

Promoción de la lactancia materna

Dña. Susana Fernández Crespo. Enfermera C.S. "Cebolla".

SUMARIO

1. Introducción.
2. Anatomía y fisiología de la mama: Lactogénesis.
3. Cómo observar clínicamente una toma: La posición.
4. El recién nacido.
5. El curso de la lactancia.
6. Problemas del pecho.
7. Hipogalactia.
8. Fármacos y otras sustancias.
9. Circunstancias especiales de la madre.
10. Circunstancias especiales del lactante.
11. Contraindicaciones para la lactancia materna.
13. Alimentación complementaria del lactante.
14. Diagnósticos de Enfermería relacionados con la lactancia materna.
15. Promoción de la lactancia materna desde la consulta de enfermería.
16. Aspectos éticos y legales.
17. Bibliografía.
18. Anexos.
19. Autotest.

1. Introducción.

La OMS considera la lactancia materna la forma ideal de alimentar al recién nacido y una base biológica y emocional única, recomendando lactar de manera exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Aunque las ventajas de la lactancia materna son muchas, en España inician la alimentación al pecho menos del 80% de las madres y a los dos meses sólo la mantienen el 20%. Las encuestas indican que las madres dejan de lactar a sus hijos en su mayoría por "hipogalactia", pero ésta sólo es una consecuencia de un cúmulo variado y complejo de motivaciones psicológicas, sociales, económicas y culturales, junto con creencias, mitos y tabúes.

Los argumentos para promover la lactancia materna son muchos; la lactancia materna es un derecho de niños y madres que debemos preservar y proteger.

De acuerdo con la Declaración de Innocenti, es hora de plantar cara al abandono de la lactancia materna y a la "cultura del biberón".

Ya se están llevando a cabo acciones importantes como la iniciativa de la UNICEF, apoyada por la OMS, "Hospital Amigo de los Niños". La aplicación de normativas favorables en las maternidades, como que el niño permanezca junto a la madre, el contacto precoz, cambios legislativos para facilitar y asegurar la continuidad en el trabajo de la mujer que lacta, etc.

Aunque las intervenciones realizadas en el ámbito hospitalario tienen un efecto trascendental, pues inciden en el momento más importante de la decisión, su efecto sería

incompleto sin una buena promoción, apoyo, asesoramiento y educación maternal antes y después del nacimiento del bebé, estrategia decisiva para motivar a la madre de que debe iniciar la lactancia materna y para favorecer posteriormente su mantenimiento.

Es aquí donde los profesionales de enfermería de Atención Primaria tenemos un protagonismo indiscutible, por nuestra mayor proximidad y conocimiento de la realidad de nuestra población.

2. Anatomía y fisiología de la mama. Lactogénesis.

La síntesis láctea tras el parto se produce gracias a la sucesión de una serie de acontecimientos:

Mamogénesis: Proceso de crecimiento y desarrollo mamario, que se inicia en la adolescencia y culmina en el puerperio. Es un proceso regulado hormonalmente.

Lactogénesis: Es el comienzo de la secreción láctea. Para que se inicie la producción de leche tras el parto es necesaria una disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos, progesterona y lactógeno placentario, así como niveles mantenidos de prolactina.

Galactopoyesis: Es el mantenimiento de la secreción láctea una vez establecida. El estímulo más efectivo para el mantenimiento de la secreción láctea es la succión periódica del pezón, si no hay succión no se libera prolactina en la hipófisis.

Eyección o salida de la leche: El vaciamiento de la leche hacia el exterior se produce gracias a la contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos que impulsan la

leche a través de los conductos y senos lactíferos de donde es extraída por la succión del bebé.

En el borde de la areola, crece vello y se aprecian las glándulas de Montgomery. Estas constan de una glándula sebácea y de una minúscula glándula mamaria, cuyas secreciones combinadas protegen la areola y el pezón.

La areola tiene fibras musculares involuntarias, cuya contracción (por efecto de la oxitocina) provoca la erección del pezón.

Cada mama está formada por 7 a 10 lóbulos, que desembocan en el pezón de forma independiente por medio de otros tantos conductos galactóforos. La zona cercana al pezón de cada conducto, que se llena de leche cuando el niño mama, se ha denominado seno galactóforo.

A partir del pezón, los conductos galactóforos se dividen y subdividen, hasta llegar a las unidades ultraestructurales de la mama, los acinos o alveolos mamarios, sacos minúsculos, formados por células secretoras y rodeados por células contráctiles mioepiteliales.

Cuando el bebe mama bien su lengua y su boca estimulan los nervios del pezón que mandan el mensaje al cerebro de la madre de que quiere leche.

El cerebro responde produciendo prolactina y oxitocina. La prolactina hace que comience la formación de la leche en los alveolos. La oxitocina hace que fluya la leche hacia el pezón.

2.1. CONTROL DEL VOLUMEN DE LECHE.

Principales hormonas que intervienen: Prolactina, oxitocina y factor inhibidor de la lactancia (F.I.L.).

La oxitocina y la prolactina se secretan en la hipófisis en respuesta a la estimulación del pezón.

La prolactina actúa sobre las células secretoras de la mama, estimulando la secreción de leche.

La oxitocina actúa sobre las células mioepiteliales, provocando su contracción y eyección de la leche.

Prolactina.-

Tras el parto y expulsión de la placenta disminuyen los niveles de estrógenos y aumentan los niveles de prolactina que induce la secreción de leche.

Durante la lactancia, aumentan los niveles de prolactina si aumenta el número de tomas. Las tomas frecuentes, aunque breves,

estimulan la producción de leche más que las tomas largas y menos frecuentes.

Durante la noche, los niveles de prolactina son más altos. De aquí la importancia de las tomas nocturnas.

Oxitocina.-

El reflejo de secreción de oxitocina o reflejo de eyección de la leche, se condiciona de forma espontánea. No es necesario un estímulo físico del pecho, sino que basta un estímulo condicionado (oír llorar al niño, ver al niño...) para desencadenar el reflejo (subida de la leche).

El miedo, la preocupación... pueden inhibir temporalmente el reflejo de eyección por dos mecanismos: inhibición directa del reflejo condicionado de producción de oxitocina y efecto antagónico de la adrenalina.

Factor inhibidor de la lactancia (F.I.L.).-

Tanto la oxitocina como la prolactina, viajan por la sangre y llegan a ambos pechos a la vez.

Sin embargo a veces vemos madres que amamantan durante meses con un solo pecho, mientras el otro permanece inactivo.

La hormona local, F.I.L., se encarga del control autocrino de la glándula mamaria.

Si el niño mama mucho, extrae el inhibidor y se produce mucha leche, pero si mama poco el F.I.L., se queda en el pecho y este produce poca leche.

Después de los 6 meses de lactancia, la eficacia del tejido mamario para fabricar leche aumenta, lo que permite mantener una producción apreciable pese a que los pechos disminuyen de volumen.

2.2 CONTROL DE LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.

La concentración de lípidos en la leche materna aumenta paulatinamente a lo largo de la toma.

Muchas mujeres creen tener la leche "aguada", porque sólo han visto la primera leche que gotea espontáneamente. En realidad la leche materna tiene más grasas que la leche de vaca entera.

La concentración final de lípidos es mayor cuanto más leche ha tomado el niño en esa toma.

Si el niño toma los dos pechos, difícilmente llegará a la leche final (rica en grasa) del segundo, con lo que habrá tomado dos "raciones" de leche inicial y una de leche final, y la concentración media de lípidos en total de la leche ingerida será menor.

Composición de la leche materna:

- **Calostro:** Leche de los primeros días. Es rico en proteínas y bajo en grasa y lactosa. Tiene inmunoglobulinas que pueden proteger al niño contra infecciones. También tiene efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio.

- **Leche de transición:** La leche que se produce tras el calostro. Con menor contenido proteico.

