LACTANCIA MATERNA

PARA PROFESIONALES DEL SCS

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

CRÉDITOS

RESPONSABLES INSTITUCIONALES

Elizabeth Hernández González
Directora general de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

María del Mar Julios Reyes
Jefa de servicio de Atención Primaria en la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

Víctor Naranjo Sintes
Jefe de servicio de Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

COORDINACIÓN AUTONÓMICA

Dolores Sabina Romero Ramírez
Pediatra con actividad asistencial en el área de Neonatología y Cuidados Intensivos. Jefa de sección de Neonatología del HUNSC. Presidenta de la Comisión de Lactancia del CHUNSC. Formador de Formadores en Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios acreditada por la IHAN.

Aythamy González Darias
Doctora en Ciencias Médicas por la Universidad de La Laguna. Matrona y técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales. Representante autonómica de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SCS. Profesora asociada de la Universidad de La Laguna.

EDICIÓN DIGITAL

Paco Almeida [Redbox Studio]
Diseño y maquetación.

1ª edición: febrero 2022.

© De los textos sus autores.
© De las ilustraciones sus autores.

ISBN: 978-84-16878-28-4

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A TODAS LAS PERSONAS QUE HAN CONTRIBUIDO A LA CONSECUCIÓN DE ESTE ILUSIONANTE PROYECTO.

LACTANCIA MATERNA | Servicio Canario de la Salud | Gobierno de Canarias

PROFESIONALES DEL SCS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DEL MANUSCRITO COMO AUTORAS Y AUTORES DEL CONTENIDO

Ana Fernández Vilar
Matrona del HUNSC. Colaboradora de la Unidad Docente de Matronas de Tenerife. Miembro de la Comisión de Lactancia del HUNSC.

Paloma González Carretero
Pediatra con actividad asistencial en el área de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. Miembro de la Comisión de Lactancia del HUNSC.

María Dolores Vera Iglesias
Enfermera de pediatría en Atención Primaria del SCS. Formadora en Lactancia Materna acreditada por la iHAN.

María Isis Suárez Hernández
Matrona del HUNSC. Colaboradora de la Unidad Docente de Matronas de Tenerife. Miembro de la Comisión de Lactancia del HUNSC.

María Aimón Sánchez Molinero
Matrona en el HUC. Colaboradora de la Unidad Docente de Matronas de Tenerife. Formadora en Lactancia Materna acreditada por la iHAN. Miembro del Comité de Lactancia Materna del HUC.

Isabel González Camacho
Enfermera-DUE en la especialidad de enfermería pediátrica 2016. Consultora en Lactancia Materna certificada IBCLC. Formadora IHAN. Enfermera pediátrica en Centro Salud Breña Alta (Zona Básica de Salud).

Amanda Antequera Pestano
Matrona en Atención Primaria del SCS (Tenerife). Maestría universitaria en Lactancia Materna de la ULPGC. Formadora en Lactancia Materna acreditada por la iHAN. Coordinadora de un grupo de lactancia materna. Miembro de la Comisión de Lactancia del HUNSC.

María Gara Bourgon Rodríguez
Matrona en Atención Primaria del SCS (Tenerife). Formadora en Lactancia Materna acreditada por la IHAN. Tutora de residentes de matrona y colaboradora docente de residentes de enfermería familiar y comunitaria.

Beatriz Reyes Millán
Pediatra con actividad asistencial en área de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales del HUNSC. Máster en Neonatología.

Aythamy González Darias
Doctora en Ciencias Médicas por la Universidad de La Laguna. Matrona y técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales. Representante autonómica de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SCS. Profesora asociada de la Universidad de La Laguna.

María Belén Hernández Martín
Matrona de paritorio del CHUC. Secretaria del Comité de Lactancia Materna del CHUC-Área Norte desde su creación en 2016 hasta la actualidad.

Iraya Monagas Agrelo
Matrona con actividad asistencial en las plantas de hospitalización del CHUIMI. Colaboradora de la Unidad Docente de Matrona de Las Palmas. Miembro del Comité de Lactancia Materna del CHUIMI.

Dolores Sabina Romero Ramírez
Pediatra con actividad asistencial en área de Neonatología y Cuidados Intensivos. Jefa de sección de Neonatología del HUNSC. Presidenta de la Comisión de Lactancia del CHUNSC. Formador de Formadores en Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios acreditada por la IHAN.

Pedro José Cabrera Vega
Pediatra con actividad asistencial en área de Neonatología del CHUIMI. Máster en Neonatología.

Julia Jeppesen Gutiérrez
Matrona del CHUIMI. Docente de la Unidad Docente de Matronas del CHUIMI. Tutora de residentes. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Carmen Rosa Martel Santiago
Médico especialista en ginecología y obstetricia del CHUIMI. Adjunta de la Unidad Urgencias-Paritorio-Puerperio del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMIC. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Lourdes Hernández González
Médico especialista en anestesiología y reanimación. Jefe de sección CHUIMI. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Raquel Sánchez Nuez
Médico especialista en anestesiología y reanimación del CHUIMI.

Mª Ángeles Ferrera Fernández
Doctora en enfermería. Enfermería pediátrica con actividad asistencial en área de Neonatología del CHUIMI. Docente en la Facultad de Enfermería. Profesora asociada a tiempo parcial en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Marta Siguero Onrubia
Pediatra con actividad asistencial en área de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. Máster en Neonatología. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Yazmina Afonso Arencibia
Enfermera pediátrica con actividad asistencial en área de Neonatología del CHUIMI. Profesional certificado NIDCAP. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

María Moreyba Borges Luján
Pediatra con actividad asistencial en área de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales del CHUIMI. Máster en Neonatología.

Octavio J. Ramírez García
Médico especialista en ginecología y obstetricia del CHUIMI. Jefe de sección de Obstetricia del HUMIC. Presidente del Comité de Ética del CHUIMI. Miembro de la Comisión de Lactancia del CHUIMI.

Luis Peña Quintana
Catedrático de la ULPGC. Especialista en pediatría con actividad asistencial en el área de gastroenterología y nutrición. Jefe de sección. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Lourdes Urquía Martí
Pediatra con actividad asistencial en área de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. Máster en Neonatología. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

José Ramón Alberto Alonso
Especialista en pediatría con actividad asistencial en el área de Gastroenterología y Nutrición del HUNSC.

Isabel María Yarza Relaño
Diplomada en Fisioterapia. Enfermera especialista en obstetricia y ginecología. Matrona del SCS. Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.

Sara López Jiménez
Enfermera especialista en obstetricia y ginecología. Matrona del SCS. Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.

Fernando Santana Jimenez
Enfermero pediátrico en Atención Primaria del SCS. Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Nayra Yessica Niz Guadalupe
Matrona asistencial del área de Paritorio del Hospital Molina Orosa, Lanzarote.

Aniuska Sutil Rosas
Directora médica de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.

Evelio Antonio Domínguez Suárez
Doctor en Enfermería. Enfermero especialista en pediatría. Enfermero del Servicio de Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HUNSC.

PROFESIONALES DEL SCS QUE HAN PARTICIPADO EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO

Santiago de la Huerga Moreno
Técnico de la Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria.

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva
Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos.

Seila Llorente Pulido
Matrona de la Gerencia de Atención Primaria Tenerife. Centro de Salud San Isidro.

Irene González Pérez
Matrona del área de Paritorio del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Elizabet Machín Martín
Matrona asistencial del área de Paritorio del CHUIMI. Miembro del Comité de Lactancia del CHUIMI.

Sergio Mies Padilla
Matrona asistencial del área de Paritorio del CHUIMI.

Irene Santana Domínguez
Matrona asistencial del área de Paritorio del CHUIMI.

Ana de Isidro Olavarrieta
Matrona del área de Paritorio del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Aythamy González Darias
Doctora en Ciencias Médicas por la Universidad de La Laguna. Matrona y técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales. Representante autonómica de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del SCS. Profesora asociada de la Universidad de La Laguna.

PRESENTACIÓN

Elizabeth Hernández González

DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

El **Servicio Canario de la Salud** apuesta firmemente por la promoción y el apoyo de iniciativas que fomentan la humanización de la asistencia al parto y al nacimiento, entre ellas, la protección de la lactancia materna, ya que está considerada una de las prácticas más efectivas para la prevención de enfermedades a corto y largo plazo, tanto para la madre como para los lactantes, habiendo demostrado una importante reducción de la morbi-mortalidad para ambos. Por este motivo, desde la **Dirección General de Programas Asistenciales**, se ha impulsado una estrategia formativa que persigue **promover, proteger y apoyar la lactancia materna** para que sus profesionales desarrollen conocimientos y habilidades prácticas sobre alimentación en la primera infancia.

Para lograr una promoción eficaz de lactancia materna, es fundamental la formación teórica y práctica de los y las profesionales sanitarios de diferentes estamentos y categorías que tienen contacto directo con las madres, bebés y sus familias, debiendo compartir una formación actualizada y unificada. Siguiendo en esta línea, la formación se ha planteado desde un enfoque multidisciplinar, en la que han participado profesionales de las áreas de pediatría (neonatología, pediatras y enfermería pediátrica), ginecología y obstetricia (matronas y ginecología), anestesistas y fisioterapeutas de diferentes islas de nuestro territorio.

Con la finalidad de homogeneizar la información y hacerla accesible a todos los y las profesionales de la salud en esta materia, se ha elaborado un manual asociado al curso Lactancia materna: abordaje multidisciplinar para profesionales de la salud. Este manual de consulta se publicará en soporte digital en la página del Servicio Canario de la Salud siendo el documento de referencia en lactancia materna para profesionales del Servicio Canario de la Salud.

Quisiera agradecer de forma especial el esfuerzo realizado por parte de las personas que han participado en su elaboración, deseando que esta herramienta sea valiosa y beneficiosa en la labor diaria de los y las profesionales que mejoran la salud de las madres, lactantes y familias de Canarias.

Sobre este manual y su utilización

Este manual ha sido elaborado por profesionales del Servicio Canario de la Salud involucrados en la asistencia sanitaria con la finalidad de ayudar a las personas trabajadoras de las maternidades y áreas pediátricas de hospitales y centros de salud a conseguir la excelencia en la práctica clínica. Esperamos que esta guía, basada en la evidencia científica actual, sirva de base de conocimiento para todos aquellos y aquellas profesionales implicados/as en los cuidados materno-infantiles desde cualquiera de las esferas sanitarias donde el Servicio Canario de la Salud ofrece sus prestaciones.

El aprendizaje teórico y práctico en lactancia materna de los y las profesionales en el ámbito de la salud, es un requerimiento importante para el inicio, y sobre todo, para el mantenimiento de la lactancia materna, por lo que, para llevar a cabo un cambio de prácticas eficaz, la formación e información sobre lactancia materna debe tener una mirada multidisciplinar, de forma que todos los perfiles sanitarios que tienen contacto directo con las madres, bebés y sus familias, deben compartir unos conocimientos actualizados y unificados. Por este motivo, presentamos este manual de «**Lactancia materna para profesionales del Servicio Canario de la Salud**» que surge como reto de un equipo de profesionales implicados/as en el Curso de Lactancia destinado a compañeras y compañeros profesionales del Servicio Canario de Salud, cuya puesta en marcha se inició a finales del año 2019 desde la plataforma formativa. Este documento comprende el temario completo que integra la programación de dicho curso y refleja la inquietud compartida por los y las docentes de esta estrategia formativa para mejorar la salud materno-infantil en Canarias, a través de generar prácticas actualizadas y constatadas sobre lactancia materna.

El manual pretende hacer más accesible una gran cantidad de información a través una estructura simplificada dividida en siete módulos diferenciados por colores, para hacer más atractiva su lectura. Con el uso, se llegarán a asociar los diferentes colores a los módulos y temas correspondientes. El índice general, que encontrarás a partir de la siguiente página, te permite acceder de una forma fácil y rápida a todos los módulos y a los temas específicos que lo integran, solo tienes que hacer en el nombre del módulo o en el título del tema para ir a él y desde cualquier página pulsando en puedes volver al índice. En este documento también hemos sentido la necesidad de plasmar los diferentes modelos de familias utilizando ilustraciones que están vinculadas a la lactancia materna, integrando a la pareja y familia como parte fundamental del éxito en la lactancia, primando el bienestar y la salud integral de la díada madre lactante.

MÓDULO \ 01

- PERSPECTIVA HISTÓRICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA LACTANCIA MATERNA
- IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA
- ANATOMÍA DE LA MADRE Y DEL NIÑO
- FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

MÓDULO \ 02

- TÉCNICA DE LACTANCIA: FACTORES QUE DIFICULTAN EL AGARRE. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- TÉCNICA DE LACTANCIA: IMPORTANCIA DE LA PRIMERA HORA. FACTORES FAVORECEDORES DEL AGARRE
- EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA
- CÓMO COLOCAR AL BEBÉ AL PECHO
- CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

MÓDULO \ 03

- CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA
- LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS
- RECURSOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
- ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
- ESTRATEGIA IHAN HOSPITALES: LOS *DIEZ PASOS*
- IHAN CENTROS DE SALUD: LOS *7 PASOS*

MÓDULO \ 04

- MANEJO DE LA LACTANCIA LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA
- PÉRDIDA DE PESO Y DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN EL LACTANTE AMAMANTADO
- PROBLEMAS EN EL LACTANTE AMAMANTADO: ICTERICIA E HIPOGLUCEMIA NEONATAL
- EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE AMAMANTADO
- LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

MÓDULO \ 05

- SITUACIONES COMUNES EN LA LACTANCIA I: RECHAZO DEL PECHO / HUELGA DE LACTANCIA Y CRISIS DE LACTANCIA
- SITUACIONES COMUNES EN LA LACTANCIA II: LLANTO Y CÓLICO DEL LACTANTE. LACTANCIA PROLONGADA. LACTANCIA EN TÁNDEM
- AFECCIONES DEL PECHO PRECOCES I Y II: DOLOR, INGURGITACIÓN MAMARIA, ALTERACIONES DEL PEZÓN
- AFECCIONES DEL PECHO TARDÍAS

MÓDULO \ 06

- MÉTODOS DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA
- MÉTODOS DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA. BANCOS DE LECHE MATERNA
- MÉTODOS DE SUPLEMENTACIÓN
- PROBLEMAS DE LA MADRE QUE AMAMANTA QUE DIFICULTAN O CONTRAINDICAN LA LACTANCIA
- ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA
- NECESIDADES NUTRITIVAS DE LA MADRE QUE AMAMANTA
- LACTANCIA Y HÁBITOS TÓXICOS

MÓDULO \ 07

- LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES I: LACTANTES HIPOTÓNICOS, FISURA LABIAL/PALATINA, ANQUILOGLOSIA Y GEMELOS
- LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES II: PREMATUROS
- ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE
- ESTRATEGIAS DE LACTANCIA PARA MADRES TRABAJADORAS
- APOYO A LAS MADRES QUE NO AMAMANTAN
- GRUPOS DE APOYO Y TALLERES DE LACTANCIA

MÓDULO \ 01

- PERSPECTIVA HISTÓRICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA LACTANCIA MATERNA
- IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA
- ANATOMÍA DE LA MADRE Y DEL NIÑO
- FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

MÓDULO \ 01

PERSPECTIVA HISTÓRICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Autora \ Ana Fernández Vilar

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el patrón oro de la alimentación de nuestra especie. Somos mamíferos y, desde el principio de los tiempos hasta el año 1900, la inmensa mayoría de los recién nacidos eran amamantados.

Es el fenómeno biocultural por excelencia y está claramente sujeto a influencias sociales, económicas y culturales.

A pesar de que la evidencia científica actual apoya esta práctica, la OMS nos alerta de que, en el mundo, solo un 38 % de los lactantes menores de 6 meses de edad reciben lactancia materna de forma exclusiva.

En este tema abordaremos por qué se ha perdido la cultura del amamantamiento.

BREVE HISTORIA DE LA LACTANCIA

La mujer, en muchas culturas, ha obtenido un papel fundamental y poder a través de la lactancia de sus propios hijos o de otros.

Edad Antigua

En las antiguas civilizaciones se reconocía la importancia del amamantamiento. Amamantaban durante tiempos prolongados (2-3 años), observando una disminución de la mortalidad infantil en los niños y niñas que recibían LM. Las clases altas reclamaban el apoyo de nodrizas para el amamantamiento, considerando esta labor como un trabajo honorable. Amamantar en público era frecuente y se tenía el convencimiento de que reafirmaba los lazos afectivos entre la madre y los hijos e hijas. El abandono de los niños y las niñas era castigado.

A medida que se va avanzando hasta la Edad Media, las nodrizas van cobrando protagonismo, siendo aún la lactancia materna la alimentación fundamental durante los primeros años de vida.

Edad Media

Cada vez más, se va dejando el cuidado de los niños en manos de otros. La lactancia comienza a ser un medio de subsistencia socioeconómica para las nodrizas y el hecho de contratarlas se convierte en un símbolo de poder adquisitivo y de posición social. La duración de la lactancia sigue siendo prolongada, pero las mujeres ricas dejan de amamantar a sus hijos, desechan el calostro y se vuelve común el ayuno postparto de 48 horas.

Edad Moderna

Durante el Renacimiento, en Europa, sobre todo en Francia e Italia, fue el auge de las nodrizas. En Francia, lo que en el siglo XVI era una práctica exclusiva de la aristocracia se extiende, en el XVII y XVIII, a la burguesía y las clases populares.

La mayoría de mujeres de la clase humilde amamantaban a más de una criatura a la vez, a la suya propia y a la dejada a su cuidado. Así, las clases bajas tenían una baja natalidad (gracias al efecto anticonceptivo de la lactancia) y las clases altas tenían altas descendencias (15-20 hijos) con una alta mortalidad.

A esta práctica de alimentar a un niño ajeno al pecho, que generalmente era recompensada con algún tipo de bien material, se ha denominado, en los círculos académicos y literarios, como «lactancia mercenaria». En Francia es donde se regula la lactancia mercenaria. El abandono de la LM por parte de las clases medias y altas es tan grande que, en 1780 en París, el 92 % de los niños eran amamantados por una nodriza.

Esta práctica también era común en otros países europeos (Inglaterra, España, Italia, Alemania), aunque en menor grado.

La mortalidad infantil era muy elevada, disparándose en el siglo XVIII y siendo mucho mayor en los niños amamantados por nodrizas, sobre todo si estas los criaban en sus casas o en el campo, como era tradición en determinadas ciudades como Florencia.

La creencia sin fundamento científico de la transmisión a través de la LM de características físicas, de posibles enfermedades y de rasgos del carácter o personalidad, junto a las altas cifras de mortalidad que sugerían la transmisión de enfermedades a través de la leche, hacen que médicos, humanistas, filósofos, sacerdotes, moralistas, científicos y políticos de toda Europa se posicionen en contra de la lactancia mercenaria.

Siglo XIX

En el siglo XIX, la Revolución Industrial, junto con un fuerte cambio cultural, rematan el abandono de la LM.

Durante este siglo, todos los tratados médicos afirman la superioridad de la leche de mujer sobre la de cualquier animal. Sin embargo, reconocen que, después de la de mujer, se sitúan por orden de adecuación a las necesidades nutritivas del niño o de la niña: la de cabra, la de asna y la de vaca, en último lugar.

A finales del siglo XIX, Henri Nestlé en 1867 desarrolla la *farine lactée*. La pasteurización vuelve más segura la leche embotellada y hace que el uso del biberón se haga cada vez más popular.

PUNTO CLAVE \ La ideología dominante que ensalzaba el progreso y la tecnología, la necesidad de que todo se pudiera medir, pesar y calcular «científicamente», hizo creer a la población y a los profesionales que lo industrial era más perfecto que lo natural.

Siglo XX

En el siglo XX se dan una serie de factores que influyen negativamente en la lactancia materna:

- Empiezan a aparecer las primeras leches de fórmula «seguras». Se desarrolla la industria de alimentación infantil y se promocionan con publicidad agresiva.
- Se ve la lactancia artificial como «norma». Se trasladan las normas de la alimentación artificial a la lactancia natural.
- Las mujeres se trasladan a los hospitales para ser atendidas durante sus partos. Se someten a técnicas que interfieren en el proceso fisiológico y se someten a las rutinas hospitalarias (partos instrumentalizados, separaciones tras el parto, lactancias con horarios, suplementos en los primeros días...).
- Pérdida de la confianza de la mujer en su capacidad para alimentar a sus hijos. ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Cuánto?... Necesidad de medir y controlar según el método científico.
- Pérdida progresiva de la cultura del amamantamiento. Las nuevas madres no han visto mujeres lactando en su círculo cercano y carecen de personas de referencia a las que acudir en caso de necesitar ayuda.

PUNTO CLAVE \ La aparición de las leches de fórmula y la publicidad indiscriminada de las mismas, junto con los partos hospitalarios y sus rutinas asociadas, fueron las piezas fundamentales para el abandono de la lactancia materna.

Todo lo anterior lleva a una sensación de «hipogalactia colectiva» o síndrome de leche insuficiente, que lejos de deberse a causas biológicas, sí tiene su origen en causas sociales, culturales y psicológicas. Más del 70 % de las mujeres no podían iniciar la lactancia a pesar de su deseo de hacerlo.

PUNTO CLAVE \ Se produce una pérdida de la confianza de la mujer en su capacidad para alimentar a sus hijos.

FALSAS CREENCIAS QUE DERIVAN EN MITOS

A lo largo de la historia, una serie de creencias populares y erróneas teorías contribuyeron a un rechazo de la lactancia materna entre las clases medias y altas de muchos países de la Europa de los siglos XV a XIX. Algunas de ellas eran:

- **Hipócrates (s. V a. C.)**: «La leche del pecho es una modificación de la sangre menstrual del útero y que llega allí mediante conexiones internas entre ambos órganos».
- **Sorano de Éfeso (s. II d. C.)**: «La lactancia debilita a las madres y puede ser peligrosa para su salud, especialmente el primer mes».
- **Galeno (s. II d. C.)**: proscribe las relaciones sexuales durante el periodo de lactancia porque se corrompía la leche.
- **Aristóteles (384-322 a. C.)**: «No debe consumirse el calostro».
- **San Agustín (s. IV d. C)**: «Mala leche». Se transmitían enfermedades y rasgos del carácter a través de la leche.
- Durante los siglos XVI a XVIII, el canon de belleza imperante exige a las mujeres unos pechos pequeños y un moderado sobrepeso. La moda de los corsés ceñidísimos aplastaba el pecho y deformaban el pezón.

PUNTO CLAVE \ Los mitos contribuyen a crear una baja opinión social del amamantamiento, al que se le considera indigno, vergonzoso, propio de clases inferiores o de animales. Muchos de ellos aún perduran en nuestra sociedad actual.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA LACTANCIA MATERNA

Menos del 40 % de los lactantes de todo el mundo reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Si valoramos las tasas de LM en relación a los ingresos económicos del país observamos diferencias notables, siendo mayores las tasas de LM en aquellos países con menores recursos. Cuando se analiza la prevalencia de la LM entre las distintas clases sociales de un país, se observa que en los países más pobres las clases sociales que mantienen la LM durante más tiempo son las más bajas, mientras que en los países con mayores recursos son las madres de las clases socioeconómicas más altas y mejores niveles educativos las que amamantan y lo hacen durante más tiempo.

España

En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden mayoritariamente de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal. Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia. Con ellas se recogen datos de prevalencia de LM por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS, lo que dificulta la comparación con otros países.

En 2011, menos del 50 % de los lactantes españoles continuaban con alguna lactancia materna a los 6 meses y solo un 28,5 % continuaban con lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Las cifras mejoran en el año 2017, aún así los indicadores no son los recomendados por la OMS.

Lactancia materna	INE 2008	INE 2011	INE 2017
6 semanas	68,4 %	66 %	73,9 %
3 meses	52,48 %	53 %	63,9 %
6 meses	24,72 %	28,44 %	39,0 %

Tabla1. Lactancia Materna en España. Encuesta Nacional de Salud. (Hace referencia a cualquier lactancia materna)

De todo lo anterior se deduce que nuestro escenario actual no se corresponde con lo idóneo. La maternidad/paternidad debe sustentarse en una decisión consciente de la pareja (en el caso de las familias no monoparentales), teniendo en cuenta que el modelo de crianza es responsabilidad de ambos, directamente relacionado con sus experiencias y su cultura.

Las madres/familias deben tomar una decisión informada sobre la forma de alimentación de sus hijos y para ello es necesario que reciban de los profesionales información veraz, respetuosa y libre de influencias en relación a los beneficios/riesgos para la salud y otras consecuencias sociales y económicas.

A pesar de la importancia reconocida de amamantar, esta práctica aún no está bien implantada a nivel mundial, sobre todo en los países más desarrollados.

Aunque se han conseguido avances en los últimos años, todavía nos encontramos lejos de alcanzar los objetivos de la OMS.

En España sería recomendable mejorar el sistema de monitorización y seguimiento de la LM. También es necesario que se produzca un mayor apoyo a la LM a nivel social y laboral, no pudiéndose responsabilizar únicamente a las madres/familias de realizar todo el esfuerzo para conseguir estos objetivos.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La decisión de cada madre de cómo alimentar a su bebé está influenciada por diversos factores dentro de los cuales están sus creencias, cultura...
- En el siglo XX hemos sufrido una pérdida de la cultura del amamantamiento.
- Las cifras de lactancia materna en el mundo, en España y en Canarias son muy inferiores a las deseables.
- Los profesionales debemos tomar conciencia de lo importante de nuestras actuaciones para conseguir el aumento de las tasas de lactancia.
- Son necesarios realizar cambios en las rutinas y los protocolos de atención a las madres y sus RN.

REFERENCIAS

Asociación Española de Pediatría (2016). *Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países* [monografía en internet]. España. Recuperado de: https://pequelia.republica.com/files/2017/01/lactancia_materna_cifras.pdf

Díaz, M. (2013). Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia del Grupo de trabajo español de la Iniciativa Mundial de Lactancia Materna. [monografía en internet]. España. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/resumen-presentacion-encuestalm-julio2013_0.pdf

Rizzo, C.I. (2008). *Lactancia materna. Una perspectiva desde la medicina social* [monografía en internet]. Argentina. Recuperado de: https://www.monografias.com/docs115/lactancia-materna-perspectiva-medicina-social/lactancia-materna-perspectiva-medicina-social.shtml

Talayero, J.M.P. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. *Lactancia Materna: guía para profesionales*, 7.

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA

Autora \ Paloma González Carretero

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el método óptimo de alimentación del lactante, tanto desde el punto de vista nutricional, como inmunológico y cognitivo.

En el 2016, la revista británica *The Lancet* publica una serie sobre LM en la que concluye que la LM hace que el mundo sea más sano, más inteligente y tenga mayor grado de igualdad.

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LAS MADRES, LOS BEBÉS Y LA SOCIEDAD

La LM produce una multitud de beneficios para las mujeres y para los niños a corto plazo (durante el tiempo que dura la lactancia) y a largo plazo (más allá del tiempo de lactancia), tanto en países con altos recursos económicos como con medios o bajos.

Beneficios en el bebé

La serie de *The Lancet* realiza una estimación de que se salvarían más de 820.000 vidas si se alcanzaran los objetivos en materia de LM planteados por la OMS.

A continuación, haremos un repaso breve de la evidencia actual:

- **Mortalidad.** En los lactantes que han sido amamantados de forma exclusiva, el riesgo de muerte es inferior en los países de ingresos bajos y medios. En promedio, los lactantes menores de 6 meses que no son amamantados tienen de 3 a 4 veces mayor riesgo de morir que los que recibieron LM. El aumento de mortalidad por falta de lactancia también se ha observado en los países de altos recursos económicos. En estos países, la LM también se relaciona con menor tasa de hospitalización y visitas ambulatorias.
- **Gastroenteritis.** Los niños amamantados, frente a los no amamantados, tienen menor incidencia de gastroenteritis (se reducen tanto los episodios como la duración de los mismos), así como las hospitalizaciones por este problema. Igualmente ocurre con otros problemas gastrointestinales como la diarrea, de tal forma que se reduce la incidencia en aquellos lactantes alimentados con LM.
- **Infecciones respiratorias.** Los niños amamantados tienen menor riesgo de enfermedad respiratoria en los primeros 13 meses de vida. También padecen menos infecciones del tracto respiratorio inferior y su consecuente hospitalización debido a este proceso. Parece que el amamantamiento más allá de los 6 meses produce efecto protector tras el tiempo de LM (hasta 1 año).
- **Otitis media.** La otitis media aguda y recurrente se reduce en los niños amamantados en comparación con los alimentados con fórmula, principalmente aquellos menores de 2 años.
- **Síndrome de muerte súbita del lactante.** Un metaanálisis mostró que la LM se asociaba con una reducción del 36 % de los casos de muerte súbita del lactante.
- **Enfermedad crónica.** La LM prolongada se asoció con una reducción de la prevalencia de **sobrepeso u obesidad**. También se ha asociado con una reducción en el riesgo general de **cáncer infantil**, así como de la aparición de linfoma y leucemia (en LM de más de 6 meses de duración).

Además, se sugiere que la incidencia de **diabetes mellitus tipo 2** se reduce en los lactantes amamantados en comparación con los que fueron alimentados con fórmula, al igual que el riesgo de desarrollar **diabetes mellitus tipo 1**.

Hay estudios que muestran una posible protección contra la rinitis alérgica en niños menores de 5 años.

- **Prematuros.** Los recién nacidos prematuros que reciben LM manifiestan una reducción de **sepsis, enterocolitis necrosante** y de la **mortalidad derivada de estos episodios.** Además, presentan menos síntomas respiratorios en los primeros siete meses de vida, en comparación con los alimentados con fórmula. La gravedad y la incidencia de la retinopatía del prematuro y de la broncodisplasia, también disminuyen entre los prematuros que toman LM.
- **Desarrollo cognitivo.** La alimentación basada en LM se asoció con la obtención de mayor rendimiento en las pruebas de inteligencia evaluadas en niños y adolescentes.

Beneficios para la madre que amamanta

- **A corto plazo.** La LM disminuye el riesgo de hemorragia postparto y el retraso de la ovulación (protección de la ferropenia). Existen estudios de menor calidad que hablan de disminución de la depresión postparto y de mejor recuperación del peso materno previo a la gestación.
- **A largo plazo.** La LM se ha demostrado protectora frente al **cáncer de mama premenopáusico** (efecto mayor tras dos años de lactancia). Se estima que una mejora de las tasas de LM evitaría 20.000 muertes por cáncer de mama al año.
- También se ha observado reducción del cáncer de ovario epitelial y de endometrio en las madres que amamantan de forma prolongada.
- Cuando la duración de la lactancia acumulada es mayor o igual a 24 meses se observa un efecto protector frente a la **enfermedad cardiovascular.**
- Las madres que amamantan también presentan un efecto protector frente a la **diabetes mellitus tipo 2** (aumenta con cada año de amamantamiento).

PUNTO CLAVE \ Amamantar hasta los 2 años ha demostrado beneficios para la madre y para el lactante.

Beneficios para la sociedad

La LM contribuye a la economía del hogar proporcionando ahorro en la compra de leches artificiales, biberones, chupas, etc. y en el tiempo de preparación. Los niños amamantados se enferman menos, lo que disminuye el gasto de la familia en medicamentos y el ausentismo laboral de los padres.

De igual forma, se disminuyen los gastos en salud y se promueve la igualdad de género en la sociedad. Se estima que podrían ahorrarse más de 260 mil millones de euros al año, el total de los costos de la capacidad cognitiva inferior asociada a no amamantar, una cifra comparable con la totalidad del mercado farmacéutico mundial.

Un estudio realizado en la provincia de Toledo estimó que el ahorro económico para el sistema sanitario público español sería de 51.255.769 € en tan solo un año, teniendo en cuenta que el 50 % de mujeres mantuviese la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses.

El hecho de ser la fórmula de sucedáneo de LM un producto no natural conlleva riesgos ecológicos que alteran el medio ambiente en todas las etapas de su procesamiento: la producción, la distribución, el consumo y el reciclado de los residuos.

RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS

La utilización rutinaria de suplementos ha sido una práctica habitual en muchas maternidades. La IHAN, en **el paso número 6**, recomienda «no suplementar con líquidos diferentes a la leche materna en general y no administrar fórmulas a los recién nacidos amamantados con leche materna durante la estancia hospitalaria, a menos que esté médicamente indicado (grado de recomendación: fuerte)».

Las recomendaciones de la suplementación con sucedáneos han estado orientadas, de forma mayoritaria, a mejorar la ganancia ponderal y a evitar las hipoglucemias en los lactantes. Sin embargo, diversos estudios constatan que no aumentan el peso a las 72 horas ni reducen el número de episodios de hipoglucemia a las 48 horas de vida. Además, los niños no amamantados, están sometidos a riesgos inherentes relacionados con el uso de sucedáneos:

- **Alteración de la cavidad oral.** Se ha descrito que usar biberones interfiere con la maduración de las funciones orales a medida que el niño crece. Hay mayor riesgo de deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria y dificultades de la fonoarticulación. La respiración bucal lleva a una ventilación inadecuada, aumento de las infecciones respiratorias y disminución de la audición.

- **Alteración de la microbiota intestinal.** El tipo de alimentación ha demostrado influir directamente en la composición de la microbiota intestinal. Los niños alimentados con LM presentan una microbiota más estable y uniforme, comparados con aquellos alimentados con sucedáneo. Se han apreciado pequeños cambios en la flora bacteriana normal de los niños alimentados con LM y suplementados con sucedáneo en pequeñas cantidades. Este hecho tiene implicaciones en el futuro de estos lactantes, ya que la microbiota adquirida en la infancia temprana es crítica para determinar la respuesta inmune y la aparición de posibles intolerancias; estas alteraciones del ambiente intestinal se consideran responsables de

la inflamación de la mucosa, de la aparición de patología autoinmune y de algunos desórdenes alérgicos en niños y adultos.

- **Alteración de la oxigenación y termorregulación.** La estabilidad cardiorrespiratoria y de la temperatura corporal es mayor en pacientes amamantados que en los alimentados con fórmula.
- **Dificultad para vínculo afectivo.** El contacto estrecho con la madre durante el amamantamiento favorece la aparición de sentimientos de bienestar, reduce los niveles de estrés y ayuda a establecer un vínculo afectivo entre madre e hijo.
- **Riesgo de infecciones por fórmulas contaminadas.** La transmisión de *C. sakazakii* está ampliamente asociada con la fórmula infantil en polvo reconstituida y se han descrito brotes de enfermedad invasiva causados por la contaminación de *Cronobacter sakazakii* en las fórmulas infantiles.

PUNTO CLAVE \ La administración de suplementos de LM / fórmula en las maternidades, se relaciona con un menor porcentaje de lactantes amamantados a los tres meses y con una menor duración de cualquier lactancia materna y de la lactancia materna exclusiva.

INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS

a) Condiciones médicas del recién nacido sano que pueden requerir suplementos

Siempre debe ser valorado por un o una especialista que intentará la optimización de la técnica.

- **Hipoglucemia asintomática.** Documentada mediante una determinación de glucemia (no por tira reactiva) que no responde a la LM frecuente y apropiada. Los lactantes sintomáticos o con una glucemia <1,4 mmol/l (<25 mg/dL) en las primeras 4 horas o <2,0 mmol/l (<35 mg/dL) después de 4 horas deben ser tratados con glucosa intravenosa. Durante el tratamiento intravenoso con glucosa debe mantenerse la LM.
- Signos o síntomas que pueden indicar un **aporte insuficiente de leche:**
  - Datos clínicos o analíticos de **deshidratación importante** (p. ej.: sodio elevado, alimentación deficiente, letargo, etc.).
  - **Pérdida de peso ≥8-10 %** (≥120 horas de vida) o > del percentil 75 para la edad (una pérdida de peso en el intervalo del 8 %-10 % puede estar dentro de los límites normales si todos los demás parámetros se encuentran dentro de la normalidad y la exploración física es normal).

- **Disminución de las deposiciones.** Menos de 4 deposiciones diarias en el día 4 de vida o deposiciones meconiales en el día 5 de vida (120 horas).

- **Hiperbilirrubinemia**
  - Ictericia del recién nacido por aporte subóptimo asociada a ingesta deficiente de LM (pérdida continua de peso, deposiciones y diuresis escasas) que no mejora a pesar de intervención adecuada.
  - Ictericia por leche materna cuando se alcanzan concentraciones de 20-25 mg/dL en un lactante que, por lo demás, crece bien.
- **Indicación de administrar suplementos de macronutrientes**, como en el caso de los lactantes con errores congénitos del metabolismo.

b) Condiciones de madres sanas cuyos hijos pueden requerir suplementos temporalmente

- Lactogénesis II retrasada más allá del día 3-5 y tomas insuficientes del lactante.
- Insuficiencia glandular primaria (ocurre en menos del 5 % de las mujeres).
- Patología o cirugía mamaria que ocasiona una producción deficiente de leche.
- Interrupción temporal de la lactancia debido a determinados medicamentos o a la separación díada madre-hijo.
- Dolor intolerable durante los periodos de alimentación que no se alivia con ninguna intervención.

PUNTO CLAVE \ Ante las situaciones en las que el bebé precisa indicación de suplementación, las alternativas a utilizar son en este orden: (1º) leche materna extraída de la propia madre, (2º) leche materna donada de banco que haya pasado los controles de calidad oportunos y (3º) fórmula infantil.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La LM tiene beneficios probados para la salud, disminuyendo la morbimortalidad en madres y bebés.
- Es biosostenible y reduce los gastos económicos del país.
- Un biberón sí importa: tener en cuenta que existen riesgos propios de la alimentación con fórmula.

- Los criterios de suplementación están definidos actualmente y debemos conocerlos sabiendo que la primera opción siempre es la leche materna previamente extraída.

REFERENCIAS

Bartick, M. y Reinhold, A. (2010) The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125(5), e1048-e1056. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20368314/

Bartick, M. (2011). Breastfeeding and the US economy. *Breastfeeding Medicine*, 6(5), 313-318. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/51728435_Breastfeeding_and_the_US_Economy

Cai, S., Pang, W. W., Low, Y. L., Sim, L. W., Sam, S. C., Bruntraeger, M. B., *et al.* (2015). Infant feeding effects on early neurocognitive development in Asian children. *The American journal of clinical nutrition*, 101(2), 326-336 Disponible: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25646330/

Centers for Disease Control and Prevention (2015). *How does powdered infant formula become contaminated with Cronobacter?* Recuperado de: https://www.cdc.gov/cronobacter/technical.html#contaminated

Chen, C. H., Wang, T. M., Chang, H. M. y Chi, C. S. (2000). The effect of breast-and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *Journal of Human Lactation*, 16(1), 21-27. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11138220/

Chen, A. y Rogan, W. J. (2004). Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*, 113(5), e435-e439. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15121986/

Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J. L., *et al.* (2013). Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Breastfeeding: health benefits for child and mother]. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 20(2), 29–48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25063312/

Eidelman, A. I. y Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

Ellis, M., Manandhar, N., Shakya, U., Manandhar, D.S., Fawdry, A. y Costello, A.M. (1996). Postnatal hypothermia and cold stress among newborn infants in Nepal monitored by continuous ambulatory recording. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 75(1), F42-F45.

Flaherman, V.J., Schaefer, E.W., Kuzniewicz, M.W., Li, S.X., Walsh, E.M., y Paul, I.M. (2015). Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics,* 135(1), e16-e23. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25554815/

Grummer Strawn, L.M. y Rollins, N. (2015). Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica,* 104, 1-134. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26535930/

Henry, M. y Fouladkhah, A. (2019). Outbreak history, biofilm formation, and preventive measures for control of Cronobacter sakazakii in infant formula and infant care settings. *Microorganisms,* 7(3), 77. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30870985/

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (2010). *Guía detallada para la aplicación paso por paso.* Recuperado de: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00.Guia_detallada_hospital.pdf

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., *et al.* (2007) Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence report/technology assessment,* (153), 1-186. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17764214/

Jonas, W., Wiklund, I., Nissen, E., Ransjö-Arvidson, A. B. y Uvnäs-Moberg, K. (2007). Newborn skin temperature two days postpartum during breastfeeding related to different labour ward practices. *Early Human Development,* 83(1), 55-62. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16879936/

Kramer, M.S. y Kakuma, R. (2012) Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews,* (8). Recuperado de: Cochrane Database of Systematic Reviews, https://www.cochrane.org/CD003517/PREG_optimal-duration-of-exclusive-breastfeeding

Krol, K.M., Rajhans, P., Missana, M. y Grossmann, T. (2015). Duration of exclusive breastfeeding is associated with differences in infants' brain responses to emotional body expressions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience,* 8, 459. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2014.00459/full

Ma, P., Brewer-Asling, M. y Magnus, J.H. (2013). A case study on the economic impact of optimal breastfeeding. *Maternal and child health journal,* 17(1), 9–13. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22278355/

Mathew, O.P. y Bhatia, J. (1989). Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. Effects of nutrient delivery and composition. *American journal of diseases of children (1960),* 143(5), 588–592. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2718995/

Ministerio de Sanidad (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

Talayero, J.M.P., Lizán-García, M., Puime, Á.O., Muncharaz, M.J.B., Soto, B.B., Sánchez-Palomares, M., *et al.* (2006). Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*, 118(1), e92-e99.

Yamakawa, M., Yorifuji, T., Inoue, S., Kato, T. y Doi, H. (2013). Breastfeeding and obesity among schoolchildren: a nationwide longitudinal survey in Japan. *JAMA pediatrics,* 167(10), 919-925. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23939787/

Yamakawa, M., Yorifuji, T., Kato, T., Yamauchi, Y. y Doi, H. (2015). Breast-feeding and hospitalization for asthma in early childhood: a nationwide longitudinal survey in Japan. *Public health nutrition,* 18(10), 1756-1761. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25373365/

Wouk, K., Tucker, C., Pence, B. W., Meltzer-Brody, S., Zvara, B., Grewen, K. y Stuebe, A. M. (2020). Positive emotions during infant feeding and breastfeeding outcomes. *Journal of Human Lactation,* 36(1), 157-167. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31059653/

ANATOMÍA DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Autora \ María Dolores Vera Iglesias

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo describir las principales características anatómicas que intervienen en el proceso de la lactancia materna. Por un lado, se profundiza en la anatomía de la mama, tanto en la interna, correspondiente a la glándula mamaria, como en las estructuras externas. Por otro lado, se explican los elementos anatómicos de la boca del niño que intervienen en el proceso de amamantar, así como los reflejos neurológicos relacionados con la lactancia. A medida que se describen los diferentes apartados, se relacionan las estructuras anatómicas de la madre y el niño con el proceso de la lactancia materna.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

ANATOMÍA DE LA MAMA

Las glándulas mamarias comienzan su desarrollo en el embrión de 6 semanas y siguen proliferando hasta que se desarrollan los conductos galactóforos antes del nacimiento. Durante la pubertad, se produce su crecimiento y maduración por efecto de las hormonas sexuales y la hormona de crecimiento, proceso denominado telarquia. Constituyen la característica fundamental de los mamíferos, que alimentan a sus crías con el producto de su secreción: la leche.

Existe la creencia de que el tamaño de las mamas o la forma del pezón influye en las posibilidades de éxito de la lactancia. La mayoría de los recién nacidos se agarran correctamente al pecho con una asistencia cualificada. Por lo tanto, la inspección prenatal de los pezones, con mensajes negativos sobre la lactancia, no se basa en ninguna evidencia y solo contribuye a dañar la confianza de la madre.

Anatomía externa de la mama

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax, entre la segunda y la sexta costilla y entre el borde del esternón y la línea axilar media. Se encuentran separadas de los músculos pectoral mayor y serrato anterior por un lecho de tejido conectivo. Por lo general, el tejido mamario se extiende hacia la axila en lo que se denomina la cola de Spencer. La cara superficial de la mama está cubierta por la piel. En el centro de la mama se sitúan el **pezón** y la **areola**.

El pezón contiene numerosas fibras musculares que se contraen al estimularlo mecánicamente y ponen de manifiesto su capacidad eréctil. En el pezón desembocan los tubos lactíferos por medio de unos 4-18 agujeros.

Tipos de pezón. Podemos clasificarlos en tres tipos, dependiendo de su forma y su respuesta a la estimulación mecánica:

- **Pezón evertido.** Con la estimulación se proyecta hacia fuera.
- **Pezón plano.** Con la estimulación no se proyecta, no se retrae, sino que se mantiene a la misma altura de la areola.
- **Pezón invertido.** Con la estimulación se retrae en lugar de proyectarse hacia fuera.

La areola es la zona pigmentada que rodea al pezón de tamaño variable. En esta zona se localizan los **tubérculos de Montgomery**, pequeñas elevaciones por glándulas sebáceas que producen una secreción grasa que lubrica y protege el pezón durante la lactancia.

Durante el embarazo, el pezón y la areola se pigmentan y se oscurecen debido a un aumento en la producción de melanina. De esa forma el neonato podrá localizar más fácilmente el pezón.

Anatomía interna de la mama lactante

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejido:

- Tejido glandular, de tipo tubuloalveolar.
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos.
- Tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.

La mayor parte de la mama está constituida por tejido adiposo y fibroso y por un conjunto de 4 a 18 lóbulos mamarios dispuestos en forma radial separados entre sí y que convergen en el pezón a través de un conducto galactóforo independiente. Los lóbulos mamarios contienen en su interior numerosos lobulillos formados, a su vez, por un conjunto de acinos o alveolos. Cada alveolo está formado por una serie de células secretoras que intervienen en la formación de la leche y rodeadas por células mioepiteliales, que se contraen para producir la eyección o salida de la leche hacia la luz del alveolo.

PUNTO CLAVE \ No se ha visto correlación entre la cantidad de tejido glandular y la producción de leche ni la capacidad de almacenamiento de la mama.

Hoy en día se ha demostrado que en la mama lactante no existen los senos galactóforos y el 65 % del tejido glandular se sitúa en los primeros 30 mm del pezón.

PUNTO CLAVE \ Una media de 9 conductos galactóforos son los que desembocan en la base del pezón. Son superficiales, pequeños y fáciles de comprimir, por lo que es importante la colocación de las manos y la boca del bebé para no «obstruir» la salida de leche.

ESTRUCTURAS ANATÓMICAS EN EL NIÑO

La boca del neonato y el pecho de la madre forman una unidad perfecta, la unidad de succión, que trabaja de forma armónica y sincronizada. Permite que el bebé degluta sin atragantarse. Es una continuación de la función nutricional que realizan el cordón umbilical y la placenta. Un amamantamiento adecuado satisface la necesidad instintiva de succionar e incide en el desarrollo armónico de las estructuras anatómicas implicadas.

Estructuras anatómicas de la boca relacionadas con la lactancia

- **Boca**. Es el espacio comprendido entre el maxilar superior y la mandíbula. Es proporcionalmente más pequeña que la del adulto, probablemente para favorecer el sellado al pecho.

- **Labios**. Constituidos por el músculo orbicular de los labios. Las fibras se unen a ambos lados con el músculo buccinador. Ayudan a localizar el pezón e introducirlo dentro de la boca y ayudan al sellado anterior de la boca.
- **Mejillas**. Constituidas por el músculo buccinador, sus fibras anteriores se conectan con los labios y las posteriores con el músculo superior de la faringe, que tiene mucha importancia en la succión. Entre las capas musculares del buccinador se encuentra la bola adiposa de Bichat, que evita que las mejillas se introduzcan en los rodetes maxilares al hacer la succión.
- **Lengua**. Músculo potente con una rica inervación sensorio-motora. Es más grande proporcionalmente que la del adulto y está en contacto con el suelo de la boca y las encías.

PUNTO CLAVE \ La lengua tiene un papel vital en la lactancia, sale de la boca, se acanala, introduce el complejo pezón-areola en la boca del niño y estabiliza la posición del pezón durante la succión.

- **Maxilar superior.** Estructura básica del tercio medio de la cara. Se une a la base del cráneo, sólida protección para los pares craneanos. Formado por dos hemimaxilares que se unen en la línea media por un cartílago.
- **Paladar duro o anterior.** Techo de la boca formado por 2 huesos: maxilar y palatino. Responsable del sellado superior de la boca.
- **Paladar blando o posterior.** Participación activa en la coordinación de succión-deglución y respiración.
- **Maxilar inferior o mandíbula.** Hueso movible que genera el movimiento de la lengua, responsable de la presión intraoral negativa.
- **Rodetes maxilares.** Al nacer contienen en su interior los gérmenes que forman los 20 dientes temporales y algunos vestigios de los permanentes. El rodete maxilar superior es ancho y aplanado y, en las zonas laterales, posee dos prominencias llamadas burletes palatinos. Su función es sujetar el pezón en la fase de presión y favorecer un cierre hermético de la boca durante el amamantamiento.
- **Glándulas salivares.** En el periodo de amamantamiento existen pequeñas cantidades de saliva en las glándulas mayores. La saliva permite mantener húmeda y lubricada la cavidad oral del bebé.

Reflejos neurológicos relacionados con la lactancia

En el momento del nacimiento, el niño presenta una serie de reflejos neurológicos instintivos que aseguran la alimentación con leche materna. Son los siguientes:

- **Reflejo de búsqueda** del pezón y apertura de la boca. Permite que el bebé busque el pezón cuando algo le roza la mejilla o los labios.
- **Reflejo de protrusión lingual**. La lengua se adelanta y se ubica entre los rodetes maxilares y con la punta envuelve el pezón.

- **Reflejo de succión**. Cuando algo toca el paladar del niño, desencadena movimientos de succión con la lengua y la mandíbula.
- **Reflejo de deglución**. La deglución es el acto que permite que el alimento pase de la boca hacia la faringe. Al llenarse la boca de leche, se desencadena este reflejo.
- **Reflejo de extrusión**. Permite que el niño expulse instintivamente elementos que no sean líquidos.
- **Incremento sensorial progresivo**. Permite aumentar sus percepciones sensoriales de la boca a medida que crece, preparándose para recibir nuevos alimentos diferentes a la leche.

MENSAJES PARA RECORDAR

- No se ha visto correlación entre la cantidad de tejido glandular y la producción de leche ni la capacidad de almacenamiento de la mama.
- Una media de 9 conductos galactóforos son los que desembocan en la base del pezón. Son superficiales, pequeños y fáciles de comprimir, por lo que es importante la colocación de las manos y la boca del bebé para no «obstruir» la salida de leche.
- La lengua tiene un papel vital en la lactancia. Sale de la boca del niño, se acanala, introduce el complejo pezón-areola en la boca y estabiliza la posición del pezón durante la succión.

REFERENCIAS

Ruiz MD, Martínez MR, González P. Enfermería 21. Enfermería del niño y el adolescente. Tomo I. 2ª edición. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Barcelona 2010.

Aguilar MJ. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos. 2ª edición. Elsevier España. Barcelona 2012.

Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. J Anat. 2005 Jun;206(6):525-34. doi: 10.1111/j.14697580.2005.00417.x. PubMed PMID: 15960763; PubMed Central PMCID: PMC1571528. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7580.2005.00417.x

Torrens RM, Martínez C. Enfermería 21. Enfermería de la mujer. 2ª edición. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Barcelona 2010.

Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. Early Human Development, Volume 84, Issue 7, 2008, pp. 471-477. Disponible: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18262736/

DE SANIDAD, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Disponible en: https://somuca.es/wp-content/uploads/2017/05/GPC-LACTANCIA-MATERNA.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

Autora \ Isis Suárez Hernández

INTRODUCCIÓN

Las glándulas mamarias tienen la función de sintetizar y segregar leche. A lo largo de la vida de la mujer, las mamas van pasando por diferentes fases gracias a una compleja regulación hormonal.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Etapas del desarrollo mamario

Las características más importantes de cada fase del desarrollo mamario las forman:

- **Embriogénesis.** Durante la vida fetal se forma el esbozo mamario.
- **Mamogénesis.** Es la configuración de la mama adulta inducida por la elevación de los niveles de hormonas sexuales durante la pubertad y los ciclos menstruales.
- **Lactogénesis.** La lactogénesis es el proceso de desarrollar la capacidad de secretar leche e implica la maduración de las células alveolares. Se lleva a cabo en 2 etapas: iniciación secretora (lactogénesis tipo I) y activación secretora (lactogénesis tipo II).
  - **Lactogénesis I.** Se produce a partir del 2° trimestre de embarazo. En esta etapa tiene lugar la maduración necesaria para que la mama se convierta en secretora. La mama fabrica pequeñas cantidades de leche.
  - **Lactogénesis II.** Es la conocida «subida» o «bajada» de la leche. Se inicia por el alumbramiento de la placenta, en torno al tercer día (50-72 horas) tras el parto. Genera un aumento masivo de la síntesis de leche, con aumento del tamaño de las mamas, acompañadas generalmente de calor y dolor moderado. Debemos tener en cuenta que no existe relación entre la intensidad de estos síntomas y la cantidad de leche producida.
- **Galactopoyesis o lactopoyesis.** Es la etapa de mantenimiento de la producción de leche una vez está establecida la lactancia. Se produce en torno al mes de vida.
- En último lugar, la **involución,** que es el retorno a la etapa de glándula no secretora (estado de reposo). Esta transición se realiza de forma gradual.

PUNTO CLAVE \ La producción inicial de leche, en la fase de lactogénesis II, se inicia por la salida de la placenta. Aunque se ve influenciada por el contacto piel con piel precoz y el amamantamiento frecuente. La frecuencia de las tomas en los lactantes a término durante los primeros días después del nacimiento tiene efectos positivos en el volumen de leche en las semanas siguientes.
Tras la lactogénesis II, la producción de leche depende de la adecuada succión del bebé y del correcto vaciado del pecho.

Control hormonal

La LM requiere de una compleja regulación hormonal. Vamos a describir las principales hormonas que intervienen en la lactancia.

- **Prolactina.** Durante el embarazo, en respuesta al aumento de los estrógenos y la progesterona, la adenohipófisis produce prolactina (PRL). La PRL inicialmente interviene en la diferenciación de las células alveolares (acción trófica) y a partir de la semana 20 estimula la producción láctea en pequeñas cantidades (debido a la inhibición por parte de la progesterona y el lactógeno placentario). Tras el alumbramiento desaparece el lactógeno placentario (unas horas) y disminuye la progesterona (unos días), y la PRL puede actuar produciendo la lactogénesis II.

  Tras el parto, la secreción de prolactina se segrega de forma pulsátil. Estos pulsos (o picos) se producen por efecto de diversos estímulos, siendo la succión del pecho el más eficaz. El pico máximo de prolactina se produce aproximadamente 20-30 minutos después de una succión. Tras este pico la prolactina vuelve a su nivel basal en 3-4 horas.

  Los niveles basales de prolactina son altos en los primeros días postparto (en torno a 150 ng/mL), descendiendo de forma progresiva en las siguientes semanas. Entre 1 y 6 meses tras el parto los niveles basales son variables, aunque normalmente algo más elevados que antes del embarazo (15-119 ng/mL), pero no se ha encontrado en este periodo una correlación entre los niveles y el volumen de leche producido en 24 horas.

  Si la madre no lacta, la prolactina disminuye a los valores previos al embarazo (10 n/g) en aproximadamente 2-3 semanas.

  Las concentraciones plasmáticas de prolactina varían a lo largo del día, siendo mayores durante el periodo de sueño (2-6 horas) que durante el de vigilia.

PUNTO CLAVE \ En la fase de lactogénesis II, la prolactina se relaciona con aumento de producción de leche. Se segrega en pulsos y sus niveles son mayores por la noche. Cuanto más frecuentemente mame el niño, mayores serán los niveles en la madre.
Entre los 1 y 6 meses (galactopoyesis), los niveles de prolactina no se correlacionan con el volumen de leche producido en 24 horas. En esta etapa el volumen de la leche depende del vaciamiento frecuente de la mama.

- **Oxitocina.** Hormona segregada por la neurohipófisis ante estímulos físicos, visuales, sonoros, olfatorios o emocionales agradables, sobre todo relacionados con el bebé.

  La salida de la leche se produce por dos mecanismos: la presión negativa originada por la succión del bebé y la presión positiva originada por la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alveolos en la que interviene la oxitocina. Cuando el bebé mama, se estimula la secre-

ción de oxitocina que provoca esta contracción, dando lugar al «reflejo de eyección» o de salida de la leche que se desencadena en torno a unos 56 segundos tras el inicio de la succión (con variaciones individuales).

El estrés agudo, la ansiedad, el dolor y otros estímulos físicos repentinos desagradables pueden bloquear el reflejo de eyección de la oxitocina.

PUNTO CLAVE \ El reflejo de eyección puede manifestar en la madre:

- **Sensación de opresión u hormigueo en el pecho.**
- **Leche que gotea del otro pecho cuando el bebé está succionando.**
- **Dolor abdominal materno por contracciones uterinas («entuertos») en las primeras semanas.**

- **Lactógeno placentario.** Producido por la placenta, ayuda en el proceso de nutrición del feto y cumple una función en la estimulación de las glándulas mamarias como anticipación a la lactancia. Se une a los receptores de la prolactina provocando una inhibición competitiva.
- **Progesterona.** Es necesaria para el desarrollo de la mama durante la gestación.
- **Otras hormonas.** La presencia de niveles adecuados de insulina, corticoides, hormonas tiroideas y factores de crecimiento es también necesaria para el correcto funcionamiento de la mama.

Regulación local del volumen de leche

La secreción de leche se regula por un control hormonal (producción/liberación de prolactina y de oxitocina) y por un control de factores locales, como es el conocido FIL (*feedback inhibitor of lactation* o factor inhibidor de la lactancia) y el aumento de la presión intraalveolar. El FIL es una proteína producida por los galactocitos, que se encuentra en la leche, de modo que según la cantidad de leche que permanezca en el alveolo se mantiene más o menos cantidad de FIL dentro de él. El FIL inhibe la entrada de prolactina en los galactocitos disminuyendo la producción de leche.

Por otro lado, en animales se ha observado que la distensión del alveolo por acúmulo de leche inhibe la síntesis láctea.

Así, podríamos resumir que el lactante regula la producción de leche mediante la extracción regular de la leche y la estimulación del pezón, teniendo lugar la liberación de prolactina y oxitocina, que actúan de forma combinada, y todo ello unido a un vaciado óptimo del pecho.

Composición de la leche

La leche materna es un fluido complejo y variable, que se compone de una gran variedad de componentes químicos y celulares y es específica de nuestra especie. Es imposible abarcar la totalidad de los componentes de la leche materna, así que hablaremos de lo más destacado. El 88 % de la leche materna es agua y el resto de los componentes, según proporción, se muestran en la tabla:

	Energía Kcal/100 ml		Proteínas g/100 ml		Grasas g/100 ml		Lactosa kcal/100 ml	
	Prematuro	A término	Prematuro	A término	Prematuro	A término	Prematuro	A término
Calostro	49	54	2,7	2,0	2,2	1,8	5,1	5,6
Leche madura	73	63	1,1	1,0	3,3	3,4	6,2	6,5

- **Energía.** Existe variabilidad de aporte calórico entre la leche madura de unas mujeres a otras, aunque aproximadamente es de 67 kcal/100 ml.
- **Nitrógeno proteico y no proteico.** El contenido de nitrógeno en la LM está compuesto por proteínas y por nitrógeno no proteico (aminoácidos libres, nucleótidos y urea). Las proteínas de la leche materna son más altas en el nacimiento (1,8 g/dl), descendiendo en la leche madura hasta 0,9-1 g/dl. Dentro de estas proteínas encontramos menor porcentaje de caseína (lo que favorece la digestión) y mayor de proteínas del suero que en la leche de vaca. Dentro de las proteínas del suero, tenemos a la alfa lactoalbúmina con alto valor biológico, factores de crecimiento, glicoproteínas, lactoferrina, lizosima, inmunoglobulinas (sobre todo Ig A), con actividades importantes para la maduración intestinal, defensa frente a microorganismos...
- **Grasas.** De los componentes de la leche materna es el de concentración más variable. Los triglicéridos son los predominantes. Aportan ácidos grasos esenciales, de cadena larga (PUFAs), que son esenciales para el crecimiento y maduración del sistema nervioso, control de la expresión génica... El contenido de grasas aumenta con la duración de la lactancia.
- **Hidratos de carbono.** La lactosa es el hidrato de carbono más frecuente en la leche humana y es responsable de las deposiciones blandas que favorecen la absorción de nutrientes. Los oligosacáridos son el tercer componente más prevalente en la leche humana. Hay más de 200 y en una distribución y proporción única, estos oligosacáridos son importantes para la inmunidad y favorecen el crecimiento del microbioma intestinal.
- **Vitaminas y minerales.** Calcio, hierro, manganeso, magnesio, zinc, cobre y otros. Vitaminas como la A, C y E, con actividad antioxidante y de coen-

zimas. Es deficitaria en vitamina K y vitamina D. El hierro tiene una buena biodisponibilidad.

- **Componente vivo.** La leche materna contiene células vivas, como son glóbulos blancos (neutrófilos, linfocitos), células epiteliales y las bacterias de la leche materna (*Staphylococcus, Streptococcus, Lactobacillus, Enterococcus, Weisella, Bifidobacterium*...). La leche materna es el primer colonizador del intestino del lactante y responsable del microbioma del lactante.

Comparación entre la leche materna y la artificial

Para el ser humano, la leche de vaca contiene exceso de proteínas, con un porcentaje de caseína mucho mayor (82 % vs 30 %), betalactoglobulina, sodio, calcio, fósforo, magnesio, flúor y osmolaridad. Es pobre en oligosacáridos, LPUFAs, colesterol y carece del componente biológicamente activo, entre otros.

Tipos de leche

- **Calostro.** Es la leche de los 3-5 primeros días. Es fundamental debido a la alta cantidad de factores defensivos (muy rico en lactoferrina e inmunoglobulina A) que estimula el sistema inmune del recién nacido, evitando la adherencia de microorganismos patógenos en el tubo digestivo y facilitando la colonización por *Lactobacillus bifidus*. Comparándolo con la leche madura, tiene el doble de proteínas y menor contenido de hidratos de carbono y grasa. Tiene un aspecto amarillento y espeso (betacarotenos).
- **Leche de transición.** Aparece con la fase secretora hasta 2-3 semanas. Aumento progresivo de volumen (600-700 ml al día). Composición intermedia entre calostro y leche madura.
- **Leche madura.** Aparece tras esas 2-3 primeras semanas. Su aporte energético es 70-76 Kcal/100 ml Volumen entre 700-900 ml/día.

Desarrollo de una toma

El contenido en grasa aumenta a medida que aumenta el vaciado de la mama. La leche al inicio de la toma es menos densa y a medida que va trascurriendo la misma va saliendo de forma progresiva el contenido graso. Pero debemos entender que la grasa, al igual que el resto de los componentes, están desde el principio hasta el final, aunque en menor proporción. El niño a lo largo del día, variará su ingesta de nutrientes y de grasas modificando la duración y frecuencia de las tomas y decidiendo si come uno o dos pechos. La madre debe dar un pecho hasta que el niño decida finalizar la toma del mismo y ofrecer el otro, siendo el niño quien decide si come o no come de él. Los niños con succión débil, prematuros, anquiloglosias... pueden no conseguir la ingesta calórica adecuada, si no consiguiera completar la ingesta de grasas. Se valorará siempre esta posibilidad si el neonato no adquiere la ganancia ponderal esperada.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La prolactina es la hormona más importante en la lactancia.
- Existen factores de inhibición locales que frenan la secreción de leche cuando no se produce un correcto vaciado.
- La sensación materna de subida de la leche es un buen marcador de la lactogénesis II.
- La lactancia precoz y frecuente los primeros días favorece el éxito de la lactancia, aunque la lactogénesis II se produce también en ausencia de succión.
- Las situaciones que provocan estrés se asocian con retraso en la subida de la leche.
- Una vez completada la lactogénesis II, la succión es el mecanismo más importante para regular la producción de leche.

REFERENCIAS

Asociación Española de Pediatría (2008). *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica.* Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Colson, S. (2007). The physiology of lactation revisited. *The Practising Midwife, 10*(10), 14-8.

Colson, S. D., Meek, J. H. y Hawdon, J. M. (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development, 84*(7), 441-449.

Czank, C., Henderson, J., Kent, J.C., Lai, C.T. y Hartmann, P. (2007). Hormonal control of the lactation cycle. In *Textbook of human lactation* (pp. 89-111). Hale Publishing, LP. Disponible en: https://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/hormonal-control-of-the-lactation-cycle

Debes, A.K., Kohli, A., Walker, N., Edmond, K. y Mullany, L.C. (2013). Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC public health, 13*(3), 1-14. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24564770/

Flint, D.J., Boutinaud, M., Tonner, E., Wilde, C.J., Hurley, W., Accorsi, P.A., *et al.* (2005). Insulin-like growth factor binding proteins initiate cell death and extracellular matrix remodeling in the mammary gland. *Domestic animal endocrinology, 29*(2), 274-282. Disponible en: https://www.pure.ed.ac.uk/ws/portalfiles/portal/13186945/Insulin_like_growth_factor_binding_proteins_initiate_cell_death.pdf

Howie, P.W., McNeilly, A.S., McArdle, T., Smart, L. y Houston, M. (1980). The relationship between suckling-induced prolactin response and lactogenesis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 50*(4), 670-673. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7364925/

Hughes, K., Wickenden, J.A., Allen, J.E. y Watson, C.J. (2012). Conditional deletion of Stat3 in mammary epithelium impairs the acute phase response and modulates immune cell numbers during post-lactational regression. *The Journal of pathology, 227*(1), 106-117. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22081431/

Johnston, J.M. y Amico, J.A. (1986). A prospective longitudinal study of the release of oxytocin and prolactin in response to infant suckling in long term lactation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 62*(4), 653-657. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3949949/

Lawrence, R.A. y Lawrence, R.M. (2007). La lactancia materna en la medicina moderna. *Lactancia materna. 1a. Ed. España: Elsevier,* 1-42.

Ministerio de Sanidad (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

Mok, E., Multon, C., Piguel, L., Barroso, E., Goua, V., Christin, P., *et al.* (2008). Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of prepregnant obese women: a need for extra support. *Pediatrics, 121*(5), e1319-e1324. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5331851_Decreased_Full_Breastfeeding_Altered_Practices_Perceptions_and_Infant_Weight_Change_of_Prepregnant_Obese_Women_A_Need_for_Extra_Support

Neville, M.C. (2001). Anatomy and physiology of lactation. *Pediatric Clinics of North America, 48*(1), 13-34.

Neville, M.C., Morton, J. y Umemura, S. (2001). Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. *Pediatric Clinics of North America, 48*(1), 35-52. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11236732/

Neville, M.C., McFadden, T.B. y Forsyth, I. (2002). Hormonal regulation of mammary differentiation and milk secretion. *Journal of mammary gland biology and neoplasia, 7*(1), 49-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11226481_Hormonal_Regulation_of_Mammary_Differentiation_and_Milk_Secretion

Pang, W.W. y Hartmann, P.E. (2007). Initiation of human lactation: secretory differentiation and secretory activation. *Journal of mammary gland biology and neoplasia, 12*(4), 211-221. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18027076/

Prime, D. K., Geddes, D.T., Hepworth, A. R., Trengove, N. J. y Hartmann, P. E. (2011). Comparison of the patterns of milk ejection during repeated breast expression sessions in women. *Breastfeeding Medicine, 6*(4), 183-190. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21770734/

Ramsay, D. T., Kent, J.C., Hartmann, R.A. y Hartmann, P.E. (2005). Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *Journal of anatomy, 206*(6), 525-534. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1571528/

Riordan, J. y Wambach, K. (Eds.). (2010). *Breastfeeding and human lactation*. Jones & Bartlett Learning.

Russo, J. y Russo, I. H. (2004). Development of the human breast. *Maturitas, 49*(1), 2-15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15351091/

Russo, J. (2019). Breast development and morphology. *Uptodate*. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/breast-development-and-morphology

Schanler, R.J. y Potak, D.C. (2018). Physiology of lactation. *Uptodate*. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/search

MÓDULO \ 02

- TÉCNICA DE LACTANCIA: FACTORES QUE DIFICULTAN EL AGARRE. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- TÉCNICA DE LACTANCIA: IMPORTANCIA DE LA PRIMERA HORA. FACTORES FAVORECEDORES DEL AGARRE
- EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA
- CÓMO COLOCAR AL BEBÉ AL PECHO
- CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

TÉCNICA DE LACTANCIA: FACTORES QUE DIFICULTAN EL AGARRE. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Autora \ María Aimón Sánchez Molinero

INTRODUCCIÓN

Cuando valoramos las dificultades que puede afrontar una díada madre-bebé en su lactancia, es importante prestar atención a los diferentes factores causales para poder abordar las posibles soluciones de una forma coherente. Como profesionales sanitarios, podemos ayudar a las familias a tomar decisiones informadas en relación con elementos como pueden ser los chupetes/chupas o las pezoneras para que su uso sea positivo y no suponga una dificultad «añadida» para el amamantamiento.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

FACTORES QUE DIFICULTAN EL AGARRE

Podemos encontrar factores que dificultan el agarre relacionados con los tres componentes del mismo que desarrollamos en el tema «Técnica de la lactancia parte I. Agarre, succión y deglución» (mamas, anatomía o características del bebé y secreción láctea).

Denominamos factores **intrínsecos** a aquellos que bien son congénitos o nos vienen dados en la propia evolución del proceso postparto. Denominamos **extrínsecos** a aquellos que vienen condicionados por factores externos, pero con influencia suficiente en la díada madre-bebé.

El impacto de cualquiera de estos factores sobre el agarre puede hacer que este no sea adecuado y tener como consecuencia **dolor** de intensidad variable, **lesiones** en el pezón, **mal vaciado** de la mama, obstrucciones, **mastitis**, fallo de medro o **escasa ganancia ponderal** del bebé... En definitiva, puede conducir a un fracaso o abandono precoz y no deseado de la lactancia materna.

Por ello, es importante detectarlos y tenerlos en cuenta a la hora de realizar la **historia de lactancia y la observación de una toma** (ver unidad didáctica «Evaluación y observación de una toma»).

Relacionados con el bebé

Incluyen todas aquellas condiciones congénitas o adquiridas que modifican, o bien la anatomía de la cavidad oral del recién nacido, o bien la funcionalidad de sus estructuras, afectando a la capacidad de succión, deglución, o coordinación de ambas.

Estas condiciones requerirán de un apoyo específico a la madre lactante y de una vigilancia estrecha durante el tiempo que dure la instauración de la lactancia. Las más importantes se desarrollan en los temas de **«Lactancia en situaciones especiales»**.

Entre ellas: anquiloglosia, retrognatia/micrognatia, paladar hendido/labio leporino, prematuridad, disfunción motora oral primaria (relacionada con hipotonía/hipertonía, asimetrías o tortícolis congénitas...).

Relacionados con las mamas

Otra posibilidad es que sean las mamas de la madre las que condicionen o limiten las posibilidades de un buen agarre. Nos podemos encontrar con características anatómicas del complejo «areola-pezón» (**pezón invertido o plano**), o bien situaciones transitorias que modifican la forma, funcionalidad y elasticidad del tejido mamario, como es el caso de la **ingurgitación mamaria** (ambas se abordarán más ampliamente en los temas de «Afecciones del pecho materno»).

Todos estos casos van a requerir un apoyo y seguimiento más intensivo por parte de los profesionales que sigan esas lactancias.

Factores extrínsecos o iatrogénicos

La medicalización actual del proceso de parto y nacimiento, en nuestro medio, genera intervenciones que tienen consecuencias en la instauración de la lactancia materna y, más concretamente, en las habilidades de agarre y succión de los recién nacidos.

En el tema de la «Estrategia de atención al parto normal» se desarrollará la importancia de las buenas prácticas en las maternidades, con el fin de conseguir un máximo respeto hacia la fisiología de la madre y del bebé y una mínima interferencia en los procesos iniciales de adaptación a la vida extrauterina e inicio de la lactancia materna.

PROBLEMAS FRECUENTES

Sobre el síndrome de confusión tetina-pezón

Se viene denominando así a una **disfunción motora oral secundaria por el uso de chupete/chupa o biberón,** y se produce cuando el niño modifica su patrón habitual de succión-deglución al serle ofrecidos de manera frecuente esos dispositivos, especialmente en las primeras semanas postparto, cuando la lactancia materna no está aún bien instaurada.

