

Autoras:

CARMEN DÍAZ DÍAZ, ginecóloga, hospital Álvarez Buylla
ISOLINA RIAÑO GALÁN, pediatra, hospital de Cangas del Narcea
ROSA RODRÍGUEZ POSADA, pediatra, centro de salud de Arriondas
ZULIMA PALENCIA GONZÁLEZ, matrona, hospital de Cangas del Narcea
MARÍA ANTONIA CANDÁS VILLAR, farmacéutica, Gerencia de Atención Primaria de Oviedo

Colaboraciones:

ANDRÉS MEANA MEANA, pediatra, centro de salud de La Calzada
CARMEN DÍEZ FERNÁNDEZ, enfermera, centro de Salud de Corvera
GONZALO SOLÍS SÁNCHEZ, pediatra, hospital de Cabueñes
IMELDA ARIAS RATO, matrona de área, Valle del Nalón
MARI LUZ OTERO REY, matrona, hospital Central de Asturias
OLIVIA SANTIAGO MEANA, matrona, hospital de Jarrio

Coordinación y revisión:

ANA GARCÍA FERNÁNDEZ, ESTHER ARBESÚ FERNÁNDEZ y CARMEN MOSQUERA TENREIRO
S. de Promoción de la Salud, Consejería de Salud

Promueve: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Edita: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Distribuye: Servicio de Promoción y Programas de Salud.

 Dirección General de Salud Pública

Diseño y maquetación: FORMA / 03

Ilustraciones: MATTHEW PINKER

Impresión: Gráficas EUJOA

Depósito legal:

Agradecimientos

A todas las mujeres que nos prestaron su ayuda respondiendo a la encuesta previa a la elaboración de la guía.

A la Asociación Amamantar, que nos hizo llegar sus sugerencias y propuestas, fruto de su experiencia en el tema.

A Esperanza Medina (estudio Forma), por su implicación.

Índice

Presentación	7
Introducción	9
Una lactancia satisfactoria	11
Algunas preguntas y comentarios de las mujeres	15
El Embarazo	17
1.1. ¿Qué alimentación le daré?	19
1.2. No sé si sabré darle el pecho, si seré capaz	20
1.3. ¿Tengo que cuidar los pezones? ¿Cómo?	22
1.4. Voy a tener gemelos	23
1.5. ¿Podré dormir junto con el bebé?	24
El Puerperio	25
2.1. Mi leche es “aguada”	27
2.2. No aguanta la noche sin mamar	28
2.3. No aguanta las tres horas	29
2.4. Me duelen los pechos	30
2.5. Me duele la herida al sentarme	31
2.6. Tengo un bebé buenísimo, duerme todo el día	32
2.7. Sólo quiere biberón, rechaza el pecho	33
2.8. No tengo suficiente leche	34
2.9. Me duele la espalda, se me cargan los hombros	35
Los primeros meses	37
3.1. Tengo que estar todo el día con el bebé	39
3.2. Me cuesta amamantar cuando salgo a la calle	40
3.3. El bebé se niega a mamar	41
3.4. El bebé no gana peso	42
3.5. El bebé llora “demasiado”	43
3.6. El bebé tiene... fiebre, resfriado, diarrea, cólicos	45
3.7. ¿Cuándo empiezo a darle otra alimentación?	46
3.8. Tengo que ausentarme unos días	47
3.9. Empiezo a trabajar	48
3.10. He dejado de dar el pecho a mi bebé ¿Puedo volver a dárselo?	49
Buscando respuestas	51
<i>Aspectos relacionados con la técnica de la lactancia</i>	53
A.1. Ventajas de la lactancia materna	55
A.2. Historia de lactancia y habilidades de comunicación	56
A.3. Posturas para amamantar	58
A.4. Duración y frecuencia de las tomas	62

A.5. Técnica de extracción de leche	63
A.6. Conservación y administración de la leche materna	66
A.7. Relactación	67
Aspectos relacionados con la madre	69
B.1. Cuidado general de la madre que amamanta	71
B.2. Preparación de las mamas	73
B.3. Afecciones de las mamas durante la lactancia: Grietas, ingurgitación, pezón doloroso, mastitis, absceso mamario	74
B.4. Enfermedades maternas	77
B.5. Medicamentos	81
B.6. Anticoncepción	83
Aspectos relacionados con el bebé	85
C.1. Control del estado de salud del bebé	87
C.2. El bebé prematuro	90
C.3. El bebé con sufrimiento fetal e hipoxia	92
C.4. El bebé con problemas médicos	93
C.5. El bebé con problemas quirúrgicos	95
C.6. Síndrome de Down y otras cromosomopatías	96
C.7. El bebé con ictericia	97
Bibliografía	99
Direcciones de interés	105
Anexos:	109
I Historia de Lactancia Materna y evaluación de una toma	111
II Medicamentos	114

Presentación

Los profesionales de la salud no podemos negar la responsabilidad que hemos tenido en el abandono de la lactancia durante las pasadas décadas. Nuestro mayor error, sin duda, ha sido no darnos cuenta de la ignorancia que teníamos en este asunto. Bien porque dábamos por hecho que amamantar debía ser una cosa sencilla, porque lo considerábamos “una cosa de madres”, o porque suponíamos que debíamos dedicar nuestro tiempo a cuestiones más científicas, lo cierto es que desconocíamos hasta lo más básico de la lactancia. Y lo peor fue, que desde esta posición de ignorancia profesional, dictábamos normas, o dábamos recomendaciones cuya eficacia no había sido probada. Ante el elevado índice de fracasos, pocos se planteaban que quizás se estaba haciendo algo mal. La responsabilidad terminaba derivándose a las madres: “no tienen paciencia”, “tienen poco interés en dar el pecho”; o más grave aún, “no tiene leche suficiente” o “la leche es de mala calidad”.

Una prueba de todo esto era el malestar que solían despertar entre los profesionales, las madres que se empeñaban a toda costa en amamantar a sus hijos sin seguir las recomendaciones “oficiales”, o más aún, los primeros profesionales que se lanzaban a la aventura de recomendar la lactancia en situaciones poco habituales, o que insinuaban que había que modificar los protocolos hospitalarios de asistencia a las madres.

Afortunadamente, todo esto pertenece al pasado.

En los últimos años estamos asistiendo a la recuperación de la lactancia. Los esfuerzos de los grupos de madres y de los profesionales nos han permitido conocer que la causa principal del fallo de la lactancia está en la inseguridad de las madres en sus posibilidades y en la falta de apoyo. Dar el pecho no siempre es fácil, sobre todo las primeras semanas, y hasta que la producción de leche está consolidada es necesario estar junto a la madre resolviendo sus dudas y dando ánimo. Por lo general, la atención profesional a la lactancia no es difícil, pero exige dedicar tiempo.

Esta Guía de Lactancia para Profesionales es una excelente herramienta para el día a día. Se nota pronto que las autoras, no hablan de oídas. La forma en la que han estructurado el texto, dando respuesta a los problemas habituales, con claridad y concisión, demuestra que conocen bien la lactancia. Todo lo que es importante para ayudar a una madre que amamanta, aparece en la guía. Especial interés tienen los consejos que dan sobre la forma de dirigirse a la madre y de recabar los datos de la historia clínica, lo que ellas denominan habilidades de comunicación. Estas habilidades marcan la diferencia entre el profesional distante, que busca un diagnóstico rápido para salir del paso, y el que desea que la madre lo sienta cercano, generando optimismo y sin renunciar a aprender algo nuevo de cada madre.

Otro dato significativo es que esta guía sea el fruto de la colaboración de pediatras, ginecólogas, matronas, enfermeras y farmacéuticas. En el empeño por mejorar la lactancia se necesita el trabajo colaborativo de muchos grupos de profesionales dispuestos a establecer pautas comunes de actuación, o a modificarlas en función del progreso de nuestros conocimientos.

Deseo que esta guía consiga los mayores éxitos, porque el trabajo de sus autoras se lo merece, porque además de excelentes profesionales son buenas amigas y porque supondría nuevos éxitos para la lactancia y, como resultado, que más madres e hijos puedan descubrir el placer de amamantar.

Jesús Martín-Calama
Coordinador del Comité de Lactancia Materna
Asociación Española de Pediatría

Introducción

La práctica de la lactancia materna en Asturias está muy lejos de lo recomendable, por lo que su promoción y apoyo es un objetivo de salud pública.

El aprendizaje que requiere amamantar conlleva dificultades que la madre y su familia no siempre pueden resolver por sí mismas. La literatura científica señala que el apoyo de los profesionales de la salud es un factor que influye positivamente en la duración de la lactancia.

Por ello, un paso importante para promover la lactancia materna, es mejorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios relacionados con la salud materno infantil, de pediatría, ginecología, matronas y enfermeras, medicina de familia... Estos profesionales tienen un papel fundamental en la promoción de la lactancia natural y deben estar capacitados para, trabajando de forma coordinada, sensibilizar a las madres sobre las ventajas de la lactancia natural, transmitirles confianza en su capacidad de amamantar e identificar a las que necesiten más ayuda.

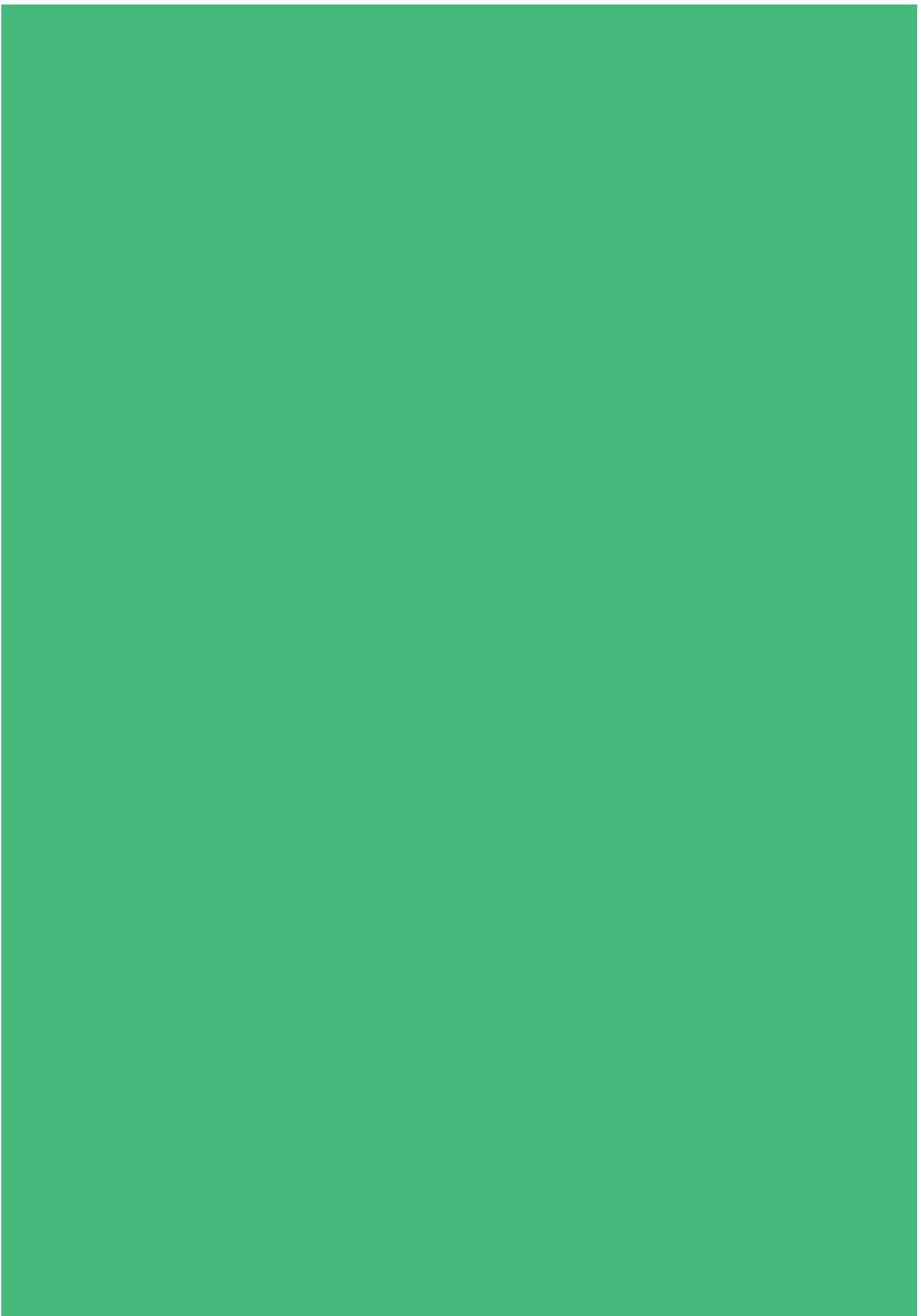
Con el fin de conocer las dificultades más frecuentes que las mujeres asturianas tienen cuando desean amamantar, hemos realizado una encuesta a madres de distintos lugares de Asturias, que contó con las aportaciones de la Asociación Amamantar y de diversos profesionales asturianos.

Estas dificultades detectadas son el centro, el núcleo de esta guía, y constituyen la primera parte de la misma. Se presentan como preguntas que las mujeres pueden hacer al profesional sanitario y se pretende responder a cada una de ellas en una o dos páginas. El objetivo de esta parte es que el profesional, aunque no tenga mucha experiencia en el tema de la lactancia, pueda dar respuesta a la mayoría de las mujeres en el momento, con la información que precisan, de la forma que la necesitan y en el momento en que la requieren. Para ello hay una breve explicación del problema, una ayuda para el profesional sanitario y otra información para dar a la mujer.

La segunda parte de esta guía, la de las respuestas, se parece en su forma a un pequeño libro de texto. Tiene como fines permitir al profesional sanitario profundizar más en algunos temas y dar respuesta a algunas preguntas no tan frecuentes entre las mujeres que amamantan, pero igualmente importantes.

Para ayudar a que las madres asturianas que opten por dar el pecho a sus bebés lo hagan de forma satisfactoria se precisan intervenciones que combinen información, interacción y apoyo. Además, se deben evitar los mensajes contradictorios por parte de los profesionales, ya sea en el embarazo, en el parto o en el período de crianza del bebé. Esta guía desea contribuir a lograr una mayor coherencia en los mensajes y, por lo tanto, aumentar la confianza y la habilidad de las madres en amamantar.

Una lactancia
satisfactoria



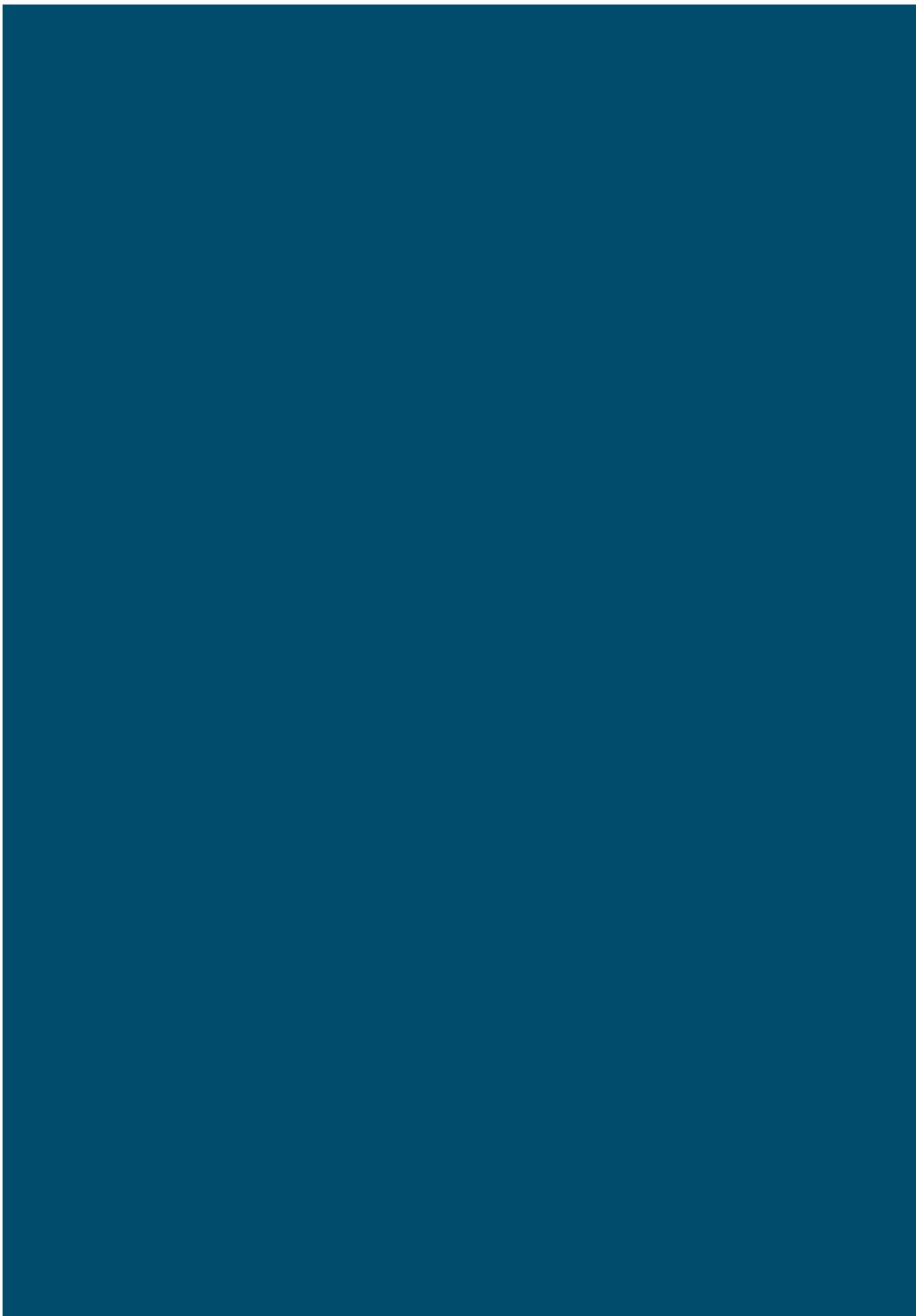
Condiciones para una lactancia satisfactoria

Decisión materna de lactar: la madre debe “querer” dar el pecho y estar firmemente convencida de ello
Inicio precoz
Posición adecuada
A libre demanda y exclusiva

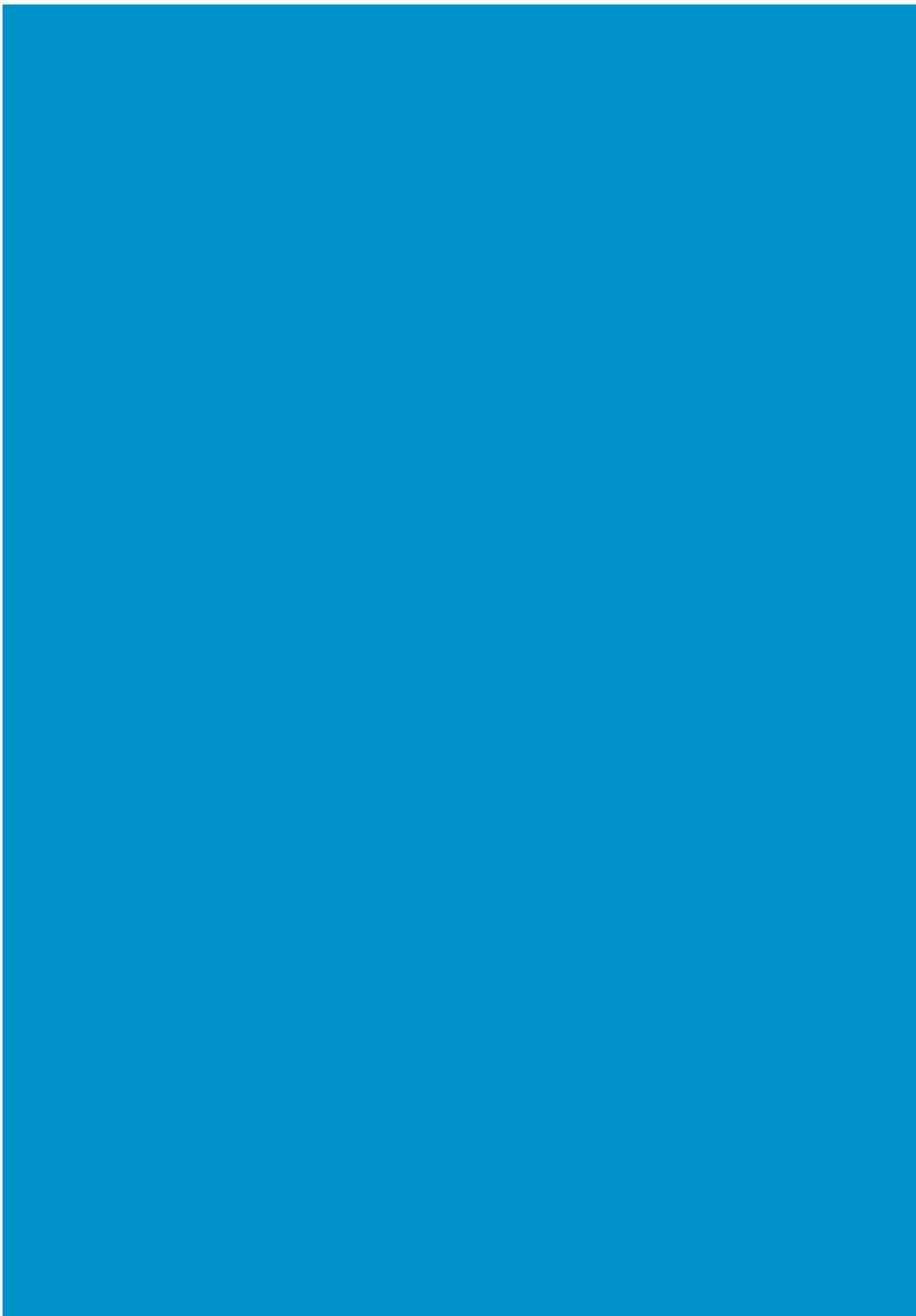
Si se tienen en cuenta todos estos aspectos, se facilita que cada toma sea un momento de encuentro de la madre con el bebé y que ambos disfruten



Algunas
preguntas y comentarios
de las mujeres



El embarazo



1.1. ¿Qué alimentación le daré?

Existen bases científicas sólidas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el bebé, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo. Por ello, es obligación de los profesionales sanitarios y de los servicios de salud pública el promover la lactancia materna, informando a las madres acerca de sus ventajas (**A.1.**)

Durante el embarazo, se investigará la intención de la madre respecto a la alimentación de su hijo, su actitud y conocimientos sobre la lactancia natural, con el fin de clarificar posibles creencias erróneas. Asimismo, puede ser útil valorar las experiencias anteriores personales o familiares relacionadas con la lactancia. Se le proporcionará información y habilidades (anatomía y fisiología de la mama, técnica de lactancia, solución de problemas relacionados con la lactancia, lactancia y reinicio de actividad laboral, etc) necesarias sobre lactancia materna, con el fin de que tome una decisión informada. Es necesario respetar y apoyar siempre su decisión libre, sea cual sea ésta, sin culpabilizar en aquellos casos en que opten por lactancia artificial.

Existen estudios que demuestran que un alto porcentaje de mujeres toman la decisión acerca de la lactancia ya en la adolescencia. Por tanto, habrá que promover políticas que faciliten el acceso de los jóvenes a una información correcta acerca de la lactancia materna.

1.2. No sé si sabré darle el pecho, si seré capaz

La mayoría de las mujeres saben que la leche materna es el mejor alimento para sus bebés, aunque algunas dudan de su capacidad para amamantarle adecuadamente. Los profesionales de la salud debemos dar información correcta y apoyo.

¿Puedo amamantar...

...con pechos pequeños?