- Leche madura:

a) **Proteínas:** La proteína preponderante es la alfa-lactoalbúmina, importante componente enzimático especie-específico del hombre, mientras en la leche de vaca es la beta-globulina bovina, especie-específica para las vacas y principal responsable de la intolerancia láctea de los bebés. La leche humana es rica en aminoácidos libres y cistina. La taurina, aminoácido que se encuentra en altas concentraciones, tiene un importante papel como neurotransmisor y neuromodulador del SNC.

b) **Lactoferrina:** Es uno de los componentes de la leche humana que participa en la protección del recién nacido.

c) **Inmunoglobulinas:** Anticuerpos. Las inmunoglobulinas calostrales no se absorben, sino que permanecen en el tubo digestivo para protegerlo de colonizaciones. Están presentes en altas concentraciones en el calostro.

d) **Lisozima:** Proteínas de pequeño tamaño, capaces de romper polisacáridos de las paredes de algunas bacterias. Estas proteínas se encuentran en mayor concentración los primeros días.

e) **Grasas:** La tasa de lípidos es muy variable de una mujer a otra. La cantidad de grasa varía a lo largo del día y a lo largo de la mamada. Representa el 35-50% de las necesidades de energía, además de aportar lipasa pancreática.

f) **Lactosa:** Es el principal carbohidrato de la leche humana, aunque también hay pequeñas cantidades de galactosa, fructosa y otros polisacáridos. Aporta el 40% de la energía necesaria para el niño, facilita la absorción de hierro y promueve la colonización de lactobacillus bifidus.

g) **Vitaminas:** Sus concentraciones son adecuadas para las necesidades del niño. En el posparto la concentración de vitamina K es más alta en el calostro y leche de transición. La vitamina E es suficiente, pero la D es baja, a pesar de lo cual no se ven casos de deficiencias de las mismas.

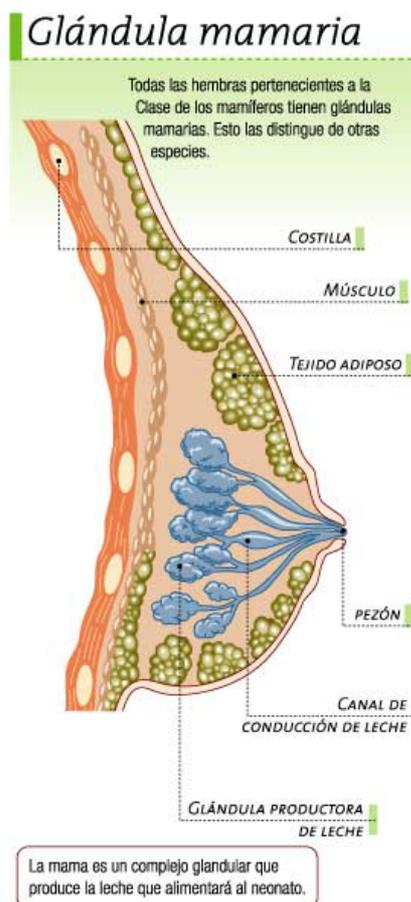
h) **Minerales:** la concentración de calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor no son afectadas por la dieta materna, pero están mejor adaptadas a los requerimientos

nutricionales y la capacidad metabólica del niño, que en la leche de vaca. El 70% del hierro disponible en la leche materna se absorbe frente al 30% del hierro de la leche de vaca.

Suplementos:

- **Flúor:** Según la OMS, no se recomiendan suplementos de flúor durante los 6 meses de lactancia materna exclusiva.

- **Hierro:** La leche de vaca y la humana tienen igual contenido en hierro, pero el de la leche humana se absorbe mucho más. El hierro de la leche humana es suficiente, aún en casos de madres anémicas. Los nacidos a término y exclusivamente amamantados hasta los 6 meses no requieren suplementos de hierro.

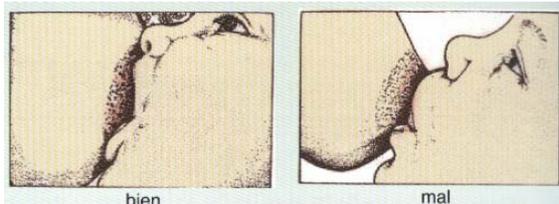


3. Cómo observar clínicamente una toma: La posición.

La oxitocina provoca la contracción de las células mioepiteliales que rodean a las células secretoras y la leche se acumula en los conductos galactóforos, bajo la areola.

El niño no mama haciendo el vacío, sino apretando con la lengua hacia arriba y hacia sí. Para ello es imprescindible que tenga la lengua debajo de la areola.

Para poder mamar, el bebé tiene que tener la boca muy abierta, con ambos labios evertidos, el pecho muy adentro de la boca, y la lengua bajo la areola. El pezón está más cerca del labio superior.



Fuente: *Consejos para la lactancia materna.*
Consejería de Sanidad.

3.1 SINDROME DE LA POSICIÓN INADECUADA.

Cuando el bebé no está correctamente colocado al pecho, se producen una cascada de síntomas y signos:

- El bebé al no poder apretar el pecho con la lengua, intenta obtener la leche haciendo el vacío, como si tomara un refresco con pajita (mejillas hundidas).
- Al hacer más fuerza en menos superficie, aumenta la presión, lo que produce dolor y grietas en el pezón.
- Como la succión no es eficaz, el bebé mama durante largo rato, sin soltar el pecho por sí mismo.
- En muchas ocasiones traga aire, regurgita y vomita.
- No se queda satisfecho.
- El lactante ingiere menos grasa, pero más proteínas y más lactosas (síntoma de intolerancia relativa).

3.2 PROBLEMAS FRECUENTES CON LA POSICIÓN.

Si la madre y el hijo están satisfechos, es mejor no intervenir aunque en la posición observemos errores.

- Niño que pide el pecho más de 15 veces al día, es posible que esté mamando en mala posición.
- Boca del bebé poco abierta. Las posibles soluciones pueden ser:
 - Introducir el pezón y parte de la areola.
 - Antes de abrir la boca, el pezón que quede a la altura de nariz.
- El bebe se chupa el labio inferior, junto con el pecho. Solución posible sería bajar el mentón con un dedo.

- Madre que sujeta el pecho formando una V con sus dedos: (Si las puntas de los dedos están alejadas del pezón no habrá mucho problema). Para resolverlo debemos recomendar que la madre no sujete el pecho y si lo necesita sujetar, que lo haga con el pulgar por encima y los demás dedos por debajo, formando una amplia C.
- Tampoco es conveniente apretar el pecho con un dedo para apartarlo de la nariz del bebé. Es útil desplazar ligeramente el bebé hacia sus pies y así la nariz se separará del pecho.
- No forzar al bebé a mamar, dejarle explorar antes de ponerle al mamar y cuando decida empezar abrirá mucho la boca y sacará la lengua hacia abajo. En ese mismo momento empujarlo firmemente hacia el pecho por la espalda.
- El pezón no es imprescindible, si la posición para mamar es la correcta.
- Si el frenillo lingual es demasiado corto, puede impedir que la lengua se coloque sobre la encía. La solución es cortar el frenillo.



Fuente: *Dar el pecho.* Medela

3.3 LA POSICIÓN DEL CUERPO.

Lo fundamental para la lactancia es la posición y el movimiento de los labios y de la lengua.

Si los labios y la lengua están bien, el lactante mamará bien en cualquier posición. La postura del cuerpo es algo secundario.

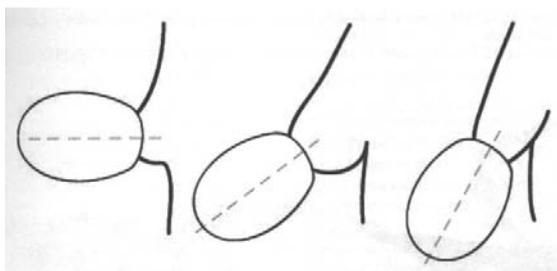
A veces, algunos lactantes maman sin problemas en posturas de lo más inverosímiles; como ya hemos dicho, no se debe intervenir, salvo que aparezcan problemas con la lactancia.