La técnica de succión del chupete o la tetina de un biberón difiere de la técnica de succión del pecho materno:

- El chupete/tetina requiere succiones cortas y rápidas con mínimo esfuerzo, mientras que para la lactancia es preciso que el bebé abra bien la boca, coloque la lengua bajo la areola y succione lenta y profundamente.
- La posición alterada que adoptan los labios y la lengua al chupar el chupete/tetina es repetida por el bebé cuando succiona el pecho, y lo que sucede es que agarra solo el pezón y lo empuja con la punta de la lengua, en vez de envolverlo desde abajo. Los labios, en lugar de quedar evertidos alrededor de la areola, se cierran verticales en la base del pezón y las encías lo comprimen para evitar que se escape.

Se cree que la exposición temprana de la boca del bebé a estímulos como los generados por una tetina de biberón o una pezonera puede generar en él una «impronta» *(imprinting)* que hace que se acostumbre a esas sensaciones y le resulte difícil aceptar que sean sustituidos por el pezón de la madre.

Esto puede producir complicaciones de diversa índole en la lactancia, por un lado, relacionadas con la mencionada **alteración del agarre** (dolor o erosión/grietas en base y punta del pezón), pero también existe un **riesgo de interferencia en el reconocimiento de señales de hambre por parte de la madre** que puede tener como consecuencia que el bebé salte o espacie demasiado las tomas: esto ocurre cuando se coloca el chupete para calmar al bebé, cuando en realidad está manifestando señales de hambre, y se reemplaza la succión nutritiva que necesita por una succión no nutritiva del chupete que le calma tempo-

ralmente, pero altera su patrón de nutrición, además de disminuir la frecuencia de vaciado del pecho.

Históricamente se han usado los chupetes para dar respuesta a la necesidad biológica de succión del lactante, incluida la succión no nutritiva (SNN), y para prevenir la sensación de dolor y ansiedad por su efecto calmante. En nuestra sociedad el uso del chupete está muy arraigado y las familias se encuentran con recomendaciones contradictorias al respecto.

Existe una cierta controversia científica al respecto por la dificultad de analizar los casos en los que el bebé «rechaza» el pecho materno, pero lo que sí parece algo más claro es que este síndrome se asocia más al uso temprano del biberón, pero no así al uso de chupas/chupetes.

Actualmente, **la evidencia es limitada** y muestra que existe **poca diferencia** en las tasas de lactancia materna entre bebés a término sanos que usaron biberones, tetinas o chupetes en el periodo de posparto inmediato y aquellos que no lo hicieron.

Por otro lado, en relación con el **síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)**, la evidencia nos aporta que «la utilización de chupete durante las horas de sueño se asocia con un menor riesgo de SMSL, aunque también se sugiere que dicho efecto podría ser diferente en recién nacidos amantados y no amamantados, debido a que la lactancia también se asocia con la disminución del riesgo de SMSL».

Recomendamos la consulta de la **actualización sobre los factores de riesgo del SMSL** y la información sobre el **colecho seguro** para mejor instauración y duración de la lactancia materna en: ***Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019.***

Toma de decisiones informadas sobre el uso del chupete

Para ayudar a tomar decisiones informadas sobre el uso del chupete, es necesario ofrecer a madres y familias **información objetiva** que no fuerce a su uso ni que lo estigmatice, dado que, en la actualidad, la evidencia científica disponible es limitada y las recomendaciones habituales pueden ser contradictorias.

En la **revisión de los *Diez Pasos* de la BFHI (IHAN) de 2018**, se plantea una modificación en cuanto a la rigidez del enunciado de su Paso 9 «No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales», en base a la evidencia, que pasa a denominarse **«Aconsejar a las madres sobre el uso y riesgos de biberones, tetinas y chupetes»,** pues las precauciones respecto a su uso hacen necesario informar a las madres y familias sobre:

- La importancia de una buena instauración de la lactancia.
- Su posible interferencia para reconocer las señales de hambre.
- Su relación con el SMSL.
- La necesaria higiene adecuada de los dispositivos.
- Su impacto a medio/largo plazo en la formación de la cavidad oral.

Es necesario saber que los chupetes tienen «fecha de caducidad» y deben dejar de usarse más allá de los 6 meses de edad para prevenir complicaciones como la otitis media y la maloclusión dental.

Los profesionales sanitarios deben evitar su entrega y/o uso rutinario en las maternidades, debiendo restringirlo a casos de indicación médica, y se sugiere, en general, **no ofrecerlo durante el primer mes hasta que se consigue la instauración de la lactancia.** No debe haber promoción de biberones o tetinas en los servicios de maternidad y neonatales, pues, como en caso de los sustitutos de la leche materna, estos productos están dentro del alcance del Código de Comercialización de Sucedáneos.

En cuanto a las **indicaciones**, los beneficios que recoge la literatura sobre el uso del chupete incluyen: calmar a los bebés mediante SNN, promover la maduración en los prematuros, proteger el reflejo de succión en los periodos de separación de la madre y disminuir el riesgo de muerte súbita una vez instaurada satisfactoriamente la lactancia.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La gran mayoría de los problemas en el agarre de los bebés al pecho se solucionarán empleando **técnicas de apoyo,** como las revisadas en el tema **«Técnica de la lactancia.** Importancia de la primera hora. Factores favorecedores del agarre» relativas a la posición del bebé y a facilitar un agarre profundo y confortable. Eso requiere de **tiempo, conocimientos y habilidades de comunicación/consejería** por parte del profesional sanitario.

En este apartado abordaremos específicamente:

Las pezoneras como herramienta en el apoyo a la lactancia materna

Una pezonera *(nipple shield)* es un dispositivo que la madre coloca sobre su pezón y areola con el objetivo de **conseguir un mejor agarre del bebé al pecho,** ya sea **aumentando el confort** de la succión o buscando **incrementar la eficacia** de la misma. Los materiales pueden ser el látex y la silicona ultrafinos y, en ocasiones, están disponibles en diferentes tallas/tamaños para facilitar un buen ajuste.

Las pezoneras suelen usarse en casos de dificultades en el agarre (pezón plano o poco protráctil, tejido areolar poco elástico, anquiloglosia, succión débil, bebés prematuros, transición del biberón al pecho...) y también en casos de pezón dolorido, o bien en casos en los que se combinan ambas causas.

Existe **controversia a varios niveles** (científica, profesional, entre madres) por su fácil acceso y disponibilidad tanto en comercios como en las maternidades, frente a las **potenciales complicaciones que puede ocasionar su uso**:

- Puede reducir la transferencia de leche de madre a bebé e impedir un correcto vaciado de la mama (más obstrucciones de conductos y mastitis).

- Se consideran «adictivas» para el bebé (las acaban prefiriendo frente al pecho directo, haciéndose difícil su retirada).
- Pueden llevar a un descenso en la producción de leche y a un destete «no planeado» o indeseado.
- Pueden generar por sí mismas maceración o dolor de pezón, especialmente cuando su colocación o su ajuste es inadecuado.

Si bien introducir una pezonera en la primera semana postparto puede parecer un «arreglo» fácil para una madre frustrada, esa intervención puede **impedir** que se realice una evaluación detallada de la díada madre-bebé para determinar dónde reside la verdadera **causa del problema de lactancia que presentan** y, por tanto, poder abordarlo para solucionarlo desde su origen.

Por otro lado, también debemos tener presente algo importante: las pezoneras son una ayuda **temporal** para solucionar un problema concreto o una situación determinada y el fin último de su uso será siempre el de **mantener esa lactancia** si es lo que la madre desea, siendo mejor opción que un abandono de la misma.

Las últimas publicaciones coinciden en que «la pezonera debería ser una solución que se ofrece a las madres para continuar con su lactancia, tras una **valoración adecuada** de la situación o problema, considerando de forma individualizada las ventajas y desventajas, y garantizando apoyo y **seguimiento**».

a) Recomendaciones y precauciones básicas para su adecuada utilización

- Por lo general, el uso de pezoneras NO debería introducirse en la primera semana de vida del bebé, salvo en caso de situaciones de prematuridad o de problemas obvios como dificultades en el agarre relacionadas con características físicas/anatómicas del RN (p. ej. anquiloglosia).
- En **todos** los **casos**, antes de introducir una pezonera, un profesional entrenado o persona «experta» debería realizar una «**observación sistemática de la toma**» para detectar el problema que genera la dificultad.
- Se intentará **primero** el establecimiento de una **lactancia «directa»**, intentando otras soluciones para mejorar la posición o el agarre coherentes con el problema detectado.
- Una vez se decide recomendar/entregar a la madre la pezonera, se le explicará y capacitará para su **correcta colocación**, conservación y limpieza.
- Si es posible, se apoyará a la madre **en su primer uso** para conseguir un agarre profundo adecuado, comprobando la **eficacia de la succión y la deglución** del bebé con la pezonera puesta.
- Se instruirá a la madre en los **signos de una ingesta adecuada** (pañales mojados por día y aspecto de las deposiciones).
- Se hará un **seguimiento con control de peso** si fuera necesario.

- Se tomarán las medidas necesarias para la **corrección del problema de origen** si las hubiera.
- Cuando sea posible y se aprecie una mejora en la técnica de amamantamiento del bebé, se iniciará la retirada de la pezonera de forma gradual y con un asesoramiento adecuado.

b) Cómo colocar «bien» una pezonera

La pezonera no se coloca simplemente «superponiéndola» sobre el pezón como si fuera una simple «capucha». Lo que buscamos es que en el cono de la pezonera no solo entre el pezón, sino, incluso, parte de la areola para «formar» (con ayuda del soporte plástico) un pezón más fácil de agarrar para el bebé y que, además, permita un enganche más profundo. Si no es así, **la lactancia no será eficaz.**

c) Consejos para un «destete» gradual de la pezonera

El objetivo es conseguir un **agarre sin pezonera**, por lo que todas las recomendaciones serían similares a las que procuran asegurar una buena posición y agarre del bebé en cualquier otro caso.

También podemos ayudarnos de técnicas de apoyo como:

- Técnica «sándwich» (ver Tema 2.2).
- Ofrecer el pecho sin pezonera con el bebé adormilado, para reducir las posibilidades de rechazo.
- Ofrecer el pecho con la pezonera y, una vez conseguido un buen agarre y un reflejo de eyección de la leche, retirar con rapidez la pezonera y volver a enganchar al bebé...

Es importante no permitir que el bebé se frustre al pecho, aunque eso suponga volver a poner la pezonera un poco más de tiempo, hasta poder volverlo a intentar. Procurar no hacer de la retirada de la pezonera una batalla con el bebé, o generará aún más resistencia. Mientras el bebé aumente de peso bien, se puede seguir intentando tan a menudo como se pueda, con paciencia y perseverancia. Y, por supuesto, buscando la ayuda de profesionales o personas expertas si aparecieran dificultades añadidas.

d) Conclusión sobre el uso de las pezoneras

Como **conclusión**, frente al debate sobre si las pezoneras están «bien o mal indicadas» para determinados problemas de la lactancia, deberíamos cambiar la perspectiva y plantearnos si **se dan las «condiciones» para un «uso adecuado»** de las mismas, como se ha descrito.

El **seguimiento** será siempre una de las claves para cualquier intervención en lactancia que nos podamos plantear: nos permitirá valorar la efectividad del plan propuesto, el progreso hacia la resolución del problema y la satisfacción y el confort de madre y bebé para lograr que las madres logren sus objetivos de lactancia.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Es fundamental que los profesionales sanitarios mantengamos conversaciones con las madres/familias, escuchando sus puntos de vista y ofreciendo información basada en la evidencia, para acompañarles en la toma de decisiones en lo que respecta a cuestiones relacionadas con el amamantamiento de sus hijos. Eso requiere de tiempo, conocimientos y habilidades de comunicación/consejería por parte del profesional sanitario.
- El uso de las pezoneras «debería ser una solución que se ofrece a las madres para continuar con su lactancia, tras una **valoración adecuada** de la situación o problema, considerando de forma individualizada las ventajas y desventajas, y garantizando apoyo y **seguimiento**».

REFERENCIAS

Lactancia Materna. Guía para Profesionales. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la AEP nº 5. Ergon, 2004. Capítulo: DISFUNCIÓN MOTORA ORAL (Mª Carmen Temboury Molina). Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario). Breastfeeding – Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants and Young Children. 3rd ed. (Lactancia Materna – Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequ(Breastfeeding protocols for health care providers. Toronto Public Health. Toronto Public Health (2013). eños. Tercera Edición). Toronto, (ON): Registered Nurses' Association of Ontario, 2018.

DE SANIDAD, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Disponible en: https://somuca.es/wp-content/uploads/2017/05/GPC-LACTANCIA-MATERNA.pdf

World Health Organization. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. World Health Organization. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf

Zimmerman, E., & Thompson, K. (2015). Clarifying nipple confusion. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 35(11), 895–899. https://doi.org/10.1038/jp.2015.83

Lubbe, W., & Ten Ham-Baloyi, W. (2017). When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. *BMC pregnancy and childbirth, 17*(1), 130. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1306-8

Byard R.W. (2020). Re: "Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019" by Blair *et al. Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 15*(7), 478. https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0029

Aimón Sánchez Molinero. Pezoneras. Revista NANA Marzo 2018.

Chow, S., Chow, R., Popovic, M., Lam, H., Merrick, J., Ventegodt, S., Milakovic, M., Lam, M., Popovic, M., Chow, E., & Popovic, J. (2015). The Use of Nipple Shields: A Review. *Frontiers in public health, 3*, 236. https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00236

McKechnie, A. C., & Eglash, A. (2010). Nipple shields: a review of the literature. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 5*(6), 309–314. https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0003

Meier, P. P., Brown, L. P., Hurst, N. M., Spatz, D. L., Engstrom, J. L., Borucki, L. C., & Krouse, A. M. (2000). Nipple shields for preterm infants: effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association, 16*(2), 106–131. https://doi.org/10.1177/089033440001600205

Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I., & Maastrup, R. (2017). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?. *Maternal & child nutrition, 13*(1), e12251. https://doi.org/10.1111/mcn.12251

KellyMom.com (1996-2021). Nipple shields. Recuperado de https://kellymom.com/ages/newborn/nb-challenges/wean-shield/

TÉCNICA DE LACTANCIA: IMPORTANCIA DE LA PRIMERA HORA. FACTORES FAVORECEDORES DEL AGARRE

Autora \ María Aimón Sánchez Molinero

INTRODUCCIÓN

Las primeras horas de vida de un bebé tras su nacimiento —lo que ocurre, y lo que no ocurre, en esos primeros momentos— han demostrado ser de vital importancia para la instauración de una lactancia materna exitosa. Nuestra actuación como profesionales sanitarios se convierte en decisiva y, a lo largo de este capítulo, entenderemos cuáles son los factores favorecedores de «un buen comienzo», cómo proteger el amamantamiento de forma segura, y conoceremos algunas herramientas que pueden ser de ayuda para la madre con el objetivo de optimizar en lo posible el agarre al pecho de su bebé.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

LA IMPORTANCIA DE UN BUEN COMIENZO

EL CONTACTO «PIEL CON PIEL» POSTPARTO

Basándose en décadas de evidencia, la OMS y la UNICEF recomendaron que todas las madres y bebés, independientemente de su modo de nacimiento y de su elección sobre la forma de alimentación, reciban cuidados ininterrumpidos en contacto «piel con piel» (CPP) con su madre desde el momento inmediato al nacimiento y durante, al menos, una hora, y hasta después de la primera toma para las madres que desean amamantar (Crenshaw, 2007).

> **Este periodo «sensible o sensitivo», que tiene lugar durante la primera hora o dos horas aproximadamente tras el parto, está significativamente influido por los elevados niveles de hormonas maternas tras el parto, como la oxitocina (Crenshaw, 2007) y la noradrenalina (Grupo de trabajo de la Estrategia de Atención al Parto Normal, 2007).**

En la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna* (2017), la evidencia nos dice que el contacto piel con piel inmediato tras el parto conlleva **beneficios más allá de la lactancia materna**, ya que influye en la adaptación del recién nacido al medio, en el establecimiento del vínculo entre la madre y su hijo, en la regulación de la glucemia, equilibrio ácido-base y temperatura corporal del recién nacido y en menor llanto (periodo de alerta tranquila). Y también sabemos que se inicia la colonización de la piel del RN por la flora bacteriana materna, en uno de los primeros escalones para el logro de una microbiota adecuada en cada bebé.

Interrumpir o retrasar el CPP puede suprimir comportamientos neonatales innatos de protección, teniendo como consecuencia desorganización conductual y dificultando el agarre espontáneo y la lactancia. La falta de CPP y la separación precoz entre madre y bebé puede perturbar el establecimiento del vínculo y el apego, reducir la respuesta afectiva de la madre hacia su bebé e, incluso, tener efectos negativos en el comportamiento maternal (Crenshaw, 2007).

El CPP debe comenzar inmediatamente tras el nacimiento y debe mantenerse de forma ininterrumpida, al menos hasta el final de la primera toma al pecho. Consiste en colocar el bebé desnudo y tendido sobre el pecho desnudo de la madre, a menudo cubierto con una manta caliente (Moore *et al.*, 2016). Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores y alcanzando el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda y succiona correctamente. Este proceso no debe forzarse, debe ser espontáneo, y dura unos 70 minutos en el 90 % de los casos. La separación madre-RN altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas exitosas (Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, 2007).

PUNTO CLAVE \ El cuarto paso de *los Diez Pasos hacia una lactancia feliz* de la IHAN establece que hay que ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto. Se debe asegurar el CPP inmediato e ininterrumpido entre la madre y su recién nacido sano sin envolver inmediatamente después del nacimiento, aún antes de pinzar el cordón. El CPP debe mantenerse evitando en cualquier caso la separación antes de los primeros 60 minutos, o evitando interrumpir una toma en curso. Se recomienda un periodo de CPP más prolongado si el recién nacido no ha succionado en la primera hora después del nacimiento (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*, 2017).

a) Recomendaciones de *Estrategia de Atención al Parto Normal* (2007)

- La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.
- Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre son su identificación y test de Apgar.
- Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc. hasta finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres y tras su consentimiento.
- Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá a la pareja, acompañante u otro familiar de su elección, la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con la criatura recién nacida.

(Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, 2007)

b) Recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna* (2017)

Recomendaciones	
Fuerte	Se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada y en contacto piel con piel sobre el abdomen y pecho desnudos de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos. Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro. El estado de la madre y del recién nacido deben ser supervisados durante ese tiempo por un acompañante correctamente informado o por un profesional sanitario.
Fuerte	En recién nacidos por cesárea, se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato tras el parto siempre que la situación del recién nacido y la madre lo permitan. Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el recién nacido sobre el pecho de la madre.

(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017)

c) Contacto «piel con piel» en las cesáreas

Estos efectos positivos son extrapolables a los recién nacidos por cesárea, siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan. Por tanto, es recomendable y, siempre que sea posible, se preparará el campo para realizar el CPP intraquirófano madre/RN (Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal,* 2007) y se procurarán los medios para que ambos permanezcan juntos en las salas de reanimación postanestésica (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna,* 2017).

PUNTO CLAVE \ El CPP en las cesáreas es una práctica recomendada, beneficiosa y segura.

Disponer de un protocolo consensuado entre los servicios implicados permite aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor (Costa Romero *et al.*, 2019):

- El primer contacto de madre e hijo y la primera puesta al pecho debe tener lugar dentro de las primeras dos horas de vida para aprovechar el periodo sensitivo del recién nacido (después el niño entra en un sueño fisiológico de recuperación del parto).
- La implicación del personal es imprescindible: el anestesiólogo mantiene estable a la madre para que pueda recibir a su bebé; pediatra, enfermeras y matronas valoran el bienestar del recién nacido y controlan su seguridad durante el procedimiento, y el obstetra puede continuar la cirugía con el niño sobre el pecho de la madre.
- No son necesarios medios técnicos especiales, solo disposición, formación y adecuada vigilancia.
- Reducir el tiempo de separación madre-hijo y favorecer la participación del padre conlleva humanizar el nacimiento favoreciendo una experiencia muy satisfactoria para la familia, que además reporta beneficios fisiológicos.

d) Seguridad durante el contacto «piel con piel»

En relación con la seguridad durante la realización del CPP, se recomienda que el profesional sanitario mantenga una vigilancia con observación periódica, que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el recién nacido y que observe/registre los signos vitales del recién nacido (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso, la frecuencia cardiaca), alertando al pediatra de cualquier cambio cardiorrespiratorio (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna,* 2017 y Rodríguez López *et al.*, s. f.).

Las consideraciones para la implementación de un CPP seguro que se desarrollan en la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna* (2017), son las siguientes:

> **Las primeras horas tras el nacimiento son un momento crítico en la adaptación del recién nacido al medio extrauterino. Es necesario que durante este periodo, especialmente en las dos primeras horas, sea observado atentamente por un acompañante debidamente informado o por un profesional también debidamente formado. Por ello, se recomienda asegurarse de que las madres tengan un acompañante durante todo el periodo del postparto inmediato**.

- Se debe explicar a la madre y a su acompañante cómo observar al recién nacido mientras está en contacto piel con piel, la importancia de estos primeros momentos y la conveniencia de dedicar ese tiempo en exclusiva al recién nacido.
  - Especial importancia tiene la recomendación a los padres y/o acompañantes en relación con el uso de dispositivos móviles o de imagen, puesto que, en ocasiones, la atención tanto de la pareja o acompañante, como de la propia madre, está completamente desviada del recién nacido, con el consiguiente riesgo mencionado de falta de vigilancia estrecha.
- Se explicarán también los signos de alarma (cambios en la respiración, en el color de la piel o de los labios o alteraciones del tono muscular del bebé) y cómo avisar con urgencia a los profesionales responsables de su cuidado si se observan alguno de ellos (Rodríguez López *et al.*, s. f.).
- En la *Guía para madres que amamantan* (2017), aparece un apartado específico con la información para dar a las familias sobre todos estos aspectos (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*, 2017c).

LA PRIMERA TOMA. INICIO DE LA LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA

La evidencia parece sugerir que el inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) conlleva beneficios positivos en cuanto a su duración posterior (Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, 2007). El **paso cuatro** de los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa* de la IHAN establece, que hay que **«ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto».**

PUNTO CLAVE ** Este paso se interpreta ahora como: **«colocar a los recién nacidos en CPP con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos durante una hora de modo ininterrumpido y alentar a las madres a reconocer cuando sus recién nacidos están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda si fuera necesario». El CPP debe mantenerse evitando en cualquier caso la separación antes de los primeros 60 minutos, o evitando interrumpir una toma en curso. Se recomienda un periodo de CPP más prolongado si el recién nacido no ha succionado en la primera hora después del nacimiento (Grupo de trabajo de la Estrategia de Atención al Parto Normal, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan **iniciar la lactancia materna a más tardar una hora después del nacimiento** (Unicef, 2018).

Ese inicio inmediato de la lactancia materna –amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida– es una **medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo**. Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del bebé. De hecho, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos, mayor es el riesgo (24 horas más tarde del parto, o más, el riesgo fue superior al doble) (Unicef, 2018). La lactancia materna temprana ejerció un efecto protector, tanto si se alimentaba a los niños exclusivamente con leche materna como si no (Grupo de trabajo de la Guía de *Práctica Clínica sobre lactancia materna*, 2017b).

Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida no es fácil; de hecho, **no se puede esperar que las madres lo hagan sin ayuda**. Ellas requieren apoyo y una orientación adecuada sobre la posición que deben adoptar y la manera de hacer que sus bebés se alimenten, para que la lactancia se inicie de manera inmediata (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*, 2017b).

a) «Agarre espontáneo» frente a «agarre dirigido» en la primera toma

En la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna* (2017), la evidencia sugiere, por un lado, que es mejor el inicio temprano de la lactancia materna (en las dos primeras horas de vida del recién nacido) y por otro, que el «arrastre al pecho» *(breast-crawling)* con agarre espontáneo por parte del recién nacido, es la mejor forma de iniciar la lactancia.

Aunque varios estudios apuntan que la mayoría de los recién nacidos alcanzarán el pecho espontáneamente entre los primeros 20-90 minutos de vida, también puede que haya recién nacidos que no consiguen agarrarse al pecho por sí mismos durante esas dos primeras horas de vida (Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, 2007).

Sin embargo, también se ha observado que muchos recién nacidos no consiguen mamar correctamente si están bajo los efectos de la analgesia epidural administrada a la madre durante el parto, o si son separados de la madre durante más de 20 minutos (entre el minuto 20 y 40 postparto), aunque luego les vuelvan a dejar en contacto con la madre. Cuando coinciden ambos factores (epidural y breve separación) es más complicado que los RN logren mamar en posición correcta (Wiklund *et al.*, 2009).

PUNTO CLAVE ** Se recomienda **«que el recién nacido haga el arrastre al pecho y se agarre espontáneamente en la primera hora durante el CPP y, pasado ese tiempo, ofrecer ayuda para asegurar que el primer agarre se hace en las dos primeras horas de vida». Si a pesar de ello, el RN no se agarra, se informará a la madre sobre señales precoces de hambre, signos de alarma o sugestivos de hipoglucemia. Se animará a la madre a la extracción temprana de calostro, para favorecer el inicio de la lactogénesis (Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, 2007).

En cuanto al **tiempo que podemos esperar sin intervenir,** a la espera de que se produzca este «agarre espontáneo» en la primera toma, «no se conoce el tiempo máximo que se puede esperar hasta que el RN se agarre al pecho».

La evidencia sugiere que, «**en el caso de recién nacidos sanos a término sin factores de riesgo de hipoglucemia, se puede esperar sin intervenir durante las primeras seis horas**, ya que los RN disponen de un mecanismo regulador de la glucemia, por lo que el riesgo de que hagan una hipoglucemia sintomática es muy pequeño» (Grupo de trabajo de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, 2007).

FACTORES QUE FAVORECEN UN BUEN AGARRE

Después de todo lo dicho, podemos concluir que los factores más importantes para favorecer un buen agarre al pecho serían todos los conducentes a **favorecer al máximo la fisiología de la lactancia:**

- **Un inicio temprano del CPP** y de la primera toma al pecho (lo más inmediato posible tras el nacimiento).
- **No interrumpir, no interferir**, evitando las intervenciones y separaciones innecesarias, respetando la intimidad y la tranquilidad necesarias.
- **Guiarse por las señales precoces de hambre del bebé** para iniciar una lactancia basada en la demanda del RN y no marcar de forma rígida horarios ni intervalos entre tomas.

Todo ello, por supuesto, acompañado de una buena información a la madre y un apoyo profesional continuo y adecuado desde el nacimiento (Isenstadt, 2006).

OTROS FACTORES QUE AYUDAN

a) Posición de «crianza biológica»

La posición de crianza biológica, o *Biological Nurturing*®, es la «posición estrella» para conseguir el «agarre espontáneo» y que la evidencia nos sugiere como la mejor opción para el inicio de la lactancia materna. El «afianzamiento espontáneo al pecho» es mucho más probable cuando el RN tiene la oportunidad de poner en marcha todos sus reflejos primales y capacidades innatas, desarrollando secuencias de movimientos que permitirán el establecimiento de las conductas de amamantamiento más eficaces.

b) «Agarre dirigido»

En ocasiones, cuando el «agarre espontáneo» o «guiado por el bebé» no se produce y consideramos, en base a la evidencia descrita, que es necesario conseguir una toma eficaz al pecho, podemos sugerir a la madre diferentes técnicas para ayudar a que el bebé realice un agarre eficaz e indoloro.

- En cualquier caso, siempre será necesario valorar la situación para identificar qué factores, extrínsecos o intrínsecos, pueden estar impidiendo ese agarre espontáneo (se desarrollarán en el tema «Factores que dificultan el agarre»), si hay alguna alteración que podamos solucionar o compensar para conseguirlo.
- La herramienta principal para ello, será la «observación de una toma», que vamos a conocer en profundidad en el siguiente tema «Evaluación y observación de una toma». Y a partir de esa valoración, podremos también poner en práctica de manera más precisa las opciones de apoyo que describimos a continuación.

En el caso de «dirigir» el agarre, ya sea la propia madre siguiendo nuestras sugerencias o instrucciones (siempre como primera opción) o con nuestra ayuda directa (respetando la intimidad, pidiendo permiso y con la menor intromisión posible por parte del profesional de apoyo) tendremos que valorar diferentes posturas/posiciones, con especial atención a la **alineación del cuerpo del bebé** respecto a sí mismo y al eje del pezón de la madre y, probablemente, emplear alguna **forma de sujetar el pecho** para favorecer un agarre lo más profundo posible, dirigiendo el pezón adecuadamente hacia la boca del bebé (se desarrollarán en la sección «Técnicas de apoyo al agarre» en este capítulo).

c) «Agarre asimétrico»

Pero, para conseguir el necesario **agarre profundo** que sitúe el pezón en la «zona de confort» o punto de succión de la boca del bebé (zona de transición entre el paladar duro y el paladar blando), se desarrolló la técnica de «**agarre asimétrico**» para mejorar la eficacia y confort del mismo: el objetivo es **que la mayor parte de la areola que entra en la boca del bebé lo haga por su parte inferior**, pudiendo quedar libre más parte de la parte superior de la areola.

Las claves para conseguir esto son:

- Posición del bebé muy pegado al cuerpo de la madre.
- El pezón se situará a la altura de la nariz del bebé, de modo que su cabeza necesitará extenderse ligeramente hacia atrás.
- El agarre se produciría «en dos tiempos», con un primer contacto de la barbilla y labio inferior con el borde inferior de la areola, resultando automáticamente evertido, y después, al tiempo que la madre acerca al bebé hacia su pecho, que ya está en contacto con la barbilla, será el labio superior lo último que contactará con el pecho.

La posición asimétrica permite que el agarre sea más profundo y que el pezón no resulte dañado ni deformado por presión contra el paladar duro a lo largo de la toma, evitando el dolor y las grietas. Además, favorece un mejor vaciado del pecho, con lo que mejorará la transferencia final de leche.

TÉCNICAS DE APOYO AL AGARRE

Mientras se sujeta al bebé en alguna de las posiciones posibles, puede ser necesario o útil el sujetarse el pecho con la mano libre. El propósito es darle más firmeza para facilitar el agarre y, también, liberar a la barbilla del bebé del peso del pecho durante la toma para que pueda mantenerse bien agarrado y que amamante de forma más eficaz.

Técnica «sándwich»

Para facilitar el agarre profundo se puede dar al pecho la forma ovalada de la boca del bebé. Para ello se colocan los dedos de la mano sobre el pecho, **en forma de C o en forma de U**, en el mismo sentido del eje de la boca del bebé (en paralelo a ella) y presionando ligeramente. Es importante dejar la areola libre para no interferir con el agarre (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*, 2017c).

En el momento en el que el bebé abre la boca, la madre lo atrae hacia el pecho y dirige el pezón por encima de la lengua en dirección a la coronilla del bebé (apuntando al paladar blando). Se mantiene sujeto el pecho mientras empiezan las succiones, hasta que se confirma que el agarre es el adecuado. Si es necesario, puede mantenerse unos minutos hasta que se consigue el vacío intraoral suficiente para el agarre.

- **Sándwich en C (horizontal).** La madre sujeta su pecho con el pulgar arriba, bien separado de la areola, y los otros cuatro dedos por debajo del pecho, bien lejos de la boca del bebé, para no interferir en el agarre. Es útil cuando se amamanta en posición de rugby o en la posición tumbada de lado.

- **Sándwich en U (vertical).** Se deben colocar los dedos planos sobre las costillas, bajo el pecho, de forma que la mama esté sostenida entre los dedos pulgar y el índice. El pulgar estará en la zona externa del pecho y el resto de los dedos en la zona interior. Es útil cuando se amamanta en posición de cuna y cuna cruzada (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*, 2017).

***Nota importante para elegir «C» o «U» en la técnica sándwich:** hay que tener en cuenta el alineamiento entre el eje de la boca del bebé (de comisura a comisura), que debe coincidir con el eje del óvalo que la madre forma en el pecho al sujetarlo con su mano. Si no es adecuado, puede ser más difícil para el bebé el conseguir un agarre lo suficientemente profundo (sería como intentar morder un sándwich colocado en vertical, con nuestra boca en horizontal).

REFERENCIAS

Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., & Díaz Gómez, N. M. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista española de salud publica, 93*.

Crenshaw, J. T. (2007). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together—It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education, 23(4), 211–217*. http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211

Genna, C. W. (2013). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (2nd edition. Jones & Bartlett Learning).

Grupo de trabajo de la Estrategia de Atención al Parto Normal. (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017a). Anexo 1: Información adicional para los profesionales sanitarios: Patrones biológicos de comportamiento del recién nacido y de su madre. En *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica *Clínica sobre lactancia materna*. 2017b. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017c). *Guía para las madres que amamantan*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_mujeres_Osteba.pdf

Isenstadt, L. J. (2006). Book review: Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding, 2nd edition. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association, 22*(2), 227-227.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(11), CD003519.

Rodríguez López, J., Pallás Alonso, C. R., & Hernández Aguilar, M. T. (s. f.). *Episodios aparentemente letales y muertes súbitas durante el contacto piel con piel precoz*. www.ihan.es/publicaciones/articulos. Recuperado abril de 2019, de http://www.ihan.es/publicaciones/articulos/Muerte_subita_CPP.pdf

Unicef, O. M. S. (2018). *Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido*. UNICEF. https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_Sp.pdf

Wiklund, I., Norman, M., Uvnäs-Moberg, K., Ransjö-Arvidson, A.-B., & Andolf, E. (2009). Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. *Midwifery, 25*(2), e31-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17980469/

EVALUACIÓN Y OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Autora \ Isabel González Camacho

INTRODUCCIÓN

El personal sanitario debe proporcionar a las mujeres ayuda para el inicio y mantenimiento de la lactancia con información teórico-práctica en relación a la postura de la madre, posición del bebé, agarre adecuado del bebé al pecho y técnicas de extracción de leche. Cuando se detecten posibles dificultades, los profesionales sanitarios deben animar y apoyar a las madres a mejorar la técnica de amamantamiento y mostrarles cómo hacerlo correctamente. Para una valoración adecuada de la lactancia se requiere una historia clínica de lactancia y una observación de toma completa que permita comprobar que existe una adecuada transferencia láctea y diagnosticar la causa de las dificultades si las hubiese. La valoración de la toma debe ser realizada por un profesional cualificado preferiblemente 2-3 veces al día o tantas veces como sea necesario ante la aparición de problemas con la lactancia.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

PUNTO CLAVE \ La observación de una toma completa es esencial para comprobar que existe una adecuada transferencia láctea y diagnosticar la causa de las dificultades si las hubiese, por lo que debe ser realizada por un profesional cualificado.

DESARROLLO

En la observación de la toma al pecho se deben tener presentes: signos de colocación adecuada al pecho materno, signos de un agarre adecuado y signos de transferencia eficaz de leche (Tabla 1), así como indicadores que nos puedan alertar de posibles dificultades en el amamantamiento (Tabla 2).

Observación de toma	
Signos de colocación adecuada (postura de la madre e hijo)	• Madre relajada y cómoda. Se siente segura y confía en su capacidad para amamantar y producir leche. • Contacto visual madre-hijo/a. • Bebé en contacto con su madre y su cuerpo bien sujeto. • Bebé colocado a la altura del pecho, o entre ambas mamas, con la cabeza y el cuerpo alineados frente al pecho y su nariz dirigida al pezón materno.
Signos de un agarre adecuado	• Se visualiza más areola por encima que por debajo de la boca del lactante. • Boca del bebé muy abierta (120°). • Labios del lactante hacia afuera, evertidos. • Mentón tocando o casi tocando el pecho. • Mejillas redondas, llenas (no hundidas) cuando succiona. • No presencia de dolor en el agarre.
Signos de transferencia eficaz de leche	• Boca del bebé húmeda. • Se ve o se oye tragar al bebé. • La madre nota signos de eyección (siente sed, sueño, relajación, aumentos de entuertos y/o loquios en los primeros días tras nacimiento de su bebé). • Aumento notable del volumen de leche antes del quinto día. • En la toma sale leche del otro pecho. • Los pechos se ablandan tras la toma. • El lactante suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma.

Tabla 1. Aspectos a valorar en una observación de una toma (Elaboración propia. Tomado de la Ficha de la observación de la toma de la Unión Europea)

Algunos signos de alerta en la observación de la toma	
En la madre	• La madre no presenta signos de lactogénesis II («subida» de la leche) a partir de las 48-72 horas ni hay un aumento notable del volumen de leche antes del quinto día. • La madre no sabe reconocer las señales de hambre en el bebé. • No sabe despertar al recién nacido para alimentarlo, en caso necesario. • No tiene apoyo de su pareja, familiares, amigas o grupos de apoyo. • Presencia de dolor, molestia en el pecho y pezón o el pecho está rojo, hinchado y dolorido.
En el bebé	• Realiza menos de ocho tomas en 24 horas. • Pérdida ponderal de peso objetivada durante más de 3-4 días o incremento lento sin recuperar el peso de nacimiento a los 14 días. • Signos presentes de deshidratación (mucosas húmedas, ojos hundidos, ictericia, piel poco elástica y no turgente). • Disminución o ausencia de las micciones y deposiciones según el día de vida.
Signos de mala posición	• Boca muy cerrada, alejado del pecho, pezón dañado o el niño succiona muy rápido, mucho tiempo al pecho sin llegar a saciarse o sin aumentar de peso.

Tabla 2. Algunos signos de alerta presentes en la observación de una toma (Elaboración propia. Tomado de la Ficha de la observación de la toma de la Unión Europea)

Elaboración de una historia clínica de lactancia

La elaboración de la historia clínica de la lactancia es un proceso dinámico en la que participan los distintos profesionales sanitarios en contacto con la madre y su bebé. Se debe elaborar una historia clínica de lactancia que recoja una buena anamnesis con antecedentes personales y obstétricos maternos, datos del embarazo y parto actual, periodo neonatal, datos del recién nacido y datos relevantes relacionados con la lactancia (observación de la toma, número de tomas, de micciones y deposiciones, y problemas detectados en la misma y datos de la observación de la toma que, unidos a la valoración de la toma, permitirán prestar la ayuda que cada madre pueda necesitar en ese momento, teniendo presente sus deseos y las necesidades de su bebé.

Sugerencias para la realización de una historia clínica de lactancia
Presentación y saludo. Preguntar por el nombre de la mamá y su bebé.
Escuchar de manera activa lo que la madre nos quiera decir.
Comprobar la evolución del peso del bebé, ver su gráfica de peso.
Recabar información necesaria con preguntas que puedan aclarar hechos importantes en su lactancia materna.
Dar tiempo necesario para que la madre se exprese o para averiguar situaciones más difíciles y sentimientos maternos.
Evitar que la madre se sienta criticada, juzgada o culpable de la situación.

Tabla 3. Sugerencias para elaboración de una historia clínica (Elaboración propia)

Utilización de fichas de observación de una toma

Existen muchas herramientas para valorar la lactancia materna, no siendo comparables entre ellas, pues miden diferentes variables. Algunas evalúan actitudes maternas, conocimientos o la confianza y satisfacción de la madre (autoeficacia de la lactancia materna) mientras que otras permiten valorar la eficacia de la lactancia materna, la toma (posición al lactar, el agarre al pecho, la succión y la transferencia de leche) (Tabla 4).

Herramientas para valorar la lactancia materna		
Autoeficacia de la lactancia materna	Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)	• Validada al castellano. • Valoración del riesgo del destete precoz. • Valoración de las percepciones y comportamiento materno. • Valoración del comportamiento materno y habilidad de succión del lactante. • Valoración de la habilidad de succión del lactante.
Eficacia de la lactancia materna	Infant Breastfeeding Assessment Tool Method (IBFAT)	Observa: • El estado de alerta del niño antes de la toma, agarre, patrón de succión y la duración de la toma, así como la percepción materna.
	Ficha de observación de la OMS	Evalúa unos puntos esenciales como: • Posición del cuerpo de la madre y bebé. • Reflejo de búsqueda del bebé, agarre y signos de eyección de leche. • Estado del pecho materno.
	Escala de Mathews	Valora: • Grado de alerta antes de la succión. • Búsqueda del pezón (al tocar la mejilla). • Tiempo para engancharse e iniciar la succión. • Calidad de la succión.
	LATCH Acrónimo: L - Agarre A - Signos de deglución audibles T - Tipo de C - Comodidad H - Posición madre-bebé	• Validada al castellano. • Monitoriza la eficacia de la lactancia materna. • Incluida dentro del Servicio Canario de Salud como formulario en Historia Clínica y su Procedimiento para Valoración de una toma usando la herramienta LATCH.

Tabla 4. Distintas herramientas para observación de la toma (Elaboración propia)

MENSAJES PARA RECORDAR

- Los profesionales responsables del cuidado de la madre y del recién nacido deben tener la formación necesaria para enseñar a las madres cómo conseguir una postura y enganche (agarre) adecuados durante el amamantamiento.
- La técnica de la lactancia debe aprenderse y es muy fácil que una mujer dude de su capacidad para amamantar; es el apoyo y el refuerzo de la confianza lo que hace que se superen las dificultades que surgen al inicio de la lactancia. Este apoyo ha demostrado que consigue lactancias más prolongada.

REFERENCIAS

DE SANIDAD, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

Unidad 2. Amamantamiento normal - Continuum AEP https://continuum.aeped.es/files/guias/Lactancia_materna_Unidad_2.pdf

IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/

CÓMO COLOCAR AL BEBÉ AL PECHO

Autora \ Isabel González Camacho

INTRODUCCIÓN

La colocación correcta del lactante al pecho es uno de los requisitos más importantes para el éxito de la lactancia. Una técnica de amamantamiento correcta permite un buen vaciamiento del pecho, favoreciendo la producción adecuada de leche y el mantenimiento de la lactancia.

Los profesionales sanitarios deben asegurarse de que se proporcione a las madres el apoyo necesario a fin de colocar correctamente al niño. Además, deben explicar a las madres las técnicas necesarias para ayudarles a adquirir esta habilidad.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Los factores que favorecen la posición correcta del bebé al pecho son:

- Una buena información de la madre.
- El inicio temprano de la lactancia materna.
- Evitar el uso de chupetes y biberones para prevenir el síndrome de confusión de pezón.
- Apoyo profesional durante la estancia hospitalaria.

Algunos factores físicos, tanto por parte del bebé (frenillo lingual corto, retrognatia...) como de la madre (tamaño y orientación del pecho o el pezón...) pueden dificultar un correcto agarre del bebé al pecho.

PUNTO CLAVE \ Existe diferentes posturas maternas que puede adoptar la madre para alimentar a su bebé, no existiendo una postura mejor que otra. Lo fundamental es que la madre y el bebé encuentren la suya propia permitiendo un vaciamiento efectivo del pecho y una alimentación eficaz del niño.

DESARROLLO

Entre los principios básicos que deben ser tenidos en cuenta en cualquier postura que adopte la madre para amamantar se encuentran:

- **La madre y el bebé deben de estar cómodos y muy juntos**, preferiblemente con todo el cuerpo del bebé en contacto con la madre. **La cabeza y el cuerpo del bebé debe estar en línea recta**, con el **cuello más extendido**, y con la cara mirando hacia el pecho y **la nariz frente al pezón.**
- La cabeza del bebé y todo su cuerpo deben de estar más o menos **inclinados según la dirección del eje del pecho**.
- Si no abre la boca, la madre estimulará al bebé rozando sus labios con el pezón.
- Cuando el bebé tenga la boca bien abierta, **desplazarlo suavemente hacia el pecho (no el pecho al bebé)**. No empujar la cabeza del bebé con la mano, ya que, de forma refleja, la llevará hacia atrás apartándose del pecho. El bebé se agarrará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de la boca, de manera que pueda alcanzar el pecho **inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás**. Con esta maniobra, **la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho** mientras el bebé tiene la boca muy abierta. El lactante debe introducir en su boca tanto pecho como sea posible y colocar su labio inferior alejado de la base del pezón.

- Si la nariz está muy pegada al pecho puede que el cuello esté flexionado. Bastará con desplazar ligeramente el bebé hacia sus pies, con este movimiento se extiende la cabeza y la nariz se separa un poco del pecho. Las manos del bebé deben de quedar a ambos lados del pecho. Cuando la madre tiene los pechos grandes, puede ser útil sujetar el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, con la mano en forma de C para que los dedos de la madre estén suficientemente alejados del pezón y no interfieran con el agarre del bebé al pecho. No es aconsejable presionar el pecho con los dedos haciendo «la pinza», ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de la boca.
- Explicar a los padres en qué consiste y cómo debe realizarse el autoenganche, si es necesario utilizaremos material educativo.
- Favorecer un ambiente tranquilo e íntimo para que lo realicen.

POSTURAS AL PECHO MATERNO

a) Posición sentada

- La cabeza del bebé se apoya en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo que sostiene al bebé, el uso de un cojín o almohada y un taburete o silla baja que permita elevar los pies.
- El niño debe estar bien alineado (oreja, hombro y cadera en la misma línea) y con el cuello en posición neutra o discretamente hiperextendido.

  Variantes:

  - **Posición de cuna.** Cabeza del bebé en el antebrazo del mismo pecho de la toma.
    - **Posición de cuna cruzada.** Cabeza del bebé en la mano de la mamá (mano contralateral al pecho ofrecido), quizás permite un mayor control en el agarre.
    - **Posición «de balón de rugby o lateral»**. El lactante se coloca a un lado de la madre apoyada sobre una almohada y con su cuerpo recostado en el lateral de la madre mirándole de frente.

b) Posición acostada

- Madre y el bebé acostado en decúbito lateral, frente a frente. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doble. Útil en caso de cesáreas, en los primeros días posparto y para las tomas nocturnas.

c) Posición biológica o natural

Consiste en amamantar en posición semirreclinada, posición que desencadena reflejos primitivos del lactante, facilitando un agarre dirigido por el bebé.

Se diferencian tres posiciones:

1) Crianza biológica completa

Madre recostada sobre su espalda en ángulo de 15-65° y el bebé boca abajo, contacto piel con piel. La madre le ayuda a llegar al pecho únicamente ofreciendo límites con sus brazos.

La madre no tiene que sostener al bebé ni ejercer presión sobre espalda, cuello o cabeza.

Esta posición de crianza se puede realizar en cualquier momento, pero es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho...).

2) Crianza biológica parcial

Tumbada en plano o de lado (0-14°). La madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada (sobre una almohada) con el bebé acostado sobre la cama de lado, con su cuerpo de frente y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad para, cuando abra la boca, facilitar el agarre.

Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

3) Crianza no biológica

Madre erguida >65° o sentada recta. A menudo se coloca al bebé sobre una almohada delante y en ángulo recto con su cuerpo.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Los profesionales debemos mostrar la técnica de la lactancia y dar apoyo en el posicionamiento del bebé al pecho.
- Madre y niño deben estar juntos, niño alineado nariz-pezón, realizando ligera extensión del cuello, intentando que su barbilla y labio inferior sean los primeros en tomar contacto con el pecho.
- La madre debe conocer distintas posturas y usarlas según sus preferencias.
- La postura de crianza biológica permite un agarre dirigido por el lactante y es ideal para la primera toma y como herramienta en situaciones de dificultad en el agarre, pudiendo realizarse mientras se mantengan los reflejos primitivos del bebé (en torno a los 3 meses).

REFERENCIAS

¿Cómo ser hospital IHAN? Disponible en: https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/

Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la Teoría a la Práctica. Ed Médica Panamericana 2008. ISBN: 978-84-7903-972-1. 5.- Moore ER, Anderson.

DE SANIDAD, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.

Disponible en: https://somuca.es/wp-content/uploads/2017/05/GPC-LACTANCIA-MATERNA.pdf

Colson, S. D., Meek, J. H., & Hawdon, J. M. (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*, *84*(7), 441-449.

Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378207002423?casa_token=OWin8ITZvW4AAAAA:SHuhhRjiAK80rcE-5qiyiExIbxCtqAgCUT7sx8g8KVWBuW5tDN1ItmOrC9LvBwmY4fAxcyof_fc

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Autora \ Amanda Antequera Pestano

¿QUÉ ES LA CONSEJERÍA?

- La consejería en lactancia es una forma de comunicarse con una madre y su entorno. Se trata de aplicar técnicas de comunicación en la asesoría de lactancia con el objetivo de obtener una buena historia clínica, establecer bases sólidas en la «relación de ayuda», y obtener resultados eficaces y satisfactorios **para la madre y el bebé**.

- El concepto de «consejería» es nuevo para muchas personas y puede ser difícil de traducir. Proviene de *counselling*, un anglicismo referido a una profesión de ayuda que comprende la prevención y atención de problemas de la vida cotidiana o de conflictos relacionados con crisis vitales o, simplemente, la atención a personas que están en la búsqueda de mayor bienestar o integración personal. Es una aclaración pertinente para no confundir con la palabra más cercana en español, que sería «aconsejar».

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

- La palabra que en castellano se acerca más al concepto de «consejería» sería «orientación» (World Health Organization, 2007). Es importante aclarar que la «orientación» implica más que una simple recomendación o un consejo. Frecuentemente, cuando aconsejamos a las personas, lo hacemos para decirles qué es lo que pensamos que deben hacer. Cuando brindamos «orientación» a una persona, la escuchamos, tratamos de entender cómo se siente y reforzamos su confianza **para que sea ella quien encuentre y decida qué es lo mejor en su caso** a partir de alternativas o sugerencias que le podemos hacer llegar como agentes de salud. Realizar consejería en lactancia dista mucho de «dar consejos». La palabra consejería puede crear confusión y sería más apropiado usar el término «orientación en LM», pero se ha decidido mantener así por usar el término que la OMS propone y que también aclara en sus guías.

- La consejería implica la adquisición de unas competencias. Para ello es necesario tener los conocimientos, adquirir las habilidades y practicar las actitudes. Todos los proveedores de atención directa a madres y sus familias han de adquirir el conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para brindar atención y apoyo de manera segura y compasiva a todas las madres y recién nacidos, dentro del contexto de los *Diez Pasos* de la IHAN (World Health Organization & UNICEF, 2020).

- Este capítulo tratará de aportar los conocimientos necesarios sobre la manera de comunicarnos con las madres y sus familias, y solo a través de la práctica podrán adquirirse las habilidades. Esta guía surge en el contexto de un curso en el que se ofrecen posibilidades de entrenar estos conocimientos, sin embargo, tampoco es suficiente para que cada profesional/asesor se convierta en experto de cada habilidad, dependerá de su experiencia previa, de su práctica y de su pertinacia posterior. Así, les animo a aprovechar cualquier oportunidad de practicar las habilidades en consejería, hasta apropiarse de las actitudes necesarias para realizar consejería de calidad.

- La OMS ha editado un documento de verificación de competencias, una herramienta para asegurar que todos los proveedores en contacto con madres y bebés tienen las competencias básicas necesarias. En él se explicitan los resultados de aprendizaje que los estudiantes (futuros proveedores) necesitan obtener en estas tres competencias: saber qué hacer (conocimiento), cómo aplicar sus conocimientos (habilidades) y cuándo aplicar sus habilidades, dentro de un marco ético apropiado, utilizando ese conocimiento (actitudes y comportamiento). Esos términos se han definido de la siguiente manera:

Conocimiento (K): es la comprensión teórica o práctica de un tema obtenido a través de la educación formal o de experiencias prácticas.

Habilidades (S): son habilidades para realizar correctamente un trabajo. Estos incluyen técnicas cognitivas, de comunicación, interpersonales y de resolución de problemas.

Actitudes (A): son el comportamiento, la forma o la manera en que actuamos hacia nosotros mismos o hacia los demás.

En este capítulo se incluyen todas las habilidades fundamentales para comunicarse de manera creíble y eficaz que propone la OMS, pero se presentan con una clasificación propia que considero que favorece su comprensión. Una vez adquiridos los conocimientos, será más fácil el uso de diferentes formularios para valorar la adquisición de estas competencias en la práctica.

¿POR QUÉ HABLAR DE CONSEJERÍA?

- La «consejería» es un componente vital para producir cambios reales en las cifras de lactancia materna, ya que, sin una forma de comunicación eficaz, el conocimiento llega a las personas pero no es interiorizado y aceptado, y no lleva a la acción o modificación de hábitos. Para la OMS es una necesidad urgente del siglo XXI la capacitación de todas las personas involucradas en lactancia en **consejería nutricional** y, por tanto, en las habilidades necesarias para apoyar y proteger la lactancia materna y la alimentación complementaria (World Health Organization, 2007).
- La evidencia actual demuestra que las intervenciones de asesoramiento son efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna, con un mayor efecto sobre la prevalencia de la lactancia materna exclusiva. Los estudios indican mejoría en las cifras de lactancia cuando la asesoría se brinda regularmente dentro de una relación establecida con, al menos, 4 sesiones o más de seguimiento (World Health Organization & UNICEF, 2020).
- El asesoramiento especializado es clave para mejorar las tasas de lactancia materna. Tal es así que la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un conjunto de pautas, que definen los servicios esperados y las competencias del personal, requeridas para brindar consejería de lactancia materna de alta calidad. Entre estas competencias se encuentran las habilidades fundamentales: comunicarse de manera creíble y eficaz, que la OMS define como **competencias básicas que debe adquirir todo proveedor de salud en contacto con las mujeres y sus bebés** (World Health Organization & UNICEF, 2020) y que desarrollaremos a lo largo de este capítulo.

BASES PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ EN LA ASESORÍA DE LACTANCIA

La comunicación es una herramienta básica de trabajo.

Permite:

- Obtener una historia completa.
- Promover la relación de confianza necesaria para el seguimiento y mejora de la salud de madre y bebé.
- Favorecer la autonomía y fortaleza de quienes nos consultan.

Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (qué decimos) y otro de relación (cómo lo decimos y quién lo dice): el último condiciona al primero. Para una comunicación eficaz debemos ser conscientes de que **comunicar implica establecer una relación**, y esto supone niveles de interpretación.

En toda «relación» que establezcamos con una madre y su bebé (y en muchos casos con algún familiar más) debemos cuidar el **cómo** nos comunicamos. En la interpretación del mensaje influirá el momento y lugar en que se produce la interacción (contexto); la manera de expresarse, los símbolos presentes, el lenguaje no verbal que acompaña, etc. (código), y cómo se sienten ambos interlocutores, si están cansadas, agobiadas, con demasiados estímulos externos o internos (ruido). Analizar los elementos que en un momento dado favorecen o entorpecen la comunicación nos puede ayudar a establecer objetivos reales. Así, por ejemplo, si entramos a una habitación para una actividad puntual (cambiar un suero) y observamos un agarre incorrecto, a la madre acompañada de muchas personas y que refiere sentirse muy cansada y agobiada porque no ha comido ni ha podido ir al baño, podríamos valorar que explicar el agarre correcto no sea el objetivo de esa interacción, sino proporcionar ayuda práctica (que coma, descanse, vaya al baño y gestione las visitas) y programar una visita en otro momento en que el entorno sea más propicio y la madre pueda estar más receptiva.

HERRAMIENTAS PARA LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA

a) Usar preguntas abiertas para que exponga el problema o la duda

Tanto para iniciar una conversación con la madre, como para obtener la historia, se necesita hacer algunas preguntas. Es importante hacer preguntas que estimulen a la madre a conversar y a dar información.

Las preguntas abiertas evitan hacer demasiadas preguntas y permiten obtener más información acerca de la situación y/o de las preocupaciones reales de la madre. Las preguntas abiertas son las más útiles. Para responderlas, la madre debe dar información más detallada y no contestar simplemente con un sí o un no.

Las preguntas abiertas suelen empezar con:

¿Cómo? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Quién?

Las preguntas cerradas sugieren la respuesta que esperamos que nos den, inducen a la madre a contestar lo que cree que esperamos. Generalmen-

te, solo se pueden contestar con un «sí» o un «no», un «bien» o un «mal», y esto da poca información.

Las preguntas cerradas, generalmente se inician con:

«¿Está usted...?» o «¿Hizo él...?» o «¿Tiene él...?» o «¿Hizo ella...?».

Esto no significa que no se utilicen durante la entrevista clínica, ya que son necesarias para concretar algo o pedir aclaraciones.

Ejemplos:

Cuando veas este símbolo , tómate unos minutos e intenta pensar o escribir cómo lo hubieras hecho tú antes de continuar leyendo.

Preguntas cerradas que son respondidas por la mamá con un «sí» o con un «no»
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, María. Soy Lourdes, la auxiliar de enfermería de la comunidad. ¿Está Hugo bien?
MADRE.—Sí, gracias.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Le está dando el pecho?
MADRE.—Sí.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Tiene alguna dificultad?
MADRE.—No.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿El bebé está mamando muy frecuentemente?
MADRE.—Sí.

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Qué aprendió la profesional de la salud de esta madre? ¿Qué información crees que la profesional de la salud obtuvo de esta madre?

En este ejemplo, la mayoría de respuestas que obtuvo fueron del tipo «sí» y «no». No aprendió mucho de la situación de la madre y el bebé, preocupaciones, dudas, ideas erróneas, etc. Después de contestar sí o no, la madre espera a que le sigan preguntando, no da lugar a explicarse más.

Preguntas cerradas
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, María. Soy Lourdes, la matrona de planta. Me han dicho que... ¿le duele cuando Hugo mama?
MADRE.—Sí, se lo comenté a la enfermera que vino antes.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Le duele cuando se agarra desde el principio o cuándo lleva un rato?
MADRE.—Desde que empieza, y mucho.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Tiene grietas?
MADRE.—Sí.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Le han sangrado?
MADRE.—No.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Las grietas siempre son por un mal agarre, ¿le enseñaron en las clases a colocarse al bebé al pecho?
MADRE.—No, es que no fui.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Se ha puesto algo para aliviar las grietas?
MADRE.—No.

¿Qué aprendió la profesional de la salud de esta madre? ¿Qué información crees que la profesional de la salud obtuvo de esta madre?

En este ejemplo, la mayoría de respuestas son «sí» y «no». No obtuvo mucha información sobre la lactancia ni de cómo la madre está viviendo la situación. Después de contestar sí o no, la madre espera a que le sigan preguntando, no da lugar a contar más.

Preguntas abiertas
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días María. Soy Lourdes, auxiliar de enfermería de la comunidad. ¿Cómo está Hugo? **MADRE.**—Creo que está bien, ¡pero tiene mucha hambre! **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—Cuénteme, ¿cómo lo está alimentando? **MADRE.**—Le doy mi pecho cada vez que me lo pide, solo tengo que darle un biberón por la noche. **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—¿Qué hizo que usted decida darle el biberón? **MADRE.**—Él quiere más leche a esa hora y yo pienso que mi leche no es suficiente

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Qué aprendió la profesional de la salud de esta madre? ¿Qué información crees que la profesional de la salud obtuvo de esta madre?

En este ejemplo la profesional de la salud hace una pregunta abierta y le permite enterarse de que está suplementando. Podría haber hecho preguntas cerradas del tipo «¿cuánto suplemento le da?», «¿a qué hora?», pero al volver a hacer otra pregunta abierta obtiene información de la auténtica preocupación de la madre.

Preguntas abiertas
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, María. Soy Lourdes, la matrona de planta. ¿Cómo están? **MADRE.**—Pues Hugo está bien, hoy ha pasado el día muy tranquilo y dormidito. A mí es a la que le duelen mucho los pezones, no sé si me pasará como a mis hermanas, que no pudieron darle a mis sobrinos porque sus pezones no eran buenos. **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—¿Qué le pasa cuando mama Hugo? **MADRE.**—Me duele mucho cuando se agarra al pecho, al principio casi no lo soporto, tengo que agarrar fuerte un pañal de tela o algo, después va aliviando un poco, pero hasta que no suelta no me alivia, ¡fíjate que me ha hecho una heridita en el pezón derecho! **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—¿Qué está haciendo para tratar de mejorar el dolor? **MADRE.**—Pues me dijo una amiga que pusiese de mi leche en la herida, y que dejase el pecho al aire, pero aquí no es muy fácil por la falta de intimidad. **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—Entiendo... ¿y cómo mama Hugo? **MADRE.**—Pues al principio bien, pero se queda dormido a los 10 minutos, ¡y tengo que despertarlo todo el rato!

¿Qué aprendió la profesional de la salud de esta madre? ¿Qué información crees que la profesional de la salud obtuvo de esta madre?

En este ejemplo, la profesional de la salud inicia la conversación con una pregunta abierta que le alerta sobre dos posibles dificultades relacionadas: dolor al mamar y un bebé que lleva todo el día dormido. Al continuar con preguntas

abiertas va obteniendo más información que, de otra manera, podría haberse pasado por alto.

Las preguntas abiertas permiten a la madre expresarse, contar lo que siente y le preocupa, y nos permite recabar más información. La pregunta cerrada la usamos para concretar esa información y obtener datos más específicos.

b) Devolver el comentario a la madre. Parafrasear

Es una técnica útil para demostrar a la madre que entendemos lo que nos cuenta, y para animarla a que continúe hablando. Puede usarse para pedir que se explique mejor, animarla a que continúe con la explicación o para que concrete algún aspecto de la historia. Además, ayuda a mantener la concentración entre los interlocutores.

En ocasiones, el profesional de la salud, ante determinados comentarios, realizamos preguntas para indagar los hechos. Sin embargo, las respuestas de las madres a este tipo de preguntas son, a veces, poco útiles. La madre, frente a estas preguntas, puede responder cada vez menos. Por ejemplo, si la madre dice: «Mi bebé estuvo llorando mucho la noche pasada»; podemos desear preguntar: «¿Cuántas veces se despertó?», pero la respuesta a esta pregunta no es útil. Aquí es más eficaz parafrasear a la madre «Ahhh ¿le parece que lloró mucho?», e incitamos a seguir hablando y llegar a lo que a la madre le preocupa de verdad.

Para devolver el comentario podemos:

- Repetir las últimas palabras que ha dicho.
- Repetir la idea que creemos que ha transmitido.
- Hacer algún comentario sobre lo que dice.
- Resumir de cuando en cuando.

Se ha de expresar de una forma ligeramente diferente, para no sonar como si estuviera imitándola. No se trata de repetir como un loro.

Lo acompañamos de lenguaje no verbal congruente: expresión facial, gestos, sonidos...

Es una técnica que no se debe usar de forma continua, sino utilizar en la conversación de forma fluida y mezclar con otras respuestas.

Ejemplos:

PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, Olga.
¿Cómo están usted y Lila hoy día?

MADRE.—¡Cansada! Lila quiere mamar demasiado.
¡Está en mi pecho todo el tiempo!

PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Lila está mamando con mucha frecuencia?

MADRE.—Sí. Esta semana ha estado muy hambrienta.
Creo que mi leche se está secando.

PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Le parece que Lila
ha estado más hambrienta esta semana?

MADRE.—Sí, y mi hermana me ha dicho que debería darle un biberón.

PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Le ha dicho su hermana que le dé algo más?

MADRE.—Sí. ¿Cuál es la mejor leche artificial?

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Qué aprendió el profesional de la salud de esta madre? ¿Qué información crees que el profesional de la salud obtuvo de esta madre?

En este ejemplo, el profesional de la salud consigue, devolviendo el comentario, que la madre se sienta escuchada y cuente lo que le preocupa, obteniendo información relevante.

c) Evitar emitir juicios y usar «palabras que juzgan»

Puede resultar difícil poner en práctica esta habilidad. Hay tres estrategias que ayudan a escuchar y responder de forma más objetiva:

- Responder en **presente**, no en pasado. El pasado no se puede cambiar, centrarse en el presente ayuda a resolver la situación y entenderse.
- Realizar **observaciones específicas del momento y del contexto**.
- Responder **describiendo la situación, no evaluándola**. Describir lo que se está diciendo, no lo que juzgamos que se está diciendo, para ello debemos entrenarnos en evitar las etiquetas y centrarnos en describir lo que observamos.

Si decimos: «Esa madre está despreocupada de su bebé», emitimos un juicio, **evaluamos**.

Si decimos: «Cada vez que entro en la habitación observo que la madre no atiende el llanto de su bebé», emitimos una observación, **describimos**.

Ejemplo: Una madre excesivamente preocupada porque su hijo no come lo que ella espera y solicita «algo» para aumentarle el apetito.

Si respondemos: «Pero mujer, qué exagerada, tu hijo está bien y no necesita nada que le aumente el apetito», emitimos juicio, **evaluamos**. Es posible que se sienta juzgada, o no entendida, pudiendo optar por justificar sus sentimientos (en lugar de buscar una solución real al problema) o perder la confianza y buscar apoyo en otro sitio.

Si describimos lo que nos cuenta y devolvemos el comentario: «Entiendo que estás muy preocupada porque sientes que lo que come tu hijo no es suficiente

y has pensado que darle un medicamento podría ser una solución», emitimos una observación, **describimos**.

Las «palabras que juzgan» nos llevan a emitir juicios. Son aquellas tales como: correcto, incorrecto, bien, mal, bueno, suficiente, adecuado.

Si se emplean palabras que juzgan, al conversar con una madre sobre la alimentación, especialmente cuando se realizan las preguntas, pueden provocar en ella un sentimiento de que está equivocada o que hay algo que está mal en su bebé. Si es así, podría no decir lo que siente verdaderamente por miedo a la represalia, o por vergüenza, o bien centrar su atención en el miedo y no en tratar de encontrar una solución (World Health Organization, 2007).

Listado de palabras que juzgan de la guía del facilitador del curso integrado *Consejería para la Alimentación del lactante y del niño pequeño* de la OMS:

Palabras que juzgan			
Bien	**Normal**	**Adecuado**	**Problema**
Bueno Malo Malamente	Exacto Apropiado Correcto Equivocado	Adecuado Inadecuado Satisfecho Lleno de Bastante	Falla Fracaso Éxito Logro

Es habitual que empleemos estas palabras en nuestra forma de expresarnos, pero se recomienda practicar su omisión, tanto como sea posible, incluso si existe un buen motivo para emplear alguna. En ocasiones, son las madres las que emplean estas palabras para describir su propia situación. Si es de forma negativa, hacia sí misma o su bebé, nos puede orientar en la necesidad de esa madre de recibir refuerzo o apoyo.

Las palabras que juzgan pueden ser necesarias, especialmente si se trata de juicios positivos, con el fin de reforzar la confianza de la madre (World Health Organization, 2007).

Han de advertir que las preguntas que emplean palabras que juzgan, frecuentemente, son preguntas cerradas. El uso de preguntas abiertas ayuda a evitar el uso de estas palabras.

Ejemplos:

Empleando palabras que juzgan
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días. ¿Está mamando bastante Miguel?
MADRE.—Creo que sí.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Piensa que tiene suficiente leche para alimentar a su bebé?
MADRE.—Yo no lo sé... Espero que sí, pero tal vez no...—Muestra gestos de preocupación.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Ha aumentado bien de peso este mes?
MADRE.—No sé...
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Puedo ver su curva de crecimiento?

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Qué aprendió el profesional de la salud de esta madre? ¿Qué información crees que el profesional de la salud obtuvo de esta madre? ¿Cómo crees que se sintió la madre?

En este ejemplo, el profesional de la salud no obtiene información relevante y crea inseguridad en la madre.

Evitando el uso de palabras que juzgan
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días. ¿Cómo está mamando Miguel?
MADRE.—Pues muy bien, come solo tetina y no he necesitado darle nada más.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Cómo está su peso? ¿Puedo ver su curva de crecimiento?
MADRE.—La enfermera dijo que aumentó más de medio kilo este mes. Estoy feliz.
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Obviamente su niño está recibiendo toda la leche materna que necesita.

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Qué información crees que el profesional de la salud obtuvo de esta madre? ¿Cómo crees que se sintió la madre?

En este ejemplo, el profesional de la salud obtiene información relevante sin preocupar a la madre. Empleó preguntas abiertas para evitar el uso de palabras que juzgan.

d) Usar un lenguaje sencillo

Los profesionales de la salud aprendemos sobre enfermedades, tratamientos y procesos utilizando términos técnicos y científicos. Una vez que estos términos se vuelven familiares, es muy fácil olvidar que las personas, que no son profesional de la salud, no los entienden (World Health Organization, 2007).

Cuando nos comunicamos, y queremos explicar algo, es necesario evitar tecnicismos y abreviaturas. El uso de palabras sencillas y familiares favorecen la comprensión y la cercanía.

Se ha de tener en cuenta las diferencias culturales y, si no las dominamos, hacerlo saber al iniciar la entrevista.

Usando lenguaje completo
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, Rosario. ¿Qué puedo hacer por usted hoy? **MADRE.**—¿Podría decirme qué tipo de comidas puedo darle a mi bebé ahora que ella tiene seis meses de edad? **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—Me agrada que lo pregunte. Bien, esta es la situación: la mayoría de los niños requieren más nutrientes que la sola leche materna una vez que han alcanzado los seis meses de edad, ya que la leche materna tiene menos de 1 miligramo de hierro absorbible. Además, la leche materna tiene aproximadamente 450 calorías; es decir, menos de las 700 calorías necesarias. Los requerimientos de vitamina A son mayores que los provistos por la leche materna, al igual que los del zinc y de otros micronutrientes. Sin embargo, si usted añade comida que no está preparada de manera higiénica, puede incrementar el riesgo de diarrea y, si le da alimentos de pobre calidad, el niño no obtendrá las calorías necesarias para crecer bien.

¿Qué información crees que el profesional de la salud obtuvo de esta madre? ¿Cómo crees que se sintió la madre?

En este ejemplo, el profesional de la salud está dando demasiada información que no es pertinente en este momento. El profesional de la salud emplea palabras que, muy probablemente, no son familiares.

Usando lenguaje sencillo
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, Rosario. ¿Cómo puedo ayudarla? **MADRE.**—¿Podría decirme qué tipo de comidas puedo darle a mi bebé ahora que ella tiene seis meses de edad? **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—Usted se pregunta qué es lo mejor para su bebé. Me agrada mucho que pregunte sobre ello. Puede empezar por cualquier alimento, no hay un orden recomendado de introducción. Puede comenzar por ejemplo con verduras o carnes, cocinadas, algo blanditas. Al principio no tomará mucha cantidad, los probará y experimentará con ellos...

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Qué información crees que el profesional de la salud obtuvo de esta madre? ¿Cómo crees que se sintió la madre?

En este ejemplo, el profesional de la salud explica cómo iniciar los alimentos complementarios de manera sencilla.

e) Dar mensajes concretos y pertinentes

En la orientación sobre lactancia materna es fundamental dar información y herramientas a las madres y sus familias para el manejo de la lactancia y la gestión de las dificultades. Nuestro deseo de «ayudar» a la madre puede llevar a «convencer» y querer dar toda la información que sabemos al respecto. Pero, especialmente para que tenga repercusión, se debe **elegir bien qué información necesita la madre**.

Practicar el concretar la información (tanto la que recibimos como la que damos) y priorizarla es fundamental para las habilidades de escucha y de dar confianza.

Recordar:

- Dar información que es pertinente para la situación presente (aquí y ahora).
- Dar una o dos informaciones cada vez, especialmente si está cansada y/o ha recibido mucha información.
- Es útil apoyarse en ejemplos que permitan entender lo que se quiere decir.

f) Comprobar que ha comprendido

Una vez que la madre ha tomado una decisión sobre qué hacer o cómo llevar a cabo una serie de acciones para solucionar el problema por el que consulta, y hemos explicado la estrategia a seguir, pedir que la repita es una buena manera de reforzar y comprobar que lo ha entendido.

g) Usar comunicación no verbal útil

Ninguna persona puede dejar de comportarse y, dado que cualquier conducta conlleva un acto de comunicación, es imposible no comunicarse. Incluso cuando nos quedamos callados, estamos emitiendo información.

Existe información de la que no somos conscientes y que estamos emitiendo a través de diferentes canales comunicativos que no ocupamos conscientemente, es el lenguaje no verbal.

