

Líneas de Gestión

EN ATENCIÓN PRIMARIA



GUÍA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Lactancia materna



*La Lactancia
materna*

autores:

Esmeralda Santacruz Salas Enfermera Centro de Salud de Palomejos.

Agradecimientos y Colaboraciones:

La autora expresa su agradecimiento a:

Teresa Monroy Ramos, enfermera de Pediatría en el C. S. de Palomejos, por la aportación de su experiencia y colaboración en el taller.

Amelia Ruiz Martil, Enfermera en el C. S. de Palomejos, por sus conocimientos y colaboración en la práctica docente.

Sergio Romero Aranda, por su colaboración en la realización de la parte práctica del programa.

Edición y Coordinación:

Dirección de Enfermería de Atención Primaria de Toledo:

Javier Carrasco Rodríguez.- Director de Enfermería

M^a Isabel García Rodríguez.- Responsable de Enfermería EE. AP.

Edita:

SESCAM - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha/
Gerencia de Atención Primaria de Toledo

Diseño y maquetación:

Rail Comunicación

Depósito legal:

Pendiente

ÍNDICE

Estructura del Proyecto educativo en lactancia materna	12
Temario:	
tema 1. Anatomía y fisiología de la lactancia	15
tema 2. Ventajas de la lactancia materna	19
tema 3. Claves para una lactancia exitosa	23
tema 4. Técnica de lactancia	25
tema 5. Posición correcta del bebé	30
tema 6. Composición de la leche materna	34
tema 7. Indicaciones para otro tipo de alimentación	39
tema 8. Posibles problemas maternos	41
tema 9. Posibles problemas del lactante	48
tema 10. Causas de abandono	54
tema 11. Alimentación de la madre lactante	56
tema 12. Fertilidad y sexualidad durante la lactancia	59
tema 13. Extracción y conservación. Incorporación al trabajo	60
tema 14. Uso de fármacos durante la lactancia materna	63
tema 15. Alimentación complementaria	66
Folletos de seguimiento de la evolución del bebé	
NIÑOS	71
NIÑAS	73
Teléfonos y direcciones de interés	75
Bibliografía	76



La lactancia materna proporciona el mejor alimento y la nutrición más conveniente y adecuada para el crecimiento sano, equilibrado y el desarrollo de los lactantes. Esta idea, hoy claramente defendida desde diferentes sociedades científicas y organismos internacionales como FAO, UNICEF o la propia Organización Mundial de la Salud, (OMS), en múltiples informes y documentos, fue puesta en entredicho durante mucho tiempo desde posiciones poco científicas o nada objetivas, cuando no directamente interesadas.

En mayo de 2001, la 54ª Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros a promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida como una recomendación mundial de salud pública. Esta recomendación fue elaborada por una Reunión de Expertos sobre la Duración Óptima de la Lactancia Materna Exclusiva convocada por la OMS (OMS, 2001). Los expertos tuvieron en cuenta los resultados de una revisión sistemática de las pruebas existentes (Kramer y Kakuna, 2002) y concluyeron que la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida proporciona diversos beneficios al niño y a la madre. Uno de los beneficios principales es el efecto protector frente a infecciones gastrointestinales, observado no sólo en países en vías de desarrollo sino también en países industrializados (Kramer y col., 2001). Algunos estudios (Dewey y col., 2001), sugieren también que el desarrollo psicomotor mejora con la lactancia materna, pero se requieren investigaciones adicionales para confirmar este hallazgo.

El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna (Cohen y col., 1994; Dewey y col, 1999). Por ello la Reunión de Expertos concluyó que, si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales.

Una mayor duración de la lactancia materna ha sido asociada también con la reducción de enfermedades crónicas en la infancia (Davis, 2001), de obesidad (Butte, 2001) y con mejores resultados cognoscitivos (Reynolds, 2001), aunque la relación causal de estas asociaciones permanece controvertida.

La lactancia materna sigue ofreciendo un aporte nutricional importante pasado el primer año de vida, por lo que se recomienda continuarla de forma frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.



A lo largo de los últimos años la OMS ha puesto en marcha distintas iniciativas que incluyen una serie de acciones destinadas a apoyar la lactancia materna en los servicios sanitarios y maternidades, tras comprobar que uno de los principales factores que han contribuido al declive de la lactancia materna han sido precisamente las prácticas hospitalarias que interfieren con la lactancia.

Es hora pues de que los servicios sanitarios adopten las medidas precisas para secundar las diferentes propuestas realizadas para promover la lactancia materna, entre las que destaca la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (1992) de la OMS y la UNICEF, que resume en sus “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” las acciones necesarias para su puesta en práctica.

Entre estos Diez Pasos se encuentra la recomendación de capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de contribuir a la formación, educación y ayuda a las madres y cuyos objetivos principales serían los siguientes:

- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- Fomentar la lactancia materna a demanda.
- 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 de los hospitales o clínicas donde hayan dado a luz.

En esta línea de trabajo, la presente publicación, elaborada de manera entusiasta por una profesional del SESCAM, a quien agradezco muy sinceramente su esfuerzo, pretende servir de material de apoyo, como Guía y ayuda práctica para esa importante labor.

Como responsable del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, confío en que las recomendaciones que contiene resulten de utilidad para los objetivos citados y contribuyan a mejorar la formación de los propios profesionales, para que puedan llevar a cabo una orientación eficaz y un asesoramiento competente de las madres lactantes. Ello permitirá, sin duda, elevar el nivel de salud materno-infantil y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de nuestra región.

Joaquín Chacón Fuertes
Director Gerente del Servicio de
Salud de Castilla-La Mancha



Presentar la Guía de Educación para la Salud en Lactancia Materna, elaborada por una enfermera del área de Toledo, a la que orgullosos, queremos felicitar, donde profesionales, madres y gerencia de atención primaria tienen un vagaje de años en pro de la lactancia materna, unos haciendo, otros apoyando, otros reconociendo, es una satisfacción y desde luego expresión de una línea de Gestión en Atención Primaria bien consolidada y a la vez emergente, en beneficio de madres y niños.

Lactancia Materna es un acto tan natural y una práctica llena de beneficios para el lactante y la madre, que supone acciones tan ventajosas como que la leche materna es nutricionalmente superior a cualquier otra alternativa, o que confiere al lactante competencia inmunológica o que favorece los cambios hormonales recuperadores del parto o su acción en los campos emocionales del niño por citar algunos, incluso la menor incidencia de cánceres de mama en mujeres que han realizado la lactancia.

Por eso la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) le da la máxima importancia recomendando iniciar la lactancia antes de abandonar la sala de partos.

Ya la OMS en su 43ª Asamblea Mundial de la Salud nos dice :” Es importante mediante información y apoyo adecuado, proteger la Lactancia Materna en los grupos en que sigue siendo la forma natural de alimento a sus lactantes, fomentarla donde no sea , y reconocer las especiales necesidades de la mujer que trabaja fuera del domicilio.” “Reconocer el papel de los agentes de salud....y velar porque las familias elijan con acierto el modo de alimentar a sus lactantes... y los servicios de salud presten el apoyo necesario”

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA .55.25) acoge con agrado la declaración de Innocenti sobre protección, fomento y apoyo a la Lactancia Materna e insta a todas las instituciones de salud a que se hagan “amigas de los lactantes” (Resolución WHA. 45.34).

El Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010 establece en su capítulo 5º, líneas de acción para promover la lactancia materna, considerando la Educación para la Salud como actividad fundamental en Atención Primaria.

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios se desprende de lo anterior que probablemente quisiéramos pensar que lo importante no es solo convencer a las madres de lo bueno de la lactancia, sino detectar cuales son los factores disuasorios que encuentran las madres para amamantar a sus bebés,



y minimizarlos, porque no necesitamos una justificación para recomendar la lactancia materna, sí lo requiere para sustituirla.

Esta guía, distribuida en 15 capítulos, cumple en su contenido, con los procesos de informar, motivar, ayudar, propugnar y promover, que tan bien explica A. Somers en su concepto de Educación para la Salud.

Este documento, expresión del conocimiento de la autora, elaborado bajo premisas científicas, que usado en un entorno facilitador, en grupos de madres, donde se contextualice su aplicación a cada madre, será una herramienta de salud óptima, que merece el elogio y reconocimiento del mundo científico y profesional.

La Gerencia de Atención Primaria de Toledo, se pone al frente de ese reconocimiento consciente de que tiene un motivo de justificada esperanza en que esta Guía de Educación para la Salud en Lactancia Materna sea un instrumento de la máxima utilidad para los profesionales y consiga los mejores niveles de salud de los lactantes, los niños pequeños y sus madres en nuestra área.

Francisco Fernández Páez

Director Gerente de Atención Primaria
del Área Sanitaria de Toledo

Las madres en todo el mundo se ven acosadas y confundidas por campañas de publicidad de leches artificiales y biberones a través de la televisión, radio y por otras personas, que les dicen lo bueno que es alimentar al niño con biberón.

Estas campañas, presentan niños sonrientes, madres felices y prometen salud, bienestar y belleza.

Las madres, las familias, la “población consejera”, los profesionales sanitarios y los servicios de salud deben saber que la leche materna es insustituible y que el uso de otras leches puede tener consecuencias severas para la salud de los niños.

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño.

Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo.

El contacto de la piel suave y calentita de la madre, le dan tranquilidad y placer tanto a uno como al otro.

La compañía, la voz, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre la dan mucha seguridad y estímulo al hijo.

Dar de mamar es mucho más que dar alimento:

Es dar amor, seguridad, placer y compañía.

Por estos y por muchos otros motivos (históricos, demográficos, químicos, antropométricos, económicos y biológicos) hemos querido poner en práctica una acción más contra la “cultura del biberón”, dar información y educación práctica a la madre antes y después de tener a su bebé, con el fin último de promover este medio de nutrición, como alimentación fundamental tras el nacimiento prorrogándolo a ser posible hasta los 6 meses de edad, como único alimento.

Javier Carrasco Rodríguez
Direrctor de Enfermería

estructura del proyecto educativo en Lactancia materna

Introducción

La OMS, UNICEF y otras sociedades científicas indican que la lactancia materna, en exclusiva, es el mejor alimento para el correcto desarrollo y crecimiento del niño hasta los 6 meses de edad, tanto nutricional como psicológico, inmunitario e intelectualmente.

Se han desarrollado iniciativas como la “Declaración de Inocenti (1990)” y “Hospital amigo del Niño (1992)” 1-4 que han tratado de impulsar la lactancia materna, pero numerosos estudios sobre su prevalencia, muestran que España dista bastante del patrón óptimo.^{1,5} Esta situación puede ser fruto de las conclusiones de estudios que demuestran el escaso conocimiento y adiestramiento en lactancia materna por parte de los profesionales, cuando la OMS/UNICEF indican que “todo el personal de salud deberá tener la capacitación necesaria para llevar a la práctica políticas de lactancia materna”.

Una buena vía de actuación puede ser el trabajo desarrollado por diferentes asociaciones a nivel mundial y estatal que ayudan a impulsar la lactancia materna como “La Liga de la Leche” y “Linkages”^{6,7}, así como otras iniciativas a nivel regional como el “Programa de promoción de la lactancia materna del Área de Salud de Toledo 2002”⁸ y la organización de talleres de lactancia materna en los Centros de Salud.

Objetivos y metas:

- **Objetivo general:** Fomentar la lactancia materna.
- **Objetivos específicos:**
 - Aumentar el porcentaje de niños que inician lactancia materna en nuestro área de salud.
 - Aumentar la duración de la lactancia materna de todas aquellas madres lactantes de nuestro centro de salud.
 - Conseguir que los bebés obtengan como único alimento la lactancia materna hasta los 6 meses de edad.
 - Concienciar a los profesionales sanitarios, de nuestro centro de salud, de la importancia de la promoción de la lactancia materna.
 - Aumentar los conocimientos de las mujeres respecto a las ventajas y beneficios de la lactancia materna y solución de problemas que padecen o pueden padecer.

• Metas en salud:

- Conseguir que el 85 % de los niños nacidos en 2005, pertenecientes a nuestra área de salud, inicien lactancia materna.
- Conseguir una prevalencia de lactancia materna al tercer mes del 50% de estos niños.
- Conseguir una prevalencia de lactancia materna al sexto mes del 20% en estos niños.

Población diana:

Consideramos población diana a todas las mujeres gestantes (potencialmente amamantadoras) y lactantes.

Actividades:

• Información al personal sanitario:

Se dará información sobre lactancia materna, a los distintos profesionales de los Centros de Salud, a través de:

- Sesiones clínicas.
- De forma mas personalizada a aquellos especialmente implicados (matronas, pediatras y enfermeras de pediatría).
- Dotación bibliográfica básica, a todo aquél profesional que lo solicite.

• Información a la población:

Se intentará sensibilizar a la población general sobre los beneficios de la lactancia materna, procurando actitudes más positivas hacia la misma. A tal efecto se informará de este programa y sus recursos, a través de carteles informativos.

- A todas las gestantes en su captación de embarazo y a través de folletos informativos.
- A todas aquellas personas que lo soliciten.

• Creación del “lactario”:

(Grupo de madres y acompañantes interesadas en aprender a cerca de la lactancia materna, apoyadas por profesionales del centro).

Estos grupos de apoyo a la lactancia se formarán con la ayuda del resto de los profesionales, derivando a estas sesiones a toda madre que prescinda de tal información. La función principal

será fomentar la lactancia materna en la población y ayudar a todas aquellas madres que quieren y/o están dando el pecho a sus hijos.

• **Evolución del bebé:**

Mediante folletos de seguimiento ponderal (ver páginas 71 - 74), con los siguientes objetivos:

- Llevar un seguimiento del peso del bebé que a la vez sirva de orientación a la madre.
- Recoger otros datos sobre la alimentación del bebé, que pueden servir de ayuda para un estudio de investigación posterior.

Todas aquellas personas que están interesadas en poner en práctica un taller de lactancia y utilicen el folleto para el seguimiento del bebé (durante su época lactante) pueden proporcionar los datos a la autora para el análisis posterior.

Materiales utilizados en las sesiones:

- Programa taller de lactancia.
- Guía del lactante.
- Tríptico para control del bebé.
- Hojas de evaluación previa y posterior al taller.
- Camilla donde desnudar a los bebés.
- Empapadores.
- Peso.
- Material de ayuda a la madre lactante:
 - sacaleches.
 - pezoneras.
 - saca-pezones.
 - discos absorbentes.
 - colectores.
 - vasos de conservación.
- Sillas
- Pizarra blanca
- Rotuladores

anatomía y fisiología de La Lactancia

1.

Anatomía externa

a. Areola:

Es la parte más oscura alrededor del pezón. Durante el embarazo se oscurece aún más, para hacerse más visible cuando el bebé empiece a mamar.

b. Pezón:

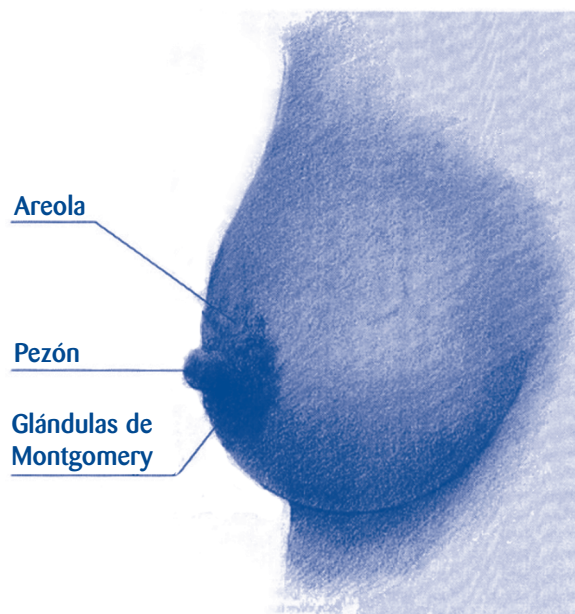
En el pezón convergen al exterior los conductos galactóforos en un número que oscila de 15 a 25 y que son los orificios a través de los cuales se excreta la leche materna.