- El lactante mama mejor si tiene la cabeza alineada con el cuerpo.
- A veces se da el pecho como si se diera un biberón: el niño apoyado en el codo y mirando hacia arriba. El pecho no está arriba, sino delante del bebé. Barriga con barriga y con la mano de la madre en su espalda.
- La posición no sirve para todas las madres, depende del tamaño y orientación del pecho
- La madre suele estar más cómoda si tiene los pies elevados (sobre un cajón, apoyados en los laterales de la cama...), y coloca una almohada o cojín bajo el bebé.

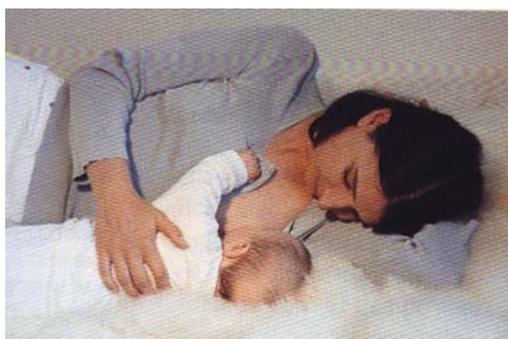
- En la cama, muy importante durante los primeros días, estancia en el hospital..., madre e hijo uno frente a otro.



Fuente : Dar el pecho .Medela



Diferentes alineamientos de la cabeza del bebé según las distintas direcciones del pecho.
Fuente: Manual práctico de lactancia materna.



Fuente: Dar el pecho. Medela

Ver Anexo I.

4. El recién nacido. Alojamiento conjunto y contacto precoz tras el parto.

El lactante nace con la capacidad de buscar el pecho, reconocerlo y acercarse a él. El olor es un guía fundamental: un recién nacido puede desplazarse y alcanzar un

empapador del sujetador de su madre situado hasta unos 17 cm. de distancia.

Probablemente la colocación del pezón y de la areola, que se han oscurecido durante el embarazo y la protusión del pezón, que contacta con su rostro, le ayudan a localizar el punto exacto.

Esta conducta instintiva, resulta muy sensible a las interferencias externas: las rutinas de las maternidades, la elevada presión asistencial, la falta de criterios uniformes en la organización del trabajo, etc. hacen que esto no se tenga en consideración en muchas ocasiones.

Las separaciones precoces contribuyen probablemente a la gran prevalencia de problemas de succión.

Múltiples estudios, como el de Christensson K y cols. Acta pediatr 1992, demuestran los beneficios y la necesidad del contacto directo, piel con piel, de la madre y de su hijo durante las dos primeras horas de vida, facilita el mantenimiento de una temperatura corporal más alta, posibilita el mantenimiento de la glucemia, disminuye el distrés respiratorio, favorece el inicio precoz de la lactancia materna...

4.1 VOLUMEN DE LECHE EN LOS PRIMEROS DÍAS.

Una de las principales causas del fracaso precoz de la lactancia es la administración de suplementos en las primeras horas de vida (leche artificial, suero glucosado...), en la falsa creencia de que los primeros días la madre "no tiene leche" suficiente. Muchas veces contribuimos a mantener esta creencia con frases como "al principio no hay leche, sino calostro", ó "hasta el 3º día no se produce la subida de la leche". El calostro no es más que un tipo de leche, el aumento de la cantidad de leche no es brusco, sino gradual desde el primer día. Si el recién nacido mama correctamente y a demanda, obtendrá la cantidad de leche que necesita en cada momento.

Múltiples estudios, como el de De Carvalho M. y cols. Pediatrics 1982, demuestran que la producción de leche aumenta con la frecuencia de las tomas.

En nuestra cultura la idea de que el "niño ha de aguantar" idealmente tres horas entre toma y toma está tan extendida que incluso las madres que creen en dar el pecho a demanda llegan a desoír o malinterpretar las señales de su hijo.

4.2 ALOJAMIENTO CONJUNTO.

Unas dos horas después del parto, se puede pesar al recién nacido, se le administran las medidas profilácticas oportunas y se le devuelve a la madre.

El bebé estará las 24 horas con su madre.

Las exploraciones médicas o de enfermería podrían realizarse en la habitación, lo que permitiría responder al mismo tiempo a las preguntas de la madre.

La antigua práctica, ya obsoleta, de tener a los niños en una sala cuna y llevarlos con su madre sólo para mamar, no tiene fundamento científico. Facilita las infecciones y dificulta el vínculo afectivo y la lactancia materna.

4.3 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A DEMANDA.

Los recién nacidos sanos que toman el pecho a demanda no necesitan ningún otro alimento. La lactancia materna debería ser exclusiva, esto es leche materna y nada más, a excepción de medicamentos y a demanda, siempre que el bebé lo pida.

Sólo con alojamiento conjunto es posible dar el pecho a demanda. No cada vez que lllore, pues el llanto ya es un signo tardío de hambre. Antes de llorar el lactante muestra su apetito con aumento de actividad, movimientos de búsqueda, sonidos, se chupa los puños... La lactancia a demanda implica ofrecer el pecho ante el primer indicio de que el bebé quiere mamar, pero también respetarlo si no quiere.

Como norma general no es necesario despertar a un niño para que mame. Pero esta norma tiene una excepción importante: cuando el bebé no gana peso o lo pierde. En estos casos se debe ofrecer el pecho activamente.

Hay que tener especial cuidado con los que pesan menos de 3 Kg., nacen antes de las 38 semanas o muestran excesiva somnolencia.

Normalmente muchos recién nacidos pasan unas 6 a 10 horas muy somnolientos y apenas maman. Pasadas las primeras 12 horas, el recién nacido debería mamar al menos entre 8 y 10 veces al día (si son más mejor).

No se deben dar normas rígidas. Por ejemplo no hay inconveniente en que un niño duerma 5 horas seguidas, si antes ha hecho ya varias tomas.

En esto, como en todo, es necesario actuar con prudencia y con respeto hacia el niño y la madre.

Muchos niños maman relativamente poco durante los dos primeros días, pero hacia el tercer día empiezan a pedir pecho casi continuamente. Este cambio de actitud marca el inicio de la recuperación del peso. Esto suele preocupar a las madres y a veces también al profesional, que creen que el niño que duerme está satisfecho y el que llora se queda con hambre. Pueden pensar que se les ha ido la leche, que tienen poca... y recurren al biberón.

Los profesionales de enfermería debemos explicarles que en esos días es normal perder peso y dormir tranquilamente. La única manera de recuperar el peso es mamar mucho para aumentar la producción de leche.

4.4 CUANDO EL NIÑO RECHAZA EL PECHO. CONFUSIÓN ENTRE PEZON Y TETINA.

Otro factor que contribuye a aumentar el problema de succión es el uso de tetinas y chupete.

Para el lactante es más cómodo tomar el pecho, pues está anatómicamente y fisiológicamente preparado para ello. Se ha comprobado, por ejemplo, que los prematuros mantienen una temperatura, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, más estables mientras toman el pecho, que mientras toman el biberón.

Lo que sucede es que para tomar el pecho o el biberón se requieren movimientos de la lengua totalmente distintos:

- Para el pecho: El movimiento es hacia dentro para sacar la leche y al mismo tiempo este movimiento tiende a introducir el pecho cada vez más en la boca.
- Para el biberón: la leche sale sola, el bebé mueve la lengua rítmicamente hacia fuera para interrumpir el chorro de leche y poder tragar. Para evitar la presión de la lengua saque el biberón de la boca, todas las tetinas y chupetes tienen engrosado el extremo que actúa como tope.

Cualquier suplemento, administrado con biberón u otro método, interfiere con la lactancia, porque el lactante mama menos y por tanto produce menos leche.

El objetivo principal no es sustituir los biberones por vasos, sino evitar suplementos innecesarios y establecer las condiciones (lactancia precoz, a demanda, posición correcta...) para que se de una lactancia natural exitosa. Es conveniente no dar a los niños ningún biberón ni ningún chupete, al menos durante el primer mes de vida,

esperando a que la lactancia esté bien establecida.

En pocos casos, los bebés necesitan algún otro líquido además de la leche materna y es importante administrárselo con un método que no sea el biberón. Los lactantes pueden beber de un vaso, de una cuchara o con una jeringa con facilidad.