Cuando nos comunicamos, controlar el lenguaje no verbal puede ser útil, ya que puede decirle a la madre, que estás escuchando cuidadosamente lo que está diciendo, si ella piensa y siente que la escuchas, las líneas de comunicación se mantendrán abiertas.

g.1) Los elementos a cuidar en la comunicación no verbal

- **Apariencia física.** La apariencia personal es otro código de comunicación y se puede usar para reforzar la credibilidad de una persona ante sus interlocutores. Cuando reflexionemos acerca de la importancia de nuestro aspecto personal como transmisor de mensajes para quienes nos rodean, debemos considerar que la formación de una imagen en la mente de los demás no es opcional, sino un fenómeno del que no podemos sustraernos. No olvidemos que es recíproco, a través de la apariencia nos hacemos

una idea de cómo es la otra persona, pero también los demás (las madres y/o acompañantes) se hacen una idea sobre nosotros.

- **Postura.** La postura es, a menudo, la primera información, junto con la apariencia física, que la madre obtiene.
- **Expresiones faciales.** Es importante tomar conciencia de la coherencia entre los signos verbales que emitimos y nuestra expresión facial. Si no estás de acuerdo con el que habla, tienes dos alternativas: tus expresiones faciales pueden mostrar el desacuerdo, o puedes permanecer neutral. En clave de consejería para las madres, es útil una cara neutral, como una forma de demostrar que no la estás juzgando (aunque te esté contando que le ha dado papillas a su bebé de dos meses).
- **Barreras externa e internas** que se interponen a la comunicación:

  Externas:

  - **Físicas.** Mucha distancia entre los interlocutores. Objetos o muebles en medio como mesas, ordenadores, carros, camillas, etc. La falta de contacto visual.
  - **Ruido y movimiento.** La capacidad de quedarse en blanco por el ruido varía según el individuo, pero, en general, el 80 % de la población perderá la atención en presencia de ruido y movimiento.

  Internas:

  - **Contacto físico apropiado**. Una mano suave, un abrazo, una caricia puede ser bien recibida si se realiza en el momento adecuado.
  - **El estado emocional en el momento de comunicar**. El estrés, las preocupaciones, la carga asistencial... pueden suponer barreras importantes a la hora de comunicarnos. Es importante tomar conciencia de ello antes de escuchar o dar un mensaje.
- **Movimientos y sintonía.** gestos. Al igual que las expresiones faciales, los gestos demuestran que estás escuchando. Incluyen movimientos corporales.

g.2) Tips para una comunicación no verbal útil

- La **posición** en la que nos encontramos con respecto a la madre: miradas a la misma altura.
- Mantener el **contacto visua**l. Centrar la mirada en la madre, no en los papeles o el ordenador. Ojo, porque el contacto visual tiene significados diversos en las diferentes culturas. Evitar gafas oscuras o no mirar a los ojos.
- Eliminar las **barreras físicas y el ruido, y control de la barreras internas:** Debemos poner cuidado en el tono de voz en presencia

de un recién nacido o con una madre cansada, con los ruidos o interrupciones, los movimientos bruscos hacia el bebé o la madre, con los tics y nuestro forma de ocupar el espacio.

- **Presentarse**. Tanto en consulta como en hospitales frecuentemente olvidamos que la madre que tenemos delante no nos conoce, incluso, en ocasiones, no sabe cuál es nuestra profesión. Presentarnos de forma respetuosa y afectuosa, además de favorecer la escucha, ayuda a crear un clima de confianza.
- Uso adecuado del **tiempo**. Es importante establecer objetivos reales acordes al tiempo del que se dispone.
- **Contacto físico.** Establecer contacto físico apropiado. Dependerá de la cultura de la madre y su entorno.
- Uso de **expresión facial** que acompaña la escucha: levantar las cejas, mover los labios, arrugar la nariz, sonreír...

HABILIDADES PARA LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA

HABILIDADES PARA UNA ESCUCHA EFICAZ

Para muchos, escuchar eficazmente no es tan fácil. Una razón para ello es que no se nos enseña cómo escuchar. En la escuela o en la universidad (aún en profesiones donde la escucha supone el 50 % del desempeño) se da por supuesto que escuchamos. Todos coinciden en su importancia, pero poco esfuerzo y tiempo se emplea en enseñar las habilidades de escucha.

Seguramente, en más de una ocasión, hemos «escuchado» a alguien y, después de que haya terminado de hablar, nos damos cuenta de que no tenemos ni idea de lo que ha dicho. Oímos lo que decía, pero no escuchamos.

Oír es un acto físico. Escuchar es un acto intelectual y emocional.

Es probable que te sientas bastante competente para escuchar a otra persona, no obstante, la mayor parte de la escucha no consiste en la recepción de ideas. Escuchar es un proceso más complejo que oír. Cuando oímos nos limitamos a observar aquello que otra persona piensa, cuando escuchamos pensamos junto al hablante. **Oír es pasivo, escuchar es activo**.

Escuchar es algo mucho más complicado que el mero proceso físico de la audición. La audición se da a través del oído, mientras que escuchar implica un pro-

ceso intelectual y emocional que integra una serie de datos físicos, emocionales e intelectuales en busca de significados y de comprensión.

Las siguientes habilidades nos ayudan a realizar una escucha eficaz.

h) Empatía

Es la habilidad de estar con la otra persona y acompañarla en su experiencia emocional, sin hacernos cargo de su proceso o desmentir su experiencia. Consiste en una comprensión respetuosa de lo que los demás están experimentando. Entender los sentimientos de la madre **desde el punto de vista de la madre**.

Algunas cosas que hacemos habitualmente, como dar consejos, restar importancia o explicar lo que pensamos sobre lo que nos cuentan, dificultan la conexión empática.

Requiere desprenderse de las ideas preconcebidas y de los prejuicios. En lugar de la empatía, solemos caer, en cambio, en la tendencia a dar consejos, de tranquilizar, o de explicar cuál es nuestra postura o nuestros sentimientos. La empatía requiere centrar toda la atención en el mensaje que nos transmite la otra persona. Dar a los demás el tiempo y el espacio que necesitan para expresarse plenamente y sentirse comprendidos.

Elementos básicos para practicar la empatía:

- Presencia real.
- Observar sin juzgar.
- No hacernos cargo de su proceso ni desmentir su experiencia.
- Hacer uso de las herramientas prácticas.

Ejemplos:

Practicar la empatía
PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, Maribel. ¿Cómo están usted y Carlota hoy? **MADRE.**—Carlota no está comiendo bien. Estoy preocupada, creo que está enferma. **PROFESIONAL DE LA SALUD**.—Entiendo cómo se siente. Cuando mi hijo se enferma me preocupo mucho. **MADRE.**—¿Sí?¿Qué le pasó a su niño?

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Piensas que el profesional de la salud mostró empatía?

En este ejemplo, el foco de atención se trasladó de la madre hacia el profesional de la salud. El profesional de la salud perdió la oportunidad de que la madre se sintiera comprendida y explicara qué es lo que le preocupa.

Practicar la empatía

PROFESIONAL DE LA SALUD.—Buenos días, Maribel.
¿Cómo están usted y Carlota hoy?

MADRE.—No está comiendo bien. Estoy preocupada, creo que está enferma.

PROFESIONAL DE LA SALUD.—¿Está preocupada por ella?

MADRE.—Sí, algunos niños de mi comunidad están enfermos y
tengo miedo de que mi hija tenga la misma enfermedad.

PROFESIONAL DE LA SALUD.—Esto le debe asustar mucho.

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Piensas que el profesional de la salud mostró empatía?

En este ejemplo, el profesional de la salud empleó la habilidad de la empatía dos veces. Primero dijo: «Usted está preocupada por él» y, luego, «Esto le debe asustar mucho». En esta segunda versión, la madre y sus sentimientos fueron el foco de la conversación.

i) Respeto

Es una habilidad que se da por sentada, pero se incluye en la escucha activa como una forma de refuerzo. Como muchas, se entremezcla con otras habilidades. Tiene que ver con la empatía y con la capacidad de aceptar a la madre como un ser autónomo, con no dar órdenes, sino sugerir, y con ser asertivas en nuestras respuestas.

Se trata de transmitir a la madre que se preservan su ideología y valores, aunque no estemos de acuerdo con ellas. Puede ocurrir que determinadas ideas nos supongan un conflicto a la hora de orientar. En este caso, debemos aceptar y comunicarlo de forma asertiva, consensuando la mejor solución para ella.

j) Baja reactividad

En comunicación ser poco reactiva se traduce en dejar hablar y practicar pausas durante la entrevista.

Las pausas durante la entrevista, acompañadas de lenguaje no verbal coherente con el discurso, incitan a la reflexión, permiten obtener más información y fomentan la búsqueda de soluciones por parte de la madre.

El silencio, acompañado de lenguaje no verbal acorde, es útil para acompañar el llanto.

k) Asertividad

Esta habilidad implica asumir la **responsabilidad** que nos corresponde como elemento de la relación. En una comunicación nos responsabilizamos de lo que decimos, de cómo lo decimos y de cómo escuchamos y procesamos esa información.

Conlleva observarnos y escuchar nuestras necesidades en el momento de la interacción.

Se puede expresar de diversas maneras:

- No asumir responsabilidades que no nos corresponden, que son propias de la madre, sus familiares o su entorno.
- Saber y reconocer que podemos equivocarnos, asumir esa responsabilidad.
- Ser conscientes de que no tenemos respuestas ni soluciones para todo. Es asertivo decir un «No lo sé, pero puedo consultarlo y volver luego».
- Entender y asumir que no empatizamos, ni «gustamos» a todas las madres, y que si la relación no es fluida puede entorpecer la ayuda.
- Conocer que trabajamos en equipo, con objetivos comunes. Es asertivo reconocer que no tenemos competencias para todo lo que nos pregunten y que podemos consultar y/o derivar a otros compañeros o profesionales.

HABILIDADES PARA REFORZAR LA CONFIANZA Y DAR APOYO

El periodo posparto es una etapa de especial sensibilidad y muchas madres viven la llegada de un bebé con mucho amor, pero también como un periodo lleno de inseguridades y responsabilidad.

Para orientar a una madre en su lactancia, debemos situarnos en su contexto actual y no perder de vista su realidad. Podemos encontrarnos con madres muy inseguras, o con ideas erróneas, con poca información, con ciertos sentimientos de fracaso asociados a la lactancia y al cuidado del bebé, incluso con poco apoyo familiar o excesiva presión familiar con respecto a ciertos temas o cuidados. Cuando algo no va como todos esperaban, la madre suele manejar sentimientos de culpa, lo que disminuye su confianza.

El objetivo del profesional de la salud está encaminado a recomponer y/o reforzar la confianza de la madre en sí misma. Esto permite que se haga responsable del cuidado del bebé y de sí misma, y repercute en la salud de la díada madre-bebé.

Las habilidades que favorecen este objetivo son:

a) Aceptar lo que la madre piensa y siente

En la «relación de ayuda», la primera condición para ayudar al otro es aceptarlo con su dificultad. Para realizar escucha activa hay que centrarse en el otro (la madre) y en cómo lo vive el otro, no en lo que suscita en mí lo que la madre dice.

Para dar confianza a una madre y mantener abierta la comunicación con ella es importante colocarnos en el «área de aceptación». Cuando nos situamos en esa área somos capaces de «dejar ser» y «dejar estar», y solo bajo esa condición se puede hacer una escucha activa.

En ocasiones, las madres nos plantean ideas erróneas o alguna preocupación excesiva sobre la lactancia o el cuidado del bebé. Si, en lugar de aceptar lo que dice o siente, le expresamos desacuerdo, la criticamos o le decimos que no hay

nada por lo que deba estar molesta o preocupada, es posible que pierda la confianza en la persona que la orienta y, peor aún, puede que pierda la confianza en sí misma.

Es importante no entrar en desacuerdo con la madre, lo que no significa, que tengamos que manifestar acuerdo con una idea equivocada. Se trata de encontrar maneras neutras de responder e interactuar.

Ejemplos:

Aceptando lo que la madre piensa
MADRE.—Mi leche es muy diluida y aguada, por eso tengo que darle también biberón. **PROFESIONAL DE LA SALUD.**—¡Oh no! La leche nunca es diluida ni aguada, solo aparenta estar así.—Mueve la cabeza como negando, sonríe.

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

Aceptando lo que la madre piensa
MADRE.—Mi leche es muy diluida y aguada, por eso tengo que darle también biberón. **PROFESIONAL DE LA SALUD.**—Sí, la leche diluida puede ser un problema.

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

Aceptando lo que la madre piensa
MADRE.—Mi leche es muy diluida y aguada, por eso tengo que darle también biberón. **PROFESIONAL DE LA SALUD.**—Puedo ver que está preocupada por su leche.

Ejemplo adaptado y extraído de World Health Organization. (2007). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del facilitador.

¿Piensas que el profesional de la salud mostró acuerdo, desacuerdo o aceptación?

En el primer ejemplo, mostró desacuerdo; en el segundo, mostró acuerdo con una idea errónea, y, en ambos casos, fueron respuestas inapropiadas. En el último caso, acepta lo que la madre piensa, dando una respuesta neutra.

Para la puesta en práctica de una habilidad son útiles muchas de las herramientas o técnicas de comunicación explicadas al inicio del capítulo. Así, para practicar la aceptación, podemos devolver el comentario a la madre, acompañarnos de comunicación no verbal útil y evitar los juicios.

b) Reconocer y elogiar lo que está haciendo bien

Los sanitarios hemos sido capacitados para observar los problemas y tratar de solucionarlos. Lo que significa que, con frecuencia, vemos solamente lo que, según nosotros, las personas hacen mal e intentamos corregirlo.

Reconocer lo que hace bien y elogiar o demostrar aprobación de las buenas prácticas tiene los siguientes beneficios (World Health Organization, 2007):

- Refuerza la confianza de la madre.
- Estimula que la madre continúe realizando buenas prácticas.
- Facilita que la madre acepte sugerencias posteriores.

En algunas situaciones puede ser difícil reconocer qué es lo que la madre hace bien. Pero toda madre que tiene un hijo hace cosas que están bien, sin importar su nivel socio-económico o educativo.

c) Ofrecer ayuda práctica

A veces es mejor la ayuda práctica que decir algo. Por ejemplo:

- Cuando la madre se siente cansada, no ha podido bañarse, está incómoda o siente dolor.
- Cuando tiene hambre o sed.
- Cuando ya ha recibido mucha información.
- Cuando tiene un problema práctico evidente.

Para establecer una relación de confianza, y para una comunicación eficaz en ambos sentidos, es importante practicar la observación. Tengamos en cuenta el contexto de la madre, su estado físico, su postura, sus demandas, si ha recibido mucha información (aunque consideremos que no sea la apropiada)... Hay momentos en que puede ser mejor ofrecer ayuda, ponerle cómoda, ayudarle a que se asee, sujetarle al bebé para que pueda comer o ir al baño, facilitar el agarre sin más explicaciones, aliviar la ingurgitación mamaria, etc.

d) Sugerir, no imponer, y negociar

Como profesionales de salud debemos reconocer a las madres como mujeres autónomas, conscientes y responsables. No ejercer una atención desde un punto de vista paternalista en el que los sanitarios saben qué es lo mejor para esa persona y/o asume la responsabilidad de su salud y la de su hijo.

El profesional de la salud orienta y sugiere maneras de mejorar o solucionar las dificultades, de manera que la madre pueda decidir si lo intenta o no. Esto le permitirá sentir que tiene el control y reforzará su confianza.

Evitar dar órdenes. Las órdenes no ayudan a que se sienta confiada.

Ejemplos:

Ordenar/sugerir
Debes dar de mamar a Ana unas 8 tomas al día y ofrecerle el pecho con las señales precoces de hambre.

Ordenar/sugerir
¿Crees que podrías darle el pecho a Ana al menos 8 veces al día? ¿Recuerdas las señales de hambre que hablamos? ¿Podrías intentar ofrecerle el pecho con las señales tempranas?

¿En cuál de los dos ejemplos crees que el profesional de la salud sugiere en vez de ordenar? ¿Cómo crees que se siente la madre en uno y otro caso?

En el primer ejemplo, el profesional de la salud ordena; en el segundo, sugiere y busca su aceptación y compromiso. Es probable que en el segundo ejemplo la confianza de la madre se sienta reforzada.

CONCLUSIONES

- Practicar las habilidades de escucha requiere revisar nuestras actitudes y observarnos antes de actuar.
- Practicar las habilidades para reforzar la confianza requiere reconocer al otro como ser autónomo, autosuficiente y responsable, y reconocerse a sí mismo como tal.
- Usar la comunicación de una forma eficaz empodera a las personas que interactúan.
- Poner en práctica las habilidades aprendidas cumple con un doble objetivo de salud, por un lado, permite obtener una buena historia y sembrar cimientos que permitan la adherencia al tratamiento, y por otro, favorece la autonomía y fortaleza de quienes consultan.
- Se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para poner en práctica las habilidades aprendidas, solo así se interiorizan para que salgan de manera natural.

REFERENCIAS

Bermejo, J. C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda* (Vol. 1). Editorial Sal Terrae.

Blázquez, M. J. (2006). Lenguaje sano para acompañar a las madres durante la lactancia materna. *Medicina Naturista, 10*, 186-189.

Dugger, J. (2006). *Escucha eficaz. La clave de la comunicación*. FC Editorial.

Guijarro, A. (s. f.). *Apuntes sobre estrategias para una comunicación más respetuosa*.

McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L., Gavine, A., Girard, L.-C., Symon, A., & MacGillivray, S. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal, 14*(1), 42.

Rosenberg, M. B. (2019). *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida*. PuddleDancer Press.

World Health Organization. (2007). *Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*: Curso Integrado. Guía del facilitador.

World Health Organization & UNICEF. (2020). Web annex D: examiner's resource (sorted by BFHI step). En *Competency verification toolkit: ensuring competency of direct care providers to implement the baby-friendly hospital initiative*.

MÓDULO \ 03

- CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA
- LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS
- RECURSOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
- ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
- ESTRATEGIA IHAN HOSPITALES: LOS *DIEZ PASOS*
- IHAN CENTROS DE SALUD: LOS *7 PASOS*

MÓDULO \ 03

CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA

Autora \ María Gara Bourgon Rodríguez

INTRODUCCIÓN

A principios del s. XX, se produjo un cambio en la alimentación infantil con la aparición de las fórmulas artificiales. Esto provocó una importante disminución de las tasas de lactancia materna (LM) con consecuencias desastrosas relacionadas con aumento de muertes y enfermedades e incremento de consultas médicas y de hospitalizaciones.

En este contexto, en la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (en 1974), se alertó sobre el descenso significativo de las prácticas de lactancia natural en la mayor parte del mundo. Esto se relacionó con distintos factores socioculturales y con la **forma de promocionar los sustitutos de la leche materna por parte de la industria.**

En 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) establecen la necesidad de apoyar y promover la lactancia materna y las prácticas adecuadas de destete, así como fortalecer la educación, la formación y la información relacionada con este tema. Además, recomendaron **promover unas prácticas apropiadas de publicidad y comercia-**

lización de sucedáneos de la leche materna, puesto que vieron que la facilidad de acceso a los sucedáneos de la leche materna suponía un grave riesgo.

En **1981**, fue publicado por la OMS/UNICEF el ***Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CCSLM)***. Este código ha sido adoptado total o parcialmente por muchos países, entre ellos España, y se ha ido revisando y publicando nuevas resoluciones (la última en mayo 2018).

EL NEGOCIO DE LOS SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA

La lactancia materna es superior en todos los aspectos a los sucedáneos de la leche materna (SLM), y su producción, transporte, almacenamiento y mecanismos de alimentación no requieren control de calidad. Sin embargo, la venta de SLM sigue aumentando en todo el mundo, principalmente debido a las prácticas de marketing, nuevas, persistentes y muy eficaces, de sus fabricantes.

El coste para una familia de alimentar a su hijo con fórmula artificial es elevado. En muchos países de bajos y medios ingresos, el crecimiento en las ventas de SLM supera el 10 % y las ventas mundiales de SLM en el año 2019 rondaron los 70.600 millones de dólares.

¿QUÉ ES EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA (CCSLM)?

El Código Internacional es un **conjunto de recomendaciones que regulan la comercialización de sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas** e incluye una serie de disposiciones para los trabajadores y sistemas de salud.

PUNTO CLAVE \ La promoción activa y agresiva de los sucedáneos de la leche materna sigue siendo una importante barrera mundial para la lactancia materna. Se estima que el coste para una familia de alimentar a su hijo con fórmula artificial ronda los 1.000 euros anuales.

PUNTO CLAVE \ El objetivo del código es frenar la comercialización agresiva e indebida de sustitutos de la leche materna. De este modo, contribuye a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de SLM cuando estos sean necesarios.

PUNTO CLAVE \ En el s. XX, se produce un *boom* de la lactancia artificial y la «cultura del biberón», lo que provocó una importante disminución de las tasas de lactancia materna (LM) a costa de la introducción de leche artificial modificada.

¿QUÉ PRODUCTOS ESTÁN SUJETOS AL CCSLM?

La definición de «sucedáneo de la leche materna» en el CCSLM es: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

Están sujetos al código los alimentos dirigidos **a menores de 36 meses:**

- Fórmulas infantiles (lactantes y niños pequeños).
- Otros alimentos y bebidas comercializados o indicados para sustituir parcial o totalmente a la leche materna (fórmulas especiales, otros productos lácteos, jugos o mezclas de verduras, cereales o papillas, tés).
- Biberones, tetinas y chupetes.

¿QUÉ DICE EL CÓDIGO?

El código **regula la publicidad y las formas de promoción** de los sucedáneos de leche materna (en puntos de venta, en internet, redes sociales y otros medios electrónicos de comunicación):

- Los sucedáneos **no pueden ser promocionados o publicitados** al público en general.
- Los fabricantes **no pueden facilitar muestras gratuitas** a las gestantes, a las madres o a sus familias.
- **Los centros de venta no deben mostrar publicidad**, **ni ofertas** (cupones de descuento, presentaciones especiales, primas, oferta de artículos de reclamo, ventas vinculadas...).
- Los comerciales **no deben tener contacto directo con las mujeres** embarazadas, madres de lactantes o niños de corta edad.
- **No se deben distribuir obsequios o artículos** que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.
- **Los materiales educativos para gestantes o mujeres lactantes** deben informar sobre los efectos negativos que tiene la introducción de la alimentación parcial con biberón sobre la lactancia materna, así como información sobre los riesgos para la salud del uso innecesario de los sucedáneos.

Las instalaciones de los sistemas de salud:

- **No deben exponer carteles** relacionados con los sucedáneos o distribuir material facilitado por los fabricantes.
- Los fabricantes **no pueden facilitar a los agentes de salud muestras** de sucedáneos de leche materna.
- Los agentes de salud **no deben dar muestras de preparaciones** para lactantes a las mujeres embarazadas, a las madres de lactantes y niños pequeños o a sus familias.
- Los fabricantes o los distribuidores **no deben ofrecer regalos ni incentivos financieros** (calendarios, bolígrafos, financiaciones a reuniones o congresos, etc.), ni los agentes de la salud deben aceptarlos.
- Los sistemas de salud **no pueden aceptar suministro de alimentos para lactantes, o niños pequeños, gratis ni a bajo costo.**

Normas del etiquetado:

- **Las etiquetas de los envases no deben** idealizar la utilización de los preparados con imágenes de lactantes.
- No deben utilizarse términos como «humanizado», «maternalizado» o términos análogos.

El etiquetado debe **informar**, de forma clara y visible, sobre los siguientes aspectos:

- **La superioridad de la lactancia materna**.
- Que los sucedáneos de la leche materna **solo deben emplearse bajo indicación médica.**
- El modo correcto de **preparación** y los riesgos de hacerlo de forma inadecuada.

La vigilancia de la aplicación del código corresponde a los gobiernos, con la colaboración de los grupos de profesionales.

¿CÓMO ESTÁ LA SITUACIÓN ACTUAL CON RESPECTO AL CÓDIGO?

A fecha de abril de 2020, 136 (70 %) de 194 países han adoptado medidas legales para implementar el código. De éstos, 25 países han implementado medidas que están sustancialmente alineadas con el código, 42 tienen medidas que están moderadamente alineadas, 69 han incluido algunas disposiciones, mientras que 58 no tienen ninguna medida legal.

En España, la comercialización de sucedáneos de la leche materna está regulada por el Real Decreto 867/2008, del 23 de mayo, en el que solo se regulan las fórmulas de inicio y de continuación, pero no se incluyen otro tipo de productos como alimentos destinados a la alimentación complementaria, biberones,

tetinas ni chupetes (ver Tabla 1). Las irregularidades en los puntos incluidos en el real decreto tendrán la consideración de infracción grave. En el reglamento tampoco se identifica quién es responsable de monitorear el cumplimiento ni define sanciones por violaciones.

	Código Internacional de Sucedáneos de LM	**Real Decreto 867/2008 (España)**
Tipos de alimentos	Alimentos dirigidos a menores de 36 meses, leches de inicio, continuación, preparados especiales, papillas, yogures, zumos...	Leche de inicio y continuación
Tetinas, chupetes, biberones	Sí	No
Prohibida publicidad, ofertas, distribución de muestras	Todos los productos	Solo regulada en leches <6 meses
Etiquetado sin imágenes de niños	Todos los productos	Solo regulada en leches <6 meses
Etiquetado que indique superioridad de la LM	Todos los productos	Solo regulada en leches <6 meses

Tabla 1. Principales diferencias entre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y la reglamentación en España

NUESTRA RESPONSABILIDAD COMO SANITARIOS CON RESPECTO AL CÓDIGO

Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la educación y promoción en la lactancia materna y la obligación de fomentar una alimentación óptima. Los fabricantes y comerciales de fórmulas infantiles se dirigen a ellos y los influencian, con promociones, incentivos, estableciendo relaciones personales, creando un sentido de obligación hacia ellos y por tanto conflictos de intereses con su correcta práctica clínica. Estas relaciones amenazan la independencia, la integridad y la credibilidad pública de los trabajadores de la salud.

Cada uno de los profesionales puede aportar su grano de arena:

- Conociendo el contenido del código.
  - Recibiendo información objetiva y basada en evidencia científica.
  - Sabiendo que pueden ser usados para llegar a las madres.
  - Cumpliendo el código: no aceptando incentivos económicos ni materiales para promover estos productos (tampoco becas, asistencias a conferencias/congresos, etc.).
  - No permitiendo colaboración de estas empresas en reuniones ni congresos.
  - No permitiendo publicidad de productos ni aceptando productos que incumplan el código.

¿CÓMO PODEMOS DENUNCIAR LOS INCUMPLIMIENTOS DEL CÓDIGO?

En el año 2015, surge el NetCode, que es la red de monitoreo y apoyo mundial para la implementación del *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y resoluciones subsecuentes de la Asamblea Mundial de la Salud. El NetCode se encarga de la monitorizar las prácticas relacionadas con el código a nivel mundial, aportando estrategias para que los estados miembros realicen el desarrollo, seguimiento y aplicación de la legislación nacional del código.

La OMS a través del NetCode insta y da una herramienta para que los gobiernos implanten mecanismos de vigilancia y control de la aplicación del código. En nuestro país no existe ningún mecanismo oficial de monitorización y la forma que disponemos en la actualidad para denunciar incumplimientos del código es la IBFAN (Red Internacional de Grupos pro Alimentación infantil).

- IBFAN: www.ibfan-icdc.org

MENSAJES PARA RECORDAR

- El CCSLM es una herramienta necesaria para promover la lactancia materna y mejorar la nutrición del lactante.
- En España, solo están regulados algunos aspectos del código, pero, como sanitarios, tenemos la responsabilidad de conocer el CCSLM en su totalidad, así como los productos sujetos al mismo.
- Actualmente, siguen activas prácticas de promoción muy potentes y eficaces, además dirigidas a bebés mayores y niños pequeños (6 meses-3 años) que socaban la lactancia materna sostenida hasta los dos años o más, por lo que es importante cumplir el código internacional, no limitándonos a la reglamentación española.

REFERENCIAS

World Health Organization. (2017). *The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions* (No. WHO/NMH/NHD/17.1). World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240005990

Marta Díaz Gómez, Blanca Espínola Docio, Marta Gómez Fernández-Vegué y Ana Pacheco Rodríguez. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Asociación Española de Pediatría.¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? España. 2016. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf

World Health Organization, IBFAN & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2016). Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code: status report 2016. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/206008.

Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. 2019. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.htm

World Health Organization. (2020). Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020: summary. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332185. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. (2020). The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332170. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

LACTANCIA MATERNA Y MEDICAMENTOS

Autora \ Beatriz Reyes Millán

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna reporta tantos beneficios reconocidos que suprimirla sin un motivo real supone un riesgo para la salud.

Es frecuente que una madre deba tomar algún medicamento durante el periodo de lactancia desencadenando, en ocasiones, un destete involuntario.

La población de mujeres que amamantan ha sido tradicionalmente excluida de los ensayos clínicos, por lo que encontraremos, en más del 90 % de los fármacos comercializados, que en el vademécum o en el prospecto no se proporciona información sobre seguridad y eficacia durante la lactancia, recomendándose, si se toma este medicamento, suspender la misma.

Esta falta de información provoca que muchas madres decidan no tomar fármacos importantes para su salud o que los profesionales no actualizados recomienden suspender la lactancia sin evidencia suficiente y con importantes consecuencias.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

PUNTO CLAVE \ Aunque casi todos los medicamentos son compatibles con la lactancia, si miramos el vademécum y/o prospecto del medicamento, la recomendación es suspender la lactancia o no tomar el mismo.

La mayoría de los fármacos que se prescriben en la lactancia son compatibles con la misma.

En este capítulo hablaremos de cómo un fármaco podría causar toxicidad y de dónde buscar información veraz sobre posible toxicidad.

TOXICIDAD FARMACOLÓGICA MEDIADA POR LA LECHE MATERNA

Para que una sustancia tomada por una madre afecte a su hijo debe inhibir la producción de leche al inhibir la prolactina o seguir todos y cada uno de los siguientes pasos:

- Pasar a sangre de la madre.
- Pasar a leche de la madre.
- Persistir en leche materna en concentraciones significativas.
- Pasar a sangre del lactante.
- Ser una sustancia tóxica para el lactante.

a) Pasar a sangre de la madre

La biodisponibilidad es el porcentaje de una sustancia que alcanza la circulación sistémica tras su administración, absorción y primera metabolización hepática, si la hubiera. Muchos fármacos de administración tópica o inhalada, antiácidos y algunos laxantes no alcanzan concentraciones en sangre materna por falta de absorción.

b) Pasar a leche de la madre

El índice leche/plasma es la relación de la concentración de una sustancia en la leche respecto a la concentración en plasma. Cuanto menor sea esta relación (<1), menor concentración alcanza el medicamento en leche materna. Este índice depende de:

- **Porcentaje de fijación de la sustancia a las proteínas plasmáticas**. A mayor fijación, más dificultad de paso a leche. Ejemplos de fármacos con un porcentaje elevado de fijación: la mayoría de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, diclofenaco, eritromicina, fenitoína, haloperidol, heparina, ibuprofeno, ketorolaco, midazolam, nifedipino, propanolol o verapamilo.
- **Peso molecular.** Las sustancias de peso molecular superior a 700-800 daltons apenas pasan a la leche. Ejemplos: contrastes radiológicos, glucopéptidos, hormonas, miorrelajantes, macrólidos o rifampicina.

- **Liposolubilidad.** A mayor liposolubilidad, más paso a la leche materna (ej. tóxicos como el cannabis).
- **pH.** El plasma es ligeramente más alcalino (pH 7.4) que la leche (pH 7.1). Las sustancias de pH ligeramente básico, no ionizadas, pasan mejor a la leche.

c) Persistir en leche de la madre en concentraciones significativas

Va a depender de:

- **Pico o tiempo máximo.** Tiempo necesario para alcanzar la concentración máxima desde la administración (momento que hay que evitar dar el pecho).
- **Semivida de eliminación.** Tiempo que tarda la concentración plasmática de una sustancia en reducirse a la mitad (cuanto más corto es, más pronto se elimina y más seguro para la lactancia).

d) Pasar a sangre del lactante

Para que un fármaco pase a la sangre del lactante debe de ser absorbido a nivel intestinal. En general, los medicamentos cuya única forma de administración es la parenteral no suelen tener absorción intestinal (ejemplo aminoglucósidos, vacunas, inmunoglobulinas intravenosas, etc.).

Según la capacidad de paso a la leche y de absorción por parte del lactante, se han definido una serie de variables para valorar la exposición del lactante al fármaco (basándose en la concentración en la leche, el volumen estimado de producción, la dosis materna, etc.) que resulta útil para fármacos cuya concentración en plasma del lactante pueda ser significativa.

e) Ser una sustancia tóxica para el lactante

Los medicamentos que se pueden administrar a recién nacidos y lactantes no causarán problema por recibirlos a dosis sub-terapéuticas a través de la leche de la madre.

Ante la posibilidad de un fármaco de riesgo para la lactancia, debemos plantearnos si existe alternativa segura. Si esta no existiera, y se considera estrictamente necesaria la administración para su madre, la toma de este fármaco obligaría a la interrupción de la lactancia.

Esta interrupción puede ser temporal si la semivida de eliminación del fármaco es corta o si la administración del mismo es limitada en el tiempo. Para ello deberemos informar a la madre de cómo extraer leche de forma frecuente y desechar la misma durante 5-7 semividas de eliminación.

Existen ciertos fármacos, como algunos ansiolíticos, antidepresivos y estabilizadores del estado del ánimo, con niveles séricos significativos en el lactante iguales o superiores al 10 % de la concentración plasmática materna, que, tomados de forma continuada, podrían suponer un riesgo para el lactante.

En estos casos, la norma es proponer alternativas más seguras y, en su ausencia, informar a las madres sobre el conocimiento actual de los efectos y, en aquellas

que deseen amamantar a sus bebés, vigilar la monitorización del crecimiento y desarrollo neurológico del lactante.

Los fármacos que están contraindicados por riesgo muy alto para la lactancia se muestran en la tabla siguiente:

Fármacos contraindicados en la lactancia	
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por alto contenido en yodo) Derivados del ergot: ergotamina
Ginecológicos	Derivados del ergot: bromocriptina, carbegolina y lisurida
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros	
Vacunas	Virus vivo: fiebre amarilla
Drogas de abuso	Anfetaminas, cocaína, fencididina, heroína, LSD, cannabis, marihuana, alcohol

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE IMAGEN

Las pruebas de imagen tales como ecografías, radiografías, tomografías y resonancias son seguras durante la lactancia. Los diversos medios de contrastes yodados o no yodados (utilizados en pruebas de imagen como resonancias, TAC, etc) se consideran compatibles con la lactancia al eliminarse rápidamente, sin apenas metabolización ni liberación de yodo, y por no absorberse vía oral.

En el caso de realizarse una mamografía, la lactancia no debe suspenderse, pero al dificultar su interpretación, es conveniente vaciar bien el pecho, disminuyendo asimismo las molestias durante la exploración.

Las gammagrafías (usan isótopos radioactivos) obligan a interrumpir la lactancia durante más o menos tiempo según la permanencia del isótopo en el cuerpo de la madre y dependiendo del periodo de semidesintegración.

Se debe extraer leche y desecharla. Es aconsejable acumular reservas de leche extraída previamente para administrársela al bebé durante ese periodo.

PUNTO CLAVE \ La mayoría de las pruebas de imagen, con o sin contrastes (yodados o no), son compatibles con la lactancia. Las exploraciones con isótopos radioactivos (gammagrafías) obligan a hacer una pausa en la lactancia.

Tiempos de espera para amamantar tras exploraciones con radiofármacos	
Cobre 64	**50 horas**
Fludesoxyglucosa 18F, Fluor 18 (Fluotracer, Fluorscan)	**24 horas**
Galio-67 Citrato • 7 Mbq (0,2 mCi) • 50 Mbq (1,3 mCi) • 150 Mbq (4,0 mCi)	**1 semana** **2 semanas** **4 semanas**
Indio-111, IN-111M, Satumomab Pendetido (OncoScint Cr 103) • 20 Mbq (0,5 mCi)	**24 horas** **1 semana**
Sodio-Radioactivo	**16 días**
Talio-201	**2 semanas**
Tectnecio TC 99 M	**6-24 horas**
Xenon-133, Xenon-127	**Pocos minutos**
Yodo • -123 • -125 • -131	**36 horas** **12 días** **14 días**
Yodo-hipurato-sodico I-123, I-131 (Hipuran)	**24 horas**

DROGAS PSICOACTIVAS DE ABUSO Y «DROGAS SOCIALES»

Se recomienda **evitar totalmente el consumo de drogas** de abuso durante la lactancia. Además de importantes efectos secundarios y de su frecuente paso a leche materna, incapacitan a la madre para cuidar a su hijo, poniendo en peligro la vida y salud de ambos.

La ingesta crónica de **alcohol** puede causar sedación, desmedro, irritabilidad y retraso psicomotor en el bebé, mientras que el consumo agudo excesivo puede provocar coma, convulsiones y riesgo de muerte en el lactante.

Se estima que más de 0,5 g de alcohol por kg de peso reduce la producción de leche y puede sedar al lactante.

El tiempo necesario a esperar a amamantar para que el alcohol ingerido de forma ocasional haya desaparecido de la leche y sangre depende del peso de la madre (a menos peso, más tiempo) y de la cantidad de alcohol consumido (a más alcohol, más tiempo).

Se debe evitar dar pecho hasta dos horas y media por cada 10-12 g de alcohol consumidos.

La relación leche/plasma para el **cannabis** es de 8, siendo su absorción oral completa. Permanece durante meses en tejidos grasos y puede retrasar el desarrollo psicomotor del lactante.

Tanto las **anfetaminas como la cocaína, la heroína**, alucinógenos como la **fenciclidina y el LSD** se excretan en leche materna, alcanzando concentraciones superiores que en plasma y presentando una biodisponibilidad oral que puede llegar al 100 %. Esto puede producir síntomas en el niño amamantado tales como vómitos, diarrea, hiperexcitabilidad, hipertensión y taquicardia entre otros.

Por su parte, la **metadona** en dosis de hasta 75-150 mg/día es compatible con la lactancia ya que se excreta en leche materna en cantidad clínicamente no significativa. Los niveles en plasma de dichos lactantes fueron indetectables o muy bajos.

PUNTO CLAVE \ La recomendación general es evitar totalmente el consumo de drogas de abuso durante la lactancia. La única excepción que deberíamos valorar es en madres con ambiente social controlado que consuman metadona a dosis máximas de 150 mg/día.

FUENTES DE CONSULTA *ON LINE*

Los profesionales debemos de estar correctamente actualizados y dar una información veraz en el momento en el que se aborde la ingesta de fármacos en una madre que amamanta. Para ello, la recomendación es que se revise la información disponible en las dos grandes bases de datos actuales sobre estos temas: e-lactancia.org, LactMed aplicación móvil o TOXNET.

- **Aplicación** e-lactancia.org. Creada en el Hospital Marina Alta, construye una base de datos, revisando la bibliografía especializada y las búsquedas en internet pertinentes, acerca del paso a leche materna y los posibles efectos en el lactante o en la lactancia de medicamentos y otros productos. Informa en estos momentos de más de 28.000 términos diferentes que comprenden medicamentos alopáticos y homeopáticos, productos de fitoterapia y otras terapias alternativas, drogas psicotropas de abuso, infusiones estimulantes de amplio uso (café, té, chocolate), radiofármacos y medios de contraste, vacunas, toxoides e inmunoglobulinas, contaminantes ambientales, aditivos, etc.

  Al consultar un fármaco concreto, aparece una pantalla en la que se aprecia un círculo de color verde, amarillo, naranja o rojo al lado de la leyenda indicando el «nivel de riesgo». Además, podemos encontrar alternativas al fármaco que se plantea (siempre que el nivel de riesgo sea elevado).

  Si tras consultar esta página persisten las dudas, puede remitir una consulta por correo electrónico.

PUNTO CLAVE \ Recuerda que en e-lactancia.org puedes consultar si son compatibles con la lactancia: fármacos, homeopatía, fitoterapia, terapias alternativas, drogas, infusiones, radiofármacos, vacunas, enfermedades, etc. Ante cualquier duda, consulta.

- ***LactMed.*** Página web en inglés del Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos, TOXNET-LACTMED, que, al igual que *e-lactancia.org*, proporciona información detallada y actual sobre numerosas sustancias y sus efectos sobre la lactancia materna.

MENSAJES PARA RECORDAR

Interrumpir la lactancia materna puede tener consecuencias para la salud de madre y lactante.

- Antes de administrar un fármaco a una madre lactante, debemos plantearnos si el medicamento es realmente necesario y seleccionar el más seguro.
- Las indicaciones durante la lactancia de la mayoría de prospectos de medicamentos (y del vademécum) no se sustentan en datos científicamente contrastados y obvian los beneficios de la lactancia materna para la salud de madre y lactante.
- Recomendamos consultar la base de datos en internet: e-lactancia.org / LactMed.
- Además de los antineoplásicos y las drogas de abuso social, solo cuatro medicamentos están absolutamente contraindicados durante la lactancia: la fenindiona, la amiodarona, los derivados el ergot y los yoduros.

REFERENCIAS

Acosta, D.V., Lugo Rodriguez, G., Domenech, M.G., Vera de Molinas, Z., Maidana de Larrosa, G. y Samaniego Silva, L. (2020). Interrupción de la lactancia materna relacionada con el consumo de medicamentos. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, *61*(2), 97-103.

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. (2001). The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, *108*, 776-789.

Asociación Española de Pediatría (2008*) Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica.* Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Drugs and Lactation Database (LactMed) Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/

Gómez Papi, A., Paricio Talayero, J. y Closa Monasterolo, R. (2008) Fármacos y lactancia materna. *Asociación española de pediatría,* 47-57 Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_1.pdf

Illamola, S.M., Bucci-Rechtweg, C., Costantine, M.M., Tsilou, E., Sherwin, C.M. y Zajicek, A. (2018). Inclusion of pregnant and breastfeeding women in research–efforts and initiatives. *British journal of clinical pharmacology*, *84*(2), 215-222.

Kellams, A. (2020) Breastfeeding: Parental education and support. *Uptodate*. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support#!

Sachs, H.C. (2013). The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics*, *132*(3), e796-e809.

RECURSOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Autora \ Aythamy González Darias

INTRODUCCIÓN

El uso de las nuevas tecnologías es cada vez más frecuente en nuestros días, más aún cuando se busca solución para algún tipo de problema de salud. Estas se han integrado con la intención de acercar y facilitar pautas y conductas de salud a la ciudadanía (Monteagudo Peña, J. L. y Moreno-Gilo, 2007). Se instala con fuerza la telemedicina en la atención sanitaria actual para quedarse y ofrecer cuidados a distancia usando las telecomunicaciones (Bashshur, R. y Shannon, G., 2009). Han surgido varias definiciones para calificar este nuevo modelo de atención, entre ellas el término e-salud que la OMS define como «el apoyo que la utilización costoeficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud». Según el INE, en el año 2017 en nuestro país el 86,1 % de la población ha utilizado internet en los últimos tres meses. El análisis de las encuestas constata que las búsquedas realizadas de forma mayoritaria son sobre bienes y servicios. La aparición de dispositivos móviles con conexión a internet incrementa el nú-

mero de usuarios a los que poder llegar con programas telemáticos en materia de salud. La incorporación de aplicaciones móviles (apps) posibilita el acceso a determinados programas interactivos donde los usuarios pasan a ser los actores principales en los contenidos de dichas aplicaciones (Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L., 2011). Este servicio tiene la principal ventaja de estar activo las 24 horas del día desde cualquier parte del planeta que disponga de acceso. La utilidad de estos soportes en materia de salud se justifica por su disponibilidad inmediata de forma rápida y fácil a la información. Otro hecho importante en estas aplicaciones es la eliminación de las barreras de aislamiento, la resolución de dudas desde casa, más aún en el caso de las puérperas que tienen que atender a sus recien nacidos y les cuesta acceder físicamente a los servicios de salud. En términos económicos, hay que destacar la reducción de costes de los servicios de salud y la baja inversión que supone este tipo de foros. Sin embargo, la validez de las prestaciones o información que se ofrezca en este tipo de plataformas se relaciona con la organización, asociación o entidad que la publique. A continuación, describimos las páginas webs, aplicaciones móviles y redes sociales de aquellas entidades que ofrecen una información válida y contrastada.

PUNTO CLAVE \ La búsqueda de temas de salud en plataformas, redes o internet (webs, aplicaciones, redes sociales, etc.) deben de ser de fuentes fiables. A continuación, ofrecemos una variedad de enlaces relacionados con la lactancia materna.

PÁGINAS WEBS DE INTERÉS

Organización Mundial de la Salud

www.who.int/es

- Autoridad directiva y coordinadora en asuntos de Sanidad Internacional en el sistema de Naciones Unidas.
- Determinan líneas de investigación, definen las normas y patrones. Prestan apoyo técnico y hacen seguimiento de las situaciones en materia de salud, entre otros.

Unicef

www.unicef.es

- Unicef persigue conseguir cambios reales en la vida de los niños en todos los países. Centran sus estrategias, programas y acciones en cuatro áreas clave: supervivencia, educación, protección y acción en emergencias.
- Dentro del área de supervivencia, establecen campañas masivas fomentando y protegiendo la lactancia materna.

WABA

www.waba.org.my

- World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) es una red global de individuos y organizaciones dedicadas a la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en todo el mundo.
- Su misión es proteger, promover y apoyar la lactancia materna en todo el mundo en el marco de la Declaración de Innocenti (1990 y 2005) y la *Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños*, a través de la creación de redes y la facilitación de esfuerzos de colaboración en la movilización social, la promoción, la difusión de información y el desarrollo de capacidades.

e-lactancia.org

www.e-lactancia.org

- Proyecto de la Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna.
- Consulta de compatibilidad de la lactancia materna y medicación, plantas, enfermedades y tóxicos.

Aeped

www.aeped.es

- Grupo consultor y asesor de la Asociación Española de Pediatría que promociona la lactancia materna.
- Actualmente se está generando un nuevo comité asociado al de nutrición infantil de la misma asociación.

iHan

www.ihan.es

- Es la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).
- El objetivo principal de esta página web es dar una información para que se establezca la lactancia materna como una forma óptima de alimentar a los bebés en los centros de atención sanitaria.

Alba Lactancia Materna

www.albalactanciamaterna.org

- Asociación para la información y el apoyo de la lactancia materna. Fundamentalmente llevado por asesoras de lactancia y dirigido a las madres que quieren amamantar a sus hijos.

Red Iris

www.rediris.es/list/info/lactanciamat.html

- Foro de profesionales del ámbito de la atención especializada y primaria para compartir, comunicar y recibir documentos relacionados con la lactancia materna.
- Requiere suscripción vía *mail* para participar.

Edulacta

www.edulacta.com

- Plataforma de formación on-line y actualización sobre contenidos en lactancia materna a través de plataforma Moodle.
- Formada por dos IBCLC (consultoras certificadas en lactancia materna).

Elgipi

www.elgipi.es

- Se definen como un Grupo de Pediatras Independientes Informatizados.
- Ofrece ayuda sobre temas pediátricos estableciendo enlaces a direcciones útiles en la red.

APLICACIONES MÓVILES

Lactapp

- En la *app* se ofrece amplio contenido sobre lactancia materna y la opción de chatear para buscar soluciones.
- Vinculada a redes sociales y blog.
- Descarga básica gratuita.

App de la AEPED

- Contenido sobre lactancia materna.
- *App* del Comité de Lactancia de la AEP que permite llevar un control sobre las tomas y el crecimiento del bebé. Incluye la opción de realizar gráficas de crecimiento.
- En proceso de nueva creación.

MyMedela

- Permite a los usuarios hacer un seguimiento de los datos del bebé. Cuenta con información de artículos y asesoramiento.

Aprolam

- *App* móvil en la que puedes conocer los mitos y las realidades sobre lactancia además de descubrir los problemas frecuentes a los que se enfrentan las madres que lactan.

Amadrina a una primeriza

- *App* nacida en Canarias que establece una relación de ayuda entre madres con formación acreditada en lactancia materna y primerizas que desean lactar.
- Incluye un blog con las experiencias de las usuarias de la app.

REDES SOCIALES

Facebook

- **Ihan España**. Casi 30000 seguidores de la página de Facebook con la finalidad de que las instituciones sanitarias y quienes la componen mejoren las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.
- **La liga de la Leche (LLL)**. Es un espacio de ayuda a las madres que amamantan a sus hijos en el que se difunde información además de motivación, apoyo, educación y promoción sobre lactancia. Un equipo de madres acreditadas por la LLL resuelve dudas en la página. Red a nivel Internacional.
- **Aelama**. Ofrecen información veraz y actualizada con el respaldo de la evidencia científica. Publican vídeos e información sustentada en artículos recientes respetando el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna, sin intereses comerciales.
- **Aeped**. Actualmente en modificación. Informan sobre eventos relacionados con la salud neonatal e infantil en el país. Enlazan a artículos publicados con relevancia en pediatría.

Instagram

- **LactApp**
- **CanariasLacta**
- **Lactancia 2.0**
- **Apoyando_a_mama**
- **Asesorasdelactanciaonline**
- **Lactanciasocial**
- **Grupolactard**
- **Lactancia mitos**
- **Matronas Maspalomas**

WhatsApp

- **LactaCanarias**. Grupo de profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada del Servicio Canario de la Salud que plantea un abordaje holístico de la LM. Sus objetivos son dar apoyo, promoción y protección de la LM y crear un espacio donde compartir dudas de lactancia generadas en el ámbito asistencial. Este grupo está liderado por dos enfermeras pediátricas de Atención Primaria, una matrona especializada y una médica de familia de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud.

REVISTAS CIENTÍFICAS

La literatura científica más actual y relevante especializada en el área Materno Infantil, específicamente en el campo de la lactancia materna se describe de forma mayoritaria en estas revistas científicas:

- ***The Lancet Journal*** www.thelancet.com/
- ***Breastfeeding Medicine Journal*** www.liebertpub.com/loi/bfm
- ***Journal of Human Lactation*** journals.sagepub.com/home/jhl
- ***International Breastfeeding Journal*** internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/
- ***Birth Journal*** onlinelibrary.wiley.com/journal/
- ***Journal of Obstetric, Gynecologist and Neonatal Nursing (JOGNN)*** www.jognn.org/
- ***Midwifery Journal*** www.midwiferyjournal.com/
- ***The journal of the Pediatrics*** www.jpeds.com/
- ***Anales de Pediatría*** www.analesdepediatria.org/
- ***Matronas profesión*** www.matronasprofesion.es/

REFERENCIAS

Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Krupinski, E. A., Grigsby, J., Kvedar, J. C., Weinstein, R. S.,... & Merrell, R. C. (2009). National telemedicine initiatives: essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health*, *15*(6), 600-610. Disponible en: https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2009.9960

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. INE Notas de Prensa 5 Oct 2011 [acceso 8 Oct 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np678.pdf.

Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm

Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2016). Encuesta Europea de Salud en España 2014. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm

Peña, J. L. M., & Gil, O. M. (2007) e-Health for patient empowerment90

in Europe e-Salud para la potenciación de los pacientes en Europa. Disponible en: https://www.digitalhealthnews.eu/images/stories/pdf/eh_era-patient-empower.pdf

Señor, I. C., Alemán, J. L. F., & Toval, A. (2012). Personal health records: New means to safely handle health data?. *Computer*, *45*(11), 27-33. Disponible en: https://dl.acm.org/doi/10.1109/MC.2012.285

Traver, V., & Fernández-Luque, L. (2011). *Publidisa y Fundación Vodafone. España*. https://www.researchgate.net/publication/236646715_Los_ePacientes_como_generadores_de_conocimiento

Gonzalez-Darias, A., Diaz-Gomez, N. M., Rodriguez-Martin, S., Hernandez-Perez, C., & Aguirre-Jaime, A. (2020). 'Supporting a first-time mother': Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery*, *85*, 102687. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820300607?casa_token=8d-HQQsmB6gAAAAA:T82jLynx1HA2yMJv_WGS-52E9i9fM5yIAKuoI8HJcM4lqY1Me27XSJe52D4egP5QN2M6P7Q529Q

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

Autora \ M. Belén Hernández Martín

INTRODUCCIÓN

Desde principios del pasado siglo, la prevalencia de la lactancia materna fue disminuyendo, alcanzando los niveles más bajos en los años 70-80. Muchos factores influyeron, pero dos fueron fundamentales: la publicidad de las primeras leches de fórmulas y **el traslado de los partos desde el domicilio a los hospitales.** Los profesionales hospitalarios se vieron forzados a establecer normas más rígidas en la asistencia al parto, a los recién nacidos y a la lactancia, algo de lo que nunca se habían preocupado, creando protocolos estrictos que se apoyan en una base empírica, sin controles previos ni posteriores. Fue así como el parto y la asistencia al recién nacido sufrió una creciente medicalización realizándose muchas intervenciones innecesarias e injustificadas que afectan al inicio de la lactancia materna.

Las rutinas hospitalarias comenzaron a ser cuestionadas. Pequeños grupos de mujeres y organizaciones comenzaron a reivindicar el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en la toma de decisiones. De igual modo, un mayor número de profesionales planteaban la posibilidad de reflexionar y poner

en común experiencias y conocimientos, viendo en este movimiento una oportunidad para el debate, el acuerdo y el cambio.

DESARROLLO

En 1985, comienzan los primeros indicios de cambio sobre la tecnología más apropiada para el parto en una conferencia celebrada en Fortaleza, Brasil.

Fue en el año 2007 cuando surge la ***Estrategia de Atención al Parto Normal*** **(EAPN)** respondiendo a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas. El Ministerio de Sanidad y Consumo lideró todo el proceso.

La EAPN está dirigida a todo el personal implicado en la atención y acompañamiento a la mujer en el embarazo, parto y nacimiento, así como a las mujeres y la sociedad. De esta manera, todas las mujeres y sus recién nacidos (RN) se pueden beneficiar de la mejor atención sanitaria posible según las últimas recomendaciones de la evidencia científica, independientemente del tipo de parto, y vivenciar éste como un momento íntimo y satisfactorio.

PUNTO CLAVE ** El objetivo de la EAPN **es mejorar la calidad asistencial y la humanización de la atención al parto.

De la EAPN emanan una serie de documentos y guías fruto de la revisión de la evidencia científica disponible en la atención al embarazo, parto y puerperio. Algunas de ellas son:

- ***Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal*** **(GPC)**, herramienta de acompañamiento de la EAPN en el Sistema Nacional de Salud para facilitar su implementación por matronas, obstetras, pediatras, enfermeras y demás profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto. Junto a ella está la ***Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares.***
- ***Plan de Parto y Nacimiento***, documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y el nacimiento. Se puede elaborar en cualquier momento, aunque se recomienda sobre la semana 28-32, realizándolo junto a la matrona o preguntándole cualquier duda para su elaboración. La mujer podrá modificar cualquiera de las preferencias escritas en el momento del parto, según su estado y cómo se vaya desarrollando el proceso. Este documento no sustituye la información que le ofrece el personal que le atiende durante el embarazo, por lo que se recomienda acudir a las sesiones de preparación al nacimiento.

PUNTO CLAVE \ La razón por la cual se le da la importancia a la EAPN en este curso, es debido a la influencia que tiene el proceso de parto y nacimiento en la instauración de la lactancia materna.

La hormona clave en la fisiología del parto es la oxitocina. Sus efectos más conocidos son: las contracciones uterinas durante el parto favoreciendo su progreso, en la expulsión de la placenta y en las células mio-epiteliales del pecho para permitir el reflejo de eyección de la leche.

La liberación de la oxitocina es altamente dependiente de factores ambientales como la tranquilidad, calidez, luz tenue, etc. y emocionales como la seguridad, confianza... de ahí la importancia de cuidar estos aspectos durante todo el proceso de parto y nacimiento.

La oxitocina forma parte de un equilibrio hormonal complejo, segregándose junto a ella otras muchas hormonas, destacando las endorfinas y la adrenalina. Las endorfinas producen en la madre y recién nacido un efecto analgésico en el parto y tras el nacimiento, proporcionando un estado de «dependencia o vinculación» en ellos. La adrenalina tiene un papel importante cuando empieza el reflejo de expulsión fetal, dándole a la madre un impulso y fuerza final y la acción de proteger al bebé al nacer. El recién nacido también está impregnado de esta hormona, permitiéndole adaptarse a la falta fisiológica de oxígeno propio del periodo expulsivo y a la nueva vida extrauterina provocando un estado de alerta que le facilita alcanzar el pecho materno para el inicio de la lactancia.

Las hormonas que la madre y el bebé liberan durante el parto (en el caso de no haberse interferido con hormonas artificiales) siguen presentes en la hora que sigue al nacimiento desempeñando un papel fundamental en la interacción madre-recién nacido.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

Dentro de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, encontramos 4 líneas estratégicas y una serie de prácticas clínicas recomendadas que describimos a continuación:

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

a) Prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible en el PARTO NORMAL

- No interferir en el proceso fisiológico de parto normal, ofreciendo un clima íntimo, seguro y amigable.
- Garantizar la información y la participación de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones.
- Promover que las mujeres estén siempre acompañadas por quienes desean ya que mejora los resultados del parto (menor probabilidad de anal-

gesia, de partos vaginales instrumentales y de cesáreas) y aumenta la satisfacción con su experiencia y vivencia del parto.

- Mantener una vigilancia atenta y empática ofreciendo confianza, comprensión y seguridad.
- Facilitar la deambulación y posición libre, ya que les alivia el dolor, mejora su bienestar y su sensación de control.
- Facilitar que las mujeres puedan tomar líquidos durante la dilatación. No hay evidencia que avale su restricción durante el trabajo de parto.
- Reducir el número de tactos vaginales a los indispensables.
- Ofrecer métodos alternativos para el alivio del dolor como el agua caliente, masajes, uso de pelotas de parto, técnicas de relajación, etc.
- Dejar a disposición de la mujer en todo momento la analgesia epidural informando de sus efectos, como expulsivos más prolongados, aumento de partos instrumentales y dificultades en la lactancia materna.
- Realizar una monitorización y control del bienestar fetal según recomendaciones de la OMS.
- Promover en el expulsivo la posición más favorable para la mujer, ya que se relaciona con una menor necesidad de uso de fármacos oxitócicos, analgésicos y de intervenciones obstétricas como fórceps o cesáreas, respecto a aquellas mujeres que permanecieron en posición de litotomía.
- Registrar todas las intervenciones en el partograma.

PUNTO CLAVE \ Ofrecer un clima amigable. RECORDAR: No interferir. Permitir toma de decisiones libre e informada y el acompañamiento por quien desee. Facilitar deambular, posición libre y toma de líquidos. Ofrecer métodos alternativos para alivio del dolor.

Abandonar prácticas desaconsejadas como:

- El rasurado: se realizaba con la creencia errónea de que disminuía el riesgo de infección, pero no existe evidencia que apoye su uso.
- El enema: no reduce las tasas de infección materna o neonatal ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. No existe evidencia que apoye su uso.
- La maniobra de Kristeller (presión ejercida en el fondo del útero durante el expulsivo con el fin de acortarlo): no está recomendada por sus riesgos potenciales de morbilidad materna y fetal.

No realizar por rutina:

- La episiotomía: presenta potenciales efectos adversos, como disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia, así como su asociación a una mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado. Debe-

ría realizarse si hay necesidad clínica. En caso de necesitar su realización se recomienda la medio lateral.

- La canalización de una vía venosa: limita la posibilidad de la mujer para poder deambular y adoptar diferentes posiciones.
- La amniorrexis artificial: podría producir complicaciones y efectos adversos como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal.
- El uso de oxitocina: existe creciente evidencia científica sobre los efectos adversos que produce la estimulación de la dinámica uterina de modo artificial y el subsiguiente bloqueo en la producción endógena de la oxitocina y hormonas acompañantes.
- No realizar partos instrumentales didácticos: hacer prácticas en simuladores.

**PUNTO CLAVE **
NO REALIZAR: Rasurado, enema y maniobra de Kristeller.
NO REALIZAR POR RUTINA: Episiotomía, canalizar vía venosa, rotura de bolsa y uso de oxitocina.

b) Prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible en nacimiento normal

- Realizar el contacto piel con piel (CPP) inmediato del recién nacido con su madre tras el parto vaginal o por cesárea posponiendo todas las maniobras y pruebas, excepto la identificación y el test de APGAR, siempre que el estado de salud de ambos lo permita.
- Evitar separación de madre y recién nacido. El garantizar que durante las dos primeras horas de vida permanezcan juntos en CPP hace que el RN se recupere más rápido del estrés, estabiliza antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito.
- Realizar la valoración del bebé directamente sobre su madre. Para más información sobre el contacto piel con piel seguro ir al Tema 2.2.
- Pinzar el cordón cuando deje de latir.
- Observar el agarre del bebé y el inicio de la lactancia materna dejando que el recién nacido se agarre espontáneamente al pecho y, en caso de que **no encuentre el pezón** espontáneamente, **antes de que finalice la primera hora**, un profesional entrenado debería **ofrecer apoyo y ayuda práctica**, procurando interferir lo menos posible en la vinculación de la díada.
- Contemplar el alta temprana organizando la visita neonatal precoz en el domicilio o centro de salud y garantizar la continuidad de los cuidados.

- Proporcionar contactos de grupos de apoyo.
- Impedir promociones comerciales. Cumplir el *Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna*.

**PUNTO CLAVE **

RECORDAR TRAS PARTO NORMAL (si mamá y bebé están en buen estado):

- **Contacto piel con piel (CPP) inmediato.**
- **Evitar aspirado, lavado gástrico, paso de sondas, etc.**
- **Posponer maniobras excepto APGAR e identificación.**
- **CPP durante las 2 primeras horas, vigilando y apoyando a la madre si lo necesita.**
- **Favorecer el agarre espontáneo y observar el inicio de la lactancia.**
- **Retrasar profilaxis y cribados 4-6 horas y baño 24 horas (si no hay factores de riesgo).**

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:
Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones

El objetivo es desarrollar un modelo de atención basado en el empoderamiento de las mujeres, incrementado su formación y conocimiento, y así poderlas acompañar en la toma de decisiones de una forma libre.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3:
Formación de profesionales (especialización y formación continuada)

El objetivo es promover la formación de las y los profesionales del SNS, sobre parto normal y lactancia, actualizar conocimientos basados en la evidencia científica y abandonar las prácticas rutinarias inadecuadas o innecesarias.

Capacitar a las y los profesionales para mejorar la comunicación y el diálogo entre profesionales y usuarias. Ser capaz de transmitir seguridad y confianza, poniendo en el centro las decisiones y deseos de cada mujer.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4:
Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas

Promover líneas nuevas de investigación. Generar propuestas innovadoras sobre aspectos estructurales y organizativos, sobre procesos, sistemas de información y en resultados. Impulsar la transferencia de conocimientos y buenas prácticas favoreciendo el cuestionamiento y la revisión constante.

MENSAJES PARA RECORDAR

Enumeramos aquellas acciones en torno al parto y nacimiento que no debemos olvidar para favorecer el inicio de la lactancia materna:

- Proporcionar a la mujer educación sanitaria en lactancia materna durante el embarazo.
- Facilitar el parto fisiológico según recomendaciones basadas en la evidencia científica. Erradicar técnicas desaconsejadas y rutinas innecesarias.
- Favorecer un clima de comprensión, diálogo, seguridad, respeto y confianza entre usuarias y profesionales.
- Facilitar a la mujer la toma de decisiones informadas y ser la protagonista de todo el proceso.
- Favorecer el contacto piel con piel tras el nacimiento independientemente del tipo de parto siempre que la salud de madre y recién nacido lo permitan.
- Facilitar la primera toma al pecho interfiriendo lo menos posible, evitando separaciones innecesarias y la realización de procedimientos sin justificación.
- Ayudar a la madre a adoptar una postura cómoda para favorecer la lactancia, en especial en los partos instrumentales y cesáreas.

REFERENCIAS

Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. (2008). Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. [Acceso el 13 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf

IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. (2011). Serie INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Acceso el 13 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf

Moore, B. (1985). Appropriate technology for birth. The Lancet, 326 (8458), 787. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90673-7

Plan de Parto y Nacimiento. Grupo de Trabajo de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de la Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva. [Acceso el 13 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf

Odent, M. (2016). La primera hora tras el nacimiento. ¡No distraigan a la madre! Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. [Acceso el 13 de febrero de 2021]. Disponible en: https://saludmentalperinatal.es/2016/06/08/la-primera-hora-tras-el-nacimiento-no-distraigan-a-la-madre/

Quintana, C., Etxeandia, I., Rico, R., Armendáriz, I. & Fernández del Castillo I. (2010). Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA Nº 2009/01. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf

ESTRATEGIA IHAN HOSPITALES: LOS *DIEZ PASOS*

Autora \ Ana Mª Fernández Vilar

INTRODUCCIÓN: BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA IHAN

La estrategia de OMS y UNICEF, actualmente denominada en España como IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia), ha demostrado ser una herramienta eficaz para proteger el derecho de las mujeres a decidir con libertad la forma de cuidar y alimentar a sus recién nacidos/as y así ofrecerles el mejor comienzo posible de la vida.

Esta iniciativa surgió de la experiencia del Hospital Universitario de San Diego, en California, en donde, tras detectar que no estaban suficientemente formados y que además los profesionales no consideraban importante la formación, decidieron reevaluar sus métodos de trabajo y cambiar de forma progresiva su forma de trabajar, a la vez que aumentaban sus conocimientos sobre LM. En poco tiempo consiguieron incrementar considerablemente las tasas de lactancia. Posteriormente compartieron su experiencia, llegando el conocimiento de la misma hasta miembros de UNICEF.

Los representantes de OMS y UNICEF pidieron al hospital de San Diego que sintetizara su experiencia en forma de recomendaciones claras y concisas que se transformaron en 1989 en una declaración conjunta de OMS/UNICEF: «Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna». El documento resumía en diez pasos las actuaciones que debían llevar adelante las maternidades para conseguir el éxito de la lactancia, describiendo cómo implementar cada paso y por qué eran necesarios. Esta estrategia no obtuvo la adherencia deseada por lo que, al director ejecutivo de UNICEF, se le ocurrió la idea de otorgar un galardón a los hospitales que se animaran a introducir cambios en las rutinas de asistencia a los recién nacidos sanos. En 1991, en Ankara, durante el Congreso de la Asociación Internacional de Pediatría se lanzó oficialmente la *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI), origen de nuestra IHAN actual.

¿QUÉ ES LA IHAN?

La IHAN fue lanzada por OMS y UNICEF conjuntamente en 1991 como estrategia para el apoyo y la promoción de la lactancia materna en todo el mundo, desde el inicio en las maternidades. Su meta era aumentar el inicio y la duración de la lactancia en todo el mundo. Se asumió que, al proteger y apoyar la lactancia desde la gestación, en el parto y durante los primeros minutos y días de vida, esta protección se extendería a todo el proceso de amamantamiento.

PUNTO CLAVE \ Se acordó entregar un galardón a las instituciones que, tras una evaluación externa, demostraran cumplir los requisitos y tener más de un 75 % de lactancia materna exclusiva. La visibilidad de un reconocimiento y galardón internacional tendría un efecto llamada entre hospitales y países.

La estrategia IHAN se sustenta sobre dos ejes principales de actuación:

- Estimular a los/las profesionales que trabajan en maternidades, hospitales y centros de salud para que adapten los *Diez Pasos para una lactancia exitosa*, recogidas en el documento *Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna* (incluyen la alimentación de los recién nacidos y lactantes).
- Proteger a las madres de la publicidad comercial poco ética de los productos artificiales a través del cumplimiento del *Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* en los centros sanitarios de la OMS.

En 2006, tuvo lugar una primera revisión de la estrategia BFHI y, en el 2007, se publicó en español para la IHAN. En la página web de la OMS se desarrollan sus diferentes secciones.

El programa de la IHAN se ofrece a los hospitales como una oportunidad de mejora ya ensayada y probada. Desde sus comienzos, la IHAN ha sido una **iniciativa centrada en los profesionales**, a los que se les recuerda que la lactancia no es

un deber, sino un derecho de las mujeres y que su obligación como profesionales es garantizar que puedan ejercerlo.

En 2018 se publica (solo en inglés) la primera revisión de los *Diez Pasos* desde su creación en 1989. El tema de cada paso no ha cambiado, pero la redacción de cada uno se ha actualizado, en línea con las directrices basadas en evidencia y la política mundial de salud pública.

Revisiones sistemáticas y evidencia de efectividad de la IHAN

Son varias las revisiones sistemáticas publicadas en los últimos años confirmando que la implantación de la IHAN es eficaz para aumentar las tasas de inicio y duración de la lactancia materna y mejorar la asistencia a las madres y recién nacidos. Destacamos algunas de ellas (ver el resto en el apartado de Referencias).

- Existe un incremento estadísticamente significativo sobre el inicio de la lactancia y un impacto positivo sobre la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) y de cualquier LM, tras la introducción de programas estructurados. El efecto tiene especial impacto cuando las tasas iniciales son bajas (Beake, 2012).
- La mayoría de los estudios sobre IHAN revisados por Howe-Heyman *et al.* mostraron que es una intervención que aumenta las tasas de inicio de lactancia, la duración de la lactancia materna a largo plazo y las tasas de lactancia materna exclusiva.
- Pérez Escamilla *et al.* demuestran que la adherencia a los *Diez Pasos* de la IHAN tiene un impacto positivo sobre la lactancia a corto, medio y largo plazo. Y que existe una relación dosis-respuesta entre la cantidad de pasos que se aplican y la posibilidad de mejorar las tasas de lactancia y su duración.

La acreditación IHAN en 4D

Con el objetivo de promover las mejores prácticas y la humanización de la asistencia perinatal, la lactancia y la alimentación infantil, la IHAN ofrece asesoría y apoyo a las instituciones sanitarias españolas para alcanzar los criterios de calidad establecidos por OMS y UNICEF.

Para facilitar la implantación de los cambios, la IHAN España aplica desde el año 2007 un sistema de acreditación en 4 fases: «Un Camino en 4D». La acreditación IHAN se obtiene tras superar la evaluación de 4 fases: 1D, 2D, 3D, y 4D, pero en el camino se van consiguiendo los certificados de cada una de las fases. El galardón se entrega en ceremonia pública y tiene reconocimiento mundial.

PUNTO CLAVE \ El galardón IHAN es garantía de que las instituciones IHAN (hospitales o centros de salud):

- **Aplican los *Pasos para una Lactancia Feliz* (10 para hospitales, 7 para centros de salud).**
- **Respetan el *Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna*.**
- **Ofrecen atención humanizada al parto y asistencia de calidad (con calidez) a la madre que no amamanta.**
- **Los hospitales deben demostrar unas tasas de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta el alta de, al menos, el 75 % y los centros de salud deben demostrar que sus tasas de lactancia mejoran a lo largo del camino hacia la acreditación.**

LOS *DIEZ PASOS* PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL, REVISADOS

Estos pasos se han subdividido en dos grandes grupos:

- **Procedimientos de gestión críticos.** Son aquellos procedimientos institucionales necesarios para garantizar que la atención se brinde de manera consciente y ética.
- **Prácticas clínicas claves.** Son los estándares para el cuidado individual de madres y bebés.

a) Procedimientos de gestión críticos

Son aquellos procedimientos institucionales necesarios para garantizar que la atención se brinde de manera consciente y ética.

PASO 1. Disponer de una normativa de lactancia materna escrita que se pone en conocimiento de todos los profesionales que cuidan a madres y bebés

- Debe incluir los *Diez Pasos*. Debe **darse a conocer** a los **profesionales** (incluidos los de nueva incorporación en la primera semana de trabajo) y a **madres.**
- Debe cumplir plenamente el ***Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna***.
- Deber ser **monitorizada** y evaluada de forma periódica

b) Prácticas clínicas claves

Son los estándares para el cuidado individual de madres y bebés.

PASO 2. Asegurar que el personal tenga los conocimientos, las competencias y las habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.

- El hospital debe diseñar un plan de formación en lactancia para todos los trabajadores. Cursos **teórico-prácticos de 20 horas**

para profesionales de implicación directa y cursos teóricos de 4-8 horas para profesionales de implicación indirecta.

- Deben existir registros y seguimiento de la formación del personal.
- **Al menos el 80 % de los profesionales deben recibir la formación.**

PASO 3. Discutir la importancia y el manejo de la lactancia materna con mujeres embarazadas y sus familias.