Posee terminaciones nerviosas sensitivas y está provisto de fibras musculares.

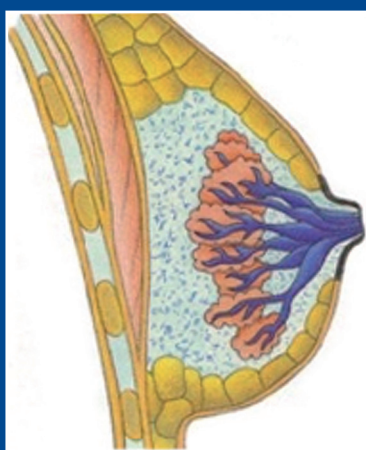
La conformación del pezón es diferente de unas mujeres a otras y así se observan pezones prominentes, pezones planos, pezones retraídos, pezones invertidos. Alguna de estas formas crea dificultades a la madre en el momento de lactar.

c. Glándulas de Montgomery:

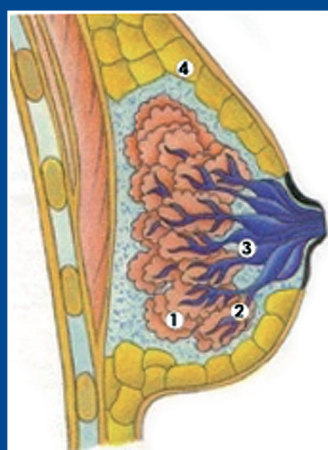
Son los bultitos que se encuentran en la areola. Estas glándulas producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios. Además tiene un olor que atrae el niño al pezón.



1.2. Anatomía interna



A partir de la sexta semana de embarazo, la placenta produce hormonas que permiten que los conductos lactíferos y los alveolos se desarrollen, formando un tejido glandular eficaz.



El pecho durante el período de lactancia:

1. Alveolos (bolsas de leche)
2. Conductos lactíferos
3. Depósito de leche
4. Tejido graso

a. Areola:

Es donde se produce la leche. Con cada mamada éstos se contraen para sacar la leche.

b. Conductos Lactíferos:

Son los que conducen la leche de los alvéolos a los senos lactíferos. Continuamente la leche baja por ellos.

c. Senos Lactíferos:

Los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es allí donde se almacena la leche. Por eso, es importante que el niño abarque parte de la areola para exprimir la leche.

d. Nervios:

Son los que mandan la orden al cerebro de hacer más leche en los alvéolos. También transmiten la orden al cerebro para hacerla salir del pecho.

e. Tejido Graso:

Envuelve todo el seno y le sirve de colchón protector. Algunas mujeres tienen más grasa en los pechos que otras. Por eso, las mujeres tienen diferentes tamaños de pechos. Tener senos grandes o pequeños no afecta la producción de leche.

La Lactogénesis, es el proceso por el cual comienza la secreción láctea y se establece entre las 24 horas y el 6° día posparto. Esto se produce como consecuencia de la intervención de la prolactina y un bajo nivel de estrógenos. Antes del parto los niveles de prolactina aumentan progresivamente, pero los estrógenos de origen placentario, bloquean la actividad secretora del epitelio glandular, por lo que la producción de leche no ocurre hasta después del parto. La caída del nivel de estrógenos ocurre tras el parto y tiene como consecuencia el desbloqueo del tejido mamario, permitiendo que la prolactina inicie la producción de leche. El descenso de la progesterona no tiene tan claro su intervención.

Cuando el niño mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón (exactamente las conexiones nerviosas de la areola). Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro (concretamente a la hipófisis) de la madre de que el niño quiere leche. El cerebro responde y ordena la producción de prolactina y de oxitocina. La prolactina hace que se comience a formar la leche en los alvéolos de la mama y la oxitocina hace que la leche fluya de los alvéolos hacia el pezón. La leche producida se va almacenando en los senos lactíferos, situados debajo de la areola. Cuando el niño mama bien (toma el pezón y gran parte de la areola), ordeña con su lengua los senos lactíferos situados bajo la areola.

El mecanismo por el cual la succión actúa produciendo liberación de prolactina, no es bien conocido. No sólo hay que mantener la succión periódica sino que también, la frecuencia de la succión actúa determinadamente para mantener la lactancia. Así pues, el principal factor para acabar con la producción de leche, es la falta de succión del bebé. La hipófisis, es controlada a su vez por el hipotálamo, y éste, recibe mensajes también del estado psicológico de la madre, por eso a veces con sólo oír el llanto del bebé, o bien pensar en él, también nos “baja la leche”, es también por esto, que un estado de estrés excesivo, o un fuerte disgusto influyen negativamente en la lactancia.



Factores que influyen en la baja producción de leche:

- Mala postura al pecho (no coge bien parte de la areola).
- Horarios rígidos.
- Uso de chupete y/o biberones de agua, infusiones....etc.
- Uso de pezoneras.
- Tabaco.
- Anticonceptivos orales.
- Lactadas cortas (de 20 a 45 minutos es lo ideal, al menos cuando son muy pequeños).
- Beber poco y comer mal.
- Actividad excesiva /tensión.
- Ofrecer sólo un pecho.
- Tener un bebé súper dormilón... (aunque por un lado es una suerte!!!, por otro debemos vigilar que mame al menos cada dos o tres horas).
- Tomar sólidos antes de mamar.

Por último, recordar, que cuanto más le demos de mamar, más leche tendremos.

Por ejemplo: si el bebé mama 6 veces al día, nosotras tendremos leche suficiente para esas 6 veces, si de repente, el bebé pasa por una “etapa de crecimiento rápido”, y necesita más leche, él mismo, mamará más veces para aumentar nuestra producción hasta lo que él necesite en esta etapa, y después volverá a su ritmo normal, por eso no debemos poner horario a nuestro bebé, pues ellos son muy inteligentes, y saben regularse perfectamente.

ventajas De La Lactancia materna

2.

1. Favorece la relación afectiva profunda entre madre e hijo.
2. Produce un beneficio psicológico para la madre, el padre, el niño y la familia. El marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo.
3. Disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante.
4. Produce mejor desarrollo social y emocional del niño.
5. Produce un mejor desarrollo psicomotor.
6. Permite un mejor crecimiento.
7. Ayuda a la rápida recuperación de las enfermedades.
8. Previene la desnutrición.
9. Reduce la tasa de mortalidad infantil.
10. Satisface las necesidades de succión del bebé.
11. Disminuye la frecuencia de caries dentales del bebé.
12. Disminuye la necesidad de ortodoncia (debido a los movimientos de succión con las mandíbulas).
13. Impide el desarrollo de gérmenes patógenos a nivel intestinal.
14. Permite que el aparato digestivo se desarrolle con rapidez.
15. Disminuye las posibilidades de cólicos del lactante.
16. Disminuye el riesgo de diarreas.
17. No existe la preocupación de la escasez de leches artificiales en situaciones de emergencia.
18. Disminuye el riesgo de cáncer infantil.
19. Disminuye el riesgo de diabetes. Hay varios estudios de investigación en Canadá y Finlandia (País con mayor frecuencia de diabetes infantojuvenil y mayor ingesta de leche de vaca per cápita).
20. Disminuye el riesgo de obesidad.
21. Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias.
22. Disminuye el riesgo de enfermedades alérgicas.
23. Disminuye el riesgo de dermatitis del pañal.
24. Disminuye el riesgo de infecciones del oído.
25. Disminuye la incidencia de cáncer de mama y de cáncer de ovario.
26. Contiene lactoferrina que transporta el hierro y aumenta las defensas.
27. Disminuye el sangrado puerperal.

28. Disminuye el riesgo de osteoporosis.
29. Reduce la depresión posparto de las madres.
30. Retarda el restablecimiento de la menstruación espaciando los nacimientos.
31. Favorece la educación de los otros hijos en la práctica de la lactancia materna. Los otros hijos de la familia aprenden lo importante que es amamantar a un bebé.
32. Disminuye la tendencia de abuso infantil.
33. Disminuye la frecuencia de abandono del recién nacido.
34. Favorece la realización de la mujer en su rol de madre.
35. Es más práctica. Facilita la alimentación durante la noche, viajes, y fiestas....
36. Ahorra tiempo y dinero. Es gratuita.
37. Es más higiénica y estéril.
38. Tiene la composición ideal y completa para cada momento.
39. Contiene todos los elementos nutritivos.
40. Se produce en la cantidad justa y necesaria.
41. Produce ahorro en los servicios de salud.
42. No contamina el medio ambiente.
43. No deja residuos ni desperdicios.
44. No requiere combustible para su preparación.
45. No requiere envase.
46. Disminuye el uso de medicamentos.
47. Disminuye la frecuencia de consultas médicas y de hospitalización.
48. Disminuye la frecuencia de exámenes complementarios.
49. Tiene la temperatura adecuada.
50. Es muy sabrosa.
51. El calostro tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento, protege al niño contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta y además es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido.
52. Tiene todo el líquido que el niño necesita para calmar la sed, aún en climas calientes.
53. Durante los dos primeros años tiene las cantidades necesarias de:

- Vitaminas (A,B,C), para que crezca saludable y esté bien protegido.
- Fósforo y Calcio, para que tenga huesos sanos y fuertes.
- Hierro, para mantener la energía.
- Proteínas, para protegerlo contra las enfermedades y para que crezca grande e inteligente
- Grasas (le protegerá, cuando sea mayor, de padecer enfermedades del corazón y de la circulación. Las grasas de la leche materna favorecen la inteligencia de los niños).
- Azúcares, para que tenga energía y para alimentar al cerebro.

54. Es buena para la digestión del niño.

55. La placenta sale con más facilidad y más rápidamente.

56. La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia.

57. La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche.

58. La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche.

59. La matriz recupera su tamaño normal más rápidamente.

60. Las madres que dan de mamar a sus hijos están contribuyendo a formar la inteligencia y el futuro de su país.

Todas estas ventajas podrían agruparse en varias categorías de índole nutricional, biológica, física, económica y psicológica y que a su vez están repercutiendo directa o indirectamente en la madre, en el bebé, en la familia y en el propio país.

He querido destacar algunas de las ventajas psicológicas que ofrece por considerarlas importantes, impactantes y de gran apoyo para la comprensión de la necesidad de una lactancia materna prolongada:

Ventajas Psicológicas:

- El amamantamiento es un modelo de vínculo para otros vínculos que tendrá en su futuro.
- Si les permitimos separarse en forma natural y no forzada, el niño va a desarrollar confianza en su madre y el mundo externo lo que le permitirá una mayor independencia futura. Si los empujamos a separarse antes de que estén maduros, lucharán persistentemente por quedar pegados, y veremos reflejada esta inseguridad en su accionar adulto, con temores constantes a ser abandonados por los que más quiere o necesita.

- Hay una fuerte presión de la sociedad por “fabricar” niños independientes antes que estén maduros para ello, provocando como consecuencia chicos pseudoindependientes con una personalidad insegura y una gran sed de apoyo en lo externo.
- Mary Ainsworth investigó y publicó trabajos donde demostró que los niños más apegados y dependientes de sus madres los dos primeros años de vida, tienen menos ansiedad al entrar al colegio y mayor dominio de sí mismos a los 5 años.
- Fergusson 1987: investigó desórdenes de conducta y concluyó que estos declinan con la duración incrementada de la lactancia.
- Los chicos que tuvieron una lactancia más prolongada demostraron un ajuste social más fuerte y consistente.
- El amamantamiento prolongado está relacionado con detectables aumentos en la habilidad cognitiva y en los resultados académicos en un estudio hecho sobre chicos de 8 a 18 años (Horwood, 1998).
- Existen diferencias significativas entre un mayor índice de desarrollo mental y la duración prolongada del amamantamiento (Morrow, 1998).
- Las lactancias prolongadas están relacionadas con menores escalas de ansiedad en estudios con jóvenes adultos (Hawkins 1975) (Bushnell, 1977).



claves para una Lactancia exitosa

3.

1. Comienza a amantar a tu hijo **lo antes posible**, preferiblemente dentro de la hora siguiente al parto. El contacto piel con piel mantendrá al bebé a la misma temperatura que en una incubadora.
2. En el inicio de la LM **no le des chupetes o biberones complementarios**, ya que confunden su patrón de succión (no se parecen en nada al pezón) y el bebé debe aprender a mamar. Aunque puede tener algún efecto psicológico beneficioso, el chupete puede ser un foco de gérmenes y malformaciones y provocar falta de apetito. Nunca debe utilizarse más allá del segundo año de vida.
3. Salvo por prescripción facultativa **no le des agua azucarada o suero** glucosado. El niño alimentado a pecho materno, no necesita agua, zumos o infusiones hasta la introducción de la alimentación complementaria.
4. Olvídate de horarios y da el **pecho al niño a libre demanda**, es decir cada vez que él lo pida y el tiempo que él desee. Que el niño desee comer de nuevo a las dos horas, o incluso sólo con una hora de intervalo entre toma y toma, especialmente los primeros días, es normal. La leche materna se digiere muy rápido, lo que facilita el vaciamiento gástrico y hace que el niño tenga ganas de comer de nuevo pronto. Eso no significa que tu leche no le alimenta, es lo normal.
5. En cada toma, **el tiempo lo marca el niño**. Como guía es importante que sepas que la leche materna varía del principio al final de la toma. La primera contiene más agua, para saciar la sed del niño, y la última es más rica en grasa, para saciar su hambre. Si el niño no toma esa leche final no estará bien alimentado. No es cierto que después de 10 minutos el niño sólo juega con el pezón; lo que hace es calmar su instinto de succión y seguir obteniendo leche, ya que la leche del pecho no se acaba nunca. Mientras el bebé chupe, siempre obtendrás algo de leche. Si dejas gotear lentamente un grifo sobre un vaso, podrás observar cuanta agua puedes obtener gota a gota en sólo 5 minutos (unos 40 mil. más o menos). Además, el niño puede provocar más esa cantidad. Puedes sentir esas bajadas si prestas atención a la forma de tragar del niño y a un ligero cosquilleo en tus senos. Espera a que el niño se suelte por sí sólo; si no lo hace, cámbialo después de 25 minutos más o menos al otro pecho, y deja que tome lo que desee.
6. Siempre comienza **la siguiente toma con el pecho del que menos tiempo tomó** para que no sientas un pecho más grande que otro y la producción en los dos pechos sea igual. No te fíes de tu memoria, mejor usa un imperdible o algo similar para marcar el pecho por el que has de comenzar en la siguiente toma.
7. Dar el pecho puede doler un poco al principio, pero no demasiado. Si te duele mucho es posible que el niño no esté prendido al pecho adecuadamente. Colocar al **bebé correctamente** al

pecho es esencial para el éxito. La mayoría de los problemas se solucionan con una colocación adecuada. Si se te agrietan los pezones, prueba con diferentes posiciones y asegúrate que el bebé toma el máximo de areola en su boca, que el pezón está encima de su lengua, sus labios hacia fuera y que no succiona sólo del pezón. Acude a las pomadas sólo en última instancia y bajo prescripción, porque algunas contienen productos que pueden resultar agresivos para tu piel o tóxicos para tu bebé (si tienes que aplicarte alguna, asegúrate de secarla bien con agua tibia antes de la siguiente toma). Unas gotas de tu propia leche son también muy efectivas y más naturales, pero procura que los pechos se sequen al aire y que no se maceren con la humedad del goteo lácteo. Cambiante a menudo los empapadores para la leche que gotea.