4.5 VALORACION DE LA INGESTA DE LECHE.

Además de la posición varios indicios nos pueden indicar si la lactancia es adecuada. Todos son orientativos y se han de comprobar con el peso:

A) Deposiciones:

Las deposiciones normales del lactante amamantado son amarillas, semilíquidas o pastosas, grumosas y de buen olor. Durante las primeras semanas suele defecar cada vez que mama y a veces más. Más adelante es probable que sólo haga una deposición cada varios días.

Recordar que si el bebé no hace deposición diaria, pero las heces son blandas y él no manifiesta ningún problema, no debemos considerar la falta de heces diarias como estreñimiento. El cambio de las deposiciones de transición a las típicas amarillas, se produce cuando la cantidad de leche es suficiente.

Si el bebé, durante las primeras semanas hace menos de 2 -3 deposiciones al día podría ser por una ingesta insuficiente de leche, por lo que deberíamos comprobar la cantidad de leche que esta tomando. Si comprobamos que la cantidad que toma es la adecuada, podemos considerar la disminución del número de heces al día como normal.

B) Micciones:

Durante los primeros 2 o 3 días, el recién nacido orina poco (2 -3 veces al día). A partir de entonces suele hacer entre 6-7 micciones o más. Se suele hablar de 6 a 8 pañales de tela mojados al día; los pañales modernos empapan mucho más. Si la cantidad de orina es menor a lo indicado, podemos sospechar una cantidad de leche insuficiente.

C) Peso:

A veces se comete el error de colocar el peso y los otros indicios al mismo nivel. El peso es prioritario. Deposiciones y micciones son solo indicios indirectos, que nos indican la necesidad de comprobar el peso. Podemos decir, que si no hay ningún problema y todo va

bien desde el principio, los recién nacidos suelen perder entre un 4-6 % de peso durante los primeros dos días, empiezan a recuperarlo al 3º día y antes de una semana suelen pesar más que al nacimiento.

Los primeros días son sumamente delicados, hasta que se recupera el peso. La falta de cuidados de enfermería adecuados permite que pasen desapercibidos casos de pérdida excesiva de peso. Es fundamental el asesoramiento en lactancia en la visita al 5º día de vida, coincidiendo con las pruebas metabólicas, antes de la visita de los 15 días. Sería bueno prestar asesoramiento telefónico tras el parto antes de la visita al 5º día de vida.

Actitud ante la pérdida de peso.

Es necesario que la enfermera/o compruebe mediante la observación directa de una toma, en la consulta o en el domicilio, que el niño está mamando adecuadamente.

Si el bebé mama mucho rato, aprieta hasta hacer daño, se le hunden las mejillas..., y objetivamente pierde peso, lo que debe hacer el profesional es repasar la técnica correcta, posición, posturas, lactancia a demanda, exclusiva...

Si a pesar de todo persiste el problema debemos plantear suplementar al bebé, bien con la leche materna (previa extracción manual y conservación correcta, ver Anexo II) o bien con leche artificial.

Tanto la Asociación Española de Pediatría (AEP), como la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), recomiendan que los suplementos sean de leche hidrolizada de alto grado (no una simple hipoalérgica, que son hidrolizados parciales de dudosa eficacia) para evitar sensibilización alérgica.

Después de darle el pecho, se le ofertará la leche que la madre se haya extraído o bien la leche artificial elegida en un vasito, cuchara o jeringa. Se le dará tanta cantidad como el niño desee.

El objetivo es que el niño aumente rápidamente de peso y cuando esté más fuerte podrá mamar mejor y podremos suprimir de nuevo los suplementos.

Cómo retirar los suplementos

Tras valorar que la lactancia está funcionando perfectamente y el aumento de peso es suficiente, podemos empezar a plantear retirar gradualmente los suplementos:

- Dar el primer pecho hasta que el niño lo suelte.
- Dar el segundo pecho

- Si se está sacando la leche, darle la propia leche.
- Si el niño se queda satisfecho, no darle lactancia artificial.
- Si al cabo de poco, 15-30 min., parece hambriento, volver a empezar con el pecho.
- Sólo se le da leche artificial si en el mismo momento de acabar el segundo pecho se queda con hambre, pero le vamos dando menos cantidad que antes.
- Si se acaba la cantidad de leche artificial (entre 30-60 ml), y sigue llorando de hambre, se le dan 30 ml más y así sucesivamente, hasta llegar si es preciso a la cantidad de suplemento de los días anteriores.

El objetivo no es que aguante 4 horas, sino que vuelva a mamar dentro de una o dos horas, es decir, si el niño tiene hambre, se le da toda la leche artificial que necesite, pero si aguanta con menos, se le da menos para que pase a tomar el pecho cada dos horas.

4.6 HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS.

En 1991, la OMS y UNICEF lanzaron la iniciativa hospitales amigos de los niños (IHAN), que pretende crear en todos los hospitales del mundo las condiciones adecuadas para el inicio de la lactancia materna y conseguir que se respete el código de la OMS para que las madres puedan decidir libremente la forma de alimentar a sus hijos.

Para ser reconocido como Hospital Amigo de los Niños, se deben cumplir 3 requisitos:

- Cumplir los 10 pasos.
- Tener una tasa de lactancia materna al alta superior al 75 % ó un 10% superior a la media nacional.
- No aceptar suministros gratuitos de leche artificial.

DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA FELIZ:

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida.

(División de Salud y Desarrollo del niño, OMS. *Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Documento WHO/CHD/98.9OMS, Ginebra, 1998*).

Breve comentario a los 10 pasos:

La lactancia natural no es obligatoria.

Ninguno de los 10 pasos obliga a las madres o a los niños a hacer nada. Somos los profesionales de la salud los que tenemos que cumplirlos.

El orden que nos proponen los 10 pasos, es importante, pues si nos saltamos etapas podemos obtener resultados no deseados.

5. El Curso de la Lactancia.

No se trata de que la mayoría de los niños tomen la mayor parte de la leche, sino de que todos los niños tomen toda la leche que necesiten, y eso sólo se consigue poniéndoles a mamar todo lo que quieran.

El lactante es el que debe determinar la duración de las tomas y no es posible establecer reglas arbitrarias. Únicamente que el dúo madre-hijo estén cómodos y estén controladas todas las posibles complicaciones de la técnica de lactancia y estaremos en la situación de lactancia exitosa.

5.1. FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS TOMAS.

Cada bebé debe mamar cada vez que lo pida, pues él es el único que sabe cuánta hambre tiene.

Además los bebés pasan por diferentes etapas, cuando coincide que está en un periodo de crecimiento aumentará el número de tomas, para así aumentar la producción de leche.

Cuando el bebé haya vaciado la mama ó haya satisfecho su apetito, soltará por sí solo el pecho. Es bueno ofrecerle el otro pecho, pero no siempre lo querrá.

No se debe contar el tiempo que está en el pecho, unos niños en poco tiempo vacían el pecho y otros tardan más.

El recién nacido succionará unos minutos de una manera rítmica y sostenida y luego hará una pausa, para después volver a retomar el ritmo.

Es por esto que pueden tardar 20-30 minutos en vaciar el pecho. El recién nacido amamantado a demanda, puede hacerlo entre 8 a 14 veces al día. El número de tomas puede disminuir a medida que el niño crece.

En el primer trimestre de vida es donde se producen más abandonos por falta de información. Los bebés comienzan a crecer aceleradamente y tienen “ataques de hambre”, cambian el ritmo, piden más a menudo... Pueden hacer creer a la madre que su leche “no es suficiente” o que es “aguada” (¡ESTO NUNCA ES REAL!). La solución es dejar mamar al bebé siempre y cuanto tiempo necesite.

En el 2º trimestre de vida la lactancia está bien instaurada y no causa problemas. El bebé mama perfectamente, la relación madre-hijo está muy afianzada y la madre sabe todo lo que necesita.

