

SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICOS

Lactancia Materna

Documento de apoyo a las actividades
de Educación para la Salud
Documento 5



JUNTA DE EXTREMADURA

Lactancia materna

**Documento de apoyo
a las actividades de Educación para la Salud 5**

Lactancia materna.

Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 5.

Mérida, septiembre 2006.

Autores: M^a Victoria González Ibáñez⁽¹⁾, M^a Soledad Sanguino Galván⁽¹⁾, M^a José Álvarez Moreno⁽¹⁾, Dolores Blanco Nieto⁽¹⁾, Obdulia Macías Méndez⁽¹⁾, Sara M^a Martínez Sampere⁽¹⁾, Jesús Román González⁽¹⁾, Manuela Zarza Sandez⁽²⁾.

Coordinadores: Eulalio Ruiz Muñoz⁽³⁾, José María Villa Andrada⁽⁴⁾, Ana Belén Cantero Regalado⁽⁵⁾, M^a Victoria González Ibáñez⁽¹⁾, M^a Soledad Sanguino Galván⁽¹⁾.

Ilustraciones: Raquel Márquez Silgo⁽⁶⁾.

Diseño gráfico: Miguel Ángel Blanco Prieto⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ Diplomada/o en Enfermería.

⁽²⁾ Auxiliar de Enfermería.

⁽³⁾ Médico. Máster en Salud Pública.

⁽⁴⁾ Titulado Superior en Enfermería.

⁽⁵⁾ Diplomada en Trabajo Social.

⁽⁶⁾ Grado Superior de Interiorismo

⁽⁷⁾ Ingeniero Técnico Industrial.

Edita:

Junta de Extremadura

Consejería de Sanidad y Consumo

D. Gral. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

C/Adriano, 4

06800 Mérida

ISBN: 84-95 872 - 74 - 9

Depósito Legal: BA-658-06

Imprime: RAYEGO, Zafra

PRÓLOGO

La promoción de la salud constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida, y entornos saludables. Informando, formando e implicando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuiremos a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad.

La educación para la salud se presenta como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. Puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo los fundamentales, los ámbitos sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral.

Teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la salud en general y la de la educación para la salud en particular, se hace preciso impulsar la educación para la salud a su máximo nivel en nuestra Comunidad Autónoma.

Con mi agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la elaboración de este documento, uno más que se incorpora a la Colección de “Documentos de Apoyo a las actividades de Educación para la Salud”, espero y deseo que sean una herramienta más de apoyo disponible, para promover la salud entre los profesionales de todos los sectores y ciudadanos interesados, que facilite y anime a la ejecución de actividades de educación para la salud.

Guillermo Fernández Vara
Consejero de Sanidad y Consumo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
I. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA MAMA.....	8
II. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	11
III. TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y CUIDADOS DE LOS PEZONES.....	12
IV. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO.....	13
V. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	22
VI. CONSERVACIÓN Y POSTERIOR UTILIZACIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	26
VII. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE LAS MAMAS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.....	28
VIII. ALIMENTACIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA.....	33
IX. ENFERMEDADES: ¿CÓMO INFLUYEN EN LA LACTANCIA?.....	39
X. MEDICACIÓN Y LACTANCIA MATERNA.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un fenómeno biológico en el que hay un componente instintivo, tanto por parte del recién nacido como por parte de la madre, y un importante componente cultural, transmitido de madres a hijas, sin que los sanitarios tuviésemos que intervenir sobre ellos. Pues bien, es ese componente cultural lo que se está perdiendo: la cultura del amamantamiento.

Por ello, todos los sectores de la sociedad debemos recibir educación para la salud: por un lado los profesionales, por el deber que tenemos de ofrecer información adecuada acerca de las ventajas que tanto para el niño como para la madre tiene la lactancia materna; y por otro las madres, para que una vez orientadas, aconsejadas y apoyadas, es decir, debidamente informadas, puedan elegir libremente cómo alimentar a sus hijos.

I. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA MAMA

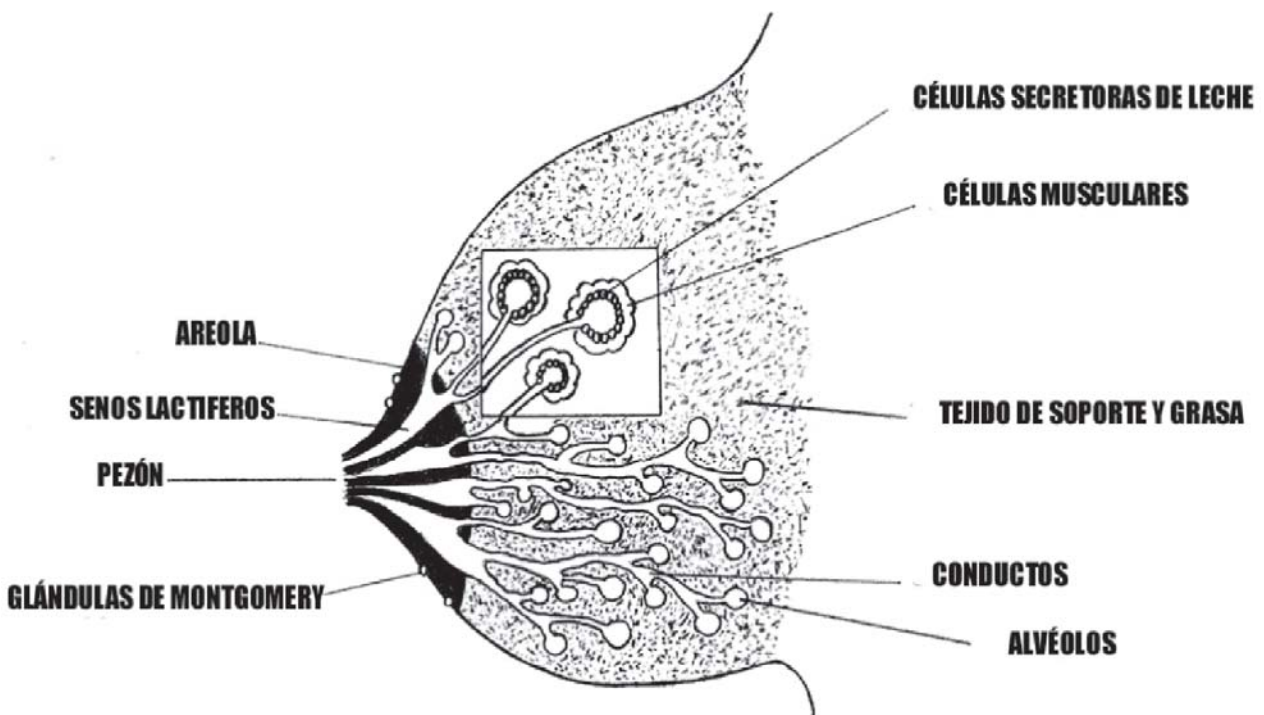
1. Anatomía

Las mamas o senos son dos prominencias sobre el pecho, que en el caso del hombre no están desarrolladas por la atrofia de las glándulas mamarias internas. Sin embargo, en la mujer, las mamas están bien constituidas y son muy evidentes después de la pubertad, debido al desarrollo de las glándulas mamarias.

En el centro de cada mama existe una pequeña protuberancia llamada *pezón*, rodeada de un halo de piel más oscuro que se denomina *areola*.

Las mamas están formadas por quince o veinte *lóbulos* (cada una de ellas) dispuestos radialmente y separados entre ellos por grasa. Cada lóbulo está formado por *lobulillos*; en cada lobulillo hay pequeños *alvéolos*. Los lobulillos tienen conductos que se unen para formar un único *conducto galactóforo*. Estos grandes conductos se ensanchan para formar los *senos galactóforos*, donde se acumula la leche por detrás del *pezón* (Figura 1). También están las llamadas *glándulas de Montgomery*, que lubrican.