8. Aunque los primeros días notarás tus senos muy hinchados, esto no continúa así por mucho tiempo, y **la producción se adapta a la demanda.** De modo que no pienses que tu leche se ha ido porque tu pecho no está tan hinchado. En cuanto el niño comience a chupar, la leche comenzará a fluir. A mayor demanda mayor producción; es decir, cuanto más chupe el niño y con más frecuencia más leche saldrá. Conociendo esto, tú puedes tener tanta leche como desees.
9. En las primeras semanas, si el niño no pide su alimento con frecuencia, al menos cada dos o tres horas, debes despertarle y ponerlo al pecho (ya sea de día o de noche) o no estar alimentado debidamente. No es necesario que te levantes en la noche para darle el pecho, **puedes recostarle a tu lado y darle el pecho acostada.**
10. Para saber si tu **hijo está recibiendo suficiente leche**, comprueba que moja sus pañales con frecuencia (6 a 8 veces), y realiza una o más deposiciones diarias en el primer mes de vida. Aunque a veces puede provocar estreñimiento. El aumento mensual de peso junto al resto de su desarrollo corporal también señalará si todo va bien.



4.1. Justo después del parto

Si el parto fue normal, lo ideal es poner al bebé al pecho inmediatamente después del mismo. Si hubo cesárea con anestesia general, el bebé esperará hasta que la madre despierte. El bebé tiene reservas suficientes para esperar a su mamá. En los partos normales, la “subida de la leche” se produce más o menos a las 48 horas, mientras que en las cesáreas puede tardar 72 horas o un poco más. No obstante, también hay casos de madres que refieren haber tenido esta subida a la semana del parto. No hay por qué alarmarse, lo único que hay que hacer es seguir estimulando el pecho hasta conseguir la estimulación completa de todo el eje hipotálamo-hipofisiario.

Es importante ponerlo al pecho inmediatamente después de nacer porque hay que darle la seguridad, el calor y la protección que el niño busca y necesita además, el reflejo de succión presenta una respuesta máxima a los veinte-treinta minutos de vida. Si se aprovecha esta actividad se favorece el comienzo de la síntesis y eyección lácteas al incrementarse la prolactinemia y la liberación de oxitocina, respectivamente. Esta última hormona también contribuye a la involución puerperal del útero. Por otra parte, proporciona tempranamente los nutrientes y otros componentes del calostro y ayuda al establecimiento de la relación afectiva madre-hijo.

Por todo esto:

- La placenta saldrá más rápido.
- El bebé tomará el calostro que lo protege contra enfermedades y le limpia el estómago.
- El bebé aprenderá a mamar correctamente.
- La madre tendrá menos sangrado después del parto.
- La matriz regresará más rápido a su tamaño normal.
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche.
- La madre no tendrá fiebre con la subida de la leche.

Para ayudar a **conseguir que se prenda** a tu pecho y no lo dañe:

- Estimula tu pezón rotando los dedos en su base, como dando cuerda a un reloj, hasta que se ponga erecto y sea más fácil para el bebé tomarlo.
- Toca con el pezón los labios del bebé, para que él lo busque y abra la boca.



- Cuando el bebé busque con la boca bien abierta, levanta tu mama con la mano e introduce el pezón y parte de la areola (el área oscura alrededor del pezón) en su boca.
- Con la ayuda de las mejillas y la lengua se consigue que el pezón quede contra el paladar. Debes aplicar los dedos índice y medio (o índice y pulgar) para ofrecer el pezón lo más prominente posible, rechazando la masa de la mama para evitar que se obstruyan las fosas nasales.
- Controla que el bebé tenga el labio inferior hacia fuera. Asegúrate de que el bebé tome en su boca la totalidad del pezón y una buena parte de la areola. La posición de la boca del bebé es lo más importante para evitar irritación y grietas en el pezón.

Recordar que:

- Hay que tenerlo en contacto apenas nace todo el tiempo que sea posible.
- Ofrecerle el pecho todas las veces que se muestre inquieto o llore.
- Déjalo succionar y obsérvalo, tendrá un ritmo sostenido por unos minutos, hará una pausa y luego retomará el ritmo.
- El recién nacido amamantando a demanda puede hacerlo entre ocho y catorce veces al día. El número de mamadas disminuye a medida que el niño crece. El verdadero ritmo lo acordarán su bebé y usted, llevada por su instinto materno.
- Es muy importante que tú estés cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se te lastimen los pezones. (ver tema “Posición correcta del bebé”).
- Al principio no dar otro alimento, agua, manzanillas ni demás infusiones, que le llenen el estómago.
- Ten mucha paciencia los primeros días, el jamás ha comido y el mamar es toda una técnica, que tienes que aprender.
- Debes mirar al niño a una distancia adecuada (contacto ojo a ojo) y hablarle en tono alegre y cariñoso. Estos actos son de gran importancia en el establecimiento de la comunicación entre ambos con el logro de una adaptación y reconocimiento recíprocos.
- Recuerda que él espera a que tú entiendas lo que desea. Él no puede hablar contigo, su comunicación es a través del llanto.

4.2. Dudas

1. Succión. Verifica que al succionar el bebé tenga las mejillas “infladas” (es decir no hundidas hacia adentro). Al succionar, el bebé no debe hacer ruido con los labios. Debe observarse movimiento en la sien y la oreja de bebé, no en las mejillas y los labios. Después de una serie de succiones rápidas (con las que el bebé estimula el reflejo de eyección de la leche de su mamá), el ritmo de las succiones cambiará a uno más lento. Cada varias succiones lentas y largas se escuchará el ruido del bebé al tragar. Si observaras que el bebé no está bien prendido, despréndelo interrumpiendo la succión con un dedo puesto en las comisuras de los labios del bebé y ofrécele el pecho nuevamente.

2. Tiempo. La capacidad de succión y las necesidades energéticas están disminuidas los primeros días de la vida, por lo que las mamadas son más breves. En etapas posteriores, el niño quiere gradualmente mamar más tiempo. Permite que el bebé mame en un pecho hasta quedar satisfecho. Limitar el tiempo que pasa el bebé prendido al primer pecho ofrecido puede impedir que el bebé acceda a la “leche gorda” que se produce al final de la toma. Cuando el bebé suelte el primer pecho, hazle expulsar el aire y ofrécele el otro pecho. Si el bebé lo toma, permítele mamar hasta que nuevamente se dé por satisfecho. Si no lo toma, o mama poco tiempo, ofrécele primero ese pecho en la próxima mamada.

3. Finalizar. Si por alguna razón necesitaras finalizar la toma, no lo separes sin interrumpir la succión, ya que puede lastimar el tejido de la mama y los pezones.

4. Frecuencia. La frecuencia de las tomas varía según la edad del bebé. Adaptarse y aceptar el ritmo de tu bebé es el paso fundamental para disfrutar la lactancia. No hay reglas sobre la frecuencia y duración con que se debe alimentar al bebé. No es cierto que el bebé reciba el 90% de su alimento en los primeros 10 minutos. Deja que el bebé determine su propio horario de alimentación y esto dará buen resultado. Debes dar el pecho: cuando el niño lo pida, cuando sientas tus pechos llenos o cuando el niño duerma demasiado (no dejes sin vaciar tus pechos más de 6 horas). Esto es importante hacerlo especialmente en las primeras 2 semanas.

5. Problemas. El primer trimestre de vida, es el período donde se producen más abandonos de la lactancia por falta de información. El bebé comienza a crecer aceleradamente, tiene “ataques de hambre”, cambia el ritmo, pide más cantidad, pide más seguido,... Esto puede hacerle creer que su leche no alcanza: esto nunca es real. No te asuste. No dejes que alguien le dé el biberón. Después de cada mamada, si el bebé se quedó con hambre, espere entre 20 y 30 minutos, cámbialo, llévalo a pasear, toma líquido y vuelve a darle el pecho, el cual ya acumuló entre 20 y 30 cc. de leche, suficiente para satisfacer al bebé. Aumentarás la producción en un 20 % en la próxima mamada. En

24 a 48 horas producirás la cantidad suficiente y volverás al ritmo anterior de mamadas. Cuando la temperatura ambiente supera los 32° C, los bebés piden muchas mamadas cortitas para tomar más de la primera leche aguada que les calma la sed.

6. Solución. A partir del segundo trimestre de vida el bebé ya sabe mamar muy bien y tú ya sabes todo lo que es necesario. La relación madre-niño está muy afianzada. La lactancia ya casi no presenta problemas.

Indicadores de una cantidad suficiente

A largo plazo el mejor indicador de que el bebé está recibiendo suficiente leche es una ganancia ponderal adecuada. Sin embargo, las reglas sobre el incremento de peso apropiado para bebés alimentados con biberón pueden no ser apropiadas para bebés alimentados con leche materna, ya que se basan en promedios de crecimiento de bebés alimentados con fórmula. Un comienzo lento puede ser compensado después, al mejorar la forma de mamar. Las tablas de crecimiento solamente son guías.

Los indicadores que debemos tener en cuenta para saber si el bebé está tomando suficiente leche y si está bien alimentado son:

- **Succión y ritmo:** un bebé que está recibiendo bastante leche succiona de una forma muy característica. Por lo general, el bebé abre su boca ampliamente y succiona con ritmo lento y constante. Cuando el bebé recibe la leche, abre la boca aún más y, en este instante, hace una pausa, perceptible si se observa el mentón del bebé. Esta pausa no se refiere a aquélla que hace el bebé entre succión y succión, sino a la que hace durante una succión. Cada una de estas pausas corresponden a la toma de una cantidad sustancial de leche y, cuanto más prolongada sea la pausa, más leche está recibiendo. Esta es la mejor forma de saber si el bebé está recibiendo lo suficiente. El bebé que tiene varios minutos de “succión tipo pausa” en cada toma, y se retira del seno satisfecho, está recibiendo suficiente leche. Si solamente chupa o hace la “succión tipo pausa” por un rato muy corto, probablemente no esté tomando lo suficiente. Este tipo de succión se puede detectar desde los primeros días de vida y no es tan obvio más tarde, cuando la mamá produce mucha leche.
- Los **movimientos intestinales** del bebé. En los primeros días después del parto, el bebé excreta meconio (se acumula en el intestino del bebé durante el embarazo) que hace que las heces sean negroverdosas, pegajosas, firmes y casi inodoras. En el tercer día, las heces se tornan más cla-

ras, puesto que el bebé recibe más leche. Usualmente, en el quinto día, las heces se tornan más claras, apariencia “normal” (en un bebé amamantado esto significa que es blanda tendiendo a líquida, color mostaza, y generalmente con poco olor). Sin embargo, los movimientos intestinales pueden cambiar considerablemente las características de la deposición, que puede ser verde o naranja, contener moco o tener la consistencia de una loción para afeitar (por las burbujas de aire). La variación en el color no significa que algo esté mal.

Sin ser obsesivo, llevar un control de la frecuencia y cantidad de las deposiciones es una de las mejores formas de saber si el bebé está recibiendo suficiente leche. Después de los primeros 3-4 días, el bebé debe haber aumentado sus movimientos intestinales de tal forma que, hacia finales de la primera semana, debe tener mínimo 2-3 deposiciones sustanciales amarillas por día. Muchos bebés manchan el pañal con cada comida. El bebé que esté excretando meconio al cuarto o quinto día debería ser llevado al pediatra. Un bebé que haga solamente deposiciones de color café probablemente no está recibiendo suficiente leche (aunque no es definitivo).

Algunos bebés amamantados después de las primeras 3-4 semanas de vida, pueden cambiar abruptamente su patrón de deposiciones de muchas veces en un día, a una cada tres días o incluso menos. Siempre y cuando el bebé esté bien y la deposición sea suave, amarilla, no hay necesidad de preocuparse, no es necesario ningún tratamiento, porque es algo normal.

Cualquier bebé entre 5-21 días de edad que no tenga por lo menos un movimiento intestinal sustancial en 24 horas debe ser controlado. Generalmente, las deposiciones pequeñas y poco frecuentes durante este tiempo pueden ser debidas a que la leche recibida no es suficiente. Hay excepciones y todo puede estar bien, pero es mejor revisarlo.

- **Orina.** Con seis pañales bien mojados (no solamente húmedos) en un período de 24 horas, después de 4-5 días de nacido el bebé, se puede estar seguro de que el bebé está recibiendo mucha leche. Es obvio que esta indicación no sirve si se le está dando agua extra.

La orina del bebé debe ser clara como el agua después de los primeros días de nacido, aunque una orina oscura ocasionalmente no debe preocuparnos. Durante los primeros 2-3 días de vida, algunos bebés orinan rosado o rojo; se debe a la presencia de cristales de ácido úrico (“infarto úrico”), que puede estar asociado con la menor cantidad de leche que toma el bebé lactante comparado con el bebé alimentado con biberón. La aparición de este color de la orina debe llamar la atención para verificar que el bebé esté colocado adecuadamente al pecho.

- **Peso.** Del nacimiento a los cuatro meses un bebé que recibe sólo pecho típicamente subirá entre 113-226 gramos por semana. De los 4 a los 6 meses el bebé subirá entre 85. 142 gr. por semana. De los 6 a los 12 meses el niño subirá de 42-85 gr. por semana.

5.

POSICIÓN CORRECTA DEL BEBÉ

Una correcta colocación evitará molestias y grietas en tus pezones y tu hijo obtendrá la leche que necesita.

- Busca una postura cómoda para sostener al bebé cerca del pecho sin esfuerzo. Puedes ayudarte de almohadas o cojines para apoyar el peso del niño.
- El bebé estará frente al pecho, no tendrá que girar la cabeza para alcanzar el pezón.
- La madre debe sostener el pecho con los dedos formando una “C”, colocando la cara del niño mirándole el pecho.
- La barriguita del niño debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.
- Si el niño no abre la boca, la madre le roza los labios con el pezón para que la abra. (ver tema “Técnica de Lactancia”)
- Cuando el niño abre la boca la madre lo acerca al pecho y el niño debe tomar completamente una buena parte de la areola, asegurándose de que su nariz y su barbilla estén tocando el pecho.



Algunas posiciones para amamantar bien

Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.

POSICIÓN ACOSTADA

Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche.



POSICIÓN SENTADA

Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómodo posible.



POSICIÓN SANDÍA

Es una buena posición para después de una cesárea y para amamantar gemelos.



Material que se puede utilizar para las diferentes posiciones: almohadas, rodillos, cojines, sacos de arena, cuñas, dispositivos antiequino, colchones consistentes.

Utilizar también apósitos protectores, vendajes almohadillados, sobre todo en aquellas zonas que soportan mayor presión.

¿Qué pasa cuando el niño mama bien?

Para que el niño mame bien debe abarcar parte de la areola. La barbilla del niño queda tocando el pecho de la madre; la nariz queda libre para respirar. La lengua queda colocada debajo del pezón ordeña la leche de los senos lactíferos. La areola y el pezón se alargan dentro de la boca del niño hasta tocar el paladar. El niño puede sacar bien la leche. El pezón de la madre no se lastima.



¿Qué pasa cuando el niño mama mal?

Al tomar solamente el pezón, el niño no exprime los senos lactíferos, por lo tanto, no extrae bien la leche.

Cuando a un niño le han dado biberón se confunde y no toma bien la areola. Al no poder sacar suficiente leche el niño no queda satisfecho, llora y rechaza el seno. Al no mamar se disminuye la producción de leche. El niño no aumenta de peso porque no está sacando suficiente leche. El pezón se lastima, el pecho se puede congestionar e infectar. La madre con dolor no quiere seguir dando el pecho...

CUANDO EL NIÑO NO MAMA BIEN, FRACASA LA LACTANCIA MATERNA



6.

COMPOSICIÓN de La Leche materna

La leche de los primeros 2 días, llamada calostro, es amarillenta y espesa. En ella encontramos una abundancia de macrófagos y linfocitos en general, junto con inmunoglobulinas, estos anticuerpos protegen al niño contra organismos invasores, en los conductos galactóforos maternos y en el intestino del lactante. El calostro tiene efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio de su intestino, eliminando así la bilirrubina, que en exceso provoca ictericia.