La leche cambia a medida que avanza la toma, así al principio la leche es más acuosa y principalmente quita la sed. Hacia la mitad de la toma, la leche es más espesa y blanca (es como el plato fuerte) y al final la leche se hace más cremosa y rica en grasas (el postre) y es la que deja al bebé satisfecho y hace que engorde. Por esta razón no debemos retirar al niño hasta que no haya tomado la parte final.

5.2 LAS TOMAS NOCTURNAS.

Durante la noche, los niveles basales de prolactina y los picos de prolactina, al estimular el pecho, son más altos que durante el día.

Estos niveles son importantes para una secreción adecuada de leche y para mantener la amenorrea.

Está muy extendido el mito de que los niños, a medida que van creciendo, duermen cada vez más horas seguidas. Algunos se

atreven a afirmar que los mayores de 6 meses “no necesitan” mamar por las noches. La mayoría de los niños necesitan mamar por la noche hasta los dos años o más, aunque esto es muy variable y dependerá de cada niño.

No hace falta despertar a un niño que haga peso adecuadamente e incluso habrá niños que duerman toda la noche de un tirón. Sí conviene despertar a un niño que no aumenta o que pierde peso.

6. Problemas del Pecho.

6.1 INFLAMACIÓN MAMARIA:

Las principales causas de inflamación mamaria son:

Ingurgitación:

Tiene 2 componentes: La leche acumulada en los conductos galactóforos y la inflamación y edema en el espacio intersticial.

Al inicio de la lactancia es normal cierto grado de inflamación, que se acentuará si el niño no mama adecuada y regularmente. No suele producir fiebre y se resuelve vaciando el pecho, bien con la succión del bebé o mediante la extracción de la leche manualmente, previa administración de calor local para facilitar la salida de la leche. Suele ocurrir en los primeros días de la lactancia.

Obstrucción:

Puede afectar a uno o a varios de los lóbulos, normalmente en un solo pecho. Puede aparecer en cualquier momento del periodo de lactancia. Suele ocurrir por demasiada presión del sujetador sobre el pecho. No suele ir acompañado de fiebre. Se resuelve mediante masaje de la zona para movilizar y extraer el tapón y así vaciar el pecho.

Mastitis:

Infección bacteriana de uno o varios lóbulos, normalmente de un solo pecho. Puede producirse por sobreinfección de una obstrucción previa. Suele dar fiebre, pareciéndose a un síndrome gripal. Puede aparecer en cualquier momento del periodo de lactancia. Precisa tratamiento antibiótico y continuar con la lactancia.

Otros:

Absceso mamario.
Galactocele.

	Ingurgitación	Conducto obstruido	Mastitis
Inicio	Precoz	Tardío	Tardío
Distribución	Bilateral	Unilateral	Unilateral
Extensión	Global	Sectorial	Sectorial
Fiebre	-/+	-/+	+++
Síndrome gripal	-/+	-/+	+++

Tabla 1.- Diagnóstico diferencial de la inflamación mamaria.

6.2 LACTANCIA DOLOROSA:

No vamos a abordar todos los problemas pero sí las grietas, el pezón invertido y las candidiasis por su mayor frecuencia de aparición.

Grietas:

La principal causa es **la mala posición del bebé al mamar**. También pueden contribuir a la formación de grietas la utilización de sustancias irritantes y el mal uso del sacaleches. Suelen aparecer al inicio de la lactancia.

Tratamiento:

- Observar la toma y corregir la postura.
- Dejar que el pecho se seque y untar un poco de leche materna.
- No usar pomadas (no se ha demostrado su utilidad).
- Evitar discos protectores porque maceran el pecho y no facilitan la cicatrización. Usar tejidos de algodón natural como protectores.

Candidiasis:

La infección por cándidas del pezón puede ser superficial y a veces las lesiones se parecen a la candidiasis del pañal o placas blancas semejantes al muguet. El dolor intenso y característico (que las madres describen como alfileres ardiendo) no aparece al comienzo de la toma (al contrario que en la grieta que duele al iniciar la toma), aumenta progresivamente a lo largo de la toma y se mantiene aunque el niño suelte el pecho.

Tratamiento:

- Evitar la humedad continua en el pezón, aconsejar dejar el pecho al aire y usar en lugar de discos protectores telas de algodón natural para absorber los restos de leche.
- Aplicar el tratamiento antimicótico simultáneamente en todas las localizaciones de la infección (boca del bebé, pezones...)

Pezones invertidos y planos:

En estos casos se usarán las pezoneras (formadoras o de protección) sólo como último recurso, previa instrucción de la técnica

correcta de succión a la madre y altas dosis de paciencia, tiempo y dedicación.



Pezonera

Otros:

Otras patologías que producen una lactancia dolorosa son:

- Frenillo lingual corto.
- Infección estafilocócica del pezón.
- Fenómeno de Raynaud.
- Ampolla blanca de leche.
- Eczema del pezón.

7. Hipogalactia

Existen muy pocos casos de verdadera hipogalactia (déficit congénito de prolactina, hipotiroidismo no tratado, retención de la placenta, agenesia del tejido mamario, cirugía...).

En la mayoría de los casos no es que la madre "no tenga leche", sino que el niño no toma leche apenas, por lo tanto no se estimula la producción.

Podemos encontrarlos con expresiones como:

- "No aguanta las 3 horas", luego... se queda con hambre.
- "Nació con poco peso, entonces necesitará biberón", o "es demasiado grande y sólo con el pecho no será suficiente".
- "Mi leche está aguada" porque mama 10 minutos de cada pecho sólo está tomando la leche inicial.
- "Con mi primer hijo tampoco tuve leche".
- "Mi madre no dió el pecho a ninguno de mis hermanos, no pudo" o "mi abuela dió el pecho a mi madre hasta los 3 años, ojalá las mujeres de hoy tuviéramos leche como antes".
- "Tengo el pecho pequeño, así que no tengo mucha leche".

En realidad casi cualquier motivo hará pensar a la madre que tiene poca leche, pues el problema de fondo es la *inseguridad*, la falta de *confianza* en su capacidad de amamantar. Creen que no depende de ellas tener más o menos leche.

Las preocupaciones de las madres deben ser escuchadas y respetadas, pero no constituyen un diagnóstico.

Es el profesional quien debe decidir si el niño toma la leche suficiente (y la madre necesita apoyo y comprensión) ó si realmente toma poca leche (y entonces debemos buscar la causa y proponer soluciones).

Para ello nos debemos fijar en varios datos, que ya mencionamos en el punto 4.5.

8. Fármacos y Otras Sustancias.

El uso de medicamentos durante la lactancia produce en mucha gente una especie de terror irracional. Es un error recomendar sistemáticamente el destete sin haber buscado previamente información fiable.

No es objeto de este boletín el desarrollo de este punto, pero sí vamos a ofrecer orientación de cómo encontrar información fiable:

- Academia Americana de Pediatría
- OMS y UNICEF.
- Texto de Briggs.
- Texto de Hale.
- Medicamentos y lactancia: <http://www.e-lactancia.org>

9. Circunstancias especiales de la madre.

Son situaciones relacionadas con la salud materna en las que se puede dar el pecho aunque precisan, algunas de ellas, asesoramiento especial.

Mastitis: Se puede y se debe dar el pecho.

Absceso mamario: Se puede dar el pecho.

Enfermedades infecciosas: infección de orina, catarro... no afectan a la producción de leche ni a la composición. Debemos animar a continuar con la lactancia materna.

Varicela-Zoster: Las embarazadas que no han pasado la varicela, expuestas al virus de la varicela-zoster durante el embarazo deben recibir inmunoglobulina específica antes de las 72 horas de la exposición. La varicela del recién nacido tiene una letalidad del 30%. Si la varicela se inició más de 7 días antes del parto, el recién nacido ha recibido anticuerpos. Si la madre inicia una varicela entre 7 días antes del parto y 28 días después, el recién nacido debe recibir inmunoglobulina antizoster antes de 72 horas del nacimiento. Se recomienda lactancia materna en todos los

casos. Madre e hijo no deben ser separados pero sí aislados de otras madres y niños.

Hepatitis A: No hay ningún problema para dar el pecho.

