortalidona	Baja excreción
Acido Valproico	Ninguno	Codeína	Ninguno
Alcohol (etanol)	Somnolencia, sudoración, mala curva de peso	Colchicina	-----
Alopurinol	-----	Contraceptivos	Disminuye producción de leche y proteínas
Amoxicilina	Ninguno	Cicloserina	Ninguno
Antimonio	-----	Dantrona	Aumenta actividad intestinal
Atenolol	Ninguno	Dapsona	Ninguno, se detecta en orina en los niños
Atropina	Ninguno	Digosina	Ninguno
Azapropazona	-----	Diltizem	Ninguno
Aztreonan	Ninguno	Dipirona	Ninguno
B1 (tiamina)	Ninguno	Disopiramida	Ninguno
B6 (piridoxina)	Ninguno	Difilina+	Ninguno
B12	Ninguno	Enalapril	-----
Baclofen	Ninguno	Eritromicina+	Ninguno
Barbitúricos	Sedación, espasmos infantiles, metahemoglobinemia	Escopolamina	-----
Bendroflumetiácida	Ninguno	Espironolactona	Ninguno
Bromuros	Rash, rigidez de nuca, somnolencia	Estradiol	Sangrado vaginal
Butorfanol	Ninguno	Estreptomina	Ninguno
Cafeína	Irritabilidad, sueño pobre	Etambutol	Ninguno
Captopril	Ninguno	Etanol (alcohol)	-----
Carbamacepina	Ninguno	Etoxisimida	Ninguno, aparece en suero del niño
Carbimazol	Bocio	Fenilbutazona	Ninguno
Cáscara sagrada	Ninguno	Fenitoína	Metahemoblobinemia
Cefadroxilo	Ninguno	Fentanilo	-----
Cefazolina	Ninguno	Flecainida	-----
Cefotaxima	Ninguno	Fluoresceína	-----
Cefoxitina	Ninguno	Hidralacina	Ninguno
Celtaziclina	Ninguno	Hidrato de cloral	Ninguno
Ceftriaxona	Ninguno	Hidroclorotiacida	-----
Ceprozil	-----	Hidroxicloroquina+	Ninguno

Cimetidina+	Ninguno	Ibuprofeno	Ninguno
-------------	---------	------------	---------

Tabla 4: FARMACOS MATERNOS COMPATIBLES NORMALMENTE CON LACTANCIA MATERNA* (2ª parte)

Fármacos	Efectos	Fármacos	Efectos
Indometacina	Convulsiones (1 caso)	Procainamida	Ninguno
Isoniacida	Ninguno	Progesterona	Ninguno
Kanamicina	Ninguno	Propranolol	Ninguno
Ketorolac	-----	Propiltiouracilo	Ninguno
Labetalol	Ninguno	Propoxifeno	Ninguno
Levonorgestrel	-----	Quinidina	Ninguno
Lidocaina	Ninguno	Quinina	Ninguno
Loperamida	-----	Riboflavina	Ninguno
Maleato de dexbromfeniramina	Irritabilidad	Rifampicina	Ninguno
Metadona	No si recibe < 20 mg/24 h	Sales de oro	Ninguno
Metildopa	Ninguno	Secobarbital	Ninguno
Metimazol	Ninguno	Seudoefedrina+	Ninguno
Metiprilona	Somnolencia	Sotalol	-----
Metocarbamol	Ninguno	Sulfapiridina	Precaución en niños con ictericia y prematuros
Metoprolol+	Ninguno	Sulfato de magnesio	Ninguno
Metrizamida	Ninguno	Sulfixosazol	Precaución en niños con ictericia y prematuros
Mexiletina	Ninguno	Suprofen	Ninguno
Minoxidil	Ninguno	Terbutalina	Ninguno
Morfina	Ninguno, altos niveles en sangre	Tetraciclina	Ninguno
Moxalactam	Ninguno	Teofilina	Irritabilidad
Nadolol+	Ninguno	Tiopental	Ninguno
Naproxeno	-----	Tiouracilo	No se menciona
Nefopam	Ninguno	Ticarcilina	Ninguno
Nifedipina	-----	Timolol	Ninguno
Nitrofurantoina	Hemólisis	Tolbutamida	Posible ictericia
Noretinodrel	Ninguno	Tolmetin	Ninguno
Noresteroides	Ninguno	Trimetropim-sulfametoxazol	Ninguno
Noscapina	Ninguno	Triprolidina	Ninguno
Oxprenol	Ninguno	Verapamilo	Ninguno
Piridostigmina	Ninguno	Vitamina D	Ninguno, seguir a los niños cuyas madres reciben dosis farmacológicas
Primetamina	Ninguno	Vitamina K	Ninguno
Piroxicam	Ninguno	Warfarina	Ninguno
Prednisona	Ninguno		

* La lista de fármacos, así como los efectos, han sido recogidos de la literatura. La palabra ninguno indica que no se han observado cambios ni en el niño ni en la madre. La mayoría de las citas bibliográficas se refieren a un solo caso o pequeñas series de niños.
+ Fármacos concentrados en la leche de la madre.

Más información sobre fármacos, productos de fitoterapia, homeopatía, drogas y tóxicos en la lactancia materna en la siguiente página web: www.e-lactancia.org

X. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La OMS, apoyándose en la evidencia científica actual, recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años o más, o al menos hasta el año de vida según la Asociación Americana de Pediatría (AAP).

Por tanto, la situación ideal es que el niño permanezca 6 meses de lactancia materna exclusiva, pasado este periodo las necesidades nutricionales del niño se modifican sobre todo porque se deben incrementar los aportes de hierro. El objetivo es conseguir introducir los alimentos adecuados (fruta, cereales, verduras, carne, etc.) manteniendo la lactancia materna.

La introducción de triturados se debe realizar con cuchara, salvo en circunstancias muy especiales como pueden ser los grandes prematuros, no se aconseja el uso de biberones ni siquiera para la administración de líquidos suplementarios. A partir de los 6 meses, los zumos o el agua se pueden dar en un vasito, antes de esta edad, si están con lactancia materna exclusiva no precisan ningún aporte de líquido extra.

A los niños que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva es preferible introducirles primero fruta y purés de verduras y carne. Se debe intentar retrasar la introducción de cereales sobre todo si la madre no dispone de leche suficiente para preparar la papilla con su leche. No se justifica la introducción de fórmula adaptada solo para introducir las cereales, la situación ideal es que el niño llegue al año de edad sin que se hayan introducido las proteínas de leche de vaca.

Si la madre se ha incorporado a su puesto de trabajo se le debe aconsejar que mantenga la lactancia materna, asegurando la toma de primera hora de la mañana y última hora de la noche. Si puede se debe extraer leche durante el horario laboral, pero aunque esto no sea posible, se puede mantener la lactancia durante muchos meses sólo con dos tomas. La creencia de que la leche se retira enseguida no es cierta si se mantiene un mínimo de succión, puede haber momentos puntuales en los que se disminuya la cantidad de leche pero si se mantiene la succión se incrementa de nuevo. El dispositivo hormonal que se pone en marcha durante la lactancia tarda mucho en desaparecer, los niveles de prolactina se mantienen muy elevados aún meses después de finalizada la lactancia, por lo que la recuperación de la leche, después de disminuciones recortadas en la producción, es fácilmente alcanzable.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Entendemos por alimentación complementaria la administración de cualquier alimento distinto a la leche materna o fórmula adaptada.

No existen bases científicas suficientes para establecer normas muy concretas, pero sí evidencias y consenso en algunos aspectos generales de la alimentación complementaria.

La introducción de nuevos alimentos debe ser supervisada por el médico o personal de enfermería capacitado, asesorando a la madre en cada control de salud.

Recomendaciones

No es recomendable iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad. Los motivos por los que no es recomendable iniciar antes la alimentación complementaria son, entre otros, la inmadurez del sistema digestivo y renal del lactante y la posibilidad de provocar sensibilización a alérgenos alimentarios. Además, no se ha visto ventaja nutricional para los lactantes pero sí mayor riesgo de enfermedades sobre todo digestivas y alérgicas.

Pasados los 6 meses, las funciones digestivas del lactante han madurado y las necesidades nutritivas requieren la introducción de alimentos distintos a la leche materna o artificial. El niño ha alcanzado además cierto nivel de desarrollo. Empieza a ser capaz de mantenerse sentado con apoyo, comunicarse con quien le ofrece la comida, mostrar deseo de comer abriendo la boca o señalando de alguna forma la cuchara, o de no comer, cerrando la boca o apartando la cara. A esta edad desaparece el reflejo de extrusión (rechazo de todo lo que no sea pezón o tetina) y aparece la sensación de saciedad, que ya debe empezar a respetarse. También empieza a poder tragar alimentos semisólidos.

Las recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas (ESPGAN) en cuanto a alimentación en el primer año de vida pueden sintetizarse en:

- Mantener la fórmula adaptada o leche materna, sin introducir leche de vaca hasta el año.
- El orden de introducción de cereales, frutas, carne y verduras no es trascendente.
- A partir de los 6 meses no más del 50% de calorías debe provenir de la alimentación complementaria. Mantener un aporte de leche materna o fórmula de al menos 500 ml/día.
- No introducir el gluten hasta después de los 6-7 meses.
- Algunos alimentos especialmente alergénicos (pescado y huevo) es mejor introducirlos después de los 9-10 meses.
- Tener en cuenta las circunstancias sociales y culturales de la familia. Dado que la tendencia actual es que la sociedad pase a ser una sociedad multicultural, el pediatra, en principio, debe respetar los hábitos familiares y, salvo que realmente la alimentación propuesta por la familia suponga una trasgresión dietética evidente, se debe dejar que utilicen como alimentación complementaria los alimentos elegidos por ellos ya que no existen pruebas de

que unos alimentos o formas de cocinarlos sean mejores que otros y depende fundamentalmente de hábitos culturales. Como norma general es recomendable escuchar lo que propone la madre o el padre a la hora de introducir nuevos alimentos y llegar a un acuerdo con ellos sobre lo más recomendable.

La forma habitual de introducir la alimentación complementaria es ir complementando, de una en una, las tomas de leche que recibe el lactante por los distintos componentes de la alimentación complementaria (papilla de cereales, fruta y puré de verduras con carne), con intervalo suficiente para que el niño vaya aceptando los nuevos componentes de la dieta y pueda detectarse más fácilmente qué alimento es el causante de los eventuales problemas que puedan presentarse.

• **Cereales**

A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes, pero esto no es obligatorio. Los cereales se pueden preparar con leche materna o con agua o añadirlos en las papillas de frutas o verduras, debiendo evitar la introducción de fórmula adaptada sólo para preparar los cereales.

Los cereales contienen almidón, polisacáridos y 7-8% de proteínas, pero no grasas. Contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas (menor valor biológico que las animales), minerales, vitaminas (tiamina especialmente) y ácidos grasos esenciales. Sus hidratos de carbono son de alto valor energético (riesgo de hiperalimentación si se abusa) y absorción lenta, por lo que permiten un mayor espaciamiento de las tomas.

- Contienen gluten: trigo, avena, centeno y cebada.

- No contienen gluten: arroz, maíz, soja y tapioca.

• **Frutas**

Aportan fibra (celulosa), agua, carbohidratos, vitaminas (C especialmente) y minerales. Suele empezarse con manzana, plátano, pera y naranja, añadiendo más tarde fruta del tiempo.

Deben utilizarse frutas variadas para contribuir a educar el gusto, pero es preferible evitar las más antigénicas o liberadoras de histamina como fresa, fresón, melocotón, frambuesa y moras. Pueden emplearse en papilla o zumo, mejor en vaso que en biberón. No deben endulzarse con azúcar y no se incorporarán galletas hasta después de los 6-7 meses, ya que contienen gluten.

A esta edad pueden complementarse o alternarse con yogur. No tiene base nutricional la administración de zumos de fruta los primeros meses de la vida y son probables las reacciones adversas.

• **Verduras y legumbres**

El puré se prepara con verduras y hortalizas frescas y variadas, carne magra (pollo o ternera) y una cucharadita de aceite de oliva en crudo. No debe añadirse sal. Deben cocerse con poca agua y aprovechar el caldo de cocción (minerales).

Se recomienda evitar las flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos) y retrasar las que tienen potencial metahemoglobinizante

(espinaca, remolacha). La zanahoria, pelada, puede introducirse ya en los primeros purés.

Las legumbres se añaden a las verduras progresivamente, en cantidades limitadas, a partir del 9^o-10^o mes, aumentando así el aporte de proteínas.

- **Carnes**

Aportan proteínas de alto valor biológico, lípidos, minerales, hierro, zinc y vitaminas. Suelen administrarse como puré de verduras y carne. Bastan 40-50 g/día, primero pollo y después ternera, vaca, cordero y cerdo. Las vísceras (hígado, sesos, etc.) no tienen ventajas sobre la carne magra y aportan un exceso de colesterol y otras grasas.