Durante los primeros siete días, el calostro va perdiendo su color y la leche se va poniendo cada vez más blanca (leche de transición), hasta los 10 o 15 días que es cuando aparecerá la leche ya formada llamada leche madura.

En la primera parte de la toma, la leche es más aguada y calma la sed del niño, se produce en los pechos en los intervalos entre las tomas. A mitad de la mamada se produce más leche, abundante y espesa, que sacia y alimenta, es como el plato fuerte, y al final de la toma, la leche es más cremosa, es como el postre que hace que el niño engorde; es más blanca porque contiene menos agua y más cantidad de grasas y proteínas (La leche materna es un alimento complejo y vivo, imposible de copiar, del cuál todavía no se conocen todos sus elementos. Y aún cuando fuese posible imitar artificial o biotecnológicamente todos sus componentes, no se podría lograr que la interacción entre ellos fuese igual que la natural, de modo que tampoco se podrían conseguir los mismos efectos que los naturales producen en el organismo.)

Aún con todos los cambios, la leche artificial sigue siendo inferior a la humana; en particular carece absolutamente de todos los sistemas de defensa que la madre transmite a través de la secreción láctea, y que son importantes sobre todo frente a los microorganismos causantes de diarreas. Carece también de un enzima que se encuentra exclusivamente en la leche humana, lipasa, que activada por las sales biliares, facilita la digestión de la grasa de la leche.

PROTEINAS

El contenido promedio aceptado de la leche humana es de 1.2-1.3 gr/100 ml. La proporción entre proteínas del suero y caseína en la leche humana es de 60:40; la de la leche de vaca es de 20:80. La proteína preponderante de la leche humana es la alfa-lactoalbúmina, importante componente enzimático especie-específico del hombre, mientras que la predominante en la leche de vaca es la beta-globulina bovina, especie-específica para las vacas y principal responsable de la intolerancia láctea en bebés. La leche humana es rica en aminoácidos libres y cistina.

El aminoácido taurina no es sintetizado por el recién nacido y el prematuro, ya que deriva de la cistina. Su concentración es 30-40 veces superior en la leche materna. Tiene un importante papel

como neurotransmisor y neuromodulador del SNC y parece intervenir en la conjugación de los ácidos biliares.

Las proteínas de la leche de vaca, ya sean del suero o caseína, son estructural y cuantitativamente diferentes de las proteínas de la leche humana y pueden generar respuestas antigénicas. Aunque la fórmula modificada para bebés hecha con leche de vaca puede sustituir la leche materna, la leche de vaca que no ha sido modificada no es recomendable durante los dos primeros años, ya que es demasiado rica en proteína, fósforo, y sodio. Esto provoca que los pequeños e inmaduros riñones funcionen más rápido, agotando su capacidad para excretar el exceso de nutrientes. Asimismo, la beta-lactoglobulina puede ocasionar una reacción en la mucosa del intestino, provocando sangrado y anemia secundaria por deficiencia de hierro.

La leche materna también contiene proteínas fijadoras de ácido fólico, proteínas fijadoras de vitamina B₁₂ y una proteína activa frente al estreptococo, lactoperoxidasa.

- **Lactoferrina:** es uno de los componentes de la leche humana que participa en la protección del recién nacido frente a los microorganismos. Esta proteína tiene como propiedad principal la de unir fuertemente el hierro. En condiciones fisiológicas, tiene muy poco hierro unido y es capaz de fijar el que se encuentra en el medio, de tal forma que los microorganismos no disponen de él para su proliferación. En investigaciones recientes se ha visto además que la lactoferrina también puede tener un efecto bactericida al interactuar con la pared de los microorganismos, desestabilizándola y causando su muerte. A través de estos dos mecanismos, la lactoferrina puede desempeñar un papel esencial en la protección del recién nacido frente a infecciones gastrointestinales. La lactoferrina se encuentra en el calostro humano en concentraciones especialmente elevadas, y aunque sus niveles descienden en los primeros días, mantiene su presencia a lo largo de toda la lactancia. En la vaca, esta proteína es también abundante en el calostro, pero su concentración en la leche definitiva es muy baja, alrededor de la décima parte de la que se encuentra en la leche humana.
- **Inmunoglobulinas (anticuerpos):** son proteínas capaces de reconocer y unirse específicamente a las estructuras contra las que están dirigidas (los antígenos) permitiendo su reconocimiento y facilitando su destrucción por el conjunto del sistema inmune. Las inmunoglobulinas se encuentran en una elevada proporción en el calostro y en pequeña cantidad en la leche. Proceden de la sangre o son sintetizadas en la propia glándula mamaria. En la especie humana, las inmunoglobulinas calostrales no se absorben, sino que permanecen en el tubo digestivo al que protegen contra la colonización por microorganismos patógenos.

Los factores inmunológicos de la leche materna son humorales y celulares. En el calostro y en la leche madura se encuentran todos los tipos de inmunoglobulinas, predominando la IgA, IgM e IgG. La concentración de IgA e IgM en el calostro es muy superior a la encontrada en etapas posteriores de la lactancia. La IgA está casi exclusivamente en su forma de IgA secretora con especificidad frente a muchas bacterias, virus y toxinas producidas por gérmenes enteropatógenos (*E. coli*,; *V. cholerae*). En el recién nacido no se absorben las inmunoglobulinas en el intestino. La preponderancia de anticuerpos específicos, como la IgA secretora, pone de relieve la eficacia de la inmunidad local digestiva transferida por la leche materna para contrarrestar la inmunodeficiencia neonatal transitoria. La IgA secretora se sintetiza en la glándula mamaria por los linfocitos sensibilizados que emigran desde el intestino, materno (circulación linfocitaria enteromamaria).

- La leche materna, sobre todo el calostro, contiene un elevado número de células inmuno-competentes (80-90 por 10⁴ son monocitos o macrófagos y el resto linfocitos). Además, se encuentran ambas poblaciones linfocitarias B y T. Se sugiere que intentan cubrir las necesidades de un sistema inmune local distinto del sistémico.
- Las inmunoglobulinas predominantes en la leche de vaca son la IgG e IgM. Esta diferencia sustancial con la leche materna hace pensar en la dificultad de adaptación de la leche de vaca para el niño.
- Lisozima: muchas bacterias tienen sus paredes formadas en gran parte por polisacáridos complejos. La leche humana (pero no la de vaca) contiene una proteína de pequeño tamaño, la lisozima, capaz de romper los polisacáridos de estas paredes y destruir así a las bacterias. Esta proteína se encuentra en mayor concentración en los primeros días de la lactación y es consecuentemente más activa en este periodo que en etapas más avanzadas de la lactación.

GRASAS

La tasa de lípidos es muy variable de una mujer a otra, según el régimen alimentario y la hora del día (se eleva al final de la mañana y al inicio de la tarde), oscilando entre 2 y 4.5 gr/100 ml en la leche madura. Representa el 35-50% de las necesidades de energía, además de aportar lipasa pancreática al mismo tiempo.

La leche materna es rica en ácidos grasos poliinsaturados esenciales para el ser humano, imprescindibles para la formación de cerebro, retina, membranas celulares, entre otras o para la síntesis de prostaglandinas, tromboxanos, y otras sustancias biológicas. También aporta ácidos grasos monoinsaturados de cadena larga, los cuales favorecen un mayor rendimiento calórico, son de fácil absorción y carecen de efecto aterogénico.

El contenido de colesterol es más elevado en la leche materna que en la de vaca; es de origen endógeno (no se influye por la alimentación o por la colesterolemia de la madre). Se ha sugerido que el niño necesita alimentos ricos en colesterol para desarrollar la capacidad de metabolizar el colesterol ingerido en la edad adulta. Esto no es un hecho rotundamente confirmado.

Los triglicéridos de la leche materna contienen más de 150 ácidos grasos diferentes. Su origen y función son prácticamente desconocidos. Su absorción está relacionada con su estructura característica, que le confiere más fácil acceso al lugar de acción de las lipasas.

LACTOSA

El 80% de los carbohidratos lo constituye la lactosa, aunque también hay pequeñas cantidades de galactosa, fructosa y otros oligosacáridos. Aporta el 40% de la energía necesaria para el niño, facilita la absorción de hierro y promueve la colonización de *Lactobacillus bifidus* debido a su contenido en acetil-lactosamina. La leche de vaca contiene menos lactosa y oligosacáridos.

VITAMINAS

Sus concentraciones son adecuadas para las necesidades del niño. En el posparto, la concentración de Vitamina K es más alta en el calostro y leche temprana que en la tardía. La Vitamina E es suficiente, pero la D es baja, a pesar de lo cual no se ven casos de deficiencias de las mismas.

MINERALES

La concentración de calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor no son afectadas por la dieta materna, pero están mejor adaptadas para los requerimientos nutricionales y la capacidad metabólica del niño que en la leche de vaca.

La proporción del calcio y fósforo en la leche materna favorece la absorción del calcio y facilita la mineralización ósea. No ocurre esto con la leche de vaca, en la que proporción que alcanza el fósforo es superior, dificultando la absorción del calcio.

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de complejas interacciones entre los componentes de la leche materna y el organismo del niño, de tal manera que más del 70% del hierro de la leche materna se absorbe, comparado con el 30% en la leche de vaca.

La leche materna tiene tres veces menos contenido en sodio que la leche de vaca. Esto confiere a la primera una baja osmolaridad y, en consecuencia, impide una sobrecarga renal de solutos en una etapa de la vida del niño caracterizada por inmadurez funcional que le hace incapaz de eliminarlos.

OTROS COMPONENTES

También hay hormonas como la Oxitocina, Prolactina, Esteroides ováricos, adrenales, un factor antiestafilocócico y otros componentes como la pieza secretora, estimulantes del quimiotactismo (fracciones del complemento) o el interferón.

Los factores no inmunológicos incluyen los que favorecen el crecimiento de la flora intestinal saprofita formada en su mayor parte por *Lactobacillus bifidus* (Ej., ciertos oligosacáridos y glucopéptidos). Esta cepa produce; ácido acético que inhibe el crecimiento de algunas enterobacterias patógenas.

SUPLEMENTOS

- **Fluor:** de acuerdo con las bases fisiológicas de la alimentación infantil de la OMS, durante el período de 6 meses de lactancia exclusiva no se recomiendan suplementos de flúor, incluso en el caso de que la cantidad de flúor presente en el agua de abastecimiento sea insuficiente.
- **Hierro:** la leche de vaca y la humana tienen igual cantidad de hierro, pero el hierro de la leche humana se absorbe mucho más. El hierro de la leche humana es suficiente, aún en el caso de madres anémicas que amamantan. Los nacidos a término y exclusivamente amamantados hasta los 6 meses, no requieren suplementos de hierro. En cambio, los alimentados con leche de vaca necesitan hierro adicional, o mejor, la utilización de fórmulas enriquecidas.

INDICACIONES

7. PARA OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN

Contraindicaciones de la lactancia materna:

La Lactancia Materna sólo está contraindicada en caso de padecimiento de:

- SIDA e infección por VIH en la madre lactante.
- Herpes zoster en el área del pezón.
- Galactosemia en el caso del bebé.
- Enfermedades maternas graves, como la tuberculosis, deben considerarse individualmente.

O en casos de consumo por parte de la madre de:

- Medicamentos de alto riesgo.
- Drogas: cocaína, anfetaminas, heroína, marihuana.

Situaciones de especial cuidado:

- Hipertiroidismo, en la mujer hipertiroidea en tratamiento, hay que llevar un control riguroso de la frecuencia cardíaca y función tiroidea del bebé.
- Abuso tabaco. La nicotina pasa a la leche materna. Aunque no hay datos detallados sobre los efectos del tabaquismo materno en el lactante, se ha descrito una menor ganancia de peso y menor secreción de leche asociados al consumo materno de tabaco, por lo que debe considerarse contraindicado. La lactancia es una ocasión ideal para la abstención del tabaco. En el peor de los casos, si la madre fuma durante el periodo de lactancia, le recomendaremos dejar un intervalo de una hora y media entre el cigarrillo y la tetada.
- Abuso de cafeína. La ingesta de dosis bajas de cafeína no parece provocar trastornos en el niño. Pueden ser aceptables uno o dos cafés al día.
- Abuso de alcohol. Deben consumirse grandes cantidades para que exista un efecto clínico obvio sobre el bebé. No obstante, se debe recomendar la abstinencia alcohólica a las madres, permitiendo como mucho el consumo esporádico de pequeñas cantidades de alcohol.
- Otras drogas. Todas las drogas conocidas se excretan por la leche, por lo que debemos contraindicar la lactancia en estos casos. El estado de irritabilidad psicomotora de los niños expuestos durante

el embarazo y la lactancia, a drogas ilegales, dificulta su alimentación con LM. Se han descrito casos de intoxicación en madres cocainómanas: irritabilidad, hiperexcitación, apnea, etc.

Situaciones sin riesgo alguno:

Aunque la madre esté enferma, la leche materna siempre es buena. Por eso, ella SI puede continuar dando el pecho cuando está con:

- Resfriados.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de garganta.
- Diarrea o dolor de estómago.
- Tratamiento de la epilepsia.
- Paludismo.
- Hipotiroidismo.
- Tratamiento anticoagulante.
- Enfermedades contagiosas como:
 - Bronquitis.
 - Hepatitis.
 - Enfermedades de transmisión sexual.

(Estas enfermedades no pasan al niño a través de la leche. Por el contrario, la leche materna protege al niño de estas enfermedades)

POSIBLES PROBLEMAS maternOS

8.

Pezones planos y umbilicados:

Se entiende por pezones planos, aquéllos que cuando son estimulados permanecen planos; y por pezones umbilicados, los que cuando son estimulados se retraen. Esto hay que tenerlo en cuenta en el examen físico de la embarazada, aunque sin olvidar que no se puede hacer ninguna predicción sobre el éxito final de la lactancia, basándose en la inspección antenatal, ya que se pueden producir cambios drásticos en la forma del pezón, alrededor del parto.

El éxito de la lactancia tiene mucho más que ver con la correcta posición del bebé que con la forma del pezón. También la succión del niño puede solucionar, en parte, el problema, sobre todo en el caso de los pezones planos. En estos casos debemos recomendar el mantenimiento de la lactancia materna y verificar la colocación adecuada del bebé. Si no se consigue una adecuada colocación, puede iniciarse la lactancia con ayuda de un sacaleches y realizar nuevos intentos cuando se haya producido la leche y los pechos se hayan ablandado. De todas formas, se puede recomendar utilizar diferentes mecanismos que existen en el mercado para ayudar a sacar el pezón, en el caso de planos o invertidos.

En último extremo se puede extraer la leche, manualmente o con mecanismos, y alimentar al niño en biberón.

Fisuras y grietas en el pezón:

Las primeras puestas al pecho resultan de por sí dolorosas, especialmente durante los primeros segundos; las molestias disminuyen paulatinamente en días posteriores. Cuando el dolor no cede, aparece de nuevo o hay un sangrado intermitente: hay que sospechar la aparición de grietas o fisuras.

Las grietas son separaciones del epitelio que recubre el pezón y aparecen con más frecuencia en primíparas. Para prevenirlas se recomienda aplicar crema hidratante en los senos durante todo el embarazo. La aparición de líneas violáceas o de Petequias subcutáneas se consideran lesiones precursoras.

En caso de detectarlas, debemos aconsejar: evitar humedad local, aplicar calor local seco y dejar los pezones al aire, durante algún tiempo, entre las tomas.

- Verificar la técnica de lactancia.
- El bebé debe ser retirado del pecho introduciendo un dedo en la boca para interrumpir la succión.
- Secar los pezones al aire antes y después de cada toma.
- Procurar no aplicar cremas (el retirarlas antes de cada toma supone un traumatismo adicional) Si se emplea alguna, lo mejor es lanolina pura.
- Si la afectación es unilateral: no interrumpir el vaciado del lado afecto, puesto que conlleva ingurgitación y empeoramiento; e iniciar la lactancia por el lado sano, para favorecer la subida espontánea contralateral.
- Utilizar analgésicos, si dolor importante, 30 minutos antes de la toma.
- Verificar que el niño toma todo el pezón y parte de la areola al succionar, de tal forma que se estimulen las glándulas de montgomery y secreten esa sustancia grasa que lubrique el pezón.
- Extender las últimas gotas de leche de la toma (ricas en grasa) por todo el pezón, para lubricar.

Para prevenirlas:

- Acomodarse en una postura adecuada.
- No lavarse antes ni después de la toma.
- Mantener los pezones al aire todo el tiempo que se pueda.
- Cambiarse con frecuencia los discos absorbentes.
- Verificar que el niño toma todo el pezón y parte de la areola al succionar.

Taponamiento de los conductos:

Se trata de una masa dolorosa y delimitada en una o ambas mamas sin fiebre (“quiste lácteo”). Debemos realizar un diagnóstico diferencial con mastitis.

El tratamiento consiste en constatar una buena técnica durante el amamantamiento, y previo a ello, colocar compresas calientes sobre la masa para facilitar su vaciado. Se debe aconsejar lactar con más frecuencia del lado afecto. Si la masa no ha desaparecido tras el periodo que dure la lactancia, se debe derivar al especialista para valoración.

Ingurgitación mamaria:

El problema se produce por un exceso de secreción que no puede salir al exterior, junto con hiperemia, provocados por la acción de la prolactina. En las mujeres que presentan esta complicación la mamas están duras, turgentes y muy dolorosas a la presión; a veces la molestia llega hasta la axila, e incluso puede aumentar la temperatura axilar por la proximidad de la mama. El recién nacido encuentra dificultad para extraer la leche, ya que la congestión mamaria dificulta que el niño adapte el pezón a su boca.

La ingurgitación se mantiene casi siempre como producto de una mala técnica. Para prevenir su aparición o corregirla, debemos informar a la madre sobre los siguientes aspectos:

- No intentar regular la frecuencia o duración de las tomas: lactancia a demanda.
- Asegurar una posición adecuada que favorezca la extracción de toda la leche y la estimulación correcta del reflejo de eyección.
- A veces, es suficiente un masaje para ablandar el pecho antes de dar de mamar, lo que resulta más fácil en el baño o ducha. Otras veces se precisa la extracción manual de la leche para ablandar la areola y facilitar la succión del bebé.
- La aplicación de compresas frías sobre las mamas, entre las tomas, puede aliviar.
- No usar ropa que comprima el pecho y dificulte la circulación sanguínea. Manejar el pecho con cuidado, evitando brusquedades. No presionar el pecho mientras se sostiene durante la toma.
- Utilizar analgésicos cuando el dolor es muy intenso.

Mastitis:

Se trata de la inflamación de la glándula mamaria secundaria a un proceso infeccioso; el agente etiológico aislado, en la mayoría de los casos, es el *Staphilococo Aureus*, procedente de la piel

vecina, la rinofaringe del bebé o los loquios. Es la complicación mamaria más grave, además, son habituales los episodios repetidos en una misma mujer. La clínica consiste en la aparición de una masa dolorosa en un cuadrante de la mama, de aspecto eritematoso e indurado; fiebre elevada con escalofríos y síntomas generales (astenia, mialgias,...). Puede existir deterioro importante del estado general.

Las medidas más importantes para la profilaxis son:

1. Higiene de la embarazada y puérpera.
2. Tratamiento de las grietas del pezón (puerta de entrada).
3. Evitar la ingurgitación (el éxtasis de leche puede aumentar el número de bacterias transmitidas a la madre).

Si la mastitis está establecida, la pauta de actuación será:

1. No suspender la lactancia.
2. Vaciamiento frecuente del pecho.
3. Colocar en posición correcta el bebé sobre todo en las tomas siguientes.
4. Reposo relativo de la madre.
5. Otras medidas a tomar:
 - Masaje y ducha caliente para ablandar.
 - Compresas frías/calientes entre tomas.
 - Analgésicos para el dolor.
 - Antibióticos en mastitis infecciosa. Utilizar o pedir que pauten aquellos que son compatibles con la lactancia.

La fiebre debe ceder en 48 horas, de lo contrario debe derivarse al especialista, dado que puede haberse producido un ABSCESO, que requeriría aspirado o drenaje quirúrgico. Pensar también en otras posibles causas de fiebre (descartar como causas graves endometritis y pielonefritis sobre todo).

La lactancia durante este proceso no supone amenaza para el bebé. Muchas veces es la nasofaringe del lactante la fuente de colonización del S.Aureus. El niño puede, a veces, rechazar

ese pecho, debido al aumento de los niveles de sodio y cloro en la leche del seno afecto; en ese caso se debe continuar la extracción de leche de esa mama, manualmente o con sacaleches eléctricos, preferiblemente al mismo tiempo que el bebé lacta del pecho contralateral.

Otros problemas maternos menos frecuentes:

Galactorrea puerperal

Después de cada toma continúa fluyendo leche del pecho; la mujer se queja de la molestia de estar siempre mojada. Se trata de un fenómeno transitorio y autolimitado, que no requiere tratamiento. El niño que se encuentra al mamar con mucha leche, ejerce menor estímulo de succión, y al cabo de los días disminuye la producción láctea.

Candidiasis o monoliasis del pezón

Tras un periodo de alimentación sin dolor, aparece inflamación, dolor del pezón (que puede persistir tras las tomas) y, a veces, quemazón y picor. Los pezones pueden tener: aspecto normal, ligeramente brillantes o claramente eritematosos; en ocasiones, puede observarse material blanquecino en los pliegues del pezón o la areola. Con cierta frecuencia, la madre refiere antecedentes de infección vaginal por hongos o toma reciente de antibióticos.

En estos casos, debemos investigar la existencia de candidiasis oral o anal del bebé, que muchas veces cursa asintomática. Hay que tratar a la madre y al bebé con una solución fungicida, hasta 1-2 semanas después de que desaparezcan los síntomas: aplicación local de Nistatina 4 veces al día o, como alternativa, Clotrimazol 2-3 veces al día. La madre debe enjuagarse los pezones con agua tibia y secarlos al aire, antes de cada aplicación. Si se prefiere evitar la medicación, se puede aplicar una mezcla de una cucharada sopera de vinagre y una taza de agua bicarbonatada (a saturación), seguido de secado al aire.

A veces son procesos recidivantes de difícil tratamiento, en cuyo caso puede valorarse la utilización de un antifúngico oral como el fluconazol. Este medicamento se excreta con la leche, por lo que se recomienda suspender la lactancia, si bien no se han descrito efectos adversos en niños.

Los siguientes factores pueden contribuir al problema de candidiasis:

1. Tomar antibióticos.
2. Comer azúcar o dulces en exceso.

3. El consumo de bebidas alcohólicas.
4. Alergias.
5. Estrés.

Acciones empleadas por las madres para aliviar las molestias de la candidiasis (ninguna debe sustituir al tratamiento médico):

1. Eliminar el exceso de azúcar en la dieta.
2. Comer ajo.
3. Comer yogurt que contenga culturas vivas.
4. Aplicarse yogurt que contenga culturas vivas a aquellas partes de su cuerpo donde tiene la molestia.
5. Lavar y hervir todos los juguetes del bebé, tetinas, chupetes y extractores de leche diariamente.
6. Lavarse las manos frecuentemente sobre todo después de usar el baño y de cambiar el pañal del niño.

Dermatitis de contacto

La mujer se queja de quemazón y sobre todo picor. Puede presentarse con diferentes formas según su estadio evolutivo: eritema, lesiones pápulo-vesiculares o liquenificadas. Se ve favorecida por el uso de determinadas pomadas, por lo que ante su aparición deben interrumpirse todas las aplicaciones locales y lavar el sujetador con jabón suave.

Sólo en caso de molestias importantes se pueden usar pomadas de corticoesteroides de alta potencia durante no más de 10 días (para evitar la supresión del eje hipotálamo-suprarrenal del bebé).

Infección por Herpes Simple

Si la madre tiene la lesión herpética en el pecho se debería considerar éste como infeccioso durante los cinco primeros días, ya que en este período el niño podría ser infectado si es alimentado directamente de ese pecho. Una solución para mantener la lactancia consiste en sacar la leche,

manualmente o con ayuda de un sacaleches, que será dada al bebé con una cuchara después de unas horas (para disminuir el nivel de virus en la leche, dadas las propiedades antivirales de ésta). Puesto que la madre está infectada, su leche llevará anticuerpos contra el virus, que permanecen en la leche después de la extracción, otorgando cierta protección al bebé. En la práctica, algunos expertos consideran la infección por herpes simple como una contraindicación de la lactancia.

Si la lesión no está en el pecho y el niño no está en contacto directo con ella, la lactancia puede continuar, aconsejando a la madre que lave cuidadosamente sus manos antes de alimentar al bebé.

Sangre en la leche o calostro

Se trata de una situación poco frecuente y de etiología incierta, que no parece comportar ningún peligro habitualmente. Se suele solucionar espontáneamente una vez establecida la lactancia. En ocasiones puede deberse a un papiloma de los conductos, por lo que debe remitirse al ginecólogo o cirujano para valoración.

Cirugía mamaria

Las mujeres que han sufrido una mastectomía unilateral pueden ofrecer lactancia materna a sus hijos, siempre que el otro pecho sea funcionalmente normal y reciban consejo médico oportuno, ya que puede haber casos en los que esté contraindicado por la medicación que esté tomando y/o una situación más crítica.

Aquellas con implantes de silicona o que han sufrido una reducción por mamoplastia, generalmente pueden también amamantar, siempre que el sistema nervioso del pezón y el sistema de conductos permanezcan intactos, y no se hayan seccionado (circunstancia muy frecuente).

Lactancia en tándem

Puede darse la circunstancia de una madre que continúa con la lactancia de un hijo a lo largo del siguiente embarazo, y posteriormente dando el pecho al recién nacido como a su hermano. No hay evidencia de que esto sea dañino para la madre o para los hijos, pero es importante tener en cuenta las necesidades del recién nacido. En la práctica, la mayoría de los niños, que continuaban haciéndolo, dejan de mamar durante el embarazo de su madre. Se afirma que el volumen disminuye y el sabor cambia. Otro suceso común en estos casos es la inflamación del pezón.

9.

POSIBLES PROBLEMAS DEL LACTANTE

Ictericia

Durante el examen físico es posible detectar cierto grado de ictericia en muchos lactantes alimentados con leche materna. Se caracteriza por un aumento de la bilirrubina no conjugada, debido a un déficit de actividad de la enzima que lo metaboliza o a una inmadurez hepática.

Se ha sugerido que la escasez de evacuaciones pudiera ser un factor determinante en el retraso en la eliminación de la bilirrubina.

La concentración de bilirrubina nunca alcanza niveles peligrosos; no precisa tratamiento y no debe interrumpirse la lactancia por este motivo. La ictericia suele desaparecer por completo a las 6-8 semanas.

Flatulencia

En el primer mes de vida, el bebé es incapaz de cerrar los labios herméticamente alrededor de la areola mamaria, por lo que suele deglutir aire al mamar. Esto es una situación normal que suele mejorar al ir creciendo el bebé. Para minimizar la flatulencia se debe favorecer el eructo tras la toma.

En ocasiones, la flatulencia puede ser causada por engullir la leche demasiado rápido, debido a un flujo excesivo en una mama distendida; la mejor forma de evitarlo es exprimir cierta cantidad (20-30 cc) antes de poner al niño al pecho. Por el contrario, también puede deberse a falta de leche, lo que hace que el niño degluta aire. Otras veces, la flatulencia se debe a una mala posición del lactante, casi horizontal, que impide salir el aire del estómago hasta que está completamente distendido. Si el niño está bien sentado durante el amamantamiento, el aire sube por el cardias y sale al exterior más rápidamente.

Cólico de los tres meses o cólico vespertino

El cólico es un malestar frecuente, pero sobrediagnosticado; cualquier llanto se le atribuye, aún en presencia de otros factores que puedan originarlo, como el hambre, la sed, el calor o la necesidad de atención. La historia típica es la de un recién nacido de pocos días que tiene un ataque de llanto (gritos), habitualmente por la tarde, entre 2 y 20 minutos de duración, que no se calma al cogerlo en brazos y cede espontáneamente, dejando al niño sollozando un rato más.

Así pueden aparecer varios de estos episodios, hasta que el niño queda finalmente dormido. Los ataques pueden repetirse a diario hasta que la situación se normaliza alrededor del tercer mes.

La etiología es desconocida, aunque se ha achacado a todo tipo de causas: exceso o defecto de alimentación, tomas muy frecuentes o muy espaciadas, tabaquismo paterno, mala técnica de lactancia, falta de eructos tras la toma, problemas emocionales maternos, menstruación (parece que hay una disminución temporal de la cantidad de leche), hipertonía, alergia a las proteínas de la leche de vaca, etc. Posiblemente se trate de varios factores cuya conjunción ocasione un espasmo intestinal doloroso, aunque si se ha comprobado que los niños alimentados con leche materna tienen menos cólicos.

Antes de etiquetar como cólico el llanto de un bebé, hay que descartar otras causas: frío, calor, sed, flatulencia, etc. En ocasiones,, lo que parece un cólico vespertino es sólo hambre del bebé, ya que la producción de leche es menor por las tardes y la toma puede haber sido insuficiente, pero en ningún caso, para tratar de calmarlos, debe dárseles agüitas u otro tipo de líquidos que no sea la leche, porque disminuyen la producción de esta por la madre.

Cuando un niño esté con cólicos, enfermo o tenga diarrea hay que darle de mamar más a menudo.

Para aliviar los cólicos se recomienda lo siguiente:

- Caminar con el niño cargándolo con su barriguita sobre tu brazo.
- Poner la barriga del niño contra el cuerpo y hacerle masajes en la espaldita para eliminar los gases.
- Ponerle paños de agua tibia en la barriga.
- Tratar de buscar ayuda del esposo o de los familiares.
- Masaje intestinal: caminar con el dedo índice y corazón por la tripita del bebé, realizando el recorrido del intestino grueso: ascendente, transversal y descendente.

Otros problemas maternos menos frecuentes:

Todos los niños expulsan leche por la boca, pero unos lo hacen más que otros. Esto ocurre con más frecuencia en niños activos, fuertes y despiertos. Después de la toma (incluso dos o tres horas después) cierta cantidad de leche fluye por la boca, a veces acompañando al eructo.

El tratamiento de este tipo de “vómito” es el de la flatulencia que lo provoca. La incapacidad relativa del cardias en los primeros días de vida hace que, al adoptar el decúbito, el niño regurgite fácilmente tras la toma; es conveniente colocarlos sobre su costado derecho con la cabeza ligeramente más

alta. A estos niños hay que darle de mamar en pequeñas cantidades y más a menudo, hasta que el niño pase una hora sin vomitar. Si continúa vomitando, hay que llevarlo al centro de salud.

Debe descartarse siempre la existencia de una estenosis pilórica. Ésta se suele presentar a las 3-6 semanas de vida, como un vómito copioso inmediatamente después o durante la toma, siendo palpable un tumor en la zona pilórica (“oliva pilórica”).

Estreñimiento

La mayor parte de los niños alimentados con leche materna cuyas madres dicen que están estreñidos, no tienen más que movimientos intestinales normales poco frecuentes. Es muy común ver lactantes amamantados que defecan 5 ó 6 veces al día y unas semanas después lo hacen una vez cada 2 ó 3 días, permaneciendo así unas pocas semanas hasta normalizar sus deposiciones (2 o tres al día). Esto no debe ser causa de alarma y no es preciso tratamiento alguno, si no se aprecia malestar en el niño.

El estreñimiento de la obstrucción intestinal se diagnostica por la distensión abdominal, la ausencia de salida de gases y el vómito verdoso o fecaloideo. El niño desnutrido puede presentar las llamadas “deposiciones de hambre”, defecaciones ligeras, frecuentes, sueltas o semifluidas y con moco.

Diarrea

Las deposiciones normales de un niño alimentado con leche materna varían en color desde amarillo hasta casi blanco. Las deposiciones pueden tener una textura blanda como huevos revueltos y un olor suave pero no desagradable. También la cantidad de deposiciones al día que pueden tener los niños saludables puede variar: pueden tener una cada vez que se alimenta o una cada 3 o 4 días. Pero un niño tiene diarrea cuando hace más deposiciones de las que acostumbra por varios días y si está decaído y no quiere amamantar o comer.

Al igual que en el estreñimiento, la mayoría de las quejas suelen ser infundadas. La diarrea es muy rara en niños amamantados exclusivamente. En los alimentados con leche artificial, aunque sigue siendo raro, puede darse diarrea con alguna frecuencia.

Pueden confundirse con diarrea las heces de color verdoso y con moco de los niños con desnutrición (prácticamente inexistente ya en nuestro medio). También, en ocasiones, el zumo de naranja puede provocar pequeñas diarreas en el niño.

A un niño con diarrea hay que ofrecerle el pecho más seguido para que no se desnutra ni se deshidrate. Si no quiere mamar, la madre puede ordeñarse la leche y dársela poco a poco y con mucha paciencia con una taza y cucharita limpias. De la misma manera hay que darle suero de rehidratación oral.

Si la diarrea continúa después de 3 días o una diarrea leve pero que continúe más allá de 14 días, si tiene fiebre, si tiene sangre o moco en las deposiciones, hay que llevarlo inmediatamente al centro de salud. Si un niño amamantado con leche materna tiene diarrea y está orinando menos de 6 veces en un día, si tiene la boca seca, los ojos y la mollera hundidos, si llora sin lágrimas, el niño se está deshidratando y está en peligro. Hay que llevarlo inmediatamente al centro de salud. Mientras tanto, la madre debe continuar dándole el pecho y suero de rehidratación oral.

Después de que termine la diarrea, la madre debe darle de amamantar todas las veces que el niño quiera para que recupere la salud y las fuerzas.

Somnolencia y apatía

Hasta los 2 meses de vida, muchos lactantes se quedan dormidos entre un pecho y otro, sin haber finalizado la toma. Este hecho puede deberse a varias causas: exceso de abrigo, inmadurez (en estos casos se corrige sólo hacia las 8 semanas) o demasiado tiempo puesto en una mama. Se debe procurar no mecer al bebé mientras se le da el pecho y, si se queda dormido, tratar de despertarlo para que termine la toma.

En el caso de presentar apatía o desinterés, hay que valorar las causas, como pueden ser: un pezón corto que no produce estímulo en el paladar, ictericia fisiológica notoria, frío o exceso de abrigo o calor, deficiencia mental, infecciones, a veces, simplemente sueltan el pecho para descansar, jugar o mirar alrededor etc. Debe establecerse un horario de lactancia bastante rígido, para que el niño se mantenga más despierto. Si no hay un correcto vaciamiento de la mama, debe hacerse de forma manual. Al igual que en los casos de irritabilidad (casi siempre por mala colocación del lactante), esta conducta suele resolverse antes de las 2 semanas.

Gripe o catarro

Un niño con mocos y tos puede tener dificultades en amamantar. Si la respiración es difícil, hay que limpiarle la nariz antes de darle el pecho.

A veces las gripes y catarros se pueden empeorar si no se cuidan. Signos o síntomas de alerta ante los cuales se debe acudir al centro de salud:

- Si el niño tiene fiebre.
- Si la madre oye ruido en el pecho del niño.
- Si tiene respiración rápida.
- Si tiene tos rebelde.
- Si tiene dolor y pus en los oídos.

La madre debe continuar amamantándolo porque le da tranquilidad al niño y ayuda al este a luchar contra los catarros, gripes, bronquitis o la neumonía. La leche materna ayuda al niño a recuperarse rápidamente.

Rechazo del pecho

Después del tercer mes algunos niños rechazan el pecho de repente. Este rechazo puede suceder porque: el niño ha tenido gripe, está molesto, ha estado separado de la madre por largo tiempo, le han dado biberones, la madre comió algo con sabor fuerte o muy picante que pasó a la leche. En estos casos, la madre debe darle más atención al niño: puede acariciarlo, darle masajes, cogerlo y procurar darle de mamar cuando esté casi dormido.

Si continúa rechazando el pecho puede ser porque el niño está enfermo, la madre puede extraerse la leche y dársela con taza o con vaso que hayan sido lavados y hervidos. Para que el niño trague bien la leche, debe colocar el borde de la taza o el vaso debajo del labio de arriba. Si la lengua toca el vaso el niño lo empujará hacia fuera.

Galactosemia

Es un error congénito del metabolismo, en el que el niño necesita la leche exenta de lactosa para poderla digerir, metabolizar y asimilar. En este caso la Lactancia Materna estaría contraindicada.

Fenilcetonuria

En este caso puede administrarse una lactancia materna exclusiva o mixta con una fórmula láctea especial.

Dificultades para lactar

Estos serían los casos en los que el bebé tiene fisura palatina, cardiopatías congénitas, recién nacidos con bajo peso, dificultad para la succión, etc. Debe procurarse que la madre se extraiga la leche para administrársela al niño de forma adecuada.



10.

CAUSAS DE ABANDONO

Principalmente las causas de abandono de la lactancia materna son:

1. La aparición de **grietas**. (Ver tema 8)
2. **Candidiasis** (infección por hongos), esta dolencia las madres la refieren como **pinchazo** interno y muy agudo. (Ver tema 8)
3. Pechos duros, por **ingurgitación, obstrucción o mastitis**. Si la obstrucción no desaparece con la lactancia y con los masajes, ésta puede convertirse en una infección del pecho o mastitis. Se recomienda que la madre se extraiga la leche manualmente. (Ver tema 8)
4. **Pechos blandos**. La subida de la leche no siempre se refleja con pechos duros. Puede existir suficiente leche sin tener ingurgitación mamaria. Algunas madres que están lactando perfectamente nunca se sentirán llenas de leche.
5. **Fiebre**. La existencia de fiebre materna, ya sea debido a una infección en los senos o por cualquier otro tipo de infección, no debe ser causa de abandono de la lactancia. (Ver tema 8)
6. **Llanto de niño**. Este puede ser debido a diferentes motivos:
 - Sed. Al ponerlo al pecho, el niño tomará esa leche mas aguada del comienzo de la toma y se saciará.
 - Hambre. Puede que la cantidad de leche sea insuficiente. Frecuencia de las mamadas en el primer trimestre de vida. (Ver tema 8)
 - Dolor. Si las otras dos necesidades las tenemos cubiertas la siguientes causas a buscar del dolor son, en primer lugar por gases o cólicos que son las más comunes y en segundo lugar, calor o frío, estreñimiento y diarrea.
 - Reclamo de atención materna. El bebé solamente dispone de un mecanismo para solicitar la atención de la madre y es el llanto. Cuando el bebé se calma inmediatamente al ponerlo al pecho es una muestra de su necesidad de su atención, afecto y cariño.
7. **Acoso por parte de familiares y/o amigos**. Este, por desgracia, es uno de los problemas que más impiden a una madre lactante continuar dando el pecho satisfactoriamente y que por consiguiente puede acabar con la lactancia materna en parte (introduciendo lactancia artificial) o en su totalidad. Muchas madres refieren una constante presión por parte de sus allegados con discursos tales como: “tu leche no es buena”, “tu leche no es suficiente”, “tu hijo se está quedando con hambre”, etc. Esto crea una inseguridad y una duda constante en la madre, que unido a un agotamiento físico acaba por tomar una decisión equivocada.

8. Problemas laborales. La incorporación al trabajo es uno de los problemas actuales también muy importantes en el abandono de una lactancia materna exclusiva, pero este puede resolverse fácilmente si tomamos nuestras precauciones tempranamente. (ver tema 13)

Todas estas causas de abandono podrían resumirse en cuatro dudas importantes por parte de la madre:

1. La cantidad de leche que recibe su hijo. (ver tema 3 y 4)
2. Duración de las tomas. (ver tema 3 y 4)
3. Frecuencia de las tomas. (ver tema 3 y 4)
4. Problemas maternos o del bebé. (ver tema 3, tema 4 y 13)

Como hemos podido comprobar todos tienen, en principio, solución sencilla, rápida y eficaz.

11.

alimentación de La madre Lactante

En cuanto a la alimentación de la madre, en primer lugar hay que hacer algunas desmitificaciones.

Es falso que:

- La cerveza aumenta la producción de leche.
- Para aumentar la producción de leche, la madre debe tomar más de un litro diario de leche de vaca.
- Los disgustos te agrian la leche.
- Si tomas mucho zumo de naranja, la piel del bebé será más bonita.

Es verdadero que:

- La cerveza no, pero la levadura de cerveza, aumenta la producción de leche en la madre.
- El calcio, sobre todo el procedente de verdura de hoja verde, pescados y frutos secos, es bueno, hay que tenerle incluido en la dieta, pero no interviene en la galactopoyesis (mantenimiento de la secreción láctea).
- Algunos alimentos tomados por la madre, varían considerablemente el sabor de la leche:
 - Espárragos.
 - Alcachofas.
 - Coles.
 - Coliflor.
 - Coles de bruselas.
 - Alcaparras.

Las recomendaciones dietéticas para la madre lactante, en general, están encaminadas a mantener una alimentación equilibrada, constante y lo más sana posible. Una alimentación equilibrada tiene una amplia base de fruta, verdura, y legumbres (contienen fibra, vitaminas y minerales), aceite de oliva no refinado y pescado azul (aceite omega 3). Como fuentes de hidratos de carbono se puede utilizar cereales integrales, pan, pasta y arroz integral, patatas, legumbres, etc. Alimentos como los lácteos, la carne y los huevos han de ser ingeridos de forma eventual. Otros, como el azúcar o los alimentos procesados industrialmente y las grasas saturadas, deben ser evitados, como veremos más adelante.

A continuación, expongo una dieta básica equilibrada, que puede servir como modelo:

1. Líquido

Bebe mucho, en cantidades pequeñas repartidas durante todo el día y entre comidas, un mínimo de 2,5 a 3 litros, entre agua y zumos de fruta, en una proporción de 2/1. Hay que evitar el café en lo posible, los refrescos con cafeína y gaseosas. Evitar la leche de vaca o no superar más de un vaso al día (es poco digestiva).

2. Desayuno

Fruta, zumos naturales, cereales integrales (muesli) con yogur, pan integral con aceite de oliva y tomate. Algo de queso (mejor fresco), frutos secos, malta, infusiones, achicoria. Leche de soja.

3. Almuerzo

Fruta, pan integral (bocadillo) con queso, aceite de oliva, tortilla española o francesa, tomate, boquerones, etc.

4. Comida

Verduras crudas (ensaladas) y cocinadas, arroz integral y cereales integrales (cocidos o en brotes), cualquier tipo de pastas (integrales), legumbres cocidas o en brotes (como lentejas, garbanzos, soja, etc.). Tofu, seitán. Pescado (mejor azul), carne de cordero (sin grasa) o de pollo, pato o pavo (evitar de granja), hasta dos veces a la semana. Huevos de granja, pero no fritos. Nunca carne de cerdo ni embutidos: como única excepción: jamón serrano de bellota o de York. Patatas, fruta.

5. Merienda

Yogur con fruta, plátanos, frutos secos, infusiones.

6. Cena

Más o menos como la comida, también sopas o hervidos de verduras, etc. Pan integral.

- Azúcares refinados y dulces.
- Grasas saturadas (de procedencia animal) y grasas “Trans” o hidrogenadas (margarina, bollería, aceites refinados, etc.).
- Sal en exceso.
- Embutidos (a excepción del jamón ibérico de bellota, en pequeñas raciones).
- Harinas blancas refinadas (pan blanco, pasta blanca, etc.).
- Productos procesados industrialmente (productos preparados, precocinados, enlatados, en conserva) con conservantes o colorantes químicos.
- Carne roja y aves, en exceso (más de una vez por semana). Procurar que la carne sea de origen biológico o de caza. En especial, evitar el cerdo y la grasa animal.
- Tabaco y alcohol (si se recomienda una copa de vino tinto bueno, diaria).

Este tipo de alimentación unido a un poco de ejercicio físico, como caminar 1 hora al día, ayudará a la madre a sentirse en forma, mejorar o mantener su salud y afrontar los problemas que puedan surgir con mayor vitalidad.

El niño al mamar, estimula el cerebro de la madre a que ordene la producción de más leche. Este estímulo también hace que los óvulos no maduren. Al no madurar los óvulos no hay riesgo de embarazo.

Cuando el niño succiona está enviando mensajes que le dicen al cerebro de la madre: quiero leche, haga leche, quiero leche, haga leche, necesito esta leche para crecer, no quiero hermanito ahora.

MELA (Método de Lactancia y Amenorrea) es un método anticonceptivo eficaz, en un 98 %, que evita otro embarazo en los primeros meses, siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

- El bebé sea menor a 6 meses.
- No tienes menstruación después de 56 días (2 meses).
- Das sólo y exclusivamente lactancia materna: Día y Noche.
- No toma biberones ni chupete.
- No debe pasar más de 6 horas sin mamar.

Cuando no se cumpla alguna de estas condiciones, la pareja que quiera evitar otro embarazo inmediato debe acudir a un centro de planificación u orientación familiar.

Otros métodos:

Existen varios métodos para prolongar el tiempo entre los embarazos que pueden ser utilizados por la madre lactante o su esposo sin afectar la lactancia materna:

- DIU. Se pone a los 40 días posparto.
- Esterilización quirúrgica u operación para la mujer o para el hombre.
- Espermicidas: cremas, óvulos, tabletas. Más eficaces si se combinan con algún otro método, por ejemplo de barrera.
- Preservativo. Seguro hasta en un 96 % si se utiliza correctamente.
- Naturales: Método Billings o del moco cervical, Método de la temperatura, Método del ritmo u ogino, coitos interruptus y abstinencia.
- Pastillas o inyectables con progesterona. Comenzar 6 semanas después del parto.

Consultar siempre con un especialista antes de tomar una decisión, pues algunos métodos puedes bajar la producción de la lactancia.

13. *extracción y* *CONSERVACIÓN. INCORPORACIÓN al trabajo*

Técnicas de extracción

- Lavarse bien las manos con jabón y agua caliente.
- Lavar las partes de la bomba que tienen contacto con el pecho o leche al igual que los recipientes de colección, ya sea en el lavavajillas o manualmente con agua caliente jabonosa. Enjuagar con agua fría y secar naturalmente o con una toalla limpia.
- Cuándo bombear depende de usted y del horario de su bebé. Como generalmente el suministro de leche es mayor en 1ª mañana, quizás sea éste el mejor momento para extraerla. Tratar de establecer un horario entre las comidas del bebé que sea flexible. Si el bebé se salta una comida, mama menos de lo normal o sólo mama de un lado, bombear el resto de la leche para almacenarla. Si piensa regresar al trabajo y continuar amamantando, comience a extraer la leche de una a dos semanas antes de que se reincorpore a sus labores: Se recomienda emular anticipadamente el horario de extracción que seguirá una vez en el trabajo.
- Antes de extraer la leche, sentarse cómodamente y relajarse. Extraer la leche con la bomba extractora siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Existen diversos tipos de recipientes para almacenar la leche materna, incluyendo bolsitas plásticas especialmente diseñadas y recipientes de vidrio o plástico. Todas ofrecen ventajas, por lo tanto, seleccione el tipo que le sea más conveniente.
- Extraer, manualmente o con bomba, la leche dentro de un recipiente de colección limpio, cerrar, y rotularlo con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador (nunca rotular directamente sobre plástico blando, pues partículas de tinta podrían traspasarlo). Todos los sacaleches deben ser de plástico, ya que los de cristal producen adherencias de leucocitos (macrófagos), reteniendo elementos de defensa implícitos en la leche materna.
- Normalmente la leche humana varía de color, consistencia y olor, dependiendo de la dieta de la madre y del tipo del recipiente de almacenamiento, usado.



Conservación de la leche

- Si no va a usar la leche extraída hasta después de unos cuantos días, congelarla de inmediato en la sección más fría del congelador, asegurándose de que el recipiente no toque las paredes internas de descongelación automática del congelador.
- Al congelar la leche, cerciorarse de que haya espacio suficiente en la parte superior del recipiente ya que, como todos los líquidos, la leche materna se expande cuando se congela.
- Si va a usar bolsitas plásticas, utilice el tipo diseñado especialmente para coleccionar leche materna. Antes de almacenar, doblar repetidamente el borde superior, asegurándolo con cinta adhesiva o para congelador. Colocar varias bolsas pequeñas en una bolsa más grande para proteger el contenido contra rupturas.
- Si la leche se almacenara por más tiempo que unas cuantas horas, rotular el recipiente con la fecha y la cantidad.
- Congelar la leche en porciones pequeñas y así se desperdiciará menos leche si su bebé consume menos de lo esperado.
- Cerrar el recipiente herméticamente.
- En el transcurso del día, se podrá agregar pequeñas cantidades de leche fría en el mismo recipiente. Refrigerar después de agregar cada porción.
- Si no va a usar la leche dentro de 5 o 7 días, congelarla lo más pronto posible.
- También se podrá agregar porciones a leche previamente congelada. Primero, refrigerar la leche fresca extraída hasta que esté fría. Luego, agregarla a la leche congelada. La cantidad de leche fresca a agregarse deberá ser menor que la congelada previamente.
- No congelar nuevamente leche descongelada.
- La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado:
 - Temperatura ambiente (27°-32°): 12 horas
 - Refrigerador (no en la puerta): 3 días
 - Congelador normal: 14 días a 1 mes
 - Congelador 5 estrellas: hasta 6 meses
- Descongelar lentamente.
- Calentar la leche al baño maría en agua caliente no hirviendo.
- No calentar en microondas.

Utilización posterior de la leche

- Para utilizar la leche congelada ésta debe ser descongelada lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Después de descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas. No debe volverse a congelar.
- Para entibiarla, agitar el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo. El calor excesivo destruye enzimas y proteínas.
- Advertir a la madre que la grasa de la leche extraída se separa al congelar y se homogeneiza al descongelarla y agitarla suavemente.
- La leche puede ser administrada al niño con vaso, cuchara o biberón.
- No se sabe si es apropiado el refrigerar lo que quede de un biberón después de que el niño haya tomado un poco. Estudios recientes muestran que la leche materna retrasa el crecimiento de bacterias, así que puede ser seguro el almacenar estos sobrantes para su uso más tarde.

Incorporación al trabajo

Para mantener la producción de leche cuando la madre tiene que separarse de su hijo por más de 2 horas, se recomienda:

- No darle biberón.
- Darle de mamar por la mañana, por la noche y durante los fines de semana.

Aún cuando la madre no esté presente para dar el pecho, el niño puede continuar recibiendo la leche materna. Si la madre se extrae la leche cada 3 horas y la conserva en un sitio fresco, la persona que esté cuidando al niño puede dársela durante la ausencia de la madre con un vaso o taza limpios. Debe siempre evitarse el biberón dado que el niño se acostumbrará fácilmente al aplastamiento de la tetina en vez de la succión de los pechos. Esto dificultará la progresión de la lactancia y facilitará el avance al destete.

Consumo promedio por peso

3,600 gramos.....	639 ml. en 24 horas
4,000 gramos.....	720 ml. en 24 horas
4,500 gramos.....	801ml. en 24 horas
4,900 gramos.....	879 ml. en 24 horas
5,400 gramos.....	960 ml. en 24 horas
6,400 gramos.....	1119ml. en 24 horas
7,300 gramos.....	1280ml. en 24 horas

Los fármacos y otras sustancias que pasan desde la sangre a la leche materna lo hacen, por difusión pasiva o por transporte activo. La tolerancia del lactante al fármaco depende fundamentalmente de la edad. El período neonatal es el más vulnerable debido a la inmadurez hepática y renal, así como a la mayor permeabilidad intestinal. Como regla general sólo deben administrarse medicamentos a la madre en caso de absoluta necesidad, debiéndose elegir los más inocuos para el niño. Por otra, parte, la duración del tratamiento debe ser lo más limitada posible y evaluar la posibilidad de interrumpir transitoriamente la lactancia. Por último, no deberían prescribirse a la madre medicamentos de reciente aparición en el mercado.

A continuación se enumeran los medicamentos más utilizados en la madre lactante y su posible repercusión en el niño:

a) MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS. Pueden utilizarse sin peligro la eritromicina, ampicilina, oxacilina y cefalosporinas. Deben evitarse otras penicilinas, cloranfenicol, kanamicina, ácido nalidíxico, nitrofurantoína y tetraciclina. Las sulfamidas desplazan la bilirrubina de la albúmina, por lo que pueden en las primeras semanas aumentar el riesgo, de «Kernikterus».

b) MEDICAMENTOS CON ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. Entre los anti-convulsivantes sólo se evitarán los bromuros y el valproato sódico, utilizándose el diazepam con precaución. La cantidad de fenitoína, pirimidona y etosuximida que pasa a la leche es despreciable. De fenobarbital sólo atraviesa el 1 por 100 de la dosis administrada.

Entre los antidepresivos, las fenotiacidas pueden causar somnolencia en el niño, y las sales de litio, hipotonía. Los compuestos tricíclicos se eliminan en pequeña cantidad por la leche.

c) MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES Y RENALES. La digoxina, administrada a la madre en dosis terapéuticas, no afecta al niño. La reserpina puede producirle diarrea y los betabloqueantes no deben administrarse.

Entre los diuréticos puede administrarse la espironolactona y la furosemida, no así la clortalidona, que puede acumularse. Los diuréticos tiazídicos pasan escasamente a la leche, pero inhiben la secreción láctea.

d) ANTICOAGULANTES. Tanto la heparina como los cumarínicos pueden administrarse, ya que no pasan a la leche.

e) BRONCODILADORES Y EXPECTORANTES. La amiófilina parece ser inocua, aun cuando los niños presentan irritabilidad. Los simpaticomiméticos administrados a la madre por inhalación

no tienen efecto sobre el niño. Los compuestos yodados están contraindicados por el riesgo de suprimir la función tiroidea.

f) **ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS.** El ácido acetilsalicílico y el paracetamol administrados ocasionalmente no tienen contraindicación, pero sí en dosis elevadas o durante largos períodos. La codeína, morfina y metadona pueden utilizarse, ya que sólo aparecen en la leche en cantidades insignificantes. La pirazolona y la butazolidina no deben administrarse en las primeras ocho semanas. La indometacina está contraindicada.

Todos los derivados del cornezuelo de centeno suprimen la lactancia, por lo que debe evitarse la utilización a largo plazo de la ergotamina. La ergonovina y metiler-gonoYina pueden administrarse en el post-parto a corto plazo.

g) **HORMONAS.** Los anticonceptivos orales disminuyen la secreción láctea y alteran la composición de la leche. Los corticosteroides (prednisolona) pueden detectarse en la leche en pequeñas cantidades. La opoterapia tiroidea no interfiere con la lactancia; sin embargo, el tiouracilo es peligroso para el niño.

h) **ANTINEOPLÁSICOS.** La lactancia en madres que reciben ciclofosfamida o metotrexato está contraindicada. Se ha demostrado que tales antineoplásicos pasan a la leche.

i) **LAXANTES.** Aquellos que pueden absorberse (bisacodil o antraquinonas) pasan a la leche y no deben administrarse a la madre lactante.

j) **ALCOHOL, TABACO Y OTROS PRODUCTOS.** El alcohol alcanza en la leche niveles semejantes a los del plasma. Las altas concentraciones son tóxicas para el niño e inhiben el reflejo de la eyección láctea. Sin embargo, el consumo ocasional y en pequeñas cantidades no tiene efectos adversos.

Igualmente, la nicotina pasa a la leche e inhibe la secreción láctea. Además, no debe fumarse donde se encuentre el niño por el riesgo de inhalación de otros productos nocivos del tabaco.

La cafeína pasa a la leche y cuando se ingiere produce irritabilidad en el lactante. La leche materna contiene pesticidas en mayor cantidad que la leche de vaca; sin embargo, no parecen perjudiciales para el niño.

Respecto al plomo y cadmio pueden encontrarse en la leche materna, pero se desconoce la cantidad mínima que puede resultar tóxica para el niño.

Principios generales

1. Evitar el uso de medicamentos innecesarios. Si es factible, retrasar la terapia hasta el destete.
2. Aconsejar a las madres que consulten antes de consumir algún medicamento por su cuenta.
3. Valorar siempre, antes de prescribir, los posibles riesgos y beneficios para la madre y el bebé.
4. Evitar el uso de drogas con riesgo conocido de toxicidad en adultos o niños. Por lo general, los fármacos autorizados para su uso en niños no suelen suponer un riesgo para el bebé lactante.
5. Los lactantes (y particularmente los prematuros) tienen un mayor riesgo de efectos adversos medicamentosos, debido a sus funciones excretorias inmaduras y el riesgo consecuente de acumulación de la droga.
6. Elegir siempre la vía de administración que suponga la menor exposición de droga al lactante.
7. Evitar preparaciones de efecto prolongado, sobre todo en el caso de drogas capaces de causar efectos secundarios serios (por ejemplo antipsicóticos).
8. En el caso de fármacos monodosis, tomarlos antes del período más largo de sueño del niño. Si esto no es posible, hacerlo al finalizar la toma. Evitar amamantar en los periodos de concentración máxima de la droga (entre 1 a 3 horas después de ingerida la medicación).
9. La polimedicación puede suponer un riesgo mayor, sobre todo cuando los efectos adversos (como adormecimiento) son aditivos.
10. Debe vigilarse la aparición de signos o síntomas extraños en los lactantes expuestos a drogas.
11. Evitar el uso de nuevos medicamentos en madres lactantes, sobre todo si existe una alternativa con mayor experiencia en su uso. Rara vez existe información suficiente sobre el uso de un fármaco nuevo en la lactancia.
12. SIEMPRE DEBE TRATARSE DE NO SUSPENDER LA LACTANCIA, ya que las consecuencias para la salud del niño pueden ser desfavorables.

15.

alimentación complementaria

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

No existen bases científicas suficientes para establecer normas muy concretas, aunque las recomendaciones son que en los niños lactados al pecho no es recomendable iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y en los alimentados con lactancia artificial se puede iniciar entre los 4-6 meses de edad. Los motivos por los que no es recomendable iniciar antes la alimentación complementaria se describen a continuación:

- Interfiere con la lactancia materna.
- Supone un aumento de la carga renal de solutos.
- Es hiperosmolar.
- Puede provocar sensibilización a alérgenos alimentarios.

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la LM hasta los 12 meses; la OMS y la UNICEF hablan de una lactancia exclusiva hasta los 6 meses y un destete que vaya más allá de los 2 años de la vida del bebé.

A partir de estudios antropológicos sabemos que en muchas culturas no occidentales las mujeres amamantan rutinariamente a sus hijos hasta los tres o cuatro años de edad. De igual forma, investigaciones recientes han permitido determinar que los beneficios aumentan cuando el lactante es amamantado exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y, posteriormente se procede a un período prolongado de amamantamiento combinado con una alimentación complementaria.

No está clara la duración más idónea de la LM, existiendo varias teorías al respecto, algunas de ellas sorprendentes. Para algunos autores, el destete en la especie humana se debería hacer al alcanzarse el triple o cuádruple de peso al nacimiento (2 o 3 años). Otros abogan por hacerlo al alcanzar un tercio del peso de adulto (4 - 7 años!) o en función de la duración del período de gestación (entre los mamíferos en general la edad de destete coincide aproximadamente con la duración de la gestación). Según las investigaciones de Smith (1991), muchos mamíferos primates destetan a su progenie cuando ésta desarrolla sus molares permanentes, situación que se da en los humanos entre los 5 y los 6 años de vida, edad en la que justamente alcanzamos la autonomía inmunológica. (Dettwyler, 1994). La selección natural ha favorecido a los niños que presentan una fuerte predisposición genética a esperar ser amamantados varios años desde su nacimiento, por lo que el instinto de mamar permanece fuerte en ellos durante todo este período.

“El repentino y prematuramente quitarle al niño la experiencia emocional más satisfactoria que haya conocido lleva a una angustia significativa tanto inmediatamente como a largo plazo, tal destete precoz considera la lactancia sólo como una fuente de leche y deja de comprender su significado como medio de consuelo, placer, y comunicación para la madre y el hijo” (waletzky, 1979). Los Doctores Newton y Ratner dicen que las necesidades que se satisfacen al debido tiempo cuando el niño las necesita hacen que sea más seguro, independiente y emocionalmente estable en su futuro.

Algunos creen que la calidad de la leche materna se deteriora después del año, pero lo cierto es que la composición de la leche materna varía de acuerdo a las necesidades del niño conforme éste madura. **Aún cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentación la lactancia materna sigue siendo importante fuente nutritiva e inmunológica pasado el primer año de vida del bebé.**

Recomendaciones de la OMS y UNICEF:

- Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Se pueden ofrecer otros alimentos complementarios a partir de los 6 meses, aunque si el desarrollo sigue siendo adecuado, tal vez no sea necesario dar otros alimentos hasta los siete o incluso los ocho meses.
- Continuar la lactancia materna, junto con otros alimentos, hasta los dos años o más.
- Los alimentos deben ser variados.
- El pecho debe ofrecerse antes que los otros alimentos, para mantener una buena provisión de leche en la madre.
- Los menores de 3 años deben comer al menos 5 o 6 veces al día.
- Añadir un poco de aceite o mantequilla a las verduras, para aumentar su valor calórico.

Se recomienda comenzar a introducir los alimentos complementarios alrededor de la mitad del primer año. Antes de este tiempo, el sistema digestivo del bebé no ha madurado lo suficiente como para digerir y procesar adecuadamente ningún otro alimento que no sea la leche materna. Observe para ver si su bebé está listo. Los bebés varían ampliamente en las edades a las cuales están listos para alimentos complementarios. El esperar hasta que su bebé muestre las señales que muestran que están listos le ayudará a prevenir alergias en el futuro.

Sin embargo, cada niño es diferente, algunos bebés están listos para otros alimentos a los 6 meses, y otros no están listos hasta los 9 ó 10 meses. Busque las siguientes señales:

- un incremento en el número de veces que el niño pide mamar que no se relacionan con una enfermedad o con la erupción de dientes.
- interés creciente en los alimentos que otros consumen en la mesa.
- la habilidad de sentarse solo.
- el que ya no use la lengua para sacar de su boca algún alimento que llegue a probar.
- la habilidad de tomar cosas en las manos y llevárselas a la boca.

Alrededor de los tres o cuatro meses habrá una etapa cuando el bebé comience a tomar todo lo que alcance (como la comida del plato de la madre) pero si alcanza a metérsela a la boca, no muestra interés en comérsela.

Cuando su bebé comience a comer mayor cantidad de otros alimentos, no se le olvide darle el pecho primero, antes de ofrecer los demás alimentos. También sepa que el bebé no necesita grandes cantidades, sólo una cucharadita para empezar. Los demás alimentos aún no son tan buenos para su bebé como la leche materna durante el primer año, usted sólo estará acostumbrando al bebé a otros sabores y texturas.

Alimentación complementaria

Los cambios se hacen sustituyendo la toma correspondiente de leche por el alimento nuevo, probando poco a poco. No es recomendable usar cuchara antes del 6º o 7º mes, al no saber manejarla por falta de madurez, el bebé puede rechazarla sin que eso signifique que no le gusta lo que se le ofrece. Al ir haciéndose mayor, irá disminuyendo el número de tomas que el niño recibe, de forma que de las 6-8 veces al día en que suele alimentarse al empezar la complementación pasará progresivamente a 4-5 tomas en la segunda mitad del primer año.

Según los médicos o pediatras que atiendan a sus hijos, recibirán unas u otras recomendaciones a cerca de los alimentos y el orden en el que deben ser introducidos.

Actualmente en el Área de Salud de Toledo, y concretamente en el Centro de Salud de Palomarejos las recomendaciones son las siguientes:

A pesar de que reconocen que cuanto más tarde se inicie es mejor, las hojas informativas comienzan la introducción de la alimentación complementaria en el quinto mes.

QUINTO MES: Se comienza con cereales sin gluten añadiendo a la toma de la noche, 2-3 cucharadas. A la semana iniciar también cereales en el desayuno. Las papillas sin gluten son de arroz y/o maíz. A los 15 días del inicio de los cereales, comenzar con la papilla de frutas.

SEXTO MES: Se comenzará con el puré de verduras, sin sal, a la hora de la comida. A los 15 días aproximadamente de tomar el puré de verduras, se le puede añadir carne: pollo ó ternera. Se puede incluir el yogur de inicio tras la verdura o la fruta.

OCTAVO MES: Se puede introducir cereales con gluten. Una vez que lo esté tomando, ya puede darle a morder un trozo de pan, añadirle alguna galleta a la papilla de frutas, etc.

NOVENO MES: Yema de huevo cocida, nunca cruda, añadida al puré de verduras en sustitución de la carne. Yogur y/ó queso fresco.

DÉCIMO MES: Añadir al puré de verduras, pescado blanco; pescadilla, merluza, gallo, lenguado, mero..., fresco o congelado. Se puede incluir el cordero.

A PARTIR DEL AÑO: Se comenzará con las legumbres; lentejas y garbanzos, añadidas al puré de verduras. Se podrán incluir todo tipo de cereales, incluso con miel y cacao. También dan validez a la introducción de la leche de vaca a partir de este momento.

En general en las hojas informativas que se reparten a las madres en las consultas, se asume de forma generalizada una alimentación artificial o mixta, no haciendo hincapié en fomentar y mantener la alimentación con leche materna.

Desde otro tipo de especialidades médicas, como la Psiconeuroinmunología (especialidad de medicina que no existe aún en nuestro país, si en otros países como Holanda y Alemania) que se basa en otro tipo de estudios de investigación menos protocolizados, más flexibles y atendiendo a las leyes de la naturaleza humana, aconsejan lo siguiente:

Premisas:

- Mantener como principal alimentación del lactante la leche materna hasta, como hemos visto anteriormente, que el bebé esté preparado y nos muestre las señales oportunas (procurando siempre no antes de los 6 meses).
- La introducción prematura de cereales, especialmente el maíz, y otros carbohidratos puede provocar obesidad, aportar sodio adicional y aumentar el riesgo de alergias, por lo que no conviene comenzar una alimentación complementaria por este tipo de alimentos.



- Utilizar alimentos con la menor manipulación y elaboración posibles, es decir, comenzar siempre que se pueda, con la introducción de alimentos biológicos y ecológicos.

Cronología:

- Primero comenzar con papillas de frutas de temporada que no sean muy dulces (manzana, naranja, pera, melón, sandía, etc).
- Seguir con purés de verduras de hoja. Es recomendable añadirles algo de leche, sobre todo al principio para adaptarles mejor al sabor. Se puede añadir un chorrito de aceite de oliva virgen extra.
- Una vez tolerada la verdura se puede ir añadiendo a los purés un puñadito de arroz (preferentemente integral).
- Introducir después tubérculos.
- Se puede ir introduciendo la yema de huevo cocida, nunca cruda, añadida al puré de verduras. Comenzar con una a la semana, que irá aumentando hasta máximo tres a la semana. (Hay autores que dicen que la separación de la yema del huevo no es completa y también pasan proteínas de la clara, que son las más alérgicas, por lo que recomiendan alargar el tiempo de introducción del huevo a más cerca del año).
- Es la hora de introducir en su alimentación legumbres (cerca del año). Es importante recordar que a la proteína de la legumbre le falta un aminoácido el cual está presente en el cereal y viceversa, combinar ambos alimentos da lugar a una proteína de alto valor biológico.
- Después comenzar con pescado blanco (pescadilla, merluza, lenguado, mero...) y seguir con pescado azul (atún, caballas, sardinas, salmón...).
- Más tarde las carnes (si pueden ser de caza mejor).
- Ya se puede introducir maíz (antes no conviene por su alto índice glicémico) y cereales con gluten. El gluten es una proteína que forma parte de muchos cereales (trigo, cebada, avena y centeno), por lo que debe recordar los alimentos que lo pueden contener para evitar ofrecérselos a su hijo antes de los 8-10 meses. Se debe incluir el gluten sin miel ni cacao. Una vez que lo esté tomando, ya puede darle a morder un trozo de pan, añadirle alguna galleta a la papilla de frutas, etc.
- No se recomienda antes de los 18-24 meses la leche de vaca y/o lácteos, por ser poco digestiva. Aunque es importante decir que dadas sus propiedades bioquímicas no se recomienda en ninguna etapa de la vida. Ver bibliografía.

Como normas generales, para poder comprobar como tolera su hijo los alimentos:

- a) Nunca le dé más de un alimento nuevo al mismo tiempo (para poder descartarlo si aparecen síntomas negativos).
- b) No añada azúcar para enmascarar los sabores (favorece la obesidad y la aparición de caries).
- c) Durante el primer año de vida debe tomar alrededor de un litro de leche o derivados al día.

La lactancia materna es el mejor alimento para tu bebé

factores que aumentan la producción de leche materna

- Suministrar el pecho a demanda.
- No limitar el tiempo al pecho.
- Practicar hábitos saludables.
- Cuantas más veces mame tu bebé más leche vas a producir.

factores que disminuyen la producción de leche materna

- Introducción del chupete, otros alimentos y bebidas.
- Horarios rígidos.
- Malas posiciones del bebé y/o de la madre.
- Pasar más de seis horas sin extraer leche.

Lactario

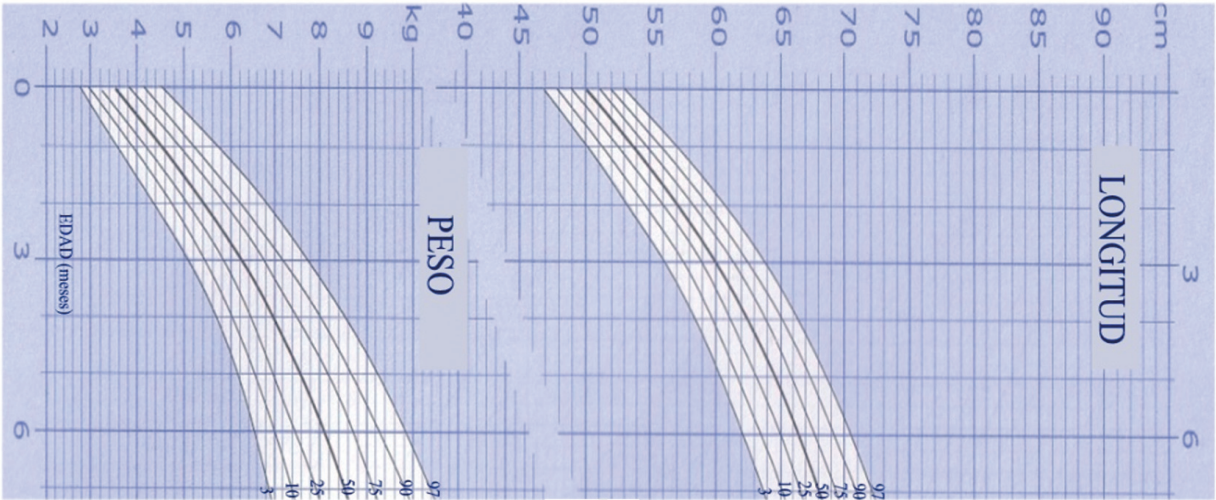


Nombre del bebé:

Nombre y Tlf. de la madre:

Fecha de comienzo:

EDAD	FECHA	PESO	Detalla los tipos de alimentos proporcionados al bebé ajenos a la lactancia materna (ej. sueros, biberones, agua, infusiones,...), así como la introducción del chupete.
1ª semana			
2ª semana			
3ª semana			
4ª semana			
5ª semana			
6ª semana			
7ª semana			
8ª semana			
9ª semana			
10ª semana			
11ª semana			
12ª semana			
13ª semana			
14ª semana			
15ª semana			
16ª semana			
17ª semana			
18ª semana			
19ª semana			
20ª semana			
21ª semana			
22ª semana			
23ª semana			
24ª semana			



La lactancia materna es el mejor alimento para tu bebé

Lactario

factores que aumentan la producción de leche materna

- Suministrar el pecho a demanda.
- No limitar el tiempo al pecho.
- Practicar hábitos saludables.
- Cuantas más veces mame tu bebé más leche vas a producir.

factores que disminuyen la producción de leche materna

- Introducción del chupete, otros alimentos y bebidas.
- Horarios rígidos.
- Malas posiciones del bebé y/o de la madre.
- Pasar más de seis horas sin extraer leche.

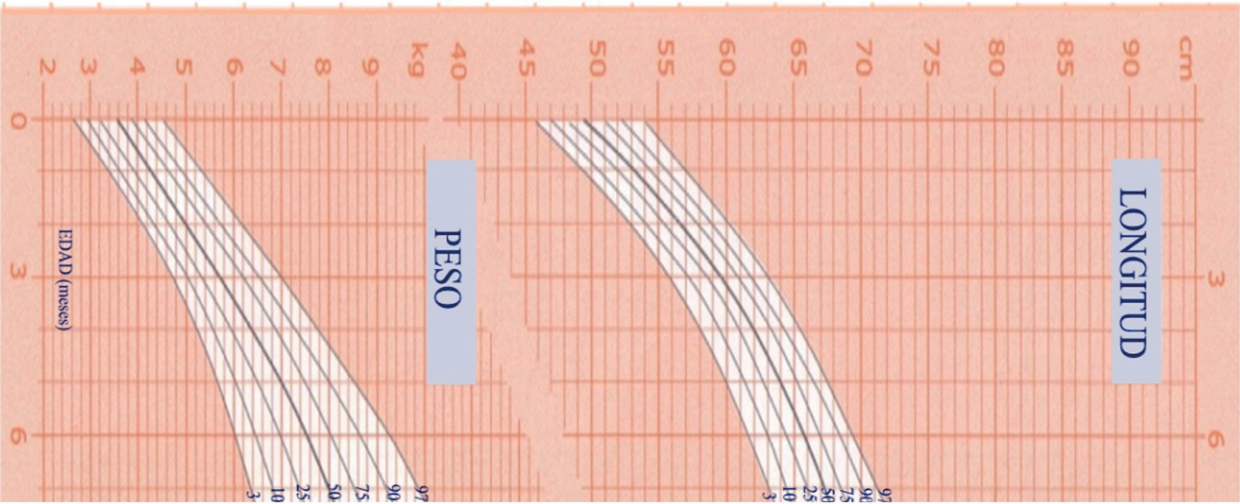


Nombre del bebé:

Nombre y Tlf. de la madre:

Fecha de comienzo:

EDAD	FECHA	PESO	Detalla los tipos de alimentos proporcionados al bebé ajenos a la lactancia materna (ej: sueros, biberones, agua, infusiones,...), así como la introducción del chupete.
1ª semana			
2ª semana			
3ª semana			
4ª semana			
5ª semana			
6ª semana			
7ª semana			
8ª semana			
9ª semana			
10ª semana			
11ª semana			
12ª semana			
13ª semana			
14ª semana			
15ª semana			
16ª semana			
17ª semana			
18ª semana			
19ª semana			
20ª semana			
21ª semana			
22ª semana			
23ª semana			
24ª semana			



teléfonos

y DIRECCIONES DE INTERÉS

- www.lalecheleague.org/LangEspanol.html
- www.laleche.org/Lang/articulos.html
- www.laleche.org/Lang/faq.html
- www.aquimama.com/articoli/1405.asp
- IBCLC. Ingrid Rowshan. Especialista en lactancia materna para España. Tel. 627308534 / 4467370. E-mail: ingrid---_rowshan@hotmail.com
- TELÉFONO DE DUDAS, CONSULTAS O EMERGENCIAS SOBRE LACTANCIA PROPORCIONADO POR LA LIGA DE LA LECHE EN MADRID: 616206016
- Liga La Leche España. Bilbao (Vizcaya). Tel. 944230136. E-mail: lleuskadi@sarenet.es
- Liga internacional de la leche. Davina. Tel.917349134
- Accesorios de Lactancia: Laboratorios Medela. Tel. 935888545 y Laboratorios Avent. Tel. 914500861
- LLL (La Liga de Leche) Madrid: Betina 91639946, Elvira 918491671, Gina 918595197, Mª Jesús 619987349, Celia 660841099 y Almudena 617647072

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Arena Ansotegui. La lactancia materna en la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. An Pediatr 2003;58(3):208-10.
2. Organización Mundial de la Salud. Reunión conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 1979.
3. WHO/UNICEF: Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Ecology of Food and Nutrition 1991; 26:271-3.
4. Grant JP. Baby-Friendly Hospitals toward a Baby Friendly World. Intern Child Health 1992; 11-16.
5. M. Soto García, N. Pérez Villaverde, L. Rivilla Marugán et al. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. Semergen 2003;29(3):121-4.
6. Meacham Road. N, Sachaumburg, Il. www.lalecheleague.org
7. Linkages. Un proyecto mundial. www.linkagesproject.org
8. Programa de Promoción de la Lactancia Materna. Área de Salud de Toledo 2002.
9. Medela AG. Dar el pecho. 1999.
10. Clara Inés Olaya, Karen Tomaselli. Manual de lactancia Materna.
11. Medela AG. www.medela.com
12. La Lactancia Materna. www.mimatrona.com
13. Dar el pecho es lo mayor. Guía práctica de lactancia. Ediciones Tikal Barcelona.
14. Amamantar sencillo y puro. Liga internacional de la leche. Davina.
15. El gran libro de la lactancia. Marvin S. Eiger MD Wendkos Olds S. Ediciones Medicá Barcelona 1994.
16. Como amamantar a tu bebé. Kitzsnger S. Ediciones Interamericana Madrid 1989.
17. El mejor alimento para tu bebé, la mejor manera. Renfrew M. Fisher C. Arma S. Ediciones Tikal Gerona 1994.
18. Consejos para la Lactancia Materna. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
19. “Lactancia Materna: manual para profesionales” de la Asociación Catalana para la Lactancia Materna.
20. Documentación aportada por las consultas de pediatría del C.S de Palomarejos.
21. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA. www.copeson.org.mx/lactancia/lechemat.htm
22. Lic. Mónica Ispani. Fundación para la Lactancia Materna. www.planetamama.com.ar/parto/lactancia/composición.htm
23. Dra. Vera May. Composición de la leche materna. www.planetamama.com.ar/parto/lactancia.htm
24. Dra. Martínez García, R.Mª. Improntas metabólicas que definen la salud del adulto. Modulación nutricional. Universidad Complutense de Madrid.
25. La leche que no has de beber. David Román. 2005.
26. Leche, quesos, otros lácteos y las 100 enfermedades que provocan holísticamente, 3 Dic. 1999 (21 -25).