Hepatitis B: No se ha demostrado que pasen Ig de hepatitis B por la leche, cuando ya está vacunado. Se puede dar el pecho.

Hepatitis C: La hepatitis c no se contagia a través de la leche materna, según numerosos estudios, excepto cuando la madre es al mismo tiempo portadora de VIH.

Cáncer de mama: Después de la cirugía conservadora y la radioterapia de un cáncer de mama, la lactancia es posible del pecho sano y a veces también del pecho afectado. No es recomendable amamantar durante la quimioterapia.

Tóxicos, tabaco y alcohol: Cuando la madre trabaja en un ambiente tóxico, tiene derecho a cambiar de trabajo mientras está amamantando. Algunos tóxicos pasan a la leche.

El tabaco, pasa igual del ambiente al niño, que por la leche materna.

El alcohol pasa en bastante medida a la leche materna, por lo que se recomienda no tomarlo. Como situación especial se aconseja dar el pecho primero y después tomar el vasito de vino o la caña, pero en muy poca cantidad.

SIDA: Es una situación de contraindicación para la lactancia aunque se deben evaluar las situaciones de la madre e hijo, pues no siempre existen alternativas a la lactancia materna (países en vías de desarrollo, falta de recursos económicos...)

Tuberculosis: No se transmite por la leche materna, excepto en rarísimas ocasiones. Puesto que el contagio es por vía aérea, se puede producir igual dando el pecho que el biberón. La cuestión es por tanto si el bebé puede permanecer junto a la madre, no si puede mamar o no.

Diabetes: No tiene ninguna contraindicación. Únicamente que la madre debe llevar un control glucémico, pues puede haber un aumento en el consumo de calorías.

Fibrosis quística: El embarazo y la lactancia no afectan negativamente al estado nutricional y clínico de las pacientes, ni empeora su supervivencia.

Cesárea: Facilitar contacto precoz y estimular la producción de leche facilitando el alojamiento conjunto.

Otro embarazo: Se puede amamantar.

Malnutrición de la madre: La leche no varía, salvo que la malnutrición de la madre sea más de un 30 %.

Hipertiroidismo: Los niveles de los fármacos para su tratamiento en la leche materna son muy bajos, por lo que no afecta a la función tiroidea del lactante.

Hipotiroidismo: La madre hipotiroidea puede dar el pecho como cualquier otra madre.

Hipertensión o cardiopatía: Robbison y cols. demostraron que la lactancia materna o artificial no afecta a la frecuencia cardiaca, gasto sistólico, gasto cardiaco y la presión arterial de las madres. Únicamente estar pendientes del tratamiento farmacológico por si afecta a la leche materna.

Epilepsia y depresión: Valorar en cada caso y en cada tratamiento farmacológico para ver la posibilidad de iniciar o continuar con la lactancia materna.

Ingreso hospitalario: Facilitar el alojamiento conjunto, si la enfermedad de la madre lo permite.

10. Circunstancias especiales del lactante.

Ictericia: No se debe interrumpir la lactancia.

Parto múltiple: Cualquier madre puede producir leche suficiente para 2 niños.

Labio leporino: En la mayoría de los casos, el mismo pecho se adapta al defecto y lo tapa durante la mamada.

Paladar hendido: Precisa obturar el defecto del paladar con una prótesis blanda. A veces se le da la leche materna por sonda nasogástrica

Síndrome de Down: Puede tener dificultades por la hipotonía y la cardiopatía asociadas, pero la lactancia materna es positiva, pues favorece el vínculo madre-hijo. Precisa asesoramiento para la postura correcta (tumbada, sujetar al bebé...)

Fenilcetonuria: Precisan control de niveles de fenilalanina en la sangre del lactante. Necesitan leche sin fenilalanina. En la leche materna el contenido de fenilalanina es menor que en la leche de vaca. Se puede pues mantener la lactancia materna pero con controles analíticos en el recién nacido.

Cardiopatía congénita: Los niños amamantados al pecho mantienen mejor la saturación de oxígeno.

Intolerancia a la lactosa: El déficit congénito de lactasa y la intolerancia congénita a la lactosa son enfermedades graves y poco habituales.

La intolerancia a la lactosa en el adulto no es una enfermedad sino un estado habitual. La intolerancia secundaria a la lactosa es una situación leve y transitoria que se da a veces en los lactantes tras una diarrea. No se debe confundir la intolerancia secundaria a la lactosa, con la alergia a la leche de vaca, que puede ser grave.

Si se sospecha, excluir la leche de vaca en la dieta de la madre para valorar.

Reflujo gastroesofágico: Se recomienda la lactancia materna.

11. Contraindicaciones de la lactancia.

Galactosemia: Enfermedad grave congénita, por déficit de la enzima galactosa-1-fosfato uridil transferasa en el hígado. Cursa con cataratas, ictericia, retraso mental, cirrosis, retraso ponderal, vómitos, hipoglucemia y otros problemas. Afecta a uno de cada 50.000 recién nacidos.

Es una contraindicación absoluta de la lactancia materna y los pacientes deben tomar una leche completamente exenta de lactosa.

SIDA: Se transmite a través de la leche materna y es preferible la lactancia artificial cuando ésta pueda realizarse con garantías de higiene.

Herpes simple: En el recién nacido (menos de 15 días) el herpes simple produce una infección generalizada y potencialmente mortal. Normalmente se contagia durante el parto, pero se han descrito casos de contagio por el pecho.

Durante el primer mes, la presencia de lesiones de herpes simple en el pezón, contraindica la lactancia de ese lado hasta su curación. La lactancia puede proseguir del otro pezón. Del mismo modo las personas con herpes simple labial no deben besar a un

recién nacido. Después del mes, el herpes del lactante ya no reviste especial gravedad.

12. Alimentación de la madre.

Consejos dietéticos generales para la madre que lacta:

- La madre lactante puede hacer una dieta libre, comiendo lo que quiera y la cantidad que quiera y bebiendo cuando tenga sed.
- No es conveniente ofrecer a las madres que lactan consejos específicos y detallados sobre alimentación. Cuando dichos consejos son correctos (dieta variada y equilibrada) son igualmente correctos para toda la población. Cuando los consejos carecen de fundamento científico, causan molestias innecesarias a las madres que las siguen y algunas madres podrían llegar a destetar al bebé, creyendo que su leche no será buena porque su dieta no es “sana” y “equilibrada”.
- Excepto en casos extremos (por ejemplo: madres que carezcan de un determinado nutriente), la dieta de la madre influye muy poco en la composición de la leche. Cada leche materna es distinta y cada niño se adapta al sabor de la leche de su madre.
- Una dieta sana y equilibrada es un derecho de la madre para proteger su propia salud, no es una obligación para proteger la salud de su hijo.

13. Alimentación complementaria del lactante.

Debemos recordar, que en caso de que la madre decida lactancia artificial, ésta también debe ser exclusiva y a demanda hasta los 6 meses de vida.

Se llama alimentación complementaria a la introducción de otros alimentos que no sean lactancia materna ni lactancia artificial.

Recomendaciones generales:

- No introducir ningún otro alimento que no sea leche, bien materna o artificial, hasta los 6 meses de vida.
- A partir de los 6 meses, introducir la alimentación (cereales sin gluten, verduras, frutas, carnes) en el orden que se desee, pero observando entre la introducción de un alimento nuevo y otro, dejar entre 5 a 7 días para valorar problemas de alergia o intolerancias.

- El resto de alimentos (derivados lácteos, cereal con gluten, pescado, yema del huevo...) no introducir al menos hasta los 9 meses de edad.

14. Diagnósticos de enfermería relacionados con la lactancia materna.

PATRON 1: PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD.

- Disposición a mejorar la organización de la conducta del lactante. 00117.

PATRON 2: NUTRICIONAL METABOLICO.

- Lactancia materna eficaz. 00106.
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante. 00107.
- Lactancia materna ineficaz. 00104.
- Interrupción de la lactancia materna. 00105.

PATRON 10: ADAPTACION / TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Conducta desorganizada del lactante. 00049
- Riesgo de conducta desorganizada del lactante. 00115.