- **Pescado**

Sus proteínas son también de gran valor biológico, pudiendo alternarse con la carne. Se recomienda, sin embargo, por su mayor potencial antigénico, retrasar la introducción del pescado hasta después de los 9 meses y en familias con alta incidencia de atopia (alergias), incluso hasta pasado el año de vida.

- **Huevo**

La introducción del huevo suele hacerse después de los 9-10 meses, empezando por la yema, en cantidades crecientes, y posteriormente (cerca del año) la clara.

La yema es buena fuente de proteínas de alto valor biológico, grasas, ácidos grasos esenciales, vitaminas y hierro. La clara aporta sobretodo proteínas, también de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovoalbúmina, muy alergénica.

No se recomienda el huevo crudo pues es más alergénico y se digiere peor que cocido.

- **Azúcares refinados, miel, pastelería y bollería**

Tienen el inconveniente de inducir hábitos dietéticos inadecuados y son cariogénicos. La adición de azúcares o miel a los cereales, aumenta su densidad energética. Además, cuanto mayor proporción de azúcar, miel o cacao se añada a los cereales, más cantidad de producto se necesitará para espesar la papilla, incrementando aún más su densidad energética final.

- **Agua**

Mientras recibe sólo leche materna no son necesarios los suplementos de agua ni siquiera en condiciones extremas de calor, excepto si hay pérdidas colaterales por diarrea o vómitos. Los alimentados con fórmula adaptada, tampoco suelen requerir líquidos adicionales, salvo quizá en situaciones extremas de calor o pérdidas aumentadas, como pueden ser los episodios febriles, diarrea, etc. Por el contrario, ya que la alimentación complementaria supone una mayor carga renal de solutos, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos, debiendo ofrecérsele agua con frecuencia.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Edición 2004.

- Fármacos y lactancia materna. J.M. Pérez González. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría (AEP). www.aeped.es/protocolos/neonatologia/index.htm
- Medicamentos, enfermedades y lactancia. J.M. Paricio. En seminario "Lactancia materna, ¿cómo reforzar su promoción", moderado por J.J. Lasarte. II Curso de actualización Pediatría 2004 de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Madrid 2004.
- Grupo de trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatras de Atención Primaria (AEPap). www.aepap.org
- CARLOS GONZALEZ, "Manual práctico de Lactancia Materna" edita ACPAM, Barcelona 2004.
- www.e-lactancia.org : Página Web sobre compatibilidad de fármacos, plantas, drogas y enfermedades con la lactancia materna.

XII. AUTORES

Grupo de Trabajo: "Lactancia Materna" dentro del Proceso Embarazo Parto y Puerperio (Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" y Distritos Granada, Metropolitano, Nordeste y Jaén Sur).

Coordinador: Alberto Puertas Prieto, F.E.A. de Obstetricia y Ginecología del HMI del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

Miembros del Grupo de Trabajo:

Amparo Alcalde Palacios, Subdirectora de Enfermería del HMI del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

José M. Cañizares García, Pediatra del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

Esther Cara Zurita, Enfermera de Atención Primaria. Distrito Nordeste

Ascensión Escabias Molina, Enfermera de Atención Primaria. Distrito Metropolitano

Inmaculada García Calvo, Grupo de apoyo a la lactancia materna "Mamilactancia"

Aránzazu Garrote Fernández de Santos, Matrona del HMI del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

Victoria Linares Durán, Grupo de apoyo a la lactancia materna "Mamilactancia"

Gracia Maroto Navarro, Técnico investigador de la EASP

María Dolores Moraleda Hurtado, Enfermera Supervisora de Obstetricia del HMI del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

Alicia Pineda Llorens, Grupo de apoyo a la lactancia materna "Mamilactancia"

Enrique Prados Bueno, Pediatra de Atención Primaria. Distrito Metropolitano

Consuelo Reyes Ruiz, Enfermera de Atención Primaria. Distrito Granada

Adela Rodríguez Expósito, Enfermera supervisora de Neonatología HMI del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

Francisco Romá Juan : Pediatra del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

Reyes Sánchez Tallón: Pediatra de Atención Primaria. Distrito Granada

Documento supervisado y reconocido por la Asociación Española de Pediatría en enero de 2006