Figura 1.- Estructura interna de la mama



Durante el embarazo se presentan una serie de modificaciones de las glándulas mamarias:

- Aumento del volumen de las mamas
- Aparición de unas estrías sobre la piel a causa del aumento del volumen de la glándula mamaria
- Aumento de la pigmentación de la areola que rodea al pezón, adquiriendo una coloración más oscura.

También, durante la menstruación, pueden observarse modificaciones de las mismas.

2. Fisiología

La lactancia implica mecanismos que comprenden, en primer lugar, el propio desarrollo de las glándulas mamarias, seguido por el desencadenamiento de la secreción láctea, y por su mantenimiento a lo largo de un período de tiempo más o menos prolongado.

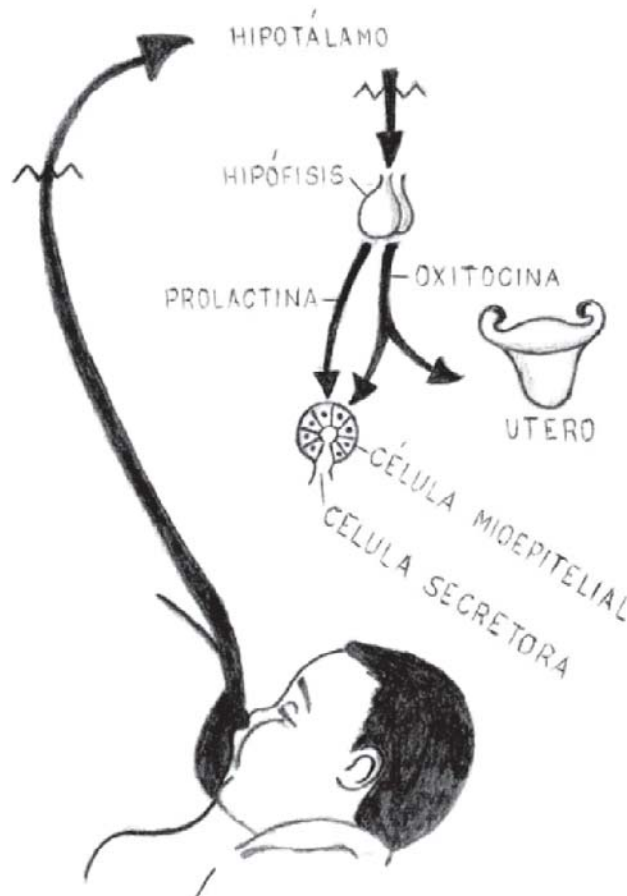
Figura 2.- Mecanismo fisiológico

Intervienen varias hormonas, como son:

- La prolactina.
- La progesterona.
- Los estrógenos.
- La oxitocina.
- El lactógeno placentario.

Existe un mecanismo estimulante de la secreción de prolactina debido a la presencia del niño junto al pecho de la madre, al simple llanto de éste y, con mayor grado, a la succión del niño (Figura 2).

Existen diferencias en la producción de la leche de unas madres a otras, pero ello **no depende del tamaño de las mamas; por el contrario**, sí existe relación entre la cantidad



segregada y la estimulación que se haga del pezón y **del completo y frecuente vaciado de las mamas.**

La ingestión de leche por el niño que mama de su madre se hace prácticamente durante los primeros cinco minutos de la tetada, aunque permanezca al pecho de quince a veinte minutos.

Ya antes del nacimiento, el feto realiza movimientos de succión y de deglución. Para extraer la leche del pecho, el niño pone en juego los músculos de la cara, lengua y mandíbula. La lengua del niño se coloca por debajo del pezón y de la areola, realizando un movimiento ondulante.

En cada succión la mandíbula sube para comprimir el pezón y después se relaja y desciende para permitir el paso de más leche desde la glándula al pezón.

II. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna tiene una serie de beneficios tanto para la madre como para el niño/a. Los más importantes se describen a continuación.

1. Ventajas en relación al niño

1. Composición óptima: exactamente ajustada a las necesidades del niño/a (cantidades adecuadas de hidratos de carbono, proteínas, grasas y fósforo).

2. Rica en vitaminas: la leche pasa al lactante sin estar sometida a cocción, por lo que mantiene todos sus componentes.

3. Inmunidad pasiva: los anticuerpos maternos incluidos en la leche aportan factores inmunológicos protegiendo al niño de algunas enfermedades.

4. Fermentos naturales: la leche materna lleva una serie de fermentos (fosfatasas, amilasas, peroxidasas, etc.) que permiten el control de la proliferación bacteriana y viral en el aparato digestivo, con lo que se evitan problemas de intolerancia digestiva, alergia a alimentos o diarreas.

5. Mejores condiciones higiénicas: es una leche fresca, sin manipulación y estéril; además está a la temperatura adecuada.

2. Ventajas en relación a la madre

1. Menor incidencia de cáncer de mama.

2. Mayor involución uterina en el puerperio, con la consiguiente disminución de la hemorragia puerperal.

3. Normalmente ayuda a espaciar los embarazos al ser menos frecuente la ovulación mientras dure la lactancia. *Como método anticonceptivo no es seguro.*

4. Las relaciones afectivas madre-hijo y las sonrisas, las caricias, las miradas, aceleran, según estudios, la **desaparición de la depresión posparto**, en su caso.

5. Ventajas económicas: menor costo al no tener que comprar leches artificiales y menor costo en salud.

III. TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y CUIDADO DE LOS PEZONES

Para realizar una buena preparación de las mamas antes de lactar y evitar el deterioro de los pezones, favoreciendo el cuidado de las mismas, es conveniente realizar una serie de consideraciones.

1. Técnica

- **Ejercicios de Hoffman:** consisten en el estiramiento del tejido periareolar para obtener la eversión paulatina del pezón.
- **Estirar y rodear el pezón entre el dedo índice y el pulgar varias veces al día.**

2. Cuidado de las mamas y los pezones

Cuidados durante el embarazo:

a) Higiene

Las mamas se deben lavar sólo con agua, sin jabón.

Evitar el uso de cremas y lociones.

Las glándulas de Montgomery producen la lubricación necesaria.

b) Helioterapia

Si los pezones son muy sensibles, exponerlos al sol o a la luz.

c) Usar un sostén que no apriete

Cuidados durante la lactancia:

Evitar el uso de jabones, lociones o cremas.

No es necesario el aseo de las mamas antes de amamantar.

Colocar correctamente el niño al pecho con el pezón y areola dentro de su boca, ya que así se evita el dolor y las grietas.

Para el cuidado de los pezones sólo se requiere extraer unas gotas de la misma leche después de la tetada y cubrir con ésta el pezón y la areola dejando secar al aire libre.

IV. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

La exploración de una técnica correcta es la base para una lactancia exitosa.

Antes de comenzar a dar de mamar es necesario encontrarse en una posición cómoda y relajada, concentrándose en el bello acto de amor que significa alimentar a un hijo con la leche que produce el propio cuerpo.

Se puede usar una de estas tres posiciones para amamantar al bebé:

1. Posición clásica (o de cuna)

Sentarse cómodamente en una silla. Sostener al bebé en un brazo, con su cabeza reposando sobre el ángulo del brazo. Apoyar el brazo sobre una almohada, si esto ayuda. El brazo del bebé que esté en la parte de abajo debe ponerse en forma que no moleste. La boca del bebé debe estar cerca del seno. El estómago del bebé y de la madre deben estar uno frente al otro y tocándose (Figura 3).

Figura 3.- Posición clásica o de cuna



2. Posición acostada

Acostarse en la cama con el bebé, de modo que esté estómago contra estómago. La cabeza del bebé debe estar cerca del seno. Levantar el seno hacia la boca del bebé. Cuando el bebé abra la boca completamente, poner su cabeza contra el seno.