15. Promoción de la lactancia materna desde la consulta de enfermería.

Nos encontramos dos problemas fundamentales relacionados con la lactancia materna:

- La baja prevalencia.
- El escaso conocimiento de la técnica de la lactancia natural y de las ventajas de esta alimentación natural.

Y dos factores de riesgo asociados a estos problemas:

- La pérdida de la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar.
- Los problemas en la madre como consecuencia de una mala técnica de amamantamiento.

Y unos factores contribuyentes a esta situación:

- Pérdida de la cultura del amamantamiento.
- La mal llamada “cultura del biberón”.
- La sociedad hedonista de nuestra época.
- La incorporación de la mujer al trabajo.

- Las falsas creencias relacionadas con la lactancia materna.

Este análisis de la situación nos hace plantearnos algunas propuestas de trabajo que puedan favorecer el aumento de la prevalencia de lactancia materna en nuestro Área de Salud y desde la consulta de enfermería:

A) Durante el embarazo, y coincidiendo con las visitas del embarazo, podemos:

- o Iniciar la promoción de la lactancia materna, reflejando la actitud de la madre ante la lactancia natural, motivación, experiencias anteriores...
- o Podemos aportar documentos o folletos educativos que den sustento escrito a nuestras informaciones (consejos para la lactancia materna que edita la Consejería de Sanidad, folletos de asociaciones pro-lactancia materna...)
- o Se puede ofertar a la madre, hacia el final del embarazo, asistir a algún grupo de apoyo a la lactancia.

B) Después del parto:

- o Si se puede, ofertar asesoramiento telefónico para cualquier duda que la nueva madre pueda tener.
- o Coincidiendo con la visita puerperal, observar una toma y resolver problemas y duda más habituales.

C) Durante las revisiones del niño: ya en la visita de los 5 días, coincidiendo con las pruebas metabólicas:

- o Explorar al recién nacido.
- o Entrevista con la madre: evaluar la situación física y emocional, apoyos familiares, grado de motivación para la lactancia materna, experiencias anteriores, explorar la mama y el pezón, repasar la técnica, observar una toma, resolver dudas.
- o En las sucesivas visitas (15 días, al mes...) seguir observando una toma hasta tener la garantía de que la lactancia está bien establecida.
- o En todas las visitas hemos de tener presente:
 - Aumentar el grado de autoconfianza y motivación de la madre.
 - Buscar apoyo en puntos fuertes (familiares, pareja, amigos...).
 - Corregir los puntos difíciles.
 - Recanalizar a la madre: Volver a citar en la consulta, poner en contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna...

Grupos de ayuda mutua:

Los grupos de ayuda ofrecen información y apoyo a aquellas madres que desean dar el pecho. Habitualmente ofrecen reuniones periódicas facilitadas por una madre con experiencia personal y formación sobre lactancia materna, asistencia telefónica, folletos y material divulgativo.

Constituyen un excelente aliado del profesional sanitario, siempre falto de tiempo, pues muchas de las dudas que tienen las madres durante la lactancia no son de naturaleza médica.

En España existen varios grupos, puede consultarse una lista de direcciones y teléfonos en las páginas de Alba Lactancia Materna o de la Asociación Española de Pediatría:

www.albalactanciamaterna.org

www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm

16. Aspectos éticos y legales.

Entre las varias causas que a lo largo del siglo XX contribuyeron al abandono de la lactancia materna en los países industrializados, la publicidad de la leche artificial ocupa un lugar destacado.

En 1981, la OMS promulgó el Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, cuyas principales disposiciones son:

- Se aplica a todos los sustitutos de la leche materna, incluso a los inadecuados (como zumos o infusiones), y a los biberones y tetinas.
- Prohíbe a los fabricantes distribuir material educativo (folletos, libros, videos) salvo que las autoridades sanitarias se lo hayan solicitado previamente por escrito.
- No habrá marcas de publicidad al público por ningún medio, ni ofertas o descuentos.
- La publicidad para profesionales se limitará a datos científicos y objetivos.
- Prohíbe el contacto profesional del personal de comercialización de estos productos con las madres y embarazadas.
- Prohíbe las muestras gratuitas y especialmente su distribución a través del sistema de salud.
- Los centros sanitarios no exhibirán carteles ni productos.
- Prohíbe los términos "maternizada" o "humanizada", así como las imágenes que idealicen esos productos.

En España, es de aplicación el Real Decreto 72/1998, que recoge la mayor parte de las disposiciones del Código, pero no se aplica a

la leche de continuación ni a los biberones y tetinas.

La red mundial de grupos pro alimentación infantil, International Baby-Food Action Network (IBFAN), recoge denuncias e infracciones a la normativa vigente y publica informes periódicos.

Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra, OMS, 1981.

Real Decreto 72/1998, de 23 de enero. BOE 4 de febrero. 1998 IBFAN, <http://www.ibfan.org>

17. Bibliografía y Recursos para el asesoramiento en Lactancia Materna.

- 📖 OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. División de Salud y Desarrollo del niño. OMS. Ginebra. 1998.
- 📖 OMS-UNICEF. Protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS-UNICEF. 1989.
- 📖 OMS. WHO. Community-based Strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. 2003.
- 📖 Declaración de Innocenti. Sobre la protección, Promoción y Apoyo de la lactancia materna. 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia.
- 📖 Manual práctico de lactancia materna. Carlos González. Edita ACPAM (Associació Catalana Pro Alletament Matern). 2004.
- 📖 Dar el pecho es lo mejor, Guía práctica de lactancia natural. Girona, Ediciones Tikal, 1999.
- 📖 Royal Collage of Midwines. "Lactancia materna. Manual para profesionales". Barcelona: ACPAM, 1994.
- 📖 Mi niño no me come. Carlos González. Editorial Temas de hoy. 1999.
- 📖 Ruiz Ferrón C, Romero Martínez J, Arnedillo Sanchez S. Promocionando la lactancia materna. Rev. Rol Enfermería. 2003; 26 (7-8): 514-522.
- 📖 Sabín Rodríguez C, García Almagro FJ, Lozano García Y, Sáez Crespo JA. Prevalencia de la lactancia materna. Estudio en un centro de atención primaria. Rev. Enf. Científica. 2003.; Vol 260-261: 5-10.
- 📖 Criado González E, Esquilas Martín MC, San Román Muñoz P. Lactancia materna, retos y condicionantes socioculturales. Estrategia Educativa. Rev. Rol Enfermería 1998; 234: 56-63.
- 📖 Programa de promoción de lactancia materna en el Área de Salud de Toledo. 2004.
- 📖 Medela AG. Dar el pecho. 1999.
- 📖 Consejos para la lactancia materna. Edita la Consejería de Sanidad. 2002.
- 📖 Lactancia materna y utilización de la leche humana. Pediatrics. Edición Española. Diciembre 1997.
- 📖 Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP nº 5. Madrid: Ergón, 2004.

PÁGINAS INTERESANTES EN INTERNET: Sólo algunas de las muchas que podemos encontrar hoy en Internet.

- 📖 Hospital de Denia. <http://www.e-lactancia.org>
- 📖 Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.org>
- 📖 Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN). <http://www.ihan.org.es>
- 📖 Alba Lactancia Materna. <http://www.albalactanciamaterna.org>
- 📖 Fundación LACMAT. <http://www.lacmat.org.ar>
- 📖 Consejos sobre lactancia materna. <http://www.terra.es/personal/mariachuss/home.htm>
- 📖 Dar de mamar. <http://www.dardemamar.ntefirms.com>
- 📖 Crianza natural. <http://crianzanatural.com>
- 📖 Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int>
- 📖 IBFAN. <http://www.ibfan.org>
- 📖 La Leche League. <http://www.lalecheleague.org>

18. Anexos.

Anexo I Posiciones.



Posición de rugby.



Posición sentada.