Sí. Todas las formas y tamaños de pecho permiten amamantar. El tamaño de la mama, determinado por el panículo adiposo, no se relaciona con la capacidad para producir leche.

... y con pezones planos?

Una de cada diez mujeres, tiene pezones planos o invertidos:

El pezón plano sale normalmente ante cualquier estímulo.

El pezón invertido no se corrige con las maniobras de estimulación.

Aunque se han descrito "maniobras facilitadoras": estiramientos del pezón (ejercicios de Hoffman), pezoneras correctoras para llevar en el tercer trimestre del embarazo, etc. ninguna de ellas se ha demostrado eficaz, incluso, pueden acarrear efectos no deseados, como la amenaza de parto prematuro.

Después del parto, el uso de sacaleches eléctricos (**A.5.**), facilitaría el agarre del bebé a un pezón plano o invertido: se bombea suavemente a potencia baja hasta que el pezón sale, y entonces, se ofrece el pecho al bebé; normalmente basta con hacerlo durante unos días. También se puede usar el sacaleches manual, si es preciso continuar en casa.

En general no es una causa de fracaso de la lactancia aunque puede generar problemas en su manejo y la mujer necesita ayuda para iniciar la lactancia. La succión del bebé es lo que hará visible un pezón hasta entonces retraído.

No es conveniente comentar este aspecto del pezón plano cuando se explore la glándula, porque generaremos angustia y pérdida de confianza en la madre, a no ser que la mujer pregunte expresamente.

En ocasiones, el tamaño grande de los pezones puede suponer una dificultad para el agarre del bebé. Esto se facilita dando de mamar en posición acostada en *decúbito supino*, hasta que el bebé sea capaz de lograr un correcto agarre, a medida que va creciendo.

... si me hacen cesárea?

Se puede compatibilizar perfectamente con la lactancia; sólo se necesitará más apoyo y encontrar las posiciones (**A.3.**) más adecuadas.

... si opto por un parto sin dolor

No se ha encontrado ningún efecto de la anestesia epidural sobre la capacidad de succionar o la pérdida inicial de peso del recién nacido. Actualmente se usa la bupivacaína para la anestesia epidural en el parto vaginal y en la cesárea, porque no altera el tono ni la fuerza muscular del bebé. La anestesia regional tiene ventajas para la lactancia materna en el caso de cesárea porque facilita la movilidad y disposición de la madre para iniciarla precozmente.

... y tras cirugía mamaria?

Las mamoplastias de aumento (con silicona) son compatibles con la lactancia. En cambio algunas mamoplastias de reducción son muy cruentas y pueden dificultarla ya que pudo haberse denervado o desvascularizado la glándula.

¿Cambiará mi vida?

La llegada de un bebé supone cambios importantes en la vida de la familia, sobre todo de la madre. Algunos aspectos que ayudan a compatibilizar la lactancia con el trabajo, los estudios, la vida social, etc, son:

- reparto de responsabilidades familiares, especialmente con el padre y otros miembros de la familia
- disfrute del permiso laboral de lactancia
- extracción y conservación de la leche materna (**A.6.**)
- contacto con grupos de apoyo de madres lactantes

¿Cómo va a quedar mi pecho después de dar de mamar?

El pecho se ve afectado por la herencia, la edad, el embarazo y la lactancia (por este orden). Una mujer que no ha tenido hijos, puede tener “los pechos caídos” mucho antes que una multípara que ha dado de mamar. El embarazo aumenta el tamaño de los pechos (al igual que la lactancia), pero su efecto es temporal.

1.3. ¿Tengo que cuidar los pezones? ¿Cómo?

La lactancia es un periodo fisiológico.

No existe necesidad de preparar el pecho ni durante el embarazo, ni después del parto.

Las glándulas de Montgomery de la areola producen una secreción sebácea que limpia y lubrica la areola y el pezón. La aplicación de productos artificiales puede suprimir el “aceite natural” y predisponer a la aparición de grietas.

Sugerencias para el profesional sanitario

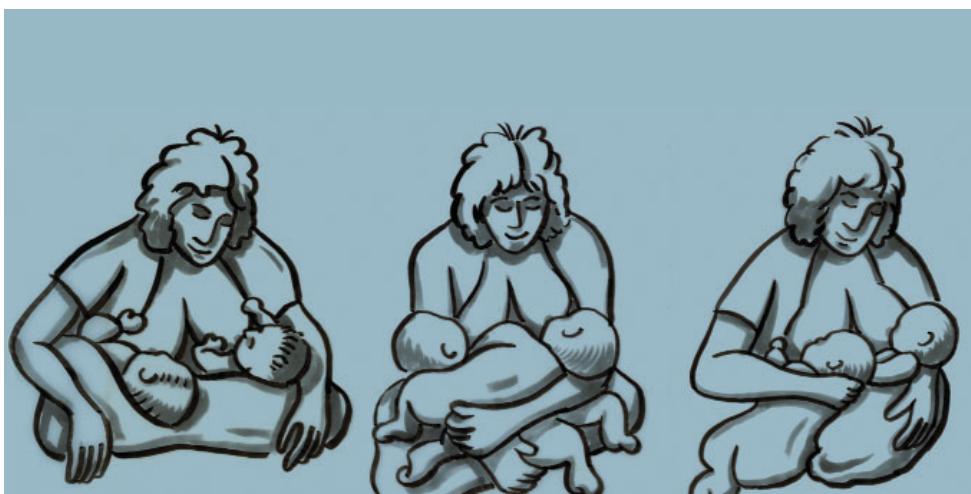
- Recomendar a las madres que eviten el uso de jabones, pomadas y excesivas manipulaciones. Nunca se ha demostrado su beneficio y pueden resultar perjudiciales
- En caso de pezones planos o invertidos, después del parto entrenar a la mujer en el uso de un sacaleches eléctrico o manual (**A.5.**)
- Informar a la mujer de que las pezoneras no han mostrado utilidad

Sugerencias para la madre “Le puedo decir que...”

- Los pezones no necesitan ningún cuidado especial (**B.1.**), ni durante el embarazo ni en el periodo de lactancia
- Aunque tenga los pezones planos o invertidos, es posible dar el pecho
- La mejor manera de cuidar los pezones es una posición correcta del bebé al mamar (**A.3.**)

1.4. Voy a tener gemelos, trillizos...

El que una madre puede amamantar a más de un bebé ha sido comprobado durante siglos. La principal dificultad para dar el pecho a gemelos suele ser el tiempo y no la cantidad de leche, por lo que la mujer necesita ayuda. Inicialmente, dará las tomas de forma consecutiva y una vez que adquiera habilidad y confianza puede alimentar a los dos bebés simultáneamente.



Posiciones para amamantar a gemelos de forma simultánea

Sugerencias para el profesional sanitario

- Explicar a la madre que es posible la lactancia con gemelos
- Enseñarle las diferentes posturas que le pueden ayudar
- Tras el parto, observar una toma para comprobar la técnica y clarificar dudas (**Anexo I**)

Sugerencias para la madre “Te puede ayudar...”

- Amamantar en un lugar relajado y cómodo
- Otra persona mientras amamantas, sobre todo al principio
- Otra persona para el resto de las actividades. Así tendrás tiempo para descansar

1.5. ¿Podré dormir con el bebé en la cama?

El colecho favorece la lactancia materna y contribuye a aumentar su duración. Sin embargo, en nuestro ámbito no se recomienda en la actualidad porque la asfixia del bebé es un accidente posible, aunque sucede raras veces.

En los países asiáticos, especialmente Japón y Hong Kong, donde el colecho está incorporado culturalmente desde antaño, se ha observado la incidencia más baja del síndrome de muerte súbita del lactante.

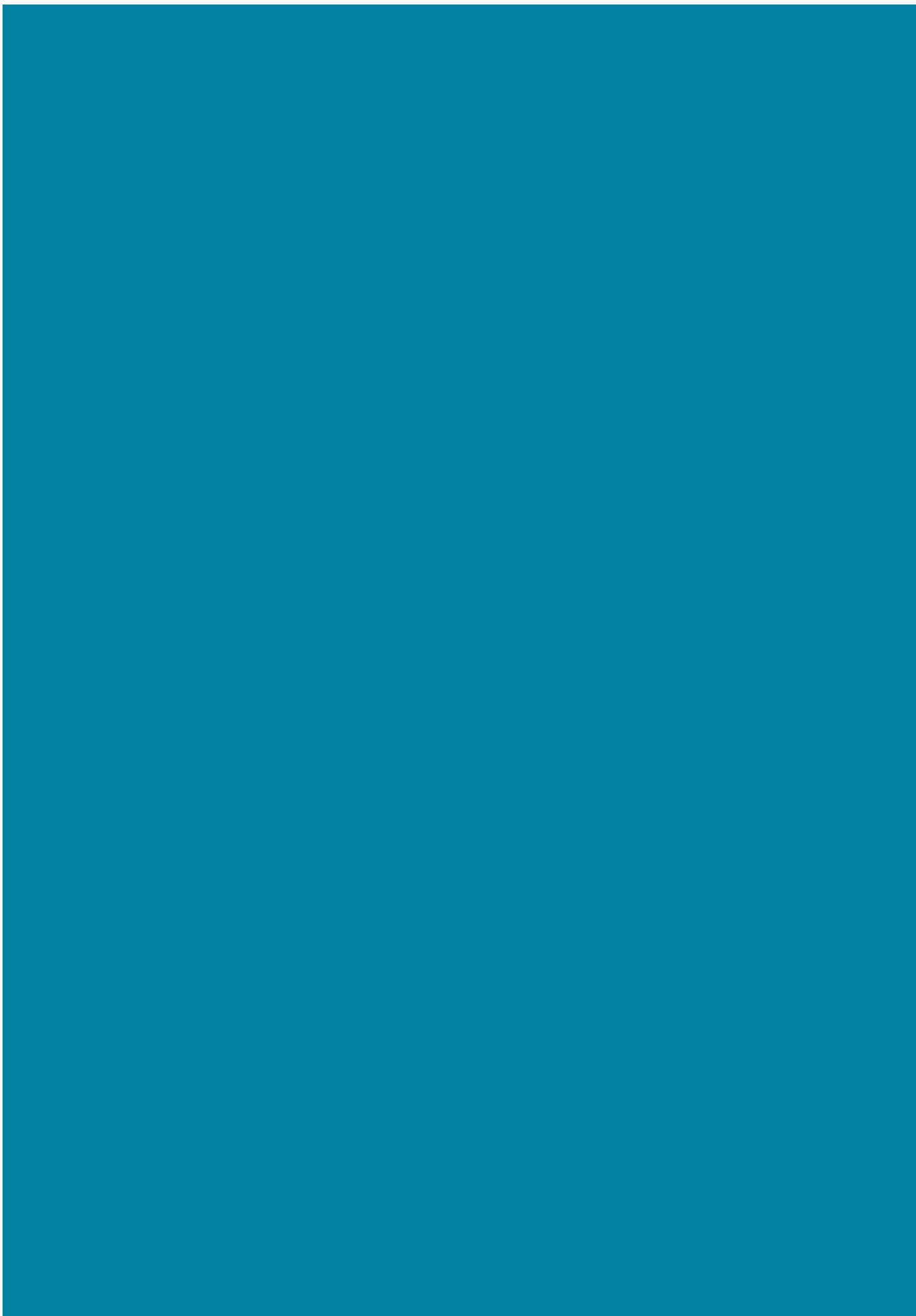
Sugerencias para el profesional sanitario

- Valorar, con la mujer y su pareja, si sus circunstancias hacen posible el colecho
- Como alternativa al colecho se puede tener al bebé en la misma habitación, con la cuna pegada a la cama, para cogerle por la noche y hacer la toma sin necesidad de levantarse, volviéndole a su cuna al finalizar la toma

Sugerencias para la madre “*Es importante que el colecho lo practiques en...*”

- Cama dura
- Ausencia de cojines o almohadones muy mullidos
- Ropa de cama suelta que permita movimientos del bebé
- Cama junto a la pared en uno de sus laterales

El puerperio



2.1. Mi leche es “aguada”

Esta es una preocupación que puede llevar a algunas mujeres al abandono de la lactancia por miedo a que su leche no sea de suficiente calidad. Es muy importante escuchar a la mujer para que exprese sus dudas y se sienta comprendida, antes de tranquilizarla.

Las mujeres producen leche de una calidad óptima para alimentar a su bebé

La composición de la leche materna cambia a lo largo de la toma, de forma que la leche inicial tiene un alto contenido en agua que sirve para quitar la sed al bebé, y bajo contenido en grasas; de ahí que puede parecer “aguada”. Después la leche es más espesa y amarillenta, porque tiene un alto contenido en grasa que sacia su apetito.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Escuchar con atención a la mujer (A.2.)
- Preguntar por la duración, frecuencia y alternancia de los pechos en las tomas (A.4.)
- Tranquilizar a la madre: su leche es el mejor alimento para el bebé.
- Explicarle la variación en la composición de la leche materna.

Sugerencias para la mujer “¿Por qué no pruebas a...”

- Dejar que el bebé vacíe bien un pecho, si no toma del segundo al ofrecérselo es que ya está satisfecho
- Iniciar la siguiente toma por el otro pecho, para estimular bien ambos
- Sacar leche tras la toma y comprobar que no es “aguada”

2.2. No aguanta la noche sin mamar

Sobre todo cuando son muy pequeños, los bebés no aguantan toda la noche sin mamar, lo que es normal. Lo raro y preocupante sería que con quince días de vida no pidieran de mamar en toda la noche. Además, **amamantar por la noche ayuda a mantener la producción de leche necesaria.**

La descarga de prolactina en las tomas nocturnas es mayor que por el día, y esta sustancia es responsable de la producción de leche. Además, la prolactina hace que la madre se sienta somnolienta y relajada, lo que facilita su descanso tras la toma.

La producción de leche es continua tanto de día como de noche. Si no se extrae, da lugar a la aparición de pechos ingurgitados y disminuye la producción de leche. Ambos problemas se previenen manteniendo las tomas nocturnas, que se van espaciando a medida que el bebé crece.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Preguntar a la mujer cómo alimenta al bebé por las noches
- Explicarle la importancia de las tomas nocturnas
- Valorar, junto con la mujer, posibles alternativas

Sugerencias para la mujer “Puede probar a...”

- Tener al bebé en la misma habitación, con la cuna pegada a la cama, para cogerle por la noche y hacer la toma sin necesidad de levantarse
- “Planificar” su nueva vida intentando descansar cuando el bebé lo haga, de día o de noche

2.3. No aguanta las tres horas

Cuando una madre hace este comentario es que la información que tiene acerca de la frecuencia de las tomas no es correcta, pues **el pecho no tiene horario (A.4.).**

Al principio de la lactancia, el bebé mama con bastante frecuencia (entre 8 y 12 veces al día), produciendo así la madre cada vez más leche, adaptándose a las necesidades del lactante. Sin embargo, un intervalo de una hora o menos entre tomas puede indicar que el bebé está con una postura incorrecta al pecho o que se le retira antes de que haya extraído la leche final. Esto le impide succionar bien y tomar la leche del final, rica en grasas. A veces, el bebé quiere mamar con mucha frecuencia porque está en un brote de crecimiento y por tanto su demanda de leche aumenta.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Escuchar a la mujer para entender sus creencias acerca de la frecuencia de las tomas (A.2.)
- Preguntarle cómo está alimentando a su bebé: frecuencia, duración, alternancia de los pechos, tranquilidad, suplementos, etc.
- Observar una toma en un espacio privado y tranquilo
- Dejar muy claro que el pecho no tiene horario

Sugerencias para la mujer “Podría venirte bien...”

- Dejar al bebé que mame cuando quiera y hasta que suelte el pecho de forma espontánea
- Mejorar la postura y el agarre en las tomas, si fuera necesario
- Si estuviera en un brote de crecimiento: dar de mamar más frecuentemente unos días para aumentar la producción de leche y adaptarla a las necesidades del bebé

2.4. Me duelen los pechos

La mama dolorosa es la queja más habitual en el periodo de lactancia. Suele deberse a ingurgitación, grietas, moniliasis y en menor frecuencia a mastitis (**B.3.**). La mayor parte de las veces, estos procesos se deben a una mala técnica, especialmente una postura incorrecta.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Historia de lactancia (**A.2.**)
- Examen de las mamas y proceder según la patología observada (**B.3.**)
- Observar una toma en un espacio privado y tranquilo y mejorar la técnica si no es correcta
- Comprobar si el bebé tiene frenillo corto que le impida sacar la lengua y agarrar bien el pecho

Sugerencias para la mujer “Es importante que...”

- No limpie pezón y areola antes y después de cada toma. Es suficiente la ducha diaria
- Al final de cada toma, extraiga un poco de leche y extiéndalo por el pezón y areola, secándolo al aire o con secador de pelo
- No utilice cremas, soluciones ni protectores de celulosa
- Utilice sujetadores apropiados para la lactancia y cuando sea posible deje los pechos sin sujetador, al aire, con una blusa floja

La mayoría de las veces, no hay una razón médica para abandonar la lactancia. Por ello, es necesario tratar el dolor para alivio de la mujer y facilitar la continuación.

2.5. Me duele la herida al sentarme

La episiotomía es un corte a tijera a nivel de la horquilla vulvar, que se realiza en el periodo del expulsivo con la finalidad de acortarlo y evitar desgarros. En nuestro medio aún se realiza rutinariamente, salvo en algunas multíparas.

Es habitual tener molestias a nivel de la sutura que persisten durante algún tiempo, aunque van disminuyendo en intensidad. A pesar de que el periné puede considerarse una zona potencialmente contaminada, son pocas las episiotomías que se infectan.

Sugerencias para el personal sanitario

- Si presenta enrojecimiento, induración y dolor en los bordes de la herida, se pueden administrar analgésicos y antiinflamatorios
- Debe de vigilarse la cicatrización en la zona
- Si presenta una pequeña dehiscencia debe esperarse una cura por segunda intención con cuidados locales. Si la dehiscencia persiste después de 12-15 días, debe valorarse la posibilidad de nueva sutura
- Mostrar posturas para dar el pecho en las que la herida no duela
(A.3.)

Sugerencias para la mujer “Es mejor que...”

- Realice ducha diaria de la zona y mantenga la herida siempre seca, con cambio frecuente de compresa de algodón. Lave el periné de delante hacia atrás después de cada deposición
- Evite las irrigaciones vaginales
- Si lo necesita, aplique hielo en la zona para reducir la inflamación
- Busque otras posturas para amamantar
- Utilice asiento duro en la posición sentada (no es aconsejable el frotador)

2.6. Tengo un bebé buenísimo, duerme todo el día

Algunos bebés son muy tranquilos, de tal modo que pueden pasarse muchas horas sin demandar alimentación. Si las tomas son muy espaciadas, disminuye la producción de leche y el lactante puede no recibir la cantidad adecuada, porque la producción de leche depende del estímulo de succión y vaciamiento adecuado de los pechos. En éstos casos, es necesario despertar al bebé y ofrecerle el pecho, sin que lo pida, cada 3-4 horas, para asegurar una correcta ingesta.

Sugerencias para el profesional sanitario

- La historia de lactancia (**A.2.**) ayuda a encontrar las posibles causas y orienta en la actuación a seguir
- Control del estado de vitalidad, hidratación (mucosas, fontanelas, moja al menos 6 pañales/día) y peso (**C.1.**)
- Considerar la posibilidad de que se trate de una huelga de lactancia (**3.3.**)

Sugerencias a la mujer “Te puede ayudar...”

- Despertar al bebé si el intervalo entre tomas es superior a 4-5 horas
- Estimularle durante la toma para que no se duerma: rozando los labios con el pezón, moviéndole suavemente...
- Extraer la leche cuando no quiera mamar y dársela con jeringa, vaso o cuchara
- Procurar que no tenga demasiado calor, por estar abrigado en exceso

2.7. Sólo quiere biberón, rechaza el pecho

Es importante, sobre todo al principio, **no ofrecer al bebé chupetes ni biberones**. En la succión del chupete y el biberón se utiliza distinta musculatura que en la succión del pecho, por tanto el uso de tetinas puede confundir al bebé y posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia. Esto puede originar problemas como grietas en el pezón, mastitis (**B.3.**) y falta de leche a la larga (**2.8., 3.4.**).

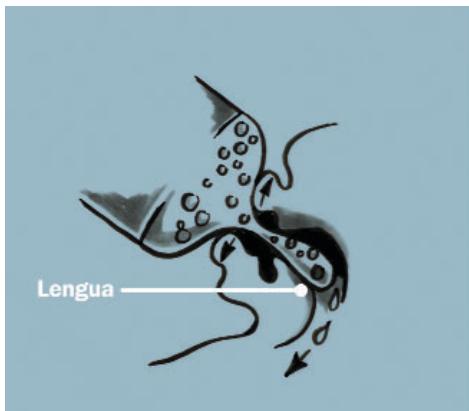
El mejor estímulo para la producción de leche es una succión y vaciamiento eficaz del pecho (**B.2.**).

Sugerencias para el profesional sanitario

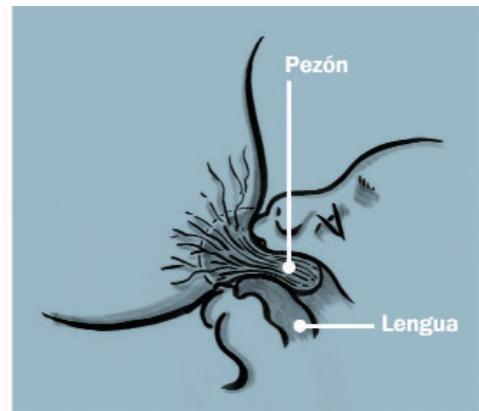
- Historia de lactancia (**A.2.**)
- Explicar a la madre el síndrome de “confusión de succión”
- Evaluar las razones de dar biberones al bebé y proponer alternativas
- Reforzar a la madre en su decisión de amamantar

Sugerencias a la mujer “Puedes probar a...”

- Ofrecer el pecho cada vez que el bebé se muestre deseoso de mamar
- No esperar a que el bebé esté enfadado y con mucha hambre, para ponerle a mamar
- Extraer la leche y dársela al bebé con jeringa, vaso o cuchara



Succión de un biberón.
La tetina impide el movimiento de ordeño de la lengua.



Succión del pecho.

2.8. No tengo suficiente leche

El pecho produce leche a demanda, es decir, cuanto más succiona el bebé más leche se produce, siendo el bebé quien regula la producción de leche.

Hay dos situaciones en las que esta producción puede ser modificada:

- “Bache de lactancia” o crisis transitoria de lactancia: Episodios de disminución en la producción de leche en general secundarios a situaciones de agotamiento y fatiga, preocupación, tristeza... o a enfermedades agudas intercurrentes.
- Fase de crecimiento acelerado o brote de crecimiento. En esta situación el bebé tiene mayores requerimientos de leche que obtendrá aumentando la frecuencia de las tomas.

Estas fases son en general breves y se resuelven en pocos días.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Guiarse por la historia de lactancia (**A.2.**)
- Preguntar por qué y desde cuándo cree que no tiene suficiente leche
- Valorar si el bebé está en fase de crecimiento acelerado
- Comentar con la mujer la importancia del cansancio y agotamiento en la disminución de la leche
- Observar una toma y comprobar si la posición es correcta (**A.3.**)

Sugerencias a la mujer “Puede procurar...”

- Aumentar el número de tomas, tanto de día como de noche, dejando que mame todo el tiempo que quiera hasta que vacíe el pecho. A los dos o tres días aumentará la producción de leche (**A.4.**)
- No dar al bebé ningún otro líquido
- Compartir las responsabilidades familiares con su pareja y otras personas, para facilitar el descanso de la madre
- Abandonar, o al menos disminuir, el consumo de tabaco

2.9. Me duele la espalda, se me cargan los hombros

Al dar de mamar la espalda debe estar recta y bien apoyada para evitar molestias posteriores. Amamantar al bebé debe ser gratificante para ambos y para ello es importante que la madre esté relajada, tranquila y cómoda, sin tensiones.

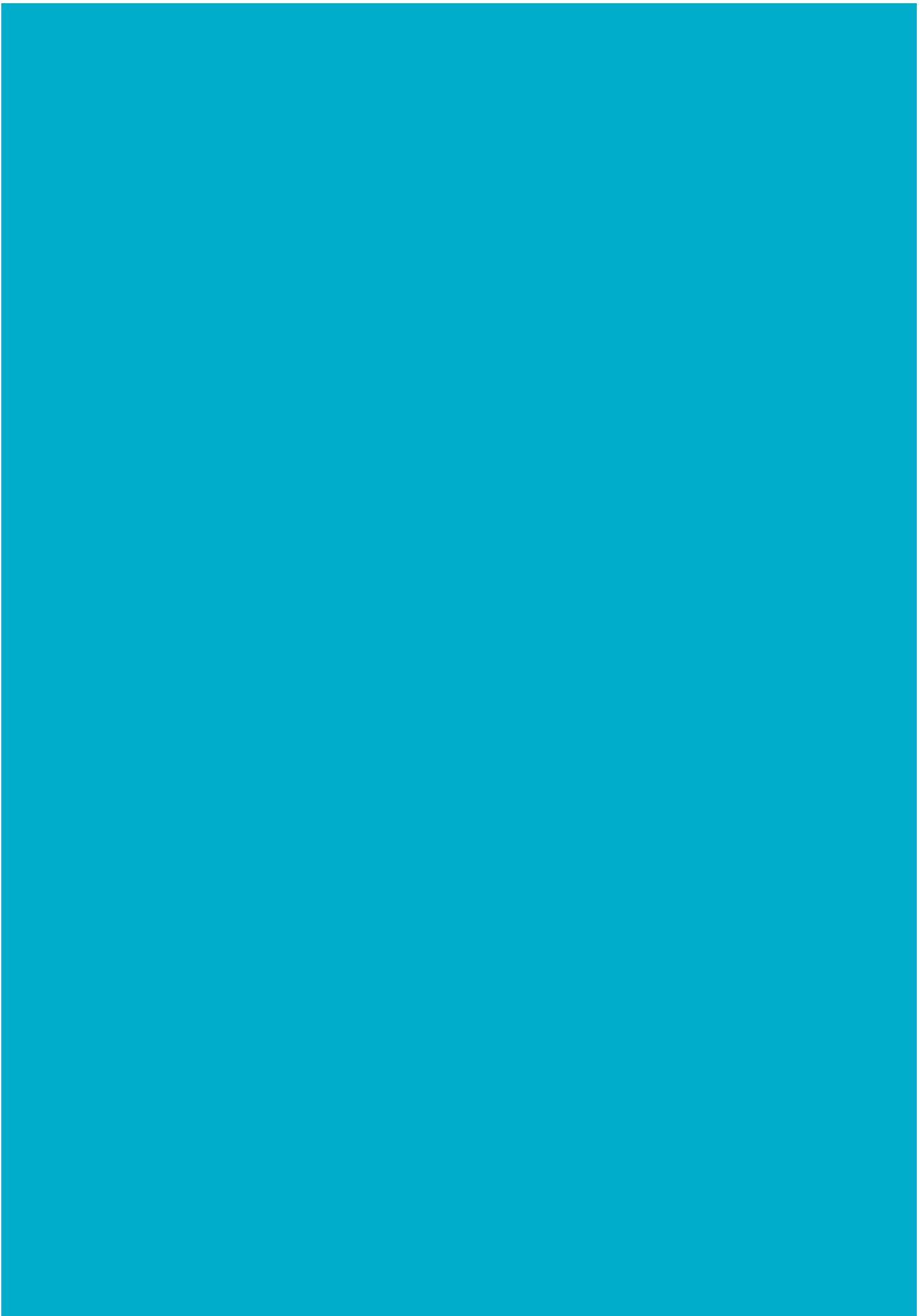
Sugerencias para el profesional sanitario

- Observar una toma
- Enseñarle distintas posturas para amamantar para que elija con cuál se siente más cómoda (**A.3.**)
- Descartar patologías en la espalda

Sugerencias a la mujer “¿Por qué no pruebas a...”

- Buscar una posición cómoda. Debes sentirte a gusto cuando des el pecho, sin tensiones ni posturas forzadas
- Ayudarte con cojines, taburete, etc
- Obtener el apoyo de otras personas en el cuidado del bebé y en las responsabilidades familiares

Los primeros meses



3.1. Tengo que estar todo el día con el bebé

Al inicio, la madre y el bebé han de permanecer estrechamente unidos. En los primeros 15-20 días de vida, es esperable que el bebé realice entre 8 y 12 tomas, algunas cada 15-20 minutos, otras cada 3-4 horas.

La succión frecuente del pecho, sin horario, y la proximidad madre-bebé son fundamentales para conseguir una buena producción de leche y una mejor adaptación del recién nacido.

La progresiva madurez del bebé hará que las tomas se espacien, lo que junto con una mayor adaptación y conocimiento entre la madre, el padre y el bebé, facilitará el proceso de separación.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Informar previamente a la madre y a la pareja de la fisiología del inicio y evolución de la lactancia para evitar dudas que puedan conducir a su abandono
- Insistir en la ayuda de la pareja y de cuantos apoyos se dispongan para facilitar el descanso de la madre que amamanta
- Entrenar a la madre en la técnica de extracción de leche para que en su ausencia el bebé pueda seguir tomando su leche
- Enseñar a la madre, pareja o persona cercana la administración de leche

Sugerencias a la mujer “Si es posible, puede...”

- Extraer la leche, desde el inicio, y congelarla para que en su ausencia el bebé pueda seguir tomando su leche (**A.5.**)
- Instruir a alguien de su entorno cercano, en la conservación y administración de su leche al bebé (**A.6.**)
- Dedicarse un rato diario a usted misma

3.2. Me cuesta amamantar cuando salgo a la calle

Cuando una mujer comenta esta dificultad, hay que mostrar atención, pues para ella es un problema y puede llegar a ser motivo de abandono.

Puede ser que la mujer se sienta observada. Aunque lactar sea la forma más natural de alimentar a un bebé, en nuestro medio los pechos tienen una fuerte connotación sexual que puede hacer difícil dar de mamar en público. También puede ser que la situación en que el bebé pide de mamar no sea tan cómoda como en casa: espacio, tranquilidad, tiempo, etc.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Escuchar con atención y mostrar empatía hacia su situación (**A.2.**)
- Analizar junto con la madre las dificultades que encuentra cuando da de mamar al bebé fuera de casa
- Dar refuerzo positivo a la mujer por su decisión de lactar, recordando las ventajas que tiene para ella y para el bebé
- Buscar, junto con la madre, formas concretas de minimizar esa dificultad

Sugerencias para la mujer “Tal vez podría...”

- Buscar un sitio tranquilo y discreto protegido de miradas incómodas
- Usar blusas amplias, para dar el pecho sin exponer apenas la mama
- Desabotonar la blusa de abajo hacia arriba
- Usar un cobertor del bebé amplio para dar más cubrimiento
- Usar sujetadores de lactancia
- Las primeras veces, puede ser de ayuda que la acompañe alguien de confianza para sentirse más segura y cómoda
- El bebé también puede esperar unos minutos hasta que la circunstancia sea más propicia
- Ponerse en contacto con un grupo de madres de apoyo a la lactancia

3.3. El bebé se niega a mamar

El bebé puede expresar sus dificultades con el amamantamiento de diferentes maneras:

- Puede agarrar bien el pecho, pero no succiona, o no deglute o succiona muy débilmente
- Llora y pelea contra el pecho
- Succiona durante un minuto y suelta el pecho llorando o atragantándose, pudiendo repetir esto varias veces en la misma toma
- Mama muy bien de un pecho, pero se niega a hacerlo del otro

Estas manifestaciones son con frecuencia interpretadas como rechazo del bebé a ser alimentado al pecho, originando preocupación en los padres e inseguridad en la madre que puede llegar a sentirlo como una expresión de rechazo.

Posibles razones

- Dificultad con la técnica, es la causa más frecuente (**A.3.**)
- Enfermedad del bebé (**C.4, C.5, C.6, C.7**)
- Huelga de lactancia: aunque puede darse en cualquier momento, generalmente se trata de un lactante entre los 3 y los 12 meses que se niega a recibir el pecho. Pudiera deberse a cambios en la rutina familiar, alejamiento de su madre, una nueva persona o demasiadas cuidándole, enfermedad de la madre o infección del pezón, menstruación de la madre y cambio en su olor.
- Negación aparente y no real:
Cuando un recién nacido busca el pecho y mueve la cabeza de un lado a otro como diciendo “no”, lo que se denomina reflejo de búsqueda.
Entre los cuatro y ocho meses los bebés se distraen fácilmente, por ejemplo, con los ruidos, dejando de mamar súbitamente.
A partir del año de vida, un bebé puede destetarse por su propia cuenta, sucediendo esto de forma gradual.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Mostrar a la mujer que se le ha comprendido (**A.2**)
- Observar una toma y ayudar a la mujer a mejorar la técnica (**A.3.**)
- Si el bebé está enfermo, buscar formas de mantener la lactancia

Sugerencias para la mujer “Puede ser útil...”

- Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo pida
- Si se queda bien con un solo pecho, iniciar la toma siguiente por el otro
- Si es necesario, usar jeringa, vaso o cuchara; evitar biberones
- Contacto piel con piel con frecuencia, aunque no esté mamando
- Intentar reducir los períodos de separación y los cambios

3.4. El bebé no gana peso

Normalmente, el bebé sano que mama y no gana peso está recibiendo poca leche, no porque la madre no pueda producir suficiente leche, sino porque el bebé no está siendo capaz de obtener todo lo que necesita. Posibles razones:

- Relacionadas con la lactancia, que pueden conducir a una producción o succión insuficiente de leche: demora en su comienzo, tomas poco frecuentes, ausencia de tomas nocturnas, agarre deficiente, succión de biberones y chupetes, y alimentación complementaria.
- Relacionadas con la madre: psicológicas (falta de confianza en sí misma, preocupación, estrés, disgusto de amamantar) y físicas (cancancio, píldora anticonceptiva con estrógenos, diuréticos y desnutrición severa).
- Relacionadas con el bebé: algunas enfermedades y anomalías.

Madres, padres, cuidadores y profesionales de la salud debemos aprender a aplicar criterios físicos y de comportamiento para determinar si la ingesta es adecuada, en lugar de pesos, medidas y unidades de tiempo (C.1.)

Sugerencias para el profesional sanitario

- Facilitar el inicio precoz de la lactancia, en la primera hora de vida y dejarle el mayor tiempo posible junto a la madre, piel con piel
- No dar chupetes ni tetinas a los recién nacidos
- Comprobar que el bebé no está enfermo
- Observar una toma y asegurar un buen agarre al pecho

Sugerencias para la mujer “¿Puedes intentar...”

- Darle al menos ocho tomas al día durante el primer mes y 5-6 después
- Amamantar al bebé por la noche
- Agotar el contenido de cada pecho (o extraer la leche inicial), para que obtenga suficiente leche del final, rica en grasas
- No usar chupetes ni tetinas durante las primeras semanas de vida

3.5. El bebé llora “demasiado”

El llanto es la expresión de reclamo del bebé que precisa consuelo. Es distinto en cada bebé, así como la tolerancia al llanto de cada familia. Es motivo frecuente de ansiedad y dudas. La causa principal es el **cólico**: el bebé llora continuamente, más al atardecer. Puede que doble sus piernas, como si tuviera dolor abdominal. Parece como si quisiera mamar, pero es muy difícil calmarlo. El llanto suele disminuir después de los tres meses de edad. No se recomiendan medicinas ni es necesario ni útil dar complementos. Los bebés alimentados artificialmente tienen cólicos con más frecuencia.

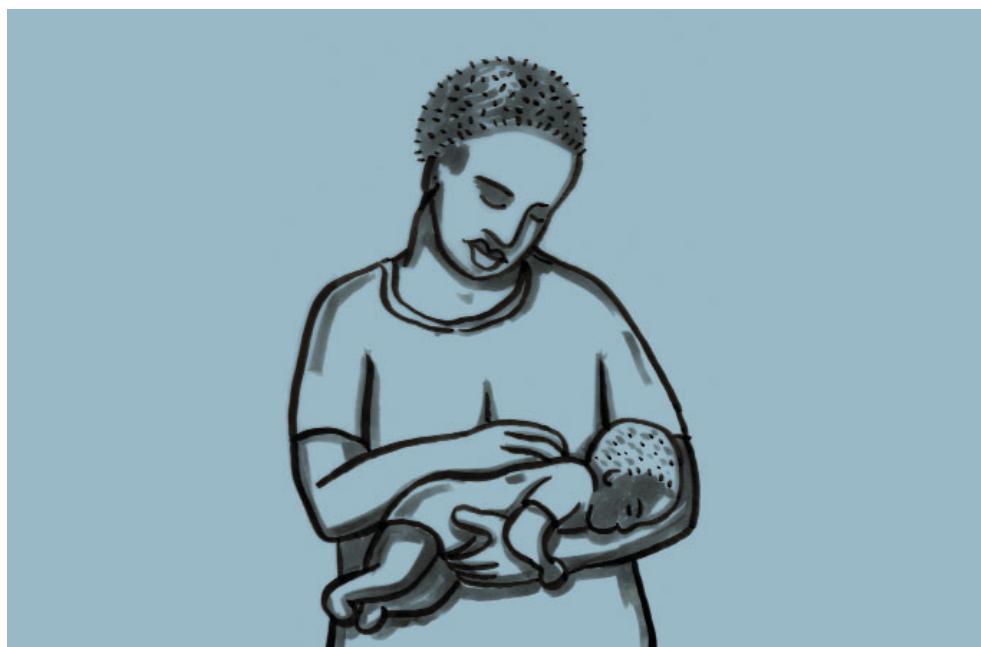
Otras posibles causas del llanto son: incomodidad o cansancio, hambre, enfermedad o, incluso, la alimentación de la madre (**B.1.**). En éste último caso, las recomendaciones generales no sirven y puede pasar con cualquier alimento; sólo si la madre comprueba que hay un alimento que produce llanto en el bebé hay que retirarlo. Sustancias como el café, té y bebidas de cola, en grandes cantidades, pueden alterar al bebé.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Escuchar con atención a la madre o padre para averiguar la causa (**A.2.**)
- Comprobar que el bebé no está enfermo
- Observar una toma y ayudar a encontrar posturas más eficaces
- Aumentar la confianza de los padres en sí mismos. Su bebé necesita consuelo: aún sin estar enfermo puede tener un dolor real

Sugerencias para la mujer “Le puede ayudar...”

- Coger al bebé en brazos o dejarle que mame para consolarle, sin miedo a que se acostumbre. La administración de complementos no mejorará el llanto
- Compartir el cuidado del bebé con la pareja, familiares, u otras personas. Así podrá descansar cuando el bebé no está mameando
- Asegurar un buen agarre del bebé al pecho



Posturas de consuelo del bebé.

3.6. El bebé tiene... fiebre, resfriado, diarrea, cólicos...

Los lactantes que sufren situaciones agudas autolimitadas como fiebre, diarrea, infección respiratoria alta, resfriado,... **evolucionan mejor si toman el pecho.**

Debido a su baja carga de solutos, los lactantes con fiebre o con pérdidas de líquidos tienden a deshidratarse menos con la leche materna. Si el bebé tiene dificultad respiratoria, mamar es más fácil y precisa menos esfuerzo que tomar el biberón. Además, la lactancia supone un consuelo para el bebé que sufre. Si le destetamos bruscamente, aparece otro sufrimiento añadido.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Escuchar a la madre, padre o cuidador del bebé
- Comprobar que el bebé no tiene una enfermedad grave
- Insistir a los padres para que el bebé enfermo siga lactando por la importancia que tiene en el aspecto nutricional y afectivo
- Explicar que, para el bebé, mamar es más fácil que tomar el biberón

Sugerencias para la mujer “Puede...”

- Poner el bebé al pecho tan a menudo como le parezca que quiere mamar. El bebé necesitará hacer tomas más cortas y frecuentes
- Contacto piel con piel con frecuencia, aunque no esté mamando. Puede estar en brazos del padre o cuidador

3.7. ¿Cuándo empiezo a darle otra alimentación?

La Organización Mundial de la Salud (OMS),
la Academia Americana de Pediatría (AAP)
y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría
recomiendan la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros seis meses de la vida del bebé.

La lactancia es la mejor alimentación para el bebé. La OMS recomienda que sea exclusiva los 6 primeros meses y complementada con otros alimentos hasta los dos años. La introducción de alimentación complementaria no ha de suponer la interrupción del amamantamiento, ya que supone numerosas ventajas y beneficios para el bebé, la madre y la sociedad en general (**A.1.**).

El momento del destete se producirá cuando la madre y el bebé así lo decidan

3.8. Tengo que ausentarme unos días

Es frecuente que una mujer que esté amamantando a su bebé tenga que separarse de él temporalmente en algún momento. Esta circunstancia puede motivar el abandono definitivo de la lactancia. Sin embargo, se puede utilizar la leche materna aunque la madre tenga que separarse del bebé por unos días. Si esto no fuera posible y hubiera que recurrir a leche artificial, es conveniente evitar el uso de tetinas (**A.6.**) y usar vaso, jeringa o cuchara, hasta que el bebé pueda mamar de nuevo.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Explicar a la mujer que puede seguir dando su leche al bebé
- Entrenar a todas las mujeres, desde el inicio, en la técnica de extracción de leche (**A.5.**): preparación, recipientes, modos (manual o mecánico)
- Instruir a las mujeres y sus parejas en la forma de conservación de la misma (**A.6.**): transporte, conservación, descongelación
- Valorar la posibilidad de volver a amamantar si hubo interrupción Relactación (**3.10., A.7.**)

Sugerencias para la mujer “Es importante que...”

- Tenga leche extraída “por si acaso”
- Conserven adecuadamente la leche: recipiente, limpieza, temperatura, caducidad
- Alguien de su entorno cercano sepa conservar y dar la leche al bebé en caso de separación temporal

3.9. Empiezo a trabajar

Gran número de mujeres dejan de dar de mamar al reiniciar la actividad laboral fuera de casa, algo que suele ocurrir hacia los tres o cuatro meses de haber nacido el bebé. Esto sucede a pesar de la importancia reconocida de mantener la lactancia por períodos más prolongados.

Las razones para que esto ocurra pueden relacionarse con:

- La decisión personal de la mujer.
- Creencia de que no es importante seguir lactando.
- Desconocimiento de los derechos laborales y posibles recursos que existan en el entorno para continuar con la lactancia.
- Dificultad para hacerlo debido a condiciones laborales o circunstancias personales.

Sugerencias para el profesional sanitario

- Preguntar a la mujer sobre sus planes y expectativas en relación con la lactancia y la incorporación al trabajo
- En caso de querer continuar, valorar con antelación las posibles dificultades ¿dónde trabaja?, ¿qué actividades realiza?, ¿cuál es su horario de trabajo?, ¿está lejos de su casa?, ¿dispone de guardería?
- Buscar, junto con la mujer, soluciones a las posibles dificultades: extracción de leche, horarios, permisos, cuidador con bebé, guardería, etc.
- Informar a la mujer de sus derechos laborales en relación a la lactancia
- Explicarle la posibilidad de mantener las tomas en las que ella esté presente
- Entrenarla en la técnica de extracción de leche (**A.5.**) y su conservación (**A.6.**)
- Apoyar a la mujer sea cual sea su decisión respecto a la lactancia

Sugerencias para la mujer “Le podría ayudar...”

- Tener leche extraída
- Conservar adecuadamente la leche: recipiente, limpieza, temperatura, caducidad
- Que alguien de su entorno cercano sepa conservar y dar la leche al bebé
- Si las circunstancias lo permiten, que alguien le acerque el bebé al trabajo para darle el pecho
- Compartir las tareas de la casa con el padre u otra persona
- Sentirse bien consigo misma cualquiera que sea su decisión

3.10. He dejado de dar el pecho ¿Puedo volver a dárselo?

A veces, una madre que ha dejado de dar el pecho a su bebé plantea su deseo de volver a dárselo, a esto se le llama relactación (**A.7.**).

Situaciones:

- Su bebé ha estado enfermo y ha dejado de succionar durante algún tiempo
- Su bebé ha sido alimentado artificialmente pero ahora quiere amamantarlo
- Ella ha estado enferma y dejó de darle el pecho
- Ha adoptado un bebé

Junto con una motivación fuerte por parte de la madre, la succión frecuente del pezón y vaciamiento adecuado de los pechos, son los principales factores que aseguran la producción de leche

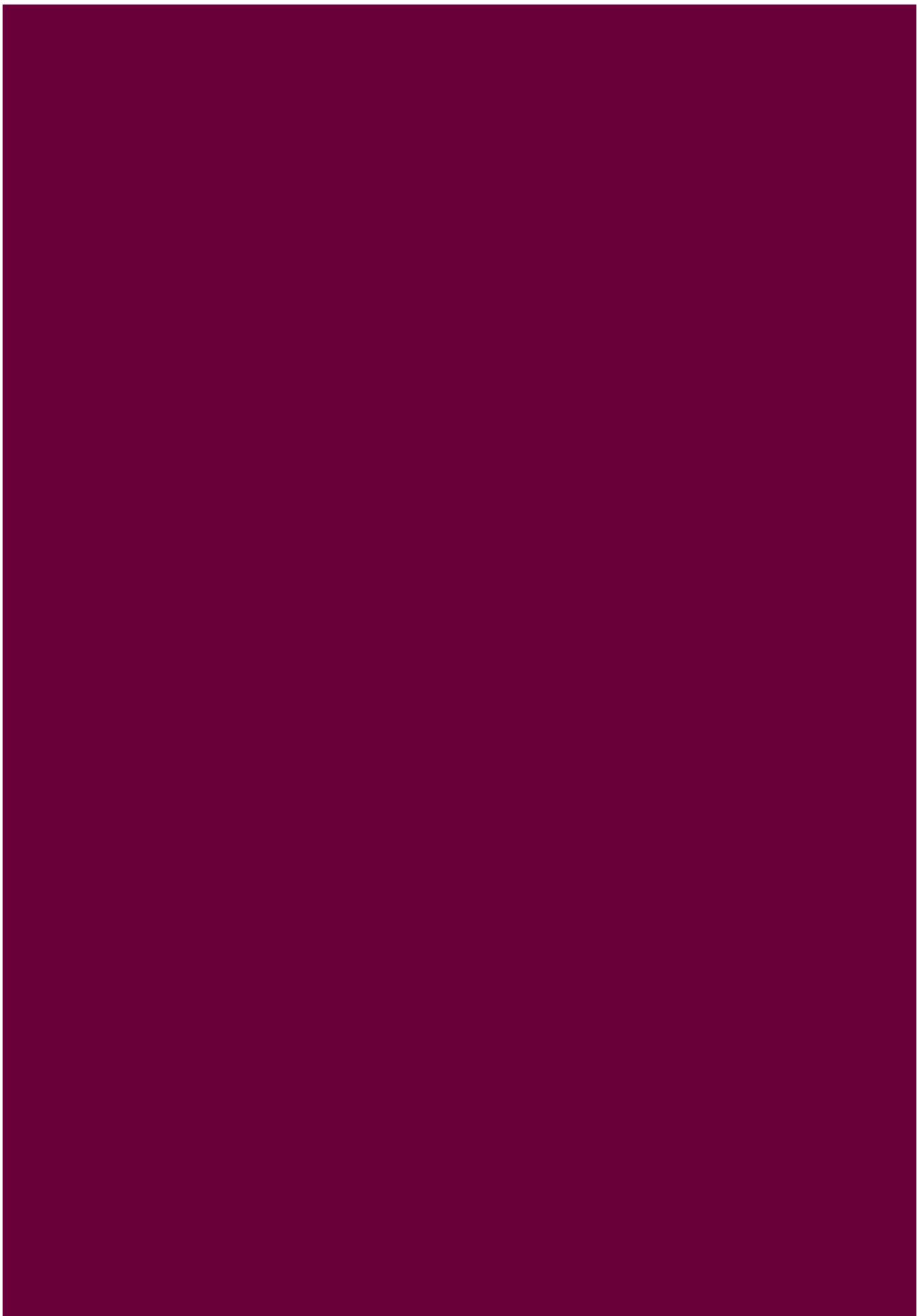
Sugerencias para el profesional sanitario

- Detectar factores que pueden reducir la producción de leche o modificar la succión del pecho y darles solución
- Motivar (**A.2.**), formar y apoyar a la madre. Hablar con ella a diario. Asegurar el apoyo en su entorno, especialmente en su pareja
- Si está tomando un inhibidor de lactancia debe suprimirlo, siendo posible relactar aunque haya hecho el tratamiento completo
- Presentarle a otras mujeres que hayan relactado

Sugerencias para la mujer “Es importante...”

- Ser paciente y perseverante
- Amamantar con frecuencia día y noche (al menos 8-10 veces/día)
- No darle chupetes ni biberones. Hasta que produzcas leche puedes darle el alimento con el suplementador (**A.7.**), vaso, cuchara o jeringa
- Ofrecer el pecho ante el mínimo interés del bebé
- Estar lo más posible con el bebé, piel con piel. Practicar el colecho (**1.5.**)
- Masajear el pecho, estimular el pezón con los dedos índice y pulgar, y realizar extracción manual o mecánica (**A.5.**)
- Si el bebé es reacio a succionar, incitarle goteando leche sobre el pezón
- Seguir dieta adecuada y reposo

Buscando
respuestas



Aspectos relacionados
con la técnica de la lactancia



A.1. Ventajas de la lactancia materna

Ventajas para la madre:

- Disminución de la frecuencia de anemia postparto: debido a una involución uterina más rápida, hay una disminución del sangrado puerperal.
- Beneficio psicológico: relación afectiva muy directa con el bebé; mejora la autoestima y seguridad; disminuye la tristeza y/o depresión postparto.
- Se completa el ciclo natural hormonal, que comenzó con el embarazo.
- Vuelta al peso anterior más rápidamente: la producción de leche aumenta el gasto de calorías, favoreciendo la eliminación de las grasas acumuladas.
- Comodidad: la comida siempre está preparada para la toma.
- Algunos trabajos han descrito menor riesgo de cáncer de mama en la premenopausia, en lactancias prolongadas; sin embargo aún no se ha demostrado su efectividad. Igualmente, se ha comunicado disminución del riesgo de cáncer de ovario y de fractura de cuello de fémur en la edad avanzada.

Ventajas para el bebé:

- Calidad: mejor proporción de sus componentes que otras alternativas.
- Protección de su salud: proporciona inmunidad que previene frente a infecciones, principalmente digestivas y respiratorias; reduce o previene el riesgo de padecer alergias cuando existe una predisposición genética; disminuye el riesgo de obesidad, caries y necesidad de ortodoncia.
- Digestión: la leche materna es la que se digiere mejor y más rápido por lo que el bebé padece menos cólicos, diarreas y estreñimiento (**C.4.**).
- Adaptación exclusiva en cantidad y composición a cada lactante.
- Estímulo del desarrollo emocional y afectivo.

Ventajas para la familia y la sociedad:

- Ahorro del coste de la leche artificial y el equipo que ésta requiere.
- Menor utilización de los Servicios Sanitarios y de medicamentos.
- Menor absentismo laboral de los padres por enfermedad de sus hijos.
- Ecológica: no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse.

A.2. Historia de lactancia

El objetivo de la Historia de Lactancia es la identificación de problemas y sus posibles soluciones.

Ayuda a entender cómo se siente la madre y el bebé, asesorarla convenientemente y aportarle ayuda práctica.

Sirve de ayuda:

- Usar el nombre de la madre y el nombre del bebé.
- Pedirle a la madre que nos cuente sobre ella y su bebé.
- Mirar la gráfica de peso del bebé puede evitar algunas preguntas.
- Hacer preguntas que aporten información relevante.
- Evitar que la mujer se sienta juzgada. Evitar los “¿por qué...?”
- Tratar de no repetir preguntas.
- Tomar el tiempo necesario para averiguar las cosas más difíciles y delicadas (los sentimientos de la mujer, su voluntad de amamantar...)

Escucha y aprendizaje

También nos ayudará emplear las siguientes técnicas de comunicación:

- Comunicación no verbal útil:
 - Mantener la cabeza al mismo nivel que la mujer. Ej.: sentarse a su altura.
 - Mostrar atención. Ej.: mirar a la madre a los ojos mientras se la escucha.
 - Quitar barreras. Ej.: no sentarse detrás de una mesa sino del lado de la madre cuando se hable con ella. No escribir notas mientras habla.
 - Darle tiempo. Ej.: no mirar el reloj, no tener prisa en preguntar y responder dudas.
 - Tocar apropiadamente. Ej.: palmadas en el hombro o espalda transmitiéndole apoyo y confianza.
- Hacer preguntas abiertas, es decir, las que no se pueden responder con “sí” o “no”. Así se obtiene más información. Empiezan por ¿cómo...?, ¿cuándo...?, ¿dónde...? Ej.: “¿Cómo está alimentando a su bebé?” en lugar de “¿Le da el pecho a su bebé?”
- Responder mostrando interés. Ej.: asentir con la cabeza, respuestas como “claro”, “ajá”...
- Devolver la pregunta o comentario. Se demuestra así a la madre que se ha entendido y es posible que diga entonces algo más. No se debe repetir literalmente ya que parecería que se le imita. Ej.: “Mi bebé está colgado del pecho todo el día” podríamos decirle “¿Así que te pide con mucha frecuencia?”

– Empatizar con la madre, captar cómo se siente. Ej.: “Me pide varias veces en la noche”, responder “¿Se siente cansada?”

– Evitar el uso de palabras enjuiciadoras como bien, mal, bueno, malo, correcto, incorrecto, etc. Con ellas podría sentir que está equivocada.

Confianza y apoyo

– Aceptar lo que la madre dice. Ej.: “Mi leche está aguada” responder “Ya veo. Está preocupada con su leche”

– Elogiar lo que está bien. Cualquier madre hace alguna cosa respecto a su bebé que está bien. Esto la estimulará a continuar con esa buena práctica y hará que acepte más fácilmente las sugerencias

– Dar ayuda práctica. Ej.: “Me duele la espalda cuando doy de mamar”, enseñarle posición correcta

– Dar información pertinente, aquella que necesita **ahora**. Ej.: “Mis pechos están blandos ¿tendrán suficiente leche?” Respuesta: “El bebé está creciendo adecuadamente. Aunque sus pechos estén blandos producen la leche que él necesita”

– Usar un lenguaje sencillo

– Hacer una o dos sugerencias. Ej.: “puede ser útil...”, “tal vez...”, “podría Usted probar...”, “¿qué le parecería...?”, “podrías probar a...”: Siempre procurando no dar órdenes

A modo de resumen

Cuando una mujer acude al profesional sanitario en busca de ayuda, es muy importante tener en cuenta estos cuatro aspectos:

Obtención de historia	Evaluación de una toma
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación actual del bebé • Salud, comportamiento del bebé • Embarazo, parto y primera toma • Condiciones de la madre • Situación familiar y social 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición del cuerpo de madre y bebé • Respuestas de madre y bebé • Vínculo emocional • Anatomía del pecho • Succión • Duración de la toma
Confianza y Apoyo	Escucha y Aprendizaje
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar lo que la madre dice • Elogiar lo que hace bien • Dar ayuda práctica • Dar información pertinente • Usar un lenguaje sencillo • Hacer una ó dos sugerencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación no verbal útil • Hacer preguntas abiertas • Mostrar interés • Devolver el comentario • Mostrar empatía • Evitar palabras enjuiciadoras

La historia de lactancia (**Anexo I**) comprende los siguientes aspectos:

Alimentación actual del bebé	Salud y conducta del bebé	Embarazo, parto e inicio de la lactancia
<ul style="list-style-type: none"> • Tomas: frecuencia y duración • Uno o ambos pechos • Uso de chupete • Suplementos 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso y gráfica • Prematuridad • Gemelaridad • Micciones • Deposiciones • Enfermedades • Conducta al mamar y dormir • Bienestar del bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal • Tipo de parto • Inicio primera toma • Cohabitación • Apoyo postnatal • Suplementos • Muestras comerciales
Condiciones de la madre	Situación familiar y social	Evaluación de una toma
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Salud • Experiencia en lactancia • Anticoncepción • Nivel de estudios • Satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral • Situación económica • Actitud del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición del cuerpo de la madre y el bebé • Respuestas de la madre y el bebé • Vínculo afectivo • Anatomía del pecho • Succión • Duración de la toma

A.3. Posturas para amamantar

Madre y bebé han de estar cómodos en un ambiente tranquilo. Pasos a seguir:

- a) La madre se lava las manos, no los pezones.
- b) Pecho caído de forma natural para que el bebé pueda coger bien.
- c) Madre y bebé se colocan “barriga con barriga”.

Postura materna: Hay varias posturas, descritas a continuación; conviene cambiar la posición, comprimiendo así distintas zonas de la areola y del pezón. Permite vaciar el pecho, evitando la retención de leche, la obstrucción de los conductos y la mastitis.

Postura del bebé: la cabeza y el cuerpo deben estar alineados. El cuello torcido o flexionado impide una correcta succión y deglución. La madre tiene que sujetar al bebé de forma segura, apoyando la cabeza en el tercio medio del antebrazo con la nariz a la altura del pezón.

d) La madre ofrece el pecho, rodeándolo de forma que el dedo pulgar quede por encima, bastante alejado del pezón y los demás dedos por debajo (en forma de C). Sujetar el pecho con los dedos índice y medio (en forma de tijera) puede dificultar la salida de leche, al comprimir algún seno galactóforo. Además, no deja que pezón y gran parte de areola entren en la boca del bebé. Si la posición es correcta, no precisa apartar el pecho para que respire el bebé.

e) Acercar el bebé al pecho y rozar con el pezón el labio superior hasta que abra bien la boca. Entonces, aproximar el bebé en un movimiento rápido y seguro para que entre todo el pecho que pueda en la boca, y así pueda exprimir los senos galactóforos, situados detrás de la areola.

f) El bebé se ha cogido bien al pecho si (Anexo II): tiene la boca muy abierta, labio superior hacia fuera, más areola por encima de la boca del bebé que por debajo, mejillas redondeadas.

g) Continuar con el pecho hasta que el bebé lo suelte espontáneamente o se quede dormido y no succione en respuesta a estímulos suaves (**A.4.**).

h) Para retirar al bebé del pecho no se tira del pecho, se rompe el vacío de la boca del bebé introduciendo un dedo por la comisura de la boca.

Posición sentada clásica: la madre se sienta con la espalda recta y apoyada sobre un buen respaldo o almohadas. Las rodillas están ligeramente más altas que el regazo (pies sobre un taburete pequeño si la madre lo desea).

Posición acostada: la madre se coloca en decúbito lateral, al igual que el bebé, de forma que queden “barriga con barriga”. El bebé tendrá la cabeza a la altura del pecho, siendo más fácil si la cabecita está un poco hacia atrás. Se recomienda en tomas nocturnas y cesáreas.

Posición en “balón de rugby”: la madre está sentada en silla o cama. El bebé se coge con el brazo del mismo lado que el pecho ofrecido, las piernas hacia la espalda de la madre y el vientre apoyado sobre las costillas de la madre. Se usa en caso de pezones dolorosos, para vaciar sectores de la mama con retención, en cesáreas, en gemelos, y puede ser útil en casos de fractura de clavícula.

Posición cruzada: la madre, sentada, coge el bebé con el brazo contrario al pecho ofrecido, que se maneja con la mano de su lado. Útil en caso de prematuros con succión débil.

Posición de caballito: el bebé se sienta sobre el muslo materno frente al pecho. La madre le sostiene la cabeza suavemente desde la base del cráneo. Útil en bebés con reflujo esofágico, labio leporino y fisura palatina. Puede ser útil en prematuros y mamas muy grandes.



Correcto: en forma de C



Incorrecto: en forma de tijera



Buen agarre del bebé



Mal agarre del bebé



Posición acostada



Posición sentada clásica



Posición balón de rugby



Posición cruzada



Posición caballito

A.4. Duración y frecuencia de las tomas

Se recomienda el inicio precoz de la lactancia tras el nacimiento. Si las condiciones del bebé y de la madre lo permiten, se iniciará en el paritorio o en el postparto inmediato. Se aprovecha el estado de alerta del recién nacido durante la primera hora y así el bebé aprende a mamar con más eficacia. Por otro lado, el contacto piel con piel mantiene el calor y permite la colonización del bebé con la flora materna. Diversos estudios demuestran que el inicio precoz de la lactancia se relaciona con un aumento en la duración de la misma.

Es bueno que la madre ofrezca el pecho siempre que el bebé muestra signos de querer mamar (movimientos de búsqueda, sacar la lengua...), siendo el llanto un signo tardío de hambre. Tanto el número de tomas como la duración de las mismas varía de un bebé a otro.

Frecuencia de las tomas:

Es mejor ofrecer el pecho “a demanda”. Un bebé puede desear mamar a los 15 minutos o más de 4 horas después de haber realizado una toma. Es fundamental informar anticipadamente que, durante los primeros 15-20 días de vida, la expectativa de tomas en 24 horas es de 8-12.

Es necesario amamantar de noche para mantener una producción de leche adecuada y el crecimiento del bebé así como ofrecer respuesta a las demandas producidas por el hambre. Además, las tomas nocturnas son necesarias para mantener una adecuada producción de leche y prevenir la ingurgitación de las mamas.

Duración de las tomas:

El bebé es el único que sabe cuándo está satisfecho. Lo ideal es que la toma dure hasta que el bebé se suelte espontáneamente del pecho. Si el bebé prolongase excesivamente la toma, valorar si pudiera haber dificultades.

Alternancia de los pechos:

Algunos lactantes obtienen cuánto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. Lo importante no es que el bebé mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar el desarrollo de una mastitis (**B.3.**) y para que la madre acople la producción de leche a las necesidades del bebé (**B.2.**). Además, así el bebé toma la leche del final, que es rica en grasas y le va a dar saciedad y aumento de peso.

La toma se inicia por un pecho, hasta vaciarlo y después se pasa al otro, hasta que el bebé se sacie.

La siguiente toma se empieza por el último pecho de la toma anterior.

A.5. Técnica de extracción de leche

La extracción de leche puede ser necesaria a lo largo de la lactancia con varias finalidades y requiere una técnica apropiada.

Puede ser necesaria

- Para mantener la lactancia materna en caso de separación temporal.
- Para vaciar completamente las mamas si el bebé no lo hizo en la toma.
- Antes de la toma, si si el bebé no se puede agarrar por estar pezón y areola distendidos.
- Para drenar el pecho en caso de ingurgitación u otro problema en los pechos.

Condiciones:

- Empezar en cuanto sea posible las sesiones de extracción.
- Los hospitales deberían de tener una sala adecuada para la extracción de la leche así como el instrumental necesario: sacaleches manuales y/o eléctricos, tubos estériles de recogida, nevera, sistema de identificación de las leches; así como personal cualificado para ayudar y enseñar a la madre a manejar toda la técnica.

Preparación:

- Lavar las manos.
- Procurar un ambiente tranquilo y relajado.
- Procurar una posición cómoda.
- Si pechos duros, poner calor 5-10 min.
- Dar un masaje suave sobre el pecho.
- Estimular suavemente los pezones.
- Tener preparado el recipiente de recogida si se va a conservar la leche.
- Tras la extracción, dejar unas gotas de leche sobre el pezón y secar al aire.

Recipientes:

- De uso alimentario y bien limpios.
- Guardar la leche en pequeñas cantidades (60-120cc).
- No llenar completamente el recipiente (la leche se expande al congelarse).
- Etiquetar los envases con la fecha de extracción.
- Se puede juntar la leche extraída durante 24 horas en el mismo envase sometido a refrigeración en frigorífico.



Masaje previo a la extracción

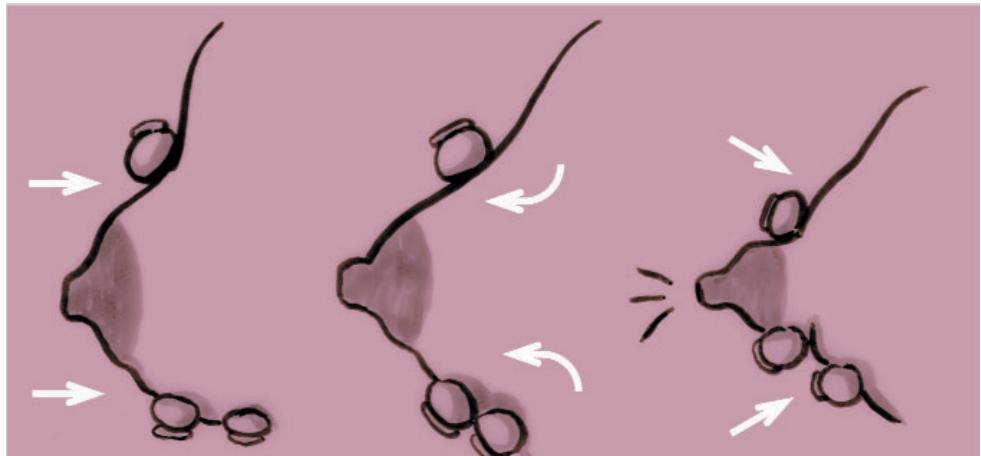
Modos de extracción:

1) *Manual*: cómodo, barato y sencillo.

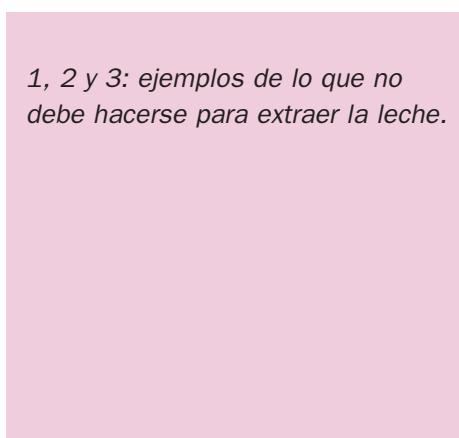
- Colocar el pulgar en el borde superior de areola e índice en el inferior, a 3-4 cm del pezón, y el resto de la mano por debajo.
- Apretar hacia el tórax y luego comprimir el pecho mientras se separan los dedos de la pared torácica (acción de ordeño).
- Al principio puede que no salga leche, pero después de hacer presión varias veces, comienzan a salir gotas o “chorros”.
- No frotar ni estirar el tejido mamario. Rotar la mano alrededor de la mama para masajear y apretar todos los cuadrantes.

2) *Mecánica*: permite vaciar mejor los pechos, obteniéndose mayor volumen de leche rica en grasas.

- Succión gradual, de menor a mayor intensidad, según tolerancia materna.
- Si aparece dolor: parar, aflojar y volver a empezar.
- Tipos de sacaleches:
 - Eléctricos: eficaces pero caros. De uso hospitalario. Algunas empresas los alquilan
 - Minieléctricos o a pilas: para vaciados ocasionales o en el trabajo
 - Manuales. El de bocina se desaconseja por ser difícil de limpiar y producir succión débil.



Modo de extracción: Comprimir hacia el tórax. Rodar. Extraer



A.6. Conservación y administración de la leche materna

Una vez extraída la leche, hay que conservarla hasta que sea necesario dársela al bebé.

Transporte:

Se debe transportar en nevera portátil o bolsa-nevera provista de placa de hielo. Hay que llevarla lo antes posible al frigorífico o congelador. Cuantos menos cambios de temperatura tenga, mejor conserva todas sus propiedades.

Conservación:

Temperatura ambiente (+25°C)	8 horas
Frigorífico	48 horas
Congelador en interior de nevera */***	2 semanas
Congelador***	3 meses
Congelador (-18°C)	6 meses

Introducir en el fondo de la nevera y no colocar en la puerta, donde podría sufrir más alteraciones de temperatura.

Descongelación:

- Descongelar colocando el recipiente en el frigorífico o a temperatura ambiente y calentar con agua caliente. Una vez descongelado se puede mantener en el frigorífico hasta 24 horas.
- No dejar nunca que hierva.
- No calentar en microondas.
- Agitar antes de comprobar la temperatura.
- La leche descongelada no se debe volver a congelar.
- Usar la leche más antigua.

Administración:

- Dar al bebé con cuchara, vasito o jeringa.
- No dar con tetina de biberón.

A.7. Relactación

Se llama relactación al proceso por el cual se estimula la producción de leche en una mujer que ha dado a luz y que ha interrumpido el amamamiento. La mayoría de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un bebé de forma exclusiva. Cuanto menor sea el tiempo transcurrido desde el parto más fácil es la relactación, ya que los estímulos hormonales (prolactina y oxitocina) están más presentes y la involución de la mama es menor. Se llama **lactancia inducida** al proceso de estimulación de la producción de leche en una mujer que no ha estado embarazada (ej.: madre adoptiva). Esta producción puede ser más limitada para una lactancia exclusiva. No se han encontrado diferencias significativas entre la leche producida durante la relactación o la lactancia inducida y la que se produce en el puerperio.

El tiempo necesario para que se produzca la leche materna es difícil de predecir y varía entre unos días y unas semanas. Hay que informar a las madres de ello, para que estén tranquilas y no tengan expectativas concretas acerca de cuándo se producirán cantidades determinadas de leche.

La relactación puede ser posible para cualquier **madre** tanto biológica como adoptiva que esté muy **motivada** (tener un fuerte deseo por alimentar ella al bebé), **informada** (conocer fisiología, práctica y dificultades de relactar) y **apoyada** por profesionales y entorno.

La técnica de relactación se basa en estimular la producción de leche mediante succión frecuente del pezón y el vaciamiento adecuado de los pechos. Lo más eficaz es la succión del bebé. Para ello se recomienda tener al bebé junto a la madre y facilitar el contacto piel con piel tan a menudo como sea posible. Es fundamental que la succión se realice entre 8-12 veces al día.

Si no es posible que el bebé succione (porque aún no llegó a casa o no lo hace bien) se puede sustituir por estimulación manual de las mamas y pezones y extracción manual o mecánica de la leche (**A.5.**).

Cuando el pecho no produce suficiente leche es útil usar un suplementador de lactancia que proporcionará al bebé alimento mientras está mamando y estimulando el pecho y pezón.

Consta de un recipiente de plástico que sirve de reservorio para la leche y que se cuelga junto al pecho, y dos tubos finos muy blandos y flexibles por los que sale la leche, que se colocan junto a cada pezón, fijándolo con una cinta adhesiva hipoalergénica sin que moleste en la boca del niño ni en el pezón. Estos aparatos están diseñados para que la leche se obtenga por succión, no por gravedad, y permiten que el bebé reciba el suplemento de leche succionando el pezón. Así se esti-

mula la producción de leche en la madre y anima al bebé a seguir mamando.

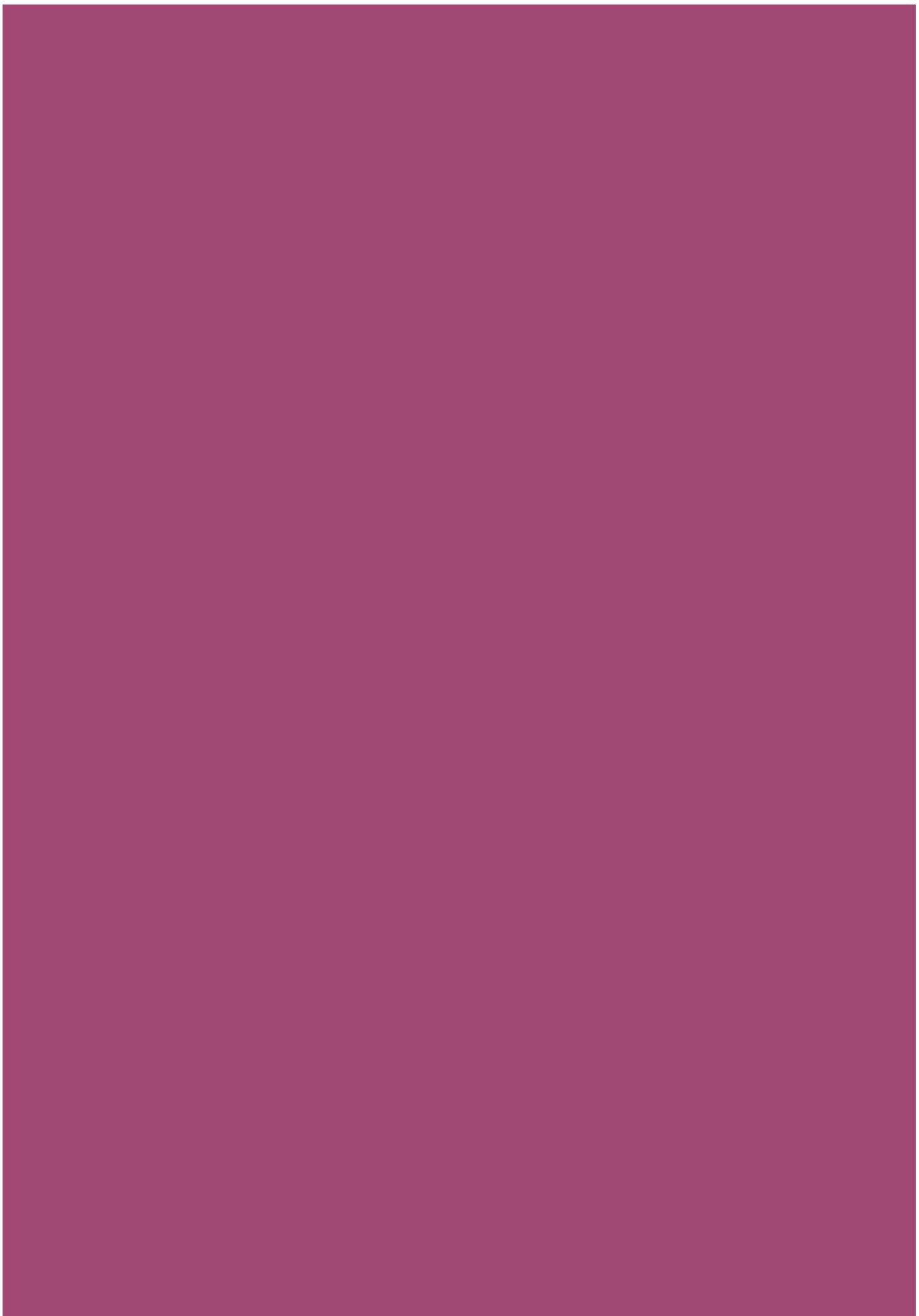
A medida que la producción de leche aumenta, se reduce la cantidad de leche del suplementador de forma gradual. Ej.: reducción de 50 cc en 24 h repartido en varias tomas (reducir 10 cc en 5 tomas, 25 cc en 2 tomas...). Continuar con la cantidad reducida unos días y, si no muestra signos de hambre y ha ganado al menos 125 g de peso en una semana, reducir de nuevo el suplemento de la misma manera. En caso contrario, aumentar de nuevo el suplemento a como estaba en un principio.

Lactogogos:

Son medicamentos (*) que producen secreción de leche. Su efectividad no está suficientemente demostrada, ni se ha comparado con buenas técnicas fisiológicas. Se deben emplear sólo cuando los métodos no farmacológicos han fallado, después de utilizados durante, por lo menos, dos semanas. Posiblemente su uso no es necesario si la mujer cuenta con la ayuda experta de profesionales. Pueden causar efectos colaterales a la madre.

* El de elección es la Metoclopramida en dosis de 10 mg / 8 h. No debe de administrarse más de 2 semanas y se retirará en cuanto se haya establecido la producción de leche de forma gradual. También parece ser eficaz el uso de Clorpromacina como lactogogo. Produce un aumento de prolactina además de actuar como tranquilizante aumentando la sensación de bienestar de la mujer. Se ha administrado en dosis de 25-100 mg / 8 h durante 7-10 días. Respecto a los lactogogos naturales (levadura de cerveza, té de hierbas,...) su efectividad no ha sido evaluada, pero si la mujer cree en ello puede ser de ayuda psicológica. El uso de un lactogogo no debe disminuir el apoyo y asesoramiento a la madre por parte de los profesionales.

Aspectos relacionados
con la madre



B.1. Cuidado general de la mujer que amamanta

Durante el puerperio (etapa de aproximadamente 40 días después del parto) es aconsejable que la mujer tenga una vida reposada con inicio progresivo de la actividad, aprovechando al máximo el tiempo libre para descansar.

Alimentación

Las mujeres son capaces de producir leche suficiente para mantener el crecimiento y la salud de sus bebés, aunque la ingesta de la madre sea limitada. Durante el embarazo, no sólo se van desarrollando las mamas, sino que se van acumulando nutrientes y energía.

Amamantar supone un aumento del gasto energético y cierta tendencia al estreñimiento. Es importante llevar una dieta normal completa, rica en fibras (fruta y verdura) y en leche o derivados. El aporte de vitaminas o minerales debe ser valorado en cada caso.

La lactancia exclusiva en madres vegetarianas estrictas puede dar lugar a enfermedades por déficit de vitamina B12 en el bebé (anemia megaloblástica y desarrollo psicomotor anormal). Debe darse un suplemento de dicha vitamina a estas madres.

Sustancias no recomendadas

- Alcohol: en grandes dosis, inhibe el reflejo de la secreción de leche.
- Tabaco: más de 5 cigarrillos/día puede ocasionar síntomas de irritabilidad en el lactante. Además, la nicotina disminuye la producción de leche.

La motivación para dejar de fumar es muy elevada en el embarazo. Es una buena ocasión para promover el abandono del tabaco, siempre que se ofrezca consejo sistemático y estructurado, así como apoyo suficiente, que debe mantenerse en el postparto para evitar recaídas. La lactancia puede tener como resultado indirecto una menor tasa de recaídas tras el parto en las madres que han dejado de fumar en el embarazo.

- Café: tomado con moderación carece de efectos sobre el bebé.
- Otros tóxicos: heroína, cocaína, hachís... están totalmente contraindicados.

Higiene

Se aconseja ducha diaria (en lugar de baño). Si tiene episiotomía, es importante mantener la zona limpia y seca, con cambio frecuente de compresa. Si tiene herida laparotómica, conviene aplicar antiséptico local y cubrir con gasas estériles después de la ducha, hasta que haya cicatrizado. Los pechos no requieren limpieza adicional antes y después de cada toma.

Ejercicio Físico

El ejercicio físico ha de ser moderado y sólo debe reiniciarse una vez recuperado el suelo pélvico. Rara vez el ejercicio físico está contraindicado en la lactancia. El mayor inconveniente suele ser la falta de tiempo.

Después del ejercicio se recomienda:

- ducharse, o al menos, lavar el sudor de los pechos.
- exprimir los pechos manualmente y desechar 3-5 ml de leche de cada uno.
- aumentar la ingesta de la madre.

Apoyos

Después del parto, el centro de atención suele ser el bebé, pasando la madre a un segundo lugar. La madre primípara se ve abrumada por la responsabilidad a la que se enfrenta. Es habitual que sufra episodios de angustia, llanto fácil, etc. La familia, en especial la pareja, ha de ser consciente de la nueva situación, apoyar a la madre y compartir las tareas con ella. Es importante que el apoyo de otros miembros de la familia (abuelas, tíos,...) sea real y no se transforme en intromisión. En ocasiones pueden proporcionar consejos erróneos y generar tensiones de convivencia en el núcleo familiar.

También conviene recordar que los otros hijos, si los hubiere, pueden resentirse con la aparición del nuevo “intruso”.

B.2. Preparación de las mamas

Anatomía y Fisiología de la Mama

La glándula mamaria está formada por 15-25 lóbulos, dispuestos de forma radial y separados unos de otros por tejido celular graso. Cada lóbulo consta de diversos lobulillos que, a su vez, están formados por gran número de alveolos, cuyo epitelio es el responsable de la síntesis de leche. Cada alveolo dispone de un conducto que confluye con el de los restantes, para formar un único conducto (seno galactóforo) que se ensancha antes de llegar a nivel de la areola. Cada galactóforo alcanza el pezón de manera independiente del resto y se abre en la superficie, donde se pueden distinguir los 15-25 pequeños orificios correspondientes.

La lactancia implica diferentes mecanismos:

a) Preparación de la glándula mamaria

Durante el embarazo, la mama aumenta de tamaño bajo el influjo hormonal, y la areola se agranda y se oscurece. Cuando se desprende y se elimina la placenta (alumbramiento) después del parto, se produce un descenso importante del nivel de estrógenos y progesterona, que permite que la actividad lactogénica de la prolactina, se desarrolle.

b) Desencadenamiento y mantenimiento de la secreción láctea

La secreción ocurre de manera ininterrumpida entre una y otra tetada. Se forma una leche diluida, pobre en grasas, que se acumula en los senos galactóforos hasta que es ingerida por el bebé. En la producción y mantenimiento de la secreción láctea hay dos fenómenos de importancia esencial:

– El reflejo de succión, determinante para la eyeción de la leche.

Cuando se inicia la tetada y el lactante comienza la succión, mediante un reflejo neurológico, se libera prolactina favoreciendo la síntesis de leche, y también se libera otra hormona (oxitocina) que posibilita que se “exprima” la mama, facilitando el paso de contenido graso que se produce en la porción final de la leche obtenida en cada mamada.

– El vaciamiento de las mamas. El vaciamiento frecuente y completo de la mama es otro requisito indispensable para una buena lactancia: si la producción excede al drenaje, aumenta la tensión, disminuye el lecho vascular y, en consecuencia, la producción de leche. De modo opuesto, si el drenaje excede la producción, se incrementa la circulación sanguínea y la producción de leche.

B.3. Afecciones de las mamas durante la lactancia

Grietas

Suelen tener una relación directa con una técnica incorrecta. Cuando el bebé no está bien puesto al pecho y al mamar sólo coge el pezón, éste es traumatizado por las encías, produciendo un pezón doloroso y favoreciendo la aparición de grietas. También se producen por lavado frecuente o aplicación de pomadas en el pezón, provocando la desaparición de la secreción de las glándulas de Montgomery, perdiéndose su efecto protector sobre la piel y el efecto antiinfeccioso que la secreción de estas glándulas tiene. Las grietas pueden sangrar y el bebé deglutar la sangre con la toma, por lo que no se debe alarmar si posteriormente vomita un poco de sangre.

Tratamiento

- Mejorar la técnica de lactancia.
- Iniciar la toma por la mama menos afectada. Tras la toma, dejar secar al aire unas gotas de leche en el pezón (tomar el sol con los pechos al descubierto o secar los pezones con un secador ayuda a su curación).
- No se recomienda el uso de pezoneras.
- Cambiar la postura de amamantar.
- Realizar alguna toma con extracción manual o mecánica y administrar con jeringa, vaso o cuchara, para descansar las mamas.

Ingurgitación

Tumefacción dolorosa de los senos que aparece entre el 2º y 5º día de postparto y que, al distender la mama, hace que la unión entre el pezón y la areola se torne firme y convexa, dificultando que el lactante atrape el pezón. Puede ser originada por congestión vascular y linfática o acúmulo de leche. La madre tiene sensación de plenitud en las mamas y por el contrario, el bebé sensación de insatisfacción y/o hambre.

Se produce por vaciamiento incorrecto de las mamas, debido a:

- Posición inadecuada del bebé al pecho.
- Horarios estrictos durante y entre las tomas.

Tratamiento

- Vaciado correcto de la glándula, aplicando calor al pecho antes de mamar, mejorando la técnica de la tetada, poniendo al bebé con más frecuencia al pecho.
- Extracción manual de la leche para facilitar el agarre.
- Cuando estas medidas no funcionan, realizar el vaciado manual o con sacaleches. Entre las tetadas, se puede utilizar frío local para evitar el dolor y/o Paracetamol si precisa.

Pezón doloroso

Puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia y está ocasionado, con frecuencia, por candidiasis. Suele asociarse con candidiasis bucal y/o anal del bebé. Produce dolor intenso pulsátil a lo largo de los conductos, durante o después de la toma.

Tratamiento

- Aplicación tópica sobre el pezón de Nistatina después de las tomas, pudiendo ser necesario tomar algún analgésico. Una vez desaparecidos los síntomas mantener el tratamiento 1-2 semanas más.
- Tratar la candidiasis bucal del lactante.

Mastitis

Dolor en un cuadrante de la mama, habitualmente en un solo pecho, junto con enrojecimiento, tumefacción, endurecimiento (signos inflamatorios evidentes y localizados) y que puede acompañarse de fiebre y malestar. Una grieta en el pezón puede ser un signo acompañante.

El vaciamiento ineficaz de la leche que conduce a su acumulación, crea las condiciones favorables para el crecimiento bacteriano, que además puede verse favorecido, si hay lesiones en el pezón.

En resumen, las mastitis pueden prevenirse conduciendo adecuadamente la lactancia desde el inicio y evitando las situaciones que originan ingurgitación.

Tratamiento, debe ser precoz:

- Asesoramiento de apoyo: reafirmar el valor de la lactancia materna; que la leche del pecho afectado no dañará a su hijo y que el esfuerzo de superar este “bache” merece la pena.
- Vaciamiento eficaz de la leche: es la parte esencial del tratamiento: buena técnica; amamamiento frecuente, sin restricciones; si se necesita, extraer la leche manualmente o con sacaleches.
- Antibióticos: si se puede, cultivar la leche del pecho afectado. Debe de utilizarse un antibiótico activo frente a *Staphylococcus aureus*, productor de beta-lactamasa. La duración del tratamiento debe ser de 10-14 días para evitar recidivas. El usual es: cloxacilina oral (500 mg/8 horas) ó amoxicilina+clavulánico oral (875/125mg/8 horas) ó eritromicina oral (1000 mg /12 horas).
- El dolor debe tratarse con analgésicos: ibuprofeno (400 mg/8 horas) o paracetamol (650 mg/8 horas) mientras precise.
- Otras medidas: el descanso se considera esencial y debe hacerse en cama si es posible (con el niño en su cama, para aumentar la frecuencia de las tomas, facilitando el vaciamiento de la leche)

Aplicación de compresas tibias en el pecho, o ducha tibia, aliviando el dolor y facilitando que fluya la leche. Ingesta abundante de líquidos.

Absceso mamario

Aparece en la evolución de la mastitis mal tratada o con el tratamiento instaurado tardíamente. Se trata de una masa empastada, enrojecida, dolorosa, caliente y fluctuante en una zona del pecho, originada por la formación de una colección de pus encapsulada.

Puede haber fiebre o no; para confirmar el diagnóstico, puede aspirarse pus mediante una jeringuilla con aguja gruesa.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con el galactocele (acúmulo de leche localizada en un lóbulo mamario), fibroadenoma y cáncer de mama.

La ecografía puede ser una herramienta útil en el diagnóstico. Realizada correctamente, la aspiración del pus guiada por ecografía puede ser curativa (anestesia local).

Si ésto no resultase posible, el tratamiento tendría que ser quirúrgico (incisión y drenaje).

Se aconseja cobertura antibiótica sistémica.

Apoyo a la lactancia en las afecciones mamarias:

El asesoramiento y apoyo serán fundamentales para que la madre continúe o interrumpa la lactancia durante un proceso de mastitis o absceso mamario. Se debe aconsejar:

- Que el bebé permanezca con la madre, antes y después de la cirugía
- Puede seguir alimentándose del pecho no afectado
- Utilizar leche reservada previamente, alimentando al bebé con vaso o jeringa, si se somete a cirugía con anestesia general, o en su defecto otro tipo de leche hasta que la madre esté capacitada
- Puede reanudar la lactancia por el pecho afectado tan pronto como lo permita el dolor de la herida. Esto suele ocurrir en horas, excepto si la cirugía fue próxima al pezón. Debe proporcionarse a la madre cobertura analgésica.

Possiblemente necesite ayuda experta hasta que el bebé succione bien del pecho afecto. Es importante además que se vacíe bien para evitar extasis de la leche y recidiva de la infección.

Si, al principio, el bebé no puede succionar bien del pecho operado puede ser necesario extraer la leche hasta que “agarre” bien de nuevo; mientras no tenga leche suficiente la succión frecuente aumentará su producción. Entretanto, el bebé puede seguir siendo alimentado del pecho sano, y generalmente, puede obtener la leche suficiente

Numerosos estudios han demostrado que, como criterio general, es seguro continuar amamantando, incluso en presencia de *Staphylococcus aureus*.

B.4. Enfermedades maternas

Cuando una madre que está lactando enferma, la decisión sobre continuar o interrumpir el amamantamiento debe tomarse siempre con la mujer, valorando su estado general, los beneficios de la lactancia y los riesgos de la medicación para el bebé.

En el pasado, la incertidumbre de los profesionales sanitarios ante las consecuencias en el bebé de una enfermedad en la madre y la toma de medicación, les llevaba en muchas ocasiones a desaconsejar el inicio o la continuidad de la lactancia. En cambio, en la actualidad **resultan excepcionales las situaciones en que se contraindica. La única enfermedad materna en la que, en nuestro medio, lactar está siempre contraindicado es la infección por VIH.**

Enfermedad	Comentarios
Asma	Compatible con lactancia
Cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> •Frecuencia de 1-3/10.000 partos •Diagnóstico durante la lactancia: métodos habituales •La supresión de la lactancia no mejora el pronóstico •Cirugía: suprimir lactancia para disminuir el tamaño y vascularización de los senos •No hay evidencias de efectos dañinos en el feto, ni se conocen casos de transferencia al bebé de células malignas
Cardiopatías	La indicación depende de la gravedad de la lesión y la incapacidad que la misma origine a la madre
Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn	Compatibles con lactancia
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> •Aunque la composición de la leche materna es algo diferente, está indicada la lactancia •Asegurar un buen control metabólico en el puerperio •Puede darse el pecho a demanda, aunque el horario de las comidas de la madre debe ser prioritario

Enfermedad	Comentarios
Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> Los fármacos pasan a la leche pero algunos no contraindican la lactancia (Anexo II) Controlar si la medicación produce efectos en el bebé, sobre todo los primeros días
Esclerosis múltiple	No está probado que la lactancia exacerbe la enfermedad
Hepatitis	<p>A: compatible, salvo hepatitis aguda en el parto</p> <p>B: compatible. El bebé debe recibir gammaglobulina y vacuna</p> <p>C: existe riesgo teórico, aunque no hay casos descritos de contagio por lactancia. La madre debe decidir</p>
Hipertensión	Depende del estado de la madre, del grado de prematuridad del bebé y de la medición (Anexo II)
VIH	Contraindicada
Infecciones bacterianas comunes	Aplicar tratamiento (Anexo II) y mantener lactancia
Infecciones bacterianas con hospitalización	Possible interrupción temporal de lactancia. Depende de la severidad y del tipo de medición (Anexo II)
Infecciones víricas	<p>Herpes Simple: Sólo se contraindica lactar cuando hay lesiones en la piel de la mama. Las lesiones activas en otras zonas deben cubrirse</p> <p>Rubeola: La enfermedad y la vacunación son compatibles.</p> <p>Varicela: Es necesario separar al bebé de la madre si el exantema aparece 4 a 6 días antes o después del parto y administrarle gammaglobulina hiperinmune. Los anticuerpos aparecen en leche a las 48 horas de iniciarse la enfermedad. Después, la lactancia es posible a no ser que existan lesiones vesiculosa en el área de succión</p>

Enfermedad	Comentarios
Mastitis	Se resuelve continuando la lactancia durante el tratamiento antibiótico.
Miastenia gravis	La lactancia no se recomienda porque supone un sobreesfuerzo para la madre y un 12% de los bebés podrían presentar la enfermedad por el paso de anticuerpos maternos
Patología mamaria benigna	La enfermedad fibroquística, los quistes benignos y fibroadenomas no contraindican lactar
Patología psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • Compatible • Ver medicación (Anexo II)
Patología tiroidea	<p>En ningún caso, hipo o hipertiroidismo, se contraindica la lactancia</p> <p>Aplicar tratamiento (Anexo II) y pruebas diagnósticas con isotopos</p> <p>No administrar Yodo radiactivo, ni Povidona Yodada</p> <p>Controlar la función tiroidea del bebé</p>
Prolactinomas	<p>A veces hay una regresión espontánea de la hiperprolactinemia durante el embarazo</p> <p>Hiperprolactinemia sin evidencia de tumor o el microadenoma: compatible con lactancia</p> <p>Macroadenoma: el tratamiento desaconseja lactar</p>
Toxoplasmosis	Compatible
Tuberculosis	<p>Durante el embarazo: si tras el tratamiento los cultivos son negativos, el lactante debe recibir quimioprofilaxis (Isoniazida) y es posible lactar</p> <p>Tras el parto: está contraindicada en madres contagiosas y/o con menos de dos semanas de tratamiento antituberculosos (aislar a la madre del bebe) así como en mastitis o abscesos mamarios tuberculosos. En los demás casos se puede dar el pecho</p> <p>La toma de Isoniazida requiere controles regulares de las transaminasas en la madre y el bebé</p>

Enfermedad	Comentarios
Enfermedades que precisan	
Anticoagulantes	En el caso de embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda: compatible con lactancia. Medicación (Anexo II) y pruebas diagnósticas
Gammagrafía	Interrupción temporal de la lactancia, dependiendo de la vida media del isótopo radiactivo (Anexo II)
Trasplante	La indicación depende del estado general de la madre y del tratamiento inmunosupresor (Anexo II)

B.5. Medicamentos

La mayoría de los medicamentos se excretan en la leche materna, pero el riesgo suele ser limitado cuando se compara con los beneficios demostrados de lactar.

En caso de bebés prematuros o con problemas médicos es necesario extremar las precauciones, vigilando muy de cerca cualquier manifestación de posibles efectos adversos.

En muy pocas circunstancias la mejor respuesta es la interrupción de la lactancia

Antes de prescribir un medicamento, se debe tener en cuenta:

- Valorar la necesidad del tratamiento
- Intentar el tratamiento no farmacológico
- Usar los medicamentos con mayor experiencia, preferentemente aquellos con indicación pediátrica (y mejor en lactantes)
- Si es posible, administrar el medicamento por vía tópica o por inhalación
- Siempre que se conozcan los datos, utilizar los medicamentos con el menor índice de exposición (IE< 10%)¹
- Si no se conoce el IE, puede ser orientativa una razón leche/plasma² baja; salvo cuando sea previsible una posible acumulación en el lactante por dificultades para la eliminación

El riesgo depende de la cantidad de medicamentos a la que se expone el lactante y de los posibles efectos adversos

Para minimizar la exposición del bebé al medicamento:

- Elegir medicamentos con una vida media plasmática baja
- Elegir medicamentos con alto grado de unión a proteínas plasmáticas
- Elegir medicamentos con absorción oral baja
- Utilizar la dosis mínima eficaz
- Administrar el medicamento después de la toma que precede al periodo de sueño más largo (suele ser la nocturna). Si se requieren varias tomas, dar el pecho inmediatamente antes de tomar el medicamento

1 El índice de exposición (IE) expresa el porcentaje de la dosis materna, ajustada al peso, que recibiría el lactante en un día. Es directamente proporcional a la razón leche/plasma materna, a la concentración plasmática materna, a la cantidad de leche consumida (150 ml/Kg/día), e inversamente proporcional al aclaramiento en el lactante.

2 Una razón leche/plasma >1 es indicativa de que el medicamento se concentra en la leche.

Los efectos adversos del medicamento en el bebé dependen de:

- La dosis administrada y de la duración del tratamiento
- La cantidad de leche materna consumida por el lactante
- La capacidad de metabolismo y eliminación del lactante, condicionada por su madurez

La selección de los medicamentos más seguros se basa en: toxicidad inherente baja, IE bajo (<10%), ausencia de efectos adversos comunicados y amplia experiencia de uso

En el **Anexo II** se recoge una tabla con el manejo de medicamentos y su relación con la lactancia natural.

B.6. Anticoncepción

Habitualmente, la mujer siente una disminución de su apetencia sexual después del parto, relacionada con los cambios físicos y la adaptación a la nueva situación familiar. Es especialmente importante en este periodo mantener una rica expresión afectiva con su pareja, primordial para el restablecimiento de una actividad afectivo-sexual satisfactoria.

Al menos al inicio, mientras existan dificultades locales secundarias al parto, es importante potenciar modalidades diferentes al coito. Una vez desaparecidos los loquios y concluido el proceso de cicatrización (aproximadamente dos semanas, aunque es diferente para cada mujer) puede realizarse el coito, si la mujer lo desea, siendo entonces mínimo el riesgo de hemorragia o infección.

Tipos de anticoncepción durante la lactancia:

El denominado método MELA (Amenorrea y lactancia materna): es el único método natural; tiene una eficacia del 98% si se cumplen las tres condiciones siguientes:

- lactancia materna exclusiva, dando de mamar al menos siete tomas al día, manteniendo tomas nocturnas y sin utilizar suplementos
- que la mujer esté en amenorrea (el sangrado hasta los 56 días postparto se considera normal)
- dentro de los seis primeros meses después del parto

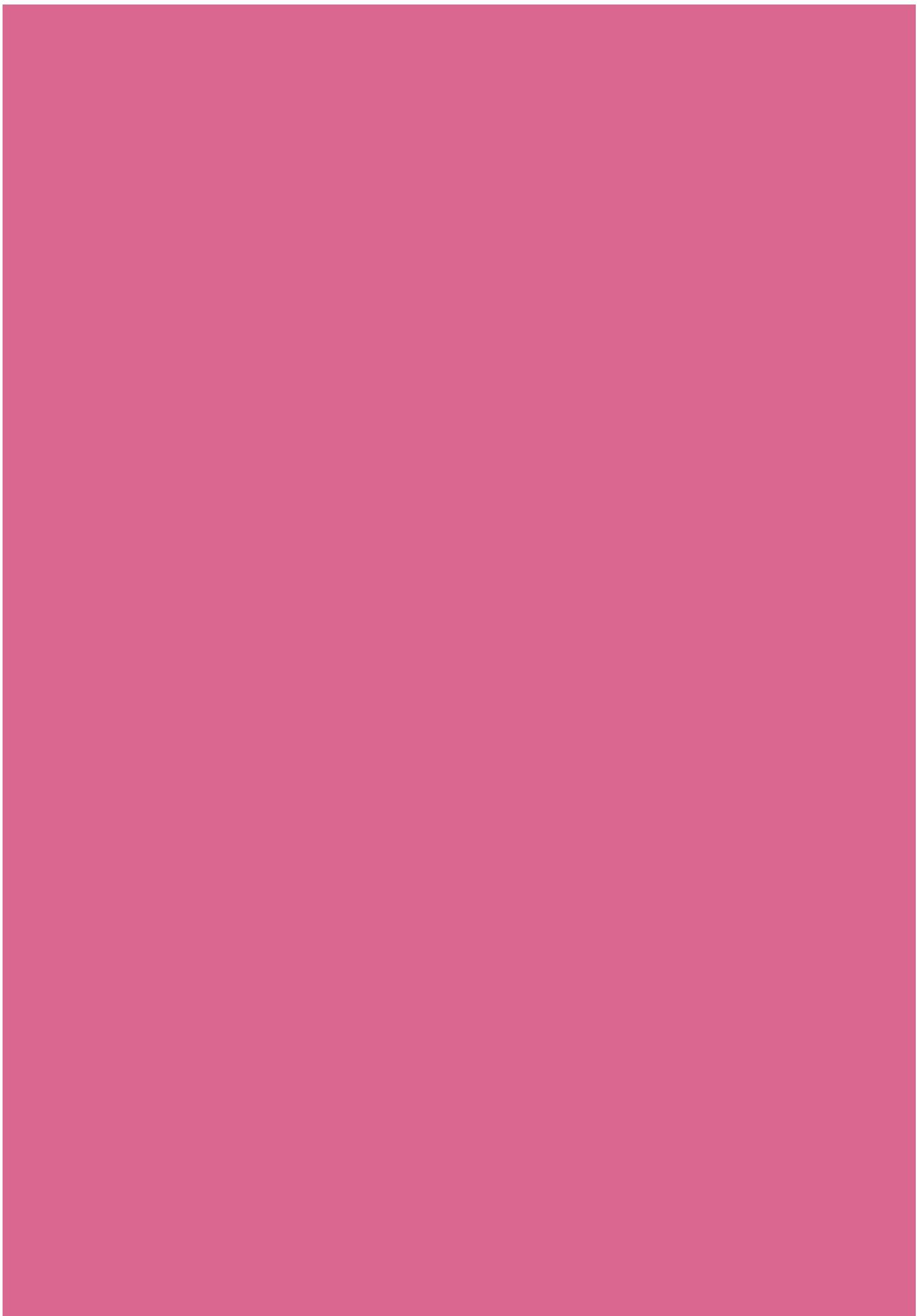
No obstante, durante la lactancia, y aunque la mujer esté en amenorrea, no existe seguridad de no quedarse embarazada. Por ello, si se tienen relaciones sexuales con penetración y no se desea un embarazo, hay que plantearse la necesidad de utilizar algún método anticonceptivo.

Preservativo: método de elección, que puede utilizarse con espermicidas locales, cremas, etc. que pueden además facilitar la penetración al inicio.

Anticonceptivos orales con gestágenos: no se deben usar los combinados estrógeno-progestágenos, porque disminuyen la producción láctea y alteran la composición de la leche. Actualmente, el anticonceptivo de elección es el Desogestrel VO (gestágenos exclusivamente). En caso de dificultades para la ingesta oral diaria, una alternativa pueden ser los preparados inyectables cada tres meses.

Dispositivos intrauterinos: Se desaconseja su utilización antes de las 6-8 semanas del puerperio o antes de la primera menstruación.

Aspectos relacionados
con el bebé



C.1. Control del estado de salud del bebé

Después del parto, tanto la madre como el bebé están alertas durante 1-2 horas, para luego tornarse somnolientos. En el hospital, los bebés a término muestran, en ocasiones, poco interés por alimentarse en las siguientes 24-48 horas, pero suelen tener depósitos adecuados de energía. Los de 37 semanas de edad gestacional o menos deben ser controlados más estrechamente para detectar una posible hipoglucemia.

Cuando el bebé comienza a estar más despierto, las tomas tienden a ser muy frecuentes (entre 8-12 tomas en 24 horas). **Pocos bebés se alimentan en períodos regulares.** Los neonatos se alimentan mucho mejor cuando se respetan sus propios ritmos de sueño-vigilia que cuando se les intenta despertar. Sólo es necesario que sean despertados durante las primeras semanas de vida si maman menos de 8 veces por día y sólo hasta que recuperen su peso al nacimiento.

En esta etapa es fundamental, además, un buen agarre al pecho, lo que previene la mayoría de los problemas, como dolor de pezón, bebé insatisfecho, ingurgitación mamaria (**B.3.**), escasa producción de leche e hiperbilirrubinemia. Amamantar es placentero. Si hay dolor es signo de que la postura debe ser corregida (**A.3.**).

Es en esta fase de inicio cuando se presentan las mayores dificultades y cuando es más frecuente la administración de suplementos que disminuyen el interés del lactante por el pecho, con la consiguiente reducción de la extracción y producción de leche (**B.2.**). **El lactante a término sano no necesita más que pecho.** No es necesaria la suplementación con sueros, agua, zumos etc.

Indicadores de buena evolución de la lactancia durante la primera semana

Lactante	Madre
Examen físico: <ul style="list-style-type: none"> • Alerta • Hidratado con lengua húmeda • Busca el pezón ansiosamente • Succión vigorosa y coordinada • Ictericia de leve a moderada 	Examen de las mamas: <ul style="list-style-type: none"> • No se observan escaras/grietas en los pezones • Ausencia de congestión o eritema • Pueden presentar dolor leve a la palpación por estar llenas
Peso: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida inferior al 8-10% del peso al nacimiento • Aumento de 15-30 g/día (después de la subida de la leche) 	Temperatura: normal
Tomas: Un mínimo de 8 por día	Tomas: No causan molestias
Deposiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Al menos 3-4 por día • Blandas y amarillentas el día 3º 	Subida de la leche: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las 72 horas después del parto las mamas se sienten llenas y calientes; pueden perder algunas gotas de leche • Evidente por la deglución del lactante; ablandamiento de las mamas después de dar de mamar
Orina: al menos 4-6 veces por día después del tercer día	
Comportamiento: Alternancia de períodos de hambre/vigilia y satisfacción/somnolencia	
Observación de las tomas: <ul style="list-style-type: none"> • Está despierto • Busca el pezón ansiosamente • Se prende a éste con facilidad • Rápida disposición a mamar • Succión rítmica y deglución audible 	Observación de las tomas: <ul style="list-style-type: none"> • Maneja al bebé con confianza • Lo coloca adecuadamente • Parece estar relajada mientras lo alimenta

Algunos apuntes sobre el peso

El bebé recupera su peso al nacer antes de los 10 días de vida, indicando que las pérdidas fisiológicas postnatales se han podido recuperar. Inicialmente, el bebé amamantado crece deprisa (15-30 g/día), ganando más peso que el alimentado con biberón. Este ritmo se reduce hacia los 4 meses y acaba cayendo por debajo del alimentado con biberón entre los 6 y 12 meses.

Habitualmente, al aplicar las gráficas del bebé alimentado con biberón o lactancia mixta a los bebés criados al pecho, esta disminución en el ritmo de ganancia de peso se interpreta como “un crecimiento estacionado” cuando en realidad se corresponde con el ritmo de crecimiento normal del lactante alimentado al pecho.

A la hora de controlar el peso del bebé, hay que tener en cuenta la influencia de los siguientes factores:

- el momento del día
- la alimentación reciente
- la deposición o micción antes de ser pesado

Para controlar estos factores, es mejor pesar siempre al bebé desnudo, antes de la toma y a la misma hora del día. La ganancia de peso es sólo uno de los indicios de que el bebé está sano y medra bien con la leche de su madre. Un exceso de preocupación por la ganancia de peso por parte de los profesionales puede tener una consecuencia negativa en la confianza y en la habilidad de lactar de la madre que puede interferir en la producción de leche.

... y sobre las deposiciones

La primera deposición del recién nacido indica que el tubo digestivo no está ocluido, y se produce dentro de las primeras 24 horas. Desde esta primera deposición hasta la subida de la leche el tercer día se producen deposiciones de transición. A partir de entonces, y mientras la leche materna sea la única alimentación, las deposiciones serán sueltas y amarillentas.

Un bebé a término que en el 4º o 5º día todavía expulse meconio o tenga deposiciones de transición, puede estar tomando menos leche de la que necesita y perdiendo peso, generalmente como consecuencia de una técnica incorrecta o de una restricción de tomas (**A.3., A.4.**).

Es importante saber que los bebés amamantados no defecan necesariamente a intervalos regulares y al inicio es habitual que realice hasta una deposición por toma. Posteriormente este ritmo va a disminuir pudiendo no defecar incluso durante 5 a 7 días. Mientras el bebé esté bien, no hay motivo de preocupación, no es necesario hacer nada y él no está estreñido (como se sugiere habitualmente).

C.2. El bebé prematuro

La nutrición de los prematuros es una pieza fundamental de su cuidado. La meta es que crezcan de la forma más parecida al crecimiento normal intraútero, sin presentar complicaciones, y que consigan un desarrollo físico y neurológico óptimo a largo plazo. La leche materna es más beneficiosa para el bebé que la leche artificial en el inicio de una alimentación enteral precoz (**A.1.1**):

- **Mejor tolerancia:** presenta una composición equilibrada con perfiles fisiológicos de azúcares, lípidos y aminoácidos que favorecen la digestión y absorción de los mismos. Los lípidos y aminoácidos son esenciales para el prematuro. Además, contiene enzimas activas que aceleran la maduración y mejoran la actividad enzimática del intestino.
- **Poder trófico:** contiene factores que inducen la maduración del epitelio intestinal.
- **Poder defensivo:** contiene sustancias y células fundamentales para mejorar la inmunidad del neonato inmaduro. Previene la enterocolitis necrotizante.
- **Poder neurológico:** Los nutrientes que contiene son los óptimos para la maduración y finalización del desarrollo del cerebro inmaduro.
- **Poder psicológico:** La madre de un prematuro que expresa su deseo de amamantar, se siente mejor si le explicamos que su leche es fundamental para el crecimiento de su bebé.

Debe hacerse hincapié en la necesidad de utilizar leche propia de la madre para la alimentación del prematuro, ya que la leche de donante (casi siempre de lactantes mayores) puede presentar ciertas insuficiencias para el prematuro. Sin embargo, algunas veces no tenemos suficiente leche materna propia, por lo que hay que acudir al banco o a una leche artificial.

Si el lactante pesa más de 1500 g no es necesario suplementar la leche materna, pero si pesa menos es conveniente modificar algunos nutrientes (Ca/P, proteínas, micronutrientes, vitaminas,...). La mejor forma para hacerlo es añadir nutrientes específicos obtenidos de la propia leche materna (lactoingeniería). Sin embargo, esto todavía está siendo investigado. Actualmente se recomienda suplementar la leche materna en grandes prematuros con preparados “suplementarios” o “enriquecedores” comercializados. Son preparados que se añaden a la leche pero que no la sustituyen. Pueden ser en forma de polvo o en forma de líquido.

La producción de leche por parte de la madre que no está dando el pecho directamente (en grandes prematuros y en bebés en UCI neonatal) supone un desafío para los recursos de las unidades neonatales. La pro-

ducción de leche es, con frecuencia, insuficiente en estas madres y, con el paso de los días, se hace cada vez menor. Por ello se recomiendan extracciones frecuentes de leche, para conseguir los volúmenes necesarios (**A.5., A.6.**). Esto requiere un importante esfuerzo por parte de la madre que debe ser apoyado y estimulado por el personal sanitario.

Hace ya unos años, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá se inició una técnica denominada “método canguro” para la alimentación de bebés prematuros que todavía no podían succionar del pecho materno directamente. Se trata de dejar al bebé, piel con piel, en el pecho de su madre o de su padre, mientras recibe por sonda nasogástrica la leche materna. Los resultados de esta técnica, incluso en grandes prematuros, son muy satisfactorios en relación con la evolución y desarrollo del bebé.

El bebé con bajo peso al nacer y el bebé postmaduro

Los neonatos de bajo peso para su edad gestacional y los neonatos postmaduros son propensos a alteraciones sanguíneas como la hipocalcemia y la hipoglucemias. La administración precoz de leche materna, controlando evitar pérdidas de calor, suele ser suficiente para evitar estas complicaciones. Es obligado controlar la glucemia para mantenerla en límites adecuados. Si es necesario, se puede utilizar un biberón de suero glucosado o incluso una infusión intravenosa de glucosa. Según sea su tamaño, y también su edad gestacional, pueden tener o no problemas de succión y deglución.

C.3. El bebé con sufrimiento fetal e hipoxia

Los bebés que han tenido problemas en el útero o durante el parto por insuficiencia placentaria, accidentes en el cordón u otras causas de hipoxia uterina, presentan un Apgar bajo al nacer y necesitan un tratamiento especial.

Muchas veces, el bebé que ha presentado asfixia al nacimiento no puede comer en 48-72 ó más horas. Los aportes iniciales suelen ser obligadamente intravenosos. Pero si la madre quiere darle el pecho, su calostro es muy valioso para el bebé y es mejor tolerado por su tracto digestivo, que probablemente ha sufrido daño por la hipoxia.

Estos bebés suelen succionar mal y no coordinan la deglución, por lo que les cuesta mamar. Algunas veces, por su hipotonía, la madre tiene que aprender a sujetar al bebé, su mentón y su pecho (**A.3.**).

Además, son especialmente propensos a “la confusión del pezón”, así que en ellos **es fundamental no usar el biberón**. Muchas veces maman mal por sus problemas neurológicos, pero lo harían peor si tomasen el biberón. En algunos casos puede ser mejor la succión de pecho “vacío” mientras toma por sonda (**A.3.**). El método canguro, señalado en el apartado de los prematuros, parece tener excelentes rendimientos en estos niños (**C.2.**).

Algunas veces conviene ayudar a la madre, enseñándole algunas posturas (**A.3.**). Otra idea, puede ser la de sujetar al bebé con una pañoleta o mochila, para tener las manos libres y poder sujetar el pecho y el mentón del bebé. En las primeras tomas de alimentación enteral, puede ser necesario que la madre se saque la leche y se le administre al bebé por sonda u otro sistema.

C.4. El bebé con problemas médicos

Si un bebé continúa siendo amamantado cuando está enfermo:

- Obtiene mejores nutrientes
- Pierde menos peso
- Se recupera más rápidamente
- Recibe alivio al mamar
- La producción de leche materna continúa
- Es más factible que el bebé continúe mamando cuando mejore

Problemas gastrointestinales

Sólo algunas intolerancias, muy poco frecuentes, deben hacer suspender la lactancia. En raras ocasiones, por otra parte, se debe disminuir la ingesta materna de leche de vaca por posible intolerancia a proteínas de esa leche transmitidas a través de la leche materna.

– **Diarrea** y otros problemas gastrointestinales: son mucho menos frecuentes en bebés que maman. La lactancia no debe interrumpirse ya que es muy beneficiosa para el bebé.

– **Reflujo gastroesofágico:** menos frecuente e intenso en bebés que lactan.

– **Gastroenteritis aguda por rotavirus:** la lactancia la previene y, sobre todo, es su mejor tratamiento: los bebés se recuperan más rápidamente y el curso de la enfermedad es más leve. Además puede proteger contra ciertas parasitosis intestinales, como la producida por Giardia lamblia.

– **Intolerancia a la lactosa:** el déficit congénito de lactasa es extremadamente raro e, incluso en estos casos, el tratamiento con lactasa de la leche materna puede ser una solución. La intolerancia secundaria a la lactosa tras una diarrea aguda es rara en bebés con lactancia natural y los que la sufren toleran mejor la leche materna que la artificial.

– **Enfermedad celiaca:** lactar protege de su aparición y, si ésta apareciera, lo hace más tarde. La leche materna podría llevar mínimas cantidades de gliadina que indujeran una respuesta inmune específica apropiada. Por este motivo, la lactancia está indicada de forma muy importante en familias con alto riesgo de esta enfermedad.

Problemas respiratorios

Los lactantes con enfermedad respiratoria deben seguir con el pecho por varios motivos: la leche materna proporciona sustancias defensivas que pueden ayudar a mejorar el cuadro; mamar es más fácil y menos fatigoso que tomar el biberón, y proporciona consuelo y confort al lactante enfermo; las tomas breves y frecuentes mantienen una buena hidratación. Si fuera necesario, se debe facilitar el ingreso conjunto de madre y bebé.

- **Otitis media aguda:** es menos frecuente en lactantes que maman.
- **Virus sincitial respiratorio:** la lactancia es protectora, ya que el calostro es rico en IgA; parte de la misma es específica frente al virus.

Problemas metabólicos

- **Galactosemia:** déficit de galactosa-1-fosfato uridiltransferasa que provoca incapacidad del lactante para metabolizar la galactosa. **Es necesario el destete** ya que la leche materna contiene grandes cantidades de lactosa que se desdobra en glucosa y galactosa.
- **Fenilcetonuria:** déficit enzimático que provoca acúmulo de fenilalanina. El tratamiento es el uso de una leche especial sin fenilalanina. No obstante, como este aminoácido es esencial para el neonato, es necesario el aporte de algo de fenilalanina. Dicho aporte puede ser de leche materna (contiene menos fenilalanina que las leches adaptadas), una vez controlados los niveles elevados iniciales del aminoácido en sangre. La fenilcetonuria facilita la candidiasis (**B.3.**), que puede aparecer en la boca del bebé y en la mama de la madre.
- Otras enfermedades metabólicas menos frecuentes necesitan de la valoración individual de cada caso.

Otras enfermedades

- **Fibrosis quística:** el primer síntoma puede ser el retraso ponderal, que en algunas ocasiones desencadena el destete. Pero el lactante toma aún peor el biberón y conviene, si es posible, reiniciar la lactancia. La leche materna puede ser un alimento óptimo para estos bebés si se suplementa con los enzimas necesarios.
- **Déficit de alfa-1-antitripsina:** lactar mejora el pronóstico de la hepatopatía de esta enfermedad en los casos severos.
- **Acrodermatitis enteropática:** Es una enfermedad rara, en la que la leche materna puede salvar la vida del bebé, pues aunque ésta tiene menos zinc que la de vaca, su papel en esta enfermedad está relacionado con el transporte de dicho micronutriente por las prostaglandinas. Por ello, el mantenimiento de la lactancia, su inicio tardío o la relactación (**A.7.**), según sea la situación, son de gran importancia.
- **Hipotiroidismo neonatal:** Es recomendable dar de mamar, ya que contribuirá a mejorar el desarrollo psicológico del bebé.
- **Cardiopatía congénita:** puede alimentarse al pecho. El trabajo requerido para mamar es menor que el necesario para tomar el biberón.
- La lactancia natural parece proteger frente al **Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.**

C.5. El bebé con problemas quirúrgicos

Anomalías en la cara

Las anomalías de la mandíbula, la nariz y la boca pueden dificultar enormemente la alimentación, tanto materna como artificial:

– **Retrognatia:** problema menor que puede solucionarse con la sujeción de la mandíbula hacia delante (**A.3.**).

– **Labio leporino:** cerrar el defecto con un dedo para que no pase el aire durante la succión. El mismo pecho puede sellar el defecto (**A.3.**). Si falla lo anterior, puede intentarse una pezonera especial asociada a una tetina para lactantes con este defecto. En caso de succión no efectiva, la madre puede sacarse la leche y dársela al bebé por otro procedimiento.

– **Paladar hendido:** el éxito de la lactancia en estos casos depende del tipo de defecto y de las posibles lesiones asociadas. Para que el bebé mame, la nariz debe estar separada de la boca, de forma que la ausencia de paladar puede impedir la succión. Si el defecto del paladar es óseo, el problema puede ser importante. Conviene individualizar cada caso y ayudar a la madre.

Defectos mayores del tracto digestivo

La **fistula traqueo-esofágica**, **atresia esofágica**, o la **atresia duodenal** son emergencias quirúrgicas que requieren que la madre que desea dar el pecho se saque inicialmente la leche y la congele, para posteriormente reiniciar la lactancia (**A.5.**, **A.6.**), que puede ser muy beneficiosa.

– **Estenosis hipertrófica de píloro:** puede solucionarse quirúrgicamente y, en pocas horas, el bebé podrá volver a mamar.

– **Enterocolitis necrotizante:** menos frecuente en bebés con lactancia que, además, puede ser muy beneficiosa en estos bebés.

C.6. Síndrome de Down y otras cromosomopatías

Los bebés con síndrome de Down u otras cromosomopatías pueden ser muy difíciles de alimentar y requieren una gran dosis de paciencia y tranquilidad por parte de sus madres y padres. Al principio, algunos pueden tener un tono muscular sorprendentemente bueno e, incluso, mamar perfectamente. En estos casos, los problemas llegan al marchar a casa desde el hospital. Durante los primeros días es fundamental estimular el pecho lo suficiente para obtener una buena respuesta de producción. En estos bebés, la madre debe ser capaz de coordinar bien sus movimientos para sostener, al mismo tiempo, mandíbula, cabeza y cuerpo del bebé (**A.3.**).

Los objetivos iniciales en este caso para la pareja madre-bebé son adquirir confianza en el manejo del bebé, adaptarse a su problema y afrontar el duelo normal de estas situaciones. El nacimiento de un bebé con una cromosomopatía, o con cualquier defecto congénito importante, es un duro golpe para las madres y los padres, incluso para aquellos más fuertes. Dar el pecho ayuda a reforzar el vínculo madre-hijo y a la aceptación del bebé. Si la madre desea dar el pecho se le debe ofrecer todo el estímulo y apoyo que necesite.

La lactancia en estos casos es esencial para la prevención de infecciones (a las que son propensos) y para aumentar el estímulo psicomotor. El contacto y la comunicación madre-lactante durante las tomas al pecho son especialmente importantes. Si el bebé padece, además, una cardiopatía, tomar el pecho ayuda a succionar, deglutir y respirar mejor durante las tomas.

C.7. El bebé con ictericia

La ictericia es el color amarillo de la piel y de los ojos debido a la presencia en la sangre de bilirrubina. El feto necesita muchos glóbulos rojos para poderse oxigenar bien. Al nacer, este exceso de glóbulos rojos se destruye, dando lugar a la bilirrubina, la cual se conjuga en el hígado y se excreta con la bilis. En el intestino se desconjuga, lo que la hace liposoluble y permite su reabsorción. Por ello, cuanto más tiempo permanezca en el intestino, más es la cantidad reabsorbida. En cambio, cuantas más deposiciones hace un recién nacido, más bilirrubina elimina.

Aproximadamente, la mitad de los recién nacidos se ponen amarillos alrededor del 3^{er} día de vida, declinando desde el 5^o hasta desaparecer alrededor de los 10-12 días de vida. Se denomina **ictericia fisiológica**. La duración y la severidad varía según la raza, el tipo de alimentación y la edad gestacional.

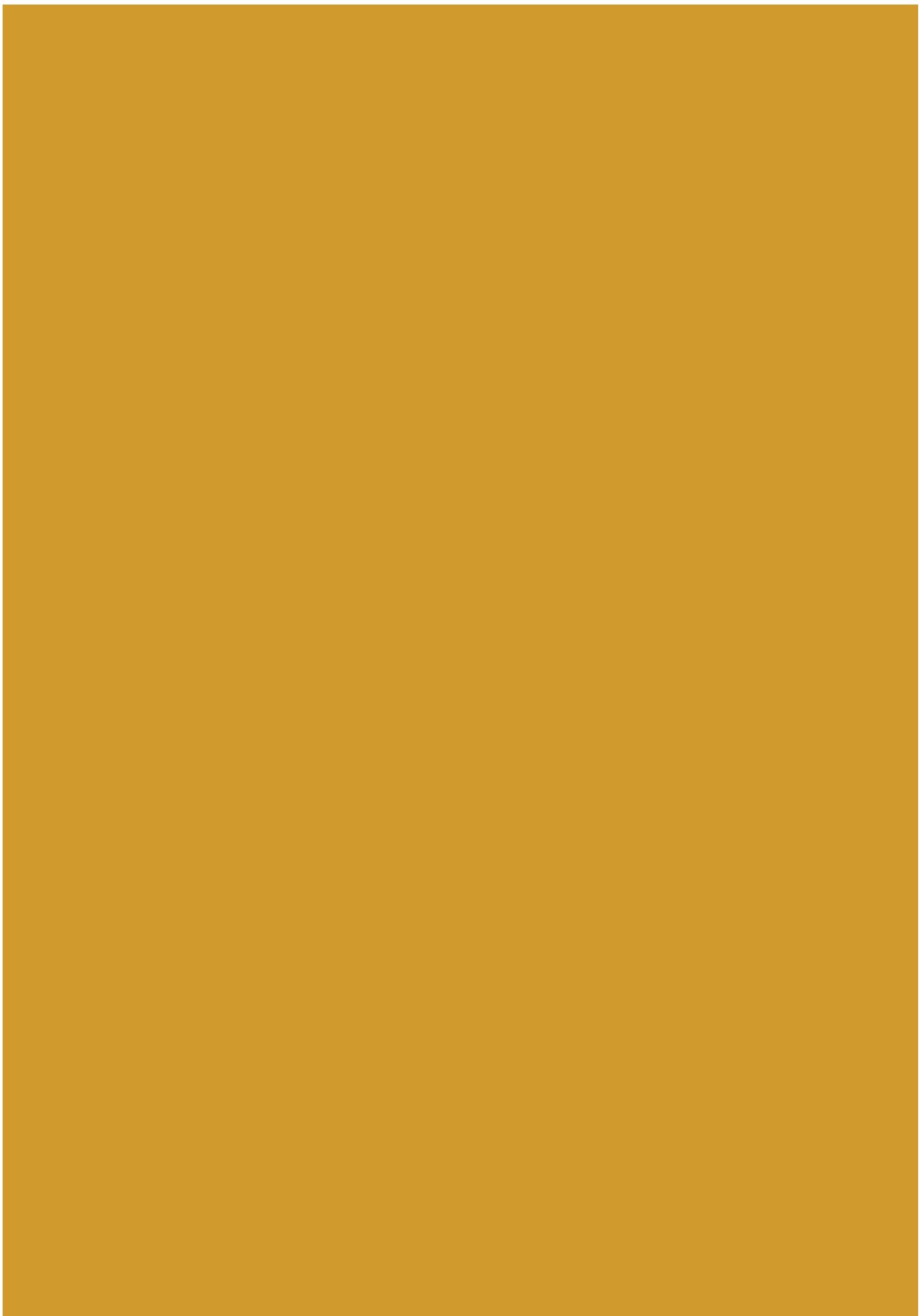
La ictericia en relación con la lactancia

Los bebés que lactan suelen hacer una deposición por toma, siendo las **tomas frecuentes** (8-10 en 24 horas) la mejor manera de prevenir la ictericia.

En todo caso, puede aparecer una **ictericia precoz**, en los primeros días de vida, que suele deberse a baja ingesta láctea producida por postura incorrecta, suplementos, etc., que hacen que el intestino se mueva poco y no se elimine la bilirrubina. Un amamantamiento correcto proporciona una adecuada ingesta de leche con aumento de deposiciones y eliminación de bilirrubina.

La **ictericia tardía**, tiene su inicio tras una semana, es prolongada (puede llegar al tercer mes de vida) y benigna. Se cree que la leche materna contiene sustancias que disminuyen la conjugación hepática y aumentan la reabsorción intestinal de la bilirrubina. Es un cuadro mucho más frecuente de lo que se pensaba: un tercio de los bebés que toman el pecho están ictéricos a las dos y tres semanas de vida y otro tercio presentan hiperbilirrubinemia subclínica, siendo considerado fisiológico. Es muy raro que alcance cifras que requieran tratamiento, no siendo necesario interrumpir la lactancia.

Bibliografía



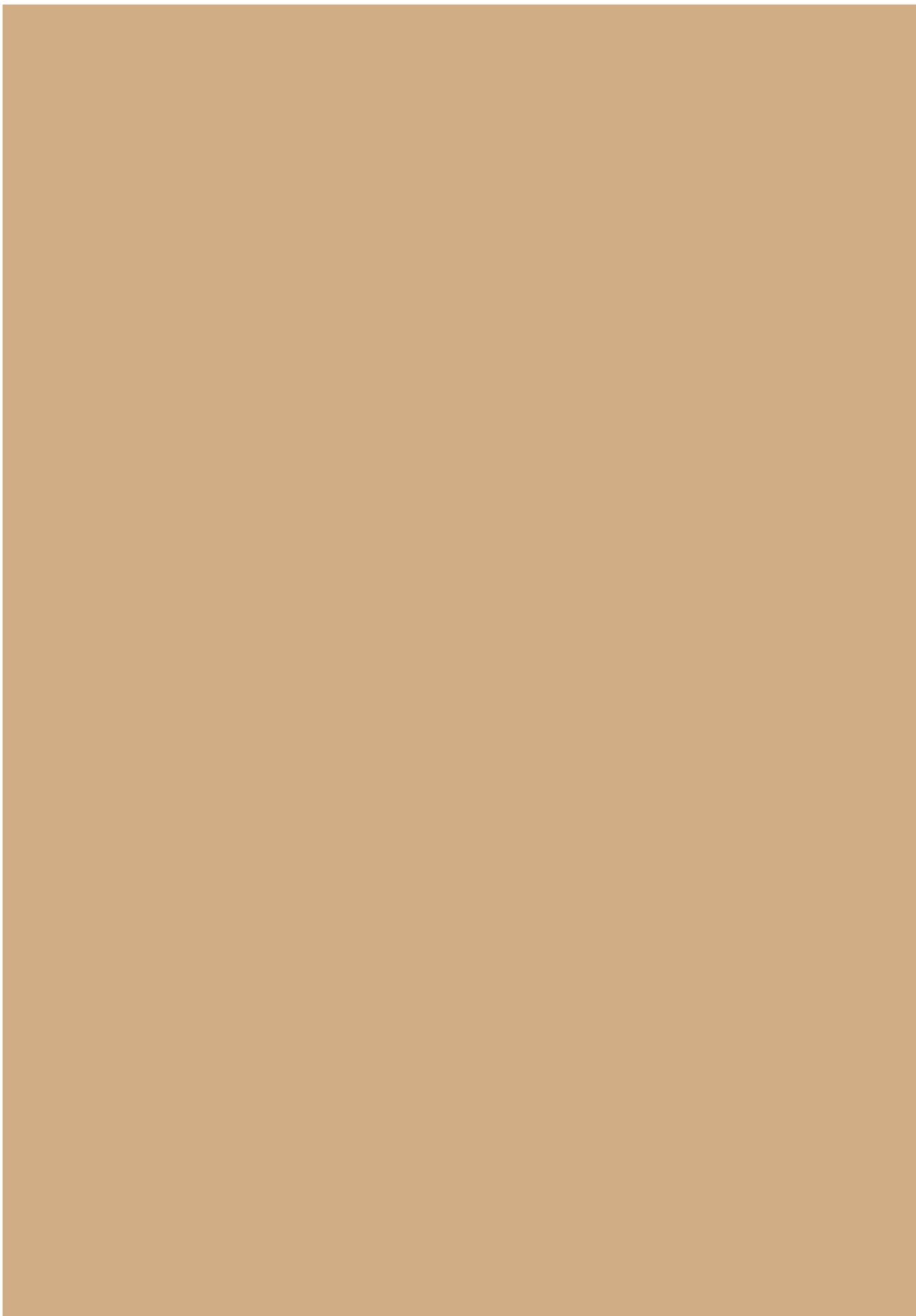
1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, *Committee on Drugs The Transfer of drugs and other chemicals into human milk*. Pediatrics 2001; 108:776-89.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, *Committee on Infectious Diseases*. Red Book 2000: Report of the Committee on Infectious Diseases 25^a (ed. Esp). Barcelona: Medical Trends SL; 2001
3. ALM B, WENNERGREN AB, NORVENIUS SG, SKAERVEN R, LAGERCRANTZ H, HELWEG- LARSEN K ET AL. *Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992- 95*. Arch Dis Child 2002; 86: 400-2.
4. ANDERSON J, JOHNSTONE B, REMLEY D. *Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis*. Am J Clin Nutr 1999; 70: 525-35.
5. AUERBACH KG, GARTNER LM. *Breastfeeding and human milk: Their association with jaundice in the neonate*. Clin Perinatol 1987;14:89-107.
6. AVOA A, FISCHER PR. *The influence of perinatal instruction about breastfeeding on neonatal weight loss*. Pediatrics 1990; 86: 313-315.
7. BAR-OZ B, NULMAN I, KOREN G, ITO S. *Anticonvulsants and breast-feeding: a critical review*. Paediatr Drugs 2000; 2: 113-26.
8. BARROS FC, VICTORA CG, SEMER TC, FILHO ST, TOMASI E, WEIDERPASS E. *El uso de los chupetes se asocia con un acortamiento de la duración de la lactancia materna*. Pediatrics (ed. Esp.) 1995; 39: 222-4.
9. BIRNBAUM CS, COHEN LS, BAILEY JW, GRUSH LR, ROBERTSON LM, STOWE ZN. *Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing infants: A case series*. Pediatrics 1999; 104: e11. Disponible en URL: <http://intl.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/e11>.
10. BURT VK, SURI R, ALTSCHULER L, STOWE Z, HENDRICK VC, MUNTEAN E. *Use of Psychotropic medications during breast-feeding*. Am J Psychiatry 2001; 158:1001-9.
11. CHRISTENSSON K, SILES C, MORENO L, BELAUSTEGUI A, DE LA FUENTE P, LAGERCRANTZ H, ET AL. *Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot*. Acta Paediatr 1992; 81: 488-93.
12. DE CARVALHO M, ROBERTSON S, FRIEDMAN A, KLAUS M. *Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain*. Pediatrics 1983; 72: 307-11.
13. DE SCHUITENEER. *Medicaments et allaitement*. Rev Med Brux 2001; 4: A 267-72.
14. DENNIS CL. *Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002; 31: 12-32.
15. DODD S, BUIST A, NORMAN TR. *Antidepressants and breast-feeding: a review of the literature*. Paediatr Drugs 2000; 2: 183-92.
16. EPPERSON N, CZARKOWSKI KA, WARD-O'BRIEN D, WEIS E, GUEORGUIEVA R, JATLOW P ET AL. *Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infants pairs*. Am J Psychiatry 2001; 158: 1631-7.

17. EURO-SCIP. *Consejos para promover el no fumar durante el Embarazo y el Postparto-Directrices y Recomendaciones-*. Septiembre, 2000. Disponible en URL: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/>.
18. FERNÁNDEZ-CID A., DEXEUS S., MALLAFRÉ J. *Cáncer de mama en el embarazo y puerperio*. En: Fernández-Cid A editor. Mastología 2^a ed. Barcelona: Masson SA.; 2000. p.: 711-723.
19. GARTNER LM. *On the question of the relationship between breastfeeding and jaundice in the first 5 days of life*. Sem Perinatol 1994; 18:502-9
20. GARTNER LM. *Ictericia neonatal*. Pediatr Rev (ed. Esp) 1995; 16:22-31.
21. GARDINER S, BEGG E. *Drug Safety in Lactation*. Prescriber Update 2001 May No.21:10-23. [online]. Disponible en URL: <http://www.medsafe.govt.nz/Profs/PUarticles/lactation.htm#Tabulated>.
22. GONZÁLEZ CJ. *Síndrome de la posición inadecuada al mamar*. An Esp Pediatr 1996; 45:527-9.
23. HENDRICK V, FUCUCHI A, ALTSCHULER L, WIDAWSKI M, WERTHEIMER A, BRUNHUBER MV. *Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women*. Br J Psychiatry 2001; 179:163-6.
24. HUNZIKER UA, BARR RG. *Increased carrying reduces infant crying: a randomised controlled trial*. Pediatrics 1986; 77: 641-8.
25. Ito S, LIEU M, CHAN W, KOREN G. *Continuing drug therapy while breastfeeding*. Part 1. Common misconceptions of patients. Can Fam Physician 1999; 45: 897-9. Disponible en URL: <http://www.motherisk.org/updates/apr99.php3>.
26. Ito S. *Drug therapy for breast-feeding women*. N Engl J Med 2000; 343:118-26.
27. KENNEDY FI, KRISTENSEN JH, WOJNAR-HORTON RE, BEGG EJ. *Drug distribution in human milk*. Australian Prescriber 1997; 20: 35-40.
28. KOREN G, MORETTI M, Ito S. *Continuing drug therapy while breastfeeding*. Part 2. Common misconceptions of physicians. Can Fam Physician 1999;45:1173-5. Disponible en URL: <http://www.motherisk.org/updates/may99.php3>.
29. LAWRENCE RA. *La lactancia materna. Una guía para la profesión médica*. 4^a ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
30. LEQUIN P, CARPENTIER C. *Cosleeping et mort subite du nourrisson*. Arch Pédiatr 2000; 7:680-3.
31. LINDGREN C, THOMPSON JMC, HÄGGBLOM, MILERAND J. *Sleeping position, breastfeeding, bedsharing and passive smoking in 3-month-old Swedish infants*. Acta Paediatr 1998; 87:1028-32.
32. MAKEMUCA JJ. *Compartir la cama favorece la lactancia materna*. Pediatrics (ed. Esp.) 1997; 44:129-35.

33. McKENNA JJ, MOSKO SS, RICHARD CA. *Bedsharing promotes breastfeeding*. Pediatrics 1997; 100: 214-9.
34. MATESANZ JL, FERNÁNDEZ JM, SOLÍS G. *ABC del primer mes de vida. Una guía para padres*. Gijón: Hospital de Cabueñes; 1997.
35. MOMOTANI N, YAMASHITA R, MAKINO F, NOH JY, ISHIKAWA N, ITO K, ET AL. *Thyroid function in wholly breast-feeding infants whose mothers take high doses of propylthiouracil*. Clin Endocrinol 2000; 53: 177-81.
36. MORETTI ME, LEE A, ITO S. *Which drugs are contraindicated during breastfeeding? Practice guidelines*. Can Fam Physician 2000; 46:1753-7. Disponible en URL: <http://www.motherisk.org/updates/sep0099.php3>.
37. NICE FJ, SNYDER JL, KOTANSKY BC. *Breastfeeding and over-the-counter medications*. J Hum Lact 2000; 16:319-31.
38. NICOLL A, GINSBURG R, TRIPP JH. *Supplementary feeding and jaundice in newborns*. Acta Paediatr Scand 1982; 71: 759-61.
39. NYLANDER G. *El pecho no tiene horario* [video]. Barcelona: ACPAM; 1995.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mastitis*. Geneva, WHO 2000.(document WHO/FCH/CAH/00.13; World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
41. OMS. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. A joint WHO/UNICEF statement. Ginebra: OMS, 1989.
42. OMS. *Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica*. Ginebra: OMS; 1998.
43. OPS/OMS. *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra: OMS; 1998.
44. POWERS NG, SHUSSER W. *Lactancia, actualización 1: Inmunología, nutrición y alegato*. Pediatr Rev (ed. Esp) 1997; 18:243-50.
45. POWERS NG, SHUSSER W. *Lactancia, actualización 2: Aspectos clínicos*. Pediatr Rev (ed. Esp.) 1997; 18:295-312.
46. RIGHARD L, ALADE MO. *Effect of delivery room routines on success of first breast-feed*. Lancet 1990; 336: 1105-7.
47. ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Lactancia materna: Manual para profesionales*. 2^a ed. Barcelona: ACPAM; 1994.
48. SEGO: Lactancia Natural, en *Documentos de Consejo SEGO 2000*. Editorial Meditex y Grupo Saned, nov 2000.
49. SIKORSKI J, RENFREW MJ, PINDORIA S, WADE A. *Support for breast-feeding mothers* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issues 3, 2002. Oxford: Update Software.
50. SPENCER JP, GONZALEZ II LS, BARNHART DJ. *Medications in the breast-feeding mother*. Am Fam Physician 2001; 64: 119-26.

51. SPEROFF L., GLASS RH, KASE NG (ed.). *Endocrinología Ginecológica e Infertilidad*. 1^a ed. Madrid, Wavery Hispánica S.A./ S.L. 2000; p.: 595-641.
52. STOWE ZN, COHEN LS, HOSTETTER A, RITCHIE JC, OWENS MJ, Nemeroff CB *Paroxetine in human breast milk and nursing infants*. Am J Psychiatry 2000; 157:185-9.
53. Task Force on Infant Positioning and SIDS. *Does bed sharing affect the risk of SIDS?*. Pediatrics 1997; 100: 272.
54. TEJERIZO LÓPEZ LC, DE MIGUEL SESMERO JR, PÉREZ ESCANILLA JA, CORREDERA MORO F. Implicaciones de las enfermedades maternas en la lactancia natural. En: FABRE GONZÁLEZ E.(editor). *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos*. Zaragoza INO reproducciones SA, 1999; p.: 831-869.
55. UK DRUGS IN LACTATION ADVISORY SERVICE. *Drugs in breast milk-Quick reference guide* [online] [1/4/2002]. Disponible en URL: <http://www.ukmicentral.nhs.uk/drugpreg/guide.htm>
56. US NUCLEAR REGULATORY COMMISSION. Recommended duration of cessation of breast-feeding following the use of radioisotopes. En: Hale TW. *Breastfeeding pharmacology* [online] Disponible en URL: <http://neonatal.ttuhs.edu/lact/index.html> (accedido 1 abril 2002).
57. VICTORA CG, BEHAGUE DP, BARROS FC, OLINTO MT, WEIDERPASS E. *Uso del chupete y duración breve de la lactancia materna: ¿causa, consecuencia o coincidencia?*. Pediatrics (ed. Esp.) 1997; 43: 183-92.
58. WISNER KL, FINDLING RL, PEREL JM. *Antidepressants and breast-feeding women (letter)*. Am J Psychiatry 1997; 154:1175.
59. YAMAUCHI Y, YAMANOUCHI H. *Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates*. Pediatrics 1990;86:171-5.

Direcciones de interés



Lugares y direcciones de interés

Los conocimientos y técnicas acerca de la lactancia materna también están disponibles en la comunidad. Los grupos de apoyo a la lactancia están constituidos por madres con experiencia que 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. Antes, en la sociedad tradicional, las familias eran grandes y existía culturalmente protección a la lactancia materna. Las otras mujeres de la familia ayudaban a la nueva madre en el aprendizaje del amamantamiento, de forma que la lactancia se prolongaba habitualmente más allá del primer año de vida. Actualmente, en nuestra sociedad, las madres carecen, en general, de dicho apoyo, la mayoría nunca han visto amamantar y no tienen familiares cercanos que puedan ayudarlas. Por ello, el apoyo de igual a igual de otras madres puede ser muy útil para superar las dificultades con la lactancia.

Direcciones de información y apoyo:

Asociación Amamantar

Funciona en **Asturias** desde 1998 y está integrada por madres con experiencia en lactancia. Realiza reuniones semanales en Oviedo, Gijón y Avilés dirigidas a grupos de madres y abiertas a todas las personas interesadas en lactancia. Así mismo, atiende consultas telefónicas sobre dudas en lactancia.

Teléfonos de contacto: 985 591384, 578499, 171756, 506011 y 426907

La Liga de la Leche

Asociación internacional que ofrece apoyo e información en lactancia materna a profesionales y madres. En **Asturias** la persona de contacto es Samantha Varas; teléfono: 985 408046, e-mail: IIImadrid@hotmail.com

La Leche League International

Magnífico sitio en donde se encuentra información muy útil para madres y profesionales. Especialmente práctica la sección de Preguntas Más Frecuentes. Tiene una sección en español: <http://www.lalecheleague.org/>

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría

Sección de consulta para padres y profesionales: <http://www.aeped.es/lactmat/index.htm>

Academy of Breastfeeding Medicine:

<http://www.bfmed.org/>

Red Internacional de Cuidados Madre Canguro
<http://kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm>

World Alliance for Breastfeeding Action (W.A.B.A.)
<http://www.waba.org.br/>

Lactancia Materna. Asociación Andaluza de Matronas
Sencilla y clarita. <http://members.tripod.com/~luistoro/>

Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil- IBFAN Argentina
<http://yabiru.fmed.uba.ar/mspba/ibfarg/>

Proyecto Lacta
Home Page en Español, de Puerto Rico. En Español e Inglés.
<http://www.prlacta.org/HomeSpanish.htm>

Recopilación de links de lactancia de todo tipo
<http://www.promom.org/links.htm>

Consejos sobre Lactancia materna
Página de M^a Jesús, madre y monitora de la “Liga de la Leche Internacional”.
<http://www.terra.es/personal/mariachuss/home.htm>

El Mundo de la Lactancia Materna y la Salud Materno Infantil
<http://www.arrakis.es/~mlaser/>

Anexos



Anexo I. Historia de Lactancia Materna

Nombre madre:
Nombre bebé:
Fecha nacimiento:
Motivo de consulta: Fecha:

Alimentación actual del bebé

Tomas:

Nº: Noche: Si () No ()
Duración (día y noche):
Ambos pechos () Un pecho ()
Uso de chupete: No () Si ()
Suplementos: No () Si () Cual:
Cómo: biberón () Vaso () Cuchara ()
Cuánto: Desde cuando:

Salud y comportamiento del bebé

Peso al nacer: Peso actual:
Gráfica peso:
Prematuro: Si () No (), Gemelaridad: Si () No ()
Nº micciones/día: Nº deposiciones:
Enfermedades: No () Si (), Cuáles:
Conducta al mamar: Vómitos: Si () No (), Apetito: Si () No ()
Sueño:
Bienestar del bebé: Si () No (), Describir:
.....

Embarazo, parto e inicio de lactancia

Control prenatal (información sobre lactancia): Si () No ()
Tipo de parto: Sedación/anestesia: Si () No ()
Inicio de 1^a toma:
Alojamiento conjunto: Si () No ()
Apoyo postnatal en lactancia: Si () No ()
Suplementos y muestras: Si () No ()

Condiciones de la madre

Edad: Enfermedades:

Experiencia en lactancia: Si () No ()

Anticoncepción: No () Si () Cual:

Grado de instrucción: Alto () Medio () Bajo ()

Satisfacción: Si () No ()

Situación familiar y social

Situación laboral:

Situación económica:

Actitud del entorno:

Evaluación de una toma

	Correcta	Incorrecta	Cual
Posición	()	()
Respuestas	()	()
Vínculo afectivo	()	()
Anatomía	()	()
Succión	()	()
Duración	()	()

Evaluación de una toma

Signos de normalidad	Signos de alerta
Posición del cuerpo	
Madre relajada y cómoda	Hombros tensos hacia el bebé
Bebé muy junto y bien encarado	Bebé separado de la madre
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	Cuello del bebé torcido
Bebé bien sujetado	Sujetos solo hombros o cabeza
Respuestas	
El bebé busca el pecho	No se observa búsqueda
El bebé explora el pecho con la lengua	No muestra interés en el pecho
Mama tranquilo y despierto	Está inquieto o llorando
Permanece agarrado al pecho	Se suelta del pecho
Signos de eyeccción (entuertos, chorros)	No hay signos de eyeccción
Vínculo afectivo	
Lo sostiene segura y confiadamente	Sujeción nerviosa y con torpeza
Lo mira cara a cara	No lo mira a los ojos
Mucho contacto con la madre	Lo toca poco
La madre acaricia al bebé	La madre lo sacude
Anatomía	
Pechos blandos tras la toma	Pechos ingurgitados tras la toma
Pezones protráctiles	Pezones planos o invertidos
Piel de aspecto sano	Piel irritada, roja o agrietada
Pechos redondeados mientras mama	Pechos estirados
Succión	
Más areola sobre la boca del bebé	Más areola por debajo de la boca
Labio inferior hacia fuera	Labio inferior hacia dentro
Boca muy abierta	Boca poco abierta, en morrito
Mentón del bebé toca el pecho	Mentón no toca el pecho
Mejillas redondeadas	Mejillas tensas, hacia dentro
Mamadas lentas y profundas, pausas	Mamadas superficiales, rápidas
Se le ve u oye deglutar	Se le oye chasquear
Duración	
Se suelta espontáneamente del pecho	La madre le retira del pecho

Anexo II. Medicamentos

A. Medicamentos o sustancias incompatibles con la lactancia materna o que requieren seguimiento especial

Grupo/Medicamento	Comentario
Antiarritmicos/	
Amiodarona	• <i>Incompatible</i> . IE de hasta 50%. Posible toxicidad tiroidea y pulmonar.
Antiarteríticos/	
Sales de oro	• <i>Evitar</i> por efecto desconocido. Utilizar otras alternativas. Se encontró aurotiomalato en plasma y orina de un lactante expuesto.
Salicilatos	• Dosis altas de salicilatos o ácido acetilsalicílico deberían <i>evitarse</i> o utilizar con <i>precaución</i> por posible acidosis metabólica en el lactante.
Antibióticos/	
Cloranfenicol	• <i>Incompatible</i> . Por posible anemia aplásica no relacionada con la dosis.
Metronidazol	• IE hasta del 20%. <i>Uso controvertido</i> , sin embargo no se han comunicado efectos adversos en lactantes expuestos. <i>Precaución</i> con dosis altas. Si se administra en dosis única puede interrumpirse la lactancia durante 12-24 h.
Anticoagulantes/	
Fenindiona	• <i>Incompatible</i> . No comercializada en España. Utilizar otras alternativas seguras como heparina o warfarina (administrar como profilaxis al neonato vitamina K).
Antineoplásicos/	
Ciclofosfamida	• <i>Incompatible</i> . Por posible citotoxicidad y efecto inmunosupresor.
Cisplatino	• <i>Incompatible</i> . Por potencial citotoxicidad, aunque en un estudio no se encontró en leche.
Doxorrubicina	• <i>Incompatible</i> . Por posible citotoxicidad y efecto inmunosupresor. Se concentra en la leche.
Metotrexato	• <i>Incompatible</i> a las dosis requeridas en quimioterapia del cáncer. Posible citotoxicidad y efecto inmunosupresor.
Antiulcerosos/	
Cimetidina	• <i>Evitar</i> . Se concentra en la leche. Utilizar otras alternativas más seguras (famotidina).
Ergóticos/	• Ergotamina y ergonovina reducen los niveles de prolactina. En cambio parece segura la metilergonovina .

Grupo/Medicamento	Comentario
Inmunosupresores/	
Azatioprina	• Precaución. Riesgo teórico de citotoxicidad, aunque en nueve casos expuestos durante la lactancia no se comunicaron efectos adversos.
Ciclosporina	• Precaución. Posible inmunodepresión y nefrotoxicidad. En caso de querer compatibilizar con lactancia es necesario vigilar niveles plasmáticos.
Psicofármacos/	
Abuso	• Anfetaminas detectadas en orina de lactantes expuestos con riesgo de irritabilidad y trastornos del sueño. La cocaína alcanza concentración importante en la leche. Se ha comunicado toxicidad en varios lactantes. La exposición a marijuana a través de la leche materna puede retrasar el desarrollo motor. Heroína: incompatible. El uso de metadona como tratamiento de adicción está justificado; dosis bajas (20mg/día) no suponen riesgo apreciable. El Alcohol se distribuye en la leche y puede ser ingerido por el lactante (evitar); tras el consumo ocasional (una bebida) deben transcurrir 2-3 horas antes de dar lactancia.
Litio	• Evitar. IE hasta del 80%. Si es posible utilizar alternativas más seguras, de lo contrario es necesario vigilar estrechamente niveles plasmáticos.
Radiofármacos	
	• Incompatible. Una vez que la radiactividad haya sido eliminada totalmente de la madre, ésta puede reanudar la lactancia (antes analizar muestra de leche). El tiempo de interrupción variará dependiendo de la vida media de los distintos radioisótopos. Antes del estudio se puede almacenar la leche refrigerada o congelada.
Yoduros	• Evitar todos los medicamentos que liberen yodo, incluso por vía tópica (povidona yodada). Pueden producir hipotiroidismo.

B. Medicamentos de elección durante la lactancia

Analgésicos y antiinflamatorios

La excreción en la leche materna de Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) es baja. No obstante es recomendable evitar los de vida media larga.

Evitar los analgésicos opioides en lactantes con antecedentes de apnea y las dosis repetidas de los mismos.

Principio activo	Comentario
Acido acetilsalicílico	• <i>No se recomienda</i> su uso por la posible relación con el síndrome de Reye.
Paracetamol	• <i>Es seguro.</i>
Ibuprofeno	• AINE de elección por no ser detectable en leche y tener una vida media corta. Alternativas son el diclofeno- co, flurbiprofeno y ketorolaco.
Sumatriptán	• <i>Indicado</i> en caso de migraña por su baja biodisponibili- dad oral. Tras la inyección subcutánea de 6 mg esperar 6-8 horas para dar lactancia.
Ergotamina	• <i>Contraindicado.</i>
Codeína	• <i>Compatible</i> con lactancia.
Morfina	• <i>Compatible</i> con lactancia. <i>Evitar</i> en lactantes con ante- cedentes de apnea y las dosis repetidas del opioide.
Meperidina	• <i>No se recomienda</i> por la vida media larga de su meta- bolito.

Antibióticos

Existe la posibilidad de alterar la flora bucal e intestinal del lactante.

Grupo terapéutico	Comentario
Penicilinas y Cefalosporinas	• <i>Compatible</i> con lactancia. Se excreta en la leche en cantidades muy pequeñas. Puede haber sensibilización alérgica, aunque es poco probable.
Macrólidos	• <i>Son seguros</i> los de vida media corta. Eritromicina es el principio activo de elección. <i>Alternativas</i> son la claritromicina y roxitromicina.
Sulfamidas y asociaciones	• El cotrimoxazol está <i>contraindicado</i> en los bebés con lactancia menores de 2 meses debido al riesgo de elevación de la bilirrubina. También está <i>contraindicado</i> en caso de déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.
Quinolonas	• Se <i>desaconsejan</i> debido al riesgo teórico de alteración en cartílago de crecimiento, salvo cuando sea estrictamente necesario por no existir otro tratamiento más seguro.
Tetraciclinas	• Se <i>desaconsejan</i> por el riesgo de coloración del esmalte dental y alteración del crecimiento óseo. Este riesgo disminuye en el caso de la tetraciclina por su baja absorción en presencia de calcio y en tratamientos inferiores a 1 semana. Están <i>contraindicados</i> la doxiciclina y minociclina.

Antigripales, Antihistamínicos y Descongestivos

La mayoría de las preparaciones antigripales son asociaciones de analgésicos, antihistamínicos y descongestivos. Durante la lactancia es mejor evitar estas asociaciones a menos que cada componente sea seguro.

Grupo terapéutico	Comentario
Descongestivos	<ul style="list-style-type: none">• El <i>tratamiento de elección</i> son las preparaciones nasales de solución fisiológica.• Los tratamientos cortos pseudoefedrina, fenilefrina se <i>pueden considerar seguros</i>, pero observando que no aparezca irritabilidad en el lactante.• Las preparaciones nasales de simpaticomiméticos son de <i>segunda elección</i> por la congestión de rebote en la madre y la posibilidad de afectar la producción de leche.• Se prefieren las que contienen fenilefrina a las de larga duración (oximetazolina, nafazolina o xilometazolina).
Antihistamínicos	<ul style="list-style-type: none">• <i>Probablemente seguros</i> en tratamientos cortos: loratadina y triprolidina (de elección), clorfeniramina, dexclorfeniramina, difenhidramina. Vigilar somnolencia o irritabilidad.• Se ha comunicado <i>irritabilidad</i> en lactantes con clemastina y terfenadina.• En rinitis alérgica una buena elección es el tratamiento tópico con cromoglicato.

Antiácidos y antiulcerosos

Todos los antiácidos no sistémicos son seguros. El principio activo de elección como antiulcerosos es la famotidina.

Antiasmáticos

El tratamiento de la madre en periodo de lactancia no varía nada del tratamiento usual, siendo **de elección los tratamientos inhalados** por su baja absorción sistémica: corticoides, terbutalina, salbutamol y cromoglicato.

Si se necesita tratamiento oral con corticoides son de elección prednisona y prednisolona; esta última se considera segura hasta con una dosis materna de 50 mg/día (en este caso no dar el pecho hasta que pasen 4 horas tras la toma).

Anticoagulantes

Grupo terapéutico	Comentario
Anticoagulantes inyectables	<ul style="list-style-type: none">• La heparina es el <i>tratamiento de elección</i> ya que no difunde a la leche materna.• Hay menos información de las heparinas de bajo peso molecular, pero por su baja biodisponibilidad oral su riesgo, de existir, debería ser <i>mínimo</i>.
Anticoagulantes orales	<ul style="list-style-type: none">• Se considera <i>segura</i> la warfarina y probablemente el acenocumarol.• Está <i>contraindicada</i> la fenindiona.• Se <i>recomienda</i> administrar vitamina K al neonato como medida preventiva.

Anticonceptivos hormonales

Son de elección las **preparaciones que solo contienen progestágenos** ya que afectan menos a la producción de leche.

En nuestro medio solo se dispone de las minipíldoras con progestágenos de segunda generación (desogestrel 0,075 mg). Su uso se puede iniciar 6 semanas tras el parto. Otra opción es la suspensión microcrystalina de 150 mg medroxiprogesterona acetato. Se administra una dosis por vía IM cada tres meses.

Antidepresivos (AD) e hipnóticos

Los trastornos de insomnio y ansiedad pueden mejorar con intervenciones no farmacológicas.

Los efectos a largo plazo de psicofármacos se desconocen. Solo se ha publicado un estudio sobre el desarrollo cognitivo, con resultados similares a los controles en niños expuestos a dotiepina.

Grupo terapéutico	Comentario
AD Tricíclicos	<ul style="list-style-type: none">• Aunque los tricíclicos <i>pueden causar</i> efectos anticolinérgicos y sedantes se han comunicado <i>pocos efectos adversos</i> en lactantes expuestos, salvo con doxepina (<i>evitar</i>).• El tricíclico más utilizado ha sido la nortriptilina. <p>.../...</p>

Grupo terapeútico	Comentario
AD Inhibidores de la recaptación de la serotonina	<ul style="list-style-type: none"> • De elección la paroxetina, sertralina (pico plasmático 7-11h) y tal vez la fluvoxamina. • Aunque el más estudiado es la fluoxetina (exposición “in utero”) <i>no se recomienda</i> durante la lactancia por la posibilidad de acumulación. • <i>Evitar</i> también el citalopram y la venlafaxina.
Benzodiacepinas	<ul style="list-style-type: none"> • El uso <i>ocasional</i> de dosis bajas de benzodiazepinas de vida media corta (oxazepam, lorazepam, lormetazepam) o zolpidem son <i>seguras</i>. • Con el tratamiento continuado de diazepam se ha comunicado letargia y pérdida de peso. • <i>Evitar</i> el alprazolam. Se comunicó un síndrome de retirada.

Antidiabéticos

Sería de elección la **insulina** ya que no se excreta en la leche. En cuanto a los antidiabéticos orales, la tolbutamida se considera compatible. No se dispone de información suficiente sobre otras sulfonilureas y están contraindicadas la metformina y las tiazolidindionas.

Antiepilépticos

Principio activo	Comentario
Valproato, carbamazepina y fenitoína	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Compatibles</i> con lactancia. Se requiere que los niveles plasmáticos en la madre estén en el rango terapeútico y observación cuidadosa del lactante. Se ha comunicado: <ul style="list-style-type: none"> - Con carbamazepina un caso de disfunción hepática transitoria y otro caso de colestasis que se resolvió tras la interrupción de la lactancia. - Con fenitoína, metahemoglobinemia. - Con valproato, trombocitopenia y anemia que se recuperó completamente con la interrupción de la lactancia.
Etosuximida, fenobarbital y primidona	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Evitarlos</i>, pues exponen al lactante a casi el 50-100% de la dosis materna
Nuevos antiepilépticos	<ul style="list-style-type: none"> • La lamotrigina puede alcanzar <i>concentraciones plasmáticas</i> en el lactante entre el 23-33% de la concentración materna, siendo susceptible de producir <i>efecto farmacológico</i>.

Antihipertensivos

Principio activo	Comentario
Espironolactona	• <i>Compatible</i> con lactancia.
Hidroclorotiazida	• Dosis baja (<= 25 mg) <i>no suprime</i> la lactancia.
β-bloqueantes	• Se <i>consideran seguros</i> el propranolol, labetalol y metoprolol, si se observa al lactante durante los primeros días. • <i>Evitar</i> el acebutolol, atenolol, nadolol y sotalol ya que someten al lactante a una exposición alta, pudiendo producir bradicardia e hipotensión.
Metildopa y captorilo	• <i>Compatibles</i> con lactancia.

Radiofármacos

Radiofármaco	Duración de la interrupción de la Lactancia
Cobre 64 (⁶⁴ Cu)	Hasta 50 horas
Galio 67 (⁶⁷ Ga)	1 mes para 150 MBq (4 mCi) 2 semanas para 50 MBq (1,3 mCi)
Indio 111 (¹¹¹ In)	1 semana para 20 MBq (0,5 mCi)
Sodio radiactivo	Hasta 96 horas
Talio 201 (²⁰¹ Tl)	2 semanas para 110 MBq (3 mCi)
Tecnecio 99m (^{99m} Tc)	De 15 horas a 3 días
Yodo 131(¹³¹ I)	Cese definitivo de la lactancia
Yodo 123 (¹²³ I)	Hasta 36 horas
Yodo 125 (¹²⁵ I)	Hasta 12 días
MBq (megabequerelios); mCi (milicurios)	

Tiroideos

Principio activo	Comentario
Propiltiouracilo	<ul style="list-style-type: none">• <i>Compatible</i> con lactancia con el seguimiento de la función tiroidea de la madre y del niño.- El antitiroideo <i>de elección</i> es el propiltiouracilo ya que se puede continuar la lactancia, incluso si las dosis necesarias son altas. Se puede minimizar el riesgo si se dejan 2 horas o más después de la toma sin lactancia.
Levotiroxina	<ul style="list-style-type: none">• Las hormonas tiroideas exógenas se excretan en cantidades mínimas en la leche materna. <i>Compatible</i> con lactancia.

Índice
alfabético

A bsceso mamario	76	Bebé con problemas quirúrgicos	95
Apoyo a la lactancia en	76	Anomalías en la cara	95
Diagnóstico diferencial	76	Atresia duodenal	95
Tratamiento	76	Atresia esofágica	95
Acrodermatitis enteropática	94	Defectos mayores del tracto	
Afecciones de las mamas durante		digestivo	95
la lactancia	74	Enterocolitis necrotizante	90
Aguada, leche	27	Estenosis hipertrófica de píloro	95
Alimentación complementaria	46	Fístula traqueo-esofágica	95
Alternancia de los pechos	62	Labio leporino	95
Amamantar	20	Paladar hendido	95
Gemelos	23	Reflujo gastroesofágico	93
Pechos pequeños	20	Retrognatia	95
Pezones planos o invertidos	20	Bebé prematuro	90
Si me hacen cesárea	20	Bombas eléctricas pulsátiles	64
Si opto por un parto sin dolor	21	Bupivacaína	21
Tras cirugía mamaria	21	C ardiopatía congénita	94
Anatomía y fisiología de la mama	73	Celiaca, enfermedad	93
Anemia postparto	55	Cesárea	20
Anestesia epidural	21	Clorpromacina	68
Anticoncepción	83	Colecho	24
Anticonceptivos orales con		Cólico	43
gestágenos	83	Composición de la leche materna	27
Desogestrel	83	Confusión del pezón	33
Dispositivos intrauterinos	83	Conservación y administración de	
Mela	83	la leche materna	66
Preservativo	83	Control del estado de salud	
Atresia duodenal	95	del bebé	87
Atresia esofágica	95	Crohn, enfermedad	77
B ajo peso al nacer	91	Cuidado general de la mujer	71
Bebé con ictericia	97	Alimentación	71
Bebé con problemas médicos	93	Apoyos	72
Acrodermatitis enteropática	94	Ejercicio físico	72
Cardiopatía congénita	94	Higiene	71
Déficit de alfa-1-antitripsina	94	Sustancias no recomendadas	71
Fibrosis quística	94	Cuidar los pezones	22
Hipotiroidismo neonatal	94	Montgomery	22
Problemas gastrointestinales	93		
Problemas metabólicos	94		
Problemas respiratorios	93		

D éficit de alfa-1-antitripsina	94	Estenosis hipertrófica de píloro	95
Deposiciones	88, 89	Examen físico	88
Depresión postparto	55	F enilcetonuria	94
Descongelación	66	Fibrosis quística	94
Desencadenamiento y mantenimiento de la secreción láctea	73	Fístula traqueo-esofágica	95
Destete	46	G alactosemia	94
Diarrea	93	Gammagrafía	80
Down, síndrome	96	Gastroenteritis aguda por rotavirus	93
E mbarazo	17	Gemelos	23
Enfermedad celiaca	93	Glándulas de Montgomery	74
Enfermedades maternas	77	Grietas	74
Anticoagulantes	80	H ipotiroidismo neonatal	94
Asma	77	Historia de lactancia	56, 111
Cáncer de mama	77	Hoffman, maniobras	20
Cardiopatías	77	I ctericia	97
Colitis ulcerosa	77	Ictericia fisiológica	97
Diabetes	77	Ictericia precoz	97
Embolismo pulmonar	80	Ictericia tardía	97
Enfermedad de Crohn	77	Indicadores de buena evolución	88
Epilepsia	78	Ingurgitación	30
Esclerosis múltiple	78	Inmunidad	55, 90
Hepatitis	78	Intolerancia	93
Herpes simple	78	L abio leporino	95
Hipertensión	78	Lactogogos	68
Mastitis	79	Leche insuficiente (ver no tengo sufi- ciente leche)	34
Miastenia gravis	79	Llanto	43
Patología mamaria benigna	79	M ama dolorosa	30
Patología tiroidea	79	Frenillo corto	30
Prolactinomas	79	Grietas	74
Psiquiátrica	79	Ingurgitación	74
Rubeola	78	Mastitis	75
Toxoplasmosis	79	Moniliasis	30
Trasplante	80	Postura incorrecta	30
Trombosis venosa profunda	80	Mamoplastias	21
Tuberculosis	79		
Varicela	78		
VIH	78		
Enterocolitis necrotizante	90		
Episiotomía	31		

Maniobras de Hoffman	20	Reflejo de succión	73
Mastitis	75	Reflujo gastroesofágico	95
Tratamiento	75	Relactación	67
Medicamentos	81, 114	Retrognatia	95
Metoclopramida	68		
Moniliasis	30		
O titis media aguda	94	S acaleches	63
Oxitocina	66	Salud del bebé	87
P aladar hendido	95	Síndrome de Down y otras cromosomopatías	96
Pechos, cuidados	22	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante	24
Peso	89	Sufrimiento fetal e hipoxia	92
Algunos apuntes sobre	89	Suplementación	87
Indicadores de buena evolución de lactancia	88		
No gana suficiente	42	T abaco	71
Pezón doloroso	75	Técnica de extracción de leche	63
Candidiasis	75	Drenar el pecho	63
Tratamiento	75	Tetinas	33
Pezón plano o invertido	20	Tomas, evaluación	57, 113
Pezoneras	20	Tomas nocturnas	28
Postmaduro	91	Importancia	28
Posturas para amamantar	58	Prolactina	28
Acostada	59, 60	V aciamiento de las mamas	73
Balón de rugby	59, 61	Ventajas de la lactancia materna	55
Caballito	59, 61	Virus sincitial respiratorio	94
Cesáreas	59, 61		
Cruzada	59, 61		
Fisura palatina	59		
Gemelos	23		
Labio leporino	95		
Mamas muy grandes	59		
Pezones dolorosos	75		
Prematuros	60		
Reflujo esofágico	93		
Sentada clásica	59, 61		
Succión débil	60		
Prematuro	90		
Preparación de la glándula mamaria	73		
Prolactina	28		