Figura 4.- Posición acostada



Esta posición y la clásica son las más apropiadas cuando el nacimiento se produjo mediante operación de cesárea, por el beneficio que supone para la madre no apoyar al niño sobre los puntos de sutura, ya que puede aumentar las molestias o el dolor típicos de esta intervención. Igualmente también está recomendada durante las tomas nocturnas, para que la madre no tenga que permanecer levantada el tiempo que dure la toma. (Figura 4).

3. Posición sentada inversa

Sentarse en una silla, con una almohada del lado en que se vaya a alimentar al bebé. Poner la mano debajo de la espalda del bebé y sostener su cabeza cerca del seno. Sostener el seno con la otra mano (con el pulgar arriba y los dedos abajo del seno). Cuando el bebé haya abierto bien la boca, acercarlo al seno (Figura 5).

Figura 5.- Posición sentada inversa

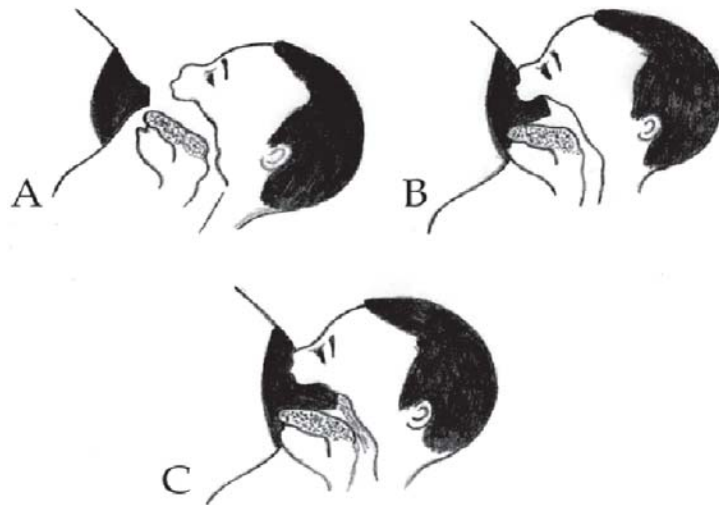


Es necesario utilizar regularmente las diferentes posiciones para amamantar, para que el niño comprima con el mentón y la lengua distintos sitios de la areola y del pezón; de este modo es posible prevenir lesiones en las mamas.

4. Proceso de agarre del pezón y ofrecimiento del pecho

Al ofrecer el pecho al lactante, éste abre bien la boca, pone la lengua debajo del pezón para formar una tetina e inicia el reflejo de succión (Figura 6).

Figura 6.- Proceso de agarre del pezón



a) Cuando el lactante agarra el pecho, la lengua avanza para atraer el pezón hacia dentro.

b) El pezón y la areola se desplazan hacia el paladar duro.

c) La lengua se mueve a lo largo del pezón, apretándolo contra el paladar duro y ejerciendo presión. Se exprimen así los conductos bajo la areola y se inicia la secreción de leche como resultado del movimiento peristáltico de la lengua. La glotis se cierra y se produce la deglución.

Hay dos posiciones habituales de la mano con las que ofrecer el pecho:

Con los dedos en tijeras:

El pulgar y el índice se colocan por encima de la areola y los otros tres dedos soportan el pecho por debajo, lo que le permite cierta compresión de la areola (Figura 7).

Hay que tener cuidado de que la mano no impida al bebé tomar una porción suficiente de la areola en la boca. Hoy en día no se recomienda esta posición.

Sujetando el pecho con la palma de la mano, de forma que queden cuatro dedos debajo del pecho y el pulgar arriba, para facilitar la correcta introducción del pezón en la boca del niño (Figura 8):

**Figura 7.-
Posición con los dedos en tijera**

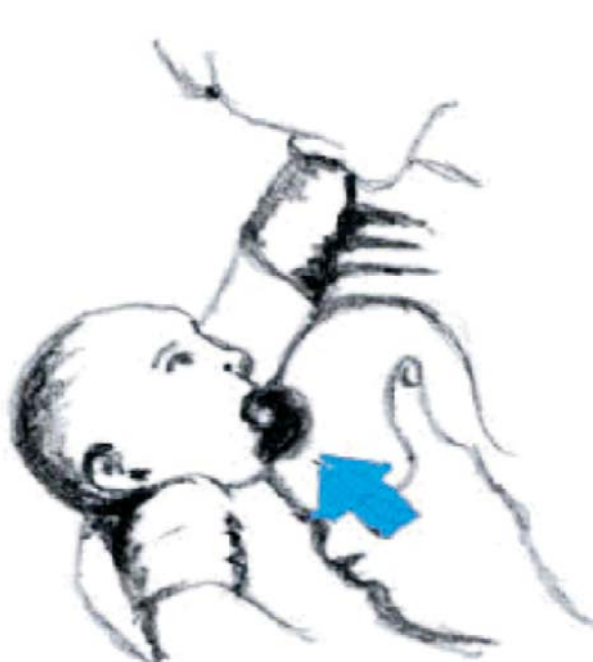


**Figura 8.-
Posición sujetando el pecho con la palma de la mano**

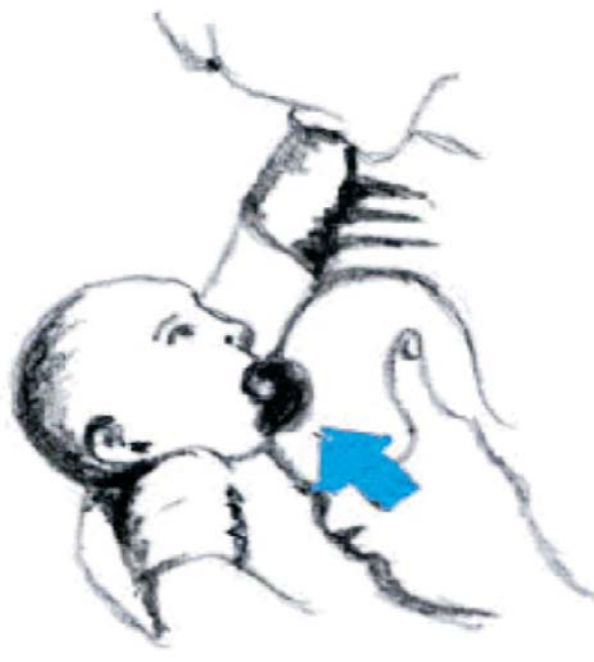


¿Cómo hacer para que tu bebé agarre el pezón?

Figura 9.- Técnica de agarre del pezón



1. Sosteniendo la cabeza del bebé cerca del seno.



2. Con el pezón, tocar ligeramente el labio inferior del bebé.



3. Levantar el seno hasta la boca del bebé. Asegurarse de que el pezón esté centrado en la boca del bebé.



4. Rápida y firmemente acercar la cabeza del bebé al seno. Hacer que el pezón y la areola entren lo más que se pueda dentro de la boca del bebé.

5. Higiene materna

Hay que tener muy presente que:

La higiene materna es de gran importancia a la hora de amamantar al bebé, debido a la íntima unión que va a tener la madre con su hijo/a.

A través de la succión, el recién nacido ingiere todo lo que haya en el pezón y la areola, como restos de sudor, de desodorante, de cremas, etc, por lo que es aconsejable que no se utilicen productos fuertes, que contengan alcohol u olor, que produzcan en el niño el rechazo o la aversión al pezón.

No es necesario lavarse los pezones antes ni después de cada toma, ya que la humedad y el frotamiento provocan maceración y dolor. Es suficiente una buena ducha diaria con agua y jabón neutro, la aplicación posterior de una crema hidratante suave, por toda la piel de las mamas y, si se precisa, limpiar con una gasa seca el pezón antes o después de la toma para retirar restos de leche.

6. Inicio de la alimentación

El momento ideal para ponerse el niño al pecho es durante la primera hora de vida, ya que el reflejo de succión y el estado de alerta son muy fuertes y facilitan la lactancia.

Promover el contacto piel a piel e iniciar la lactancia en el posparto inmediato es una técnica que ayuda a conseguir una exitosa lactancia, al tiempo que

establece fuertes vínculos madre-hijo. La duración de la tetada estará determinada por el niño; *hay que dejarle que termine con el primer pecho, para luego ofrecerle el segundo.*

Existen variaciones de un niño a otro, a veces, un pecho es suficiente.

La frecuencia también está determinada por el niño, la alimentación libre o a demanda permite que el niño decida cuándo comer y que esto no sea una determinación de la madre o de la enfermera.

Poco a poco el niño se irá adaptando a un horario, en paralelo al progresivo aumento de la secreción láctea, pidiendo alimento cada 2 ó 3 horas, que es el tiempo de vaciado normal del estómago.

Durante la primera semana es aconsejable que el niño no haga un descanso nocturno superior a 4 ó 5 horas, evitando así una mayor pérdida de peso que la pérdida fisiológica aceptada (10 % de su peso al nacimiento en la primera semana de vida).

Es aconsejable empezar cada toma por el pecho utilizado en último lugar de la toma anterior, favoreciendo así el vaciado completo de ambas mamas. Si el niño no vacía totalmente el pecho, se producirá una disminución en el estímulo de la secreción láctea, por lo que al finalizar la toma se debe sacar el resto mediante la utilización de un sacaleches.

7. ¿La leche es siempre igual?

La leche materna, a diferencia de la artificial, se va adaptando al crecimiento del bebé. A partir del 7º mes de embarazo y durante algunos días después del parto, se produce una leche que se llama “calostro”, que es espesa y de color amarillo. Es muy importante que el bebé la tome, porque es como la primera vacuna que recibe.

Con los días, la leche va cambiando y aproximadamente entre los 2 y 10 días después del parto se produce la bajada de “leche madura”, que es la que toman los bebés durante el resto de la lactancia.

La leche varía también a lo largo de una tetada: al principio es más “acuosa” o liviana y quita la sed, y después tiene grasa y calma el apetito, a la vez que produce el aumento del peso del bebé. De ahí la importancia de vaciar completamente un pecho antes de ponerlo al otro.

8. ¿Está el bebé recibiendo suficiente leche?

Esta pregunta se contesta siguiendo los indicadores de producción suficiente de leche:

- Deglución audible durante el amamantamiento.
- Sensación de la bajada de la leche en los pechos.
- Pechos llenos antes de amamantar y vacíos después.
- Pañales mojados: seis o más cada 24 horas.
- Movimientos intestinales frecuentes y suaves.
- Promedio de ganancia de peso de 18-30gr/día ó 125-210gr/semana.

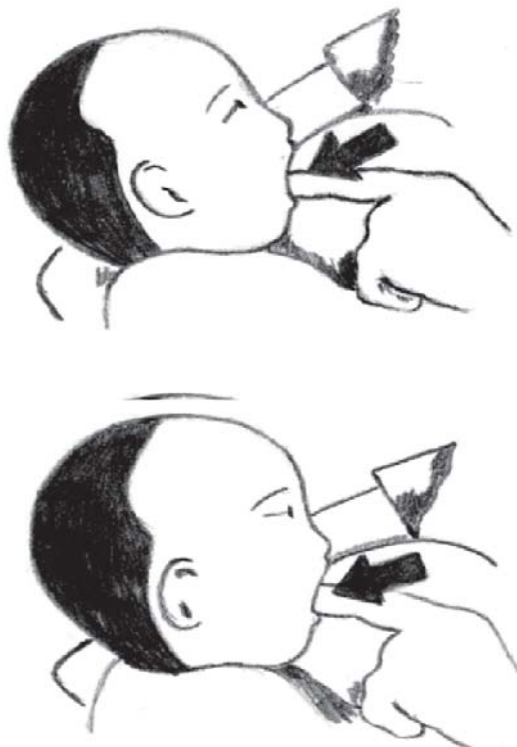
9. Cómo separar la boca del bebé del seno

Cuando se desee descansar, cambiar al otro pecho o cuando haya finalizado la lactancia, hay que retirar al niño del pecho.

Para evitar el vacío y el dolor que pudiese provocar, debe deprimirse la mama cerca del pezón con un dedo o bajarle el mentón.

Con ello también se impedirá que el bebé muerda el pezón (Figura 10).

Figura 10.- Separación de la boca del seno



10. Cómo hacer eructar al bebé

Generalmente, el bebé tragará un poco de aire cuando se esté alimentando. El eructar ayuda a que el bebé se deshaga de este aire. Puede hacerse de una de estas tres formas (Figuras 11, 12 y 13):

Figura 11.- Cómo hacer eructar al bebe

Carga al bebé en posición vertical con su cabeza sobre tu hombro. Poner un brazo debajo del trasero del bebé, y con la otra mano dar leves palmaditas o acariciar la espalda del bebé.



Figura 12.- Cómo hacer eructar al bebe

Sentar al bebé sobre el regazo. Con una mano, sostener la cabeza, y con la otra, la barbilla y la parte delantera del bebé. Mover la parte superior del bebé hacia delante y hacia atrás, o dar suaves palmaditas en la espalda.



Figura 13.- Cómo hacer eructar al bebe

Colocar al bebé boca abajo, sobre el regazo. Con una mano, sostener la cabeza del bebé. Acariciar o dar suaves palmaditas en la espalda.



V. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

1. Extracción manual de la leche materna

Todas las madres deben estar familiarizadas con la técnica de la extracción manual de leche, e idealmente esta técnica se debería adquirir antes del alta hospitalaria con la ayuda de la enfermera de maternidad y de la matrona de su centro de salud.

Durante la gestación, a partir de la aparición de calostro, aproximadamente al sexto mes, es necesario ayudar a que se familiarice con los pechos y a tener plena confianza en la capacidad de amamantar. Una vez por día realizar ejercicios que tiendan a estimular el pezón. Para ello colocar un dedo a cada lado del mismo y estirar suavemente la areola en dirección lateral y longitudinal. Repetir varias veces; si esto provocara alguna contracción, suspender el ejercicio. No se recomienda entre las 20 y las 36 semanas de gestación por riesgo de parto prematuro.

Los motivos para sacarse la leche son numerosos:

Iniciar el flujo de leche para ayudar al bebé a tomar adecuadamente el pecho.

Al principio de la lactancia, si el bebé es prematuro o está enfermo.

Para aliviar la ingurgitación de los pechos.

Para extraer la leche, cuando no es posible dar de mamar en una toma determinada.

Para mantener la secreción cuando no es posible dar el pecho.

Para guardar la leche y dársela al niño en otro momento.

Para extraer la leche, temporalmente mientras se toma un determinado fármaco.

La extracción manual es adecuada para iniciar el flujo de leche antes de aplicar un sacaleches o una bomba eléctrica. No muchas mujeres consiguen grandes volúmenes sin ayuda mecánica y para ello podemos seguir los siguientes pasos:

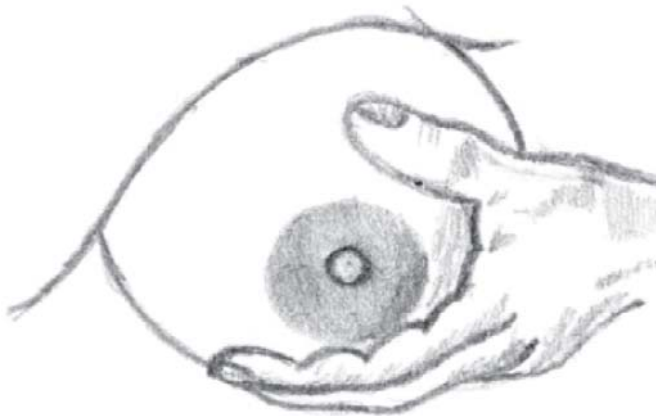
Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos en relación al niño.

La capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección de leche.

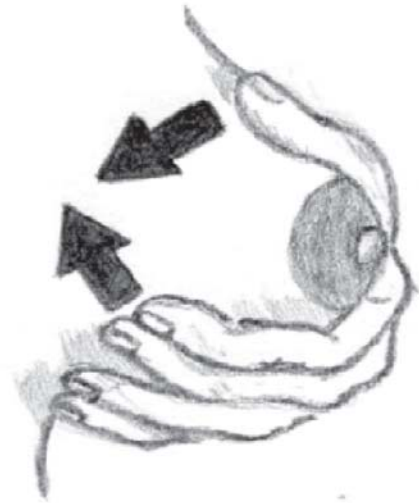
Lavado de mamas.

Masaje de pechos (Figura 14):

Figura 14.- Masaje de pechos



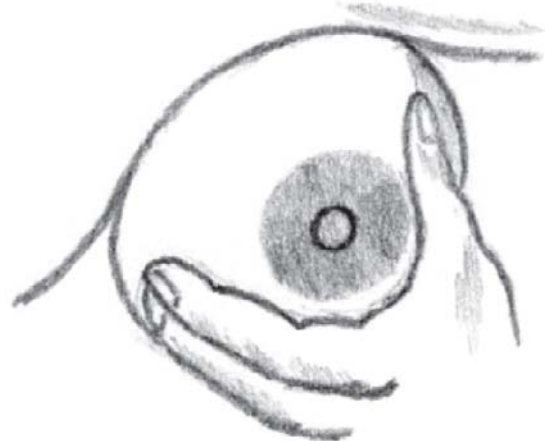
1. Colocar el pulgar y dos dedos justo detrás de la areola (el círculo de piel de color marrón).



2. Apretar los dedos y el pulgar, a la vez que se empuja hacia el pecho, alejándose del pezón.



3. Luego, cambiar de dirección y apretar hacia la areola, pero no apretar el pezón



4. Cambiar de posición el pulgar y los dos dedos, dando un cuarto de vuelta, y repetir el proceso hasta que se haya dado toda la vuelta al seno.

Cuando se esté sacando la leche, no tirar del pezón ni pellizcar el seno.

Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche. Repetir el masaje y el ciclo varias veces.

Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o vidrio.

La duración total del procedimiento es de 20 ó 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas.

2. Extracción artificial de la leche materna

La extracción de la leche también puede efectuarse con bombas sacaleches manuales o eléctricas.

Los sacaleches sólo deben usarse en situaciones específicas, como en extracción de la leche durante el horario laboral, ausencias maternas, alimentación con leche materna en biberón o prematuros con succión débil, etc, ya que el sacaleches produce un estímulo artificial de secreción que puede ser mayor o menor que las necesidades del recién nacido, por lo que, en condiciones normales, debe ser el niño el que regule de una forma natural la producción de leche en relación a sus necesidades particulares.

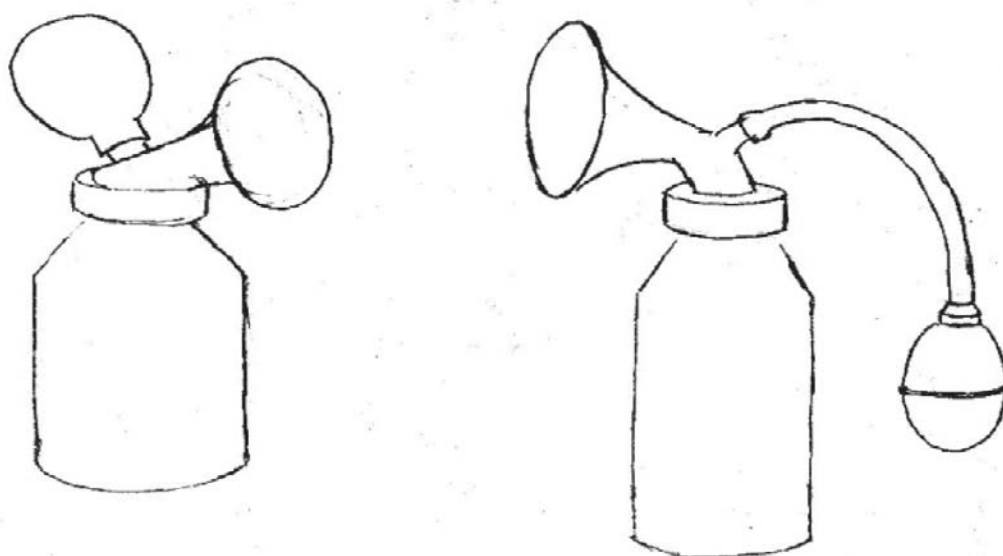
Tipos de sacaleches

a) Bombas manuales:

Sacaleches en bocina de bicicleta:

Se aprieta una bomba aspirante y se apoya la pequeña copa de cristal en la areola. La leche saldrá de forma automática y pasará a llenar el biberón, después de lo cual la pequeña bomba volverá a hincharse (Figura 15).

Figura 15.- Sacaleches en bocina de bicicleta



Esta operación deberá realizarse en ambos pechos hasta conseguir vaciarlos.

Bombas cilíndricas o de jeringa:

Consiste en una jeringa graduada, en la que, en lugar de la aguja, se encuentra un soporte que se apoya a la areola mamaria. Basta con colocar el sacaleches sobre el pecho en la dirección adecuada y tirar del émbolo, para que la jeringa se lleve la leche. Es especialmente útil cuando nos resulta difícil aspirar normalmente la leche (Figura 16).

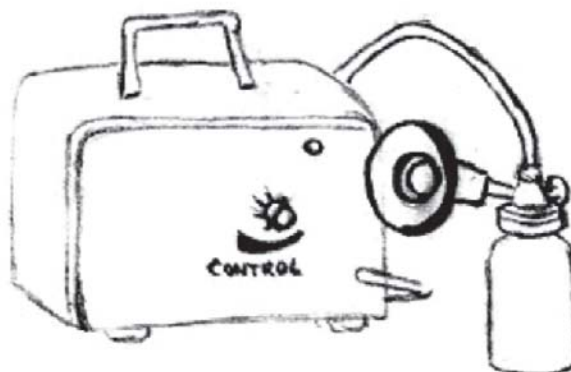
Figura 16.- Bombas cilíndricas o de jeringa



Bombas eléctricas:

Los modelos eléctricos tienen un pequeño agujero en la base de la copa que se ha de tapan con el dedo para que se produzca el vacío, al igual que la mayoría de los aspiradores de los hospitales. Esto permite controlar la presión y simular la acción de ordeño, que es muy efectiva para extraer la leche, tapando y destapando rítmicamente el orificio con el dedo (Figura 17).

Figura 17.- Bombas eléctricas



VI. CONSERVACIÓN Y POSTERIOR UTILIZACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Si por alguna circunstancia el bebé debe ser ingresado, no se tiene por qué suspender la lactancia materna.

La madre podrá encontrarse en una de estas situaciones:

Si el bebé succiona directamente el pecho

Se dará el pecho en la sala de lactancia o en el *box* donde esté ingresado, si la situación lo requiere.

Si el bebé succiona poca cantidad

Después de la toma se completará el vaciado del pecho manualmente, o utilizando mamaderas (ver apartado “Técnica de extracción de la leche materna”).

Si el bebé no succiona directamente del pecho

Se deberá hacer la extracción completa o con mamadera 1/2 hora antes de las tomas.

Si la extracción se hiciera en casa, mantener la leche en el frigorífico y utilizar una nevera portátil para trasladarla.

Identificar los envases que entregas con el nombre del bebé, *box* en el que está ingresado, fecha y hora de extracción.

Cuando no se tenga la posibilidad de llevar la leche al hospital se puede congelar. En este caso, deben seguirse unas pautas:

Lavarse bien las manos.

Utilizar los envases que la unidad hospitalaria le proporcione.

Meter la leche en el congelador nada más extraerla.

No congelar más de 100 cc en cada envase.

Identificar los envases (nombre, *box*, fecha y hora de extracción).

Para su traslado, los envases deben ser sacados del congelador en el momento de salir de casa e introducirlos en una nevera portátil con mucho hielo.

Se debe recordar que:

Una mala higiene en el momento de la extracción o un mal proceso de congelación de la leche puede perjudicar al bebé.

La leche materna no debe estar:

- Más de tres horas a temperatura ambiente.
- Más de 24 horas, en frigorífico (a +4° C).
- Más de 6 meses, en congelador (a -20° C).

Los biberones deben calentarse al baño María.

Para descongelar, sacar la leche del congelador al frigorífico (no utilizar nunca microondas ni calor). Si en el momento de utilizarla se observan porciones congeladas, poner el envase bajo un chorro de agua fría.

VII. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE LAS MAMAS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Hay que tener en cuenta una serie de problemas que pueden tener las mamas si no se hace un correcto cuidado de las mismas.

1. Pezones dolorosos

¿Por qué se produce dolor en los pezones?

Generalmente los pezones se ponen más sensibles después del parto. El amamantamiento no debería provocar dolor, pero ocurre con frecuencia.

¿Cómo se previene?

Durante el embarazo es muy bueno exponer los pechos al aire y al sol para fortificar la piel. No es aconsejable utilizar protectores mamarios impermeables ni sustancias aceitosas.

¿Cómo se trata?

A lo largo de la lactancia, es importante aplicar unas gotitas de leche en los pezones después de las comidas; aplicar un paño tibio y húmedo al pecho antes de dar de mamar para facilitar la succión de leche; iniciar cada comida en el pecho menos afectado; no interrumpir el amamantamiento ni limitar la frecuencia o duración de las tomas.

2. Infección por cándida del pecho

Se produce habitualmente cuando el bebé tiene “muguet”, después de un tratamiento con antibióticos. Produce un dolor punzante que irradia por el pecho y la madre siente como si los conductos fueran de “fuego líquido”.

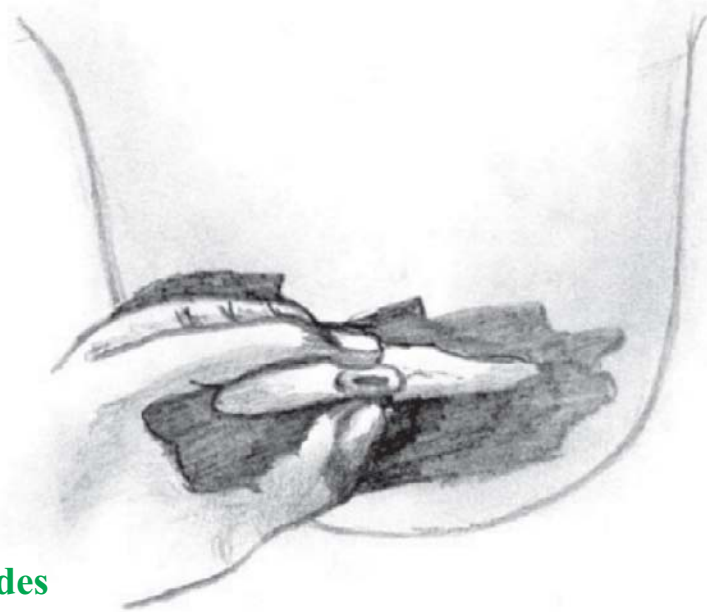
Hay que ponerle tratamiento tanto a la madre como al niño.

3. Pezones pequeños planos

En pezones umbilicados y planos se debe comenzar la preparación desde que se detecta el problema en el primer control prenatal. Como se ha comentado en otro apartado, se sugiere suspender los ejercicios entre las veinte y treinta y seis semanas de gestación porque existe riesgo de parto prematuro.

Se ayuda al niño a agarrarse comprimiendo el pecho y la areola entre dos dedos para que salga el pezón todo lo posible (Figura 18).

Figura 18.- Compresión en pezones planos



4. Pezones grandes

Pueden causar problemas con un bebé pequeño o que succione débilmente.

5. Pezones agrietados

¿Qué son?

Son afecciones que pueden ubicarse en la base o en la punta del pezón y pueden llegar a sangrar.

¿Por qué se producen?

Los pezones agrietados se pueden presentar en un pezón doloroso si no se trata, y suelen ser debidos a una técnica inadecuada de amamantamiento.

¿Cómo se previenen?

Para prevenir las grietas se pueden seguir los consejos expuestos en este documento y además no lavar los pezones antes o después de dar el pecho, ni hacerlo con jabón, alcohol u otras sustancias.

¿Cómo se tratan?

Ablandar la costra con agua tibia o con unas gotas de leche antes de cada tetada, después volver a aplicar leche o crema de caléndula.

6. Ingurgitación

El mejor tratamiento de la ingurgitación es la prevención.

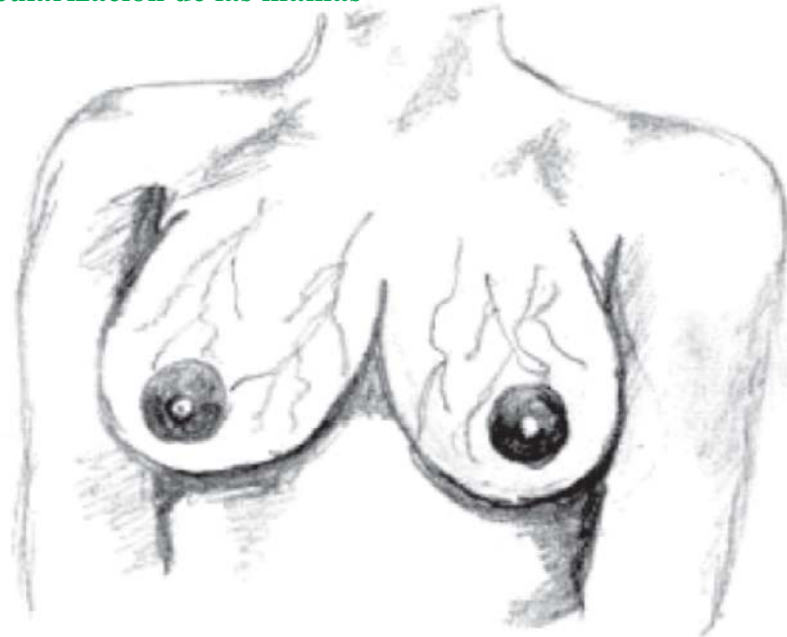
El grado de ingurgitación es menor con cada hijo sucesivo. Las primíparas tienen mayor riesgo de ingurgitación.

La ingurgitación consta de dos componentes:

Congestión y aumento de la vascularización, que es fisiológico (Figura 19).

Acumulación de leche, que puede afectar sólo a la areola o al cuerpo de la mama.

Figura 19.- Vascularización de las mamas



Ingurgitación areolar

Se produce cuando se ingurgita la areola y es imposible mamar de ella correctamente.

El objetivo del tratamiento es reducir la ingurgitación para que el bebé pueda mamar eficazmente y así acabar de vaciar los conductos distendidos.

El calor húmedo, justo antes de las tomas, facilita la extracción manual.

Se debe enseñar a la madre a extraer la leche manualmente.

Ingurgitación periférica

Al comienzo, la vascularización de las mamas aumenta y se empiezan a hinchar.

¿Cómo se trata?

Extraer del pecho la leche, mediante bomba mecánica, si el bebé no mama o mama poco.

Se aconsejará a la madre que lleve un sujetador de lactancia, bien ajustado pero elástico.

La aplicación de compresas frías pueden ayudar a disminuir la vascularización.

A veces es aconsejable que la madre se saque un poco de leche antes de la tetada.

El paracetamol puede aliviar un poco a la madre y no afecta al lactante.

7. Dolor y bultos en los pechos

Un bulto doloroso en el pecho de una madre que está amamantando se debe, probablemente a la obstrucción de un conducto galactóforo.

8. Bultos recurrentes

Cuando los bultos se repiten debe buscarse la causa principal, que puede ser la fatiga y el agotamiento.

9. Mastitis

Es una infección de las mamas que produce sensibilidad localizada, enrojecimiento y ardor (Figura 20).

Figura 20.- Mastitis en mama derecha



Los síntomas pueden ser: fiebre, cansancio, náuseas, dolor de cabeza. Si no se trata a tiempo, es probable que se produzcan abscesos.

Su causa inicial es la obstrucción de los conductos o las grietas.

Para prevenirlas hay que estar atentos a los primeros síntomas o molestias. Si aparecen síntomas es fundamental consultar con alguna persona con experiencia en lactancia y, si es necesario, con el personal sanitario.

¿Cómo se tratan?

Es preferible el reposo en cama. Seguir amamantando del pecho afectado y hacerlo con mayor frecuencia (excepto si hay pus, que en este caso debe extraerse la leche, pero no dársela al bebé).

Antes de dar de mamar se puede facilitar la salida de la leche sumergiendo el pecho 5 minutos en un recipiente con agua tibia o aplicando paños tibios.

Después de alimentar al bebé es primordial extraer a mano el resto de la leche del pecho afectado.

10. El absceso mamario

Es una complicación de la mastitis. Es una colección localizada de pus dentro de la mama.

11. Mastalgia

Dolor en las mamas. Puede ser o no cíclica (es decir, relacionada o no con el ciclo menstrual).

VIII. ALIMENTACIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA

La alimentación de la madre durante la lactancia ha de ser variada y equilibrada.

No es momento adecuado para comenzar una dieta, aunque tampoco debe comer en exceso ni aumentar mucho el peso.

La secreción láctea representa el mayor esfuerzo calórico que puede presentarse fisiológicamente.

La producción de 750 a 900 ml/día de leche suponen un coste energético adicional a las necesidades básicas.

Será pues necesario compensar las pérdidas nutritivas mediante una alimentación adecuada, teniendo en cuenta que la cantidad y calidad de la leche van a depender de:

Los depósitos nutricionales adquiridos durante el embarazo.

La cantidad de líquidos tomados.

El valor calórico ingerido.

El nivel de proteínas.

Las influencias sociales y la salud psíquica. La causa más frecuente de secreción láctea inadecuada es la fatiga. Es conveniente seguir un cierto reposo que debe ser respetado por la familia y amigos, sobre todo durante el primer mes, en el que se está estableciendo la lactancia.

Figura 21.- Alimentos ricos en proteínas



1. Se aconseja

Aumentar la ingesta en unas 500 Kcal/día. Los depósitos de grasa materna acumulados durante el embarazo proveen unas 100-150 Kcal/día en los primeros meses de la lactancia, teniendo que suplementar el resto con la dieta. Dietas hipocalóricas mantenidas pueden disminuir la secreción láctea.

Suplementar las proteínas en 15-20 g, de las cuales al menos el 66% será de alto valor biológico (leche, huevo, carne, pescado) (Figura 21).

Aumentar el aporte de calcio en 0,5 mg al día. Éste debe obtenerse, principalmente, a partir de un aporte extra de leche y derivados lácteos (yogur, queso), hasta llegar a 3 ó 4 raciones al día (Figura 22).

Figura 22.- Alimentos lácteos



Aumentar el aporte de hierro en 5 mg/día. Para conseguirlo, es importante incluir en la dieta carne, pescados, huevos y legumbres. En las mismas comidas debería incluirse un alimento rico en vitamina C (naranja, pomelo, tomate...), puesto que favorece la absorción del hierro.

Asegurar el consumo de al menos 2 litros de agua. En la práctica, se suele tener más sed, lo que lleva a una mayor ingesta de líquidos (parece ser que una ligera restricción de líquidos produce menos orina, pero no menos leche.)

Tomar alimentos ricos en folatos y ácido fólico. Presentes en cereales integrales y fortificados, así como en los alimentos de origen vegetal. Son muy sensibles a la cocción, lo que provoca grandes pérdidas en la actividad de esta vitamina.

Por ello debe potenciarse el consumo de frutas y, especialmente, de verduras crudas y de hoja verde (Figura 23).

Figura 23.- Alimentos ricos en folatos, hierro y vitamina C



Conviene favorecer el consumo de grasas monoinsaturadas (ácido oleico presente en el aceite de oliva) y poliinsaturadas (ácidos omega 3 presentes en pescados azules como sardinas), disminuyendo el consumo de las grasas saturadas (bollería, precocinados, dulces...) (Figura 24)*.

También es preferible el consumo de mantequilla, antes que de margarinas.

El contenido de colesterol en la leche no parece estar influenciado por el colesterol presente en la dieta.

Figura 24.- Alimentos ricos en grasas



Conseguir un aporte adecuado de hidratos de carbono para una producción óptima de leche (legumbres, lentejas, garbanzos, patatas, alubias, pastas, arroz, trigo, pan, cereales...).

Alimentos ricos en fibra (legumbres, verduras) y de preparación sencilla excluyendo picantes.

El contenido en vitamina A en la dieta es fundamental tanto en el embarazo como durante la lactancia. Fuentes alimenticias de la vitamina A son: leche entera y derivados, hígado, huevos, aceite de pescado, carne y pescado, tomate, zanahoria, pimiento rojo, ciruela, melocotón, berros, espinacas, nabos y lechuga.

La exposición materna al sol aumenta el contenido en vitamina D en la leche. La vitamina D está presente en: leche y otros alimentos derivados de ella, aceite de hígado de bacalao, pescado, yema de huevo, mantequilla.

Hay que procurar no fumar, ya que la nicotina disminuye las concentraciones de prolactina y oxitocina y por tanto el volumen de secreción láctea.

Moderar el consumo de té y café. Al ser excitantes, pueden producir llanto e irritabilidad en el niño y son inhibidores de la absorción de hierro.

Aunque parece ser que la levadura concentrada de la cerveza aumenta la producción de leche, deben evitarse todas las bebidas alcohólicas, incluida ésta.

El temor a que alimentos flatulentos causen gas en el lactante parece no tener mucho fundamento. Ni la fibra ni el gas se absorben, ni pasan a la leche, aunque pueden producir alguna molestia en la madre.

Las madres lactantes que consumen una dieta bien equilibrada y suficientes calorías no suelen necesitar suplementos farmacológicos.

La dieta vegetariana no es apropiada para la mujer durante la lactancia. En caso de ser vegetariana debe consultar al médico.

* Para estos y otros aspectos sobre nutrición en general, puede consultarse el texto de esta Colección que tiene por título “Prevención de la obesidad y de la diabetes *mellitus* tipo 2” (ver en bibliografía; también disponible en la web: www.saludextremadura.com, apartado de Educación para la Salud).

2. Sabor de la leche materna

Al contrario que la leche artificial, que siempre tiene el mismo sabor, la leche cambia según los hábitos alimenticios. En la práctica, cada variación o novedad en la dieta puede proporcionarle un gusto ligeramente diferente a la leche.

En principio no es conveniente que se eliminen determinadas categorías de alimentos por temor a que “disgusten” al pequeño. Los beneficios derivados de esta actitud son importantes:

Estimulación de las sensaciones gustativas del recién nacido.

De esta manera, se acostumbra mucho antes a los sabores y los aromas de los alimentos, comenzando a crear sus preferencias por algunos de ellos. También esto constituye una importante etapa de desarrollo sensorial y cognoscitivo.

Preparación del destete.

El niño empieza a saborear los alimentos y los placeres de la mesa incluso antes de tomarlos directamente. Por tal razón será más fácil acostumbrarle a las nuevas papillas.

Maduración del aparato digestivo.

Acostumbrar desde el principio al recién nacido a ingerir pequeñas cantidades de distintas sustancias, favorece la formación espontánea de las enzimas necesarias para digerirlas. Cuando después el pequeño empiece a tomar directamente estos alimentos, ya no tendrá tanto problema para digerirlos y le gustarán más.

Hay aceites esenciales en alimentos (como el ajo, cebolla, puerro y escalonias) y algunas especias, cuyos olores y sabores característicos sí que pasan a la leche y pueden molestar a algunos niños.

Algunos alimentos pueden dar un sabor desagradable a la leche, como coliflor, coles de Bruselas, alcachofas, pimientos, espárragos, apio. Los nabos, brécol y habas también pueden llegar a ser desagradables para algunos niños.

El chocolate puede tomarse con moderación.

A veces se acusa a ciertos alimentos de provocar trastornos intestinales al niño, (diarreas, cólicos y vómitos). No parece tener demasiada base científica de que sean tan perjudiciales para el lactante. Por tanto esto no debe condicionar a la madre, que puede comerlos primero en pequeñas cantidades, para comprobar las

reacciones del pequeño, prestando especial atención a las 24 horas siguientes a la ingesta de algún alimento en concreto.

Es imposible saber cómo reaccionará el niño a cada nuevo sabor. Ante todo debe decirse que cuando la sustancia pasa a la leche, está muy diluida y ya no tiene aquella concentración inicial que produce la sensación de sabor fuerte a quien toma el alimento.

El lactante sólo percibe, por tanto, una ligera diferencia respecto a la tetada habitual. Después, depende de las características propias de cada niño que este sabor perturbe o no su gusto y, en consecuencia, su comida.

¿Cuáles son las señales que indican desaprobación?

Pequeñas muecas y sonidos, que indican claramente desagrado.
Rechazo a la tetada o poco apetito.

Observar si en una toma come menos y si lo hace mejor en la siguiente; es posible que en pocas horas se haya acostumbrado al nuevo olor y sabor que antes le desagradaron.

Algunos alimentos pueden dar a la leche una coloración rosa o anaranjada (colorantes de bebidas o refrescos), verdosa (algas marinas en tabletas) e incluso negruzca (algunos antibióticos).

IX. ENFERMEDADES: ¿CÓMO INFLUYEN EN LA LACTANCIA?

Ciertos problemas de salud pueden hacer dudar si dar o no el pecho a un bebé. Es importante advertir que la mujer lactante enferma debe consultar con su médico sobre la conveniencia o no de lactar.

A continuación, a título orientativo, podemos ver algunos problemas de salud:

Diabetes mellitus: puede lactar. Salvo que la enfermedad sea excesivamente incapacitante, o esté muy descontrolada.

Diarrea: puede lactar. Incluso cuando hay diagnóstico de diarrea bacteriana. Se tratará con antibióticos inocuos para el niño.

Fiebre: puede lactar. Si la madre precisa medicación se tendrá en cuenta que sea inocua para el niño.

Hepatitis B: puede lactar. El niño debe estar siempre vacunado y además puesta gammaglobulina cuando la madre sea positiva.

Hepatitis C: no debe lactar.

Resfriado: puede lactar. Teniendo la precaución de utilizar mascarilla y realizar un buen lavado de manos.

Sida: no debe lactar.

X. MEDICACIÓN Y LACTANCIA MATERNA

En algunas circunstancias la leche puede ser el vehículo por el que sustancias nocivas alcancen al recién nacido, originando efectos indeseables.

Son muchos los productos que pueden ocasionar este tipo de problemas. Entre ellos podemos recordar las drogas de abuso, los tóxicos sociales (alcohol y tabaco), los tóxicos industriales y numerosos medicamentos.

Es habitual que durante la lactancia se tomen distintos medicamentos para tratar alguna enfermedad. Ante este hecho puede plantearse la posibilidad de suspender la lactancia, con la finalidad de evitar efectos no deseables para el niño. Sin embargo, esta decisión privará al niño/a de los beneficios que aporta la leche materna. Por ello es importante la utilización correcta de los fármacos durante este período, evitando el uso de aquellos medicamentos potencialmente nocivos.

Hay que tener en cuenta que los recién nacidos son más vulnerables a los efectos de los medicamentos que otros grupos de edad y por ello la cantidad de medicamentos que pueden recibir a través de la leche pueden resultar problemáticos.

Otro factor a tener en cuenta es la posibilidad que tienen algunos medicamentos de alterar la cantidad y características de la leche materna.

Es muy importante destacar que la mujer lactante **no debe tomar ningún medicamento sin consultar primero con su médico**. El contenido de lo expuesto en este apartado es sólo a título orientativo.

Desde el punto de vista práctico cabe distinguir dos grupos de fármacos:

Fármacos sobre los que hay descripciones muy bien documentadas de casos de reacciones adversas graves en el lactante, estando formalmente contraindicados su uso.

En este grupo estarían los siguientes fármacos:

Amiodarona	Ciclofosfamida	I 131
Anfetaminas	Ciclosporinas	Litio
Azatioprina	Cisplatino	Metroxate
Cloranfenicol	Dosorubicina	Metronidazol
Cimetidina	Ergotamina	

Fármacos cuya administración parece segura durante la lactancia:

Ácido acetil salicílico	Eritromicina
Hidralacina	Terbutalina
Ácido fólico	Verapamilo
Ácido mefenámico	Vitaminas A y D (dosis bajas)
Paracetamol	Vitamina C
Penicilinas	Etambutol
Baclofeno	Heparina
Captopril	Insulina
Codeína	Ácido glucenámico
Cromoglicato sódico	Mexiletina
Digoxina	

Como conclusión diremos que la mayoría de los fármacos se expulsan a través de la leche materna a concentraciones generalmente muy bajas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la cantidad de leche consumida diariamente por el lactante es elevada.

Además, la diferencia fisiológica de esta fase de la vida les hace particularmente susceptibles. No obstante, en general, el riesgo no es muy alto. Únicamente en contadas ocasiones puede estar indicada la suspensión de la lactancia materna.

Hay que decir que existen algunas normas para limitar la cantidad de fármacos que recibe el lactante. Una de ellas consiste en hacer coincidir la tetada con el momento en que la concentración plasmática es mínima. En la práctica esto se consigue *tomando la medicación justo al terminar la tetada*.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2001.
2. Díaz C, Riaño I, Rodríguez R. Candas MA. Lactancia materna, guía para profesionales sanitarios. Oviedo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2003.
3. Documentos de I.H.A.N. *Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños*.
4. Florez J, Armijo J.A, y Mediavilla A. Farmacología Humana. Barcelona: Editorial Masson-Salvat, 2003.
5. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001 Feb; 48 (1): 13-34.
6. Organización Mundial de la Salud. Calidad y cantidad de la leche materna. Ginebra: OMS; 1985.
7. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS; 1998.
8. Ruiz E, Iglesias ME, Ferrer JL, Prevención de la obesidad y de la diabetes *mellitus* tipo 2. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Documento 1. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2005.
9. Santiago Ruiz de Aguiar Díaz Obregón y Emilio Vargas Castrillón: Cuidados de enfermería en Neonatología. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.
10. UNICEF. Lactancia materna. Contenidos y técnicas para profesionales de la salud. Santiago de Chile; 1995.