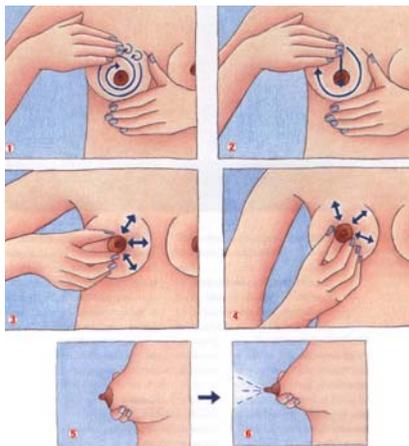
Posición para dar el pecho a gemelos.

Anexo II Extracción manual y conservación de la leche.

La madre puede extraerse la leche a mano o con un sacaleches. Al aumentar la frecuencia de la extracción aumenta la producción de leche. Es más eficaz sacarse en numerosas sesiones breves que en pocas sesiones largas.

Técnica de extracción manual:

Tras lavarse las manos, la madre hace un suave masaje con la palma de la mano, desde la base del pecho hacia la areola. También puede inclinarse hacia delante y sacudir los pechos, sujetándolos por la base, y estimular el pezón por encima de la ropa para desencadenar la secreción de oxitocina. La extracción propiamente dicha se realiza colocando el pulgar y el índice a un par de centímetros del pezón, y apretando primero hacia atrás y luego juntado los dedos. No hay que tocar el pezón. La leche saldrá a chorros y en varias direcciones, por lo que necesitamos un recipiente de boca ancha. La posición de los dedos irá rotando alrededor de la areola para vaciar todos los conductos.



Ejemplos de Extractores.

Conservación de la leche:

- A temperatura ambiente (27°-32°): 12 horas.
- Frigorífico: 3 días.
- Congelador normal: 14-30 días.
- Congelador 5 estrellas: hasta 6 meses.
- Podemos usar recipientes de plástico o de vidrio.

Utilización posterior de la leche:

- Descongelar lentamente.
- No volver a congelar y utilizar en 24 horas.
- Calentar la leche al baño maría, preferiblemente.
- También se puede utilizar el microondas.

19. Autotest.

1.- Las principales hormonas que intervienen en la lactancia:

- A) Prolactina y oxitocina.
- B) Oxitocina y factor inhibidor de la lactancia.
- C) Oxitocina, prolactina y factor inhibidor de la lactancia.
- D) Ninguna es correcta.

2.- La composición de la leche:

- A) El calostro es un tipo de leche.
- B) La concentración de grasas aumenta a lo largo de la toma.
- C) Al principio de la toma la leche es más acuosa y sacia la sed.
- D) Todas son correctas.

3.- En relación a la observación de una toma en la consulta, será correcto que:

- A) La madre esté inclinada sobre el bebé y con los hombros tensos.
- B) La boca del bebé presente el labio inferior doblado.
- C) Las mejillas del bebé aparezcan hundidas.
- D) La boca del bebé esté muy abierta, con el labio inferior doblado para afuera y las mejillas redondeadas.

4.- Si la lactancia está bien establecida y la madre y el hijo están satisfechos:

- A) Debemos insistir en la postura correcta.
- B) Es aconsejable no intervenir si ambos están satisfechos, aunque observemos errores.
- C) Aconsejaremos siempre usar una almohada para facilitar la lactancia.
- D) No es correcta ninguna afirmación.

5.- Ante un problema de rechazo del pecho:

- A) No forzaremos al bebé a mamar.
- B) Dejaremos que explore antes de ponerle a mamar.
- C) Esperaremos a que abra mucho la boca y lo empujaremos firmemente por la espalda.
- D) Todas son correctas.

6.- Para una lactancia con éxito:

- A) Lo fundamental es la posición y el movimiento de los labios y de la lengua.
- B) La postura del cuerpo puede no ser tan importante.
- C) El bebé debe tener el pecho de su madre delante.
- D) Todas son correctas.

7.- ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?

- A) El alojamiento no influye para la lactancia materna exclusiva.
- B) La lactancia materna es exclusiva y a demanda durante los 6 primeros meses de vida.
- C) Los bebés alimentados al pecho necesitan algún suplemento.
- D) El niño debe aguantar tres horas entre toma y toma.

8.- En relación a los chupetes y tetinas:

- A) Interfieren negativamente en la lactancia.
- B) Los movimientos de la lengua para tomar el pecho y el biberón son totalmente distintos.
- C) No se debe dar ningún biberón ni ningún chupete a los niños, al menos durante el primer mes de vida, cuando la lactancia esté bien establecida.
- D) Las respuestas A, B y C son correctas.

9.- En la consulta, valoraremos si la ingesta de leche es la adecuada si:

- A) El bebé recupera su peso al nacer a partir de la semana de vida.
- B) Hace varias deposiciones al día, al menos durante las primeras semanas de vida.
- C) Moja varios pañales al día, unos 5.
- D) Todas las anteriores.

10.- Cuando el bebé pide de mamar más a menudo:

- A) Lo normal es pensar que la madre no tiene suficiente leche.
- B) La madre tiene la leche aguada.
- C) La solución es dejar mamar al bebé siempre y cuanto tiempo necesite.
- D) Todos los recién nacidos tienen la misma necesidad de mamar.

11.- Las tomas nocturnas:

- A) Durante la noche, los niveles basales de prolactina y los picos de prolactina son más altos que durante el día, si el bebé estimula el pecho succionando.
- B) Los niños no necesitan mamar por las noches.
- C) La mayoría de los niños necesitan mamar por las noches hasta los dos años o más, aunque esto dependerá de cada niño.
- D) A y C son correctas.

12.- En el tratamiento de los problemas del pecho:

- A) Si se trata de una ingurgitación, debemos facilitar el vaciamiento de la mama aplicando calor antes de la mamada y frío después de la misma.
- B) Si es una obstrucción, puede ocurrir en cualquier momento del periodo de lactancia y también aconsejaremos masajear y vaciar el pecho.
- C) Si la madre presenta fiebre, evaluaremos si es una mastitis y también aconsejaremos continuar con la lactancia y tratamiento antibiótico.
- D) Todas las afirmaciones son correctas.

13.- Las grietas aparecen cuando:

- A) Cuando el bebé no tiene una posición correcta para mamar.
- B) El recién nacido no abre bien la boca y solo se introduce el pezón.
- C) La madre utiliza habitualmente discos protectores de tejido artificial.
- D) Todas son correctas.

14.- ¿En qué situaciones nos encontramos ante una verdadera HIPOGALACTIA?

- A) Déficit congénito de prolactina.
- B) Agenesia del tejido mamario.
- C) Salvo en casos muy particulares y en las respuestas A y B.
- D) Cuando la madre dice que su hijo no aguanta las tres horas y se queda con hambre.

15.- ¿Cuáles son contraindicaciones absolutas para la lactancia materna?

- A) Galactosemia, sida y herpes simple.
- B) Reflujo gastroesofágico, paladar hendido y labio leporino.
- C) Cesárea, diabetes, fibrosis quística y la cardiopatía de la madre.
- D) Cardiopatía congénita en el recién nacido, fenilcetonuria e ictericia.

16.- Para la promoción de la lactancia materna:

- A) Durante el embarazo preguntar la actitud ante la lactancia materna e iniciar el asesoramiento sobre ésta.
- B) Después del parto, ofrecer asesoramiento telefónico para resolver problemas y dudas frecuentes relacionadas con la lactancia.
- C) Durante las revisiones del niño, aumentar el grado de autoconfianza y motivación de las madres, buscando apoyo en personas cercanas.
- D) Todas las respuestas serían válidas para promocionar la lactancia natural.

17.- En relación a la publicidad de las leches artificiales es falso que:

- A) Han contribuido al abandono de la lactancia materna.
- B) No habrá marcas de publicidad de leches artificiales al público por ningún medio.
- C) El código internacional prohíbe a los fabricantes distribuir material educativo, salvo que las autoridades sanitarias lo hayan solicitado.
- D) El código internacional dice que el contacto profesional del personal de comercialización de leches artificiales con madres y embarazadas está permitido.

Nombre _____

Apellidos _____

Centro de Salud _____

Una vez cumplimentado, remitir a la Dirección de Enfermería (G.A.P. Talavera).

Este boletín es editado por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina.