LACTANCIA MATERNA

INDICE **Número pagina**

1.- Comienzo de la lactantacia materna: piel con piel	2
2.- ¿solo pecho?	2
3.- Duración y frecuencia de las tomas	2
4.- Otras recomendaciones	5
5.- Dificultades de la lactancia materna	6
6.- Posiciones para amamantar	7
7.- Contraindicaciones de la lactancia materna.	9
8.- Falsas contraindicaciones de la lactancia materna	9
9.- Indicaciones de suplementos	10
10.- Prevención y tratamiento de posibles problemas	11
11.- Situaciones especiales	14
12.- Extraccion y conservación de leche materna	17
13.- Preparacion de biberones	21
14.- Iniciativa hospital amigo de los niños	22
15.- Iniciativa hospital amigo de la madre	23
16.- Puntos para iniciar la lactancia materna	24
17.- Errores más comunes sobre la lactancia materna	24
18.- Inhibición de la lactancia materna	25

1.- EL COMIENZO DE LA LACTANCIA MATERNA: PIEL CON PIEL

Es importante que se le ofrezca precozmente el pecho al recién nacido. Para ello se debe realizar el contacto precoz madre-bebé durante las primeras horas después del nacimiento (ver protocolo).

2.- ¿SOLO PECHO?

Cualquier mujer puede ser capaz de alimentar a su hijo exclusivamente con su leche. La diferencia entre unos pechos grandes o pequeños, prácticamente, es la cantidad de grasa que contienen y no la cantidad de glándula productora de leche. Por otra parte, las causas que contraindican la lactancia materna (algunas enfermedades o medicamentos...) son muy raras, casi excepcionales. Hoy en día, casi todas las enfermedades maternas tienen algún tratamiento que se puede hacer sin tener que suspender la lactancia (consultar al pediatra).

El **principal estímulo** que induce la producción de la leche es la **succión del niño**, por lo tanto, cuantas más veces se agarra el bebé al pecho de la madre y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. La **cantidad** se ajusta a lo que el niño toma y a las veces que vacía el pecho al día. La **calidad** también varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo. Durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias antiinfecciosas; posteriormente aparece la leche madura. Su aspecto puede parecer "aguado" sobre todo al principio de la toma ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa. Sin embargo, no existe la leche materna de baja calidad; ésta siempre es adecuada al bebé y es todo cuanto necesita.

Es importante, sobre todo al principio, que **no se ofrezcan al niño chupetes ni biberones (salvo el biberón Calma de Medela)**. Una tetina no se "chupa" de la misma forma que el pecho por lo que el recién nacido puede "confundirse" y posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia (se utiliza distinta musculatura de succión con el chupete y el biberón que en el proceso de succión del pecho). Esto puede ser la causa de problemas tales como grietas en el pezón, mastitis y falta de leche a la larga. Tampoco es recomendable utilizar **pezoneras (salvo las de avent de silicona y las de avent casquillos pezoneras protectores para el tratamiento de las grietas)**. Las grietas surgen porque el niño se agarra mal al pecho, así que lo importante es corregir la postura (pide ayuda a tu pediatra, matrona, enfermera de pediatría o experta en lactancia), usar Purelan crema y utilizar pezoneras protectoras avent casquillos. El uso de pezoneras acorta la duración de la lactancia y además la hace muy incómoda.

Un recién nacido sano **no necesita más líquidos** que los que obtiene de la leche de su madre, no es necesario ni recomendable ofrecer agua ni soluciones de suero glucosado ni manzanilla. Antes de darle "suplementos" o cualquier alimento distinto de la leche materna es conveniente consultar con el pediatra.

3.- DURACIÓN Y FRECUENCIA ENTRE LAS TOMAS

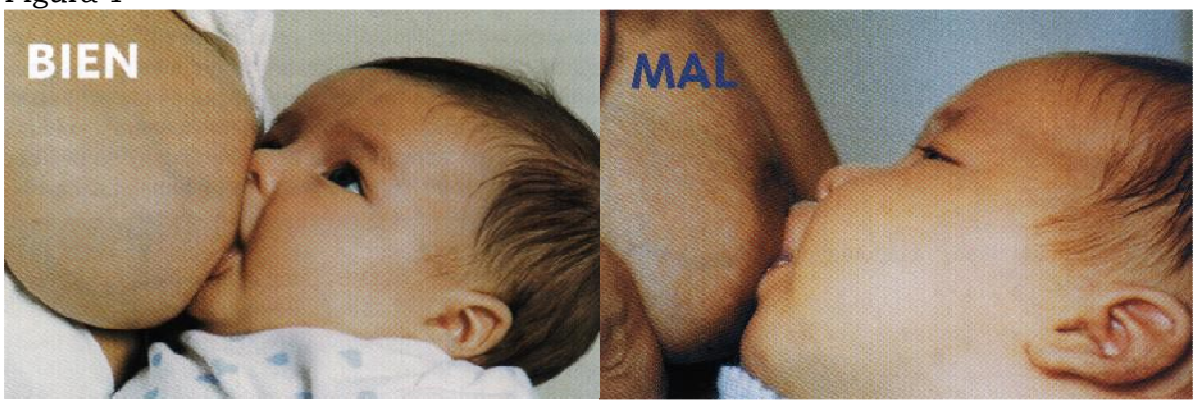
El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre, y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más

aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es **muy variable** por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho **"a demanda"**. Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma. Lo ideal es que la toma **dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho**.

Algunos niños obtienen cuanto necesitan de **un solo pecho** y otros toman de **ambos**. En este último caso, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en éste. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que **se vacíe completa y alternativamente cada uno** de ellos, para evitar que el acumulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro.

Aunque el niño tome el pecho muy a menudo o permanezca mucho tiempo agarrado en cada toma, ello no tiene porqué facilitar la aparición de grietas en el pezón si la posición y el agarre del niño son correctos (figura 1).

Figura 1



La mayoría de los problemas con la lactancia materna se deben a una mala posición, a un mal agarre o a una combinación de ambos. **Una técnica correcta evita la aparición de grietas** en el pezón.

Tomar el pecho es diferente que tomar el biberón; la leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección o "subida de la leche") y una extracción activa por parte del bebé (la succión del bebé). El niño, para una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con éste, la cual está formada aproximadamente por un tercio de pezón y dos tercios de tejido mamario. En la succión del pecho, la lengua del bebe ejerce un papel fundamental, siendo el movimiento de la lengua, en forma de ondas peristálticas (de adelante hacia atrás), el que ejerce la función de "ordeñar" los senos galactóforos, que es donde se acumula la leche una vez que ésta se ha producido. Para que esto sea posible, el recién nacido tiene que estar agarrado al pecho de forma eficaz.

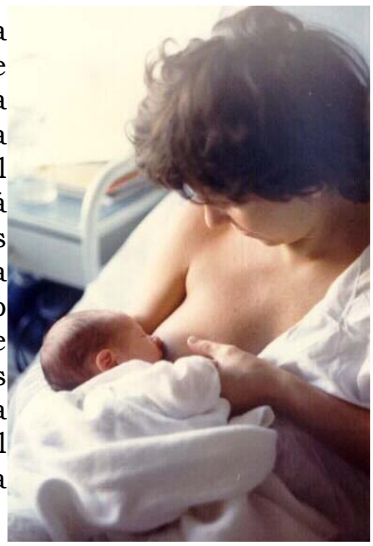


Figura 2

Madre y niño, independientemente de la postura que se adopte (sentada, echada...), deberían estar **cómodos y muy juntos**, preferiblemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre ("ombligo con ombligo")(Figuras 2). Una mala posición puede ser la responsable de molestias y dolores de espalda. El agarre se facilita colocando al bebé girado hacia la madre, con su **cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido** o excesivamente flexionado o extendido, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón. En posición sentada, es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo, no en el hueco del codo. Es útil **dar también apoyo a las nalgas** del niño y no solo a su espalda.

Una vez que el bebé está bien colocado, la madre puede **estimular al bebé para que abra la boca** rozando sus labios con el pezón y a continuación, **desplazar al bebé suavemente hacia el pecho**. El niño se prenderá más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de su boca, de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca bien abierta. La intención es que **el niño se introduzca en su boca tanto pecho como sea posible** y coloque su labio inferior alejado de la base del pezón. En caso de pechos grandes puede ser útil sujetarse el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, para que los dedos de la madre no dificulten el agarre del niño al pecho. De la misma forma, hay que tener la precaución de evitar que el brazo del niño se interponga entre éste y la madre.

Si el niño está bien agarrado, su labio inferior quedará muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su **boca**, la cual estará **muy abierta**. Casi siempre es posible observar que queda **más aréola visible por encima del labio superior del niño** que por debajo de su labio inferior. La **barbilla del niño toca el pecho** y sus **labios están evertidos** (hacia afuera). De esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y ordeño sean eficaces. Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas, y que sus **mejillas no se hunden**

hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre **no siente dolor** ni siquiera cuando tiene grietas.

Tampoco es conveniente presionar el pecho con los dedos haciendo "la pinza" (como quien sujeta un cigarrillo) ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de su boca. Si la nariz está muy pegada al pecho puede que la cabeza se encuentre demasiado flexionada. Bastará desplazar al bebe ligeramente en dirección hacia el otro pecho para solucionar el problema.

En el caso de madres con pezones planos, la succión del niño es suficiente para crear una tetina con el pecho, como ya se ha explicado, por lo que el uso de **pezoneras no resulta útil** en la mayoría de los casos (salvo pezoneras de Avent de silicona).

4.- OTRAS RECOMENDACIONES

La única **higiene** que necesita el pecho materno es la que se realiza con la **ducha diaria**. Después de cada toma no es necesario lavar los pechos con jabón, tan solo secarlos. Posteriormente pueden ser útiles los discos absorbentes, cambiándolos tantas veces como sea necesario.

La madre **no necesita variar sus hábitos de comida o de bebida**. Es posible que la madre tenga más sed, pero no es necesario beber a la fuerza. Solo en el caso de alergias podría ser necesario suprimir algún alimento de la dieta de la madre. Se recomienda aporte de iodo (Consulta con ginecólogo)

Un **trabajo** duro o estresante puede interferir con la lactancia materna, de modo que resulta muy beneficiosa cualquier ayuda que pueda ofrecerse a la madre para descargarla de otro tipo de tareas, bien por parte del padre u otros miembros de la familia. La ayuda, el apoyo y la comprensión del padre y de otros familiares (abuela, hermanas, amigas) son elementos esenciales para el buen desarrollo de la lactancia.

En algunas ocasiones, puede ser útil que la madre aprenda a **extraerse la leche**, bien para guardarla y que alguien alimente al bebé cuando la madre no pueda hacerlo, o bien para aliviar las molestias producidas por un acumulo de leche excesivo en períodos en los que el apetito del bebé disminuye, evitando así que se produzca una mastitis. La extracción de la leche puede hacerse de forma manual o mediante un sacaleches (consulte a su pediatra, matrona, enfermera de pediatría o experta en lactancia), los de avent y medela son muy efectivos. La leche materna puede conservarse en frigorífico unos 5 días y congelada entre 3-6 meses en función de la temperatura (ver grafica posterior).

Si la madre es **fumadora**, este es un buen momento para dejarlo. Si ello resulta imposible, es preferible fumar justo después de la toma y no hacerlo en presencia del niño. Siempre será mejor que darle una leche artificial. Los niños que permanecen en ambientes con humo tienen mayor incidencia de infecciones respiratorias agudas y de asma.

Lo mismo puede aplicarse al **alcohol**, aunque si la madre solo bebe ocasionalmente y de forma moderada, probablemente no le costará ningún esfuerzo dejarlo por completo.

5.- DIFICULTADES CON LA LACTANCIA

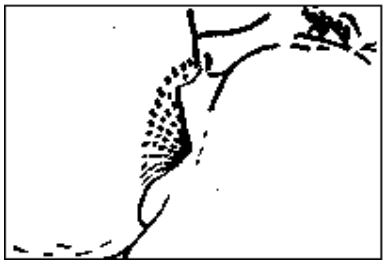
En algunos casos (prematuridad, gemelos, labio leporino, síndrome de Down, etc…) la lactancia puede ser más difícil, pero no imposible… En estos casos, es conveniente que consulte precozmente con su pediatra, matrona, enfermera de pediatría o experta en lactancia.

Es posible alimentar con lactancia materna exclusiva a dos hermanos **gemelos**. En este caso, el estímulo de la succión será doble y por tanto habrá doble producción de leche. Durante los primeros días, es probable que resulte más cómodo ofrecer el pecho a uno y otro hermano alternativamente. Posteriormente, puede ser más práctico dar de mamar a ambos niños a la vez, para lo cual es conveniente aprender y probar diferentes posiciones que permiten hacerlo cómodamente con ayuda de almohadas . Cuando hay más de dos hermanos, puede haber mayor dificultad para la lactancia materna exclusiva y probablemente la madre necesitará más ayuda.

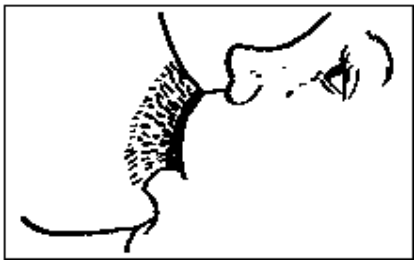
En los partos mediante **cesárea**, la "subida de la leche" suele demorarse un poco más por lo que es importante ofrecer el pecho lo más precozmente posible, que el bebé esté junto a su madre en contacto "piel con piel" y que se le permita agarrarse al pecho cuando muestre signos de querer mamar. Puede ser útil amamantar en la cama de costado para disminuir las molestias ocasionadas por las suturas. No es necesario ofrecer al niño suplementos durante los primeros días ya que ello puede perjudicar la normal instauración de la lactancia materna (salvo **biberón Calma de Medela)**.

Las técnicas y conocimientos acerca de la lactancia materna también están disponibles en cada ciudad y existen **grupos de apoyo a la lactancia** en los que madres con experiencia pueden ayudar a otras madres a resolver problemas o dificultades y a amamantar con éxito, complementando así la asistencia proporcionada por los profesionales de la salud.

6.- POSICIONES PARA AMAMANTAR

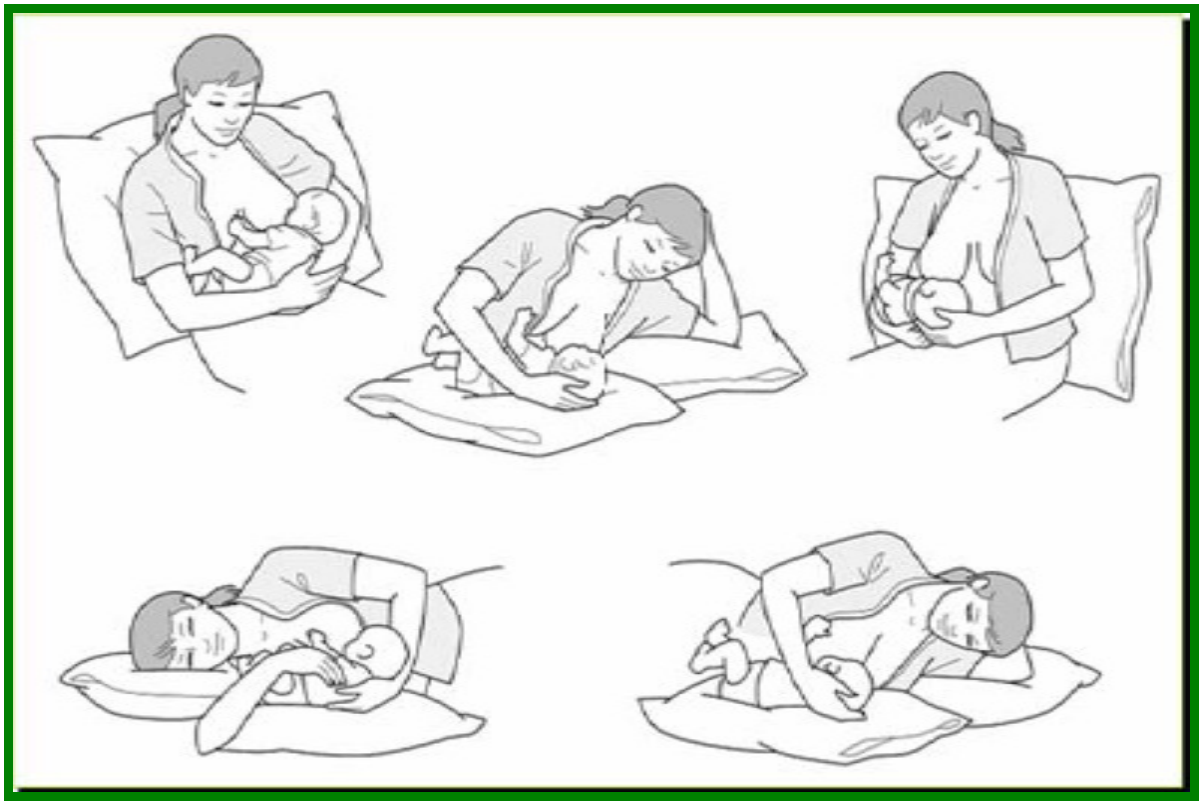


Posición correcta



Posición incorrecta

Mamasutra



7.- CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

- Expreso deseo materno de no lactar.
- Enfermedad materna por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la leucemia humana (VHLT).
- Madres dependientes de drogas de abuso.
- Madres a las que se les haya aplicado isótopos radiactivos mientras exista radiactividad en la leche materna o con algunos fármacos como los quimioterápicos o antimetabolitos hasta que estos se eliminen de la leche.
- Galactosemia clásica del lactante.

8.- FALSAS CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

No contraindican la lactancia:

- Infección materna por virus de la Hepatitis B. Los hijos de estas mujeres deben ser vacunados y recibir la gammaglobulina al nacimiento.
- Infección materna por virus de la Hepatitis C independientemente de la carga viral materna.
- Infección materna por citomegalovirus sin seroconversión

reciente. Tuberculosis activa en la madre

- Fiebre materna, salvo si la causa es una de las contraindicaciones del apartado anterior.
- Medicación materna compatible con la lactancia. Es conveniente estar informado por personal con experiencia y formación. En este sentido la web www.e-lactancia.org es una fuente apropiada para obtener información en caso de duda.
- Tabaquismo materno. Se debe de animar a la madre a que abandone el hábito tabáquico. Si no fuera posible se debe de informar de la necesidad de que fumen siempre fuera de casa y alejados del niño.
- La ingesta de alcohol se debe desaconsejar por concentrarse en la leche materna. La toma ocasional de bebida alcohólica de baja graduación como vino o cerveza puede admitirse advirtiendo para que la madre no amamante hasta 2 horas después de la ingesta.
- La mastitis.
- La ictericia neonatal.
- La fenilcetonuria tanto de la madre como del RN. Cirugía mamaria (ver

situaciones especiales).

9.- INDICACIONES DE SUPLEMENTOS EN NIÑOS AMAMANTADOS:

- En caso de necesidades aumentadas (y documentadas con determinaciones de glucemia capilar, sodio capilar, peso...), siempre que no se consiga cantidad suficiente aumentando la frecuencia de las tomas y corrigiendo la técnica:

Hipoglucemia persistente

Pérdida excesiva de peso (> 10% en los primeros 7 días de vida) o deshidratación (poca diuresis: menos de tres-cuatro pañales al día a partir del tercer día de vida) que no mejora con aumento de la frecuencia de las tomas.

- En algunos casos de:

Prematuros (menor de 37 semanas)

Retraso del crecimiento intrauterino (menor de 2500 gr)

Grandes para la edad gestacional (mayor de 4000 gr)

Partos múltiples

En los cuatro casos es aconsejable en las primeras 24 horas, ofrecer LM y suplemento.

- En caso de que la lactancia materna esté temporalmente contraindicada, por ejemplo:

Si la madre está muy enferma

Si la madre toma medicamentos incompatibles con la lactancia

Madre con varicela y lesiones en el pezón, etc…

¿Cómo se administran los suplementos?

En niños sin problema de succión-deglución se administrarán con jeringa, o Biberón calma de medela.

En niños con problemas para la coordinación succión-deglución (ej: grandes prematuros, niños con problemas neurológicos), se administrarán por sonda orogástrica por gravedad.

¿Qué se debe administrar como suplemento?

Preferiblemente la propia leche materna. Cuando existan bancos de leche, en caso de grandes prematuros, se administrará leche de banco.
Sólo si no hay leche de la madre se administrará fórmula adaptada de inicio o de prematuros (ver protocolo de alimentación del prematuro).

10.-PREVENCION Y TRATAMIENTO DE POSIBLES PROBLEMAS

Los problemas de la lactancia deben ser tratados con prontitud ya que pueden poner en peligro la lactancia exitosa que todos aconsejamos.

1. Grietas

La observación de la toma de pecho es pieza clave para la prevención. Es muy importante colocar bien al bebé desde el primer momento:

Su boca debe encajar muy bien en el pecho de la madre.

La areola entera debe quedar dentro de la boca del bebe y no sólo el pezón.

SI ES EFICAZ

- Evitar la humedad en los pezones, cambiar con mucha frecuencia los protectores o mejor dejar los pezones siempre que se pueda al descubierto.

- Tanto la leche como la saliva del bebé favorecen la cicatrización.

- Mejorar la técnica de succión.

- El uso tópico de una crema de lanolina modificada (PURELAN) ha demostrado algunos beneficios al mejorar la cicatrización. No es necesaria su limpieza, previo a dar de mamar.

- La corrección de la postura mejora el dolor que se produce en los pezones agrietados.
- El uso de pezoneras permite seguir lactando mientras mejoran las grietas (pezoneras e avent y **avent casquillos pezoneras protectores)**

2. Mastitis. Obstrucción de los conductos

Para prevenir la aparición de mastitis y abscesos mamarios habrá que tratar el conducto obstruido con prontitud y cuidado, aconsejando a la madre:

-Mejorar la posición del niño al succionar: mostrando las distintas posturas usadas para amamantar y garantizar así que se renueva la leche de todos los conductos. Por ejemplo, la madre puede amamantar sentada en vez de acostada o manteniendo debajo de su brazo al bebé en vez de colocarlo de frente. Ofrecer en primer lugar al bebé el pecho dolorido para que lo vacíe mejor.

- Aplicar calor húmedo varias veces al día o tomar un baño o ducha caliente.
- No dormir boca abajo ya que se presiona el pecho.
- Masajear suavemente sobre la masa en dirección al pezón para tratar de quitar la obstrucción.
- Descanso a ser posible en cama y usar ropa que no apriete.
- Seguir con la lactancia. Si se interrumpe de repente es probable que el pecho se llene demasiado, la situación empeore y puede haber infección.

Si se produce una mastitis o un absceso mamario se aconseja:

- Reposo en cama. No es necesario dejar que el pecho descanse.

- Tratamiento médico con antibiótico y antitérmicos que no perjudiquen en el amamantamiento. Aplicar calor húmedo.

- Ofrecer en primer lugar el pecho dolorido al bebe para que lo vacíe completamente. Esto no tiene peligro ni hará que el bebe se enferme. Si el médico indica reposo de ese pecho se debe extrae la leche. El llenado de la mama producirá más dolor.

- Beber gran cantidad de líquido.

Los abscesos mamarios, las mastitis y los conductos obstruidos se ven favorecidos si existen grietas y el bebe no mama a demanda. Si se sufren repetidas infecciones en los pechos hay que buscar cuales pueden ser los factores que la producen (senos muy llenos, posiciones del bebe inadecuadas). Vigilar la limpieza de las manos.

Lo más importante es detectar su primer síntoma y poner rápida solución.

3. Mastitis candidiásica

Se suelen diagnosticar por las características del dolor que produce: pulsátil e intensísimo a lo largo de los conductos. A pesar del dolor, el aspecto del pezón puede ser normal, aunque también puede presentar pequeñas lesiones similares a las de la candidiasis oral.

El lactante puede presentar Muguet en la boca y candidiasis del pañal, o bien existir una historia de tratamiento antibiótico reciente o de vulvovaginitis materna. Se tratara madre e hijo con aplicación tópica en el pezón y la boca de un antifúngico después de las tomas varias veces al día.

4. Dermatitis del pezón

Es posible que surjan como reacción a pomadas o cremas o por reacción a los detergentes de los sujetadores.

Se aconseja:

Interrumpir las aplicaciones de cremas, si se estaban usando.

No usar protectores plastificados ni pezoneras (posible causa alérgica).

También puede estar causado por hongos, observar si existen en la boca del niño.

Se debe de poner tratamiento al primer síntoma y no esperar a que aparezcan lesiones. El dolor se debe de tratar con analgésicos suaves.

5. Pezón plano

Los pezones poco protráctiles no presentan ningún problema añadido a la hora de dar de mamar.

Si necesitan una asistencia particular en lo que se refiere a la postura correcta y a la prevención de posibles ingurgitaciones. Al bebe le resultará más fácil succionar antes de que los pechos estén demasiado llenos.

Desde la primera visita prenatal reforzar la idea de que el bebe succiona de la areola y enseñar como el pezón desempeña un papel poco activo en la salida de la leche. El éxito de la mamada tiene más relación con la posición que con la forma.

Otro tipo de preparación del pezón durante el embarazo como los ejercicios de Hofman y las estimulaciones del pezón rara vez tienen éxito al igual que la expresión prenatal del calostro.

En estos casos una asistencia experta para la colocación del bebé los primeros días es imprescindible.

Dar de mamar a demanda sin límite de tiempo para prevenir la posible ingurgitación que si dificultaría y consultar con su matrona si surgen dudas.

El uso de pezoneras es una situación controvertida, hay que hacer una valoración individual, pueden ayudarnos a disminuir la ansiedad materna al principio y retirarlas cuando la lactancia este establecida o la madre lo considere oportuno.

6. Ingurgitación mamaria.

La hinchazón de los pechos que algunas mujeres experimentan de tres a cinco días tras el parto y que es conocida como "subida de la leche" es causada por una combinación de la hinchazón de los tejidos, el incremento de la circulación de la sangre en los senos y la presión de la leche producida recientemente. Los pechos se notan pesados, sensibles y tensos.

En la mayoría de los casos la leche continúa saliendo y el bebe puede alimentarse normalmente.

Si por cualquier motivo la leche no se saca conforme se va formando (esto ocurre cuando no se permite al bebe succionar a demanda o porque la postura no es la adecuada, o combinación de ambas), la leche que se sigue produciendo hace que aumente rápidamente el volumen desbordando la capacidad de almacenamiento de los alvéolos.

Esta distensión produce dolor y la piel de los pechos se ve tersa y brillante a causa del edema. La areola está muy tirante y dura y al bebé le cuesta mucho trabajo agarrarse bien al pecho. El bebe se niega a mamar o puede agarrar solo el pezón y producir grietas.

A causa del dolor y del llanto del bebe la madre amamanta menos e incluso puede añadir algún biberón.

Si no se trata a tiempo se puede producir un fracaso en la lactancia.

Prevención:

La ingurgitación mamaria es casi siempre iatrogénica. Aparece raramente en mujeres que dan el pecho a demanda día y noche. Se puede prevenir asegurando una posición correcta en todas las tomas favoreciendo así la extracción de toda la leche.

No dar otro tipo de alimentación al recién nacido.

Iniciar la lactancia tan pronto como sea posible preferentemente dos horas tras el parto.

Tratamiento de la ingurgitación mamaria:

Permitir que el bebe continúe mamando asegurándose una postura correcta.

Si la areola está muy dura y el bebe no se puede agarrar bien habrá que extraer manualmente la leche o con sacaleches.

11.- SITUACIONES ESPECIALES

1. Plastias mamarias

Prótesis mamarias: Sea cual sea el tipo de prótesis (salinas o de silicona) raramente hay problemas con la lactancia. Algunas mujeres con prótesis necesitan al principio dar de mamar con más frecuencia. Usualmente la operación no suele afectar al tejido glandular y la lactancia suele funcionar bien.

Operación de reducción mamaria: Tras este tipo de intervención pueden aparecer problemas para la lactancia. Dependerá de la técnica que haya usado el cirujano. Puede haber conservado suficiente cantidad de tejido mamario, pero

a veces los conductos quedan obstruidos o dañados por tejido cicatricial. La intervención también puede afectar a los nervios sensitivos.

Cirugía de mama: Dependiendo de la cantidad de resección de tejido glandular, estará indicada o no la lactancia. A consultar con Ginecología.

2. Amamantar a un niño ingresado en Unidad de Neonatología

Se debe favorecer la permanencia de la madre junto al RN (Hotel de madres, permanencia junto al RN en la Unidad Neonatal y otras medidas conciliadoras del binomio madre-hijo/a). De igual modo debemos fomentar este acercamiento si es la madre la que debe permanecer ingresada.

Si no es posible la lactancia materna directa, hemos de favorecer la alimentación con leche materna extraída adiestrando previamente a la madre en la técnica de extracción manual o con sacaleches, así como en su conservación y almacenamiento (ver más adelante).

No ofrecer suero glucosado ni alimentación suplementaria o complementaria sin una justificación.

Alentar a la madre si teme que la producción de leche puede ser insuficiente.

No se debe descartar o tirar pequeñas cantidades de calostro.

Es aconsejable y deseable restringir las visitas familiares durante el acto de amamantamiento de su hijo.

No debe separarse al recién nacido de su madre, salvo que la atención a la salud de alguno de ellos lo exija.

3. Hiperbilirrubinemia:

No es una contraindicación en la lactancia. Es preciso alentar una lactancia frecuente para mejorar la motilidad intestinal y la excreción de bilirrubina.

4. Hipoglucemia

La hipoglucemia puede prevenirse en recién nacidos a término con una lactancia precoz y frecuente.

5. Neonatos casi a término

Los neonatos casi a término (35-37 semanas) pueden ser más perezosos para mamar (en algunos el reflejo de succión en los primeros días es más débil). En consecuencia, pueden requerir suplementos durante 2-3 semanas hasta que madure su capacidad de mamar. Después de las tomas, la mujer debe bombearse la leche para contribuir a iniciar y mantener una producción suficiente de leche y utilizarla como suplemento que puede darse mediante la técnica de jeringa o biberones calma de medela (para evitar confusión tetina-pezón).

6. Cesárea

El parto por cesárea y la anestesia no deben causar un retraso de la lactancia una vez que el estado de alerta de la mujer es suficiente para coger a su hijo sin riesgos.

7. Partos múltiples

Los recién nacidos podrán ser amamantados puesto que el suministro de leche aumenta para satisfacer la demanda. Debemos enseñar las distintas posturas en las que se puede alimentar, así como la conveniencia de alimentar a cada niño por separado o simultáneamente dependiendo de la preferencia, destreza o habilidad materna. Durante las primeras semanas, puede aconsejarse amamantar a cada niño por separado hasta que el agarre y la técnica de succión están correctamente establecidas. Después, amamantar a ambos a la vez facilita el amamantamiento.

8. Defectos congénitos

Los lactantes con defectos congénitos (anquiloglosia o lengua anclada, anomalías craneofaciales como labio leporino o fisura palatina, cardiopatías congénitas, problemas del desarrollo y neurológicos) pueden beneficiarse también a menudo de la lactancia materna, aunque pueden requerir un tratamiento especial.

9. Prematuros Hospitalizados

La propia inmadurez del prematuro puede dificultar alimentarse de una forma natural al pecho de su madre. Es preciso alentar a estas mujeres para que proporcionen leche materna para sus hijos debido a las ventajas nutricionales y otros beneficios para la salud frente a los sucedáneos de leche materna. Es importante que la madre bombee la leche para establecer y mantener una producción suficiente: debe iniciarse lo antes posible después del parto, es necesario que lo haga con frecuencia y es preciso que la madre utilice la mejor bomba disponible (avent o medela).

Existen una serie de medidas facilitadoras para la lactancia materna:

Política de puertas abiertas que facilite el contacto madre-hijo: Suprimir horarios de visitas para los padres y facilitar la presencia de la madre en la unidad.

Método de la madre canguro**:** Este método, desarrollado en Colombia, consiste en colocar al neonato prematuro en posición vertical y en contacto piel con piel de forma continuada entre los pechos de su madre. Apareció como una alternativa de cuidados superando los beneficios obtenidos a los conseguidos con el método tradicional. Contribuyen a aumentar la producción de leche, al igual que el bombeo a pie de incubadora o durante dichas técnicas.

Todas estas medidas deben ser enseñadas a la madre que necesitará una fuente extra de apoyo, ayuda y comprensión.

Cuando el estado físico del neonato sea satisfactorio se debe de permitir y favorecer la readaptación al pecho.

Se debe fomentar el Alta precoz cuando ésta sea posible.

12.EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Técnica de extracción manual de leche materna (Técnica de Marmet):

A todas las mujeres se les debe de enseñar la técnica de extracción manual de leche materna ya que les puede ser de mucha utilidad y debe de ser ella la que elija la mejor forma de extracción

Lavado de las manos siempre antes de manipular el pecho.

Ambiente tranquilo y relajado con el bebe cerca o algún objeto que le recuerde: fotos, juguetes, ropa...

Masaje del pecho para su preparación para facilitar el proceso: El masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno. De este modo mejoran la liberación de hormonas y la eyección de la leche.

Frotar el pezón suavemente para estimular la producción de hormonas: Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.

Sacudir suavemente ambos pechos inclinándose hacia delante: Sostenga el pecho con la mano colocando el pulgar por encima y el dedo índice sobre la areola debajo del pezón y en el sitio opuesto a donde se colocó el pulgar. La zona que hay que apretar es sobre los senos galactóforos que están situados a unos 3 cm de la base del pezón, lo que no siempre coincide con el borde de la areola.

Presionar con el pulgar y el índice un poco hacia atrás dirigiéndose hacia la pared del tórax. Repita rítmicamente a una velocidad que resulte cómoda. De este modo se consigue simular el movimiento ondulante que realiza la lengua del bebe a lo largo de la areola y del pezón.

Trate de juntar los dedos rotándolos suavemente. Alterne la posición de los dedos para extraer la leche del resto de los senos galactóforos. La mano debe rotarse para masajear todos los cuadrantes, incluyendo la periferia y la axila.

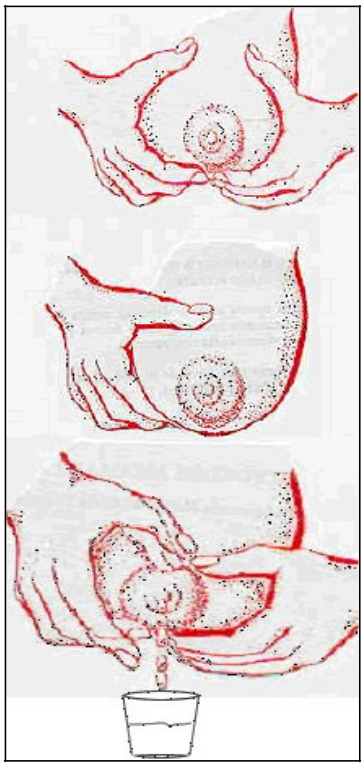
Procure mantener la piel de los dedos seca para que no resbalen los dedos sobre el pezón.

Bien Mal

- No deslizar los dedos sobre la piel del pezón, se puede dañar.
- No apretar el pezón pues es la parte más sensible.
- Evite resbalar las manos sobre el pecho, puede causar irritación.

El uso de la técnica correcta es indolora. Si duele no se está haciendo correctamente.

Al comienzo puede que no salga leche, pero después de haber presionado varias veces la leche empieza a gotear.



Cuando exista una gran ingurgitación y parezca imposible sacar la leche puede ser conveniente aplicar calor, agua caliente, una ducha o el baño. Sumergir el pecho en agua caliente es un buen método para que la leche comience a salir.

Procure formar una espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola.

Frote cuidadosamente pecho desde la parte superior hacia el pezón.

Recuerde: si al principio se recoge poca cantidad de leche no se desanime. Como todas las técnicas se necesita práctica y dedicación. Cada madre desarrolla su propio estilo natural.

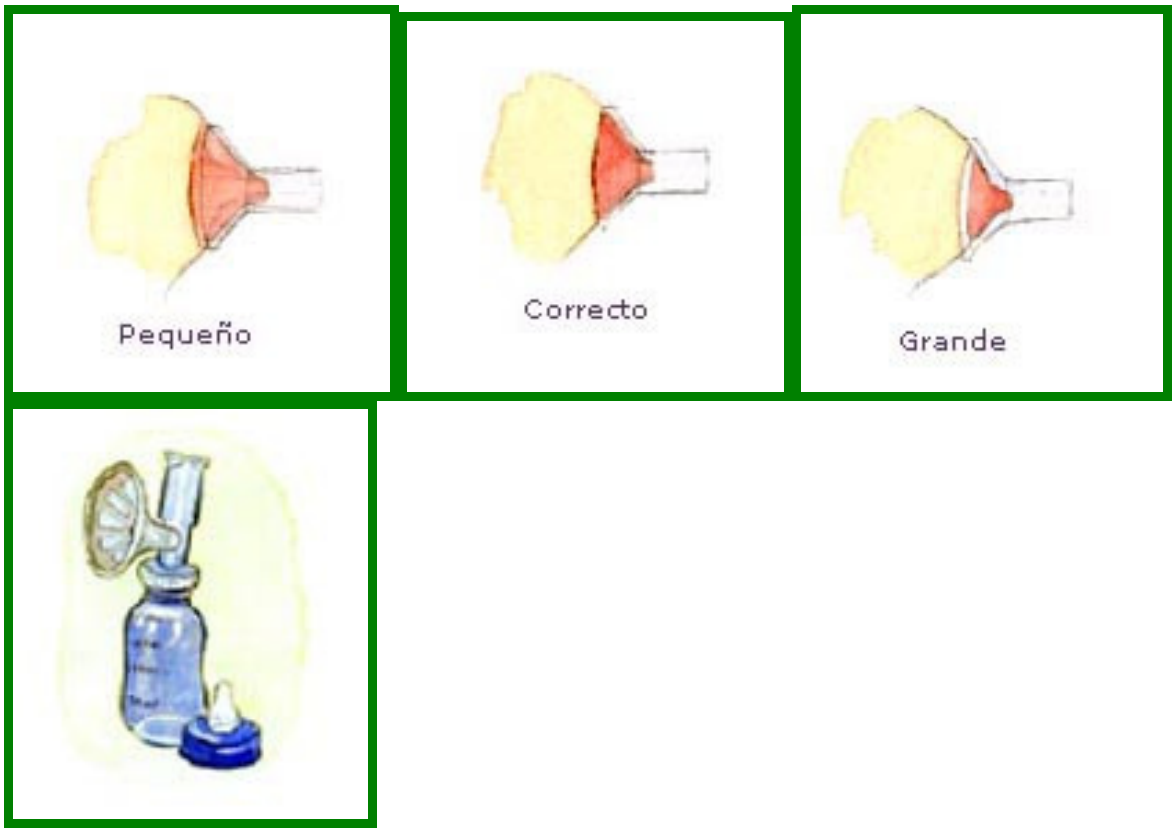
El procedimiento completo suele durar entre 20 y 30 minutos al principio; si la producción de leche ya estaba establecida los tiempos suelen ser menores.

<u>Técnica de extracción con sacaleches</u>: Medela y/o avent

El procedimiento a seguir y los tiempos suelen ser similar a la extracción manual. Existen varios tipos de bombas extractoras.

Como norma general, una bomba debe realizar la succión de modo intermitente y la fuerza de succión debe ser regulable. Las hay manuales y eléctricas, bien de pilas o con conexión a la red eléctrica. Si se va a tener que extraer leche de forma habitual durante un tiempo, resultan más cómodas estas últimas.

A ser posible evitar los sacaleches manuales “de pera”, que consisten en una perilla de goma unida a un embudo de plástico que se adapta el pecho. Son poco eficaces, no se puede asegurar su esterilización y la recogida de leche que permiten es difícil.


Pequeño
Correcto
Grande

Técnica de conservación y almacenamiento de leche materna

Conservación leche materna	Congelador independiente	Combi (2 puertas)	Congelador dentro nevera (1 puerta)	Nevera	Tª ambiente (23-24 º C)
FRESCA	6 meses	3-4 meses	2 semanas	2 días	10-12h
DESCONGELADA	No volver a congelar	No volver a congelar	No volver a congelar	24h	1h

La conservación será:

En recipientes de plástico, en pequeñas cantidades (50-100cc) y para no tener que tirar la leche ni romper la cadena del frío identificar con la fecha de extracción.

Se descongelará a temperatura ambiente. No se debe descongelar ni calentar en el microondas, ya que destruye algunos de los componentes de la leche materna.

Se calentará bajo el chorro de agua templada o al baño maría, pero nunca directamente en el fuego.

Para transportarla, se aconseja utilizar bolsas térmicas o nevera portátil y no romper nunca la cadena del frío.

13. PREPARACION DE BIBERONES

En los casos en que el amamantamiento no sea posible, o la madre decida no hacerlo, se debe enseñar a las madres el modo de preparar los biberones.

Antes de preparar el biberón, hay que lavare las manos con agua y

jabón. Material:

Biberones, pueden ser de vidrio o plástico sintéticos .Los biberones que se venden están homologados y no existen diferencias significativas entre ellos. Los de vidrio son más fáciles de limpiar aunque son más propensos a que se rompan. Es importante que las rayas de medición sean visibles para que no haya errores en el momento de preparar la leche.

Tetinas: con formas redondeadas, aplanadas, no se han encontrado que exista diferencia entre ambas respecto a futuros problemas dentales. El agujero de la tetina debe permitir una salida lenta en forma de goteo continuo, pero no de chorro, lo que disminuiría el riesgo de atragantamiento. Es importante sustituirlas cuando se deterioren.

Leche: Puede ser en polvo o liquida.

Si se elige la preparación liquida, simplemente se tendrá que echar en el biberón la cantidad de leche que se necesite para el bebe y dársela (temperatura ambiente o templada, según el gusto del bebe).

Si se elige la presentación en polvo:

1. Reconstituir con agua.
2. El agua puede ser del grifo (si hay en la localidad un buen control sanitario del agua para el consumo humano) o envasada de bajo contenido en sales minerales (poco mineralizada). Es preferible no hervir el agua porque coge mal sabor y se concentran las sales minerales que llevan disueltas.
3. Calentar el agua levemente si fuera necesario, no es muy recomendable usar el microondas para calentar el biberón por el riesgo de calentar de una manera poco homogénea y provocar quemaduras en la boca del bebe.
4. Respetar las normas indicada por el fabricante. Casi todas las leches en polvo a la venta están fabricadas para añadir un cacito raso cada 30 cc. de agua. No se debe preparar leche con concentración distinta a la indicada, ya que si se modifica la cantidad de agua por cacito, cambia la concentración de la leche y eso podría ocasionar problemas al bebe.
5. Se debe añadir el número de cacitos adecuados al volumen de agua, agitando suavemente hasta que se haya desecho todos los grumos.
6. Una vez esté preparado el biberón, se comprobara que la temperatura es la adecuada vertiendo unas gotas en el dorso de la mano o en la cara anterior de la muñeca.

14. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

1. Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la LM y como realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.
6. Intentar no dar a los recién nacidos más que la leche materna.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.

9. Intentar no dar a los niños alimentados a pecho chupetes hasta que esté instaurada la lactancia materna.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

15. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LA MADRE

11. La asistencia sanitaria al nacimiento ha evolucionado en los últimos años, produciéndose básicamente en los hospitales, con una marcada disminución de la morbi mortalidad materna e infantil pero con una excesiva tecnificación y medicalización del nacimiento.

12. Perdida de intimidad, perdida del protagonismo por parte de la mujer, técnicas y prácticas inadecuadas e inapropiadas, medidas rutinarias e injustificadas han llegado a ser medidas habituales y frecuentes en los hospitales españoles, convirtiendo el nacimiento en un frío protocolo hospitalario más.

13. Como consecuencia de todo esto las mujeres temen el momento del parto, la separación sistemática de los recién nacidos de sus madre dificulta el establecimiento del vinculo afectivo y el inicio de la lactancia materna.

14. Para tratar de evitar todo esto y porque está demostrado y es evidencia las recomendaciones formuladas por la OMS y la declaración de Fortaleza en cuanto a la asistencia al parto es necesario propiciar una difusión de buenas prácticas de atención al parto normal y llevarlas a cabo para interferir lo menos posible sobre el instinto de amamantamiento y evitar los obstáculos para la instauración de la lactancia.

16. PUNTOS PARA INICIAR LA LACTANCIA MATERNA

1. Lugar tranquilo e íntimo para la mamá y el bebé. Madre cómoda y relajada.
2. Barriga con barriga sin torcer el cuello del bebé.
3. Los brazos del bebé rodean el pecho uno por cada lado.
4. Apoyar la cabecita entre la muñeca y el antebrazo de la mamá.
5. Introducimos el pezón y parte de la areola en la boca del bebé. El labio inferior vuelto hacia fuera.
6. La mamá está cómoda y no le duele. Ofrece el pecho sin pinzar ni empujar la cabecita.
7. Si el bebé no succiona correctamente introducimos el dedo meñique en la boca del bebé para interrumpir la succión.
8. Estimulamos al bebé si se duerme durante la toma.
9. La mamá observa los movimientos de la succión y el ruido del paso de la leche por la garganta del bebé.
10. El bebé mama del primer pecho hasta estar bien vacío y lo suelta.
11. Se coloca al bebé sentado o al hombro para hacerlo eructar.
12. Ofrecer el otro pecho si tiene hambre, si no, este será por donde empezará en la siguiente toma.

17. ERRORES MÁS COMUNES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

1. LOS RN DEBEN ALIMENTARSE DE AMBOS PECHOS CADA VEZ.
2. DEBEN MAMAR 10´ DE CADA PECHO EN CADA TOMA.
3. SOLO DE UN PECHO EN CADA TOMA.
4. DAR BIBERON PARA QUE “AGUANTE” LA NOCHE.
5. MAMAS PEQUEÑAS NO SON BUENAS PARA LACTAR.
6. PEZON PLANO, INVERTIDO IMPIDEN AMAMANTAR.
7. LAVAR PEZONES ANTES Y DESPUES DE LAS TOMAS.
8. LLANTO DEL R.N. ----> HAMBRE.
9. NO AGUANTA TRES HORAS ---> LECHE MATERNA INSUFICIENTE.
10. MASTITIS ----> SUPRIMIR LACTANCIA MATERNA.
11. VER CONTRAINDICACIONES DE LACTANCIA MATERNA.
12. EL PECHO NO SUELE SER SUFICIENTE PARA LACTAR A GEMELOS.
13. LA MADRE NO NECESITA VARIAR SUS HABITOS DE COMIDA O BEBIDA. (DIETA EQUILIBRADA, NO COMER POR DOS.)
14. EN CESAREAS SE DEMORA LA “SUBIDA” DE LA LECHE.
15. DESPUES DE SEIS MESES LA LACTANCIA MATERNA NO ALIMENTA, CREA DEPENDENCIA, SE “MALCRIA”.

18.- INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA:

A.-Indicaciones de la inhibición

Se realiza en:

Mujeres que deciden no lactar al pecho a su hijo (respetar decisiones).

Mujeres que han perdido su hijo en el periodo perinatal.

Mujeres que presentan patologías que contraindiquen la lactancia materna.

B.-Métodos de inhibición de la1 actancia

Si la supresión está decidida antes del parto, una vez que este se produzca o al menos antes de las primeras 24 horas, habrá que actuar inhibiendo la lactogénesis, es decir, inhibiendo la actuación de la prolactina. Para ello utilizaremos un antagonista de la prolactina:

Cabergolina (Dostinex®) comp 0,5 mg. Lactancia no establecida: 2 comp el primer día del posparto (dosis única). Lactancia establecida: ½ comp/24 h durante 2 días.

Conducta pasiva: es decir, no efectuar ningún tratamiento. La mujer suele referir dolor por ingurgitación durante 1ó 2 días. Si el dolor es intenso se le pueden extraer pequeñas cantidades de leche 1 ó 2 veces con un sacaleches. Las mujeres se sienten más cómodas si utilizan un sujetador que comprima un poco las mamas, o si se realiza un vendaje de mamas, aunque no se ha demostrado que este vendaje ayude a la inhibición de la secreción láctea.

Málaga, 10 de Mayo del 2011