- Todos los profesionales sanitarios en contacto con la mujer embarazada tienen que fomentar la lactancia materna.
- Todas las mujeres embarazadas deben recibir, **antes de la semana 32 de gestación,** información actualizada y clara sobre los beneficios que aporta el amamantamiento y el manejo del mismo. Las madres deben recibir formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia materna para un mejor manejo en los primeros días tras el parto.

PASO 4. Facilitar el contacto directo e ininterrumpido piel con piel y apoyo a las madres para iniciar la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento.

- Dar apoyo a las madres para que el recién nacido haga su primera toma al pecho en cuanto esté dispuesto**, facilitando el contacto piel con piel, independientemente del tipo de parto.**
- Si el contacto piel con piel tiene que ser demorado o interrumpido porque la situación clínica de la madre o el niño lo requiere, reiniciarlo en cuanto sea posible.

PASO 5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades comunes.

- Los profesionales sanitarios deben estar capacitados para ofrecer ayuda práctica y eficaz a todas las madres en la adquisición de estas habilidades. A todas las madres se les debe ofrecer ayuda con la lactancia dentro de las primeras 6 horas del nacimiento.
- Toda información dirigida a las madres o familiares, ya sea escrita o expuesta, debe ser concisa, clara, actual y libre de mensajes publicitarios de la industria de sucedáneos, biberones o tetinas.
- Las madres que, por razones médicas o por otras, no amamantan a sus hijos deben recibir el apoyo individual que necesiten para alimentar a sus hijos de la manera más segura posible.

PASO 6. No proporcionar a los recién nacidos alimentados con leche materna ningún alimento o líquido que no sea leche materna, a menos que esté medicamente indicado.

- Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementada con otros alimentos adecuados hasta, al menos, los 2 años.
- No se debe dar ninguna bebida (sacarosa, sueros glucosados) ni fórmula artificial a los niños amamantados, excepto en caso de indicación médica o elección materna informada.

PASO 7. Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.

- En la maternidad, todos los niños deberían estar con sus madres a no ser que la situación clínica de alguno de los dos lo impida o que la madre decida de manera informada que prefiere no tener al niño con ella. El alojamiento conjunto favorece el establecimiento del vínculo madre-hijo.
- Tener al niño consigo permite a la madre empezar a conocerle y reconocer los signos de hambre. Esto facilita la alimentación según la demanda del bebé y el mejor establecimiento de la lactancia.

PASO 8. Apoyar a las madres para que reconozcan y respondan las señales de alimentación de sus bebés.

- Se debe aconsejar a todas las madres que amamanten a su hijo a demanda. No habrá ningún tipo de restricción ni en la frecuencia ni en la duración de las tomas, a no ser que esté clínicamente indicado.
- Todas las madres deben saber lo que significa «a demanda». Debe reconocer los signos de hambre más habituales. Demanda no se refiere solo a la frecuencia, sino también en la duración, permitiendo que el niño la determine.

PASO 9. Aconsejar a las madres sobre el uso y los riesgos de alimentar con biberones, tetinas y chupetes.

- Se advertirá a las madres que amamantan que no usen tetinas ni chupetes con sus niños hasta que se haya establecido la lactancia y el motivo por el que se hace esta recomendación.
- En el hospital, el personal no administrará las tomas con tetinas a no ser que se trate de una decisión informada de la madre. En la maternidad no se ofrecerá chupete a los niños a no ser que exista una indicación clínica y con consentimiento informado de la madre.

PASO 10. Coordinar el alta para que los padres y sus bebés tengan acceso oportuno a atención y asistencia coordinada.

- Todas las madres deben disponer de información actualizada y vigente sobre los recursos de apoyo existentes en el área y el modo de acceder a ellos.
- Elaborar un plan de acción dirigido a apoyar a todas las madres lactantes en su zona de referencia, de tal forma que se mantenga la duración de la lactancia materna el máximo tiempo posible.
- Los profesionales que atienden a la madre y a su criatura deben confirmar que, al alta del hospital, se les entrega información adecuada y actual sobre los recursos de apoyo a la lactancia existentes en la comunidad.

REFERENCIAS

Aguayo Maldonado, J., Cañedo Argüelles, C. A., Arena Ansótegui, J., Canduela Martínez, V., Flores Antón, B., & Gómez Papí, A. (2011). IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf

Beake, S., Pellowe, C., Dykes, F., Schmied, V., & Bick, D. (2012). A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. Maternal & child nutrition, 8(2), 141-161.

Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. Cochrane database of systematic reviews, (1). https://doi.org//10.1002/14651858.CD001141.pub3

Demott, K., Bick, D., Norman, R., Ritchie, G., Turnbull, N., Adams, C., *et al.* (2006). Clinical guidelines and evidence review for post natal care: Routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.

Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M. J., Woolridge, M., Sowden, A. J., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health technology assessment (Winchester, England), 4(25), 1-171.

Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. Journal of clinical nursing, 17(9), 1132-1143.

IHAN España. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación Paso a Paso". Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00.Guia_detallada_hospital.pdf

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

IHAN CENTROS DE SALUD: LOS *7 PASOS*

Autoras \
María Gara Bourgon Rodríguez
Dolores Sabina Romero Ramírez

INTRODUCCIÓN

PUNTO CLAVE \ La atención primaria juega un papel esencial en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (LM).

Aunque inicialmente la estrategia IHAN se aplicó en los hospitales y servicios de maternidad, debido a la importancia que juegan los servicios de atención primaria en el apoyo continuado a la madre que amamanta tras el alta hospitalaria, se ha puesto en marcha el proyecto Centros de Salud IHAN (CS-IHAN).

El objetivo es proporcionar al personal de salud un programa de acreditación basado en la evidencia que facilite el apoyo que se presta durante el inicio y mantenimiento de la LM, diseñando un proyecto que resume en siete pasos las recomendaciones que debe cubrir una buena asistencia a las madres lactantes después del alta hospitalaria. La acreditación CS-IHAN implica la implantación de los *7 Pasos*, el cumplimiento del *Código Internacional de Comercialización*

de Sucedáneos de la Leche Materna (CCSLM) y de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas.

Los *7 Pasos* de los centros de salud IHAN

PASO 1: Disponer de una normativa por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.

PASO 2: Capacitar a todo el personal de salud para llevar a cabo la normativa.

PASO 3: Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y cómo llevarlo a cabo.

PASO 4: Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 horas tras el alta hospitalaria.

PASO 5: Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.

PASO 6: Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.

PASO 7: Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

OBJETIVO DE LA ACREDITACIÓN COMO CENTRO DE SALUD IHAN

PUNTO CLAVE \ Mejorar la salud de mujeres, lactantes, familias y medio ambiente mediante una asistencia de calidad que permita a las mujeres y sus familias tomar decisiones de forma compartida e informada, según sus necesidades.

Se trata de:

- Capacitar a las madres para que puedan mantener la LM de acuerdo a sus deseos y a las recomendaciones actuales.
- Fomentar el desarrollo de grupos de apoyo madre a madre y de talleres de LM en todos los centros (en estos últimos, además de madres lactantes, hay uno o más profesionales sanitarios).
- Conseguir que los CS sean lugares de apoyo, protección y promoción de la LM.
- Promover la LM exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar amamantando, junto con una alimentación complementaria adecuada desde entonces hasta los 2 años o más, siempre que la madre y el niño lo deseen.

Es necesario que las instituciones implanten prácticas de excelencia en la atención al proceso del nacimiento y la lactancia. Los profesionales sanitarios también ofrecerán su apoyo a las madres que no amamanten y se asegurarán de que la madre utiliza fórmulas infantiles de forma segura y correcta. Se les prestará la misma calidad de atención y cuidados que las madres que deciden amamantar a sus hijos.

DESARROLLO DE LOS *7 PASOS*

La IHAN propone llevar a cabo los *7 Pasos* para lograr mejorar la calidad de la atención de salud dirigida a las madres, los lactantes y niños pequeños y sus familias. Estos pasos están aprobados como estándares de práctica clínica.

PASO 1. Normativa sobre lactancia materna

Disponer de una normativa de lactancia materna.

a) Objetivos de esta normativa

- Unificar las actuaciones en el CS para asegurar la protección de la lactancia. Para ello debe contemplar la necesidad de cumplir los *7 Pasos*.
- Manifestar la obligatoriedad de cumplir con el CCSLM.
- Asegurar que las familias reciben información.
- Favorecer un entorno que promueva la lactancia materna, mantenerla en exclusiva durante seis meses y con alimentos complementarios hasta los dos años o más.
- Fomentar colaboración entre CS y grupos de apoyo.

b) En apoyo de esta normativa

- Se difunde y consensua entre todos los trabajadores.
- No hay publicidad de sucedáneos de LM.
- Los materiales educativos son supervisados por el comité de lactancia del CS y son respetuosos con el CCSLM.
- A las madres que decidan usar sucedáneos se les instruirá para que sepan cómo hacerlo correctamente.
- Autoevaluar anualmente cómo se cumple la normativa en el CS.

c) Difusión de esta normativa de lactancia materna

- Copia de la normativa a todo el personal.
- Exposición de la misma en las áreas de atención a madres y sus hijos, teniéndola disponible para su entrega a los usuarios, si fuera necesario.
- Sensibilizar e informar al personal de nueva incorporación.

PASO 2. Formación de los profesionales

Tener un plan de formación para el personal que les capacite para poner en práctica la normativa de lactancia materna.

Para apoyar y ayudar a las madres lactantes todos los profesionales necesitan formación y capacitación adecuada a su función.

- El Comité de Lactancia del CS es el responsable de la formación.
- El plan de formación se ajusta al plan de formación de la IHAN.
- La formación será impartida en los primeros seis meses tras la incorporación al puesto.
- Se realizarán actividades de formación continuada.

PASO 3. Información a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna

Ofrecer información a todas las mujeres embarazadas y sus familias sobre el amamantamiento y la mejor manera de ponerlo en práctica.

Todas las embarazadas reciben información **antes de la semana 32** de gestación:

- En los controles de salud de la embarazada.
- En el taller de preparación al parto y nacimiento.
- Sobre la importancia del parto respetado, contacto piel con piel inmediato, puesta al pecho precozmente, amamantamiento a demanda, riesgo del uso de chupetes, tetinas e indicación no justificada de suplementación con leche de fórmula.

PASO 4. Apoyar y proteger la LM exclusiva y su mantenimiento

Ofrecer apoyo a la madre que amamanta desde el inicio y, en coordinación con el hospital, recibir al recién nacido en las primeras 48-72 horas tras el alta de la maternidad.

- Valoración del RN 2-3 días tras el alta hospitalaria.
- Los profesionales sanitarios:
  - Animarán, felicitarán y valorarán el progreso de la LM en cada contacto.
  - Animarán a mantener un contacto físico estrecho madre-hijo.
- Los profesionales sanitarios:
  - Ayudarán a todas las madres con la técnica de extracción manual de leche.
  - Fomentarán la LM a demanda.
  - Ayudarán a las madres a mantener la lactancia si trabajan fuera de casa.

- No recomendarán pezoneras, tetinas, ni chupetes de forma rutinaria.

PASO 5. Apoyar la LM exclusiva en los primeros 6 meses y luego complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más

- Los profesionales recomendarán ofrecer LM exclusiva en los primeros 6 meses y continuar con lactancia y alimentación complementaria al menos hasta los 2 años de edad o hasta que madre y bebé deseen.
- Los profesionales no recomendarán en los primeros 6 meses de un lactante que tome agua ni alimento artificial salvo justificación médica.
- La alimentación complementaria se iniciará a los 6 meses de edad.

PASO 6. El centro de salud es un entorno acogedor

Proporcionar una atmósfera de acogida a la lactancia.

- Se considera la LM como la forma natural de alimentar a los bebés.
- Se facilita y anima el amamantamiento en zonas públicas del CS.
- Se dispone también de sala o espacio de lactancia para las mujeres que soliciten privacidad durante el amamantamiento.
- Se expone en zona pública la normativa del CS y se explicita respeto al *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna*.

PASO 7. El centro de salud fomenta el apoyo comunitario para la LM

Fomentar la colaboración entre los profesionales sanitarios y la comunidad a través de los talleres de lactancia y el contacto con los grupos de apoyo locales.

- Fomenta la cooperación entre profesionales sanitarios y grupos de apoyo a la LM.
- Proporciona información a las madres sobre grupos de apoyo y talleres de lactancia.
- Invita a los grupos de apoyo a la LM a participar en actividades del CS.
- Se celebran sesiones de taller de lactancia con periodicidad semanal.

PASOS ADICIONALES

- Atención humanizada al parto.
- Atención adecuada y respetuosa hacia la madre que no amamanta.
- Respetar el CCSLM.

DESARROLLO DE LA INICIATIVA POR FASES

Es un proceso complejo que requiere esfuerzo de los profesionales implicados y de los responsables de la Administración. La aplicación por fases permite el planteamiento de metas cercanas y una mejor planificación. Se establece un proceso en cuatro fases, 4D: Descubrimiento, Desarrollo, Difusión y Designación.

Las fases aquí descritas se contemplan desde la perspectiva de los requisitos necesarios para la acreditación de cada centro de salud y están detalladas en la siguiente tabla:

			Tiempo estimado cambio de fase
FASE 1D	Crear comisión de lactancia Autoevalución inicial del CS	Cuestionario de autoevalución inicial (online)	1 año
FASE 2D	Encuesta de prevalencia de LM Elaboración de la normativa de LM Consensuar y redactar el plan de formación Planificar para implantar un taller de preparación al parto y nacimiento y un taller de lactancia materna	Formulario de indicadores de LM Normativa de LM Autoevaluación de la normativa Plan de formación de los profesionales Plan de formación de las gestantes Plan de taller de LM y de coordinación con los grupos de apoyo	2 años
FASE 3D	Difusión de la normativa Formación del personal Puesta en marcha del taller de preparación al parto y nacimiento y el taller de LM	Registros de la difusión de la normativa Memoria de la formación realizada Plan de coordinación con el hospital Protocolos de lactancia Material educativo para madres. Adhesión y difusión del CSLM	1 año
FASE 4D	Completo desarrollo de los requerimientos de la iniciativa	Formulario de indicadores de LM Autoevaluación de la Normativa Registro del taller Registro de actividades	Reacreditación cada 5 años

SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA Y EN CANARIAS

En febrero de 2020, se encontraban un total de 287 centros de salud registrados: habiendo completado el proceso 5 de ellos; en la fase 3D, 15 centros; en la fase 2D, 14 centros, y en la fase 1D, 253 centros.

PUNTO CLAVE \ En Canarias hay 11 centros en fase 1D: 8 en la provincia de Las Palmas de GC y 3 en la de Santa Cruz de Tenerife.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La atención primaria juega un papel muy importante en el mantenimiento y apoyo a la lactancia y en la promoción de la misma.
- La estrategia escalonada en fases (4D) permite el planteamiento de metas cercanas y una mejor planificación.
- Los *7 Pasos*, basados en pruebas científicas, ayudarán a mejorar la calidad de la atención de salud dirigida a las madres, los lactantes y niños pequeños y sus familias.

REFERENCIAS

IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf

"Estrategia centros de salud IHAN. Manual para la acreditación. UNICEF/OMS. IHAN España". www.ihan.es
https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/
https://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-centros-de-salud/

Good Maternal Nutrition The best start in life. World Health Organization. 2016.

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD001141. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253455/

Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. J Clin Nurs 2008 May;17(9):1132-43. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18416790/

MÓDULO \ 04

- MANEJO DE LA LACTANCIA LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA
- PÉRDIDA DE PESO Y DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN EL LACTANTE AMAMANTADO
- PROBLEMAS EN EL LACTANTE AMAMANTADO: ICTERICIA E HIPOGLUCEMIA NEONATAL
- EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE AMAMANTADO
- LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

MÓDULO \ 04

MANEJO DE LA LACTANCIA LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA

Autora \ Iraya Ester Monagas Agrelo

INTRODUCCIÓN

Sabemos que, en España, la mayor parte de los recién nacidos nacen en hospitales y que, a pesar de que su estancia en los mismos en general es muy corta, los acontecimientos que tienen lugar en sus primeras horas/días de vida tienen una relevancia que perdura en el tiempo. La estancia hospitalaria es considerada como un periodo crítico para el establecimiento de la lactancia materna.

Una revisión de la Cochrane encontró que los cambios institucionales en las áreas de maternidad de los hospitales resultaban en un incremento de los índices tanto de la iniciación como de la duración de la LM. Es, por tanto, responsabilidad nuestra como profesionales promover estos cambios y desechar prácticas que dificulten el inicio, establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Las primeras horas/días de vida son cruciales para el inicio y establecimiento de la lactancia materna. A veces, las rutinas hospitalarias dificultan o no favorecen el inicio de la lactancia. Conocer la fisiología del inicio de la lactancia nos ayudará a comprender el comportamiento normal del recién nacido, a facilitar las condiciones para que se inicie la lactancia y a evitar las prácticas que la dificultan.

CONTACTO PIEL CON PIEL Y COLECHO EN LA MATERNIDAD

Los beneficios del contacto piel con piel inmediato tras el parto se han estudiado en múltiples ocasiones. Pero los beneficios de este se prolongan más allá de las dos primeras horas de vida. Al nacer, la mayoría de los recién nacidos pasan una fase de dos horas en las que se encuentran muy despiertos y activos. Si no interferimos en este proceso y el parto no ha sido medicado, la mayoría de los recién nacidos consigue realizar su primera toma al pecho de forma espontánea. Tras el periodo fisiológico de reactividad, las dos primeras horas de vida, el recién nacido pasa a una fase de letargo fisiológico que puede durar entre 8 y 12 horas. Durante este periodo de letargo, y si no existen factores de riesgo de hipoglucemia, no se debe forzar al bebé a comer. Si el recién nacido permanece en contacto piel con piel, reanudará las tomas cuando lo necesite.

Tanto la madre como su recién nacido van a verse beneficiados si se mantiene este estrecho contacto el mayor tiempo posible, ayudando a la termorregulación del recién nacido, al mantenimiento de sus funciones vitales y facilitando la instauración de la lactancia. El recién nacido puede continuar haciendo tomas a demanda, al estar sobre su madre podrá reconocer el olor e iniciar movimientos de búsqueda y hacer agarre espontáneo. Por otro lado, el tener a su cría sobre el pecho ayudará a la madre a reconocer los primeros signos de hambre del recién nacido y a atender sus demandas.

Además, el contacto piel con piel estimula los reflejos del recién nacido y favorece el inicio de la toma, lo cual supone un beneficio extra para aquellos bebés que están adormilados.

La *Guía de práctica Clínica sobre Lactancia Materna* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (GPC-LM), sugiere que el colecho en la maternidad puede ser una práctica que favorece el inicio de la lactancia materna, siempre y cuando se mantengan las condiciones de un colecho seguro. Se debería ofrecer a todos los padres información de manera sistemática de las condiciones que favorecen este colecho seguro. Las maternidades deberían considerar la utilización de camas en las que pueda practicarse el mismo.

En esta misma línea, dos estudios llevados a cabo por Ball HL *et al.* demostraron que el colecho en la maternidad aumenta el número de tomas (tanto en la cama con el recién nacido, como en cuna sidecar) en comparación a la utilización de cuna individual, así como que la cuna sidecar es más segura que la cama de la madre, ya que el bebé se expone durante menos tiempo a situaciones potencialmente peligrosas.

SIGNOS DE HAMBRE DEL RECIÉN NACIDO Y MANEJO DEL LLANTO

En la figura se muestran las señales de hambre del recién nacido que todas las madres deben aprender a reconocer.

Se debe instruir a las madres a conocer las señales de hambre del bebé para que puedan responder a las mismas lo antes posible, facilitando la lactancia guiada por señales del bebé. Las madres deben estar atentas a las primeras señales de hambre (abrir la boca, mover la cabeza hacia los lados, etc.) para ofrecerle el pecho al recién nacido antes de que llore, ya que esto puede dificultar el inicio de la toma.

PUNTO CLAVE \ Si la madre conoce los signos precoces de hambre e inicia la toma cuando el RN empieza a mostrar que tiene hambre, le será más fácil conseguir un agarre correcto. Como profesionales tenemos que conocer estos signos para enseñar a las madres a identificarlos.

FUENTE: Imagen obtenida de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS y diseñada por Eider Eibar. >

INDICADORES DE INICIO DE UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ

Una de las claves del éxito de la lactancia radica en ofrecer el pecho a demanda, cada vez que el bebé lo pida y todo el tiempo que quiera estar mamando. Esa es la única manera de asegurarnos de que el niño tiene cubiertas sus necesidades que en ocasiones será alimento, pero también puede ser calor, cariño o protección. La frecuencia de tomas nocturnas se ha asociado a una mayor duración de la lactancia materna, aunque también está descrito que no todos los niños alimentados con lactancia materna exclusiva hacen tomas nocturnas sin que esto suponga diferencias entre el volumen de leche ingerido. Mientras el niño esté sano y su evolución sea normal, se recomienda seguir el ritmo que cada niño demanda.

Tras las primeras 24 horas de vida, generalmente, el recién nacido mama unas 8-12 veces al día o incluso más. Además, es normal que las tomas sean irregulares y que mamen con más frecuencia por la noche. En ocasiones, se conoce la segunda noche como «la noche de las vacas locas». Algunos recién nacidos continúan muy adormilados, piden poco y maman menos de lo que necesitan. La recomendación con estos recién nacidos es colocarlos en contacto piel con piel, esto favorece que los lactantes respondan al olor de su madre e inicien la toma de forma espontánea. A veces es necesario ayudar al recién nacido a despertarse para que se amamante, esto se puede hacer desnudándolos y volviendo a vestirlos, con masaje circular en la planta de los pies o una suave caricia en la espalda de abajo a arriba.

El principal estímulo para la producción de leche es la succión del niño y el vaciado del pecho, por ello, cuantas más veces mame más cantidad de leche se producirá.

PUNTO CLAVE \ Debemos asegurarnos de que la madre entienda que, debido al reducido tamaño del estómago y a la rápida digestión de la leche materna, lo normal y deseable es que el recién nacido mame frecuentemente, al menos 8 tomas al día, y que las pausas no sean de más de 5-6 horas.

- **Criterios de instauración de la lactancia materna según la guía NICE**

  Para identificar los signos de un adecuado inicio e instauración de la lactancia materna hay que hacer una valoración de la técnica de lactancia que ya se ha estudiado en temas anteriores.

  - **Valoración de una toma**

    Este tema se ha desarrollado ampliamente en los temas de técnica de la lactancia.

  - **Valoración de la madre**

    - Signos de lactogénesis II a partir de las 48-72 horas (aumento de la firmeza y tamaño de las mamas). Puede retrasarse

en primíparas si no se ha amamantado frecuentemente, ha sido separada del recién nacido o tras una cesárea.

- Aumento notable del volumen de leche a partir del quinto día.
- Detecta los primeros signos de hambre y le ofrece el pecho cuando los detecta.
- Sabe despertar al recién nacido, si es necesario, hasta que se establezca un patrón de alimentación eficaz.
- Siente seguridad y capacidad para amamantar y producir leche.
- Tiene apoyo de su pareja, familia, etc.
- No hay molestias ni dolor importante en las tomas (valorar si aparecen lesiones en los pezones).
- Tras la subida de la leche, los pechos se ablandan tras la toma. No hay signos de ingurgitación mamaria.

- **Valoración del recién nacido**
  - Al menos 8 tomas en 24 horas sin hacer un ayuno superior a 6 horas (algunos recién nacidos presentan un patrón de succión cada 2-3 horas y otros hacen tomas seguidas durante 4-6 horas y luego descansan otras 4-6 horas).
  - Presenta signos de hambre al menos 8 veces en el día.
  - Permanece alerta al principio de la toma y suelta el pecho espontáneamente cuando está saciado, quedándose satisfecho y relajado.
  - Agarre adecuado con succiones efectivas y degluciones audibles.
  - Signos de hidratación adecuada (mucosas húmedas, piel turgente, conjuntivas brillantes, etc.).
  - Coloración adecuada, no excesivamente ictérico.
  - Patrón adecuado de eliminación.

PARÁMETROS QUE INDICAN QUE UNA LACTANCIA ESTA BIEN ESTABLECIDA

En el recién nacido

- Mama tranquilo y se muestra satisfecho tras la toma.
- Se agarra adecuadamente y sin dificultad.
- A medida que el recién nacido crece, las tomas son más cortas y menos frecuentes, aunque pueden producirse picos de aumento de frecuencia y duración durante los brotes de crecimiento, enfermedades u otros cambios.

- Adecuado patrón de eliminación.
- Adecuada ganancia de peso y talla.

En la madre

- Siente seguridad en su lactancia y se muestra satisfecha con la misma.
- Percepción de producción láctea adecuada.
- Reconoce las señales de hambre y responde a ellas.
- No precisa suplementos.
- No presenta dolor ni lesiones u otros problemas en las mamas.

PUNTO CLAVE \ Como profesionales debemos conocer cuáles son los signos de una LM instaurada para poder identificar los patrones normales y las desviaciones de los mismos, evitando suplementos innecesarios que interfieran en la lactancia.

Varios estudios midieron, por diferentes técnicas, el volumen gástrico del recién nacido a término, obteniendo valores similares (9.9-10 ml). A modo visual, podemos hacernos una idea del volumen del estómago del recién nacido en la siguiente figura:

CAUSAS DE SUPLEMENTACIÓN

Según diversos estudios, las causas más habituales de suplementación en el recién nacido son:

- Los suplementos con fórmula artificial al recién nacido son más frecuentemente entre las 7 p. m. y las 9 a. m., quizás debido al cansancio materno.
- Se suplementa con más frecuencia a los recién nacidos somnolientos que rechazan el pecho, aquellos cuyo agarre es dificultoso y también a recién nacidos intranquilos.
- La percepción subjetiva de calostro insuficiente.
- Preferencia cultural.
- Ansiedad materna.

- Personal con altas cargas de trabajo, falta de formación, falta de tiempo para la actualización.

PUNTO CLAVE \ La mayoría de las causas de suplementación son susceptibles de ser modificadas por parte del personal adecuadamente formado para el apoyo a la lactancia eficaz. Los suplementos ofrecidos a los RN con LM tienen un impacto negativo sobre la salud del RN y sobre los resultados de la lactancia, especialmente en las madres más vulnerables como las primíparas, con bajos niveles de educación o con puerperios distócicos.

INTERRUPCIONES A LA LACTANCIA

El estudio descriptivo llevado a cabo por Morrisons *et al.* midió el número de interrupciones (apertura de puertas y llamadas de teléfono) a los binomios que estaban amamantando y encontró que se producen:

- Una media de 54 interrupciones durante un periodo de 12 horas, esto son más de 100 interrupciones a la lactancia en un día.
- Interrupciones frecuentes y erráticas.
- Las madres referían sentirse apresuradas cuando lactaban por sentir inseguridad sobre cuándo aparecería la siguiente persona en la habitación.
- Las interrupciones tenían preferencia a la lactancia.
- Las madres dejaban de lactar inmediatamente cuando las interrupciones tenían lugar.
- Las madres relataban tener poco tiempo para descansar, ocuparse de sus necesidades básicas y alimentar a su bebé.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Favorecer CPP lo antes posible y mantenerlo durante todo el tiempo que la madre lo desee durante la estancia hospitalaria.
- Permitir inicio de la primera toma en la primera hora de vida, invitando al RN, sin forzarlo, en caso de no iniciarla espontáneamente.
- Mantener CPP e instruir a la madre a reconocer los signos precoces de hambre para iniciar la lactancia lo antes posible en caso de no haberse iniciado.
- Limitar las glucemias, solo en función del estado del RN.
- Informar y permitir los periodos fisiológicos de alerta/letargo del RN.
- Evitar la suplementación de cualquier forma salvo indicación.

- Instruir en extracción manual de calostro en caso de no iniciarse la lactancia en la primera hora de vida para favorecer la lactogénesis.
- Evitar el uso de tetinas y chupetes.
- Evitar interrupciones innecesarias.
- Informar y permitir frecuencia y duración de tomas ilimitada para establecer una LME a libre demanda.
- Valorar adecuado agarre mediante las herramientas disponibles para valoración de tomas.
- Registrar en la historia clínica todos los datos relativos a la lactancia e incluirlos en el informe de alta.

REFERENCIAS

Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technology Assessment. 2000.

García A, Guerrero E, Hernández MT, Lagarra C, Martínez-Herrera B, Quintana R. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Minist Sanidad, Serv Soc e Igualdad Agencia Evaluación Tecnol Sanit del País Vasco-OSTEBA. 2017.

Ball HL, Ward-Platt MP, Howel D, Russell C. Randomised trial of sidecar crib use on breastfeeding duration (NECOT). Arch Dis Child [Internet]. 2011 Jul 1;96(7):630–4. Available from: https://adc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/adc.2010.205344

Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. Arch Dis Child [Internet]. 2006 Jul 28;91(12):1005–10. Available from: https://adc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/adc.2006.099416

NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE Clin Guidel. 2006;

Gagnon AJ, Leduc G, Waghorn K, Yang H, Platt RW. In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Breastfeeding Newborns. J Hum Lact [Internet]. 2005 Nov;21(4):397–405. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334405280835

Morrison B, Ludington-Hoe S, Anderson GC. Interruptions to Breastfeeding Dyads on Postpartum Day 1 in a University Hospital. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2006 Nov;35(6):709–16. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515344294

PÉRDIDA DE PESO Y DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN EL LACTANTE AMAMANTADO

Autoras \
Dolores Sabina Romero Ramírez
Beatriz Reyes Millán
Orlando Manuel Mesa Medina

INTRODUCCIÓN

Cuando la lactancia materna se desarrolla de manera satisfactoria, proporciona numerosos beneficios. Sin embargo, el inicio de la alimentación no siempre ocurre de forma adecuada y esto puede acarrear complicaciones potencialmente graves. Para ello, los profesionales de la salud deben manejar parámetros objetivos que permitan identificar aquellas díadas madre-recién nacido con dificultades.

El control del crecimiento es un pilar importante en la evaluación del estado de salud de los niños. Como parte de la transición a la vida extrauterina, en los primeros días la gran mayoría de los recién nacidos sanos pierde peso. Es de vital importancia reconocer a aquellos que lo pierden como reflejo de una lactancia materna no eficaz ya que, por un lado, esto puede generar problemas graves en el binomio madre-bebé y, por otro, la pérdida de peso puede provocar una percepción de leche insuficiente, que es uno de los motivos más frecuentes de destete precoz.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Pérdida de peso

Existen diversos estudios realizados en lactantes amamantados sanos que han valorado cuál es la pérdida fisiológica de peso de los recién nacidos y el patrón de la misma. A modo de resumen de los hallazgos encontrados en los principales estudios, tenemos que:

- La pérdida máxima de peso se produce en torno al segundo día de vida (media 43-72 horas).
- La pérdida de peso es variable según el tipo de parto:
  - En los recién nacidos mediante parto vaginal:
    - La pérdida media de peso es de 6-6,4 %.
    - A las 48 horas, casi el 5 % pierden al menos un 10 % de su peso al nacer.
    - En el segundo día de vida las curvas de peso comienzan a aumentar.
  - En los recién nacidos mediante parto por cesárea:
    - La pérdida media de peso es algo mayor (cerca del 8 %).
    - A las 48 horas casi el 10 % pierden al menos un 10 % de su peso al nacer.
    - En el tercer día de vida las curvas de percentiles de peso comienzan a aumentar, pero más del 25 % pierden más del 10 % de su peso al nacimiento.
- Suelen comenzar el **aumento de peso a partir del cuarto-sexto día de vida**.
- Una **pérdida de peso del 5 % en el primer día, predice llegar a una pérdida máxima de peso >10 %.**

La mayoría de los estudios han sido realizados en hospitales con políticas de apoyo a la lactancia bien establecidas, eliminando rutinas perjudiciales como la separación del recién nacido de su madre. Pero la realidad es que no todos los recién nacidos nacen en estas condiciones tan óptimas y esto puede provocar que la pérdida de peso inicial sea mayor en muchos centros. Este hecho, junto con que no hay estudios que constatan las implicaciones en la morbimortalidad neonatal tras una pérdida fisiológica del 7 al 10 % del peso del RN, determina que tengamos que valorar la pérdida de peso no de forma aislada, sino como un conjunto dentro del contexto de otros signos de adecuado inicio de la lactancia (Tabla 1).

Criterios en el niño de LM eficaz	Criterios en la madre de LM eficaz
Pérdida de peso <7 %.	Incremento notable en la firmeza, peso y tamaño del pecho.
Ausencia de pérdida de peso >3er día de vida.	Aumento del volumen de leche y composición al 5° día de vida.
Ganancia de peso después del 5° día de vida de 20-35 g/día.	Pechos menos llenos tras las tomas.
Recuperación del peso al nacimiento a los 10 días de vida.	No dolor en los pezones.
Al menos 3 deposiciones cada 24 horas después del primer día de vida.	
Un signo aislado podría no indicar una lactancia no eficaz, pero requerirá de un seguimiento cercano y una correcta historia de lactancia.	

Tabla 1: Criterios de adecuado inicio de la lactancia según la ILCA

Aunque el National Health Service (NHS) no hace recomendaciones sobre la pérdida de peso en los primeros días, la mayoría de las guías (*Guía de práctica clínica (GPC) sobre lactancia materna* del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad, la Perinatal Services British Columbia (PSBC), American Academy of Pediatrics (AAP), la Academy Breastfeeding Medicine *(ABM)*, la IHAN y la International Lactation Consultant Associtation (ILCA)) recomiendan **vigilar y prestar** el apoyo necesario a la lactancia materna en aquellos casos en los que se identifique una pérdida de **peso neonatal igual o superior al 7 %** en los primeros 3-5 días.

Actualmente disponemos de una herramienta útil de seguimiento: el nomograma de Flaherman, al que podemos acceder mediante la página web: www.newbornweight.org. A través de esta página, podemos conocer, incluyendo los datos del paciente en cuestión, su porcentaje de pérdida de peso y el percentil de la misma en relación a las horas de vida. Según la ABM deberemos estar muy atentos, cuando el **percentil de pérdida de peso es mayor del P75.**

PUNTO CLAVE \ Los recién nacidos que presenten una pérdida de peso ≥7 % o >p75, deben ser evaluados de forma minuciosa, realizando una historia de lactancia completa, exploración física del recién nacido y de la madre y evaluación de una toma. Así descartaremos enfermedad en el niño, problemas en la madre o en la técnica de lactancia y continuaremos la vigilancia de forma estrecha.

La inversión en la curva de pérdida de peso se produce en torno a los **5 días de vida** (4°-6° día de vida) y, por ello, otro de los datos que debemos valorar es el **no descenso del peso** más allá de este momento. De aquí surge la importancia del **seguimiento neonatal** al alta hospitalaria en los centros de atención primaria: **48-72** horas tras el alta hospitalaria, 24-72 horas tras el alta si son altas precoces (definidas como aquellas que se producen antes de las 48 horas en un parto va-

ginal o 96 horas en parto por cesárea) y nunca después de la primera semana. Tras esta primera visita, deberemos constatar el aumento de más de 20 gramos al día del recién nacido hasta la recuperación del peso.

DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA

La deshidratación hipernatrémica (DH) es una entidad potencialmente mortal con posibles complicaciones neurológicas graves. Desde los años 90 hay un incremento de la declaración de casos en pacientes alimentados con lactancia materna. En los lactantes amamantados, la principal etiología es la pérdida de peso rápida y elevada por ingesta insuficiente que genera una deshidratación (normalmente asociada a pérdida de peso >10 %) con cifras de sodio ≥150 mEq/L.

En un estudio poblacional se observó que la mayoría de los casos ocurrían en mujeres primíparas, sin experiencia en lactancia, y se encontraban factores de riesgo como la prematuridad, bebés hipotónicos o excesivamente tranquilos, letárgicos, madres con pezones invertidos o uso de pezoneras... Lo que sugiere nuevamente la importancia de la prevención dando apoyo profesional adecuado para la lactancia tras el nacimiento y continuidad tras el alta hospitalaria.

Clínica

La edad de aparición suele ser entre los 7-10 días (rango 3-21 días), aunque se ha visto que casi el 60 % de los casos ingresan entre los 2 y 5 días de vida.

Los niños suelen presentar:

- Irritabilidad inicial y posteriormente somnolencia, letargia.
- Pérdida de peso (normalmente >10 %).
- Fiebre (Tª >37,4 °C).
- Signos de deshidratación (mucosas pastosas, signo del pliegue, raramente ojos o fontanela hundida).
- Oliguria y ausencia de deposiciones.
- Casi en el 50 % de los casos se ha descrito asociado a ictericia.

Normalmente debemos descartar problemas asociados como la sepsis neonatal, infecciones intrauterinas, enfermedades cardiológicas, metabólicas...

Pueden aparecer complicaciones mayores relacionadas con la deshidratación como convulsiones, coagulación intravascular diseminada, complicaciones vasculares, fallo renal, trombosis cerebrales, hemorragia intraventricular, daño cerebral y muerte.

Tratamiento

La DH requiere ingreso hospitalario e inicio de rehidratación intravenosa y suplementación tras la estabilización clínica. La mayoría de las complicaciones neurológicas descritas en la DH se producen en la fase de rehidratación, por lo que esta se debe realizar lentamente. No existe ningún consenso aprobado por ninguna sociedad científica hasta este momento, si bien podemos encontrar, en algún estudio reciente, guías de manejo. En lo que sí están de acuerdo la mayoría de los autores es en:

- La necesidad de disminuir el sodio (Na) sérico lentamente con una **velocidad de 0.5 mEq/L por hora como máximo (10-12 mEq/L/día).**
- La no existencia de una fórmula simple para lograr los mejores resultados, pero sí que se deben **evitar los líquidos hipotónicos** (no usar inferiores a salino 0,3 %= 51mEq/L).
- La deshidratación debería ser corregida sobre 48-72 horas.

Tenemos que tener en cuenta que no existe ningún protocolo que haya demostrado superioridad sobre otro. Va a depender de la gravedad del paciente, de si presenta signos de shock y de la severidad de la hipernatremia (Na por encima de 160 mmol/L ya que este es un factor de riesgo conocido para resultados adversos y mortalidad).

HIDRATACIÓN INTRAVENOSA		
Estabilización hemodinámica	**Si shock (hipotensión)**	Expansión SSF 0,9 % 10-20 mL/kg en 30 min-1 hora.
Fase de rehidratación	**Déficit de líquidos**	Peso al nacimiento-peso actual = mL de pérdida de líquidos.
	Déficit de agua	(Na mEq/L/145 mEq/L)-1 x agua corporal total (0,73 x peso en kg) Se repone en forma de **SSF.**
	Pérdida de líquido isotónico	Total de pérdida de líquido-déficit de agua (se repone en forma de **SSF +/- Na** para igualar concentración de Na en plasma**)** y se resta la fase de estabilización hemodinámica.
Fase de mantenimiento	Líquidos de mantenimiento	Suero glucosado 10 % + Na 3-4 mEq/kg/día, K 2 mEq/kg/día (que se iniciará cuando la diuresis está establecida).
	Cantidad de líquidos	**Peso al nacimiento:** >1500 g **Día 1-2**: 60-80 **Día 3:** 100 **> Día 3:** 140-160
OBSERVACIONES		
Objetivo	Reposición de la deshidratación y normalización del sodio en 48 horas.	
Cálculo de % deshidratación	(Peso al nacimiento-peso al ingreso) / (peso al nacimiento) / 100	

Tiempo de rehidratación	Mantenimiento calculado en 24 horas	Reponer líquido isotónico en 24 horas. Reponer déficit de agua en 48 horas.
Cuidado con líquidos hipotónicos	Reponer con líquidos **0,3-0,45 %.** Teniendo en cuenta que niños con Na >160-180 meq/L pueden requerir soluciones a 0,6 % o 0,9 %. El porcentaje de sodio que necesitan es estimado y siempre debe **valorarse clínicamente con controles analíticos frecuentes (cada 4-6 horas)** que eviten velocidades >0,5 mEq/L/hora de descenso de sodio.	
Tener en cuenta el incremento de necesidades basales	Tener en cuenta que muchos de estos niños tienen incrementadas las necesidades basales en caso de: Fototerapia (con lámparas halógenas o fluorescentes) 10-15 mL/kg/día. Hiperventilación por acidosis metabólica. Las necesidades basales incrementadas hay que sumarlas al total de líquidos diarios.	
Si ingesta oral	En los casos en los que se decida mantener la ingesta oral por la estabilidad del paciente, estos líquidos se deben restar al mantenimiento.	
Valorar diálisis	Si Na >200 mEq/L	

Tabla 2: Ejemplo de protocolo de rehidratación en casos de DH

Recomendaciones en todos los casos de pérdida de peso excesiva en el recién nacido

- Dar información y apoyo con técnicas de consejería.
- Recomendar tomas frecuentes, de los dos pechos, sin limitar horarios ni duración.
- Corregir la causa, técnica de lactancia, dando el apoyo específico a cada madre en particular.
- Sugerir extracción de leche (según preferencias de la madre).
- Valorar la necesidad de suplementación.

Indicación de suplementación en las pérdidas de peso/deshidratación hipernatrémica

Para la Academia de Lactancia Materna, los criterios de suplementación que pueden indicar un aporte insuficiente de leche son:

- Datos clínicos o analíticos de **deshidratación importante** (p. ej., sodio elevado, alimentación deficiente, letargo, etc.) que no mejora tras una evaluación especializada y una modificación adecuada de la lactancia materna.
- **Pérdida de peso ≥8-10 %** (≥120 horas de vida) o > del percentil 75 para la edad. Una pérdida de peso en el intervalo del 8 %-10 % puede estar dentro de los límites normales si todos los demás parámetros se encuentran

dentro de la normalidad y la exploración física es normal. Una pérdida de peso superior puede ser un indicio de una transferencia insuficiente o una producción baja de leche, aunque se precisa una evaluación exhaustiva antes de solicitar automáticamente la administración de suplementos.

- Disminución de las deposiciones: menos de cuatro deposiciones al día en el cuarto día de vida o deposiciones meconiales el día quinto (120 horas).

El suplemento indicado, al igual que en el resto de problemas de lactancia, es por este orden: lactancia materna previamente extraída (diferida), leche materna donada, fórmula artificial.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Probablemente, el mejor método para evitar problemas de lactancia, sea dar un correcto apoyo y seguimiento a las díadas madre-hijo.
- Se deben conocer los signos de buen inicio de lactancia.
- Se debe vigilar y prestar el apoyo necesario a la lactancia materna en aquellos casos en los que se identifique una pérdida de **peso neonatal:**
  - **Igual o superior al 7 %.**
  - Percentil de pérdida de peso mayor del P75.
  - **Pérdida de peso del 5 % en el primer día, pues predice llegar a una pérdida de peso máxima >10 %.**
- El patrón de deposiciones es un buen parámetro para identificar problemas en la ingesta.

REFERENCIAS

Brown C, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health. 2014 May; 105(3): e179-e185. doi: 10.17269/cjph.105.4244

Bertini G, Breschi R, Dani C. Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. Acta Paediatr 2015 Oct;104(10):1024-7.

Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breas- tfed newborns. Pediatrics 2015 Jan;135(1):e16-e23.

Crossland DS, Richmond S, Hudson M, Smith K, Abu-Harb M. Weight change in the term baby in the first 2 weeks of life. Acta Paediatr. 2008 Apr;97(4):425-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00685.x.PMID: 18363951

Flaherman VJ, Kuzniewicz MW, Li S, Walsh E, McCulloch CE, Newman TB. First-day weight loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2013 Nov;98(6):F488-F492.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Perinatal Services BC Health Promotion Guideline. Breastfeeding Healthy Term In- fants. March 2015. Disponible en: http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guide-lines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2005 Feb 1;115(2):496-506.

ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: "The Going Home Protocol," Revised 2014. Breastfeeding medicine, Volume 9, Number 1, 2014. DOI: 10.1089/bfm.2014.9996.

International Lactation Consultant Association. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. June 2005. Disponible en: https://ilca.org/resources/

Benitz W.E, Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns infants. Pediatrics, 135 (2015), pp. 948-953. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-0699

Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A *et al*. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto An Pediatr (Barc), 86, 5 (2017), pp. 289.e1-289.e6. DOI: 10.1016/j.anpedi.2016.08.011

Lemyre B, Jefferies A.L, O'Flaherty P, Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. Paediatrics & Child Health, 2018, 515–522 doi: 10.1093/pch/pxy127

Grupo NIDCAP. Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Grupo Prevención en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (PrevInfad/AEPap). Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010. Ministerio de Sanidad y política social.

Kaplan JA, Siegler RW, Schmunk GA. Fatal hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed newborn infants due to maternal lactation failure. Am J Forensic Med Pathol. 1998;19:19–22.

Laing IA, Wong CM. Hypernatraemia in the first few days: is the incidence rising?. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 2002;87:F158-F162.

Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. Arch Dis Child. 2001 Oct;85(4):318-20. doi: 10.1136/adc.85.4.318. PMID: 11567942; PMCID: PMC1718930.

Nilofer Salim Mujawar, Archana Nirmal Jaiswal. Hypernatremia in the Neonate: Neonatal Hypernatremia and Hypernatremic Dehydration in Neonates Receiving Exclusive Breastfeeding Indian J Crit Care Med. 2017 Jan; 21(1): 30–33.doi: 10.4103/0972-5229.198323

Fatih Bolat, MD *et al*. What Is the Safe Approach for Neonatal Hypernatremic Dehydration? A Retrospective Study from a Neonatal Intensive Care Unit. Pediatric Emergency Care, 29(7), 808–813. doi:10.1097/pec.0b013e3182983bac.

A. Jonguitud-Aguilar, S. Calvillo-Robles, E. Ruiz-Martínez, G. Olvera-LópezHospital General de Rioverde, San Luis Potosí, México. Protocolo de manejo en deshidratación hipernatrémica neonatal. Perinatología y Reproducción HUmana. Volume 29, Issue 2, June 2015, Pages 65-69

Unal, S. , Arhan, E. , Kara, N. , Uncu, N. and Aliefendioğlu, D. (2008), Breast-feeding-associated hypernatremia: Retrospective analysis of 169 term newborns. Pediatrics International, 50: 29-34. doi:10.1111/j.1442-200X.2007.02507.x

Uptodate. Fluid and electrolyte therapy in newborns Author:Steven Ringer, MD, PhD. May 2019.

Uptodate. Hypernatremia in children. Authors:Michael J Somers, MDAvram Z Traum,MDSectionEditor:TejKMattoo,MD,DCH,FRCPDeputyEditor:Melanie S Kim, MD May 2019. | This topic last updated: Jan 17, 2019.

Ann Kellams, Cadey Harrel, Stephanie Omage, Carrie Gregory, Casey Rosen-Carole y la Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Protocol. Protocolo clínico ABM n.o 3: Tomas suplementarias en el recién nacido término sano amamantado, revisado en 2017. Breastfeeding medicine Volumen 12, Número 3, 2017 DOI: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk

PROBLEMAS EN EL LACTANTE AMAMANTADO: ICTERICIA E HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Autoras \
Dolores Sabina Romero Ramírez
Beatriz Reyes Millán
Marina Gutiérrez Vilar

ICTERICIA

Se define como la coloración amarillenta de la piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina, normalmente cuando se alcanzan valores por encima de 4-5 mg/dL. En la primera semana de vida, el 60-70 % de los recién nacidos (RN) a término y el 80 % de los pretérmino presentan algún grado de ictericia que se resuelve de forma espontánea en las siguientes dos semanas. Representa la principal causa de reingreso neonatal y, de esto, podemos deducir su importancia.

La bilirrubina indirecta se genera por degradación del grupo hemo de la hemoglobina, es liposoluble y tóxica en su estado libre, pudiendo atravesar la barrera hematoencefálica. Las concentraciones elevadas, **por encima de los 25 mg/dL** (hiperbilirrubinemia severa neonatal), se asocian con un riesgo aumentado de lesión neurológica por paso de bilirrubina hacia el tejido del sistema nervioso central. Así, la prevención de esta enfermedad es el principal enfoque de su manejo.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La forma más frecuente de presentación es la ictericia fisiológica, la cual se inicia entre el 2° y 4° día de vida en la raza caucásica, alcanzando su pico máximo entre el 3° y 5° día. El niño va adquiriendo el color amarillo desde la cabeza a los pies. Pero no siempre la ictericia será fisiológica y, en la Tabla 1, se muestra cuándo se considera patológica:

Ictericia patológica
Ictericia presente las primeras 24 horas
Ictericia en niños >2 semanas
Bilirrubina >p95 del nomograma de Buthani
Aumentos de bilirrubina >5 mg/dL/día
Bilirrubina directa >1 mg/dL o >20 % del total

Tabla 1

La hiperbilirrubinemia neonatal severa puede provocar disfunción neurológica inducida por la bilirrubina, que se manifiesta:

- De forma aguda (encefalopatía aguda por bilirrubina): dificultades en la alimentación, irritabilidad, convulsiones, alteraciones del tono muscular y disminución del sensorio que, si evoluciona, puede llegar a producir coma y muerte.
- De forma crónica (kernicterus): tríada clásica de afectación motora, auditiva y de movimientos oculares entre otros.

PUNTO CLAVE \ La ictericia que se presenta en las primeras 24 horas de vida tiene un riesgo aumentado de desarrollar hiperbilirrubinemia severa.

ICTERICIA EN NEONATOS AMAMANTADOS

Existen varios estudios que muestran una mayor frecuencia de hiperbilirrubinemia en neonatos amamantados, describiéndose dos tipos de ictericia relacionada con la lactancia materna:

Ictericia por escasa ingesta

La baja ingesta de leche provoca una disminución del tránsito intestinal. Esto provoca acúmulo de las heces y este estancamiento provoca que la bilirrubina (urobilinógeno) presente en las heces se reabsorba, aumentando las cifras totales de bilirrubina en sangre.

Se presenta en los primeros 2-5 días de vida y se resuelve en las primeras dos semanas. Es más frecuente en recién nacidos pretérminos, niños adormilados... **Se acompaña de otros signos de lactancia no eficaz** (escasa ganancia de peso, pocas diuresis y deposiciones).

Ictericia por lactancia materna

Muchos niños amamantados de forma eficaz desarrollan ictericias prolongadas y esto es debido a varios mecanismos propios de la leche materna, algunos de ellos aún desconocidos. Esta ictericia comienza los primeros días de vida, pero **persiste más allá de las 2-3 semanas** (a diferencia de la de baja ingesta), llegando en ocasiones más allá de los 2-3 meses. En muchos casos nos obliga a descartar enfermedades asociadas.

Factores relacionados con la ictericia por lactancia materna
Aumento citoquinas en LM.
Baja capacidad antioxidantes en LM.
Variantes en promotor gen HO-.
Variantes gen UGT1A1.
Bajos niveles en sangre factor de crecimiento epidérmico. Altos niveles séricos de alfafetoproteina.
Altos niveles de colesterol.
Baja abundancia de bifidobacterium adolescentis, longum y bifidum en LM y heces.

Tabla 2

Prevención

- Se recomienda la evaluación universal de ictericia en todos los recién nacidos para identificar los factores de riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia severa.

Factores de riesgo de hiperbilirrubinemia	
Según la NICE	**Según la AAP**
1. EG <38 semanas. 2. Hermano previo con ictericia que requirió fototerapia. 3. Lactancia materna exclusiva. 4. Ictericia en las primeras 24 horas de vida.	1. Bilirrubina sérica o transcutánea previo al alta en zona de riesgo alto o alto intermedio de Buthani. 2. EG <38 semanas. 3. LM exclusiva. 4. Ictericia <24 horas. 5. Enfermedad hemolítica isoinmune u otras (deficiencia de G6PD). 6. Hermano previo con ictericia. 7. Cefalohematoma o hematomas significativos. 8. Raza del este asiático **Factores de riesgo de neurotoxicidad por hiperbilirrubinemia:** enfermedad hemolítica isoinmune, deficiencia de G6PD, asfixia, sepsis, acidosis o albúmina <3 g/dl.

Tabla 3

Para prevenir o ayudar a disminuir el riesgo de hiperbilirrubinemia por baja ingesta en los recién nacidos amamantados deberemos:

- **Iniciar la lactancia materna lo antes posible**, preferentemente en la primera hora, incluso en las cesáreas.
- **Optimizar** el manejo de la lactancia materna precoz (contacto piel con piel (CPP), asegurar técnica, explicar signos de hambre y cómo responder ante ellos).
- **Tomas frecuentes:** realizar más de 8-12 tomas al día disminuye el riesgo de hiperbilirrubinemia.

PUNTO CLAVE \ Los hospitales IHAN, la cohabitación y que el recién nacido realice más de 8-12 tomas al día, favorecen la prevención.

- Si sospechamos una ingesta insuficiente, deberemos promover la extracción de calostro y administrar al recién nacido.
- **Realizar un cribado de ictericia:** es importante la vigilancia de la ictericia neonatal, despistaje visual de la hiperbilirrubinemia durante el ingreso hospitalario y posterior seguimiento en atención primaria. La recomendación es **evaluar la presencia de ictericia en el recién nacido cada 8-12 horas en las primeras 24 horas de vida y siempre antes del alta.** En cada recién nacido ictérico se recomienda la medición de la bilirrubina transcutánea (BTc).

Para saber si el nivel de bilirrubina de un recién nacido, tiene probabilidad de llegar a superar los 25 mg/dL (hiperbilirrubinemia severa), existen gráficas de percentiles llamadas nomogramas, como el de Buthani, que, mediante la valoración de factores de riesgos y según las horas de vida de ese recién nacido, nos informan sobre este riesgo.

PUNTO CLAVE \ Todos los hospitales deben proporcionar información verbal y escrita a los padres en el momento del alta que incluya una explicación de la ictericia y cómo debe ser monitorizada, y deberían ser examinados por un profesional sanitario en los primeros días tras el alta para evaluar su bienestar y la presencia de ictericia (preferentemente antes del quinto día de vida).

En la actualidad, el incremento de la lactancia materna en combinación con altas precoces sin seguimiento adecuado convierte a los niños amamantados en un grupo de riesgo. En estos niños pueden ser necesarias dos visitas de seguimiento para prevención de la hiperbilirrubinemia severa y, si no se puede garantizar un adecuado seguimiento y el riesgo es elevado, se deberá postponer su alta (72-96 horas).

Si la ictericia en un recién nacido amamantado se prolonga más allá de la tercera semana se deberá realizar una medición de bilirrubina sérica para descartar la colestasis y evaluar otras causas de hiperbilirubinemia indirecta prolongada.

Tratamiento

Si la medición se ha hecho con BTc, se debe confirmar con la sérica. El pilar del tratamiento es la fototerapia, que transforma la bilirrubina indirecta en formas solubles que se pueden eliminar.

La necesidad de tratamiento se realizará valorando los niveles de bilirrubina y utilizando el nomograma de predicción desarrollado por Buthani.

PUNTO CLAVE ** Durante el tratamiento con **fototerapia simple se continuará con la lactancia materna, pudiendo pararse la fototerapia durante 30 minutos, sin parches oculares, para permitir la alimentación al pecho, valorando los controles. Si la necesidad de fototerapia es intensiva, no podrá suspenderse la fototerapia en ningún momento y se **continuará con la lactancia materna** de forma diferida o bajo lámpara de fototerapia. No se planteará la suspensión de la lactancia materna de forma rutinaria.

En las ocasiones en las que el riesgo de lesión neurológica es tan alto, o ya presenta síntomas de lesión neurológica, está indicada la exanguinotransfusión (ET). En este caso, se recomienda suspender la alimentación enteral durante la ET y 6 horas desde el fin del procedimiento.

Suplementación

La suplementación (fórmula, suero glucosado, agua...) rutinaria de los recién nacidos está contraindicada porque no reduce los niveles de bilirrubina y perjudica la lactancia materna.

Los suplementos en los pacientes con hiperbilirrubinemia están indicados:

- En casos de bilirrubina sérica alta e ingesta de leche insuficiente, a pesar de una intervención adecuada, que se manifiesta normalmente en el recién nacido por una pérdida excesiva de peso de más del 8-10 % o escasa ganancia ponderal posteriormente y, en la madre, puede acompañarse de retraso en la subida de la leche o lactogénesis II más allá del quinto día postparto. En este caso, deberá ser derivado a un experto en lactancia.
- Ictericia por leche materna (sin datos de ingesta insuficiente) con concentraciones de 20-25 mg/dL, **sin respuesta** a la fototerapia con riesgo de hiperbilirrubinemia severa. Siempre se debe descartar enfermedad de base antes de suspender la lactancia como prueba terapéutica, ya que esta situación es extremadamente rara.

HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia (bajas concentraciones de glucosa en sangre) en el recién nacido en las primeras 48 horas de vida se ha considerado «un fenómeno de adaptación postnatal» y es frecuente encontrarla dentro de las primeras horas de forma «fisiológica». El momento del nacimiento supone un cese de aporte de glucosa a través de la placenta lo que, junto a otros factores, algunos no bien conocidos, genera un descenso de la glucosa con un punto máximo entre 1-2 horas de vida (cifras nadir 20-30 mg/dL). A partir de ahí, los niveles ascienden y se estabilizan en torno a las 4-6 horas de vida, aumentando de forma constante durante los primeros días hasta alcanzar valores >70 mg/dL más allá de las 72 horas. Estos niveles de glucosa plasmática son notablemente estables, manteniéndose así incluso en ausencia de alimentación con periodos de ayuno largos.

Este proceso lo sufren todos los recién nacidos pero, en algunos casos, esta hipoglucemia puede ser más severa o persistente y llegar a provocar síntomas y lesiones posteriores permanentes. Saber reconocer y tratar en su justa medida a estos pacientes es un reto.

Importancia y definiciones

Los RN con menor reserva de glucógeno (prematuros o retrasos del crecimiento intrauterino), los RN con interrupción de los mecanismos compensatorios (errores innatos del metabolismo o alteraciones endocrinas) y otros con un aumento del consumo de glucosa (hiperinsulinismos, hijos de madre diabética, asfixia perinatal) presentan riesgo de secuelas derivadas de este proceso y es en estos en los que debemos centrar nuestra atención.

La definición de hipoglucemia en el recién nacido sigue siendo una de las mayores controversias en la neonatología y no existe una cifra que defina la necesidad de tratamiento para todos los niños.

Las guías clínicas desarrolladas por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y por la Pediatrics Endocrine Society (PES) se han realizado con la intención de minimizar las secuelas de los niños con hipoglucemias significativas y el sobretratamiento de recién nacidos asintomáticos. Se busca facilidad en el manejo, pero es necesario que entendamos que estas cifras han sido elegidas con poca evidencia científica y que la discusión sobre la definición de hipoglucemia neonatal está aún en curso.

La **AAP**, basándose en los niveles más bajos de los valores fetales y datos neonatales, define como **umbral operativo** para intervención en lactantes pretérminos tardíos, en a términos pequeños o grandes para la edad gestacional y en hijos de madre diabéticas asintomáticos entre las 4 y 24 horas de vida, la cifra de **36 mg/dL** antes de la toma, mientras que el **objetivo terapéutico**, es decir, el objetivo de glucemia una vez iniciado el tratamiento, lo fijan en **>45 mg/dL**. Si existen síntomas asociados utilizan el valor de 40 mg/dL.

Tras un planteamiento de evaluación de los mecanismos de producción de la hipoglucemia, la **PES** define otros objetivos de glucemia preprandial en los gru-

pos de riesgo **>50 mg/dL** en las primeras 48 horas y >60 mg/dL si recibe tratamiento IV.

La OMS y la tendencia de muchos estudios y unidades neonatales actuales es utilizar como umbral operativo el valor de glucemia preprandial **<47 mg/dL**.

Ante esta controversia, es importante que cada unidad establezca su propio protocolo de actuación, entendiendo que la evidencia actual no define claramente un dintel totalmente seguro ni cuál debemos usar. A modo de resumen de los estudios más recientes:

- La AAP considera hipoglucemia, dentro de las primeras 4 horas de vida, niveles de glucosa en plasma <25 mg/dL.
- Utilizar las pautas de la AAP durante las primeras 24 horas probablemente proporcione un margen de seguridad y flexibilidad suficiente para identificar a los bebés que precisan tratamiento y contribuye a promover una lactancia materna exitosa.
- Tras las primeras 4 horas de vida tenemos que:
  - Usar umbrales de 36 mg/dL vs 47 mg/dL en las <48 horas no se ha relacionado con diferencias en el neurodesarrollo a los 18 meses. El uso de cifras <36 mg/dL se relacionó con hipoglucemias repetidas, pero no con trastornos del neurodesarrollo.
  - El umbral de 47 mg/dL se planteó como el umbral seguro, no relacionándose con alteración en el neurodesarrollo a los 2 años de edad, pero en estudios de seguimiento a los 4-5 años se ha encontrado una peor función motora ejecutiva y visual en los niños que presentaban hipoglucemias definidas con ese valor.
  - En la evolución de los niños con hipoglucemia a los 2 años, aquellos que tuvieron un aumento inicial más pronunciado en las concentraciones de glucosa intersticial y concentraciones más altas en las 12 horas tras el nacimiento, presentaron más deterioro neurosensorial posterior, por lo que se sugiere no ser agresivo y mantener las glucemias dentro de un rango de normalidad.
  - Prestar especial atención a aquellos grupos de riesgo que no se han incluido en los estudios, ya que en estos desconocemos qué umbrales son los apropiados.
- Entre 24-48 horas las cifras preprandiales para definir la hipoglucemia oscilan entre 45 mg/dL de la AAP a 50 mg/dL de la PES. Más allá de estas 48 horas las guías dejan un vacío. La PES considera cifras seguras >60 mg/dL.

Síntomas

Los signos derivados de la hipoglucemia no son específicos y reflejan las respuestas del sistema nervioso a la privación de glucosa: temblor, sudoración, irritabilidad, palidez, succión pobre, debilidad, llanto agudo, disminución del nivel de conciencia, convulsiones, apneas, bradicardia, cianosis, hipotermia.

Diagnóstico

PUNTO CLAVE \ Es poco probable que los periodos transitorios, únicos y breves de hipoglucemia causen daño neurológico permanente. Por esto, no son necesarios controles de glucemia en niños asintomáticos sin factores de riesgo.

La concentración de glucosa en sangre debe medirse en **lactantes con riesgo de hipoglucemia** y en **lactantes que presentan signos o síntomas** compatibles con hipoglucemia. Los bebés con riesgo se presentan en la Tabla 4.

Recién nacidos con mayor riesgo de hipoglucemia y requieren medición de glucemia capilar	Recién nacidos en los que excluir la hipoglucemia persistente antes del alta
1. Síntomas de hipoglucemia. 2. RN pequeños para la edad gestacional (<p10). 3. RN grandes para la edad gestacional (<p90). 4. Hijos de madre diabética. 5. Estrés perinatal: • Asfixia perinatal, acidosis fetal, hipotermia. • Preeclampsia / eclampsia o hipertensión materna. • Restricción del crecimiento intrauterino. • Síndrome de aspiración de meconio, eritroblastosis fetalis, policitemia (>65 % Hcto), hipotermia. • Dificultad respiratoria. 6. Parto prematuro o post-maduro. 7. Historia familiar de una forma genética de hipoglucemia. 8. Síndrome congénito (por ejemplo, Beckwith Wiedemann). 9. Características físicas anormales (por ejemplo, malformaciones faciales de la línea media, micropene). 10. Madre con tratamientos: betabloqueantes, hipoglucemiantes orales, terbutalina...).	1. Hipoglucemia grave (por ejemplo, episodios de síntomas de hipoglucemia o necesidad de glucosa intravenosa para tratar hipoglucemia). 2. Incapacidad para mantener consistentemente la concentración de glucosa preprandial >50 mg/dL hasta las 48 horas de edad y >60 mg/dL después de las 48 horas de edad. 3. Historia familiar de forma genética de hipoglucemia.

Tabla 4: Tabla de factores de riesgo

El cribado se realiza en muestra de **sangre capilar**, con glucómetro de detección rápida. El glucómetro en recién nacidos no tiene fiabilidad probada para documentar hipoglucemia y tiene una gran variabilidad en valores bajos, por lo que siempre, para el diagnóstico, se debe confirmar tomando una **muestra venosa.**

La glucemia se realizará aproximadamente a la hora y media de vida, siempre antes de las 2 horas (30 minutos tras la primera toma). Se continuará posteriormente midiendo previo a las tomas cada tres a seis horas durante las primeras 12-24 o 48 horas, dependiendo del factor de riesgo. Si un valor sale por debajo del umbral operativo se deberá repetir la glucemia una hora tras la alimentación o inicio del tratamiento.

MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

PUNTO CLAVE \ Las organizaciones concluyen que la lactancia materna temprana y exclusiva es segura a fin de satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés sanos nacidos a término y que estos no desarrollan una hipoglucemia significativa simplemente debido a una duración limitada de un periodo de alimentación insuficiente.

Los lactantes amamantados directamente al pecho tienen menos hipoglucemias recurrentes y el uso de fórmula tiene un efecto negativo en el éxito y la duración de la lactancia materna, de ahí la importancia de ofrecer un **correcto apoyo a la lactancia**, más aún en los pacientes de riesgo.

Todos los RN deben colocarse en **piel con piel** inmediato e ininterrumpido, si no existe ningún problema médico que lo contraindique, y observar el agarre del bebé y el inicio de la lactancia materna dejando que el RN se agarre espontáneamente al pecho y, en caso de que no encuentre el pezón espontáneamente, **antes de que finalice la primera hora** un profesional entrenado debería **ofrecer apoyo y ayuda práctica**. Si el recién nacido presenta **factores de riesgo de hipoglucemia**, la indicación es que **inicie la alimentación en la primera hora de vida**.

PUNTO CLAVE \ Los bebés que tienen riesgo de hipoglucemia deben iniciar la alimentación (amamantamiento) dentro de la primera hora de vida, y seguir amamantándose a demanda.

El personal debe **comprobar la técnica de lactancia** y la adecuada transferencia de leche.

Las tomas deben ser frecuentes, al menos cada 2 o 3 horas, completando entre 10 y 12 tomas en 24 horas los primeros días de vida. Es frecuente encontrar que los bebés nacidos a término, tras realizar la primera toma, permanezcan dormidos durante un tiempo largo para posteriormente comenzar con la frecuencia de tomas anteriormente señalada. Durante este tiempo de «recuperación», acumulan respuestas metabólicas de protección, por lo que no es necesario forzar

a alimentar a los RN sin factores de riesgo. No obstante, estos bebés deben ser vigilados y evaluados clínicamente.

En el caso de los bebés con factores de riesgo se debe animar a la alimentación cada 2-3 horas.

La suplementación rutinaria de los neonatos sanos a término con agua, suero glucosado o fórmula es innecesaria y podría interferir con la implementación de una lactancia normal y con los mecanismos de compensación metabólica normales, por lo que no se recomienda.

Tratamiento

En la valoración del tratamiento del paciente hipoglucémico es crucial comprobar y anotar sintomatología asociada a la misma.

- **Paciente sintomático.** Dado que la hipoglucemia grave y prolongada con signos clínicos podría resultar en una lesión neurológica, **los bebés con signos clínicos requieren de una intervención inmediata**, tras obtener la muestra venosa y antes de que estén disponibles los resultados confirmatorios. El tratamiento, en estos casos, es la **administración de glucosa intravenosa:** Bolo inicial 200 mg/kg (2 mL/kg de glucosado 10 %) seguido de una perfusión continua inicial de 5,5-8 mg/kg/min.

- **Pacientes asintomáticos.** En estos pacientes, una medición inferior al umbral de tratamiento supondrá la necesidad de alimentación (amamantamiento directo al pecho con observación de una toma, técnica correcta y transferencia de leche) y la medición de una nueva glucemia 30 minutos-1 hora tras la toma. Si se repite la medición por debajo del umbral, se deberá iniciar tratamiento. En los últimos años se ha visto que el uso de **gel de glucosa bucal al 40 %** (200 mg/kg) seguido de alimentación en pacientes en riesgo de hipoglucemia frente a placebo tiene menos fracaso del tratamiento, menos tasas de ingresos en UCIN, menos separación materna y más lactancia materna a las 2 semanas, sin efectos adversos sobre el desarrollo a los 2 años. Otro estudio, en el que se añade al gel de glucosa la estrategia IHAN, objetiva menos hipoglucemia y menos tasa de suplementación. Por eso, se debe considerar el gel de dextrosa y la lactancia tratamiento de primera línea de los lactantes asintomáticos. En el caso de no disponer de gel de glucosa, se debería iniciar tratamiento intravenoso, iniciando la perfusión continua de glucosa sin bolo inicial.

Una vez iniciado el tratamiento, es importante mantener unos niveles estables de glucemia y es prudente evitar valores altos o límites altos en las primeras 48 horas de vida (rango 52-72 mg/dL).

Los niños que requieren tratamiento intravenoso, previamente al alta (>72 horas de vida) deben conseguir en varias determinaciones glucosas preprandiales superiores a 70 mg/dL.

INDICACIONES DE SUPLEMENTOS EN CASOS DE HIPOGLUCEMIAS

PUNTO CLAVE \ En recién nacidos con factores de riesgo en los que se constata hipoglucemia sin síntomas clínicos, se recomienda continuar la lactancia materna comprobando la toma o, si esta toma no se produce, administrar a 1-5 ml/kg de leche materna extraída o de fórmula, si no se dispone de leche materna, cada 1-2 horas. Se controlará la glucemia hasta que el valor sea aceptable y estable.

NIÑO ADORMILADO

En la actualidad, hay pocos estudios que nos hablen del manejo sobre el niño adormilado. En la GPC de LM se analiza el tiempo que se puede esperar para que un bebé sea amamantado en términos de hipoglucemia, no encontrando hipoglucemias en niños sin factores de riesgo en las primeras horas de vida, ni con intervalos de 8 horas entre tomas. Por eso, no estarían indicados los suplementos de forma rutinaria, aunque sí que debemos evaluar al recién nacido, descartar problemas asociados y estimularle para que se agarre al pecho.

Las recomendaciones para estos niños son que se estimule a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa etc. y ayudarles a engancharse al pecho, si es preciso.

No se recomienda la administración rutinaria de suplementos. Hasta conseguir una toma eficaz, se recomienda que la madre se extraiga el calostro para estimular y mantener la producción de la leche y se la ofrezca al recién nacido con vasito, cucharita o jeringa.

En caso de que el recién nacido agarre el pecho pero no realice succiones efectivas, se recomienda que la madre comprima el pecho durante las succiones para ayudar a la salida de la leche.

En caso de que fuera necesario, se sugiere instilar gotas de leche materna en la boca del recién nacido para estimular y mantener la succión.

Se recomienda posponer el alta hospitalaria del recién nacido que no realice tomas eficaces, salvo que pueda garantizarse un seguimiento ambulatorio adecuado desde atención primaria.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Probablemente el mejor método para evitar problemas de lactancia sea dar un correcto apoyo y seguimiento de las díadas madre-hijo.
- Todos los recién nacidos deben ser evaluados para descartar ictericia durante su estancia hospitalaria, varias veces en las primeras 24 horas y previo al alta.
- Las concentraciones bajas transitorias de glucosa en la sangre son comunes en los bebés a término sanos tras el nacimiento.
- No se recomienda la detección de hipoglucemia neonatal en recién nacidos a término asintomáticos saludables sin riesgo de hipoglucemia.
- En los RN con riesgo de hipoglucemia se debe favorecer el CPP, dar apoyo y facilitar la primera toma en la primera hora de vida.
- Establecer protocolos de hipoglucemia con estrategias de promoción de la lactancia materna es una práctica de calidad.

REFERENCIAS

Erin E. Shaughnessy, Neera K. Goyal. Jaundice and Hyperbilirubinemia in the Newborn. Nelson Textbook of Pediatrics. Edición 21. Philadelphia: Elsevier; 2019. 953-961.

Woodgate P, Jardine LA. Ictericia neonatal: fototerapia. BMJ Clin Evid. 2015; 2015: 0319. Publicado el 22 de mayo de 2015.

Bhutani VK, Stark AR, Lazzeroni LC, *et al*. Predischarge screening for severe neonatal hyperbilirubinemia identifies infants who need phototherapy. J Pediatr 2013;162: 477–482 e471.

Lain S.J.,Roberts C.L., Bowen J.R., Nassar N.. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. Pediatrics., 135 (2015), pp. 314-321. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-2388

Flaherman V.J, M. Maisels J, and the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017. BREASTFEEDING MEDICINE Volume 12, Number 5, 2017. DOI: 10.1089/bfm.2017.29042.vjf

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics.2004;114:297-316.

National Institute for Health and Care Excellence. Jaundice in newborn babies under 28 days. NICE guidelines [CG98]. Published date: May 2010. Last updated: May 2016. Diponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg98.

María Dolores Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. An Pediatr (Barc). 2017;87(5):294.e1—294.e8.

Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics. 2003 Sep;112(3 Pt 1):607-19. doi: 10.1542/peds.112.3.607. PMID: 12949292.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frecuency during the first 24hours after birth in full-term neonates. Pediatrics., 86 (1990), pp. 171-175.

Boskabadi H, Zakerihamidi M. The correlation between frequency and duration of breastfeeding and the severity of neonatal hyperbilirubinemia. J Matern Fetal Neonatal Med 2017. DOI:10.1080/14767058.2017.1287897

Horvath A., Koletzko B., Kalisz, M, Szajewska H. The effect of supplemental fluids or feedings during the first days of life on the success and duration of breast-feeding: A systematic review of randomized controlled trials. Arch Pediatr Adolesc Med., 159 (2005), pp. 597-598.

Uptodate. Evaluation of unconjugated hyperbilirubinemia in term and late preterm infants. Ronald J Wong, BA, Vinod K Bhutani, MD, FAAP. Apr 29, 2019.

Canadian Paediatric Society. Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more week's gestation)-Summary. Paediatr Child Health., 12 (2007), pp. 401-418

Sachdeva M, Murki S, Oleti TP, *et al*. Intermittent versus continuous phototherapy for the treatment of neonatal non-hemolytic moderate hyperbilirubinemia in infants more than 34 weeks of gestational age: A randomized controlled trial. Eur J Pediatr 2015;174:177–181.

Adamkin DH, Neonatal hypoglycemia, Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2016), 176:195.http://dx.doi.org/ 10.1016/j.siny.2016.08.007.

Wight N, Marinelli K.A, and The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Blood Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late-Preterm Neonates, Revised 2014. BREASTFEEDING MEDICINE Volume 9, Number 4, 2014. DOI: 10.1089/bfm.2014.9986

Adamkin DH, *et al* and Committee on Fetus and Newborn, Postnatal glucose homeostasis in late preterm and term infants. Pediatrics 2011; 127,3: 575-579.

Stanley CA, Rozance PJ, Thornton PS, *et al*. Re-evaluating "transitional neonatal hypoglycemia": mechanism and implications for management. J Pediatr 2015; 166:1520.

Christopher J.D. McKinlay, Jane M. Alsweiler, Judith M. Ansell, *et al*. Neonatal Glycemia and Neurodevelopmental Outcomes at 2 Years. N Engl J Med 2015; 373:1507-1518. DOI: 10.1056/NEJMoa1504909

McKinlay C.J.D, Alsweiler J.M, Anstice, N.S *et al*; for the children with de hypoglycemia and their later development Study Team. Association of Neonatal Glycemia with Neurodevelopmental Outcomes at 4,5 years. JAMA Pediatr. 2017; 171 (10): 972-983. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2017.1579

Van Kempen AAMW, Eskes PF, Nuytemans DHGM, van der Lee JH, Dijksman LM, van Veenendaal NR, van der Hulst FJPCM, Moonen RMJ, Zimmermann LJI, van 't Verlaat EP, van Dongen-van Baal M, Semmekrot BA, Stas HG, van Beek RHT, Vlietman JJ, Dijk PH, Termote JUM, de Jonge RCJ, de Mol AC, Huysman MWA, Kok JH, Offringa M, Boluyt N; HypoEXIT Study Group. Lower versus Traditional Treatment Threshold for Neonatal Hypoglycemia. N Engl J Med. 2020 Feb 6;382(6):534-544. doi: 10.1056/NEJMoa1905593.

Rozance P. J., MDa, Wolfsdorf J.I. Hypoglycemia in the Newborn. Pediatric Clinics of North America 2019, Abr 2; 66: 333-342

Stewart CE, *et al*. Supporting 'Baby Friendly': a quality improvement initiative for the management of transitional neonatal hypoglycaemia. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2015;0:F1–F4. doi:10.1136/archdischild-2015-308950.

Adamkin D.H. Neonatal hypoglycemia. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2016), http://dx.doi.org/ 10.1016/j.siny.2016.08.007.

Harris DL, Gamble GD, Weston PJ, *et al*. What happens to blood glucose concentrations after oral treatment for neonatal hypoglycemia? J Pediatr 2017;190:136–41.

LeBlanc Sherry, Haushalter J, Seashore, Wood K.S, Steiner MJ, *et al*. A Quality-Improvement Initiative to reduce NICU Transfers for Neonates at Risk for Hypoglycemia. PEDIATRICS Volume 141, number 3, March 2018:e20171143

EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE AMAMANTADO

Autor \ Pedro José Cabrera Vega

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones y motivos de consulta más frecuentes es conocer si el recién nacido se está alimentando de manera satisfactoria, sobre todo cuando la alimentación proviene de la leche materna. Esta preocupación no solo está presente en los padres, sino, en ocasiones, afecta también a los profesionales, los cuales echan en falta una herramienta objetiva que permita concluir sobre la correcta alimentación del lactante.

Sin embargo, no se dispone de esta herramienta que, de forma independiente, nos dé información definitiva sobre el estado nutricional del niño, sino que se debe prestar atención a un conjunto de parámetros clínicos y antropométricos que, además, debemos interpretar de una forma u otra, dependiendo de si estamos hablando de un lactante en las primeras semanas de vida o de un lactante de mayor edad.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

DESARROLLO

CONTROL DEL RECIÉN NACIDO EN LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA

Por ser el periodo neonatal inmediato un momento de cambios fisiológicos importantes y de adaptación de la familia a unos cuidados a los que la mayor parte de las veces no está acostumbrada, merece describirse por separado con respecto al resto del periodo de lactancia.

En una sociedad donde todo debe ser medido, la alimentación con lactancia materna puede generar desconcierto al no poder asegurar cuánta cantidad de leche está tomando el lactante. Cabe decir en este punto que los métodos que se han desarrollado con la intención de cuantificar la leche que toma el niño no son eficaces. Como ejemplos tenemos los siguientes:

- Biberón de prueba: si el niño acepta un suplemento después de una toma al pecho se puede concluir de manera errónea que el niño ha quedado con hambre tras la primera toma.
- Doble pesada: consiste en pesar al niño antes y después de la toma para valorar cuánto ha comido.
- Sacarse la leche: desaconsejado por ser un método que requiere de entrenamiento y que no refleja la cantidad de leche que es capaz de transferir la madre al niño.

PUNTO CLAVE \ Disponemos de parámetros fisiológicos y otras herramientas que nos indican el adecuado estado nutricional del recién nacido, sirviendo además de complementos tranquilizadores para padres y, en ocasiones, para el personal sanitario.

Además de lo comentado, debemos prestar atención a factores de riesgo del recién nacido, así como incluir aspectos físicos y emocionales de la madre en la anamnesis de manera rutinaria. Estos aspectos deberían ser valorados precozmente, aprovechando la estancia hospitalaria en los primeros días tras el nacimiento.

Por último, es de obligado cumplimiento el seguimiento de las tomas con evaluaciones periódicas de las mismas.

En cuanto al seguimiento pediátrico, en nuestro país se realiza la visita al pediatra habitualmente de manera tardía (10-14 días de vida), dificultándose la detección precoz de una lactancia materna inadecuada. Se recomienda que la primera visita al pediatra se realice entre el cuarto y quinto día de vida, según antecedentes y circunstancias del alta, no posponiéndose nunca más allá de la primera semana de vida.

Parámetros fisiológicos

Una herramienta útil para evaluar la adecuada ingesta de leche es a través de la valoración de la diuresis y las deposiciones, para lo cual debemos conocer el patrón de eliminación normal durante los primeros días.

Por una parte, cabe destacar que, en los primeros días de vida, los recién nacidos presentan con frecuencia una oliguria fisiológica que se traduce en un número de pañales mojados menor del que muchas veces los familiares esperan. Como regla general, el primer día deberían mojar al menos un pañal, el segundo día de vida deberían mojar al menos dos pañales, el tercer día tres, el cuarto día cuatro y a partir del quinto día deberían mojar entre cinco y seis pañales diarios. De esta forma, es sencillo y muy gráfico para familiares saber si el estado de hidratación (dependiente principalmente de la ingesta de leche) es adecuado, pues uno de los primeros síntomas de la deshidratación es la disminución de la diuresis.

En cuanto a las deposiciones, durante los primeros días van a tener característicamente un color oscuro o negro en número de 1-2 diarias, para ir aclarándose hasta convertirse en deposiciones amarillas y generalmente blandas en número de 2-3 diarias a partir del tercer día de vida. No obstante, el rango de normalidad es muy amplio y puede ser normal tanto que el recién nacido haga una deposición cada 3 días, hasta que haga una con cada toma, recomendándose que, si a los 3 días no realiza deposiciones, sea valorado para confirmar que la ingesta de leche es adecuada, teniendo en cuenta otros parámetros, siendo en la mayor parte de las ocasiones una situación fisiológica. El patrón de eliminación fecal descrito va a ser de utilidad sobre todo en las primeras dos semanas de vida, perdiendo valor posteriormente para estimar la ingesta del niño.

PUNTO CLAVE \ Los signos que pueden traducir una mala alimentación del recién nacido son: deshidratación, ictericia, tomas escasas y cortas sin sensación de saciedad del lactante, cambios poco frecuentes de pañales, orina oscura y de olor fuerte, deposiciones meconiales, llanto débil, irritabilidad, etc.

Peso

El peso es el parámetro más fiable para monitorizar el crecimiento del recién nacido y, por lo tanto, concluir si la ingesta de leche es adecuada o no. Debemos conocer varios matices sobre el peso del recién nacido amamantado en las primeras semanas de vida.

Por una parte, la curva normal de peso es distinta entre recién nacidos alimentados al pecho con respecto a los que reciben leche de fórmula, hecho que hay que tener en cuenta a la hora de utilizar las gráficas de crecimiento.

Por otro lado, una medida puntual del peso no da tanta información como un análisis de la tendencia de este, debiendo interpretar correctamente los valores obtenidos.

Además de lo comentado, debemos ser conscientes de que las curvas se clasifican en percentiles, estando por definición la mitad de los niños por debajo de la media y la otra mitad por encima. Incluso con niños cuyo peso se sitúe por debajo del percentil límite de normalidad, debemos tener cuidado a la hora de extraer conclusiones que puedan suponer algún tipo de intervención por parte del profesional, pues se da la situación de que la mayor parte de las veces que el niño presenta un peso por debajo de la normalidad es por motivos intrínsecos, teniendo una fisiología y crecimiento futuro adecuados. Por último, podemos encontrarnos con variaciones en el percentil de peso durante el crecimiento del niño sin que esto suponga una situación patológica.

PUNTO CLAVE \ El recién nacido sano pierde peso de forma fisiológica en los primeros días, siendo más acusada incluso en los que se alimentan de leche materna. No queda claro si el límite máximo de pérdida de peso está en 7 % o 10 %, aceptándose que pérdidas mayores del 7 % pueden indicar una alteración en la transferencia de leche materna o una producción baja de la misma. No obstante, este límite no exige intervención, sino control clínico estrecho.

En cuanto a las gráficas de pérdida de peso recomendadas, la evidencia establece como ideal de pérdida de peso al que nos deberíamos acercar el reflejado por las gráficas de Bertini. En cambio, las gráficas de Flaherman son las más adecuadas para establecer el límite de pérdida de peso que no deberíamos superar. Estas gráficas, por lo tanto, las usaremos en las primeras semanas de vida al hablar de pérdida de peso del recién nacido.

CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO EN EL PERIODO DE LACTANCIA

En la actualidad, se acepta que las tablas de la OMS del 2006 son las más adecuadas con este fin, realizadas en su momento sobre una población de buen nivel sociosanitario, con lactancia materna bien establecida y adecuada.

El peso es el parámetro más adecuado, y a la vez sensible, para identificar cambios agudos en el patrón de crecimiento del niño. No obstante, un estancamiento ponderal o una curva de morfología normal, pero por debajo del límite inferior de la normalidad, no significan necesariamente patología, debiendo valorarse en un contexto adecuado. Así, la estrategia IHAN recomienda, antes de realizar cualquier intervención sobre el patrón de alimentación, asegurarnos que tanto la producción como transferencia de leche materna es adecuada en casos de patrones anormales de crecimiento, debiendo descartar patología médica de manera secundaria.

Por otra parte, también se valoran otros parámetros de crecimiento. Es el caso de la longitud/talla de manera independiente para valorar el crecimiento a largo plazo o de la relación entre la longitud/talla con el peso, que puede servirnos como marcador de malnutrición aguda.

Tabla de crecimiento de la OMS

En cuanto a las tablas de crecimiento de la OMS, un mal uso e interpretación de las mismas puede dar lugar a actuaciones erróneas. Además, debemos ser conscientes de las condiciones ideales de la población de estudio al desarrollar las tablas: se trataban de niños que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses, con introducción de la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses y con lactancia mixta hasta los 12 meses, recibiendo durante todo este periodo el asesoramiento estrecho de expertos en lactancia materna con línea de teléfono operativa las 24 horas del día. Además, los criterios incluían la ausencia de problemas de salud o medioambientales para el crecimiento, madre no fumadora, feto único nacido a término y ausencia de morbilidad significativa.

PUNTO CLAVE \ La lactancia materna es la norma biológica y, por lo tanto, el patrón de crecimiento del lactante amamantado es el *gold-standard*, debiendo utilizarse las tablas de la OMS 2006 como referencia para todos los niños, independientemente de su tipo de alimentación.

En cuanto a los puntos de corte para establecer si un niño pesa más o menos de lo normal, podemos servirnos de los percentiles (P3/P5 - P95/P97) o de la puntuación Z score (superior o inferior a 2). Este último sistema es el más adoptado en la actualidad por la mayoría de los países. Estos puntos de corte se han establecido de manera arbitraria, sin existir estudios que hayan comprobado que estar por encima o por debajo de cierto valor suponga un estado de morbilidad del lactante.

Para evitar errores de interpretación, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones:

- El estado de nutrición y salud del niño se refleja en múltiples aspectos clínicos, de desarrollo y comportamiento y no solo en valores numéricos aislados: la monitorización del crecimiento es una herramienta más a valorar, pero no definitiva. Es útil incorporar también la relación talla/peso para evitar errores de interpretación.
- Al realizar tablas de crecimiento hay una serie de niños cuyo peso queda fuera de rango de normalidad, sin querer decir esto que su fisiología se esté viendo alterada.
- El valor del que más nos podemos fiar para tomar decisiones es el de la velocidad de crecimiento, pues uno o, incluso, dos valores de peso aislados, en muchas ocasiones, no quiere decir que haya que tomar un cambio de actitud con respecto a la alimentación del niño. Así pues, se recomienda al menos 3 determinaciones de peso seguidas para poder establecer una tendencia del peso. Sí podemos usar valores de peso aislados como alerta y necesidad de seguimiento estrecho.

- Al tomar una decisión, se valorará previamente el peso (o como hemos dicho, la velocidad de crecimiento) junto a una valoración clínica, nutricional y de comportamiento.

LACTANTE AMAMANTADO CON RETRASO DE CRECIMIENTO

De entrada, debemos hacer el seguimiento de peso del recién nacido en consulta, en básculas calibradas e intentando que para un mismo niño se use siempre la misma.

Definición de retraso de crecimiento

En cuanto a la definición de retraso del crecimiento no está tan clara, encontrando distintos puntos de corte según la fuente que se consulte. Generalmente se aceptan los siguientes límites:

- Para el recién nacido: continúa perdiendo peso al décimo día de vida, no ha recuperado el peso al nacimiento a las 2 semanas de vida o se encuentra por debajo del p10 de la curva de peso al mes de vida.
- Para niños mayores: el incremento de peso (velocidad de ganancia ponderal) es menor de 2 desviaciones estándar (DS) durante dos meses (niños menores de 6 meses) o durante tres meses (niños entre 6-12 meses) y la relación peso/talla está por debajo del P5.

Situaciones diferenciales con retraso del crecimiento en un niño

Diferenciaremos 2 situaciones extremas en las que una serie de datos clínicos nos puede servir de ayuda para establecer si es probable que exista algún problema que investigar o no:

- Lactante bien alimentado que gana poco peso: los pechos de la madre están llenos y presentan buena eyección, las tomas que realiza el recién nacido son frecuentes y largas, el patrón de eliminación del niño es normal (diuresis 5-6 veces al día con orina clara y las deposiciones son normales), el niño se encuentra activo e interactúa con normalidad.
- Lactante que está tomando poca leche y/o con retraso del crecimiento: la madre no nota el pecho lleno, las tomas son cortas y poco frecuentes e incluso, a veces, el niño está continuamente pegado al pecho, el patrón de eliminación está alterado (diuresis poco frecuente con orina oscura y las deposiciones son escasas) y el estado de alerta del niño no es adecuado.

Este último caso requiere de vigilancia estrecha cada 24 horas y, en ocasiones, es motivo de derivación al centro hospitalario de referencia.

En cuanto al patrón de eliminación del niño, recordamos que son parámetros subjetivos con mucha importancia en los primeros días, siendo su utilidad más limitada en los meses siguientes en los que la escasa ganancia ponderal y la percepción de baja transferencia de leche son las herramientas de mayor utilidad.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Existen parámetros subjetivos y objetivos que nos servirán para evaluar el estado nutricional del recién nacido, aunque nunca de manera aislada, sino en su conjunto.
- El peso (y la velocidad con la que varía) es el parámetro más fiable para detectar precozmente dificultades nutricionales, sirviendo como alerta temprana.
- Es fisiológico que el recién nacido pierda peso en los primeros días de vida.
- Las tablas de la OMS 2006 son las más adecuadas para establecer el patrón de crecimiento que deberían seguir los lactantes alimentados con leche de madre.
- Debemos ser cautos a la hora de realizar una intervención en la alimentación del lactante amamantado en base a las tablas propuestas, pues, en muchas ocasiones, solo traducen variaciones del crecimiento normal sin suponer un estado de morbilidad.

REFERENCIAS

Esparza Olcina MJ. Control del lactante amamantado en Atención Primaria. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006.p.241-2

Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Nov;88(6):F472-F476

Estrategia centros de salud IHAN. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral en los centros de salud. Manual para la acreditación IHAN. España. 2014. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Manual_para_la_acreditacion_IHAN_en_AP_2015.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Recuperado de: https://www.ihan.es/docs/documentos/guías/GPC-LM.pdf

Bertini G, Breschi R, Dani C. Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. Acta Paediatr. 2015 Oct;104(10):1024-7

Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. Pediatrics. 2015 Jan;135(1):e16-e23

de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blossner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. Public Health Nutr. 2012 Sep;15(9):1603-10

Cattaneo A, Guoth-Gumberger M. The new WHO Child Growth Standards: possible effects on exclusive breastfeeding in the first six months. Breastfeed Rev. 2008 Nov;16(3):9-12

Organización Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/ training/c_interpretando.pdf

LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

Autora \ Iraya Ester Monagas Agrelo

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, la lactancia materna se desarrolla sin complicaciones ni dificultades. Sin embargo, hay otras veces que aparecen dificultades en la instauración y mantenimiento de la misma. Como profesionales de la salud, tenemos que ser capaces de identificar la causa/s de escasa ganancia de peso en el RN y tratarla o derivarla en caso de que el tratamiento no esté a nuestro alcance.

En ocasiones aparece una hipogalactia que también debemos ser capaces de identificar y tratar. Además, este capítulo nos dará herramientas para el apoyo a la madre cuyo bebé no está recibiendo la leche suficiente.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

DIAGNÓSTICO DE LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

Los signos de alerta que nos pueden hacer sospechar que el recién nacido no está recibiendo suficiente leche materna y, por lo tanto, debemos hacer un seguimiento de ese recién nacido para establecer un diagnóstico adecuado, son:

- Una pérdida de peso superior al 5 % en el primer día de vida.
- Una pérdida superior al 7 % el segundo día de vida.
- Una pérdida de peso por encima del percentil 75.

Los signos siguientes pueden ser aún más indicativos de una transferencia insuficiente, o una producción baja de leche, y requieren una evaluación exhaustiva antes de comenzar automáticamente con suplementos.

- Pérdida de peso superior al 10 % o mayor al percentil 95 en la primera semana de vida.
- Signos claros de deshidratación en el recién nacido.
- Deposiciones meconiales más allá del cuarto día de vida.

PUNTO CLAVE \ Podemos hablar de retraso en el crecimiento del recién nacido cuando:

- **Continúa perdiendo peso más allá del sexto día de vida.**
- **No ha recuperado el peso del nacimiento a los 15 días de vida.**
- **Está por debajo del P10 de incremento de peso al mes de vida.**

MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

La gran mayoría de las madres que amamantan a sus hijos, en algún momento de la lactancia, tiene miedo a que la leche que producen no sea suficiente para cubrir las necesidades del niño. La mayoría de las veces estos temores son infundados, generalmente derivados de la falta de apoyo, falta de conocimientos e inseguridades que se pueden ver reforzadas por una presión negativa del entorno del binomio.

Pero, en ocasiones, existe una disminución real de la producción de leche por diferentes causas que puede determinar que la instauración y funcionamiento de la lactancia sea adecuado. Detectar precozmente la hipogalactia y, en caso necesario, iniciar el tratamiento adecuado es de vital importancia.

**PUNTOS CLAVE **

- **Descartar que sea un recién nacido enfermo que precise derivación al especialista.**
- **Valoración minuciosa de la técnica de lactancia y de la evolución de la lactancia materna y, en caso de detectar problemas con la misma, iniciar las medidas correctoras oportunas.**
- **Debemos también descartar una hipogalactia materna, glandular o preglandular.**
- **En caso de no conseguir una técnica adecuada de lactancia materna y que el recién nacido continúe con la pérdida ponderal, debemos suplementar con leche materna extraída preferentemente o con fórmula artificial. Además, hay que hacer un seguimiento por parte de un experto en lactancia materna.**

La hipogalactia ocurre cuando la producción de leche materna no permite mantener una lactancia materna exclusiva a demanda ya que no cubre la totalidad de las necesidades nutricionales del bebé. Según la *Guía de práctica Clínica sobre Lactancia Materna* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (GPC-LM), casi todas las madres pueden producir leche para uno o más niños cuando la técnica es adecuada y la lactancia a demanda.

CAUSAS HIPOGALACTIA

Hipogalactia por un mal manejo de la lactancia

Se produce una disminución en la producción de leche que no está causada por un problema funcional, sino por un manejo de la lactancia inadecuado que hace imposible mantener la lactancia materna exclusiva si el problema no se resuelve.

Las causas más probables de una disminución de la producción por un mal manejo de la lactancia son:

- Manejo inadecuado de la lactancia: menos de 8 tomas al día, no lactancia a demanda, controlando el tiempo que el bebé mama o el intervalo entre tomas. Esto impide que el bebé adquiera la leche que necesita.
- Agarre ineficaz: por una posición inadecuada del bebé al pecho o, por ejemplo, por la existencia de un frenillo sublingual corto que le dificulta la succión.
- Succión deficiente o poco efectiva: puede ser a causa, entre otros, de un letargo del bebé, bebé dormilón, que no realiza una succión que estimule adecuadamente el pecho y pueda llegar a disminuir la producción.

La hipogalactia por un manejo inadecuado de la lactancia se resuelve al corregir la causa, corrigiendo el agarre del bebé, aumentando la frecuencia de las tomas y aumentando la producción mediante la extracción de leche. Si a pesar de co-

rregir estas dificultades, comprobamos que no aumenta la producción de leche y el bebé se sigue quedando con hambre, debemos descartar otras causas de hipogalactia.

PUNTO CLAVE \ La mayor parte de las veces, la hipogalactia se produce por un manejo inadecuado de la lactancia, por eso es imprescindible una valoración y adecuada historia clínica de lactancia para diagnosticar y tratar la causa.

Causas de hipogalactia temporal

- **Obesidad mórbida y diabetes.** Las mujeres con un IMC superior a 30 o con diabetes (ya sea gestacional o pregestacional), pueden sufrir un retraso en la subida de la leche (4-7). En estos casos, solo será necesario controlar el peso del bebé y suplementar si pierde demasiado peso, ya que la lactogénesis II se producirá, aunque sea con retraso.
- **Retención placentaria.** La separación de la placenta del útero es una de las principales señales que ponen en funcionamiento la producción láctea. Si durante el alumbramiento hay alguna dificultad que retrase esta separación del lecho placentario, se puede retrasar la subida de la leche.
- **Retención de restos placentarios**. Por el mismo mecanismo anterior, si queda algún resto de placenta dentro del útero, el cuerpo no detecta que debe iniciar la lactogénesis II. El calostro estará presente los primeros días, pero no se inicia la lactogénesis II y no se produce la subida de la leche, alargándose la etapa calostral más allá del 4° día de vida.
- **Inhibición farmacológica**. Que puede ser producida por fármacos que produzcan una inhibición de la producción de leche como efecto secundario (antihistamínicos, etc.), o por fármacos que se han administrado específicamente para evitar la lactogénesis en una mujer que decidió inhibir la lactancia y posteriormente decide amamantar a su bebé. En ambos casos es reversible: en el primero, con la suspensión del medicamento y, en el segundo caso, tras un proceso de relactación.
- **Cesáreas**. En las cesáreas se puede producir un retraso en la subida de la leche por dos mecanismos. En primer lugar, el miedo, que puede ser más acusado en las cesáreas de urgencia y puede actuar como inhibidor temporal de la producción de leche. Por otro lado, en el caso de las cesáreas programadas en las cuales la mujer no se ha expuesto a los mecanismos hormonales del parto que le permiten facilitar el proceso de la lactogénesis.
- **Mastitis.** Tras una mastitis puede existir una disminución en la producción de leche debido al proceso inflamatorio que conlleva. Esta situación se resuelve a los pocos días, una vez la glándula ha recobrado la normalidad: baja la inflamación y se recupera el equilibrio bacteriano.

En la mayoría de estos procesos reversibles, el contacto piel con piel, la estimulación del pecho mediante tomas frecuentes y extracciones de leche y, en caso de que fuera necesario, la suplementación del RN (de preferencia con leche materna extraída) harán que la producción láctea se adecue a las necesidades del lactante y el cuadro mejore.

PUNTO CLAVE \ Las hipogalactias temporales son las más frecuentes, conocer sus causas y un apoyo experto es fundamental para que el binomio logre una lactancia materna exitosa.

Causas de hipogalactia permanente

- **Hipoplasia mamaria**: La glándula mamaria no se desarrolla con normalidad y esto puede ser debido a varias causas:
  - Por un crecimiento anormal del tejido mamario en la etapa embrionaria, en la niñez o en la adolescencia.
  - Por una respuesta al estímulo hormonal insuficiente en la etapa embrionaria, en la niñez o en la adolescencia.
  - Estímulo hormonal insuficiente en la etapa embrionaria, en la niñez o en la adolescencia.
  - Por otras causas.

Al llegar a la pubertad, por efecto hormonal se comienza a desarrollar la glándula mamaria. Además, se produce un acúmulo de grasa en el pecho que será el que le dé la forma y tamaño. Si en el desarrollo puberal de la niña no se producen estos estímulos que llevan al crecimiento de la glándula mamaria, se producirá una hipoplasia mamaria y por lo tanto un déficit en la producción láctea. El pecho hipoplásico es aquel que no tiene suficiente tejido mamario y no sufre apenas cambios con la pubertad ni durante el embarazo ni tras el parto e inicio de la lactancia, además tiene un aspecto característico:

- Los pechos están muy separados.
  - Areola y pezón están engrosados.
  - El pecho tiene una forma tubular.
  - Ambos pechos pueden ser de tamaños muy diferentes.

La imagen está extraída de la revista Pediatría Integral Volumen XXIV, número 2 de marzo de 2020, curso IV.

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

PUNTO CLAVE \ Valorar adecuadamente la evolución y el crecimiento del bebé durante los primeros días de vida puede determinar la necesidad de que sea suplementado. En ocasiones, una mamoplastia de aumento puede enmascarar una hipoplasia mamaria, sería interesante indagar en las características de los pechos antes de la intervención.

- **Trastornos alimentarios** que hayan producido amenorreas prolongadas durante la pubertad pueden haber condicionado el desarrollo de la glándula mamaria.
- **Síndrome de ovarios poliquísticos** (SOP). Puede afectar a la adecuada producción de receptores de prolactina. No todas las mujeres con SOP padecerán hipogalactia, si se ajusta el desequilibrio hormonal se produce un crecimiento normal del tejido mamario en el embarazo y receptores de prolactina adecuados.
- **Hipotiroidismo**. Tanto el hipertiroidismo y el hipotiroidismo sin tratamiento pueden producir una hipogalactia por una disminución de la secreción de leche. La medicación, en estos casos, es compatible con la lactancia materna y mejorará la producción láctea.
- **Síndrome de Sheehan**. Cuando se produce una hemorragia severa en el parto o en el postparto, se produce una hipoperfusión de la glándula pituitaria que puede comprometer el funcionamiento de la hipófisis que, a su vez, controla las hormonas, las encargadas de producir la leche materna.
- **Reducción mamaria**. Una cirugía de reducción mamaria puede provocar una baja producción de leche materna si en la intervención, además de eliminar grasa, se elimina también tejido mamario, además los conductos se seccionan. Las incisiones que se practican en la areola causan la sección de los nervios mamarios que son los encargados de regir y determinar oferta y demanda. Los conductos seccionados tienden a buscar la luz del pezón y, a menudo, se puede ver calostro en el pezón durante la gestación, pero este puede no ser suficiente para garantizar una lactancia materna exclusiva. En este caso, habría que hacer un seguimiento estrecho de la evolución de la lactancia y el crecimiento del recién nacido.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGALACTIA

PUNTO CLAVE \ El tratamiento de la hipogalactia se basa en tres pilares:

- **Mejorar la producción láctea incidiendo en la causa que la disminuye.**
- **Garantizar el aporte adecuado de leche para el recién nacido.**
- **Apoyo de la lactancia materna por profesionales expertos.**

Mejorar la producción láctea

La producción esta íntimamente ligada a la demanda del recién nacido, debemos asegurarnos que la técnica de lactancia es la adecuada para que produzca la estimulación suficiente. Podemos alentar a la madre a que practique el contacto piel con piel y la lactancia guiada por las señales del bebé, aumentando las tomas de lactancia.

Existen métodos de aumento de la producción láctea como la «extracción poderosa», que se explicará más adelante en los temas específicos.

Asimismo, las técnicas de suplementación cuando sea necesaria la misma para asegurar el aporte de leche suficiente al bebé se explicará en los temas específicos.

Tratamiento farmacológico con galactogogos

En los casos en los que se ha comprobado una hipogalactia verdadera, en la que no se consigue aumentar la producción láctea a pesar de haber puesto en práctica todos los métodos mencionados anteriormente con apoyo de personal experto en lactancia, se plantea el uso de galactogogos para tratar de aumentar la producción.

Debido a que la investigación comparativa entre distintos galactogogos no es concluyente, no se puede recomendar ningún galactogogo específico por encima de otro.

Una vez que se han valorado los riesgos y beneficios, si se decide prescribir un galactogogo, se debe hacer siguiendo las recomendaciones de las guías e informando a las mujeres sobre los datos disponibles con respecto a la eficacia, el momento de uso y la duración de la terapia. También se les debe informar de los posibles efectos adversos.

Además, como la indicación como galactogogo no está incluida en la ficha técnica de estos fármacos, el médico responsable del tratamiento tiene que justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento y se debe prescribir siempre con el consentimiento informado de la mujer. Siempre se debe utilizar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible.

El único galactogogo que ha demostrado un aumento en la secreción de leche es la domperidona. Además, todos los estudios se realizaron en recién nacidos prematuros menores de 31 semanas de gestación, ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales y dependientes de extractor mecánico. La dosis terapéutica es 10 mg cada 8 horas y su máximo efecto se alcanza entre 7-14 días. Se debe asegurar que la mujer no tiene riesgo de arritmias ni tratamientos concomitantes que desaconsejen su uso.

No se aconseja exceder la dosis máxima recomendada ya que esta medida no aumenta la eficacia y, sin embargo, sí que lo hacen los efectos adversos.

En una revisión de la Cochrane donde se analizó el uso de domperidona en madres de lactantes prematuros, los autores concluyeron que existe una mejoría moderada en el volumen de LME extraída tras el uso del fármaco, teniendo en cuenta que en los dos estudios revisados se inició el uso del fármaco a los 14 días postparto cuando, tras aplicar todas las medidas de apoyo a la lactancia, la extracción de leche era insuficiente. No existe ningún estudio que apoye el uso de galactogogos de manera preventiva durante la gestación.

Garantizar el aporte adecuado

PUNTO CLAVE \ En caso de precisar suplementación del recién nacido, esta se hará bajo indicación médica, de preferencia con leche materna extraída, en las dosis adecuadas. Simultáneamente con la suplementación, se debe mantener la lactancia materna a demanda con una técnica adecuada y apoyo por parte de un profesional experto en lactancia materna.

La suplementación en todo caso se hará con métodos que no interfieran en la lactancia materna, que ya se explicará en el tema específico.

Apoyar y reforzar la lactancia materna

- Mediante técnicas de consejería (temas específicos de consejería).
- Aceptar y elogiar siempre los esfuerzos maternos.
- Ofrecer ayuda práctica a la madre con apoyo a la técnica adecuada de lactancia.
- Sugerir sin forzar los cambios necesarios para que la lactancia se establezca adecuadamente.
- Proporcionar la información en un lenguaje apropiado y adaptado a cada mujer a la que estemos apoyando.

CAUSAS DE SUPLEMENTACIÓN

Son muy pocas las condiciones que indican la suplementación de un recién nacido sano. La leche materna es la mejor forma de alimentación.

Condiciones médicas del recién nacido sano que pueden requerir suplementos temporalmente (leche materna extraída o de fórmula)

- Hipoglucemia diagnosticada mediante análisis de laboratorio que no responde a una lactancia materna frecuente y adecuada. La tira reactiva es una técnica de cribado.

- Evidencia clínica o de laboratorio de deshidratación, junto con la valoración y el manejo apropiado de las dificultades de la lactancia.
- Hiperbilirrubinemia o ictericia neonatal por ingesta de leche insuficiente a pesar de una intervención adecuada. Ictericia neonatal por lactancia materna cuando los niveles superan 20-25 mg/dL en un lactante que tiene un crecimiento adecuado.
- Movimientos intestinales lentos o presencia continua de meconio en las deposiciones en el quinto día.
- Alimentación insuficiente a pesar de que el suministro de leche es adecuado (transferencia pobre de leche) que resulta en una pérdida de peso mayor de 10 % o por encima del percentil 75 (pérdidas de peso de entre 8-10 % requieren de una evaluación exhaustiva).

Condiciones de madres sanas cuyos hijos pueden requerir suplementos temporalmente

- Retraso en la lactogénesis II más allá del tercer-quinto día tras el parto, e ingesta inadecuada en el recién nacido.
- Retención de placenta (la lactogénesis probablemente ocurra después de que los fragmentos de placenta sean retirados).
- Insuficiencia glandular primaria (insuficiencia primaria de la lactancia) que ocurre en menos del 5 % de las mujeres.
- Patología o cirugía mamaria que ocasiona hipogalactia.
- Dolor intolerable durante la toma que no se alivia con ninguna intervención.

Necesidad de separación de la madre y del recién nacido

PUNTO CLAVE \ Causas de suplementación:

- **Recién nacido: hipoglucemia, deshidratación, hiperbilirrubinemia, meconio al 5° día, transferencia inadecuada de leche.**
- **Maternas: separación del binomio.**

IDEAS PARA RECORDAR

- Ante una pérdida/no ganancia adecuada de peso, identificaremos las causas para poder incidir sobre ellas.
- La mayoría de las hipogalactias son debidas a una lactancia materna ineficaz de causas fácilmente corregibles.
- La gran mayoría de las madres produce la cantidad suficiente de leche para uno o más bebés.

- La suplementación será solamente en casos indicados y preferentemente de leche materna extraída con técnicas que no interfieran la lactancia y mientras se mantiene una LM a demanda.

REFERENCIAS

Redondo Collado D, Fraile García P, Segura Del Arco R, Villena Coronazo G, Rodríguez Puente Z, Boix García-Atance L, *et al.* Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna [Internet]. Evidencia científica de la FAME. 2016. 5–79 p. Available from: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-616.pdf

García A, Guerrero E, Hernández MT, Lagarra C, Martínez-Herrera B, Quintana R. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lac- tancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Minist Sanidad, Serv. Soc. e Igualdad Agencia Evaluación Tecnol Sanit del País Vasco-OSTEBA. 2017;

Vayas Abascal R CRL. Hipogalactia: causas y orientación de manejo. Med Gen y Fam Edición Digit [Internet]. 2012;1, num3. Available from: http://mgyf.org/wpcontent/uploads/2017/revistas_antes/V1N3/V1N3_143_147.pdf

Preusting I, Brumley J, Odibo L, Spatz DL, Louis JM. Obesity as a Predictor of Delayed Lactogenesis II. J Hum Lact [Internet]. 2017 Nov 1;33(4):684–91. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334417727716

Jevitt C, Hernandez I, Groër M. Lactation Complicated by Overweight and Obesity: Supporting the Mother and Newborn. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2007 Nov 12;52(6):606–13. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jmwh.2007.04.006

Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. A Case Control Study of Diabetes During Pregnancy and Low Milk Supply. Breastfeed Med [Internet]. 2016 Mar;11(2):80–5. Available from: http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2015.0120

Rasmussen KM, Kjolhede CL. Prepregnant Overweight and Obesity Diminish the Prolactin Response to Suckling in the First Week Postpartum. Pediatrics [Internet]. 2004 May 1;113(5):e465–71. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.113.5.e465

Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. Curr Opin Pediatr [Internet]. 2017 Apr;29(2):249–56. Available from: https://journals.lww.com/00008480201704000-00019

Anderson AM. Disruption of Lactogenesis by Retained Placental Fragments. J Hum Lact [Internet]. 2001 May;17(2):142–4. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089033440101700210

Dewey KG. Maternal and Fetal Stress Are Associated with Impaired Lactogenesis in Humans. J Nutr [Internet]. 2001 Nov 1;131(11):3012S-3015S. Available from: https://academic.oup.com/jn/article/131/11/3012S/4686704

Yuksel İsik, Zeynep O Dag, Ozlem B Tulmac EP. Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. Ginekol Pol. 2016;87.

Padró A. Hipogalactia o baja producción de leche materna[Internet]. Alba Lactancia materna. Publicado 2014 [Citado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/hipogalactia-obaja-produccion-de-leche-materna/

Donovan TJ, Buchanan K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their hospitalised infants. In: Donovan TJ, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005544

Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med [Internet]. 2017 May;12(4):188–98. Available from: http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2017.29038.ajk

MÓDULO \ 05

- SITUACIONES COMUNES EN LA LACTANCIA I: RECHAZO DEL PECHO / HUELGA DE LACTANCIA Y CRISIS DE LACTANCIA
- SITUACIONES COMUNES EN LA LACTANCIA II: LLANTO Y CÓLICO DEL LACTANTE. LACTANCIA PROLONGADA. LACTANCIA EN TÁNDEM
- AFECCIONES DEL PECHO PRECOCES I Y II: DOLOR, INGURGITACIÓN MAMARIA, ALTERACIONES DEL PEZÓN
- AFECCIONES DEL PECHO TARDÍAS

MÓDULO \ 05

SITUACIONES COMUNES EN LA LACTANCIA I:

RECHAZO DEL PECHO / HUELGA DE LACTANCIA Y CRISIS DE LACTANCIA

Autora \ Julia Jeppesen Gutierrez

RECHAZO DEL PECHO. HUELGA DE LACTANCIA

El rechazo del pecho («huelga de lactancia») ocurre cuando el lactante se niega abruptamente a mamar. Es un problema muy angustiante y preocupante para las madres, que se sienten molestas cuando su bebé llora o rechaza el pecho, llegando a sentir que el bebé las rechaza.

Un bebé puede rechazar el pecho en alguna o en todas las tomas, a cualquier edad, y sus razones para hacerlo variarán según su etapa de desarrollo o, incluso, su salud en ese momento. Puede mamar unos minutos, luego separarse con signos de angustia y negarse a continuar. Incluso puede negarse a comenzar la toma, aunque obviamente tenga hambre.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

A veces, el bebé no se niega, pero es muy quisquilloso y la toma se hace difícil. Amamanta durante poco tiempo y luego se separa, finalizando la toma después de una serie de inicios y desenganches. Puede distraerse fácilmente e inquietarse durante la toma, quizás alejándose de su madre con los puños o con los pies. Deja de mamar en cuanto no tiene hambre, pero puede quedarse inquieto y nervioso.

Es importante, en estos casos, mantener la calma y la paciencia, manipulando al bebé con cuidado. Si ambos están nerviosos, es importante que la madre aplique técnicas de relajación como las empleadas en el parto, realizando respiraciones profundas y pausadas, concentrándose en mantenerse relajada, usando música relajante y meciendo suavemente al bebé o porteándolo.

Si el bebé está bastante inquieto, enfadado o llorando, o si se siente molesto, es posible que sea mejor retrasar la toma a cuando ambos se sientan más tranquilos. Mientras tanto, un abrazo o un juego pueden distraer al bebé o, incluso, un paseo puede relajarles a ambos.

En sus primeros meses, e incluso años de vida, que un bebé se destete no tiene sentido desde el punto de vista biológico. La supervivencia del bebé esta vinculada al pecho, por lo que no hay razón para destetarse en estas etapas iniciales. Pero hay bebés que, de golpe (normalmente entre los 8 meses y el año), dejan de mamar y no quieren saber nada del pecho.

Para las madres es una sensación vivida con angustia y preocupación que su hijo se niegue a mamar. Empiezan a angustiarse e intentan poner más al bebé al pecho, ofreciéndoles más el pecho e insistiendo una y otra vez. Es una desesperación total que lleva en ocasiones a ser demasiado insistentes y que puede ser contraproducente si lo que queremos es que el bebé vuelva a amamantar.

Generalmente, el bebé que inicia el destete lo hace de forma paulatina mientras que, en el caso de la huelga de lactancia, este rechazo del pecho es abrupto, a pesar de haber estado succionando satisfactoriamente hasta ese momento. A menudo, está relacionado con la introducción de sucedáneos e inseguridad por parte de la madre sobre la calidad/cantidad de su leche.

¿Es rechazo del pecho?

Hay que plantearse las siguientes preguntas para poder determinar si está todo bien y si, a pesar de ese rechazo del bebé a las tomas, este está contento, saludable y está obteniendo suficiente leche materna para cubrir sus necesidades.

¿Cuántas comidas rechaza completamente el bebé en 24 horas?

La cantidad proporcional de alimentos que necesita el bebé cambia a medida que crece. Un bebé muy pequeño en las etapas iniciales de la lactancia generalmente necesita de ocho a doce tomas en 24 horas, pero hay una gran variación en la cantidad de tomas que realizará un bebé mayor. Hay una gran diferencia, por ejemplo, entre un niño de cuatro meses que rechaza una o dos tomas de ocho y un bebé de la misma edad que rechaza cuatro de cada cinco tomas.

¿Cuántos pañales moja el bebé en 24 horas?

Independientemente de la cantidad de tomas que haga, uno de los signos de que el bebé está obteniendo suficiente leche materna incluye si tiene, durante 24 horas, movimientos intestinales suaves regulares, cinco pañales desechables húmedos (pesados) con orina clara e inodoros durante las dos primeras semanas. Más allá de estas dos semanas, valoraremos la velocidad de crecimiento. Además, valoraremos su estado de ánimo, si está alerta, con un buen color de piel y tono muscular, además de una adecuada ganancia ponderal.

Las razones por las que los bebés rechazan pecho pueden ser múltiples, independientemente de su edad. A continuación se presentan algunas de las razones principales para el rechazo del pecho, pero, a veces, no se puede encontrar ninguna razón. En ocasiones, igual de repentinamente como el bebé comenzó a rechazar el pecho, todo el episodio termina y vuelve a engancharse feliz, como si no hubiera pasado nada.

Razones centradas en el bebé

- Problemas de apego.
- Bebé confundido por biberón.
- Sobrepeso/sobreestimulación.
- Bebé rechaza un pecho.
- Inmunización reciente.
- Enfermedad (resfriado o dolor de oído, dolor de garganta).
- El patrón de alimentación está cambiando.
- Distracciones.
- Introducción de otros alimentos.
- Dentición.
- Uso excesivo del chupete.
- El clima.
- Molestias asociadas con la succión.
- Destete.

Razones de suministro de leche

- Flujo rápido.
- Bajo suministro.
- Bajada lenta.

Razones centradas en la madre

- Sobrecargada o estresada.
- Enferma o tomando medicación.
- Comida inusual en la dieta.
- Olor diferente por alguna razón (perfume/desodorante diferente, cloro/sal de la natación, productos de peluquería, tabaco).
- Cambios hormonales, ovulación, menstruación y tensión premenstrual.
- Embarazo.
- Anticonceptivos orales.

En recién nacidos

Entre las causas más frecuentes asociadas al rechazo del pecho o la huelga de lactancia, está la prematuridad o el RPBF o alteración neuromuscular o del SNC, así como la falta de apego inmediato. Pero también nos podemos encontrar como causa la mala técnica que resulta en una ingurgitación o succión en posición inadecuada y la confusión de pezón, además de la succión dolorosa. Debemos pues corregir la técnica y/o rehabilitar la succión en caso de disfunción motora oral.

En niños mayores

- **Rechazo unilateral**

Suele ocurrir desde el inicio de la lactancia y mantenerse en el tiempo por una mala postura o, también, asociado a un dolor unilateral debido a una otitis o fractura de clavícula. En otros casos es únicamente por una preferencia del niño. La presencia de mastitis puede también ser el origen de este rechazo unilateral, así como la presencia de tumoraciones.

- **Rechazo bilateral**

Generalmente, este está asociado al dolor o enfermedad como puede ser la otitis, vacunas, alergias, obstrucciones nasales o dolor bucal relacionado con la erupción dental o estomatitis. Aunque, en algunos casos, este rechazo es el resultado de un problema en la técnica fundamentalmente del RN.

MANEJO DEL RECHAZO DEL PECHO O HUELGA DE LACTANCIA

Hay que transmitirle a la madre que lo más importante es ser paciente y estar lo más tranquila posible, aunque pueda sentirse frustrada o impaciente. Es importante intentar dar las tomas en ambientes tranquilos, sin ruidos ni distracciones y a media luz, fomentando el contacto piel con piel, sin obligarlo a engancharse ya que, es probable, que obligar al bebé a alimentarse empeore la situación, por lo que, si acaba de rechazar el pecho y está molesto, se le intentará distraer haciendo algo completamente diferente: caminar al aire libre, mirar juguetes,

cantar una canción de cuna... y, cuando se haya calmado, puede acostarlo sobre el pecho o abrazarlo.

En ocasiones, portearlo con el pecho descubierto y accesible para el bebé puede ser una opción para facilitar el enganche, así como colocarlo en posiciones completamente diferentes a las habituales (rugby, lateral, biológica...). También se puede intentar amamantarlo después del baño, cuando está tibio y relajado (si le gustan los baños).

Otra opción es anticiparse al tiempo de vigilia del bebé, levantándolo para que se alimente mientras todavía tiene sueño; de esta manera, se pueden introducir alimentos nocturnos adicionales.

Es importante no saltarse las tomas con el fin de que coma con más hambre, al contrario, es más aconsejable ofrecerle el pecho sin esperar a que este esté irritable o hambriento.

Dormir cerca del bebé también permite estar cerca y así poder responder de forma temprana a su llamada.

En ocasiones, si el bebé está muy hambriento y no consigue engancharse, puede ser necesario administrarle una pequeña cantidad de leche materna extraída, continuando posteriormente directamente con el pecho.

El masaje del cuerpo desnudo del bebé para relajarlo puede ser efectivo antes de iniciar el enganche al pecho, siempre que sea receptivo a esto. Cantarle al bebé o reproducir música de fondo relajante puede también crear un ambiente favorecedor.

Una vez que el bebé se engancha, puede ser útil proporcionar una recompensa de leche instantánea. Esto se puede hacer con un suplemento de lactancia materna extraída que permite que el bebé reciba leche adicional al pecho mientras estimula el suministro de leche al succionar. Si el suministro de leche es bajo o si la bajada es lenta o el bebé tiene un patrón de succión débil, podría plantearse el uso de un relactador durante las tomas.

En conclusión, la mayoría de los rechazos del pecho son temporales y, en la mayoría de los casos, no suele pasar mucho tiempo antes de que el bebé vuelva a realizar tomas eficaces.

Además de implementar las medidas anteriormente mencionadas, podemos recomendar la extracción de leche varias veces al día (al menos seis). De esta forma mantendremos la producción durante la «huelga de lactancia» y así evitaremos que cambie el sabor porque, si no, este podría ser el motivo para un nuevo rechazo, si finalmente conseguimos que se enganche, al percibir un sabor más salado de la leche.

Debemos investigar las causas del rechazo y descartar enfermedades además de tranquilizar a la madre y ayudarle con la extracción de la leche, si esta fuera necesaria.

CRISIS DE LACTANCIA

Una crisis de lactancia materna responde a un claro aumento en la demanda del bebé, que pide el pecho a todas horas. Puede estar nervioso, irritable y parecer insaciable, el bebé parece no estar conforme con la producción de leche. Esta crisis está caracterizada por un aumento súbito de la frecuencia e intensidad de las tomas y esto generalmente se debe a la necesidad de aumentar la producción de la madre para adecuarla a nuevas exigencias metabólicas. Casualmente, estos aumentos en la demanda ocurren más o menos al mismo tiempo para todos los bebés. Por lo tanto, muestra que es un comportamiento habitual, biológico y necesario que la mayoría experimentamos. Algunas madres pueden no notarlo, pero la mayoría sí y puede ser una experiencia bastante agotadora.

Estas crisis también se llaman crisis de crecimiento. Es importante que la madre conozca que puede ocurrir esta situación para mantener su confianza. Además, debemos informar a la madre de que después de la subida de la leche, cuando la lactancia ya esta establecida, los pechos vuelven a su tamaño normal y la leche ya no gotea pero que eso no significa una disminución en la producción.

2º día «noche de las vacas locas»

De repente, el recién nacido descubre que ya no está en el calor y la comodidad del útero donde ha pasado los últimos 9 meses. No escucha los latidos del corazón materno, el temblor de las arterias placentarias, el sonido relajante de los pulmones de su madre o el gorgoteo reconfortante de sus intestinos. En cambio, está en una cuna, envuelto en un pañal, una camiseta, un gorro y una manta. Todo tipo de personas lo han estado manipulando y aún no se ha acostumbrado a los nuevos ruidos, luces, sonidos y olores. Sin embargo, ha descubierto una cosa, su voz. La madre descubre que cada vez que lo quita del pecho donde se quedó dormido plácidamente y lo pone en la cuna, llora. Lo pone de nuevo al pecho, mama un poco y se vuelve a dormir. Cuando lo quita y lo vuelve a acostar, llora nuevamente y comienza a buscar, esto se repite durante horas. Muchas madres están convencidas de que es porque aún no tienen leche y el bebé se queda con hambre. Sin embargo, no es esta la razón, sino el repentino descubrimiento del bebé al hecho de que fuera del útero, el lugar más reconfortante para él es el pecho.

Además, alrededor de las 30-40 horas tras el parto, los estrógenos disminuyen considerablemente y la prolactina marca su pico más alto, provocando en el RN la necesidad de mamar de forma muy frecuente.

Es muy importante informar a las madres y padres de la importancia de las tomas nocturnas en los primeros meses, ya que es la manera de garantizar la producción de leche.

Asesoraremos a la madre para que no intente expulsar los gases del bebé, simplemente que lo acurruque junto a ella hasta que caiga en un sueño profundo donde no le molestará que lo muevan. Los bebés entran primero en un estado de sueño ligero (REM) y luego entran y salen del sueño REM y profundo, aproximadamente cada media hora, más o menos. Si comienza a buscar y actuar como si quisiera volver a engancharse al pecho, esta es su forma de tranquili-

zarse y consolarse. Durante el sueño profundo, la respiración del bebé es más tranquila y regular, y no hay movimientos debajo de sus párpados.

Otra sugerencia útil es recordarles a los padres que las manos del bebé eran sus mejores amigos en el útero, podía chuparse el pulgar o los dedos cada vez que estaba un poco perturbado o incómodo. De repente, se los han quitado y alguien le ha puesto manoplas, por lo que el bebé no tiene forma de calmarse, los bebés necesitan tocar, sentir, e incluso el contacto con el pecho materno aumentará los niveles de oxitocina, lo que ayudará a aumentar el suministro de leche, por lo que debe evitarse el uso de manoplas y se deben aflojar las mantas para que pueda llegar a sus manos. Puede que se rasque, pero esos arañazos desaparecen rápidamente.

17-20 días

Se caracteriza por querer mamar continuamente o cada 30 minutos. Los bebés lloran desesperados si no tienen el pecho en la boca y regurgitan leche, pero quieren seguir mamando.

Los bebés necesitan aumentar la producción de leche, la única manera de conseguirlo es mamar sin tregua durante dos o tres días, consiguiendo así una producción de leche óptima, una vez logrado el objetivo, el niño volverá a hacer tomas más espaciadas y la lactancia retomará su curso más tranquilo de demanda.

Si el niño ha recuperado el peso del nacimiento (en circunstancias normales, lo recuperan antes de cumplir los 15 días de vida), las deposiciones indican que el bebé está comiendo de manera óptima, la madre puede estar tranquila. Van a ser unos días muy intensos en los que va a necesitar ayuda de su pareja y familiares.

6-7 semanas

Hacia el mes y medio de vida, tiene lugar una segunda crisis de lactancia. Vuelve a aparecer un aumento de la demanda y número de tomas y una conducta alterada al pecho (nervios, mama dando tirones, llora, arquea la espalda, tensa las piernas).

Al parecer, en este momento también se produce un cambio en la composición de la leche, cuyo sabor varía significativamente y de forma transitoria. La leche tiene un sabor más salado y a algunos niños no les gusta el cambio. Al igual que en la crisis de los 17 días, una vez normalizada la situación (lo que puede producirse al cabo de aproximadamente una semana), los niños recuperan el patrón de lactancia anterior a la crisis.

3 meses

La llamada «crisis de los 3 meses» es quizá la más «delicada» y compleja, ya que implica cambios en el bebé y en la producción de leche. La situación tarda un mes, aproximadamente en encauzarse. Es, a menudo, el momento en que se inicia la suplementación con fórmula y el abandono paulatino de la lactancia ma-

terna, generalmente debido a una falta de asesoramiento ya que, si las madres no conocen las causas exactas por las que sucede, es habitual que duden de su capacidad de producción y que comiencen con la introducción de suplementos de lactancia no materna. Además, el bebé ya no pide pecho tan a menudo, algo que en ocasiones puede ser interpretado por la madre como que el bebé no tiene hambre, no quiere comer o la rechaza. Esta sensación de rechazo y de falta de leche se apodera de la madre, aunque en realidad lo que está ocurriendo es perfectamente superable si se entiende y se maneja de forma adecuada.

El niño pasa de hacer tomas largas a tomas de escasos minutos y la madre nota los pechos blandos, lo que se atribuye erróneamente a una producción insuficiente de leche por desconocer que, llegados a esta etapa de lactancia, el pecho deja de «sobreproducir» para acomodar la producción a la demanda del niño. Ahora, la glándula mamaria está preparada para fabricar leche en el momento que el niño la demanda, desencadenando el reflejo de eyección y proporcionando al niño leche en pocos minutos. Sin embargo, a muchos niños suele molestarles el cambio, la salida es más lenta y tienen que esperar más para recibir la leche. Estaban acostumbrados a encontrarse la cantidad de leche que ellos querían nada más engancharse al pecho y ahora tienen que mamar, esperar unos minutos y volver a mamar. Esto resulta en pechos blandos que pueden confundir a la madre con un déficit de producción.

Además, el bebé pasa a hacer tomas caóticas, con distracciones y llantos al poco rato de haber iniciado la toma. El desarrollo neurológico en esta etapa es importante, las conexiones neuronales se multiplican y esto les abre a los bebés un mundo de sensaciones. Hasta los tres meses, su sentido de la vista y el oído es limitado, inmaduro, y goza de una funcionalidad reducida. A partir de los tres meses, sin embargo, la visión mejora de manera espectacular y empiezan a ver más allá de la cara de su madre, se presentan numerosos estímulos que hacen que su atención se centre en el mundo que les rodea antes que en su alimentación. Muchas madres refieren que el bebé solo parece hacer buenas tomas cuando está dormido. Además, durante este periodo, la ganancia ponderal del bebé suele disminuir, lo cual es perfectamente normal, pero puede reforzar la sensación de la madre de que está pasando hambre.

Durante este periodo, a menudo, tiene lugar una disminución en la frecuencia de las deposiciones, pasando de varias deposiciones al día a solo una al día o incluso pasar varios días sin deposiciones. Puesto que las deposiciones también suelen interpretarse como medidores de la ingesta de leche, la madre puede interpretar esta menor frecuencia como señal de una ingesta insuficiente.

Todos los factores que intervienen en la crisis de los tres meses la hacen muy compleja y, si no se conocen los mecanismos por los que se produce, el resultado es un abandono precoz de la lactancia con la sensación equivocada de falta de leche o de rechazo por parte del bebé.

4 meses (falsa crisis)

A partir de los 4 meses, muchos bebés aumentan el número de despertares nocturnos. Durante las tomas nocturnas, además, se muestran más demandantes y nerviosos. Las tomas cortas y el llanto hacen que las madres crean que el bebé se está quedando con hambre. Este comportamiento no está relacionado con el aporte de leche. Los bebés al nacer solo cuentan con dos fases de sueño, sobre los 4 meses incorporan las fases restantes. Esta evolución fisiológica del sueño resulta en un estado de sueño ligero que los lleva a aumentar el número de despertares nocturnos.

8 meses (falsa crisis)

Entre los 8 y 9 meses de vida, la conducta de los bebés torna a esquiva y asustadiza, además de sentir mucho apego hacia su madre, por otro lado, la demanda nocturna de tomas aumenta. En esta etapa surge la llamada «angustia de separación», donde empiezan a entender que ellos y su madre son entes diferentes y que pueden «perder» a su madre, lo que les produce una gran preocupación. Empiezan a percibir que, cuando se duermen, la vida continúa y que, aunque se duermen junto a su madre, cuando se despiertan no está, o bien se duermen en una habitación y se despiertan en otra. El pecho les hace más llevadera esta etapa emocionalmente complicada para ellos y ellas, por lo que la frecuencia y la duración de las tomas no están relacionadas con el suministro de leche, sino con la faceta emocional y la seguridad que les aporta el contacto materno.

1 año

Llegados al año de lactancia, los bebés en general dejan de mostrar interés por los alimentos o comen pequeñas cantidades de los mismos y aumentan la demanda del pecho.

A partir del año de vida, los bebés experimentan una reducción en su velocidad de crecimiento, lo que se traduce en un descenso de la ingesta de alimentos, aunque no por eso reducen la demanda de pecho o dejan de mamar.

Eliminar la lactancia para intentar que coman más cantidad de alimentación complementaria sería un error, resultando en un menor aporte de nutrientes, puesto que la leche materna sigue siendo una importante fuente nutricional.

Cuando la velocidad de crecimiento se incrementa de nuevo, aproximadamente sobre los 15-18 meses, los bebés empiezan a comer con mayor interés, adaptándose instintivamente sus necesidades.

2 años

Se produce una demanda del pecho de manera continua, se muestran nerviosos e inquisitivos y, si se les niega el pecho o se retrasa, se enfadan.

Esta etapa está centrada en el NO y la autoafirmación. Los niños quieren ser independientes, pero les causa inseguridad y el pecho les da seguridad. Esto suele durar unos meses. Cuando adquieren seguridad en sí mismos, la demanda se normaliza.

Consejos para superar las crisis de lactancia:

- Jamás, bajo ningún concepto, hay que forzar a un niño a mamar ni insistir demasiado para que tome el pecho. El resultado puede ser justamente el contrario y provocar un rechazo real donde hasta entonces no existía más que una crisis pasajera.
- Cuando un niño está en plena crisis, puede resultar muy útil darle el pecho en penumbra y en silencio ya que, cuantos menos estímulos externos haya, más tranquila será la toma.
- No esperar a que el niño llore para ponerlo al pecho, es posible que, para entonces, su ansiedad se traduzca en desesperación.
- Paciencia, mucha paciencia. Tal como ha llegado, la crisis se irá.

CONCLUSIONES

La mayoría de los rechazos del pecho son temporales y, en la mayoría de los casos, no suele pasar mucho tiempo antes de que el bebé vuelva a realizar tomas eficaces.

En las crisis de lactancia generalmente hay una asociación entre la producción y las nuevas exigencias del bebé que suele durar unos 2-3 días y repetirse en el tiempo.

REFERENCIAS

Alba-Lactancia Materna. http://www.albalactanciamaterna.org

La Leche League GB. Disponible en: https://www.laleche.org.uk

Lactapp. Disponible en: www.lactapp.es

SITUACIONES COMUNES EN LA LACTANCIA II:

LLANTO Y CÓLICO DEL LACTANTE. LACTANCIA PROLONGADA. LACTANCIA EN TÁNDEM

Autora \ Julia Jeppesen Gutiérrez

INTRODUCCIÓN

«El recién nacido (RN) tiene solo tres demandas: la calidez de los brazos de su madre, comida de su pecho y seguridad en el conocimiento de su presencia. La lactancia materna satisface los tres.»

Esta receta simple para mantener al RN feliz funciona para la mayoría de las familias que amamantan, pero algunos bebés siguen siendo «infelices», a pesar de los esfuerzos de sus padres para satisfacer sus necesidades. Los bebés pueden estar inquietos por diferentes razones y, en ocasiones, puede llevar tiempo y esfuerzo resolver la causa, pero el llanto requiere una respuesta; cogerlo e intentar averiguar por qué llora y calmarlo sería lo adecuado. Los RN que realizan «piel con piel», lloran menos veces y durante menos tiempo que los que no lo practican.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Es por esto que es importante transmitirles a los padres que cogerlo en brazos no lo va a «mal criar», todo lo contrario: aumenta la confianza en los padres, se relaja el bebé y aprende nuevas formas de comunicación.

El llanto excesivo de los recién nacidos es un área de preocupación importante para las familias y su búsqueda de asesoramiento y tratamiento resulta en un uso importante de recursos sanitarios. Dos estudios llevados a cabo en el Reino Unido encontraron que alrededor de 1 de cada 6 familias con bebés de entre 1 y 3 meses consultaban por este motivo.

En un estudio estadounidense, el 23 % de las madres informaron que el llanto excesivo del bebé era considerado por ellas como un problema moderado o grave. La naturaleza biológica del llanto infantil excesivo es muy debatida. ¿Refleja el dolor? ¿Se origina en el tracto gastrointestinal? ¿Es realmente un proceso de enfermedad o es de desarrollo? ¿Es una entidad o más de una? por ejemplo, ¿deberíamos distinguir el llanto intenso e insoportable, asociado al comportamiento relacionado con el dolor, del comportamiento de llanto y llanto prolongado mucho más frecuente que, a menudo, preocupa a los padres? ¿El llanto excesivo es un fenómeno moderno acentuado por nuevos aspectos de la cultura occidental, (por ejemplo, tomas menos frecuentes no a demanda), más separación entre el bebé y la madre, o un tiempo de respuesta materna más lento al llanto infantil? Estas cuestiones necesitan una evaluación detallada en vista de la magnitud del problema.

Cualquier enfoque racional del tratamiento debe basarse en un conocimiento de la demografía del comportamiento del llanto infantil y sus asociaciones. Varias publicaciones han relacionado el llanto infantil con el tracto gastrointestinal o la alimentación. Sin embargo, otros no lo han hecho y el progreso se ha visto obstaculizado por la confusión sobre lo que denota el término «cólico». Los estudios que se dirigen explícitamente al comportamiento de llanto evitan este problema, pero la mayoría de estos estudios se han referido a los lactantes amamantados y pocos han comparado a los bebés de lactancia materna con bebés de lactancia no materna. En el estudio de Bernal, RN de entre 5 y 9 días de vida no presentaron diferencias significativas entre el llanto de aquellos de lactancia materna y los de lactancia no materna. Barr *et al*. encontraron que los RN que iniciaban la lactancia tras el nacimiento se quejaban y lloraban con más frecuencia (pero no durante más tiempo) a las 6 semanas que los bebés alimentados con biberón, siendo la noche donde se observaban diferencias más claras.

CÓLICO/LLANTO

El cólico infantil es el término utilizado para describir el llanto excesivo de causa desconocida en bebés que de otra manera estarían bien. El cólico es uno de los problemas más angustiantes de la infancia. Es angustiante para el bebé, los padres y los profesionales sanitarios. Las causas de los cólicos no se conocen bien, pero se resuelve en la mayoría de los casos entre los tres y cuatro meses de vida.

El cólico es extremadamente común y ocurre hasta en el 40 % de los RN. Por lo general, comienza entre la tercera y sexta semana tras el parto y termina a los tres o cuatro meses de vida. El cólico ocurre con la misma frecuencia en los siguientes grupos:

- Hombres y mujeres.
- Bebés alimentados con leche materna y con biberón.
- Recién nacidos a término y prematuros.
- El primer y segundo hijo (y también otros hermanos).

Patrones normales de llanto: todos los bebés lloran más durante los primeros tres meses de vida que en cualquier otro momento. No existe una definición estándar para el llanto «excesivo», aunque es normal que los bebés lloren hasta dos horas al día. Los bebés sin cólico lloran, aunque, generalmente, con menos frecuencia y durante un tiempo más corto que los bebés con cólicos.

Cólico: el cólico es más que un llanto «normal» excesivo, al menos en algunos bebés. **La definición actual según los criterios Roma IV de «cólicos del lactante» es: «episodios recurrentes y prolongados de llanto queja o irritabilidad, referidos por los cuidadores sin causa aparente y que no pueden ser prevenidos ni resueltos por los mismos. Los episodios de llanto deben ser de 3 o más horas al día durante 3 o más días a la semana».**

El cólico difiere del llanto «normal» en las siguientes formas:

- Los episodios de llanto generalmente duran un total de más de tres horas al día.
- Cada episodio de cólico tiene un comienzo y un final claro, y el inicio no está relacionado con lo que estaba sucediendo antes de que comenzara el episodio; el bebé puede haber estado tranquilo, inquieto, mamando o incluso durmiendo. El episodio de llanto comienza de repente y, a menudo, ocurre en las horas de la tarde.
- Los episodios de cólico son más intensos, más fuertes y más agudos que el llanto «normal». Los bebés con cólico pueden sonar como si sintieran dolor o gritaran.
- Los bebés con cólico pueden tener síntomas físicos.
- Los bebés con cólico son difíciles o imposibles de calmar, sin importar lo que hagan los padres. Puede haber periodos de silencio, pero los bebés a menudo permanecen inquietos. El llanto puede terminar después de que el bebé expulsa gases o defeca.

Los comportamientos asociados como: llanto prolongado, expresión facial de dolor, distensión abdominal, aumento de gases, eritema corporal y flexión de piernas sobre abdomen no son claves diagnósticas indicativas de dolor o enfermedad orgánica. Maniobras calmantes como el masaje o balanceo rítmico

en un ambiente relajado tranquilizan al lactante, que reanudará el llanto tan pronto como cesen estas maniobras, y apoyan a su vez el diagnóstico.

Para todos los bebés, el cólico es un problema temporal. Se resuelve a los tres meses de edad en el 60 por ciento de los casos y a los cuatro meses en el 90 por ciento de los mismos.

Otras causas de llanto excesivo:

Además del cólico, existen otras razones por las que un bebé llora en exceso: desde problemas simples como el hambre hasta problemas más graves como la infección.

Primero se deben verificar las causas manejables de llanto:

- **Hambre:** alimentar al bebé para ver si el problema es el hambre. Aunque la mayoría de los bebés pequeños (menores de tres meses) se alimentan cada dos o cuatro horas, todos los bebés pasan por periodos en los que querrán alimentarse con mayor frecuencia (generalmente durante los periodos de crecimiento acelerado).
- **Dolor:** comprobar si el bebé se siente incómodo debido a una enfermedad o lesión física. Descartar que el bebé esté sobrecalentado o demasiado frío. Comprobar si la ropa o el pañal están demasiado apretados o si algún cabello está enredado alrededor de un dedo de la mano, un dedo del pie o el pene (llamado torniquete capilar).
- **Fatiga o sobreestimulación:** los bebés a menudo lloran cuando se cansan o se sobreestimulan por jugar o ser manipulados. Envolver al bebé sin apretarlo, dejando espacio para que pueda mover las piernas, ofrecer un cambio de escenario (pasearlo en carrito o en coche) puede ayudarle a quedarse dormido.
- **Sensibilidad a los alimentos:** los bebés pueden tener alergia o sensibilidad a los alimentos de la dieta de su madre o a algún componente de la fórmula. Existen alimentos que han demostrado poder tener relación con los cólicos afectando a la composición de la leche. Estos alimentos ocasionalmente pueden causar reacciones alimentarias y problemas digestivos como dolor abdominal, retortijones y diarrea. Los bebés también pueden ser alérgicos a la proteína de las fórmulas a base de leche de vaca o productos lácteos consumidos por la madre (si el bebé es amamantado). La alergia a la proteína de la leche de vaca puede causar irritabilidad y sangre en las heces. La intolerancia a la lactosa tiene poco o ningún efecto en el desarrollo del cólico.

  Se puede sospechar sensibilidad a los alimentos si un bebé llora o regurgita una gran cantidad en la primera hora tras la alimentación o si un bebé tiene estreñimiento o diarrea.

Dada su tendencia a la resolución espontánea en un 90 % de los casos, la finalidad del tratamiento consiste en ayudar y tranquilizar a la madre y a su pareja: explicarles a los padres que el llanto frecuente y prolongado de un bebé puede alterar considerablemente la vida familiar, pues el cansancio y la preocupación se van acumulando progresivamente. Es por esto que es importante tener en cuenta la importancia del descanso de madres y padres, buscando el apoyo de algún familiar.

Aunque sea una entidad benigna, el cólico del lactante está fuertemente asociado con la depresión materna y es, además, el mayor factor de riesgo del «síndrome del bebé zarandeado» y suele ser una causa frecuente del abandono de la lactancia materna.

Se desconoce su causa exacta, pero es fundamental descartar causas orgánicas subyacentes al llanto exacerbado (solo aparecerían en un 10 % de los casos), para poder efectivamente diagnosticar un «cólico del lactante».

Aunque pueden estar implicados varios factores, se baraja también que pueda ser una exacerbación del comportamiento infantil normal, mediada por una mezcla de factores fisiológicos (neurológicos, gastrointestinales...) y psicosociales. Algunos de estos factores pueden ser **problemas en la técnica de la alimentación (bebé ansioso al inicio de la toma o, en el caso de lactancia artificial, no utilizar la tetina adecuada), nerviosismo o estrés en el entorno, intolerancias o alergia a determinados componentes de la leche, problemas derivados de la inmadurez intestinal o alteraciones de la microflora intestinal.**

¿Qué podemos hacer para evitar los cólicos o calmar a los bebés?

Evitar la excesiva ansiedad del bebé en las tomas, procurando amamantar en un lugar tranquilo y aprovechando las señales precoces de hambre, pues si está demasiado hambriento, puede ser que coma muy deprisa y degluta gran cantidad de aire.

- **Revisar la técnica de lactancia, tanto materna como artificial.**
- **Hacer que expulse los gases después de cada toma, poniéndolo sobre nuestro hombro o sobre nuestras piernas y deslizar la mano sobre la espalda.**
- **No darle chupa, ni dejar que llore para evitar que trague aire.**
- **La madre evitará las bebidas con gas, cafeína o alcohol.**
- **Dar masajes suaves en la barriguita del bebé.**
- **También puede ayudar el contacto piel con piel o el porteo.**
- **En el momento del cólico, puede ayudar colocarlos boca abajo sobre nuestro antebrazo, con la cara hacia el codo, de manera que nuestra mano puede hacer cierto masaje en la tripa, mientras la mano libre acaricia suavemente la espalda.**

Debemos de prestarle ayuda a una madre cuyo bebé llora mucho. Intentaremos buscar la causa. Escucharemos a la madre ayudándola a expresar sus sentimientos, mostrándole empatía. Además, evaluaremos una toma y obtendremos una historia sobre el comportamiento del bebé, la dieta de la madre, el consumo de alcohol, tabaco o bebidas estimulantes con cafeína, además de la existencia o no de presiones familiares. También examinaremos al bebé, su ganancia ponderal y crecimiento. La escucha ha de ser activa, aceptando las ideas de la madre sobre las razones por las que llora, sus sentimientos, elogiándola sobre el crecimiento del bebé y transmitiendo el mensaje de que ella le está dando todo lo que necesita. Lo importante es reforzar la confianza de la madre en sí misma y dar apoyo.

Facilitaremos a la familia la información pertinente:

- El bebé tiene necesidad real de que lo consuelen y el llanto no siempre es de hambre.
- El llanto normalmente disminuirá cuando el bebé tenga 3-4 meses.
- No se recomienda medicación para el cólico, ya que no es eficaz.
- No es necesario ni es útil darle otros alimentos.
- No hay peligro porque el bebé mame para calmarse; sí lo hay al usar biberones y tetinas. Debemos ofrecer el pecho a demanda, este no produce obesidad.

Mitos de los cólicos:

Existen varios mitos sobre las causas y el tratamiento del cólico. Los mitos, a menudo, se desarrollan para explicar problemas que no se comprenden bien.

- **Los bebés no lloran para manipular a los padres.**
- **No es posible malcriar a un bebé cogiéndolo en brazos o consolándolo.**
- **Los cereales de arroz no mejoran los cólicos. Los bebés solo deben recibir leche materna o fórmula hasta que tengan seis meses.**
- **Los estudios demuestran que la simeticona y la lactasa no ayudan a resolver los cólicos. La simeticona también puede reaccionar con la levotiroxina, un medicamento utilizado para tratar el hipotiroidismo congénito, lo que resulta en un tratamiento inadecuado del hipotiroidismo.**

LACTANCIA MATERNA PROLONGADA

«El extendido término de “LM prolongada” puede llevar a confusión y hacer pensar que la LM en niños mayores de un año está “más allá de las recomendaciones”, cuando en realidad es un objetivo de salud materno-infantil».

La lactancia materna continúa haciendo una importante contribución nutricional mucho más allá del primer año de vida del bebé como fuente importante de energía y proporcionando nutrientes clave para el bebé en crecimiento.

Estudios realizados en países en vías de desarrollo demuestran que la lactancia materna a demanda y frecuente se asocia con un mayor crecimiento lineal y protege en mayor medida la salud infantil, retrasando la fertilidad materna posparto y reduciendo el riesgo de morbilidad y mortalidad del niño.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida con el fin de lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

Posteriormente, y para cumplir con las necesidades nutricionales, los bebés deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros mientras continúan con lactancia materna hasta los dos años o más.

Según los resultados del estudio de la antropóloga Kathy Dettwyler, la duración normal y natural de la lactancia materna para los humanos modernos cae entre un mínimo de 2.5 años y un máximo de aproximadamente 7 años. Hace más de 100 años, la lactancia materna prolongada era una norma cultural. Dettwyler destaca que: «Muchos primates destetan a su descendencia cuando están saliendo sus primeros molares permanentes. Esto ocurre alrededor de cinco años y medio a seis años en humanos modernos, aproximadamente al mismo tiempo que se logra la competencia inmune de los adultos, lo que sugiere que, a lo largo de nuestro pasado evolutivo reciente, las inmunidades activas proporcionadas por la leche materna estuvieron normalmente disponibles para el niño hasta aproximadamente esta edad».

El informe de UNICEF, titulado *Prevención de enfermedades y ahorro de recursos*, publicado el 18 de octubre de 2012, establece que cuanto más tiempo se amamanta a un bebé, mayores son los beneficios para la salud, tanto para la madre como para el niño. El sistema inmune de un niño tarda entre dos y seis años en madurar por completo. La leche humana continúa complementando y estimulando el sistema inmune durante el tiempo que se le ofrece. Estudios relacionados con la incidencia de enfermedades en niños pequeños amamantados o destetados refleja esta dinámica. Un amplio estudio sobre la relación entre el rendimiento cognitivo (puntuaciones de coeficiente intelectual, calificaciones escolares) y la lactancia materna demostró mayores beneficios para los niños que fueron amamantados durante más tiempo.

Las madres que amamantan se benefician de estar cerca de sus hijos y a los niños les encanta la comodidad y la seguridad de estar en brazos de sus madres. Interrumpir involuntariamente esta relación es algo que puede resultar en angustia emocional innecesaria y continua, además de una pérdida de beneficios para la salud de ambos, restándole el derecho al bebé de ser amamantado.

No hay forma de saber con certeza cuál es la duración «natural» de la lactancia materna puesto que en realidad «lo natural» como tal no existe. La lactancia materna es una práctica que tiene tanto de biológico como de cultural y social, y que ha ido experimentando cambios en el tiempo y en el espacio.

La leche materna no pierde propiedades con el paso del tiempo, aunque los estudios sobre niños amamantados más allá de los dos años son escasos, la información disponible indica que la lactancia materna sigue siendo una fuente valiosa de nutrición y protección frente a enfermedades durante toda la duración

de la misma. Incluso, algunos de los factores inmunitarios de la leche materna aumentan su concentración durante el segundo año de lactancia y, también, durante el proceso de destete. Perrin demostró que la leche materna, en el segundo año después del parto, contenía concentraciones significativamente más altas de proteínas totales, lactoferrina, lisozimas e inmunoglobulina A, en comparación con muestras de donantes de bancos de leche de antes de 12 meses postparto y, en cambio, concentraciones significativamente más bajas de zinc, calcio, hierro y oligosacáridos.

Tras el primer año de vida, las madres que han estado lactando, tienen significativamente aumentado el contenido energético y la cantidad de grasa, en comparación con la leche de mujeres que han estado lactando por periodos más cortos, así, durante la lactancia prolongada, el aporte energético de la leche materna a la dieta infantil podría ser significativo. Resultando en un alimento muy completo y, sin duda, de mayor calidad que cualquier otro producto lácteo que le podamos ofrecer al bebé. Un niño mayor de un año obtiene, al menos, 1/3 de sus necesidades calóricas y proteicas a través de la LM, además de una importante cantidad de vitaminas y minerales.

Duración de la LM

Muchas madres no suelen decidir con antelación cuándo abandonarán la lactancia. Todas coinciden en que a medida que el bebé va creciendo, la presión externa para que destete va en aumento. Las estadísticas de los servicios de salud muestran que cada vez más madres amamantan y lo hacen durante más tiempo.

No suelen coincidir las expectativas con realidad. Del mismo modo que hay madres que abandonan la lactancia materna de sus hijos antes de lo que tenían pensado por varias razones, es fácil que una madre se sorprenda al ver a otra amamantar a un bebé de varios años y, luego, verse a sí misma, pasado el tiempo, amamantando a su hijo durante más tiempo aún.

A nivel global, las tasas de LM al año de vida son del 74 %, reduciéndose a un 46 % a los 2 años. Siendo, para todos los intervalos de edad, el África subsahariana y el sur de Asia los que presentan porcentajes más altos de LM con casi un 70 % de LM a los 2 años. En el este de Asia, Europa Central y del Este, estados independientes Commonwealth y Latinoamérica-Caribe, solo la mitad de los niños siguen recibiendo LM al año de vida, viéndose esta cifra disminuida al 30 % a los 2 años. UNICEF no dispone de datos de los países con mayores ingresos, pero se ha estimado en un estudio reciente que solo un 20 % continua con LM al año de vida, existiendo amplias diferencias entre países (27 % EEUU, 35 % Noruega, 16 % Suecia, <1 % RU) No se disponen de datos de la situación a los 2 años de vida.

La alimentación óptima, según la OMS, es la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé y mantener la lactancia materna, complementada con otros alimentos saludables y adecuados, hasta un mínimo de dos años y durante tanto tiempo como madre e hijo así lo deseen.

La Asociación Española de Pediatría suscribe las recomendaciones de los organismos internacionales y la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que la lactancia materna se continúe, por lo menos, durante el primer año de vida o más, siempre que la madre y el hijo lo deseen. Una mayor duración de la lactancia materna confiere importantes beneficios de salud y desarrollo para el niño y la madre. No habiendo un límite superior para la duración de la lactancia materna y no existiendo evidencia de daños psicológicos o en el desarrollo cuando la lactancia materna alcanza el tercer año de vida o más:

> **«La Academia no ha establecido un límite superior a la duración de la lactancia materna. Hay niños que son amamantados hasta los 4, 5 ó 6 años. Esto puede ser infrecuente pero no perjudicial».**
>
> *Dr. Lawrence Gartner*

Las prácticas de LM a lo largo de los siglos, llevadas a cabo por los seres humanos como especie de mamíferos, según los estudios antropológicos oscilarían entre los 18 meses y los 3 años, la etnografía habla de un año en Samoa y 7 años para los esquimales, mientras que en la etología se hablan de 2,2 a 7 años. La historia hace referencia a 3 años de lactancia, siendo en el caso de la literatura y el arte los datos encontrados más variables. Por último, estudios radio-químicos de hueso y dientes, hablan de un inicio de la dentición con la introducción de la alimentación complementaria y una erupción total de la dentición coincidiendo con el destete. Los estudios realizados en los fósiles de **Atapuerca** concluyen que la leche materna tendría que ser el alimento principal de los seres humanos **durante sus cuatro primeros años de vida.**

LACTANCIA MATERNA EN TÁNDEM

La lactancia materna en tándem hace referencia a el caso en el que una madre está amamantando a su hijo, se queda embarazada y decide no interrumpir la lactancia y seguir dando el pecho durante todo el embarazo. Una de las principales preocupaciones de madres y profesionales, en relación con la lactancia en tándem, es el riesgo de aborto o parto prematuro por la idea generalizada de que la oxitocina, liberada por el estímulo del pecho durante el amamantamiento, puede ser un factor causal de dinámica uterina. En una revisión sistemática de 2017 sobre la lactancia durante el embarazo, los autores sugieren que la lactancia en tándem no afecta a la forma en que terminan los embarazos y tampoco al peso al nacer, por lo que se descarta una mayor incidencia de partos prematuros o pretérmino en gestaciones no complicadas o de bajo riesgo.

Sin embargo, no hay estudios que den respuestas claras a cómo la lactancia en tándem puede afectar al estado nutricional materno en los países desarrollados, o pueda afectar al crecimiento y la salud de los hermanos amamantados, así como las preguntas sobre la composición de la leche materna o el crecimiento del recién nacido después del parto. Como es habitual, se concluye que se necesitan más estudios con muestras más amplias, metodología adecuada y control adecuado de los principales factores de confusión.

En los casos de gestaciones de riesgo o complicadas (múltiples, amenaza de aborto o amenaza de parto prematuro, hemorragias...), la decisión sobre continuar o no con la lactancia durante la gestación, deberá realizarse tras poner en

común con la madre un análisis individualizado de los riesgos y beneficios aportados por los profesionales sanitarios encargados del control de su embarazo.

En la lactancia en tándem, una vez nacido el pequeño, la madre amamanta a los dos conjuntamente o por separado, teniendo en cuenta que la *Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna* del MSSI recomienda que, aunque no se han demostrado efectos perjudiciales para el recién nacido cuya madre amamanta durante el embarazo a un hijo mayor, es importante que la madre dé preferencia al amamantamiento del recién nacido ya que, poco antes y tras el nacimiento del nuevo bebé, la leche materna pasa por una etapa calostral. Por lo que, especialmente en esos primeros días, es importante priorizar la alimentación del recién nacido.

Para algunas mujeres, durante las tomas, puede darse lo que se llama «agitación del amamantamiento», descrita como la situación en la que la madre experimenta angustia e, incluso, rechazo a dar el pecho a su bebé. Durante la toma, la madre experimenta un intenso malestar emocional y, en ocasiones, también físico. La mujer vive cada toma con urgencia e impaciencia porque esta termine llegando a provocar una reducción considerable en el número de tomas que hace el hermano mayor.

Se sigue produciendo leche materna, pero en una cantidad mucho más reducida y esto es algo que disgusta a muchos niños que continúan mamando durante la gestación, por lo que algunos prefieren dejarlo.

Aproximadamente un 60 % de los niños se destetan durante el embarazo de su madre, de ellos, algo más de una tercera parte lo hacen entre el tercer y cuarto mes de gestación, coincidiendo con la caída de la producción y el resto hacia el final del segundo trimestre. Antes se creía que lo dejaban por el cambio de sabor al aparecer el calostro, pero ahora se sabe que la leche materna no se transforma en calostro hasta pocos días antes del parto.

El hermano mayor no le «roba» la leche materna al pequeño. De hecho, la lactancia en tándem hace que la pérdida de peso del recién nacido sea menor y se recupere más rápidamente. También es habitual que en el hermano menor no se observen las conocidas crisis de crecimiento. Siempre parece haber leche materna de sobra. No solo no afecta negativamente, sino que el mayor puede aliviar la plétora experimentada tras la subida de la leche, además de ayudar a favorecer la producción de la misma incluso cuando el RN no realiza tomas efectivas.

Es frecuente que, sobre todo el primer mes de vida, el hijo mayor mame igual o más que el pequeño, y que cada vez que el recién nacido pida, se acerque a mamar, pero esto no es un problema para el recién nacido que suele ganar peso con velocidad. Muchas madres optan por amamantar en primer lugar al RN, pero lo importante es que el RN haga al menos de 8-12 tomas diarias, que no cambie de pecho en la toma hasta haber vaciado el pecho de forma eficaz. Mientras más a menudo se vacíen las mamas, mayor producción de leche experimentarán las mismas. En ocasiones, ambos mamarán al mismo tiempo, alternando las mamas y, en otros casos, cada uno elegirá un pecho. Inicialmente esto

puede resultar en una discrepancia entre las mamas por una mayor producción y vaciado de la mama elegida por el hermano mayor. Pero es una cuestión temporal que se resolverá de forma espontánea.

Para el o la hermana mayor, la lactancia en tándem puede suponer una adaptación a la nueva situación. Evitando regresiones o sentimientos de desplazamiento, además de fomentar una relación con el nuevo bebé simbólica desde el inicio.

A finales de 1999, un estudio prospectivo de búsqueda llevado a cabo en Barcelona, con captación de casos y recogida de datos mediante una encuesta, que posteriormente se repitió en 2006 con resultados similares, concluyó que seguir dando el pecho durante el embarazo supone muy poco coste energético, al disminuir de manera importante la producción. En el estudio no hubo diferencias significativas entre ambos embarazos (lactando y sin lactar) en las cifras de hemoglobina de la madre. Tampoco hubo diferencias significativas en la media de ganancia de peso de las madres durante el embarazo. Queda todavía la duda sobre en qué momento se convierte en calostro, pero los científicos piensan que la transición se produce unos pocos días antes del parto. Más de la mitad de mujeres tenían contracciones mientras amamantaban que cedían espontáneamente cuando soltaba el niño el pecho.

No hubo pues diferencias significativas en cuanto a duración de los embarazos, comparando embarazo sin lactancia a embarazo con lactancia materna. Incluso, alguna madre intentó ponerse de parto dejando que el hijo mamara mucho y no lo consiguió.

REFERENCIAS

Barr, R. G., Kramer, M. S., Pless, I. B., Boisjoly, C., & Leduc, D. (1989). Feeding and temperament as determinants of early infant crying/fussing behavior. Pediatrics, 84(3), 514-521.

Barr, R.G., Konner, M., Bakeman, R., & Adamson L. (1991). Crying in !Kung San Infants: a test of the cultural specificity hypothesis. Developmental Medicine & Child Neurology, 33: 601-610. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14930.x

Bernal, J. (1972). Crying during the first 10 days of life, and maternal responses. Developmental Medicine & Child Neurology, 14(3), 362-372.

Dick-Read, G., Snaith, L., & Coxon, A. (1968). Childbirth without fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth. London, Heinemann Medical.

Dettwyler, K. (1995). A natural age of weaning. Breastfeeding: Biocultural Perspectives. (Acceso: 8 February 2018)

Forsyth, B.W., Leventhal, J.M., & McCarthy, P.L. (1985). Mothers' perceptions of problems of feeding and crying behaviour. American Journal of Diseases in Childhood, 139(3):269–272. doi:10.1001/archpedi.1985.02140050063023

Forsyth, B.W.C. (1989). Colic and the effect of changing formulas: A double-blind, multiple-crossover study. Journal of Pediatrics, 115(4):521–527. ISSN 0022-3476, https://doi.org/10.1016/S0022-3476(89)80274-4.

Goldman, A. S., AS, G., & RM, G. (1983). Immunologic components in human milk during the second year of lactation. Acta Paediatr Scand, 72:461-62

Gulick, E. E. (1986). The effects of breast-feeding on toddler health. Pediatric nursing, 12(1), 51-54.

Illingworth, R. S. (1985). Infantile colic revisited. Archives of disease in childhood, 60(10), 981–985. https://doi.org/10.1136/adc.60.10.981

James-Roberts, I.S. & Halil, T. (1991), Infant Crying Patterns in the First Year: Normal Community and Clinical Findings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32: 951-968. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01922.x

Lester, B.M., Boukydis, C.F.Z., Garcia–Coll, C., Hole, W., & Peucker, M. (1992). Infantile colic: acoustic cry characteristics, maternal perception of cry, and temperament. Infant Behaviour and Development, 15 (1):15 – 26. ISSN 0163-6383, https://doi.org/10.1016/0163-6383(92)90003-O.

Lester, B., Barr, R., editors. (1997) Colic and Excessive Crying. Columbus, Ohio: Ross Products Division, Abbott Laboratories.

López-Fernández, G., Barrios, M., Goberna-Tricas, J., & Gómez-Benito, J. (2017). Breastfeeding during pregnancy: A systematic review. Women and birth: journal of the Australian College of Midwives, 30(6), e292–e300. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.05.008

Lothe, L., & Lindberg, T. (1989). Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants: a double blind crossover study. Pediatrics, 83 (2) 262-266.

Marcos-Marcos, I. & Torras i Ribas, E. (2006). Lactancia materna durante el embarazo y en tándem. IV Congreso español de Lactancia materna. Puerto de la Cruz (Tenerife). Mesa redonda: Lactancia materna en situaciones especiales. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/programa_final_iv_congreso_lactancia_materna_2006.pdf

Messer, D., Harris, G., & St James-Roberts, I. (1993). An overview of infant crying, feeding and sleeping problems. Infant crying, feeding and sleeping, 211-229.

Miller, A.R., & Barr, R.G. (1991). Infantile colic: Is it a gut issue? Pediatric Clinics of North America, 38(6):1407–1423. ISSN 0031-3955, https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)38227-X.

Mohrbacher, N., & Stock, J. (1997). The breastfeeding answer book. Rev.ed.

St. James–Roberts, I., Hurry, J., & Bowyer, J. (1993). Objective confirmation of crying durations in infants referred for excessive crying. Archives of Disease in Childhood, 68:82–84.

St. James–Roberts, I., Conroy, S., & Wilsher, K. (1996). Bases for maternal perceptions of infant crying and colic behaviour. Archives of Disease in Childhood, 75:375–384.

Saarinen, U. M. (1982). Prolonged breast feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. Acta Paediatrica, 71(4), 567-571.

Sung, V. (2018). Infantile colic. Australian prescriber, 41(4), 105.

Turner, T. L., & Palamountain, S. (2018). Patient education: Colic (excessive crying) in infants (Beyond the Basics). Accessed at, 13.

UNICEF.https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2012/11/Preventing_disease_saving_resources.pdf

UNICEF. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF. Octubre 2016. ISBN:978-92-806-4852-2. Disponible en: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/unicef_2016_from_the_first_hour_of_life.pdf

Van den Bogaard, C., Van den Hoogen, H. J., Huygen, F. J., & Van Weel, C. (1991). The relationship between breast-feeding and early childhood morbidity in a general population. Family medicine, 23(7), 510-515.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., & Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, 387(10017), 475-490.

Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., HARRIS, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called" colic". Pediatrics, 14(5), 421-435.

Whitford, H. M., Wallis, S. K., Dowswell, T., West, H. M., & Renfrew, M. J. (2017). Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2). https://doi.org//10.1002/14651858.CD012003.pub2

WHO. Continued breastfeeding for healthy growth and development of children. (2019). Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/continued_breastfeeding/en/

Zeevenhooven, J., Koppen, I. J., & Benninga, M. A. (2017). The new Rome IV criteria for functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition, 20(1), 1-13.

AFECCIONES DEL PECHO PRECOCES I Y II:

DOLOR, INGURGITACIÓN MAMARIA, ALTERACIONES DEL PEZÓN

Autora \ Carmen Rosa Martel Santiago

INTRODUCCIÓN

En este tema podremos conocer y evaluar afecciones del pecho que aparecen precozmente: dolor, grietas, etc. Trataremos sobre la valoración de la ingurgitación mamaria y las posibles anomalías del pezón que pueden interferir con un adecuado agarre.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

DOLOR EN LA LACTANCIA

PUNTO CLAVE \ El dolor en las mamas y pezones son las causas más comunes de una interrupción inicial de la lactancia materna, después de la sensación de hipogalactia. El dolor del pezón puede producir una inhibición del reflejo de eyección de la leche, resultando una baja producción de la misma.

Dependiendo de la localización y de su instauración, podemos clasificar el dolor asociado a la lactancia en:

- Según localización: dolor de pezón («pezón dañado») o dolor mamario («mastalgia»).
- Según su instauración o duración: dolor inicial o transitorio que se produce en la primera semana de lactancia, dolor de las primeras semanas de lactancia o dolor persistente que se produce más allá de dos meses tras el parto.

El dolor en el pezón supone un motivo de preocupación para las madres, no solo en el periodo inmediato posterior al parto, sino también entre dos semanas y un mes después del nacimiento. Este dolor produce que la sensación de validez percibida por la madre en la lactancia disminuya, conllevando un estrés psicológico importante que puede interferir con la actividad general, el estado de ánimo, el sueño, el vínculo entre la madre y el RN y se correlaciona con la depresión postparto. El método ideal de ayudar a las madres a establecer una lactancia materna cómoda e indolora para continuar amamantando aún no se ha establecido y se necesita investigación con urgencia en este área.

Etiología. Las principales causas de dolor en el pezón y las mamas incluyen:

- Lesión en el pezón por succión o agarre inadecuado o por trauma en la mama.
- Mal agarre (posición incorrecta que causa fricción en el pezón, agarre superficial, ingurgitación, pezón plano o invertido).
- Problemas de succión del bebé por anomalías congénitas (anquiloglosia, retrognatia, alteraciones del paladar) o adquiridas (disfunción motora oral secundaria).
- Daño por uso de dispositivos (pezoneras, extracción con copa de sacaleches de talla inadecuada o usado incorrectamente).
- Limpieza vigorosa de las mamas, exceso de lavado, uso de productos potencialmente irritantes, cuidados locales erróneos (cremas inadecuadas).
- Ingurgitación mamaria y obstrucción de los conductos.

Otras causas de dolor, como la ampolla de leche o punto blanco, infecciones del pezón y las mamas (*Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, virus del herpes

simple) dermatitis del pezón, psoriasis, enfermedad de Raynaud (vasonconstricción del pezón) se desarrollan en los temas siguientes.

El dolor por lesión del pezón debe distinguirse del aumento de sensibilidad del pezón que se produce a final del embarazo y en los primeros días postparto (3° a 6° día, con pico máximo el día 3°). Hasta un 79 % de las madres primíparas experimentan este aumento de sensibilidad, con molestias que se limitan al inicio del agarre, y puede deberse a:

- Elongación de las fibras de colágeno (que disminuye al aumentar la flexibilidad del pezón).
- La falta inicial de una capa de queratina establecida sobre el epitelio del pezón.
- El incremento de la vascularización del pezón y la denudación epitelial normal.
- La presión negativa previa a la eyección láctea (succión en conductos aún no llenos).
- Esta sensibilidad aumentada/molestia del pezón se presenta incluso con un agarre adecuado. En todo caso, siempre deberemos comprobar el agarre. Este hecho es transitorio, no debe continuar durante toda la toma y debe resolverse por completo después de la primera o segunda semana. En cualquier caso, el dolor no es severo. Si es necesario, la madre puede usar antinflamatorio antes de la toma.

PUNTO CLAVE \ La sensibilidad normal del pezón disminuye aproximadamente 30 segundos a 1 minuto después de comenzar la succión. También disminuye después del cuarto día posparto y se resuelve completamente sobre los siete días después del parto. En contraste, si el dolor persiste o va en aumento durante la toma, es severo o se extiende más de la primera semana postparto, es más probable que se deba a una lesión en el pezón o grieta.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

PUNTO CLAVE \ La evaluación del dolor de las mamas comprende:

- **Historia clínica completa.**
- **Examen físico del recién nacido, de las mamas y los pezones de la madre.**
- **Observación de la toma.**

Historia clínica

Las claves en la historia clínica son:

- Momento de aparición del dolor: el dolor al principio de la lactancia suele deberse a un mal agarre, las causas infecciosas del dolor en las mamas suelen producirse más tarde.
- Descripción del dolor: la forma en la que se experimenta, por ejemplo, el dolor que se produce en la madre que siente la plenitud de sus mamas puede deberse a una producción excesiva de leche.
- Valoración de las tomas en cuanto a frecuencia y duración.
- Lactancia materna previa.
- Infecciones previas.
- Cirugía de mama que incluye reducción mamaria, perforaciones e implantes, o la presencia de pezones invertidos.
- Antecedentes de dolor en el pezón o sensibilidad extrema durante el embarazo.
- Historia del síndrome de Raynaud o enfermedad autoinmune.

Examen Físico

Comprende el examen del recién nacido y examen de las mamas.

Recién nacido

El examen físico del RN debe centrarse en la cabeza y el cuello.

- La tortícolis suele causar un pezón doloroso unilateral.
- Presencia de frenillo lingual.
- Labio y/o paladar hendido, retrognatia, adenoides grandes con respiración bucal y actitud defensiva oral son otras razones de dificultad para lograr un cierre amplio no traumático con buen vacío.
- La candidiasis mucocutánea que afecta a la cavidad oral (p. ej., candidiasis bucal) o al área del pañal puede estar asociada con dolor en las mamas.

Examen de las mamas

Se deben inspeccionar los pezones de la madre para detectar hinchazón, erupción cutánea, vasoespasmo, pezones impetiginizados, conductos bloqueados, abrasiones, úlceras y grietas abiertas. También se debe realizar un examen completo de las mamas para identificar ingurgitación, masas, abscesos, un aumento de sensibilidad o las áreas de eritema que

indiquen mastitis. (Véase algoritmo de «Abordaje del dolor en el pezón y las mamas». *Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna*. SNS).

Valoración de una toma

Es importante observar un episodio de lactancia materna, dado que la mayoría de las causas del dolor de mamas en la madre se deben a una técnica incorrecta (mal agarre) de lactancia. El agarre y la técnica de alimentación deben ser evaluados directamente. Por ejemplo, un agarre deficiente puede provocar lesiones en el pezón y puede interferir con la capacidad del RN para vaciar el seno, lo que puede ocasionar ingurgitación, conductos obstruidos, mastitis y abscesos mamarios. La observación y el asesoramiento debe ser realizado por un profesional experto en lactancia materna.

PUNTO CLAVE \ La corrección de la posición del agarre es la recomendación más común basada en la experiencia para el tratamiento del dolor en el pezón y, si se realiza dentro de la primera semana de nacimiento, se ha asociado con una mayor duración de la lactancia materna y menos problemas de lactancia.

MANEJO GENERAL

El manejo incluye la prevención de lesiones en los pezones y la curación de los pezones traumatizados.

Prevención

- Las técnicas más efectivas para prevenir el traumatismo del pezón son la colocación y agarre adecuado del RN. Antes del alta hospitalaria se debe dar pautas con respecto a la prevención de la ingurgitación. La ingurgitación interfiere con el enganche correcto, lo que contribuye a la lesión del pezón. Y a la inversa, el dolor en el pezón contribuye a una extracción de leche deficiente, lo que produce ingurgitación.
- Evitar el exceso de humedad de los pezones y limpiadores irritantes. Se debe permitir que los pezones se sequen al aire suavemente después de amamantar.
- Las anomalías del pezón detectadas antes del parto deben ser evaluadas por un profesional de lactancia. Las anomalías de la cavidad oral del RN deben evaluarse durante su estancia en la maternidad. Si existe sospecha de anquiloglosia, se debe evaluar la funcionalidad de la lengua durante el amamantamiento y, tras ello, valorar la opción de realizar frenectomía para facilitar la lactancia materna y disminuir el dolor en el pezón.

Cuidados del pezón traumatizado (grieta)

(Se muestra entre paréntesis la calidad de la evidencia de los estudios en que se basa la recomendación)

- Evaluación de la posición del RN, el enganche y corrección, si la técnica es inadecuada. Se debe amamantar primero en el lado no afectado. Si la madre no puede lograr la colocación adecuada y continúa el dolor, debe buscar asesoramiento y valorar suplementar al RN con leche materna extraída hasta que se solucione el problema.
- Añadir apósitos en gel de glicerina no mejora el dolor, la curación de las lesiones ni la satisfacción materna frente a la educación individual. **(Calidad baja)**
- Las pezoneras con lanolina tampoco mejoran el dolor, la curación de las lesiones ni la satisfacción materna frente a la educación individual. **(Calidad baja)**
- Los apósitos en gel de glicerina podrían curar más que las pezoneras con lanolina, pero el intervalo de confianza no es significativo. **(Calidad baja)**
- Añadir lanolina no reduce el dolor, ni las lesiones ni aumenta la duración de la lactancia materna, aunque la satisfacción materna es ligeramente superior con lanolina frente a no hacer nada. **(Calidad baja)**

- Aplicar leche materna no difiere de forma significativa con no hacer nada. **(Calidad baja)**
- Aplicar leche materna extraída reduce el dolor y mejora la curación de las lesiones del pezón entre el 4° y 5° día frente al uso de lanolina. **(Calidad moderada)**
- La aplicación de ungüento multiusos reduce más el dolor en el pezón que la aplicación de lanolina, aunque las mujeres que recibieron lanolina estaban más satisfechas a las 12 semanas que las que recibieron pomadas multiusos. **(Calidad moderada**)
- El aloe vera mejora el dolor al tercer y séptimo día de tratamiento frente al uso de lanolina. **(Calidad baja)**
- La esencia de menta reduce el dolor a los 14 días postparto, mejora la curación de las grietas del pezón y disminuye el número de mujeres con secreciones en el pezón a los 10 y 14 días postparto en comparación con la leche materna. **(Calidad baja**)
- Las pezoneras se sugieren como medida a corto plazo para los RN prematuros, o para madre con pezones invertidos, pero se recomienda precaución con respecto al uso a largo plazo.
- El consejo clínico para las ampollas de leche consiste en la aplicación de una compresa tibia seguida de la lactancia materna o la punción con una aguja estéril (véase tema específico). El dolor en el pezón debido a una infección puede tratarse con antibióticos para la infección bacteriana confirmada, o un antifúngico para la infección por cándida. La dermatitis puede tratarse evitando los irritantes y puede requerir un ciclo corto de corticoides tópicos. La psoriasis del pezón también puede tratarse con corticosteroides tópicos. El dolor debido al fenómeno de Raynaud puede tratarse mediante el uso de medidas simples como el calor y la evitación de los vasoconstrictores, así como la prescripción de nifedipino.
- Se recomienda identificar la causa y prestar el apoyo necesario (técnicas de comunicación y consejería) hasta conseguir una posición y agarre adecuados. Si la mujer está utilizando una crema que cree que le ayuda y se ha demostrado su seguridad, respetar su uso, siempre y cuando no se trate de una crema perjudicial para ella o para el RN o que deba ser retirada antes de cada toma (más información en *Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Guías de Práctica Clínica en el SNS*. MSSI).

INGURGITACIÓN MAMARIA

PUNTO CLAVE \ La ingurgitación se produce a partir de un edema intersticial al iniciar la lactancia, tras el parto o en cualquier momento durante la lactancia, por acumulación de exceso de leche.

Manifestaciones clínicas

La ingurgitación mamaria se presenta cuando las mamas se rellenan con leche y se inflaman, se ponen duras y dolorosas. Un gran número de mujeres la presentan generalmente en los primeros días después del parto, y puede llegar a ser angustiante para la madre, ya que tiene que afrontar la demanda nutritiva del recién nacido. La ingurgitación mamaria puede provocar que las mujeres no logren comenzar exitosamente la lactancia, que renuncien a lactar o que aparezcan enfermedades graves como la infección mamaria.

PUNTO CLAVE \ Son factores de riesgo para la ingurgitación mamaria el exceso de sueroterapia intravenosa intraparto, la separación del binomio madre-recién nacido y la limitación de las tomas o desconocimiento de las señales precoces de hambre del bebé.

La ingurgitación puede ocurrir en diferentes momentos después del parto:

- Ingurgitación primaria: se produce con el inicio de la producción de leche abundante (es decir, la etapa de lactogénesis II), generalmente entre los 3-5 días posteriores al parto. Se debe a un edema intersticial de la mama provocado por la disminución de los niveles de progesterona después del alumbramiento.
- La ingurgitación secundaria: generalmente ocurre más tarde cuando hay un desajuste entre la producción de leche de la madre y la cantidad de leche extraída por su RN. Esto puede ocurrir por una estimulación excesiva o toma de medicamentos para aumentar la producción de leche al disminuir la extracción de leche por no alimentar al bebé con frecuencia (por ejemplo, destete) o durante periodos de enfermedades infantiles.

Manejo

El mejor manejo depende de la extracción adecuada de la leche. Para la ingurgitación primaria, es importante asegurar las buenas técnicas de lactancia y un asesoramiento adecuado de enfermería.

Para el tratamiento de la ingurgitación mamaria, se recomienda realizar tomas frecuentes e ilimitadas, incluyendo tomas prolongadas del pecho afectado, realizar masaje en el pecho y, si es necesario, realizar la extracción manual de la leche y tomar analgesia.

Para facilitar la salida de la leche, antes de amamantar puede ayudar las duchas calientes o la aplicación de compresas calientes (aplicándolos por periodo de tiempo muy limitado puesto que el calor puede aumentar el edema intersticial y con ello la ingurgitación), masajear el pecho y realizar la extracción manual de la leche o calostro para ablandar la areola y facilitar el agarre.

También se recomienda amamantar de forma frecuente (primero del pecho ingurgitado) y la toma de antiinflamatorios (por ejemplo, ibuprofeno 400 mg cada 4-6 horas). La aplicación de frío puede ser una forma eficaz de bajar la inflamación del pecho, aplicándolo siempre dejando libre el área del pezón y la areola ya que su aplicación sobre estos puede provocar isquemia dolorosa del pezón. La utilización de oxitocina, ultrasonidos, o la aplicación de tratamientos fríos tras la toma (packs de gel, hojas frías de col) son tratamientos que en algunos artículos se consideran útiles, aunque su efectividad no ha quedado demostrada (*Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna*. Guías de Práctica clínica en el SNS).

Si el lactante no puede mamar de forma adecuada, se deben tomar medidas para auxiliar a la madre, sugiriendo que se masajee el pecho y realice, después, una extracción manual por algunos minutos, a fin de permitir que se ablande la areola y facilite el agarre, o continuar la extracción manual o mecánica de la leche una vez se haya conseguido reducir la congestión y el edema. Posteriormente, la leche se le puede administrar al lactante por medio de vaso, dedo-jeringa (ver tema 6.3 métodos de suplementación) y se puede alentar a la madre a amamantar con mayor frecuencia, antes de llegar a una congestión mamaria severa. Antes del alta hospitalaria, debe proporcionarse orientación preventiva respecto al desarrollo de la congestión mamaria y asesoría respecto a las opciones de tratamiento sintomático destinadas al control del dolor (tanto paracetamol como ibuprofeno).

Se debe proporcionar información acerca de los contactos para recibir apoyo a la lactancia materna. El personal que atiende a la madre o al recién nacido tras el alta hospitalaria debe preguntar sistemáticamente respecto al estado de plenitud y congestión mamaria.

En caso de necesitar más ayuda, se puede realizar la presión inversa suavizante (PIS). Ésta consiste en la aplicación de presión positiva sobre un radio de 2-4 cm de areola en la zona que rodea la base del pezón, con el objetivo de desplazar ligeramente la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho. El objetivo es que la areola quede totalmente blanda y el bebé pueda engancharse al pecho y drenar la mama (para más información véase *Anexo 18 Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna.* Guías de Práctica clínica en el SNS, 2017).

ALTERACIONES EN EL PEZÓN

Un pezón invertido es aquel que se retrae hacia el tejido de la mama en lugar de apuntar hacia afuera. Cuando los pezones están invertidos, se parecen más a un hoyuelo en el pecho que a una forma de cilindro que sobresale. Esto puede ocurrir en una o ambas mamas.

Existen diversos grados de inversión del pezón; en casos menores, el pezón puede estar solo ligeramente invertido y puede sacarse con los dedos. En casos más severos, el pezón se retrae profundamente en la areola, causando un hoyuelo. Independientemente del grado de inversión, los verdaderos pezones invertidos no sobresalen, incluso cuando están estimulados o fríos.

Los pezones invertidos congénitos se manifiestan habitualmente en la pubertad o la adolescencia con el desarrollo mamario. Aproximadamente del 10 % al 20 % de las mujeres tienen pezones planos o invertidos. Son perfectamente fisiológicos y no deben ser motivo de preocupación. Se diagnostican mediante la maniobra de Marmet, que consiste en presionar la areola entre el índice y el pulgar: un pezón plano o normal protruye, uno invertido se retrae. No debemos confundir esta entidad con la mujer que nota un pezón retraído sin haber nunca padecido antes este problema.

En la mayoría de los casos, los pezones invertidos permiten la lactancia materna. Lo importante en estos casos es valorar la elasticidad del tejido y la funcionalidad de ese pezón durante la toma y agarre. No se deben dar mensajes negativos sobre la capacidad de amamantar con éxito valorando exclusivamente la morfología del pezón, sin haber valorado su funcionalidad. Se recomienda iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible y ofrecer apoyo en función de sus necesidades.

PUNTO CLAVE \ Aplicar una compresa fría antes de comenzar la toma puede ayudar a evertir el pezón plano. La madre puede estimular el pezón antes de la toma mediante la extracción manual, extracción del pezón con jeringa, o utilizando un extractor de leche.

Se debe colocar al RN para que alcance un agarre profundo (ver temas 2.1 y 2.2: técnica de agarre asimétrico, posición de crianza biológica, técnica de sándwich...). También se puede utilizar una pezonera de silicona ultradelgada para la lactancia (ver tema 2.4). Si no se consigue un buen agarre, se puede extraer la leche materna y alimentar al lactante hasta que el agarre sea posible.

La realización de ejercicios de Hoffman y el uso de escudos de pezón prenatales no han demostrado mejorar la lactancia materna a las seis semanas de vida del niño, por lo que no se recomiendan para favorecer el éxito de la lactancia en mujeres que presentan pezones invertidos (*Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna*, Guías de Práctica clínica en el SNS).

La extracción del pezón invertido mediante el uso de una jeringa consiste en cortar el extremo donde está el conector a la aguja, sacar el émbolo de la jeringa e introducirlo por el extremo cortado. Posteriormente, la madre coloca su pezón

en el extremo libre de la jeringa y, traccionando del émbolo, mantiene la presión hacia afuera durante 20 segundos a un minuto, evitando provocar dolor intenso.

Imagen extraída del Anexo 19, Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, diseñada por Eider Eibar.

Como **recomendaciones finales** recogidas en la *GPC* en caso de pezones invertidos o planos:

- Se recomienda prestar apoyo para favorecer el agarre al pecho, el contacto piel con piel y la utilización de la postura de afianzamiento espontáneo.
- Se puede también estimular el pezón rotándolo un poco, mojándolo con agua fría justo antes de mamar o aspirando con un extractor de leche o con una jeringa (Anexo 19 *GPC*).
- Si tras estas medidas no se consigue un buen agarre, se recomienda probar con pezoneras.

MENSAJES PARA RECORDAR

- El dolor del pezón es una de las causas más comunes de la interrupción prematura de la lactancia materna. Puede además producir una inhibición del reflejo de eyección de la leche, disminuyendo su producción.
- Para evaluar el dolor de las mamas se debe realizar: una historia clínica completa, un examen físico del recién nacido, de las mamas y los pezones de la madre y una observación de la toma.
- Tras identificar la causa y prestar el apoyo necesario, es importante el cuidado del pezón traumatizado (grietas) y la prevención de nuevas lesiones (adecuado agarre, evitar ingurgitación).

Ante un problema de agarre secundario a ingurgitación o por anomalías en el pezón, debemos:

- Alimentar adecuadamente al bebé, vigilando signos que indican una adecuada ingesta de leche y suplementando las tomas, si fuera necesario, hasta conseguir una buena transferencia de la leche (preferiblemente suplementar con leche materna extraída y administrar el suplemento de forma que interfiera lo mínimo en el agarre, evitando la tetina).
- Continuar extrayendo la leche del pecho, con estimulación frecuente, instruyendo para la extracción manual, y mantener las extracciones hasta la resolución del problema de base.

REFERENCIAS

Buck, M. L., Amir, L. H., & Donath, S. M. (2015). Topical treatments used by breastfeeding women to treat sore and damaged nipples. Clinical Lactation, 6(1), 16-23.

Dennis, C. L., Jackson, K., & Watson, J. (2014). Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [Internet]. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.

International Lactation Consultant Association. (2012). Core curriculum for lactation consultant practice. Jones & Bartlett Publishers.

AFECCIONES DEL PECHO TARDÍAS

Autoras \
Lourdes Hernández González
Raquel Sánchez Nuez

INTRODUCCIÓN

En el tema anterior ya comentamos que las causas del dolor mamario o mastalgia en el puerperio pueden ser muy variables en su origen y manera de aparecer. Es importante identificar precozmente cuál es el problema y tratarlo lo antes posible para conseguir un mejor resultado sin interrumpir la lactancia materna.

- **Lactante:** agarre incorrecto, mala succión, frenillo lingual, etc.
- **Trauma:** sujetador apretado, masaje vigoroso, trauma, mordisco.
- **Mama:** pezón invertido, cicatriz retráctil, mastopatía fibroquística.
- **Infección:** fúngica (cándida), vírica o bacteriana.
- **Muscular:** contractura, lesión de espalda, fibromialgia.
- **Otras patologías:** Raynaud, eczema.

Cuando los problemas que aparecen al principio de la lactancia materna no son resueltos de manera satisfactoria o estos se complican, puede derivar en otro tipo de problemas. Cualquier dificultad durante la lactancia, sin el apoyo adecuado, puede conllevar a su abandono. Recuerden que es un proceso evolutivo en el que todo está interrelacionado.

Problemas precoces: agarre incorrecto → grietas → ingurgitación mamaria → **problemas tardíos:** obstrucción de conductos → mastitis → absceso mamario.

Otros problemas que aparecen tardíamente: mastitis por cándidas, eczema del pezón y fenómeno de Raynaud en el pezón.

DESARROLLO

Obstrucción de conductos

La leche materna contiene un número heterogéneo de bacterias mutualistas y prebióticas (responsables de poblar la flora intestinal neonatal y proteger frente a bacterias patógenas) y otras sustancias proinflamatorias y elementos celulares activados.

Cuando estas sustancias proinflamatorias permanecen mucho tiempo en contacto con el epitelio mamario, como cuando existe una extracción insuficiente o ineficaz de la leche, se genera un aumento de presión en el conducto galactóforo. Esto desencadena una respuesta inflamatoria en el interior de ese conducto que hace disminuir el calibre de su luz y, a la larga, puede producir su obstrucción.

PUNTO CLAVE \ La obstrucción de un conducto galactóforo se manifiesta inicialmente con la aparición de un bulto y dolor, para poco después manifestarse como un nódulo blando, una ampolla blanca o como un quiste de leche o galactocele. La mujer clínicamente tendrá un bulto firme, doloroso, con poco eritema, pero no tendrá fiebre.

- **Nódulo blando**: nódulo de consistencia blanda, bien delimitado, doloroso a la palpación.
- **Ampolla blanca o perla de leche**: obstrucción total del conducto por un tapón formado por sales de calcio, caseína y bacterias.
- **Quiste de leche**: nódulo blando, indoloro, unilateral, bien delimitado. Si se aprieta, puede salir leche por el pezón.

PUNTO CLAVE \ Para prevenir la aparición de esta patología, es fundamental realizar un vaciamiento eficaz de la mama.

Las causas principales de una extracción insuficiente o ineficaz son:

- Falta de apoyo en la técnica de amamantar, sobre todo cuando hay dificultades.
- Tomas infrecuentes.
- Uso de suplementos, a veces innecesarios.
- Uso de métodos que pueden añadir dificultad en el agarre, como el biberón.

PUNTO CLAVE \ El papel que ejerce el/la profesional experto/a en lactancia materna, consiguiendo una lactancia materna exclusiva y a demanda, es crucial en la prevención de esta patología.

Tratamiento:

- Aplicar calor local antes de la toma. El calor debe ser húmedo, especialmente cuando hay perla de leche.
- Analgesia oral tipo ibuprofeno. Ayuda a disminuir la inflamación y es compatible con la lactancia materna.
- Masaje suave en el trayecto del conducto con dirección hacia el pezón.
- Si hay perla de leche, raspar o levantar la capa superficial de la piel, previamente reblandecida, con aguja estéril y, a continuación, drenar manualmente el conducto o colocar al bebé a mamar. No se debe «pinchar» el conducto, si no «liberar» el orificio de salida para poderlo drenar. No siempre sale calcio, a veces es simplemente caseína.
- Extraer la leche. Amamantar colocando la barbilla del bebé en la zona obstruida.
- Frío después de vaciado para disminuir la inflamación.

Si el galactocele (o quiste lleno de leche) está organizado formando un nódulo caseificado bien delimitado, se puede pinchar con aguja estéril para evacuarlo en centros especializados. En caso de recurrencia, podría ser necesaria cirugía con anestesia local.

Mastitis

PUNTO CLAVE \ Si la obstrucción del conducto no se corrige a tiempo, la eyección de la leche produce mayor presión en el interior de los alveolos del lobulillo que terminan rompiendo y generando una reacción inflamatoria local. Cuando se produce la rotura de varios lobulillos, la reacción inflamatoria se generaliza dando lugar a una mastitis inflamatoria aguda. No siempre es indicativo, por tanto, de infección.

La mastitis, por lo tanto, es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria y no siempre es indicativo de infección. Suele presentarse en una sola mama, siendo bilateral en el 3-12 % de los casos. Aparece en los tres primeros meses del posparto y puede recurrir entre un 4-8 % de las veces.

Factores predisponentes para el desarrollo de mastitis		
Inflamatoria	Obstrucción de conductos. Agarre inadecuado.	Tomas no frecuentes. Horario rígido de tomas.
	Extracción de leche ineficaz. Sobreproducción de leche.	Separación madre-hijo primeras 24 horas.
Infecciosa	Grietas en el pezón. Madre portadora *S. Aureus*.	Lactante con infección. Bebé portador *S. Aureus*.
	Poca higiene (manos, pezoneras, sacaleches...).	Enfermedad materna. Fatiga o estrés maternos.

Tabla 1. Factores predisponentes para el desarrollo de mastitis.

Clínicamente, la mujer tendrá dolor mamario y signos inflamatorios (rubor, calor, eritema) a los que pueden acompañar síntomas sistémicos pseudogripales (fiebre, decaimiento, escalofríos, náuseas, cefalea, dolores articulares...).

El diagnóstico de mastitis inflamatoria es fundamentalmente clínico.

Tratamiento:

Se tomarán las mismas pautas que en el caso de obstrucción de conducto, tomando especial énfasis en:

- Medidas de apoyo: descanso materno, hidratación y nutrición adecuadas.
- Drenaje efectivo del pecho: tomas frecuentes, masaje durante las tomas y extracción tras las tomas. El masaje será bidireccional: hacia el pezón durante la toma y hacia la axila tras la toma (ayuda a movilizar el edema). En ocasiones, la leche materna puede estar más salada y el lactante rechazarla, en ese caso, conviene extraerla manualmente o mecánicamente. Es necesario apoyo profesional.
- Analgésicos antiinflamatorios tipo ibuprofeno (400-600 mg/6-8 horas). Disminuye la inflamación y facilita la eyección de la leche. Es compatible con la lactancia materna y no produce daño al bebé.

Si tras 24 horas de tratamiento efectivo y apoyo profesional, la mujer no mejora sus síntomas de mastitis inflamatoria o empeora su estado general, pensar en un cuadro de **mastitis infecciosa aguda**, donde además de inflamación de glándula mamaria, se ha producido un sobrecrecimiento bacteriano (la flora heterogénea habitual no patógena con menos de 1.000 UFC/mL se convierte en homogénea con más de 10.000 UFC/mL).

Ante el diagnóstico de mastitis infecciosa aguda, se iniciará tratamiento antibiótico empírico durante 10-14 días. El antibiótico de elección dependerá de los gérmenes más habituales de cada medio. El germen más frecuentemente implicado es el *Estafilococo aureus*.

Otros gérmenes aislados son: *Streptococcus* spp, *E. Coli, Corynebacterium* spp y las formas resistentes de *S. aureus*.

Tratamiento antibiótico:

PUNTO CLAVE \ 1° Elección: Cefadroxilo 1 gr/12 horas v.oral o Cotrimoxazol 800/160 mg/12 horas v.oral.

Alternativa si alergia a penicilina:

- Clindamicina 450 mg/8 horas v.oral.
- Cotrimoxazol 800/160 mg/12 horas v.oral.

En casos graves o en shock séptico:

- Cefazolina 2 gr/8 horas + Vancomicina 15-20 mg/kg/día.

Evitar en general:

- Amoxicilina-Clavulánico por su actividad anaerobicida que no se precisa en este tipo de infección.
- Cloxacilina por su baja biodisponibilidad oral y existencia de cepas resistentes.
- Quinolonas (ciprofloxacino) por su impacto ecológico y no estar indicado como monoterapia en infecciones estafilocócicas.

Si tras 48 horas de tratamiento antibiótico empírico, la mujer no mejora sus síntomas, realizaremos cultivo de leche y antibiograma.

Las indicaciones de cultivo de leche son:

- Mala evolución tras dos días de antibióticos.
- Recidiva de una mastitis.
- Infección adquirida en el hospital.
- Cuadro clínico grave.
- Madres alérgicas a penicilina.
- Madres con niños prematuros amamantados.
- Sospecha de infección ductal.

El cultivo de leche se debe realizar siguiendo unos estándares de calidad para un resultado fiable de la muestra. Su descripción se describe en otro tema.

Cultivo de leche	Leucocitos/mL de leche	Bacterias/mL de leche
Estasis leche	<106	$<10^3$
Mastitis no infecciosa	>106	$<10^3$
Mastitis infecciosa	>106	$> 10^3$

Tabla 2. Estándares de calidad para el cultivo de leche.

En función del resultado del antibiograma, el antibiótico administrado empíricamente se podría cambiar o, incluso, combinar con otro para combatir la infección con mayor eficacia.

El 7-12 % de los casos de mastitis aguda se convierten en **mastitis crónica** o **recurrente**. El motivo más frecuente es debido a un tratamiento inapropiado o de corta duración, aunque existen otras causas implicadas.

Causas primarias	Causas secundarias	
Estasis de leche	Técnica incorrecta. Compresión del pecho.	Alteración anatómica.
Infecciones	Bacterias multirresistentes. Asociación de hongos.	Pezoneras contaminadas. Abscesos.
Enfermedades maternas	Cáncer de mama. Inmunodeficiencias (Ig A).	Anemia. Fatiga, estrés.

Tabla 3. Causas de mastitis crónica o recurrente.

El diagnóstico y el tratamiento deben realizarse sin demora para no dañar la estructura y función de pecho.

Tratamiento:

1. Antibiótico según resultado de cultivo de leche (mantener durante 14 días).
2. Valorar ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico endovenoso.
3. Drenaje más frecuente del pecho. Apoyo profesional a la lactancia materna.

Ante cualquier sospecha de mastitis, es importante consultar con los profesionales de la materia y realizar el tratamiento adecuado y la toma de muestra de leche y cultivos oportunos en el momento en que están indicados.

Día 1	Día 2	Día 4
Drenaje adecuado	Tratamiento antibiótico empírico	Realizar cultivo
Antiinflamatorios		Antibiograma
Apoyo a la madre y drenaje mamario durante todo el procedimiento		
No dejar de amamantar hasta que no se demuestre lo contrario		

Tabla 4: Esquema de tratamiento de la mastitis.

Los **probióticos** (bifidobacterias y lactobacilos) han demostrado ser beneficiosos en enfermedades inflamatorias intestinales. En los estudios sobre la prevención y tratamiento de las mastitis han reducido la carga bacteriana y mejorado los síntomas, siendo una alternativa a los antibióticos en las mastitis no complicadas y un complemento, junto a los antibióticos, en las mastitis severas. Sin embargo, el grado de evidencia y la calidad de estos estudios es muy baja, por lo que no se hacen recomendaciones de su uso en el tratamiento de las mastitis.

El uso de probióticos (*L.Salivarius, L. Fermentum, L.Gasseri*) no puede retrasar el empleo de otros tratamientos. Se necesitarían más estudios que aporten mayor evidencia científica.

Absceso mamario

El 5-11 % de las mastitis agudas pueden evolucionar a absceso mamario. La causa más frecuente de aparición es por un tratamiento inadecuado o tardío de la mastitis aguda.

Se presenta como un nódulo o masa fluctuante en una zona del pecho, dolorosa a la palpación y movilización, con eritema y síntomas sistémicos. Se diagnostica mediante la clínica y la ecografía. Se debe hacer diagnóstico diferencial con galactocele, fibroadenoma o cáncer de mama.

Tratamiento:

- Punción-aspiración guiada por ecografía.
- Si no mejora con la punción, hacer drenaje quirúrgico con anestesia tópica o anestesia general según la magnitud del mismo.
- Continuar con el apoyo a la lactancia. Importante conseguir el vaciamiento del pecho afecto. No hay riesgo para el bebé. Este, quizás, lo puede rechazar por su sabor más salado, si no lo tolera, habrá que extraer la leche.

Mastitis por cándidas

La incidencia de infección por cándidas es muy baja, pero se siguen diagnosticando en algunos casos de dolor de pecho crónico o punzante.

Clínicamente, la mujer refiere dolor punzante «como agujas» muy intenso que no se alivia ni durante la toma ni después de esta. El dolor se puede irradiar por la mama y la espalda y se acompaña de eritema o placa blanca en la zona del pezón. El dolor no se alivia con calor y puede acompañarse de prurito en la zona. También puede coexistir infección por cándidas en otras localizaciones (muguet o candidiasis del pañal en el bebé), pero no siempre está presente.

Factores predisponentes para mastitis por cándidas	
Vaginitis por cándidas durante el parto. Diabetes materna.	Antibiótico de amplio espectro durante el periparto.
Grietas en el pezón. Administración de corticoides a la madre.	Candidiasis oral o zona del pañal del lactante.

Tabla 5. Factores predisponentes para mastitis por cándidas.

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante cultivo (se identificarían >100 UFC/mL de levaduras).

Tratamiento:

- Antiinflamatorios orales (ibuprofeno 400-600 mg/6-8 horas).
- Pomada tópica de Nistatina/miconazol o clotrimazol sobre pezón y areola/6 horas (7-10 días).
- Si no mejora con el tratamiento tópico, se puede emplear antifúngicos orales (Fluconazol oral (200-400 mg primer día a 100-200 mg/día durante 2-4 sem).
- Se debe tratar siempre al lactante para disminuir la reinfección y la infección vaginal materna, si la hubiera. En este caso, se colocaría nistatina sobre toda la mucosa oral del bebé (a modo de película) después de cada toma.
- Continuar con apoyo a la lactancia materna.

Eczema del pezón

El eczema del pezón es una patología poco frecuente que suele aparecer tardíamente. Se caracteriza por ser un área eritematosa y escamosa que se inicia en el pezón y luego afecta a la areola. Puede haber vesículas y secreción serosanguinolenta, aunque aparece en raras ocasiones. Suele afectar de manera bilateral, es decir, a ambas mamas.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Es una patología que aparece tardíamente, por lo que se supone que ya se ha recogido con anterioridad algún cultivo del exudado de las grietas, si las hubo previamente. Si no ha sido así, es

un buen momento para hacerlo ahora, pues habría que descartar que hubiera sobreinfección de las heridas.

Tratamiento:

- Continuar con el apoyo a la lactancia.
- Administrar corticoide tópico (usar el de menor potencia y no más de una semana). Se administraría después de cada toma para que se pueda absorber antes de la siguiente toma. El material sobrante se limpiaría con una gasa.
- La blastoestimulina puede usarse como cicatrizante, aunque no está demostrada su eficacia.
- Medidas generales de confort: analgésicos orales del tipo ibuprofeno para el dolor, dejar que el pezón esté más aireado (evitar que esté humedecido, porque se macera la piel), usar ropa de algodón, jabones y champús neutros.

Un eczema del pezón unilateral de largo tiempo de evolución que no responde a los tratamientos habituales, habrá que descartar que no sea una enfermedad de Paget (un tipo de cáncer de mama), por lo que habría que consultar con el médico.

Raynaud del pezón

El fenómeno de Raynaud del pezón se produce a consecuencia de una isquemia intermitente de la zona.

Raynaud: los vasos que irrigan la piel se «estrechan» → vasoconstricción → se limita la circulación de la sangre en las zonas afectadas → dolor.

Clínicamente, la mujer notará un dolor intenso durante las tomas o entre ellas, acompañándose de un cambio de coloración del pezón (bi o trifásico, es decir, blanco-azul-rojo). Si hubiera una grieta, su evolución sería tórpida.

Tratamiento:

- Evitar cualquier sustancia con efecto vasoconstrictor: frío, tabaco, café, té negro, chocolate, etc.
- Apoyo de la lactancia materna y corregir la posición.
- Aplicar calor antes y después de la toma.
- Valorar la administración de Nifedipino 30 mg/día a la madre (precisa consulta médica).

CUADRO RESUMEN: PROBLEMAS DEL PECHO TARDÍOS				
PROBLEMA	**CLÍNICA**	**DAÑO**	**CARACTERÍSTICA**	**TRATAMIENTO**
MASTITIS AGUDA	Dolor, inflamación, +/- fiebre.	Unilateral	2-3° a 12° semanas postparto.	DRENAR, AINE´s, Antibiótico.
ABSCESO	Nódulo doloroso, eritematoso, bien definido.	Unilateral	Evolución tórpida de mastitis.	Drenaje.
CÁNDIDAS	Dolor punzante, prurito. No con tomas ni calor.	Unilateral	Bebé afecto.	Antifúngico madre y bebé.
ECZEMA	Dolor con área escamosa.	Bilateral	Área eritematosa y escamosa.	Drenar mamas, corticoide tópico.
RAYNAUD	Dolor intenso del pezón, isquemia.	Bilateral	Cambio coloración (blanco-azul-rojo).	Calor antes y después de la toma, nifedipino.
GALACTOCELE	Quiste de leche.	Unilateral	No interrumpir LM.	Quirúrgico.
NUNCA DEJAR DE AMAMANTAR AL BEBÉ **Apoyo por profesional experto en lactancia materna**				

Tabla 6. Cuadro resumen: Problemas del pecho tardíos

MENSAJES PARA RECORDAR

- La mastitis es, en muchas ocasiones, un proceso evolutivo, de ahí, la importancia de la prevención y el tratamiento precoz y eficaz: de un problema temprano (mal agarre, grietas, dolor) se produce una estasis de leche que puede llevar a obstrucción de los conductos y problemas tardíos, estando todo ello relacionado.
- Es importante no dejar de amamantar (salvo que se demuestre lo contrario) ya que puede agravar el problema.
- Es fundamental el asesoramiento y apoyo a la madre con mastalgia, por personal experto en lactancia materna: facilitar el amamantamiento y ayudarla en el drenaje de la leche (masaje, extractores, paños de diferentes temperaturas). Valorar solicitar ayuda a otros profesionales (tratamiento en función de los síntomas, cultivo, antibiograma, cirugía...).
- El tratamiento de la mastitis por cándida incluye continuar apoyando la lactancia materna, antiinflamatorios orales, tratamiento con antifúngicos tópicos y/o orales, si no hay mejoría, y tratamiento del lactante con micostatina oral. Ante un Raynaud en el pezón se debe evitar el frío y factores favorecedores y valoración médica de tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS

Aguilar, M., Chacón, C., Chaparro, E., Pecellín, I. D., Diaz, E., Flores, E., *et al.* (2018). Mastitis y absceso mamario lactacional. Disponible en: https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/11/2018-Mastitis-y-absceso-mamario-lactacional-%E2%80%93-Gui%CC%81a-PRIOAM.pdf

Amir, L. H. (2014). Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol 4: Mastitis, revised March 2014. Breastfeeding Medicine, 9(5), 239-243.

Amir, L. H., Trupin, S., & Kvist, L. J. (2014). Diagnosis and treatment of mastitis in breastfeeding women. Journal of Human Lactation, 30(1), 10-13.

Arroyo, R., Martín, V., Maldonado, A., Jiménez, E., Fernández, L., & Rodríguez, J. M. (2010). Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk. Clinical Infectious Diseases, 50(12), 1551-1558.

Arroyo, R., Mediano, P., Martín, V., Jiménez, E., Delgado, S., Fernández, L., *et al.* (2011). Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de protocolo para el cultivo de muestras de leche humana. Acta Pediátrica Española, 69(6).

Dennis, C. L., Jackson, K., & Watson, J. (2014). Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12). https://doi.org//10.1002/14651858.CD007366.pub2

De Andres, J., Jiménez, E., Espinosa-Martos, I., Rodríguez, J. M., & García-Conesa, M. T. (2018). An exploratory search for potential molecular targets responsive to the probiotic Lactobacillus salivarius PS2 in women with mastitis: gene expression profiling vs. interindividual variability. Frontiers in microbiology, 9, 2166.

Espínola-Docio, B., Costa-Romero, M., Díaz-Gómez, N. M., & Paricio-Talayero, J. M. (2016). Mastitis: Puesta al día. Archivos argentinos de pediatría, 114(6), 576-584.

Espinosa-Martos, I., Jiménez, E., De Andrés, J., Rodríguez-Alcalá, L. M., Tavárez, S., Manzano, S., ... & Rodríguez, J. M. (2016). Milk and blood biomarkers associated to the clinical efficacy of a probiotic for the treatment of infectious mastitis. Beneficial microbes, 7(3), 305-318.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (2017). Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 21-29.

Jahanfar, S., Ng, C. J., & Teng, C. L. (2013). Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. The Cochrane database of systematic reviews, (2), CD005458. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005458.pub3.

OMS (2000). Mastitis: Causas y manejo. Ginebra: WHO. FCH/CAH. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66925/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf.;jsessionid=BD2AACC6FD616B5E93BC22B21F5023B5?sequenc

MÓDULO \ 06

- MÉTODOS DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA
- MÉTODOS DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA. BANCOS DE LECHE MATERNA
- MÉTODOS DE SUPLEMENTACIÓN
- PROBLEMAS DE LA MADRE QUE AMAMANTA QUE DIFICULTAN O CONTRAINDICAN LA LACTANCIA
- ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA
- NECESIDADES NUTRITIVAS DE LA MADRE QUE AMAMANTA
- LACTANCIA Y HÁBITOS TÓXICOS

MÓDULO \ 06

MÉTODOS DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

Autora \ Mª Ángeles Ferrera Fernández

INTRODUCCIÓN

Los métodos de extracción permiten la continuidad de la lactancia materna y son utilizados en un alto porcentaje de mujeres. Por dicho motivo, es importante que los profesionales sanitarios conozcamos y comprendamos estas técnicas para realizar una adecuada transferencia del «saber hacer» a las madres.

La explicación de cómo extraer la leche materna ha de ser clara, concisa, sencilla y práctica, preguntando *in situ* si ha comprendido todo y solventando las dudas. Además, debe ser individualizada dependiendo de las causas que motiven la extracción y las características del bebé y de la madre.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

- Motivos para la extracción: aumentar la producción, relactación, ingreso hospitalario del niño y/o la madre. Valorar el contexto: tiempo de separación, gestión de las emociones...
- Características del bebé y la madre: prematuridad, otras patologías del recién nacido, tipo de parto, presencia de dolor, tipo de leche (calostro, leche de transición, o madura). Motivación y disponibilidad de la madre.

FORMAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA Y RECOMENDACIONES

La extracción de leche materna se puede realizar manual (técnica de Marmet) y con extractor mecánico (de funcionamiento manual o eléctrico). Los resultados van mejorando a medida que la madre coge práctica y confianza, por eso es muy importante el apoyo del profesional sanitario. En las primeras extracciones puede que se obtengan unas cuantas gotitas, pero progresivamente irá aumentando.

PUNTO CLAVE \ El volumen de leche extraída nunca es equiparable al que extrae el bebé y va a depender de múltiples factores: método y frecuencia de extracción, experiencia con la técnica, etc.

Previo a la extracción (manual o mecánica) se deben realizar una serie de cuidados:

- Información a la madre de forma individualizada, clara y sencilla.
- Ser respetuoso con la decisión de la madre.
- Apoyar la extracción con el plan establecido, según las recomendaciones y la decisión materna.
- Explicarle a la madre los cuidados previos a la extracción: **lavarse las manos y disponer de material limpio**. Se recomienda disponer de compresas mojadas en agua caliente para calentar la zona, favoreciendo el flujo de la leche. No es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente el aseo diario.
- Acciones que pueden favorecer la estimulación de la oxitocina. El ambiente debe ser tranquilo, relajado, que proporcione a la madre comodidad y privacidad. Reforzar la confianza de la madre y favorecer que esté con su hijo en el momento de la extracción o, en su defecto, con objetos de su hijo: una chambrita, una foto... Disminuir fuentes de dolor y estrés.
- Enseñarle a estimular el reflejo de eyección: masajear, frotar y sacudir los pechos.

PUNTO CLAVE \ Pasos para estimular reflejo de eyección: masajear, frotar y sacudir.

1. Masajear. Antes del masaje se puede aplicar calor con compresas mojadas en agua tibia. Realizar el masaje firme hacia la pared del pecho, con movimiento circular sin deslizar los dedos. Comenzar desde la parte más distal de la areola hacia la misma, alrededor de la mama, en forma de espiral.

2. Frotar. Frotar desde la parte distal de la areola hacia la misma, usando las yemas de los dedos. Realizar ese movimiento alrededor de todo el pecho de forma suave, frotando de forma similar a acariciar.

3. Sacudir. Sacudir suavemente ambos pechos inclinándose hacia delante.

Masajear **Frotar** **Sacudir**

Fuente: Anexo 10.
Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. MSSI, 2017.

EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA O TÉCNICA DE MARMET

Esta técnica se recomienda en los primeros días tras el parto (extracción del calostro), para extracciones esporádicas, si se carece de extractor o siempre que la madre lo desee.

PUNTO CLAVE \ El proceso suele durar entre 20 y 30 minutos.

1. Estimular reflejo de eyección (masajear-frotar-sacudir).
2. Comprimir cada pecho **5-7 minutos**, **seguido de masaje-frotar-sacudir.**
3. Comprimir cada pecho **3-5 minutos**, **seguido de masaje-frotar-sacudir.**
4. Comprimir cada pecho **3-5 minutos**.

La técnica para «comprimir» cada pecho es la siguiente:

- Se coloca el pulgar y el índice en forma de C, 3-4 cm por detrás y alineados con el pezón (posición 6 y 12 en punto), quedando la reserva de leche debajo de los dedos.
- Se empuja hacia la pared torácica, sin levantar los dedos.
- Se aprieta y tira ligeramente hacia delante con los dedos, sin presionar el pezón.

- Se repite rítmicamente la secuencia, simulando la succión del bebé.
- Se van rotando los dedos para vaciar toda la mama, usando la otra mano para drenar todas las zonas del pecho.

Fuente: Anexo 10.
Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. MSSI, 2017.

Se recomienda usar un modelo de pecho para enseñar a las madres y que, posteriormente, la madre lo practique delante de nosotros para solventar dudas y ayudarla.

PUNTO CLAVE \ En la extracción manual no se debe apretar fuerte los pechos (puede producir hematomas). Intentar no deslizar las manos por los pechos (evitar la fricción y lesiones en la piel) y evitar tirar de los pezones (puede ocasionar daños en los mismos).

Fuente: Anexo 10.
Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. MSSI 2017

Tras la extracción manual se debe aplicar frío local con cuidado, para no lesionar la piel. La leche obtenida se debe conservar de forma adecuada. Se debe rotular en el bote la fecha y hora de extracción de la leche; en caso de estar hospitalizado, nombre y apellidos del bebé, número de cuna y datos específicos que indiquen la unidad de hospitalización.

EXTRACCIÓN CON EXTRACTOR MECÁNICO DE LECHE MATERNA

La extracción mecánica se recomienda para realizar extracciones más frecuentes y un uso más continuado, aunque también puede utilizarse para extracciones esporádicas o cuando no se consigue una extracción manual de calostro. No se recomienda el extractor de pera o bocina.

El tipo de extractor más recomendable varía en función de las características del bebé, de la madre y del motivo. Siempre hay que tener en cuenta tres consideraciones básicas:

- Ningún extractor de leche debe hacer daño.
- Al decidir el tipo de extractor a utilizar, valorar que exista compatibilidad entre los distintos aparatos susceptibles de ser utilizados (en ámbito laboral, domicilio, hospital...).
- Seleccionar la copa adecuada para cada pecho. La madre comprobará cuál es la correcta para ella. Si la copa es grande, no hará succión adecuada y, por tanto, no estimulará la producción, ni realizará un buen vaciado del pecho. Si la copa es pequeña, puede originar dolor, grietas y una succión inadecuada.
- Previo a la extracción mecánica se debe explicar a la madre, de forma clara y sencilla, su funcionamiento, solventando las dudas, y recordar una adecuada higiene de manos.

Extractor manual

Extractor manual

Eléctrico boble

Fuente: Lactancia materna. Guía para familias. Comité de Lactancia CHUIMI, 2017.

PUNTO CLAVE \ Ningún extractor de leche debe hacer daño, solo hace daño si su uso es incorrecto.

La mamá seleccionará la copa adecuada para cada pecho optimizando la succión de la leche materna.

Extracción mecánica con extractor manual

PUNTO CLAVE \ El proceso suele durar entre 20 y 30 minutos. Diferencias de la extracción mecánica con extractor manual y la técnica de Marmet: la extracción es artificial. Todas las extracciones de leche en cada pecho son de 5-7 min. Se realizan 2 ciclos y 3 ciclos solo cuando sale con fluidez leche materna. Antes de cada extracción se realiza solo el masaje. La última extracción finaliza con un masaje.

1. Estimular reflejo de eyección (masajear-frotar-sacudir).
2. Extracción de leche en cada pecho **5-7 minutos, seguido de masaje.**
3. Extracción de leche en cada pecho **5-7 minutos, seguido de masaje** (si la cantidad de leche obtenida es escasa se finaliza aquí, si sigue obteniéndose leche, se realiza un tercer ciclo de extracción y masaje). **Terminar la extracción con un masaje**.

La técnica para realizar la **extracción** de leche con el extractor manual es la siguiente:

- Primero se realiza la estimulación del pecho con succión corta y rápida.
- Cuando haya más cantidad de leche se realizan aspiraciones largas y uniformes, evitando que la intensidad de la succión sea demasiada y dolorosa.
- Si el extractor tiene regulador empezar por el nivel más bajo e incrementarlo hasta que fluya la leche libremente y que la madre se sienta cómoda.

Extracción mecánica con extractor eléctrico simple

Este proceso sigue la misma secuencia que la del extractor manual: realizar 2-3 ciclos de masaje-extracción dependiendo de la cantidad de leche que se obtenga.

La técnica es la siguiente: se comienza realizando la estimulación del pecho con succiones cortas y rápidas (iniciar con intensidad de succión en el nivel más bajo de aspiración). El pezón ha de moverse dentro de la copa hacia delante y hacia detrás durante la succión.

Cuando haya más cantidad de leche se realizan aspiraciones largas y uniformes, evitando que la intensidad de la succión sea demasiada y dolorosa, alcanzando el máximo nivel de vacío sin que produzca dolor (el dolor bloquearía los mecanismos de liberación de la leche).

Extracción mecánica con extractor eléctrico doble

Esta técnica es la recomendada para un uso frecuente y/o mantenido en el tiempo: RN prematuros, incorporación a la vida laboral, aumento de producción de la leche... El procedimiento es igual que en la extracción con el extractor simple, pero llevando a cabo la extracción con los dos pechos a la vez.

TÉCNICA «HANDS ON PUMPING», EXTRACCIÓN COMBINADA

PUNTO CLAVE \ Consiste en combinar la extracción manual y la extracción artificial para extraer la leche materna.

Se comienza con el masaje para estimular el reflejo de eyección (masaje-frotar-sacudir). A continuación, se realiza la **extracción con el extractor de leche artificial doble y, al mismo tiempo, se hace compresión mamaria con las manos.** Se realiza los ciclos de extracción con el extractor artificial doble y la compresión mamaria hasta que salen solo gotas de leche, y se finaliza con la extracción manual en ambos pechos.

Se recomienda un sacaleches doble porque duplica la estimulación, aumentando la prolactina en sangre. La técnica precisa para su realización ayuda de otra persona o utilizar un top de extracción que sujete las copas del sacaleches y así

tener las manos libres para poder realizar la compresión. Según Jane Morton, las madres que realizaron esta técnica consiguieron un 48 % más de leche.

MÉTODO DE EXTRACCIÓN PODEROSA

Catherine Watson Genna (Nueva York, EEUU), IBCLC, es una de las pioneras de la técnica de la *extracción poderosa*, desarrollada para ayudar a las madres a aumentar rápidamente su producción de leche. Los motivos para indicar esta técnica pueden ser, por ejemplo, un intento de reestablecer la lactancia materna tras un periodo sin amamantar, o bebés con pérdida de peso excesiva, en los que se intente realizar la suplementación (total o parcial) con leche de la madre extraída.

Para ello, se hiperestimula el pecho con extractores, preferiblemente eléctrico doble, con mucha frecuencia, existen varias opciones para que la madre elija la más adecuada a su rutina y necesidades. Con esta hiperestimulación se producen picos de prolactina frecuentes y, a la vez, al extraer mucha leche del pecho, hace que disminuya el FIL (Factor Inhibidor de la Lactancia) el cual regula la producción de leche. El FIL es un polipéptido que aumenta cuando la leche se acumula en los alvéolos y disminuye cuando los alvéolos tienen menos leche. A menos FIL, la glándula responde aumentando la producción, consiguiendo un aumento rápido (en menos de 48 horas) de la producción de leche. Durante este tiempo el bebé debe seguir mamando con normalidad siempre que sea posible. Si en 48 horas no objetivamos un aumento de la producción o la cantidad total extraída no superan los 100 ml, se debe sospechar una hipogalactia verdadera.

PUNTO CLAVE \ Es un método empírico, no comprobado científicamente, que parece ser eficaz para aumentar la producción de leche, aunque no siempre es efectivo (hay madres que no llegan a conseguirlo por el gran esfuerzo que conlleva).

LIMPIEZA DE LOS COMPONENTES DEL EXTRACTOR DE LECHE MATERNA

Nos centraremos en la limpieza de los componentes, pero, antes del uso del extractor y después de su uso, requiere de una serie de cuidados.

Coloque las piezas del extractor en un recipiente limpio, agregue agua caliente y jabón. Restriegue las piezas de acuerdo con las instrucciones del fabricante del extractor, usando un utensilio para tal fin. Enjuáguelas con agua tibia durante 15-20 segundos para retirar el jabón. Después deje que las piezas se sequen al aire (sobre un escurridor o un paño limpio absorbente). No se deben guardar las piezas mojadas o húmedas. Se recomienda realizar el procedimiento justo después de su uso, para prevenir el riesgo de colonización de gérmenes por la acumulación de los residuos. Limpiar también los tubos, si han entrado en contacto con la leche materna o presentan algún tipo de condensación. Existen pa-

ños para limpiar los extractores de leche, si se encuentra fuera de casa y no está disponible agua con jabón para su limpieza. Para más protección, desinfecte las piezas del extractor.

En el manual de instrucciones de cada aparato se explica cómo retirar las piezas y limpiar sus componentes en el ámbito doméstico. En algunos modelos de extractores, los fabricantes indican la posibilidad de su limpieza en un lavavajillas, pero no todos son aptos para ello. Debe revisarse el manual de instrucciones y mantenimiento.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Se recomienda que la madre, después de una adecuada información, elija el método de extracción de la leche materna. Por ejemplo, se sugiere la extracción manual como método más eficaz para la extracción de calostro. Cabe destacar que la evidencia de la recomendación es débil en relación a que la técnica Marmet optimiza la cantidad de calostro extraída. Sin embargo, en un ensayo clínico aleatorizado se observaron diferencias significativas en las madres que realizaban extracción manual y las que usaban el extractor eléctrico (n=11), en cuanto a la continuidad de la lactancia materna.
- Se reporta que, en 20 madres de recién nacidos con muy bajo peso, cuando el calostro se extrae durante la primera hora tras el parto, la lactogénesis II comienza antes que si la extracción se realiza entre la primera y sexta hora tras el parto. Además, en general, se sugiere que las madres de recién nacidos que no hayan comenzado a succionar de forma eficaz o hayan sido separadas de sus hijos, se extraigan el calostro precozmente. El profesional informa y sugiere, pero la madre decide.
- La madre debe ser informada de que la capacidad gástrica del recién nacido es pequeña, explicarle la relación entre volumen extraído, las necesidades del bebé y la importancia de que las tomas sean frecuentes.
- Los profesionales deben conocer y poder explicar a la madre todas las técnicas de extracción, apoyándole y aumentando su confianza. El entrenamiento optimiza los resultados.
- Recordar que cuando se explica cada tipo de extracción de la LM hay que añadirle los cuidados previos: información, respetar su decisión, lavado de manos, disponer de material limpio, etc.

REFERENCIAS

Alimentación de los lactantes y niños pequeños. Normas recomendadas para la Unión Europea. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentos/recomendaciones/Rec_UE.pdf

Alba Lactancia. Tema 3. Cómo conseguir una rápida producción de leche materna. Artículo redactado por Inma Marcos. Asesora de Lactancia de ALBA. Comadrona. IBCLC. Revisado por Eulàlia Torras, Rita da Costa y María Berruezo. Asesoras de Lactancia de ALBA. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-3-manejo-de-la-leche-materna/como-conseguir-una-rapida-produccion-de-leche-materna-la-extraccion-poderosa/

Becker, G. E., Smith, H. A., & Cooney, F. (2016). Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).3. https://doi.org//10.1002/14651858.CD006170.pub5

Centers for disease control and prevention. Cómo mantener limpio el extractor de leche materna. CDC. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthywater/pdf/hygiene/breast-pump-fact-sheet-sp-h.pdf

Gardner, H., Kent, J. C., Lai, C. T., Mitoulas, L. R., Cregan, M. D., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2015). Milk ejection patterns: an intra-individual comparison of breastfeeding and pumping. BMC pregnancy and childbirth, 15(1), 1-6.

DE SANIDAD, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl-1.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf

Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf

Healthy Children. Cómo limpiar su extractor de leche: consejos prácticos. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/How-to-Clean-Your-Breast-Pump.aspx

Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia, IHAN. [Consultado 11 Nov 2020]. Disponible en: www.ihan.es

Lactancia materna. Guía para familias. Comité de lactancia Complejo Hospital Universitario Insular – Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: file:///Users/maferfer/Downloads/Gui%CC%81a%20para%20familias%20Lactancia%20Materna-1.pdf

Lactapp. Métodos de extracción poderosa. [Blog]. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://blog.lactapp.es/metodos-extraccion-poderosa/

Marcos I. Alba Lactacia Materna. Cuando hay prisa para obtener leche materna con que suplementar: La extracción poderosa. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/415192964/C13-INMA-MARCOS-La-Extraccion-Poderosa

Ministerio de sanidad y política social. 2010. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf

Morton, J., Hall, J. Y., Wong, R. J., Thairu, L., Benitz, W. E., & Rhine, W. D. (2009). Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. Journal of Perinatology, 29(11), 757-764.

Morton, J., Wong, R. J., Hall, J. Y., Pang, W. W., Lai, C. T., Lui, J., *et al.* (2012). Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. Journal of Perinatology, 32(10), 791-796.

Ohyama, M., Watabe, H., & Hayasaka, Y. (2010). Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. Pediatrics International, 52(1), 39-43.

Padró, A. Lactapp. Extracción combinada: manual y sacaleches (hands on-pumping,Jane Morton). [Blog]. [Consultado Nov 2020].

Parker, L. A., Sullivan, S., Krueger, C., Kelechi, T., & Mueller, M. (2012). Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. Journal of Perinatology, 32(3), 205-209.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Amamantar a tu bebé. [Consultado Nov 2020]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/2-lm_unicef.pdf

MÉTODOS DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA. BANCOS DE LECHE MATERNA

Autora \ Marta Siguero Onrubia

INTRODUCCIÓN

La leche materna es un producto vivo, y no es estéril. Su composición es muy variada y cambia durante la lactancia, adaptándose a las necesidades del lactante. La leche materna extraída permite ser utilizada para alimentar a bebés hospitalizados que no pueden amamantarse, así como a los bebés en ausencia de sus madres en general. Para mantener sus propiedades y beneficios es de vital importancia un adecuado almacenaje y conservación tras su extracción.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

ALMACENAJE DE LA LECHE MATERNA

PUNTO CLAVE \ La manipulación de la leche, al ser un producto biológico, requiere adecuada higiene, tanto de manos como de los utensilios empleados en la extracción y almacenaje. No es necesario el lavado de los pechos.

Una vez extraída la leche, debemos almacenarla en recipientes APTOS para su uso alimentario. No deben utilizarse recipientes plásticos de almacenamiento de muestras del hospital (de orina o destinados a otros líquidos), ya que no existen pruebas suficientes sobre su seguridad química y los efectos en la salud de los bebés, solo se deben usar recipientes de plástico de calidad alimentaria.

PUNTO CLAVE \ Los recipientes idóneos para su almacenaje son los tarros de vidrio templado. El lavado de recipientes debe hacerse con agua y jabón, dejando secar al aire. También puede utilizarse el lavavajillas. NO es necesario esterilizar.

Las bolsas y botes de plástico reducen la cantidad de grasa y la concentración de vitamina A, con aumento relativo de la proporción de proteínas y carbohidratos, frente al vidrio templado. Los recipientes de acero disminuyen la viabilidad celular con respecto al poliestileno y al vidrio.

Las bolsas de plástico han demostrado ser resistentes, pero se recomienda que se coloquen bien selladas y en un área del congelador resguardada donde el daño se minimice. Una buena estrategia sería colocarlo dentro de otro recipiente rígido. Debemos evitar aquellas que en su composición tengan Bisfenol A, ya que es una sustancia que ha demostrado ser tóxica.

Es recomendable almacenar la leche en pequeñas cantidades, de unos 15-60 mL aproximadamente, de modo que se pueda descongelar solo la que el bebé vaya a consumir. Al llenar los botes, se debe tener en cuenta que, al congelarse, la leche se expande, por lo que se recomienda dejar unos 2 cm de espacio libre en cada bote.

Toda la leche debe etiquetarse previo a su almacenamiento con la fecha de extracción.

CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche fresca contiene anticuerpos IgA de secreción materna. Además, es más alta en antioxidantes, vitaminas, proteínas, grasas y bacterias probióticas en comparación con la leche refrigerada o congelada. La leche materna fresca también tiene mayor actividad inmunológica.

PUNTO CLAVE \ Debemos administrar de primera elección leche fresca, conociendo los tiempos y temperaturas de conservación recomendadas para cada leche, con el fin de preservar al máximo sus propiedades.

LECHE MADURA

Lugar de almacenaje	Temperatura ambiente De 16 °C a 25 °C	Frigorífico 4 °C o inferior	Congelador -18 °C o inferior	Leche materna congelada y descongelada en frigorífico
Tiempo de almacenaje	Hasta 4 horas es la mejor opción. Hasta 6 horas si se extrae en condiciones de máxima limpieza*.	Hasta 3 días es la mejor opción. Hasta 4-8 días si se extrae en condiciones de máxima limpieza*.	Hasta 6 meses es la mejor opción. Hasta 9 meses si se extrae en condiciones de máxima limpieza*.	Hasta 2 horas a temperatura ambiente. Hasta 24 horas en el frigorífico. **No volver a congelar.**

Tabla 1. Condiciones de conservación de la leche madura.
**Adecuado lavado de manos y técnica de extracción. Material limpio.*

a) Leche refrigerada

Existen pocos estudios sobre su cambio de composición durante su almacenamiento en nevera. Muchos factores inmunológicos en el calostro, como la IgA, las citoquinas y los factores de crecimiento no se eliminan con refrigeración durante 48 horas. Un estudio encontró que la composición lipídica y la actividad de la lipasa se mantuvieron estables hasta 96 horas en la nevera. Los niveles de lactoferrina se mantienen estables en la nevera durante 4 a 5 días.

Se recomienda almacenar la leche refrigerada en la parte central del frigorífico, ya que la temperatura es más estable, evitando siempre la puerta.

b) Leche congelada

Se ha demostrado que la congelación de la leche materna extraída (-4 ˚C a -20 ˚C) es segura durante, al menos, 90 días (3 meses). Ahora bien, la cantidad de grasa, proteínas y calorías proporcionadas por la leche humana disminuye cuando se congela durante 90 días, en comparación con la leche humana fresca. Además, se produce un aumento de la acidez tras congelación durante 3 meses, probablemente debido a la actividad continua de la lipasa, que aumenta los ácidos grasos libres en la leche.

Los niveles de lactoferrina y los factores bioactivos también son significativamente menores tras la congelación a -20 ˚C durante 3 meses. Sin embargo, varias citoquinas, IgA y factores de crecimiento del calostro son estables durante al menos 6 meses a -20 ˚C.

Debe almacenarse en la parte posterior del congelador para evitar el calentamiento debido a la apertura de la puerta del congelador, y mantenerse alejada las paredes.

c) Preparación para el uso de leche almacenada

**PUNTO CLAVE **

- **Leche refrigerada.** Se puede calentar directamente bajo un chorro de agua tibia o, gradualmente, sumergiendo el recipiente en agua tibia hasta la Tª a la que se va a alimentar el bebé (unos 20 minutos en agua tibia, máx 40 ˚C).
- **Leche congelada.** Debe descongelarse y calentarse gradualmente y con cuidado. Exponerla a altas temperaturas para su descongelación puede alterar sus propiedades beneficiosas. Además, basta con llevarla a temperatura ambiente, no es necesario calentarla excesivamente.

La técnica de elección es la descongelación gradual en nevera durante varias horas (produce menor pérdida de grasa que la descongelación en agua tibia). Otra posibilidad es descongelar bajo un chorro de agua tibia (hasta 40 ˚C). Debe evitarse la descongelación al baño maría (en agua caliente, 80 ˚C) porque, debido a la dificultad de mantener una agitación adecuada se crean islotes de leche a alta temperatura. Tampoco debe descongelarse en el microondas porque se calienta la leche de forma muy desigual.

Una vez descongelada, la mejor opción es calentarla después gradualmente, sumergiendo el recipiente en agua tibia (máximo 40 ˚C, unos 20 minutos) hasta la Tª a la que se alimenta el bebé o directamente bajo el chorro de agua. NO debemos calentar la leche directamente. Una vez calentada, debemos agitarla para permitir que se mezclen los distintos componentes.

La leche descongelada se debe usar siempre en las siguientes 24 horas. No se recomienda volver a congelar ni volver a calentar la leche.

d) Unificar leche de distintas extracciones

Se puede juntar leche obtenida de diferentes extracciones antes de su congelación, teniendo en cuenta que las temperaturas de los dos líquidos deben ser similares, por lo que es recomendable refrigerar previamente la última extracción 30-60 minutos para igualar las temperaturas. Existe también la posibilidad de mezclar leche de una extracción (enfriándola previamente) con una leche ya congelada y congelarla a su vez.

e) Olor rancio tras descongelación

Se debe a la descomposición de los triglicéridos la enzima lipasa (oxidación de los ácidos grasos). No es un impedimento para su uso, pero algunos niños pueden rechazarla. Si esto ocurre, podemos evitarlo disminuyendo la actividad de la lipasa: intentar un enfriamiento y congelación rápida, y proceder a escaldar la leche previa a su congelación.

BANCOS DE LECHE HUMANA

Numerosos estudios demuestran los beneficios de la leche materna respecto a las fórmulas de leche artificial en distintas patologías propias de los recién nacidos prematuros y en neonatos con cardiopatías congénitas u otras enfermedades graves ingresados en las Unidades de Neonatología. La OMS (*Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Suiza, 2003) recomienda que cuando no se disponga de leche de la propia madre, la siguiente opción para la alimentación del lactante es la leche pasteurizada de madres donantes seleccionadas, sobre todo si se trata de niños enfermos o prematuros.

PUNTO CLAVE ** ***Un banco de leche es un centro especializado responsable de la promoción y apoyo a la lactancia materna, donde la leche humana donada por madres seleccionadas se RECIBE, PROCESA, ANALIZA, ALMACENA Y DISTRIBUYE.*

Los bancos de leche ofrecen la posibilidad de alimentar con leche materna a prematuros o lactantes enfermos que no tienen acceso a la misma de otra manera, y benefician a la madre donante que ve aumentar su producción de leche.

Existen múltiples bancos de leche en toda la geografía española y su número se está incrementando cada año. En la página web www.aeblh.org se pueden consultar los centros en activo en España, su funcionamiento y las bases para donar.

FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE LECHE

Selección de donantes

Puede ser donante cualquier mujer sana, con una lactancia actual bien establecida y que esté amamantando a su hijo satisfactoriamente, que lleve un estilo de vida saludable y, además, quiera donar leche de forma voluntaria y altruista.

Son contraindicaciones absolutas para la donación de leche el consumo de alcohol, drogas o tabaco, la ingesta de ciertos medicamentos o productos de parafarmacia (www.e-lactancia.org), padecer algunas enfermedades infecciosas activas (Sífilis, Hep.B, VIH...), llevar una dieta vegana estricta sin suplementación, realizar conductas sexuales de riesgo y algunas enfermedades crónicas o sistémicas.

En otros casos, la contraindicación para la donación es temporal, como el diagnóstico de tuberculosis, brucelosis, infección cutánea en la mama (hasta su resolución), otras infecciones agudas o riesgo reciente de enfermedad transmisible (por endoscopia, piercing, transfusión, tatuajes...).

Extracción y transporte

La madre donante debe conocer las normas de higiene para la extracción y conservación de la leche. Se debe realizar especial énfasis en la higiene de manos. El banco de leche proporcionará envases de vidrio para el almacenaje y etiquetas identificativas. Cada bote debe rotularse con el nombre y fecha de extrac-

ción (día/mes/año), generalmente con etiquetas identificativas aportadas por el propio banco de leche.

El transporte al banco de leche se debe hacer en un recipiente aislante de calidad con paneles de frío en su interior. La leche fresca recién extraída debe entregarse antes de 6 horas; si está refrigerada a 5 ˚C, se entregará antes de 24 horas, y, en caso de que se congele a -15 ˚C, el plazo máximo de entrega es variable, entre 15 y 30 días.

Recepción y procesamiento de la leche

Toda la leche recibida se somete a un análisis microbiológico, se valoran sus características organolépticas (color, olor, presencia de cuerpos extraños) y se analiza su contenido de nutrientes. Después, se procede a la pasteurización, se realiza un nuevo análisis microbiológico y se vuelve a almacenar en congelador.

Selección de receptores

En los bancos de leche se debe disponer de criterios preestablecidos para administración de leche de banco. En general y, siempre en función de la disponibilidad existente, los pacientes que tendrían prioridad son: prematuros de ≤32 semanas de edad gestacional o menores de 1.500 g al nacimiento y los recién nacidos con episodio de hipoxia-isquemia intestinal o con cardiopatías congénitas. Otras indicaciones serían determinadas metabolopatías o casos de intolerancia/alergia.

Consideraciones de los bancos de leche humana

Los bancos de leche aspiran a convertir la leche materna donada en el estándar de sustitución de la leche materna, cuando no sea posible disponer de ella, para los recién nacidos hospitalizados más vulnerables. Además, su instauración en las unidades neonatales potencia el estudio y perfeccionamiento de las técnicas que colaboran en el mantenimiento de la lactancia. Así, la experiencia en otros países ha demostrado que la instauración de un banco de leche materna aumenta las tasas de lactancia materna en la región donde se ha implantado.

PUNTO CLAVE \ Se debe tener siempre en cuenta que la leche donada no tiene las mismas propiedades inmunológicas ni protección frente a enfermedades propias del prematuro que la leche de la propia madre. Por ello debe ser prioridad siempre POTENCIAR LA LACTANCIA DE LA PROPIA MADRE.

Además, los bancos de leche procesan mayoritariamente leche madura destinada a recién nacidos a término. Por ello, su calidad nutricional para los primeros días de vida de un recién nacido prematuro es menor que la obtenida de la propia madre, cuya composición se adaptará más a sus necesidades.

Por otra parte, y aunque en los bancos de leche se realizan controles de calidad estrictos, siempre existe un riesgo asociado a la manipulación y a las características de la donante, con la posibilidad de transmisión de infecciones. Por ello,

es muy importante que se realicen estrictos controles de seguridad y se elaboren protocolos para el manejo y manipulación de la leche donada.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La manipulación de la leche, al ser un producto biológico, requiere adecuada higiene tanto de manos como de los utensilios empleados en la extracción y almacenaje. El recipiente idóneo para el almacenaje son los tarros de vidrio para uso alimentario.
- El calostro se puede mantener hasta 12 horas a temperatura ambiente. La leche madura 4 horas a Tª ambiente, 3 días en nevera (<4 ˚C) y hasta 6 meses en congelador (<-20 ˚C). Una vez descongelada, el tiempo máximo hasta su utilización es de 2 horas a temperatura ambiente y hasta 24 horas en el frigorífico. No volver a congelar.
- La leche más adecuada para la alimentación de un recién nacido prematuro es la leche de su propia madre recién extraída. Cuando no sea posible disponer de leche de la propia madre, la leche donada pasteurizada de donantes seleccionadas es la mejor opción para estos niños.

REFERENCIAS

AEPED. Recomendaciones para reducir la exposición a contaminantes ambientales en las madres lactantes. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-reducir-exposicion

AEP. Conservación y almacenamiento de la leche materna. Grupo en Familia. Disponible en: https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/conservacion-almacenamiento-leche-materna

Calvo, J., Lara, N. R. G., Gormaz, M., Peña, M., Lorenzo, M. J. M., Murillo, P. O., *et al.* (2018). Recomendaciones para la creación y el funcionamiento de los bancos de leche materna en España. Anales de Pediatría, 89 (1), pp. 65-e1). Elsevier Doyma. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.01.010.

Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Disponigle en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf

COMMITTEE ON NUTRITION, SECTION ON BREASTFEEDING, & COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN (2017). Donor Human Milk for the High-Risk Infant: Preparation, Safety, and Usage Options in the United States. Pediatrics, 139(1), e20163440. https://doi.org/10.1542/peds.2016-3440

García Lara, N. R., & Peña Caballero, M. (2017). Riesgos asociados al uso no controlado de la leche materna donada. An. pediatr.(2003. Ed. impr.), 237-239.

Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., & Eidelman, A. I. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 115(2), 496-506.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Guía de la lactancia materna para profesionales de la salud. Gobierno de La Rioja. Servicio de promoción de la salud de la Dirección general de Salud Pública. (2010). Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/escuela-salud/profesionales-sanitarios-educativos/guia-lactancia-materna-profesionales-salud.pdf

Guía para las madres que amamantan. Instituto de Salud Carlos III. SNS. Salud del Gobierno Vasco. Marzo 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/madresAmamantan.htm

Hernández Aguilar, M.T., & Aguayo Maldonado, J. Comunicación personal, II Congreso Español de Lactancia Materna. Sevilla 2002. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. An Pediatr (Barc) 2005; 63: 340- 356.

Lawrence RA, Lawrence RM. Bioquímica de la leche humana. En: Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. 6ª ed. Madrid, España: Elsevier España; 2007. p. 111-76.

National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 93. Donor milk banks: the operation of donor milk bank services. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg93/evidence/full-guideline-243964189

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1989). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad / declaración conjunta OMS/UNICEF. Organización Mundial de la Salud.

MÉTODOS DE SUPLEMENTACIÓN

Autora \ Yazmina Afonso Arencibia

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes métodos para suplementar la alimentación de los/las bebés amamantados/as. Para ello, se hace necesario que el personal que vaya a ayudar y apoyar a la lactancia esté entrenado en las mismas.

Es importante que se tenga en consideración que debe ser la madre/padre quien decida el método que va a utilizar en relación a sus necesidades, preferencias personales y las preferencias del bebé. Siempre que sea posible la suplementación se realizará con leche materna, la guía *NICE* no recomienda la suplementación con otros líquidos que no sean lactancia materna.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Además, es importante detectar la causa que motiva la necesidad de realizar una suplementación a la alimentación del bebé. Son múltiples factores los que, además del motivo que origina la decisión de suplementar, van a condicionarla y deben ser detectadas. A continuación, se detallan algunas de ellas:

- La capacidad de succión del bebé (eficaz o no) y la edad del mismo.
- Que el método favorezca la capacidad de succión del bebé o lo contrario.
- Si va a ser a corto o largo plazo.
- La cantidad de leche que se va a suplementar.
- Facilidad del uso y limpieza.
- El coste y disponibilidad de los sistemas.
- Preferencia del bebé y su madre.
- Comodidad con el método elegido.

a) Suplementación con taza o vaso

La alimentación con taza o vaso puede ser útil, tanto para bebés a término, como para bebés prematuros.

Entre las ventajas, podremos encontrar que:

- Es cómodo, fácil de limpiar y de bajo coste.
- Se pueden comprar vasos especiales comercializados, aunque también se pueden usar recipientes caseros.
- Se puede usar para grandes cantidades en niños/as más mayores o también para pequeños volúmenes de suplementación.
- Se requiere de adiestramiento para que resulte práctico y no se derrame continuamente la leche.

Tenemos que tener en cuenta que antes de empezar la toma es importante colocar al bebé lo más vertical posible. Seguidamente, colocaremos el vaso sobre el labio inferior del bebé evertido, a continuación, inclinaremos el vaso para que la leche lo toque ligeramente, pero sin verter la leche en la boca, sino que dejaremos que el/la niño/a vaya introduciendo la lengua en el mismo. (Figura 1)

Tendremos en consideración que los bebés a término o mayores tienen la capacidad de succionar la leche, mientras que los bebés con bajo peso o prematuros suelen lamer la leche, llevando la misma a su boca con la lengua.

Figura 1: Alimentación con taza o vaso
(Fuente: Anexo 13, Guía Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. MSSI 2017)

b) Suplementación con cucharita

Los primeros días tras el nacimiento, la mamá se puede extraer manualmente el calostro. Al ser cantidades pequeñas, estas se pueden recoger directamente en una cuchara previa a su administración. El/la bebé recién nacido/a se puede beneficiar de la suplementación con cuchara los primeros días, siendo útil para administrar la leche extraída. (Figura 2)

Para darle el calostro con la cuchara, aproximaremos la cuchara a la boca del bebé y la colocaremos sobre el labio inferior, facilitando que este pueda lamerla.

Entre las ventajas podremos encontrar que:

- Es barato y de fácil acceso.
- Útil para pocas cantidades en los primeros dos-tres días, aunque es menos útil cuando el/la bebé toma cantidades mayores.

Figura 2: Alimentación con cucharita.
(Fuente: Anexo 13, Guía Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. MSSI 2017)

c) Recipiente cucharita

El recipiente-cucharita es un artículo similar a un biberón que dispone de un dispositivo redondeado a modo de cuchara en lugar de la tetina, como en los biberones convencionales. Una vez extraída la leche, esta se introduce en el recipiente que dispone de una válvula que regula la salida de la leche, lo que facilita la toma de la misma.

Entre las ventajas podremos encontrar:

- Es útil para administrar la leche extraída cuando la madre se tiene que ausentar. Por ejemplo, cuando se incorpora al trabajo.
- Al no tener tetina, evita el síndrome de confusión del pezón.
- Se puede utilizar para grandes volúmenes y utilizarlo a largo plazo.
- Es sencillo de usar.
- Existen diferentes modelos y tienen un coste asequible.

d) Suplementación dedo-jeringa dedo-sonda

Cuando la lactancia no está bien instaurada, la alimentación con jeringa es una buena alternativa para no favorecer el síndrome de confusión del pezón.

Consiste en introducir en la boca del niño/a un dedo limpio, apoyando la yema en su paladar y dirigiendo la mano hacia abajo, a modo de palanca, para facilitar que el/la bebé abra la boca.

También, en este método de suplementación, el labio inferior del bebé debe estar evertido.

Con el dedo en posición adecuada (dentro de la boca-yema en el paladar), cuando el niño comienza a succionar, se vierte un poco de leche (unas gotitas) como recompensa a las succiones adecuadas.

Haciendo posible enseñar al bebé a mamar correctamente.

Es útil en niños/as con:

- Succión débil.
- Recién nacidos prematuros.
- Dificultad en el agarre.
- Separación de madre e hijo/a los primeros días.
- Síndrome de confusión del pezón.

Para alimentar al bebé mediante dedo-jeringa, el/la niño/a debe estar lo más incorporado posible, siendo necesarias las dos manos para completar el proceso.

Para mantener incorporado al bebé, se puede utilizar un almohadón, o colocarlo sobre las piernas y estas elevadas, apoyadas en un escalón. O disponer de la ayuda de otra persona. Existen varias alternativas:

- Con jeringa
- Con jeringa + *FingerFeeder*
- Con sonda

Con jeringa

Para realizar la suplementación con jeringa, es necesario apoyar la jeringa sobre el labio inferior del niño/a en el hueco entre la comisura del labio y el dedo. Vertiendo la leche cuidadosamente cuando el/la niño/a empiece a succionar, apuntando con la jeringa hacia abajo para facilitar la succión del dedo mientras va tomando la leche.

Alimentar solo con jeringa, poco a poco, sin estimular la succión con el dedo puede contribuir a que el/la bebé desarrolle una succión defectuosa. Esto es debido a que, al no poner el dedo, el/la bebé tiende a cerrar la boca y los labios, contribuyendo a una succión defectuosa que no nos interesa.

Jeringa + *FingerFeeder*

El *FingerFeeder* es un dispositivo en forma de cono, elaborado en silicona que se une a la jeringa. Al tener esta forma de cono, se puede introducir en la boca hasta la zona del paladar donde se encuentra la punta del dedo, así el/la bebé, al ir succionando, va recibiendo la leche como si estuviera tomando del pecho.

Con sonda

La sonda puede ser una sonda de alimentación enteral, conectada a una jeringa, a un relactador o relactador casero. Para ello, colocaremos la punta de la sonda en la yema del dedo y la introduciremos en la boca del bebé, hacia el paladar. Mientras el/la bebé succiona vaciará el contenido del reservorio usado.

Figura 3: Alimentación con jeringa-dedo.
(Fuente: Anexo 13, Guía Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. MSSI 2017)

e) Suplementación con relactador

El relactador va a permitir que el/la bebé reciba el suplemento de leche extraída preferentemente o, en su defecto, artificial, una vez está succionando al pecho.

El relactador es un contenedor de leche que la madre se cuelga al cuello. Este puede ser una bolsa o una botella de plástico, con una válvula de salida. De la válvula suelen salir dos sondas, una para cada pecho. La sonda se fijará al pecho, mediante el cual se pretende amamantar, haciendo coincidir la punta de la sonda con la punta del pezón de la mama. Así cuando el/la niño/a se agarra y succiona el pecho, tomará la leche del pecho junto con la leche del relactador.

El relactador está indicado cuando:

- La mamá se encuentra en proceso de relactación, para restablecer la producción de leche tras un destete prematuro.
- Inducción de la lactancia en niños adoptados.
- Los/las bebés son reacios a succionar, para lograr que se peguen al pecho.
- Con el relactador la leche sale con mayor facilidad y en mayor cantidad que si tomara solo del pecho.
- En bebés prematuros, para estimular y entrenar la succión y el agarre al pecho.

¿Qué logramos?

- Estimular la producción de leche con la succión.
- Recompensar al bebé con la leche del relactador al realizar una correcta succión.

En relación a las sondas para el relactador:

- Se pueden usar de diferentes tamaños.
- Siempre empezaremos por la de una luz más grande, para que el/la niño/a se vaya familiarizando y le sea más fácil la obtención de la leche.
- A medida que el/la bebé va progresando en su aprendizaje, iremos poniendo sondas más finas para dificultar la salida de la leche, con lo que el/la niño/a tendrá que realizar más fuerza de succión.
- Recordar pinzar la sonda que no se esté usando. En caso de amamantar a la vez a gemelos, ambas estarán despinzadas.

Una vez terminada la sesión es importante limpiar meticulosamente el colector de leche y las sondas.

Figura 4: Suplementación con relactador.
(Fuente: Anexo 13, Guía Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. MSSI 2017)

f) Método Kassing

El **método Kassing** es la forma de administrar el alimento al bebé con biberón que parece interferir menos con la lactancia materna al pecho. Sus objetivos son que el/la bebé no esté sobrealimentado, que él/ella mismo/a regule la cantidad de alimento a tomar e intentar reproducir, en la medida de lo posible, las condiciones de la lactancia materna al pecho.

Puede ser de ayuda cuando debemos suplementar la lactancia materna y se descartan, por distintas razones, las otras técnicas descritas para ofrecer el complemento. Probablemente, debería ser la forma de elección para administrar todos los biberones, independientemente de que la lactancia sea materna o con fórmula artificial.

Consiste en colocar al bebé en la posición más vertical posible, casi sentado/a y el biberón se mantendrá en horizontal, evitando inclinarlo en exceso. El/la bebé así controla la cantidad y velocidad que ingiere, evitándose que la leche caiga solo por gravedad, disminuyendo además el riesgo de atragantamiento. La tetina debe ser larga, blanda y redonda (evitando las tetinas mal llamadas «anatómicas») Se debe introducir lo máximo posible dentro de la boca del bebé, de forma similar al agarre durante el amamantamiento. Para iniciar la toma se intenta reproducir los estímulos de la lactancia al pecho. No se introduce, por tanto, el biberón directamente en la boca, sino que previamente se activa el reflejo de búsqueda tocando las mejillas y los labios del niño/a, para que sea el/la bebé quien se enganche solo. Durante la toma, se realizarán varias pausas periódicas, retirando el biberón para valorar el estado de saciedad y si el/la bebé sigue buscando o no.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La elección del método de suplementación debe ser de la madre/padre en base a sus necesidades, preferencias personales y las preferencias del bebé.
- Siempre que sea posible la suplementación se realizará con leche materna.
- Todos estos métodos revisados requieren de entrenamiento, tanto del personal sanitario como de las mamás/papás y sus bebés.
- Con práctica se adquiere mucha destreza y pueden resultar muy eficaces.
- No nos podemos olvidar de los papás, mamás y resto de la familia como parte fundamental del proceso, y que sirven, y deben servir, de apoyo al proceso de amamantamiento y emocional que está viviendo la mamá que amamanta.

REFERENCIAS

Breastfeeding and the Use of Human Milk. Section on breastfeeding. Pediatrics Mar 2012, 129 (3) e827-e841; DOI: 10.1542/peds.2011-3552.

Cloherty, J.P.; Stack A.R., Eichenwald, E.C.; *et al.* (2017). Manual de Cuidados Neonatales. Editorial Editorial: Elsevier – Masson. ISBN 10: 8445814532 ISBN 13: 9788445814536

Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de sanidad y política social. 2011. [Consultado en febrero 2019] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Consultado en febrero de 2019]

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Consultado en febrero 2019]

IHAN. Alimentación de los lactantes y niños pequeños. Normas recomendadas para la Unión Europea. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentos/recomendaciones/Rec_UE.pdf

Lactancia materna. Guía para familias. Comité de lactancia Complejo Hospital Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. [Consultado en febrero 2019]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/42a7623b-b247-11eb-9fb6-f9e875e749fb/DAPTICO_MamA_y_bebA_lactando.pdf

Manual básico para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. Comité de lactancia materna, área 11 de salud. Hospital Universitario 12 de octubre. Comunidad de Madrid. [Consultado en marzo 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-manualbasico12oct.pdf

UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Amamantar a tu bebé. Información importante para nuevas mamás. [Consultado en febrero 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/2-lm_unicef.pdf

PROBLEMAS DE LA MADRE QUE AMAMANTA QUE DIFICULTAN O CONTRAINDICAN LA LACTANCIA

Autora \ María Moreyba Borges Luján

INTRODUCCIÓN

En numerosas ocasiones, la lactancia materna se interrumpe sin motivos justificados. En la práctica, son muy pocas las situaciones que la contraindican. Estas condiciones, relacionadas con patología materna, deben ser valoradas individualmente. No debemos suspender la lactancia materna por desconocimiento propio o por miedo.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

PUNTO CLAVE \ Las contraindicaciones de la lactancia materna son:

Contraindicaciones absolutas de LM	Contraindicaciones relativas de LM	Falsas contraindicaciones de LM
Infección materna por VIH y HTLV.	Tuberculosis diagnosticada 15 días antes del parto.	Hepatitis A, B y C.
Fármacos antineoplásicos.	Varicela diagnosticada 5 días antes y 2 después del parto.	Gripe o catarro común.
Fármacos radiactivos.	Lesiones activas de herpes simple y zóster en mama.	Patologías maternas como DM, HTA, patología tiroidea o depresión postparto.
Enfermedad psicótica grave.	Infección postnatal por CMV en prematuros.	**Dudas: consular *e-lactancia.org***
Consumo de drogas salvo metadona.		

En situaciones de interrupción temporal de la lactancia materna directa, se debe aconsejar a la madre:

- La extracción previa, si es posible planificarlo, para alimentar al bebé durante el periodo de la interrupción de la LM.
- La extracción frecuente durante el periodo de interrupción de la lactancia, para mantener la producción y así facilitar la continuación de la misma cuando pueda reestablecerse.

DESARROLLO

Diabetes

La lactancia materna presenta ventajas para la madre con DM tipo I, tipo II y diabetes gestacional. Las necesidades de insulina y de antidiabéticos orales suelen disminuir hasta en un 30 %, incluso, en ocasiones, la diabetes mellitus remite durante la lactancia.

Puede haber mayores complicaciones para la madre (mayor índice de cesáreas) y para el recién nacido (macrosomía, prematuridad, hipoglucemia, hipocalcemia, problemas respiratorios, poliglobulia, malformaciones etc). Todo ello conlleva a una menor prevalencia de lactancia materna, por lo que es vital el apoyo de los profesionales sanitarios. Además, la diabetes materna se asocia a un retraso en la subida de la leche y a bajos niveles de prolactina. Las madres también presentan más riesgo de grietas, mastitis y candidiasis que debemos prevenir y tratar con una lactancia frecuente, posición adecuada y tratamiento de la mastitis.

El factor más importante para el éxito de la lactancia es el inicio precoz de la misma. Se deben evitar separaciones innecesarias madre-hijo. La hipoglucemia en las primeras horas se puede prevenir y tratar con alimentación oral frecuente. En caso de precisar suplementación para mantener cifras glucemia adecuadas, se realizará preferiblemente con leche extraída de la madre. La dieta materna no supone riesgo para el lactante. La insulina y los fármacos antidiabéticos orales son seguros para el recién nacido.

Las principales estrategias para mejorar la lactancia en estas pacientes consisten en que la madre mantenga un buen control metabólico, con pautas adaptadas de insulina, una adecuada alimentación y ejercicio, y dar el pecho a demanda, respetando el horario de comidas de la madre.

Patología tiroidea

El **hipotiroidismo** es una situación en la cual la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea. Un hipotiroidismo no tratado correctamente puede producir una hipogalactia, ya que la presencia de T3 es fundamental para la producción de leche.

PUNTO CLAVE \ El tratamiento del hipotiroidismo con hormona tiroidea es compatible con la lactancia.

El **hipertiroidismo** (y la enfermedad de Graves como causa más frecuente de hipertiroidismo) suele mejorar en el tercer trimestre del embarazo, reagudizándose tras el parto, necesitando reintroducir o aumentar la medicación. Su tratamiento en la gestación y en la lactancia es seguro para el lactante, no debiéndose interrumpir la lactancia por esta causa.

El metamizol se considera el tratamiento de preferencia, dado el riesgo de toxicidad hepática del propiltiouracilo, administrando preferentemente la medicación inmediatamente tras una toma de pecho.

El **tratamiento con Yodo 131** radiactivo sí puede afectar la función tiroidea del lactante y, por ello, su uso para diagnóstico o para tratamiento obliga a interrumpir la lactancia. Si se quiere continuar la LM, se informará a la madre de la importancia de prever su extracción y conservación en congelador previo al tratamiento con este fármaco, para así alimentar al bebé con la leche almacenada los días posteriores a la prueba; en estos días la madre debe continuar extrayéndose leche para mantener la producción (pero desechándola). Se puede medir semanalmente la radioactividad en las muestras de leche extraídas para indicar a la madre cuándo reanudar la lactancia.

En caso de empleo de Yodo 123, basta suspender la lactancia unos 4 días y, con Tecnecio 99m, solo se requiere interrupción de 1 día por ser fármacos de menor vida media.

Hipertensión arterial (HTA)

La hipertensión arterial no controlada durante el embarazo aumenta la incidencia de prematuridad, lo que aumenta el riesgo de una lactancia materna no exitosa, por lo que requiere adecuado apoyo por parte de los profesionales sanitarios.

El tratamiento de la HTA son los diuréticos y los antihipertensivos. Los diuréticos (acetazolamida, clorotiazida, hidroclorotiazida, espironolactona) son compatibles con la lactancia. En todos los grupos de antihipertensivos hay, al menos, uno compatible con la lactancia materna: vasodilatador periférico (hidralazina), agonista alfa-2-adrenérgico (metildopa), betabloqueantes (labetalol y propanolol), bloqueantes de canales de calcio (verapamilo, nifedipino y diltiazem),

IECA (captopril y enalapril). El atenolol debe evitarse por su mayor excreción en leche materna y paso al lactante.

Epilepsia

La epilepsia no contraindica la lactancia materna. Muchos fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia: su excreción en leche materna es muy baja y la exposición del neonato es muchísimo menor a la que ha tenido en la vida fetal. De hecho, hay más riesgo de convulsiones neonatales en niños que no reciben lactancia materna por el descenso brusco de los niveles sanguíneos de anticonvulsivantes. Se debe evitar el fenobarbital, la primidona y la etosuximida porque pueden causar excesiva sedación en el lactante.

PUNTO CLAVE \ Se aconseja vigilar la posibilidad de toxicidad en el lactante: atención a signos como irritabilidad, somnolencia excesiva, succión escasa o escasa ganancia de peso. Conviene que la madre amamante acostada o acompañada, por si sufre una crisis epiléptica.

Patología psiquiátrica

PUNTO CLAVE \ La depresión postparto es muy frecuente (5-25 % durante el primer año tras el parto). Una lactancia no exitosa puede agravarla. Por tanto, es fundamental que a estas madres se les ofrezca apoyo, tanto emocional como práctico.

La mayoría de los antidepresivos son seguros porque su concentración en leche materna es inapreciable. De elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, sobre todo sertralina y paroxetina, pero también otros muchos antidrepresivos son compatibles. Siempre se debe evitar la supresión brusca de la mediación porque puede tener efectos negativos en la madre y en el recién nacido.

PUNTO CLAVE \ En las madres con diagnóstico de psicosis, la medicación necesaria y la propia patología psiquiátrica hacen muy difícil la lactancia materna.

Patología infecciosa

PUNTO CLAVE \ La mayoría de las enfermedades infecciosas leves permiten continuar la lactancia. No afectan a la producción, ni a la composición de la leche, ni se transmite la infección por la leche materna en la mayoría de los casos. Los anticuerpos específicos contra el microorganismo presentes en la leche materna protegen al lactante, por lo que continuar con la lactancia no solo es aconsejable, sino muy recomendable.

PUNTO CLAVE \ La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia materna en los países desarrollados, donde se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos.

La infección por el **virus linfotrópico humano de células (HTLV)** se trasmite por leche materna, siendo una contraindicación absoluta la lactancia materna. Es un virus de distribución universal que, en España, es poco frecuente. El niño adquiere la infección al ingerir linfocitos presentes en la leche materna infectados por el virus.

Los hijos de madres con el **virus de la hepatitis A** (VHA) pueden recibir lactancia materna. Aunque se ha detectado ARN del virus de la hepatitis A en leche materna, no se han registrado casos de transmisión madre-lactante. Es de suma importancia tomar las medidas higiénico sanitarias adecuadas para minimizar el riesgo de transmisión fecal-oral al bebé lactante, con lavado de manos frecuente. Si la infección de la madre es reciente (menos de 15 días), el lactante debe ser protegido con la inmunoglobulina estándar.

PUNTO CLAVE \ La hepatitis B tampoco contraindica la lactancia materna. Los niños al nacer deben recibir inmunoglobulina específica y primera dosis de vacuna, eliminando así cualquier riesgo teórico de transmisión del virus a través de la leche.

La **hepatitis C** no contraindica la lactancia. El virus de la hepatitis C se ha encontrado en la leche materna, pero no parece constituir un factor de riesgo en la transmisión. Numerosos estudios no han demostrado diferencias en la tasa de transmisión al relacionarla con el tipo de lactancia o con la duración de la misma. Probablemente, esto se deba a que la carga viral en la leche es muy baja, o a que el virus se inactiva en el tracto gastrointestinal. Por el momento, no hay datos que justifiquen recomendar la lactancia artificial en hijos de madres portadoras asintomáticas del virus de hepatitis C no coinfectadas con el VIH y sin lesiones en la mama.

El **virus varicela-zoster** es muy contagioso, vía respiratoria y/o por contacto directo con el líquido de las vesículas. El periodo de contagio va desde varios días

antes de aparecer la erupción hasta que las lesiones sean costrosas (alrededor de los 5 días).

Debe separarse al recién nacido si la varicela materna se produce entre el 5° día antes del parto y 2 días después del parto, para evitar el contagio por transmisión directa del virus.

Si no presenta lesiones en la mama, sí puede extraerse la leche y administrase al recién nacido en las tomas hasta que sea posible alimentarlo directamente. En estos casos, además, se debe administrar al recién nacido gammaglobulina específica (o en su defecto estándar) y vigilancia clínica durante al menos 14 días, y aislarlo hasta que las lesiones maternas de varicela no sean activas.

Si la varicela materna se manifiesta durante el embarazo hasta 5 días antes del parto, o pasadas 48 horas tras el parto, no procede aislar al recién nacido de la madre (puesto que la enfermedad ya es contagiosa antes de la aparición de la erupción). Además, los anticuerpos presentes en la leche materna 48 horas antes del inicio de la enfermedad pueden contribuir a mejorar la evolución de la varicela si el lactante finalmente lo contrae. Por tanto, se puede continuar la lactancia siempre que no presente lesiones en la mama. En este caso, se recomienda extraer la leche y desecharla hasta que las lesiones estén en fase de costra y se pueda reanudar el amamantamiento directo. El tratamiento de la madre con aciclovir no contraindica la lactancia materna, tampoco la contraindica la vacunación.

En el caso del **herpes zoster**, solo hay que tomar medidas higiénicas (lavado manos) y evitar el contacto con las lesiones.

El **herpes simple** materno solo contraindica la lactancia si hay lesiones en las mamas, pudiendo incluso amamantar del pecho que no tenga lesiones, pero deben de tomarse precauciones estándar: lavado minucioso de manos, cubrir las lesiones para que el lactante no entre en contacto con ellas, llevar mascarilla y evitar contacto labial si la madre tiene herpes labial o estomatitis.

La infección postnatal por **citomegalovirus (CMV)** puede ocurrir a través del contacto con secreciones cervicales maternas durante el nacimiento o por la leche materna, que es la principal fuente de infección. El CMV se encuentra en el 50 al 97 % de muestras de leche de mujeres sanas, pero solo el 15 a 19 % de lactantes se infectan, y solo el 4 % tienen síntomas, en general muy leves que no requieren tratamiento. Hay consenso generalizado en que la lactancia materna no está contraindicada para los lactantes nacidos a término cuya madre es seropositiva para CMV.

En caso de prematuridad, en especial en menores de 30 semanas y 1.000 g de peso, el CMV adquirido a partir de la leche materna puede ocasionar síntomas más graves, pero la frecuencia también es muy baja y no deja secuelas neurológicas, u otras, a largo plazo, aunque algunos autores han detectado pequeñas diferencias en alguna escala de desarrollo. Dado que en prematuros se ha publicado algún caso de especial gravedad, debe tomarse una decisión individual según las circunstancias clínicas de cada prematuro.

La congelación a -20 °C reduce la cantidad del virus en la leche en un 90 %, pero no lo elimina totalmente; también la pasteurización elimina el virus, pero altera las propiedades inmunológicas de la leche materna.

El virus de la **gripe** no se transmite por la leche, por lo que es compatible con la lactancia materna. Además, la gripe es contagiosa un día antes de que aparezcan los síntomas, de ahí la inutilidad de separar a madre y lactante. La interrupción de la lactancia agravaría el riesgo de contagio y la gravedad de la infección en el lactante. Sí se recomienda que, para amamantar, la madre con gripe realice lavado de manos frecuente y se cubra la boca y nariz al toser o estornudar, o utilice mascarilla.

En caso de enfermedad **tuberculosa**, no está contraindicada la lactancia materna siempre que la madre haya recibido, al menos, dos semanas de tratamiento adecuado, no sea bacilífera, no sea una tuberculosis por bacterias resistentes a fármacos de primera línea y el recién nacido reciba profilaxis con fármacos antituberculosos. Si no se cumple alguna de estas condiciones, la madre puede extraerse la leche, y esta leche sí puede administrarse al lactante. *M. tuberculosis* no se transmite por la leche materna y las pequeñas concentraciones de los fármacos en la leche no produce efectos tóxicos en el lactante. Deben utilizarse con precaución los fármacos tuberculostáticos de segunda línea por su escasa experiencia y su potencial toxicidad. Los hijos de madres tratadas con tuberculostáticos deben recibir suplementos de piridoxina (1-2 mg/kg/día).

Cirugía de mama

En todos los casos de cirugía mamaria, hasta que no se inicia la lactancia, no es posible saber la funcionalidad real del pecho y la producción de leche que se alcanzará y si permitirá o no conseguir una lactancia materna exclusiva. Es importante, por ello, intentar maximizar todo lo posible la producción láctea del tejido glandular existente en las primeras 2-3 semanas postparto y vigilar estrechamente los signos de una correcta alimentación del recién nacido, por si la ingesta fuera insuficiente y fuera necesario suplementar. Es también muy importante el apoyo psicológico y emocional a la madre, que puede necesitar ayuda para aceptar que, aunque no llegue a conseguirse una lactancia materna exclusiva, su lactancia también es exitosa.

Mamoplastia de aumento (implantes mamarios). Conllevan un mayor riesgo de lactancia insuficiente, con una tasa de lactancia materna exclusiva menor. Tradicionalmente la falta de producción de leche se ha atribuido a las prótesis, pero esto no es del todo real. En ocasiones, existe una hipoplasia mamaria previa que va a condicionar la producción de leche y la lactancia, y la presencia de una incisión quirúrgica periareolar puede lesionar nervios y conductos galactóforos, disminuyendo la producción de leche.

Mamoplastia de reducción. Puede haber pérdida de integridad de los conductos galactóforos por la cirugía, afectando a la lactancia. Existe una falsa preocupación de que existe mayor riesgo de mastitis debido a que la leche «no tenga por dónde salir» y se acumule. Es importante explicar que la leche que no drena

debido a daños en los conductos postquirúrgicos deja de producirse, sin ocasionar otros problemas añadidos.

Procesos oncológicos

Durante el tratamiento oncológico se debe interrumpir la lactancia debido a los efectos secundarios potencialmente graves para el lactante, tanto de los tratamientos como los procedimientos diagnósticos, hasta un tiempo variable después. Cuando sea posible hacerlo, las detecciones en leche de los fármacos para determinar su eliminación total podría ser el mejor indicador para reanudar la lactancia entre dos ciclos de quimioterapia. Si la madre lo desea, la producción de leche puede mantenerse mediante extracción regular, para recuperar la lactancia posteriormente. La quimioterapia no afecta la producción de leche.

En el cáncer de mama, se puede amamantar cuando ya no exista tumor residual, tanto del pecho sano como en el afecto. Sin embargo, según la cirugía o radioterapia empleada, es posible que produzca menos leche por lo que, en ocasiones, la lactancia materna se va a conseguir con un solo pecho. La mastectomía radical impedirá la lactancia en el futuro.

A pesar de que la lactancia se ve dificultada por problemas técnicos y por la gran carga emocional, se podría conseguir una lactancia exitosa con el apoyo necesario.

MENSAJE PARA RECORDAR

- Dadas las grandes evidencias que existen sobre los beneficios que tiene la lactancia materna para el desarrollo del lactante y la salud de las madres, conviene evaluar el riesgo-beneficio ante cualquier patología o tratamiento materno, asesorando individualmente a cada madre que desee seguir con la lactancia.

REFERENCIAS

www.e-lactancia.org

M. E. Speer. Varicella-zoster infection in the newborn, 2019.

Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/varicella-zoster-infection-in-the-newborn?search=varicela%20breastfeeding&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

P.B. Pennell, T.McElrath. Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period , 2020.
Disponible en https://www.uptodate.com/contents/management-of-epilepsy-during-preconception-pregnancy-and-the-postpartum-period?search=lactancia%20materna%20contraindicaciones&source=search_result&selectedTitle=17~105&usage_type=default&display_rank=17

F.Baquero-Artigaoa, M.J.Mellado Peña, T.del Rosal Rabes, A.Noguera Julián, A.Goncé Mellgrene. Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (ii): profilaxis y tratamiento. 2015.

Disponible en: https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Guia_TB_embarazada_y_RN_20152.pdf

A. Alarcón Allen*y F. Baquero-Artigao. Revisión y recomendaciones sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección posnatal por citomegalovirus. 2010. Disponible en: https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/3.pdf

P. Domingo Pedrol, M. Leyes García, V. Maiques Montesinos, A. Noguera Julian, A. Ocampo Hernández M.L Péres Bares *et al*. Documento de Concenso para el seguimiento de la Infección por el VIH en relación con la reproducción, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. 2020.
Disponible en: https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/DocEmbarazomarzo2013-1.pdf

ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA

Autora \ Carmen Rosa Martel Santiago

INTRODUCCIÓN

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento y tiempo de los embarazos, la información y los medios para hacerlo, y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva.

El postparto es un periodo de la vida de la mujer en el que necesita sentirse segura al elegir un método anticonceptivo. Es importante buscar un espacio para hablar del tema en la revisión postparto o, incluso mejor, durante el embarazo.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

PUNTO CLAVE \ El «consejo anticonceptivo» durante el postparto implica:

- **Identificar las necesidades, preferencias personales y circunstancias familiares, socioeconómicas... de cada madre.**
- **Comprobar el tipo de lactancia (exclusiva, mixta... distribución de las tomas, etc.).**
- **Descartar problemas médicos o factores de riesgo para determinados métodos.**

En función de lo anterior, ofrecer opciones contraceptivas y, una vez tomada la decisión por parte de la madre, apoyar su elección y ofrecer un adecuado seguimiento.

Cualquier método anticonceptivo utilizado durante este periodo debería idealmente ser eficaz, aceptable, sin riesgo para la lactancia ni el lactante, barato, autogestionado, reversible y no interferir con el placer.

PUNTO CLAVE \ En las primeras 6 semanas postparto, los métodos más adecuados son los que requieren la mínima intervención por parte de la usuaria, evitando fallos de cumplimentación. Los métodos reversibles de larga duración son los que mejor se adaptan a este perfil.

El objetivo de este tema es mostrar, de forma sencilla, útil y comprensible, los anticonceptivos recomendados durante la lactancia, en qué momento de este periodo son más aconsejables y conocer su eficacia.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- **Métodos naturales**:
  - Método de lactancia amenorrea (MELA).
  - Método ogino o del calendario.
  - Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
  - *Coitus interruptus*.
- **Métodos de Barrera**:
  - Preservativo.
  - Diafragma.
  - Espermicidas.
  - Capuchón cervical, esponja.
- **Anticoncepción hormonal**:
  - Anticonceptivos hormonales combinados.
  - Anticonceptivos hormonales con solo progesterona.

- **Dispositivos intrauterinos (DIUs)**.
- **Esterilización tubárica bilateral**.
- **Anticoncepción de emergencia**.

Métodos naturales

PUNTO CLAVE \ MELA. Es un método sencillo, barato, seguro e inocuo. El freno que producen la prolactina, las endorfinas y la succión sobre el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico inhibe la ovulación. Su eficacia depende de que se cumplan tres condiciones:

- **Amenorrea, si aparece la menstruación disminuye su seguridad.**
- **Lactancia exclusiva con inicio postparto, a demanda día y noche (sin descanso nocturno de más de 6 horas ni diurno de más de 4 horas).**
- **Durante los primeros 6 meses postparto, después disminuye su eficacia y habría que asociarlo a algún otro método.**

- Método Ogino o del calendario. Se basa en la duración de los ciclos, identificando así su periodo fértil. Dado que durante la lactancia existe amenorrea o ciclos irregulares, tiene poca eficacia.
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Se basan en la identificación de los cambios en el moco cervical, de la temperatura basal o de ciertos cambios que se pueden observar en el cuerpo de la mujer. Por el mismo motivo que el anterior, presentan poca seguridad anticonceptiva.
- *Coito interruptus*. Es un método que, por sí solo, incluso fuera de la lactancia, produce muchos fallos.

Métodos de barrera

PUNTO CLAVE \ El preservativo es seguro para la lactancia y eficaz en usuarios motivados y uso correcto. Es, además, el único que protege frente a ITS.

- Diafragma. Requiere aprendizaje, cambiar la talla tras el parto y esperar a la involución uterina, a partir de 1-2 meses.
- Espermicidas. Existen en crema, óvulos y gel. Habitualmente se usan conjuntamente con otro método para mejorar su eficacia.
- Capuchón cervical, esponja. Tienen similar eficacia que los dos previos.

Anticoncepción hormonal

- Anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos y progesterona (píldora clásica, parche transdérmico, anillo vaginal, inyectables). Inhiben la ovulación y son muy eficaces.

PUNTO CLAVE \ Los anticonceptivos hormonales combinados se desaconsejan en la lactancia porque el estrógeno disminuye la producción láctea. Sin embargo, en la lactancia ya instaurada (más allá de los 6 meses) se podrían utilizar.

- Anticonceptivos hormonales con solo progesterona (minipíldora, implante, inyectable). Son muy eficaces, no tienen efecto negativo sobre la lactancia y se pueden usar desde el parto.

PUNTO CLAVE \ Los anticonceptivos hormonales con solo progesterona son los de primera elección durante la lactancia, por no tener efectos adversos para el lactante y no disminuir el volumen de producción láctea.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

PUNTO CLAVE \ El DIU se puede colocar justo después del parto ante la ausencia de infección pélvica o endometritis. Posteriormente, y durante las primeras 6-8 semanas, aumenta el riesgo de perforación por lo que se aconseja esperar tras el parto entre 6-8 semanas hasta que el útero involucione.

No producen efectos sobre la producción láctea. Su efecto dura 5 años y, a partir de los 40, no es necesario su reemplazo. La eficacia es muy alta. Existen dos tipos: hormonales y no hormonales (los hormonales contienen levonorgestrel, por lo que tampoco afectan la producción láctea).

Esterilización tubárica bilateral (ligadura de trompas)

Es un método irreversible y muy eficaz. Se puede realizar por laparotomía abierta o por laparoscopia. No afecta la lactancia y se puede amamantar inmediatamente antes de la intervención y unas horas después.

Anticoncepción de emergencia

- Píldora postcoital de levonorgestrel. Se utiliza en una sola dosis vía oral en las primeras 72 horas (mejor en las primeras 24 horas) después del coito de riesgo. Inhibe o retrasa la ovulación, altera el cuerpo lúteo, el transporte de los gametos y la maduración y los receptores del endometrio. No es abortiva y, si hay embarazo, no produce aborto ni es teratógena.
- El Ulipristal acetato también puede utilizarse como anticonceptivo de emergencia, siendo seguro y de riesgo muy bajo durante la lactancia (www.e-lactancia.org). En caso de uso de Ulipristal acetato, algunos autores y organismos sanitarios aconsejan interrumpir la lactancia entre 24 horas y una semana (Sridhar 2017, WHO 2015 p72).
- DIU como anticonceptivo de emergencia. Eficaz hasta 5 días después del coito.

EFICACIA Y RIESGO PARA LA LACTANCIA

La eficacia se mide utilizando el índice de Pearl (IP), que corresponde al número de embarazos/100 mujeres/año de uso. Un índice de Pearl con alta eficacia corresponde a IP = 0-2.

En cuanto al riesgo para la lactancia se valora de la siguiente manera: 0 = No existe riesgo.

1 = Bastante seguro.

2 = Poco seguro. Valorar relación riesgo/beneficio.

3 = Contraindicado durante la lactancia.

La eficacia y seguridad de los distintos métodos anticonceptivos y su relación con el tiempo postparto se detalla en la siguiente tabla:

Método	<6 sem	≥6 sem a <6 meses	≥6 meses	Índice de Pearl %
MELA	0	0	0	<6 meses <1 ≥6 meses 2-6
Preservativo	0	0	0	0,5-14
Diafragma (>2 meses)	0	0	0	2-20
Espermicidas	0	0	0	15-25
Capuchón cervical	0	0	0	2,6-22
A. hormonales combinados	2	2	1	<1
A. Hormonales Progesterona	1	0	0	<1
DIU	0 (<48 h)	0	0	<1
Esterilización tubárica	0	0	0	<1
Anticoncepción de emergencia	-	0	0	0,1-5

MENSAJES PARA RECORDAR

- El «consejo anticonceptivo» postparto está determinado por las preferencias y circunstancias individuales de cada madre, tipo de lactancia y otros problemas médicos o factores de riesgo.
- En las primeras 6 semanas postparto, los métodos más adecuados son los que requieren la mínima intervención por parte de la usuaria, evitando fallos de cumplimentación. Los métodos reversibles de larga duración son los que mejor se adaptan a este perfil
- Es importante conocer la eficacia y seguridad de los distintos métodos anticonceptivos y su relación con el tiempo postparto.

REFERENCIAS

Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción. Conferencia de consenso. Sociedad Española de Contracepción. Madrid, 2011. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/LibroConfCons2011.pdf

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Área de la Mujer. Anticoncepción. Disponible en: https://sego.es/Area_de_la_Mujer#anticoncepcion

Sonalkar, S., & Mody, S. K. (2020). Postpartum contraception: Counseling and methods. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods

OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. (2014). ISBN: 978 92 4 350649 4. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2009). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª Edición, Un pilar de la OMS para la planificación familiar. ISBN 978 92 4 356388 6. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa.pdf;jsessionid=209178EEA46FEF5B37319D58BE02006D?sequence=1

NECESIDADES NUTRITIVAS DE LA MADRE QUE AMAMANTA

Autor \ Luis Peña Quintana

INTRODUCCIÓN

Las necesidades nutricionales de la madre aumentan en la gestación y, sobre todo, durante la lactancia, aunque parte de los nutrientes se obtienen de depósitos acumulados en el embarazo. Estos mayores requerimientos se deben al traspaso de varios elementos y al costo metabólico de sintetizar leche.

Las necesidades de la mayoría de vitaminas y minerales también aumentan (25-50 %). Por este motivo, se aconseja una selección correcta de los alimentos a ingerir y según su apetito, y no forzarle a tomar mayores volúmenes que los que su organismo demanda.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

PUNTO CLAVE \ Siendo lo recomendable una dieta sana, variada y equilibrada, una madre que amamanta, en general, no precisa de una alimentación particular, debiéndose elegir alimentos lo más próximo a su estado natural y de todos los grupos.

No hay ningún alimento obligatorio ni prohibido durante la lactancia. Al contrario, sus diferentes sabores pasan a través de la leche materna y hace familiarizarse al lactante con la alimentación complementaria que recibirá posteriormente. Solo si se ha comprobado que un determinado alimento le produce problemas al lactante, se debe excluir de la dieta materna.

PUNTO CLAVE \ Tampoco se ha demostrado que ningún alimento induzca mayor producción de leche, que solo se produce con la alimentación a demanda.

Además de una dieta correcta, se aconseja que la madre lactante realice ejercicio físico suave, como caminar una hora diaria, ya que por una parte mejora la salud materna y por otra contribuye a la recuperación de su peso previo al embarazo.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Se recomienda para la madre lactante entre 2.300-2.500 Kcal/día para un hijo, y entre 2.600-3.000 Kcal en gemelos. Las dietas inferiores 1.800 Kcal/día están desaconsejadas y las inferiores a 1.500 Kcal/día pueden inducir menor volumen de leche y provocar fatiga en la madre.

Proteínas

PUNTO CLAVE \ Se recomiendan unos 65 grs/día de proteínas (15 grs más que las necesidades basales) en los primeros 6 meses de lactancia y 62 grs/día (12 grs más) de los 6 a los 12 meses.

Estos requerimientos adicionales se cubren perfectamente con la dieta habitual, en la que se incluyen alimentos ricos en proteínas (huevo, queso, leche, carne, pescado).

Carbohidratos

Los requerimientos de hidratos de carbono son iguales que para la población general.

Grasas

Dependiendo del tipo de grasa que consuma la madre, la composición lipídica de la leche materna varía, preferentemente en lo que respecta al ácido docosahexaenoico (DHA) (C22:6n3) y sin variación para el ácido araquidónico (ARA) (20:4n6).

PUNTO CLAVE \ el ácido graso de la serie omega 3 DHA posee unos importantes efectos beneficiosos en el niño, principalmente en el desarrollo cerebral y en la retina. Su biosíntesis está limitada en el organismo, por lo que la EFSA (European Food Safety Authority) aconseja consumir 125-500 mg/día. Estos requerimientos se logran a partir de la ingesta de 1-2 raciones de pescado semanal, principalmente de pescados grasos o azules de tamaño pequeño, teniendo precaución con especies de gran tamaño como atún rojo, pez espada, lucio o tiburón por su posible alto contenido en contaminantes ambientales (mercurio o dioxinas). En caso contrario se debería realizar una recomendación farmacológica.

Sal

Se recomienda una baja ingesta de sal y que esté enriquecida con yodo en forma de sal yodada.

Agua

Lo recomendable es que la madre consuma la cantidad de líquido que espontáneamente desee, ya que la sensación de sed que provoca la secreción de oxitocina durante la lactancia, induce a la madre a obtener el agua necesaria para la secreción láctea y para su correcto balance hídrico.

Según la EFSA, el consumo de agua debe ser el mismo que en el adulto sano (2 litros/día), con adición de 600-700 ml, incluyendo todas las fuentes de agua (mineral, jugos de frutas...) para mantener un buen estado de hidratación.

PUNTO CLAVE \ La ingesta de agua no aumenta la producción de leche.

Vitaminas liposolubles

Vitamina A

A medida que avanza la lactancia, el contenido de vitamina A disminuye. Sin embargo, sus requerimientos se cubren con una dieta equilibrada, no siendo necesario su suplementación de forma rutinaria.

Vitamina D

PUNTO CLAVE \ Aunque no se aconseja su suplementación sistemática, hay que tener especial vigilancia de un posible déficit de vitamina D en todas las madres lactantes y, en especial, en las madres vegetarianas estrictas, en las madres con poca exposición solar, de piel oscura o que cubran ampliamente con ropa su cuerpo.

En los lactantes amamantados se aconseja el aporte de 400 UI/día de vitamina D durante el primer año de vida.

Vitamina K

La madre lactante no precisa suplementación de vitamina K, cubriéndose sus necesidades con una dieta equilibrada.

Sí que precisará suplementación el recién nacido si la madre no autoriza la administración al recién nacido de Vitamina K vía IM, debiendo recibir el neonato entonces la pauta oral (2 mg al nacimiento, seguido de 1 mg oral semanalmente hasta la semana doce).

Vitamina E

Aunque es muy sensible a los niveles maternos, no precisa de suplementación si la dieta es correcta.

Vitaminas hidroslubles

En general, la concentración de vitaminas hidrosolubles, al igual que las vitaminas liposolubles A y E, dependen del nivel materno, principalmente en lo que respecta a las vitaminas B1 (tiamina), B2 (riboflavina), B6 y B12. En casos excepcionales de mujeres malnutridas, deben recibir suplementación de estas vitaminas.

Vitamina B12 (cianocobalamina)

Las mujeres normonutridas y con una dieta equilibrada no precisan suplementación de vitamina B12.

PUNTO CLAVE \ Suplementación con vitamina B12 durante todo el periodo de lactancia ya que, en las madres vegetarianas estrictas, con anemia perniciosa o malnutridas, sí deben recibir dicha suplementación, dado que su déficit produce importantes repercusiones neurológicas en los lactantes.

Ácido fólico

No es necesaria la suplementación con ácido fólico con una dieta equilibrada. En caso contrario, se debe suplementar.

Minerales y oligoelementos

Los minerales y oligoelementos de la leche humana, salvo el hierro, el yodo y el selenio, no se correlacionan con la ingesta materna.

Hierro

La suplementación con hierro a la madre no aumenta su concentración en la leche materna, por lo que no se aconseja su suplementación sistemática. Sí estaría indicado en madres con anemia ferropénica.

Calcio

Se aconseja a la mujer durante el periodo de lactancia de 1.000 a 1.500 mg de calcio, que se cubre con una alimentación en la que se incluyan 5 porciones diarias de alimentos ricos en calcio como leche o sus derivados (queso, yogur, cuajada), pescados que se consumen con espinas, salmón, hortalizas de hoja verde (espinacas, acelgas, brócoli, coles, escarolas), frutos secos (almendras, nueces de Brasil) y legumbres (garbanzos, lentejas, alubias), entre otros.

Yodo

El yodo de la leche humana depende de la concentración materna.

PUNTO CLAVE \ Las necesidades de yodo en la mujer que amamanta son aproximadamente el doble que las del adulto sano, tanto para poder cubrir sus propias necesidades como las del niño con el fin de poder sintetizar las hormonas tiroideas. En España, ya que la cadena alimentaria no posee una yodación total, es preciso que la madre que amamanta tome un suplemento de 200 mcg/día de yodo en forma de yoduro potásico durante todo el periodo de lactancia, además de cocinar los alimentos con sal yodada y tomar pescado. Sin embargo, algunos grupos de trabajo no consideran que se debe hacer tal suplementación.

OTRAS SITUACIONES: CONSUMO DE TÓXICOS, FÁRMACOS, FITOTERAPIA

Alcohol

PUNTO CLAVE \ Se deben excluir las bebidas alcohólicas durante la lactancia por los efectos perjudiciales, tanto para la madre como para su hijo. En caso de que la madre lactante tomara alcohol, no se aconseja dar el pecho en las horas siguientes de haber ingerido alcohol, dependiendo del peso de la madre y de la cantidad de alcohol consumido.

Evitar dar el pecho hasta después de dos horas y media por cada 10-12 gramos de alcohol consumidos: 330 ml de cerveza 4,5 %, un vaso de 120 ml de vino 12 % o una copa de 30-40 ml de licor de 40-50 %. Tiempos orientativos a esperar para mujeres de unos 60 kg de peso (www.e-lactancia.org): un vaso de vino 2,5 horas, dos tercios de cerveza: 5 horas, tres copas de licor: 7,5 horas.

Cafeína

La ingesta de café, té, chocolate y bebidas con cola o cafeína pueden producir en el niño amamantado efectos secundarios, como irritabilidad y falta de sueño, por lo que se debe evitar su consumo. En madres que no puedan evitarlo, realizarlo inmediatamente después de dar el pecho e ingerir menos de 2-3 tazas al día de café.

Tabaco

PUNTO CLAVE \ Se desaconseja el tabaco en la mujer que amamanta por sus efectos perjudiciales para la madre y para su hijo. En caso de no poder evitarlo, no se debe fumar delante del niño, hacerlo inmediatamente después de darle el pecho y fumar siempre fuera de casa.

PUNTO CLAVE \ Si la madre o el padre fuman está desaconsejado el colecho por un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

Fármacos y fitoterapia

La gran mayoría de los fármacos utilizados en la práctica médica habitual son compatibles con la lactancia materna, por lo que, solo con muy determinados medicamentos, es preciso suspender la lactancia materna.

Con respecto al consumo de plantas medicinales (fitoterapia), hay que tener en cuenta que algunas pueden poseer principios activos que pueden ser deletéreos para el lactante, por lo que se debe conocer su composición antes de su ingesta.

En la dirección www.e-lactancia.org se puede realizar una búsqueda de ambos.

Drogras de abuso

PUNTO CLAVE \ Todas están contraindicadas en la lactancia materna, salvo la metadona a dosis inferior a 20 mg diarios.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Realizar una dieta variada, sana, equilibrada, acorde con las costumbres locales y el apetito de la mujer.
- Realizar, al menos, 5 ingestas diarias de alimentos. Incluir alimentos de todos los grupos. Utilizar de guía la pirámide de la alimentación saludable.
- Se aconseja el consumo diario y sin restricciones de frutas y verduras frescas, por su alto contenido en vitaminas hidrosolubles y minerales.
- También pueden ser consumidos a diario los cereales (gofio y otros), legumbres y papas con pocas limitaciones.
- Consumo proteico de unos 65 g/día (+15 g respecto a necesidades basales) los primeros 6 meses de lactancia y 62 g/día entre 6-12 meses, con consumo moderado de alimentos proteicos (carnes rojas y huevos).
- Los frutos secos son un buen complemento energético y de minerales.
- Tomar agua o zumos naturales en respuesta a la sed.
- Aporte de 125-500 mg/día de DHA (ingesta de 1-2 raciones de pescado semanal).
- Suplementar con 200 mcg/día de yodo a todas las mujeres lactantes.
- En madres vegetarianas, con anemia perniciosa o desnutridas suplementar con vitamina B12.
- Reducir la ingesta de grasas animales, es preferible sustituirlas por grasas vegetales.
- Ingesta muy ocasional de dulces, golosinas y productos de confitería.
- Evitar o reducir los alimentos muy procesados.
- Se desaconseja una dieta inferior a 1.800 Kcal.
- Evitar el alcohol, el tabaco y las drogas. En madres fumadoras (desaconsejado en la lactancia) aportar un suplemento de vitamina C.
- Evitar o reducir el consumo de cafeína.
- Precaución con productos fitoterápicos. Evitar el consumo de algas por su alto contenido en yodo.
- Realizar ejercicio físico suave, como caminar, una hora diaria.

REFERENCIAS

Agostoni, C., Bresson, J. L., & Fairweather-Tait, S. (2010). EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary reference values for water. EFSA Journal 8(3):1459. [48 pp.]. doi:10.2903/j.efsa.2010.1459EFSA. Disponible en: https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2010.1459

Chapman, D. J., & Nommsen-Rivers, L. (2012). Impact of maternal nutritional status on human milk quality and infant outcomes: an update on key nutrients. Advances in Nutrition, 3(3), 351-352.

Dawodu, A., Zalla, L., Woo, J. G., Herbers, P. M., Davidson, B. S., Heubi, J. E., & Morrow, A. L. (2014). Heightened attention to supplementation is needed to improve the vitamin D status of breastfeeding mothers and infants when sunshine exposure is restricted. Maternal & child nutrition, 10(3), 383-397.

Kaiser, L., & Allen, L. H. (2008). Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of the American Dietetic Association, 108(3), 553-561.

Segura, S. A., Ansótegui, J. A., & Díaz-Gómez, N. M. (2016). La importancia de la nutrición materna durante la lactancia,¿ necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales?. *Anales de Pediatría* 84(6), 347.e1-347.e7. Elsevier Doyma. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.024.

Valentine, C. J., & Wagner, C. L. (2013). Nutritional management of the breastfeeding dyad. *Pediatric Clinics*, *60*(1), 261-274.

LACTANCIA Y HÁBITOS TÓXICOS

Autora \ Lourdes Urquía Martí

INTRODUCCIÓN

El alcohol, el tabaco y el cannabis son sustancias con efectos psicoactivos capaces de generar una alteración en el sistema nervioso. Su consumo no está penado por ley y son consideradas por ello como drogas legales (en el caso del cannabis solo en espacios privados), a pesar de conocerse sus efectos adversos. Ello no significa que no sean peligrosas o dañinas para la salud. Por ello, abandonar estos hábitos tóxicos va a ser siempre la mejor opción para la salud de la madre y su hijo. Además, la maternidad es una buena oportunidad para cesar el consumo de estos tóxicos, al ser los padres el modelo que tienen los niños con el que aprenden hábitos y conductas saludables.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Dada la prevalencia de consumo de estas sustancias en nuestra sociedad, es importante conocer, de forma individual, cómo se ve afectada la lactancia por el consumo de cada una de ellas y los riesgos a los que se expone el lactante. Además, se exponen recomendaciones y posibles alternativas para minimizar el daño ante la exposición de tóxicos durante la lactancia.

Se debe además recordar que, en el caso de que la madre o su pareja consuman cualquiera de estas tres sustancias (alcohol, tabaco y cannabis), se recomienda no realizar nunca colecho con el bebé, porque hay un mayor riesgo de muerte súbita del lactante.

ALCOHOL

Riesgo alto para la lactancia. El consumo de alcohol durante la lactancia es poco seguro

(www.e-lactancia.org)

Los efectos del alcohol sobre el niño amamantado están directamente relacionados con la cantidad de alcohol consumido por la madre. Un consumo de forma continuada y crónica puede causar sedación, fallo de medro, irritabilidad y retraso psicomotor en el lactante. Un consumo agudo y excesivo puede llegar a provocar convulsiones, coma e incluso el fallecimiento del lactante.

Tras el consumo de alcohol, este se absorbe, pasando rápidamente de la sangre a la leche materna a una concentración igual o, incluso, superior al nivel sanguíneo, pero sin llegar nunca a acumularse en la glándula mamaria, por lo que la concentración en la leche disminuye posteriormente con relativa rapidez.

PUNTO CLAVE \ Lo recomendable es no consumir absolutamente nada de alcohol. En caso de su consumo, este debería ser un hecho esporádico, siempre en una cantidad pequeña o moderada y dejando un margen de tiempo, tras la ingesta de alcohol, antes de amamantar de nuevo.

El tiempo recomendado de espera para dar la toma tras una ingesta ocasional de alcohol va a depender del peso de la madre (a menos peso, más tiempo) y de la cantidad de alcohol consumido (a más alcohol, más tiempo). Como aproximación para el cálculo, por cada 10-12 g de alcohol consumidos por una mujer de unos 60 kg de peso debe sumarse 2 horas y media de espera. Aproximadamente, 330 ml de cerveza 4,5 %, un vaso de vino 12 % de 120 ml o una copa de licor 40-50 % de 30-40 ml contienen estos 10-12 gramos. Por tanto, tras la ingesta de un vaso de vino, recomendaríamos esperar al menos 2,5 horas; tras dos copas de licor, unas 5 horas; tras un litro de cerveza, 7,5 horas, etc.

La cerveza es una bebida alcohólica y tampoco puede consumirse durante la lactancia. El mito popular de que el consumo de cerveza aumenta la producción de leche es falso y no existe ninguna evidencia científica que lo apoye.

La cerveza 0,0 % y la sin alcohol (<1 %) sí que están permitidas y no producen efectos adversos en el lactante.

El consumo agudo de alcohol reduce la producción de leche, ya que inhibe la secreción de oxitocina de la madre y, por tanto, el reflejo de eyección de la leche. Además, dado el efecto sedante que produce en el lactante, la producción de leche se va a afectar también al ser menor el estímulo que realiza el bebé al succionar, repercutiendo esto en la lactogénesis.

TABACO

Riesgo alto para la lactancia. Poco seguro

(www.e-lactancia.org)

El tabaquismo materno aumenta el riesgo de que la madre decida no dar lactancia materna (LM) y, en los casos en que sí se opte por la LM, esta sea de menor duración.

La leche producida por madres fumadoras contiene mayores niveles de nicotina, cadmio, mercurio y otros metales pesados y menores niveles de proteínas, vitaminas A, C y E y de otros antioxidantes.

Se sabe que la nicotina pasa a la leche materna, pero no en niveles que puedan ser tóxicos para el bebé. Lo más perjudicial para el lactante no es la nicotina, sino la inhalación al respirar de partículas del humo procedentes de la combustión del tabaco, que le predispone a padecer más infecciones respiratorias, asma, y a más hospitalizaciones por estos motivos. Además, hay mayor riesgo de obesidad futura y menor talla en lactantes amamantados por madres fumadoras. El riesgo de muerte súbita del lactante también está incrementado.

Lo mejor es no fumar durante el periodo de lactancia. Pero si la madre fuma, aún en cantidad importante, es preferible que continúe dando el pecho, ya que la leche materna protege de las infecciones al lactante y contrarresta, en parte, los efectos perjudiciales del humo del tabaco.

PUNTO CLAVE \ Si una madre no puede dejar de fumar, es preferible que trate de fumar menos pero, sobre todo, que siga dando pecho.

Para minimizar la exposición a la nicotina a través de la leche y, sobre todo, al humo del tabaco se aconseja, además:

- Fumar siempre fuera de casa, incluso cuando no está el bebé presente, ya que los contaminantes presentes en el humo del tabaco se adhieren a las superficies (cortinas, sofás) y cada vez que el bebé entra en contacto con ellos los respira.
- Fumar con una ropa concreta, una bata o similar que permita retirarla antes de coger al bebé en brazos. Si es posible, taparse el pelo con un pañuelo o un gorro.

- Lavarse las manos y la boca después de fumar.
- Fumar justo después de amamantar al bebé. Hay menos paso de nicotina si espera a amamantar unas 2 horas tras el último cigarrillo.
- El lactante puede tener dificultades para conciliar el sueño por el efecto estimulante de la nicotina, por lo que, si la madre fuma, debe intentar no hacerlo previamente a la toma que precede a la siesta o al sueño nocturno del lactante.

Los riesgos originados por la exposición al tabaco en la madre y en el lactante son mucho menores si se opta por una terapia de reemplazo con nicotina. Tanto los parches como los chicles de nicotina son seguros y completamente compatibles con la lactancia. Para intentar que pase la menor cantidad de nicotina en la leche se recomienda, en el caso de los parches, utilizarlos con la menor dosis que resulte eficaz para el control de la deshabituación. Si se opta por los chicles, también se debe intentar consumir el mínimo número que sea eficaz y consumirlos 2-3 horas antes de volver a amamantar.

El cigarrillo electrónico es de riesgo bajo para la lactancia. Los niveles de nicotina en plasma de la madre (y por tanto en leche) son una décima parte de los alcanzados fumando tabaco. Se clasifica por ello como de riesgo leve o poco probable en cuanto al lactante. Sin embargo, dada la existencia en el cigarrillo electrónico de otros productos químicos tóxicos, los pocos datos conocidos sobre sus efectos en la salud de la madre y el riesgo de acabar siendo un sustituto crónico del tabaco, no puede ser recomendado como opción segura para la madre ni eficaz para dejar de fumar durante la lactancia, siendo preferibles los parches o chicles de nicotina.

La varenciciclina (Champix®) es un fármaco muy utilizado como ayuda para la deshabituación del tabaco. No existen publicaciones específicas acerca de su uso en la lactancia, pero, por sus características farmacocinéticas, se considera poco seguro y con riesgo alto para la lactancia. Como alternativa mucho más segura se recomienda el Brupropion (riesgo bajo para la lactancia, bastante seguro) que tiene una excreción en leche materna en cantidad muy pequeña, no altera los niveles de prolactina y, en varias publicaciones, los lactantes cuyas madres lo tomaban no han presentado problemas.

CANNABIS

Muy inseguro. Contraindicado en la lactancia

(www.e-lactancia.org)

Después del tabaco y el alcohol, el cannabis es la droga más consumida por las madres durante el embarazo y la lactancia en España. En estudios realizados en nuestro país, hasta un 13 % de las mujeres embarazadas y un 7 % de madres lactantes refirieron estar expuestas al humo ambiental de cannabis de forma habitual, por consumo activo o pasivo.

El cannabis atraviesa fácilmente la placenta y la leche materna, alcanzando los receptores cannabinoides presentes en el cerebro fetal e infantil, induciendo cambios en la expresión génica y en las rutas y niveles de neurotransmisores. El metabolito del cannabis Delta-9-TetraHidroCanabinol (THC) es muy liposoluble y se acumula en tejido graso y en la leche materna, alcanzando hasta 8 veces la concentración plasmática. Se puede seguir detectando en LM hasta pasadas 6 semanas tras el último consumo y, en la orina del lactante expuesto por LM, lo podemos encontrar hasta tres semanas después de la exposición.

Se ha demostrado hipotonía, succión pobre, sedación y retraso psicomotor al año de edad en lactantes expuestos a cannabis a través de la LM. La media de perímetro cefálico acaba siendo menor que en niños no expuestos a cannabis. Además, el consumo de cannabis en el hogar aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante.

Es importante recordar que la alteración de la conducta que produce el consumir cannabis puede interferir con la capacidad de la madre para proporcionar unos cuidados adecuados a su hijo, poniendo en peligro la vida y salud de ambos.

PUNTO CLAVE \ el consumo de cannabis durante la lactancia está contraindicado, haciendo hincapié en que el énfasis debe ponerse más en el cese del consumo que en la retirada de la lactancia al bebé.

Durante la deshabituación, se podría considerar dar lactancia materna exclusivamente en circunstancias muy particulares, con personal entrenado y asegurando una monitorización estrecha del proceso.

OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS/ DROGAS DE ABUSO (HEROÍNA, COCAÍNA)

Muy inseguro. Contraindicado en la lactancia

(www.e-lactancia.org)

Ninguna de las otras drogas de abuso (heroína, cocaína, crack) son compatibles con la lactancia, y su consumo está desaconsejado por el riego que suponen para el lactante. Ante una madre consumidora de estas sustancias, está indicado el uso de una alternativa (como la metadona) o el cese de la lactancia. Para más información se recomienda consultar la página web e-lactancia.org.

La metadona, usada en el tratamiento de la dependencia a opioides, se excreta en leche materna en cantidad mínima, independientemente de la dosis que tome la madre, y no se han observado problemas en lactantes cuyas madres la tomaban. Los niveles en plasma de dichos lactantes fueron indetectables o muy bajos.

PUNTO CLAVE \ La metadona se considera segura, compatible y sin riesgo para la lactancia y el lactante.

Es preciso asegurarse de que la madre en tratamiento con metadona no realice un consumo adicional de otras drogas y de que esté capacitada para proporcionar al lactante unos cuidados adecuados. La lactancia, en todo este contexto, no es fácil ni frecuente en madres dependientes y se necesita mucho apoyo sanitario y de los servicios sociales de la comunidad.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La lactancia es una buena ocasión para mejorar aún más la salud, abandonando hábitos insanos y perjudiciales para la propia salud de la madre y de su hijo.
- El consumo de alcohol y tabaco son de riesgo alto, poco seguros durante la lactancia. Debe intentarse evitar su exposición o reducirla al mínimo.
- El consumo durante la lactancia de cannabis y de otras drogas de abuso ilegales (heroína, cocaína) es muy inseguro y está contraindicado.
- Ante una madre lactante con hábitos tóxicos, el énfasis siempre debe ponerse en la deshabituación-cese del consumo, y evitar así la exposición, que en la retirada de la lactancia.

REFERENCIAS

AEP. Comité de Nutrición y Lactancia Materna. Área de lactancia materna. Preguntas frecuentes sobre lactancia materna. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna

AEP (2019). Comité de Salud Medioambiental, Asociación Española de Pediatría. Cannabis durante el embarazo y lactancia: una crisis silenciosa para el cerebro en desarrollo. Toma de Posición. Madrid. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cannabis_durante_el_embarazo_y_lactanciaaep6.pdf

https://www.e-lactancia.org

Padró, A. (2015). Lactapp [blog]. Alcohol y lactancia. Disponible en: http://www.lactapp.es/blog/alcohol-y-lactancia-materna/

MÓDULO \ 07

- LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES I: LACTANTES HIPOTÓNICOS, FISURA LABIAL/PALATINA, ANQUILOGLOSIA Y GEMELOS
- LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES II: PREMATUROS
- ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE
- ESTRATEGIAS DE LACTANCIA PARA MADRES TRABAJADORAS
- APOYO A LAS MADRES QUE NO AMAMANTAN
- GRUPOS DE APOYO Y TALLERES DE LACTANCIA

MÓDULO \ 07

LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES I:

LACTANTES HIPOTÓNICOS, FISURA LABIAL/PALATINA, ANQUILOGLOSIA Y GEMELOS

Autora \ Dolores Sabina Romero Ramírez

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS HIPOTÓNICOS

La hipotonía es un trastorno consistente en la disminución del tono muscular que puede ser debida a diversas causas.

Los lactantes hipotónicos suelen presentar afectación de las estructuras bucofaríngeas, con una succión descoordinada o débil, siendo una población de riesgo de lactancias maternas no eficaces.

La población más estudiada son los niños con trisomía 21 y los prematuros y, de ellos, se extrapolan las estrategias.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

SÍNDROME DE DOWN

El síndrome de Down es un trastorno genético en el que más del 90 % de los lactantes presentan hipotonía. Es característica, además, la presencia de una lengua proporcionalmente grande (macroglosia) y de motilidad alterada, que añade mayor dificultad para el agarre. Además, debido a la hipotonía y otros problemas asociados, se cansan más fácilmente durante la alimentación.

PUNTO CLAVE \ La succión de los lactantes con síndrome de Down es menos eficiente debido a la disminución de los movimientos peristálticos de la lengua, la presión intraoral negativa, la frecuencia de las tomas y la duración de las tomas.

Estos pacientes tienen mayor riesgo de otitis media, infecciones respiratorias, maloclusión dentaria, retraso del desarrollo, malformaciones cardíacas y digestivas y obesidad. La lactancia materna ha demostrado un efecto protector en todos estos problemas, además de un impacto positivo en las habilidades orales y en el vínculo madre-bebé, por lo que tiene un beneficio potencial en este grupo de pacientes.

Pero, a pesar de esto, sus tasas de lactancia materna son inferiores a los grupos controles, sobre todo en aquellos pacientes que ingresan tras el nacimiento. Los motivos descritos para estas bajas tasas son variados y no siempre relacionados con problemas en el lactante, como son informaciones incorrectas de los profesionales sanitarios o falta de apoyo a las familias.

Algunas de las dificultades que presentan mejoran con la edad, lo que nos puede ser útil a la hora de informar a las familias.

PUNTO CLAVE \ La potencia de succión, la frecuencia de las tomas y la percepción materna de mejoría de la lactancia aumentan a los 4 meses.

Otro dato a tener en cuenta es que los patrones de crecimiento de estos niños son diferentes a los de los lactantes sanos, con una velocidad de crecimiento más baja, por lo que, para el seguimiento, es imprescindible usar las curvas de crecimiento específicas para niños y niñas con síndrome de Down.

Abordaje

Todas las recomendaciones generales de promoción de la lactancia materna prenatales y postnatales son válidas y especialmente importantes en este grupo de pacientes.

- Se recomienda realizar el contacto piel con piel en la sala de partos, con especial supervisión de la posición de seguridad.
- Deben ser valorados por expertos antes del alta hospitalaria (valoración de una toma y de la transferencia de leche durante la misma): durante el

periodo de hospitalización se evaluarán de forma continua y se controlarán posteriormente por expertos en lactancia.

- Asegurar un adecuado sostén del niño (minimiza el gasto energético de mantener la postura corporal). La madre deberá sujetar cabeza y cuerpo, siendo útiles los cojines de lactancia para poder liberar sus manos.
- Los signos de hambre son más sutiles (se mueven menos, lloran menos...), por lo que las mamás deben estar muy atentas. Además, las tomas pueden ser más largas y es importante no finalizar la toma antes de lo que el bebé desee, ya que acortarlas podría producir que no consiguieran toda la leche que necesitan. A la vez, deberá vigilarse que estas tomas no sean demasiado largas para que no se agoten con las mismas.
- El niño debe estar en vigilia para ponerlo al pecho ya que difícilmente mamarán estando adormilados.
- Postura útil: **técnica Dancer** (Figura 1): en esta técnica la madre da estabilidad a la mandíbula de su bebé sujetando sus mejillas con el primer y segundo dedo de la mano, lo que hace que la barbilla descanse entre ellos. Con el tercer-cuarto y quinto dedo da sostén a su pecho, para atraer al bebé hacia el mismo. Se puede hacer en cuna o en *rugby*.

Figura 1. Técnica de Dancer

- Utilizar técnicas como la compresión mamaria y/o la llamada de la leche antes del agarre al pecho puede ser útil para acortar el tiempo de la toma y aumentar la transferencia de leche.
- En ocasiones, es necesaria la triple alimentación, permitiendo que el bebé se ponga al pecho todo el tiempo que necesite, protegiendo la producción de leche con extracciones frecuentes y suplementando, preferentemente con leche materna previamente extraída.

- También pueden ser útiles las pezoneras, sobre todo en madres con alta producción, con la sonda del relactador en su interior.

Figura 2. Sonda relactador en el interior de la pezonera

  - Hay autores que valoran la doble pesada para conocer la ingesta del bebé y suplementar en función de la misma (usando básculas de precisión).
  - Es posible que estas madres se beneficien de extracciones de leche adicionales para mantener el suministro de leche. Estas recomendaciones se extrapolan de estudios de prematuros, por lo que recomendamos acudir a ese capítulo.
  - Toda esta situación puede ser temporal ya que, como hemos hablado, los problemas suelen mejorar en el primer año de vida.

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON FISURA LABIAL Y/O PALATINA

Las hendiduras o fisuras del labio (FL) y paladar (FP) son un grupo heterogéneo de trastornos que afectan a la estructura de la cara y la cavidad oral y que tienen su origen en etapas precoces del embarazo. Se clasifican en FP aisladas, FL con o sin afectación alveolar, y FP y FL asociadas.

La **FL** consiste en un desarrollo incompleto del labio superior, que puede ser uni o bilateral y de distinto grado.

La **FP** se produce por falta de fusión del paladar en la línea media, dejando una comunicación entre la boca y la cavidad nasal. Puede afectar solo al paladar blando (zona posterior de la boca) o extenderse hasta el paladar duro (región más anterior).

En el 50 % de los pacientes, ambas fisuras pueden aparecer asociadas y se denomina **fisura labio-palatina** (FL/FP). El 30 % de FL y hasta el 50 % de las FP aparecen en el contexto de algún tipo de síndrome.

Figura 3. Visión interna de la boca en la que se simulan distintos tipos de fisuras. Las fisuras pueden ser completas o incompletas, uni o bilaterales, simétricas o asimétricas, afectar solo al labio, al alveolo, al paladar, a dos de ellos o a todos. Puede afectar a la úvula con deformidad de la misma, úvulas bífidas.

Figura 4. Visión frontal de la cara en la que se simulan distintos tipos de fisuras labiales.

Estos pacientes tienen más riesgo de regurgitación, aspiración, otitis media agudas, maloclusiones dentarias y problemas en la articulación de fonemas.

En el tema de fisiología de la succión se desarrolló la importancia que tiene el correcto sellado de la cavidad bucal para generar una adecuada presión intraoral negativa. Los labios ayudan al sellado anterior de la cavidad oral y el paladar sella la porción superior y posterior de la boca. Además, sobre el paladar se aloja el complejo areola-pezón, permitiendo la compresión del mismo por parte de la lengua y contribuyendo en conjunto a la transferencia de leche.

La eficacia de la lactancia parece que depende del tamaño de la lesión y de la localización y, cuanto más grande y complejo, mayor dificultad para generar una presión intraoral negativa «eficaz».

**PUNTO CLAVE **

- **Los niños con FL suelen generar succión y suelen amamantar con éxito (evidencia moderada).**
- **Los pacientes con FP o FL/FP, tienen mayor dificultad para generar succión, presentando patrones de succión ineficaces (evidencia moderada).**
- **Los índices de éxito de lactancia para los bebés lactantes con FP o FL/FP son más bajos que entre bebés con FL o sin fisuras.**

A los asociados a un síndrome se pueden sumar otros problemas propios de cada caso.

La mayoría de los pacientes tienen corregido el defecto primario antes de los 12 meses de edad y, en muchas ocasiones, la corrección de estos defectos requiere más de una intervención.

Abordaje

Debemos fomentar la lactancia materna, aunque puede que sea difícil conseguir un amamantamiento exclusivo, sobre todo en los pacientes con FP o FL/FP. Con los avances en la ecografía prenatal, muchas familias ya conocen el diagnóstico prenatalmente y se benefician de recibir información específica de la alimentación en estos bebés.

Deberemos poner al lactante al pecho y evaluar la toma, la succión y el sellado, y es fundamental la valoración por un profesional experto que apoye a la madre reforzando la técnica de lactancia de forma constante.

Se valorará e individualizará cada caso, valorando además el crecimiento del lactante y la necesidad de suplementación según las indicaciones de la OMS. Los bebés con FP, FL o combinada, deben tener un aumento de peso y crecimiento similar al de los bebés sin estas alteraciones.

Aquellos que deben ser suplementados pueden beneficiarse de dispositivos especiales de alimentación, y no deberemos olvidar fomentar las extracciones de leche frecuentes.

No hay evidencia suficiente que apoye el uso de obturadores del paladar para mejorar la lactancia materna.

A continuación, hablaremos de algunos trucos para estos pacientes pero, en cuanto a las posturas, deberemos tener en cuenta que están avaladas por una evidencia débil, por lo que siempre serán consejos a valorar en cada díada en particular.

a) Abordaje en FL

- Colocar al niño de modo que el defecto quede orientado hacia la parte superior del pecho. Ej.: si el defecto está en el lado izquierdo, se puede usar una posición de cuna cruzada en el pecho izquierdo (así quedaría dirigido el defecto hacia arriba y se podrá ocluir con la parte superior del pecho) y utilizar una posición de *rugby* para amamantarse en el pecho derecho.

Figura 5. Paciente FL izquierda y posición de cuna pecho izquierdo.

Figura 6. Paciente FL izquierda y posición de rugby en pecho derecho.

- Podemos sugerir a la mamá que utilice su pulgar u otro dedo para sellar la fisura o sostener sus mejillas para reducir el ancho de la fisura y aumentar el cierre en torno al pezón.

Figura 7. Madre ocluye defecto con sus dedos.

Figura 8. Madre sostiene mejillas del bebé cerrando defecto alrededor del pezón.

- Para un FL bilateral podría ser más eficaz utilizar la posición a horcajadas.

Figura 9. Postura a horcajadas en FL bilateral.

b) Abordaje en FP o FL/FP

- La posición ideal en estos casos puede ser la semivertical, para reducir la regurgitación nasal y el reflujo de la leche materna.
- También podría resultar útil intentar alojar el complejo pezón-areola hacia el paladar sano (no fisurado). Esto podría facilitar una mejor compresión e impedir que el pezón sea empujado hacia la fisura.
- Si la fisura es grande, intentar que el pecho caiga hacia delante para evitar que el pezón sea empujado hacia la fisura.
- Algunos expertos sugieren que podría ser útil la postura de *dancer* (sobre todo en niños que tienen asociada retrognatia).
- Valorar el uso de la compresión mamaria (vigilando la regurgitación nasal).

Figura 10. Pezón alojado en paladar sano, pecho hacia delante..

Figura 11. Posición a horcajadas.

- Pueden ser útiles las pezoneras.
- Hay casos complejos en los que no se consigue adecuada succión, deberemos recomendar a la madre continuar con la lactancia de forma diferida, potenciando las extracciones y suplementando con leche materna.

Tras la intervención de la FL o del FP, se puede reiniciar la lactancia sin problemas, recomendándose comenzar con el amamantamiento inmediatamente tras

la cirugía en los casos de FL y 1 día después tras la reparación de la FP. Como la cirugía se realiza meses después del nacimiento, si no tenían una lactancia eficaz, la mayoría de los niños requieren un entrenamiento y debe explicarse a las familias que necesitarán continuar con métodos alternativos de alimentación hasta conseguir una lactancia completa al pecho.

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON ANQUILOGLOSIA

El **frenillo lingual** o ***frenulum linguae*** se define como una membrana mucosa situada debajo de la lengua. Si dificulta o impide el movimiento normal de ésta, se dice que hay anquiloglosia. Es más frecuente en niños que en niñas, y su incidencia es variable según las series estudiadas (<1-10 %). Se cree que la mayoría de los casos son esporádicos y, por lo general, se trata de una anomalía aislada, aunque se han informado una base genética asociados a otros trastornos.

Los pacientes con anquiloglosia tienen limitación de los movimientos linguales, sobre todo la extensión, lateralización y elevación de la lengua. Según diversos autores, esta alteración de la movilidad durante el amamantamiento puede generar una pérdida del vacío y una consecuente disminución de la transferencia de leche y del aumento de peso del recién nacido. Además, estos movimientos alterados de la lengua pueden generar traumatismos en el pezón y las madres referir dolor durante el amamantamiento.

Diagnóstico

Existe mucha controversia en el diagnóstico de la anquiloglosia. Si bien la mayoría de los bebés con frenillo pueden amamantar sin dificultad, los problemas de lactancia (mal agarre, dolor del pezón materno, etc.) se notifican con más frecuencia entre los lactantes con anquiloglosia que sin anquiloglosia.

Todos los recién nacidos, ya sean sanos o enfermos, deben someterse a una exploración minuciosa de la cavidad bucal para valorar la función y la anatomía de la lengua. Además, deberemos estar atentos a ciertos datos en la historia clínica que nos sugerirán su existencia:

Dificultad para conseguir el agarre y/o mantenerlo durante la toma.	Realizan ruidos/chasquidos durante las tomas.
Bebés que realizan tomas largas.	Presentan escasa ganancia de peso.
Bebés que se muestran insatisfechos, frustrados.	Las madres refieren dolor en el pezón.
Bebés que muerden el pezón.	Escaso vaciamiento de los pechos que pueden desembocar en obstrucción de los conductos e incluso mastitis.

Tabla 1. Datos significativos en la historia clínica que pueden sugerir un diagnóstico de anquiloglosia.

Existen diferentes métodos utilizados para diagnosticar y evaluar la gravedad de la anquiloglosia. La definición anatómica más usada es la de Coryllos, en ella se clasifican en:

- **Tipo 1**: Es la unión del frenillo a la punta de la lengua, generalmente frente a la cresta alveolar en el surco del labio inferior.
- **Tipo 2**: El frenillo se inserta entre 2 y 4 mm de la punta de la lengua y se adhiere en la cresta alveolar o justo detrás.
- **Tipo 3**: Existe una pequeña membrana visible en la cara posterior de la lengua, pero también un anclaje submucoso. Este tipo de frenillo puede resultar difícil de observar.
- **Tipo 4**: El frenillo como tal no se aprecia a simple vista, ya que está oculto bajo una capa de tejido mucoso, y restringe casi totalmente la movilidad de la lengua. A menudo, se aprecia un paladar ojival o estrecho, consecuencia directa de la escasa movilidad de la lengua.

Pero, probablemente, la herramienta más usada en la actualidad sea la escala de Hazelbaker que cuantifica la función y apariencia de la lengua y que ha sido validada con fiabilidad interobservador.

Tratamiento

El tratamiento de la anquiloglosia es controvertido. Existe una falta de consenso con respecto a las indicaciones y el momento óptimo de la cirugía.

Si la afección no causa ningún problema durante el periodo neonatal, la observación es la mejor opción de tratamiento.

Si se detecta un problema de lactancia, deben ser valorados por expertos y se deben excluir otras causas. En muchas ocasiones, es suficiente un tratamiento conservador con manejo por un experto en lactancia y opciones como compresión mamaria, posturas caballito, *rugby*, uso de pezoneras, pueden ser suficientes para manejar a estos pacientes.

La decisión del tratamiento quirúrgico se valorará conjuntamente con los padres, haciendo una valoración de los riesgos/beneficios de la técnica.

La frenotomía parece tener una eficacia modesta para mejorar los resultados de la lactancia materna en lactantes con anquiloglosia; sin embargo, la calidad de las pruebas es baja. Siempre debe ser realizada por personal experto.

Se han planteado la realización de ejercicios postfrenotomía, pero actualmente no están avalados por evidencia científica.

PUNTO CLAVE \ Tanto la guía *NICE*, la *PSBC*, la *GPC* del Ministerio de Sanidad y la Academia de lactancia materna recomiendan hacer una evaluación con profundidad por expertos de lactancia y que si, con medidas de apoyo, persistieran los problemas, se debería realizar la frenotomía por personal especializado.

LACTANCIA MATERNA EN PARTOS MÚLTIPLES

Las lactancias en partos múltiples son lactancias frágiles que necesitan mucho apoyo. Parten de mayores dificultades y necesitan más apoyo familiar porque suponen una mayor sobrecarga materna.

Estudios hechos en partos múltiples han visto que las madres pueden producir de media entre 2 y 3 litros de leche al día para sus bebés.

Iniciar la lactancia lo antes posible tras el parto recobra más importancia en este grupo de pacientes, asegurándonos así un buen comienzo, ya que, de lo contrario, el esfuerzo que deben hacer estas madres para conseguir establecer la lactancia puede ser mucho mayor y provocar un destete prematuro (muchas de estas madres destetan en el primer mes).

Los primeros días se recomienda evitar tomas simultáneas para poder conocer la personalidad y aspectos relativos al agarre y la succión de cada uno de sus bebés. Es frecuente que uno de ellos mame mejor que el otro y cada bebé progresa a un ritmo diferente.

Se deben evaluar los signos de amamantamiento ineficaz y, de acuerdo a esto, valorar la triple alimentación si es necesario (lactancia al pecho, sugerir extracciones y suplementar con métodos que no interfieran con la lactancia).

PUNTO CLAVE \ Cada madre debe adaptarse a la situación y encontrar su fórmula. Deben saber que los conocimientos de lactancia son igual de válidos para los partos múltiples. Cada madre es capaz de producir leche suficiente para cada uno de sus bebés, solo hay que mantener los mismos principios de estímulo y producción.

BruceBlaus
[CC BY-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0)]

MENSAJES PARA RECORDAR

- Los lactantes hipotónicos pueden alimentarse satisfactoriamente al pecho y deben ser apoyados por personal experto, explicándoles a las mamás estrategias para la lactancia en estos pacientes, conociendo que existe la perspectiva temporal de mejoría en torno a los 4 meses.
- Debe acompañarse las lactancias de los niños con FL y/o FP, sabiendo que las FL suelen tener lactancias exitosas, y que las FP suelen presentar mayores dificultades.
- Es importante tener presente el diagnóstico de anquiloglosia y saber la dificultad que entraña la valoración de la necesidad de tratamiento en estos pacientes.
- Las mamás de partos múltiples producen leche para satisfacer las necesidades de cada uno de los bebés, si estos maman con frecuencia y a demanda.

REFERENCIAS

ABM Protocols. (2004). Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical protocol #11: Guidelines for the evaluated management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. Disponible en: https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/11-neonatal-ankyloglossia-protocol-english.pdf

Allori, A. C., Mulliken, J. B., Meara, J. G., Shusterman, S., & Marcus, J. R. (2017). Classification of Cleft Lip/Palate: Then and Now. The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 54(2), 175–188. https://doi.org/10.1597/14-080.

Alois, C. I., & Ruotolo, R. A. (2020). An overview of cleft lip and palate. Journal of the American Academy of PAs, 33(12), 17-20. doi: 10.1097/01.JAA.0000721644.06681.06

Ballard, J. L., Auer, C. E., & Khoury, J. C. (2002). Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. Pediatrics, 110(5), e63-e63. DOI: 10.1542/peds.110.5.e63

Bessell, A., Hooper, L., Shaw, W. C., Reilly, S., Reid, J., & Glenny, A. M. (2011). Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2). [Acceso el 2 de enero de 2021 https://doi.org//10.1002/14651858.CD003315.pub3

Boyce, J. O., Reilly, S., Skeat, J., Cahir, P., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2019). ABM Clinical Protocol 17: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate—Revised 2019. Breastfeeding Medicine, 14(7), 437-444. https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29132.job

Drazin, P. (1994). The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. Journal of Human Lactation, 10(1), 54–54. https://doi.org/10.1177/089033449401000135

Francis, D. O., Krishnaswami, S., & McPheeters, M. (2015). Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. Pediatrics, 135(6), e1458-e1466. DOI: 10.1542/peds.2015-0658

Hall, D. M. B., & Renfrew, M. J. (2005). Tongue tie. Archives of Disease in Childhood, 90(12), 1211-1215.

Isaacson, G. C., Friedman, E., & TePas, E. (2019). Ankyloglossia (tongue-tie) in infants and children. UpToDate, 1-23. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/6307

Lewis, C.W,. Jacob, L.S., & Lehmann, C.U. (2017). American Academy of Pediatrics. AAP SECTION ON ORAL HEALTH. The Primary Care Pediatrician and the Care of Children With Cleft Lip and/or Cleft Palate. Pediatrics, 139 (5): e20170628.

Magenis, M. L., de Faveri, W., Castro, K., Forte, G. C., Grande, A. J., & Perry, I. S. (2020). Down syndrome and breastfeeding: A systematic review. Journal of Intellectual Disabilities, 1744629520970078. https://doi.org/10.1177%2F1744629520970078

Masarei, A. G., Sell, D., Habel, A., Mars, M., Sommerlad, B. C., & Wade, A. (2007). The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. The cleft palate-craniofacial Journal, 44(3), 321-328.

Mizuno, K., & Ueda, A. (2001). Development of sucking behavior in infants with Down's syndrome. Acta Paediatrica, 90(12), 1384-1388.

Mizuno, K., Ueda, A., Kani, K., & Kawamura, H. (2002). Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. Acta Paediatrica, 91(11), 1227-1232.

O'Shea, J.E., Foster, J.P., O'Donnell, C.P.F., Breathnach, D., Jacobs, S.E., Todd, D.A., *et al.* (2017). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD011065.pub2.

Pastor Durán, X., Quintó Domech, L., Corretger de la Calzada, M., Gassió Subirachs, R., Hernández Martínez, M., & Seres Santamaría, A. (2005). Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down. Pediátrika (Madr.), 121-131.

Reid, J., Reilly, S., & Kilpatrick, N. (2007). Sucking performance of babies with cleft conditions. The Cleft palate-craniofacial journal, 44(3), 312-320.

Saint, L., Maggiore, P., & Hartmann, P. (1986). Yield and nutrient content of milk in eight women breast-feeding twins and one woman breast-feeding triplets. British Journal of Nutrition, 56(1), 49-58. doi:10.1079/BJN19860084

Smedegaard, L. H., Marxen, D. R., Moes, J. H., Glassou, E. N., & Scientsan, C. (2008). Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. The Cleft palate-craniofacial journal, 45(6), 628-632.

Thomas, J., Marinelli, K. A., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM Clinical Protocol 16: Breastfeeding the Hypotonic Infant, Revision 2016. Breastfeeding Medicine, 11(6), 271-276. https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29014.jat

LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES II:

PREMATUROS

Autora \ Dolores Sabina Romero Ramírez

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO Y LA FAMILIA

Introducción

El nacimiento antes de tiempo supone una interrupción del adecuado crecimiento del cerebro y del sistema sensorial. Los recién nacidos (RN) prematuros presentan una inmadurez y unas capacidades de adaptación al medio limitadas. Estos, deben completar su desarrollo en un medio contrario al natural y sometido a una sobrecarga sensorial que puede resultar tóxica.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

Formación del sistema nervioso y estrés en la UCIN

La migración neuronal termina sobre la semana 25 y es, en ese momento, cuando se produce la etapa de mayor crecimiento cerebral. El volumen de la sustancia gris cortical normalmente se cuadruplica de la semana 30 a la 40 de gestación, momento en el que se generan un gran número de sinapsis. Así, en los primeros meses de vida, la plasticidad neuronal, el fenómeno de apoptosis y el crecimiento del cerebro ocurren a las tasas más altas que experimentarán en cualquier otro periodo de su vida.

Este proceso es muy vulnerable e influenciado por el ambiente y las vivencias en las que se desarrolla el recién nacido, de modo que la experiencia sensorial durante estas etapas tempranas del desarrollo puede producir cambios estructurales y funcionales en el cerebro.

Los prematuros en las unidades neonatales están sobreestimulados con estímulos negativos (dolor, ruido, iluminación intensa, olores nocivos, estrés...) en una etapa muy sensible/crítica de su desarrollo cerebral. Además, con frecuencia tienen falta de estímulos positivos (interacciones sociales, apoyo de los cuidadores...). Esto puede alterar permanentemente el desarrollo del cerebro infantil, aumentando la muerte de las células neuronales, reduciendo el volumen cerebral y afectando la estructura y función del cerebro.

¿Qué son los CCD?

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) son aquellos que tienen como objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del RN y disminuir su estrés.

Este nuevo modelo de neonatología utiliza el método NIDCAP® *(Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)* que pretende proveer, mediante la observación, una atención personalizada que ayuda a mejorar el neurodesarrollo de estos pacientes incluyendo a los padres en los cuidados y disminuyendo el estrés ambiental. Este método, basado en la *Synactive Theory of Newborn Behavioral Organization and Development* de la Dra. Als, utiliza como principal instrumento las observaciones repetidas, formalizadas y naturalistas del bebé antes, durante y después de los procedimientos, centrándose en los esfuerzos de autorregulación.

El objetivo es ofrecer toda esta información y empoderar a las familias ayudándolas a desarrollar tales habilidades y técnicas de cuidado, actuando como principales amortiguadores del estrés de sus hijos/as.

a) Disminuir el estrés ambiental y promover la maduración neuroconductual

Los prematuros se expresan y toda persona implicada en su cuidado debe entender sus señales y usar herramientas para atenuar el estrés en estos bebés.

En el acercamiento a un RN se vigilarán sus signos de estrés: cambios de coloración, frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de oxígeno y de la temperatura corporal. Cambios en el tono muscular (hipotonía, movimientos extensores), agitación, llanto o, incluso, signos más sutiles como bostezos, boca y manos abiertas, a veces, son manifestaciones de estrés en ellos.

Estrategias conocidas para disminuir el estrés son:

- Siempre que sea posible, todos **los cuidados deben ser realizados por dos personas**: una persona realiza la contención y observación de los signos de estrés y otra la técnica. Si es posible, **madre/padre** debe ser la persona que participe en la contención.
- Evaluar cada una de las actividades que se van a hacer con el bebé valorando si son necesarias o se pueden posponer.
- Conocer sus estados de alerta, **evitando interrumpir periodos de descanso**.
- Se debe hacer un **correcto manejo de la luz ambiental**, disminuyendo los estímulos luminosos (max. lúmenes: 60) usando luces graduadas, protecciones oculares, cobertores en las incubadoras.
- **Disminuir los ruidos**, creando un ambiente tranquilo, hablando suavemente y lejos, limitando volúmenes de las alarmas, teléfonos, evitando cierres no controlados de las puertas de las incubadoras, apoyarse, escribir o golpear sobre ellas... (niveles de ruido recomendados <45-50 dB con sonidos transitorios que no superen 60 dB).
- Controlar su temperatura (termorregulación).
- Utilizar estrategias de **control del dolor**: control de la postura (contención, posturas en flexión, facilitando el encuentro con la línea media), contacto piel con piel, succión no nutritiva, leche materna o sacarosa previo al procedimiento y otros analgésicos si los pacientes están enfermos y no se controlan con medidas no farmacológicas.
- Los productos utilizados en el entorno de la UCIN deben evaluarse para detectar olores nocivos y reemplazarse con productos más suaves pero igualmente efectivos. También se puede alentar a las familias a que proporcionen sonidos, imágenes y olores positivos a sus bebés (paños con olor materno, leche materna...).

b) La familia

Es fácil entender que el ingreso del RN dificulta el contacto con los padres en un momento clave para la vinculación. La *Carta Europea de los niños hospitalizados* establece que «cualquier niño o niña que esté ingresado en el hospital tiene derecho a estar acompañado/a de su padre, madre o de las personas cuidadoras». Existen varios estudios que hablan de los beneficios de que las madres y padres permanezcan junto a los neonatos (disminuye tiempo de ingreso, porcentaje de niños/as con lactancia instaurada al alta, ganancia de peso de los/as niños/as, aumento de la confianza y seguridad de las madres y padres en el cuidado de sus hijos/as).

Por esto, los centros hospitalarios deben facilitar y fomentar que los cuidadores puedan permanecer con su hijo/a las 24 horas del día, favoreciendo el contacto físico y la interacción entre ellos. El personal de las unidades neonatales tiene la responsabilidad de amortiguar las respuestas al estrés tóxico, pero también la de enseñar, apoyar y animar a los padres a que sean los principales amortiguadores, ayudando a establecer una relación de apoyo estable entre ellos. En los últimos años, un avance más es el desarrollo de habitaciones unifamiliares, que facilita aún más estas posibilidades.

Dentro de los cuidados proporcionados por la familia, hay dos pilares importantes para la adaptación del niño al medio extrauterino: Los cuidados madre-canguro y la lactancia materna.

Cuidados madre canguro

El método madre canguro surgió en la década de los 70 en Bogotá como alternativa a los cuidados tradicionales en la incubadora. Consistía en colocar al RN en contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado con su madre, alimentarle con leche materna, adelantarle el alta y continuar con estos cuidados en el domicilio.

Los RN en las unidades deberían estar en contacto piel con piel con sus padres el máximo tiempo posible, ya que el método madre canguro ha demostrado:

- Reducción de la mortalidad y la morbilidad (sepsis graves, infecciones nosocomiales e infecciones respiratorias bajas).
- Mejor crecimiento (peso, longitud y perímetro craneal).
- Mejor vínculo e interacción.
- Reducción de la respuesta al dolor agudo en el recién nacido.
- Mejor estabilidad térmica y fisiológica (FC, FR, SpO2, glucemia...).
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Aumento de las tasas de lactancia materna (lactancia materna exclusiva al alta y de cualquier lactancia a la edad de a término, al mes y a los 3 meses de vida).

La realización de cuidados de método canguro está recomendada para todos los niños/as estables mayores de 28 semanas o con peso al nacer superior a 600 g. Para neonatos de menor edad gestacional o peso, es imprescindible que los cuidados madre-canguro estén protocolizados y que los profesionales adquieran experiencia antes con niños más maduros y de mayor peso.

LA LACTANCIA MATERNA EN GRANDES PREMATUROS

Importancia

La lactancia materna ha demostrado beneficios en los RN prematuros: disminución de la mortalidad, enterocolitis necrotizante, mejor tolerancia alimentaria, menos infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, mejor neurodesarrollo, menor retinopatía de la prematuridad, broncodisplasia y menor estancia hospitalaria que los alimentados con leche artificial.

Se benefician de ella, pero también tienen más dificultades para su instauración y mantenimiento. Muchas madres en el momento del parto no tienen suficiente información para tomar una decisión y no tienen bien definido el deseo de cómo van a alimentar a sus bebés. Además, están sometidas a separación desde el nacimiento, a ingresos largos, a cansancio y a opiniones variadas.

PUNTO CLAVE \ Las madres de los RN pretérminos, sobre todo los <28 semanas, producen inicialmente menos cantidad de leche y tardan más en alcanzar la lactogénesis II. Necesitan abordaje en consejería, apoyo y ayuda práctica para la instauración de la lactancia y su mantenimiento.

Lactancia materna en prematuros menores de 34

La lactancia materna en este grupo de pacientes se inicia y progresa en distintos pasos:

- Extracción y almacenamiento de leche.
- Inicio de la alimentación enteral.
- Contacto piel con piel-succión no nutritiva al pecho.
- Succión nutritiva al pecho con suplementación.
- Lactancia materna al pecho completa.

A continuación, desarrollaremos cada uno de estos puntos.

a) Extracción de leche

Con respecto a las extracciones, vamos a intentar responder a cuándo, con qué frecuencia y cómo deben hacerse las extracciones. Y, por último, definir el objetivo de producción láctea y cómo podemos incrementar la producción de leche en estas mamás.

La extracción precoz (dentro de las primeras 6 horas, sobre todo dentro de la primera hora), frente a la tardía, se ha visto relacionada con mayores volúmenes de leche en los pretérminos (a la semana y 6 semanas de vida).

PUNTO CLAVE \ Se debe iniciar la extracción dentro de las primeras 6 horas de vida, preferentemente, dentro de la primera hora.

Lo habitual es recomendar **extracción doble** durante 15 minutos hasta la lactogénesis II, posteriormente esto será variable según las mamás, pasando a recomendarse continuar con la extracción 1-2 minutos hasta que cese el flujo de leche (o mínimas gotas).

PUNTO CLAVE \ Los estudios sugieren que las madres deben extraerse, al menos, 6 veces al día desde el primer día de vida, ya que esto se ha relacionado con mayores volúmenes de leche a las 6 semanas frente a las que extrajeron menos de 6 veces al día.

La cantidad de extracciones tras las primeras 2 semanas pueden ser variables y depender de la capacidad de la mamá, pudiendo existir mamás que consigan una lactancia materna exitosa con menos extracciones al día, siempre monitorizando su producción.

Hay evidencia débil de que, usando la técnica manual en los primeros días tras el parto, se obtiene una mayor cantidad de leche en comparación con los extractores eléctricos.

PUNTO CLAVE \ Se priorizará siempre las preferencias de la mamá: sugeriremos manual en las primeras 48 horas (valorar combinación de ambas) y mecánica más allá de la lactogénesis II (mejor bilateral).

Los prematuros, para obtener un adecuado crecimiento, deben recibir cantidades de leche en torno a 150-170 mL/kg/día, aunque algunos requieren volúmenes hasta 200 mL/kg/día.

Alcanzar y mantener esta producción de leche a veces es complicado para muchas mamás. Se ha considerado que el volumen de producción láctea mínimo para alcanzar las necesidades del bebé en el momento del alta es de >500 mL/día y volúmenes de 3500 mL/semana en la segunda semana tras el parto, se relaciona con un 100 % de lactancia a las 4-5 semanas.

Las madres que producen <140 mL/día en el cuarto día, <350 mL/día entre los días 10-14 o <1700 mL/semana, tienen mayor riesgo de tener leche insuficiente en el momento del alta y deberemos realizar esfuerzos para aumentar producción.

PUNTO CLAVE \ Se recomienda monitorizar las extracciones y volúmenes durante las primeras semanas tras el parto:

- **<350 mL/día a las dos semanas de vida = mayor riesgo de leche insuficiente.**
- **>500 mL/día a las dos semanas de vida = 100 % de lactancia más allá del mes.**

Cuando detectemos un riesgo de disminución de la producción de leche, deberemos realizar una historia de lactancia que nos permita detectar problemas que hayan pasado inadvertidos y recomendar a la mamá estrategias para aumentar su producción, como pueden ser:

- **Aumentar frecuencia de extracción** y/o potenciar vaciamiento del pecho con técnicas como el hand-on pumping.
- **Extracciones al lado de la cama del bebé**.
- **Contacto piel con piel +/- succión no nutritiva** al pecho vacío.
- **Ambiente relajado** en la unidad: musicoterapia.
- **Galactogogos.** Los galactogogos se pueden usar como método de segunda línea y **siempre acompañados de extracciones frecuentes y vaciamiento del pecho.** Deberemos sopesar los posibles efectos secundarios frente al potencial beneficio (informar que está fuera de ficha técnica). El más estudiado es la **domperidona**, 10 mg tres veces al día durante 7-14 días, no encontrándose más efectividad en pautas más largas. Dado que se relaciona con prolongación del QT y riesgo de arritmias secundarias, se recomienda revisar bien el riesgo de arritmias en las madres y el uso de fármacos concomitantes como el fluconazol, eritromicina u otros macrólidos. Una vez instaurado el tratamiento, valorar su retirada paulatina.

b) Inicio nutrición enteral y terapia inmune oral

La administración de calostro por vía orofaríngea (absorción de este a través de la mucosa oral) consiste en colocar pequeñas cantidades de calostro (0,2 ml) directamente en la mucosa oral. Se ha postulado en los últimos años como **«terapia inmune»**, mejorando la función del sistema inmune de estos RN enfermos a través del estímulo del tejido linfoide asociado a mucosas, proporcionando una barrera de protección local y cambiando los niveles de los factores inmunológicos derivados, como IgA secretora (IgAs) y la lactoferrina, en los fluidos corporales. Los estudios demuestran que es una práctica segura, factible y bien tolerada que genera cambios en la microbiota intestinal en varios elementos inmunes y podría reducir las sepsis.

En los prematuros <1500 gramos, la práctica recomendada es el comienzo de una nutrición parenteral de forma inmediata tras el nacimiento y el comienzo de la alimentación enteral mínima en las primeras 24 horas, o en cuanto se consiga una situación de estabilidad hemodinámica y respiratoria. Se debe empezar con calostro materno o con leche humana donada pasteurizada habitualmente en tomas fraccionadas cada 2 o 3 horas, con un volumen variable entre

5 y 20 ml/Kg/día. El objetivo es alcanzar una nutrición enteral completa con aportes de al menos 150 ml/Kg/día lo antes posible.

c) Paso a lactancia materna completa

Los pasos para conseguir pasar de la instauración de la lactancia a una LM completa incluyen 3 fases:

- **Primera.** Desarrollo de las habilidades orales que indican que el recién nacido está preparado para iniciar la alimentación oral.
- **Segunda.** Inicio y avance en la LM.
- **Tercera.** Transición a la LM al pecho completa.
  - **Preparación.** El momento del inicio de la alimentación por boca en el recién nacido prematuro no está establecido de forma universal y va a depender del desarrollo madurativo del mismo. La alimentación oral se suele iniciar entre las 33-34 semanas, ya que es el momento en el que la mayoría de los prematuros adquieren una succión similar a la de los niños a término en términos de fuerza, aunque no de frecuencia (realizan menos ráfagas de succión). Pero no es una fecha exacta, ya que hay niños que pueden empezar antes y por eso deben ser evaluados por especialistas durante su ingreso.

PUNTO CLAVE \ La aparición del reflejo de succión y del de búsqueda parecen ser los mejores indicadores de la preparación para comer.

  - **Succión no nutritiva.** El fomento de esta succión no nutritiva ayuda a conseguir tomas orales más tempranas e incrementos en las tasas de lactancia materna exclusiva al alta.

    Una vez que veamos que el recién nacido está estable y presenta el reflejo de búsqueda y de succión, podremos permitir que inicie la **succión no nutritiva al pecho materno a pecho vacío** durante los periodos de contacto piel con piel: la madre se extrae leche previamente (pecho vacío); la madre posiciona al niño y extrae unas gotas de leche; el bebé se aproxima al pecho, succiona, lame la punta del pezón en los primeros contactos, no debiéndose forzar el agarre; una vez que el niño solo es capaz de encontrar el pezón-areola, iniciará la succión.

    Cuando no sea posible poner al RN al pecho vacío de su madre, puede estimularse la succión no nutritiva con el dedo o con chupete.

  - **Succión nutritiva:** Cuando presentan habilidad para encontrar, agarrarse al pecho y un reflejo de succión activo, pueden iniciar la lactancia materna directamente al pecho (pecho medio lleno o lleno, según valoración individualizada).

La succión en estos niños es inmadura, realizando pocas salvas de succión, con paradas para respirar.

Debemos evitar el inicio de la alimentación con biberón: la alimentación directa al pecho, especialmente si las primeras tomas orales del prematuro son al pecho directo, parecen relacionarse con un aumento de la probabilidad de continuar la lactancia materna al alta. En varios estudios, se ha visto que, en prematuros, las tomas al pecho, comparadas con el biberón, producen mayor estabilidad térmica y de SpO2.

La realización, por parte del prematuro, de un patrón de succión intermitente-inmadura **más de 5 minutos** puede ser un buen signo para iniciar el paso de la sonda al pecho.

Es importante, para iniciar la alimentación, favorecer un ambiente tranquilo, con el niño en un estado de **vigilia tranquila**, atendiendo a sus señales de hambre, y no forzar la situación. No hay posturas que sean mejores que otras, pero sí hay algunas que permiten un mejor control del bebé (importante la contención corporal para mejorar la organización del bebé) y del agarre y por eso suelen ser las más usadas, como son el ***rugby*, la cuna cruzada** y también la técnica de ***dancer* y la «posición biológica».**

Que la madre tenga un **reflejo de eyección potente** y una **cantidad de leche alta**, puede compensar la falta de presión negativa realizada por el niño.

Son técnicas útiles la **estimulación del pezón** («llamada de la leche») previo al agarre o la **compresión mamaria** durante la toma, para intentar conseguir una mayor transferencia de leche con menos esfuerzo del niño (en los niños que toleren flujos de leche altos).

Otra herramienta utilizada son las **pezoneras finas** que, si bien hay estudios que refieren mayor transferencia de leche que sin su uso, en la población de RN prematuros estudios más recientes lo relacionan con destete precoz, no viendo beneficios sobre todo en aquellos lactantes «adormilados», por lo que, en caso de usarlas, una buena estrategia sería valorar su retirada lo antes posible, siempre antes del alta y, si no es así, vigilar muy de cerca a esta díada.

- **Suplementación y retirada de la misma:** La nutrición de los RN de muy bajo peso tiene como objetivo promover un crecimiento similar al que ocurre intraútero. El objetivo del crecimiento es el aumento de peso de 20 gramos/día (valorado cada 48-72 horas) y de longitud y perímetro craneal de 0,5-0,8 cm/semana.

  Inicialmente los RN prematuros se pondrán al pecho y se continuará con suplementación mediante sonda nasogástrica. Es habitual

que reciban suplementación con lactancia materna previamente extraída, hasta la semana 36 de edad postmenstrual (EPM).

La valoración de la transferencia de leche es más difícil y deberemos estar muy atentos. Se ha propuesto para la valoración de la misma el método de la doble pesada, siendo este tema controvertido, pero valorable dentro de un protocolo bien establecido y siempre suspendiéndola suficiente tiempo antes del alta (para no generar inseguridad en las familias). Otras formas para valorar la transferencia de leche son:

- Cambios en los pechos tras la toma referidos por la madre.
- Succión nutritiva activa durante 15 minutos o más.
- Deglución audible con fonendoscopio.
- Aumento de peso diario >20 g/día.

Durante la transición de la retirada de la suplementación, se debe proponer una «duración limitada» de las tomas, que disminuya la fatiga y asegure un número de tomas al día. Muchos autores recomiendan no prologar la toma más allá de 1 hora (toma de pecho+-suplementación). Deberemos continuar con tomas a «semidemanda», asegurando el reconocimiento de las señales de hambre y las fases de sueño, necesitando entre 8-12 tomas al día para mantener una adecuada ganancia de peso. Además, a cada madre se le deberá orientar sobre un «plan de extracción de leche individualizado» para asegurar la producción por encima de las demandas del bebé durante semanas tras el alta.

En general, los RN con un peso al nacimiento inferior a 1500-1800 gramos alimentados con lactancia materna deberían recibir fortificación para garantizar un crecimiento óptimo y alcanzar los requerimientos proteicos y de calcio y fósforo.

Al alta también deberán ser suplementados con hierro y vitamina D.

El momento del alta es un momento muy delicado y con alto riesgo de destete, por lo que esta población debe ser monitorizada muy de cerca.

Se deben evitar cambios en la alimentación, como retirada de fortificantes, en la semana antes y establecer un plan al alta con visitas próximas.

Las curvas de crecimiento recomendadas para los prematuros son las *INTERGROWTH-21st Postnatal Growth of Preterm Infants Charts,* hasta las 64 semanas de edad postmenstrual (EPM). Otras gráficas de crecimiento aceptables son las de Fenton, hasta las 50 semanas. Después de las 64 o las 50 semanas, se deberán utilizar las tablas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS TARDÍOS

Se define como RN entre la 34^{+0} y la 36^{+6} semanas. Este grupo presenta un mayor riesgo documentado de morbimortalidad, que suele estar relacionada con problemas de alimentación, sobre todo cuando existe un apoyo insuficiente de la lactancia materna. Además, el reingreso hospitalario de estos lactantes en los 7-10 primeros días después del alta hospitalaria se debe casi siempre a problemas relacionados con la alimentación (hiperbilirrubinemia, retraso del crecimiento, hipernatremia o deshidratación).

El establecimiento de la lactancia materna en el prematuro tardío suele ser más difícil que en el RN a término. Suelen estar menos alerta, menos vigorosos y tienen mayor dificultad para el agarre, la succión y la deglución.

Las recomendaciones generales para los recién nacidos prematuros <34 semanas también son válidas para está población:

- Fomentar el contacto piel con piel con libre acceso a la mama.
- En caso de separación de la madre, se deberá comenzar la extracción de calostro en la primera hora de vida.
- Puede ser necesario tener que despertar al lactante (lactancia materna a semidemanda) si no indica señales de hambre al cabo de 4 horas de la toma anterior e intentar que se alimente más de 8 veces al día.
- Evaluar la lactancia materna durante su estancia hospitalaria y realizar valoraciones de una toma con herramientas estandarizadas (por ejemplo, la escala LACTH). Fomentar el alojamiento conjunto de madre e hijo las 24 horas al día. Se debe mantener una estrecha observación y vigilancia del recién nacido, especialmente las primeras 12-24 horas de vida.

Los lactantes pretérminos tardíos tienen mayor riesgo de pérdida excesiva de peso. Así, **las pérdidas superiores al 3 % del peso al nacer al cabo de 24 horas de vida o superior al 7 % al tercer día merecen evaluación y vigilancia adicional**.

Al alta se recomiendan evaluaciones cada 2/3 días donde se valoren la historia de lactancia, número de tomas y tomas nocturnas, los signos de lactancia materna eficaz, aumento de peso diario (óptimo >20 gramos/día) y la observación de una toma con especial interés en la capacidad del niño para agarrarse al pecho (descartando problemas anatómicos, anquiloglosia...), la capacidad de succión y coordinación succión/deglución y la capacidad para mantener la misma en el tiempo con adecuada transferencia de leche.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Las unidades neonatales deben promover los **CCD y la familia** y fomentar el contacto piel con piel, tan pronto como sea posible tras el nacimiento, de forma frecuente y continua.
- Establecer y mantener el suministro de leche materna:
  - Fomentar protocolos de **extracción de LM** en caso de partos prematuros **en la primera hora de vida.**
  - Informar a las madres sobre la importancia de extraerse leche **más de 6 veces al día** las primeras semanas.
  - **Monitorizar las extracciones** (número y volumen):
    - <350 mL/día en la segunda semana: promover estrategias para aumentar la producción. Elogiar, apoyar.
    - 500 mL/día en la segunda semana: elogiar, reforzar y continuar con la vigilancia.
    - 500 mL/día al alta hospitalaria = buen indicador de duración de la LM.
- Iniciar la alimentación:
  - Calostro oral.
  - Iniciar **succión no nutritiva a pecho vacío** cuando el niño presente estabilidad cardiorrespiratoria, **reflejo de búsqueda y succión**.
  - Si **agarre y succión activa** inmadura y estabilidad: **iniciar succión nutritiva** a pecho semilleno o lleno (según paciente).
  - **Si >5 minutos de succión activa** = comienza la **transferencia de leche** y debemos ir valorando la necesidad y cantidad de suplementos.
  - **Uso de pezoneras y chupetes.**

REFERENCIAS

Acuña-Muga, J., Ureta-Velasco, N., de la Cruz-Bértolo, J., Ballesteros-López, R., Sánchez-Martínez, R., Miranda-Casabona, E., *et al.* (2014). Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. Journal of Human Lactation, 30(1), 41-46.

Als, H., Lawhon, G., Brown, E., Gibes, R., Duffy, F. H., McAnulty, G., & Blickman, J. G. (1986). Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. Pediatrics, 78(6), 1123-1132.

Asztalos, E. V., Campbell-Yeo, M., da Silva, O. P., Ito, S., Kiss, A., & Knoppert, D. (2017). EMPOWER study collaborative group. Enhancing human milk production with Domperidone in mothers of preterm infants. J Hum Lact, 33(1), 181-7.

Asztalos, E. V. (2018). Supporting mothers of very preterm infants and breast milk production: A review of the role of galactogogues. Nutrients, 10(5), 600.

Boies, E. G., Vaucher, Y. E., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM Clinical Protocol# 10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. Breastfeeding Medicine, 11(10), 494-500.

Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S., & Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. Pediatrics, 137(1), e20152238. https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238

Collins, S. (1993). Carta Europea de los niños hospitalizados. Bol pediatr, 34, 69-71

Collins, C. T., Gillis, J., McPhee, A. J., Suganuma, H., & Makrides, M. (2016). Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. Cochrane database of systematic reviews, (10). https://doi.org/10.1002/14651858.CD005252.pub4

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. The Cochrane database of systematic reviews, (3), CD002771. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub2

Funkquist, E. L., Tuvemo, T., Jonsson, B., Serenius, F., & Nyqvist, K. H. (2010). Influence of test weighing before/after nursing on breastfeeding in preterm infants. Advances in Neonatal Care, 10(1), 33-39.

Geddes, D. T., Chooi, K., Nancarrow, K., Hepworth, A. R., Gardner, H., & Simmer, K. (2017). Characterisation of sucking dynamics of breastfeeding preterm infants: a cross sectional study. BMC pregnancy and childbirth, 17(1), 1-11.

Haase, B., Barreira, J., Murphy, P. K., Mueller, M., & Rhodes, J. (2009). The development of an accurate test weighing technique for preterm and high-risk hospitalized infants. Breastfeeding medicine, 4(3), 151-156. https://doi.org/10.1089/bfm.2008.0125

Hill, P. D., Aldag, J. C., & Chatterton, R. T. (2001). Initiation and Frequency of Pumping and Milk Production in Mothers of Non-Nursing Preterm Infants. Journal of Human Lactation, 17(1), 9–13. https://doi.org/10.1177/089033440101700103

Kanmiki, E. W., Bawah, A. A., Phillips, J. F., Awoonor-Williams, J. K., Kachur, S. P., Asuming, P. O., *et al.* (2019). Out-of-pocket payment for primary healthcare in the era of national health insurance: Evidence from northern Ghana. PloS one, 14(8), e0221146.

Keith, D. R., Weaver, B. S., & Vogel, R. L. (2012). The effect of music-based listening interventions on the volume, fat content, and caloric content of breast milk–produced by mothers of premature and critically ill infants. Advances in Neonatal Care, 12(2), 112-119.

Kim, Y. J., Shin, S. H., Cho, H., Shin, S. H., Kim, S. H., Song, I. G., *et al.* (2021). Extrauterine growth restriction in extremely preterm infants based on the Intergrowth-21st Project Preterm Postnatal Follow-up Study growth charts and the Fenton growth charts. European journal of pediatrics, 180(3), 817-824.

Lee, J., Kim, H. S., Jung, Y. H., Choi, K. Y., Shin, S. H., Kim, E. K., & Choi, J. H. (2015). Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. Pediatrics, 135(2), e357-e366.

Meier, P. P., Brown, L. P., Hurst, N. M., Spatz, D. L., Engstrom, J. L., Borucki, L. C., & Krouse, A. M. (2000). Nipple Shields for Preterm Infants: Effect on Milk Transfer and Duration of Breastfeeding. Journal of Human Lactation, 16(2), 106–114. https://doi.org/10.1177/089033440001600205

Morton, J., Hall, J. Y., Wong, R. J., Thairu, L., Benitz, W. E., & Rhine, W. D. (2009). Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. Journal of Perinatology, 29(11), 757-764.

Noble, L. M., Okogbule-Wonodi, A. C., Young, M. A., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2018). ABM Clinical Protocol# 12: Transitioning the breastfeeding preterm infant from the neonatal intensive care unit to home, revised 2018. Breastfeeding Medicine, 13(4), 230-236. https://doi.org/10.1089/bfm.2018.29090.ljn

O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., O'Leary, L., *et al.* (2013). A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. BMC pregnancy and childbirth, 13(1), 1-8.

Ohyama, M., Watabe, H., & Hayasaka, Y. (2010). Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. Pediatrics International, 52(1), 39-43.

Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., *et al.* (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. Pediatrics, 125(2), e278-e285.

Parker, L. A., Sullivan, S., Krueger, C., & Mueller, M. (2015). Association of timing of initiation of breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. Breastfeeding medicine, 10(2), 84-91. https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0089

Parker, L. A., Sullivan, S., Kruger, C., & Mueller, M. (2020). Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: a randomized trial. Journal of Perinatology, 40(8), 1236-1245. https://doi.org/10.1038/s41372-020-0688-z

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet (London, England), 387(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Villar, J., Giuliani, F., Bhutta, Z.A., Bertino, E., Ohuma, E.O., Cheikh Ismail, FL., *et al.* (2015). Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21st Project. The Lancet Global Health, 3, (11), E681-E691. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00163-1

Weber, A., & Harrison, T. M. (2019). Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. Nursing outlook, 67(2), 169-189. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.11.002.

Westrup, B., Sizun, J., & Lagercrantz, H. (2007). Family-centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates. Journal of Perinatology, 27(1), S12-S18.

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/333686. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Wu, B., Zheng, J., Zhou, M., Xi, X., Wang, Q., Hua, J., Hu, X., & Liu, J. Q. (2015). Improvement of Expressed Breast Milk in Mothers of Preterm Infants by Recording Breast Milk Pumping Diaries in a Neonatal Center in China. PloS one, 10(12), e0144123. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144123

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE

Autoras \
Aniuska Pilar Sutil Rosas
Alejandra Nicolás López

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta. Esta transición de la lactancia exclusiva a los alimentos familiares normalmente abarca el periodo que va de los 6 a los 24 meses de edad.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

DESARROLLO

RECOMENDACIONES GENERALES

La introducción de la alimentación complementaria se realiza por motivos nutricionales y del desarrollo social e intelectual, y es una oportunidad para establecer hábitos alimentarios saludables y una «buena relación» con la comida. Es importante reconocer y respetar las señales de saciedad del/la bebé.

La alimentación complementaria debe iniciarse preferiblemente **a los 6 meses y nunca antes de los 4**, y siempre que el/la bebé sea capaz de:

- Presentar un interés activo por la comida, la desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
- Ser capaz de coger comida con la mano y llevarla a la boca, y mantener la postura de sedestación con apoyo.

En bebés prematuros se individualizará según sus necesidades y desarrollo. Tomando en cuenta especialmente el desarrollo psicomotor, ya que no todos adquieren estas capacidades a la misma edad.

La introducción de los alimentos deberá realizarse de manera progresiva, dejando pasar al menos 3 días entre dos alimentos diferentes con el fin de detectar posibles intolerancias.

No existe un orden establecido para la introducción de los alimentos, esto dependerá de las costumbres familiares, preferencias del niño/a, etc., pero se recomienda que se introduzcan pronto alimentos ricos en hierro (carnes) y grasas de calidad (pescado).

Es muy importante que el/la niño/a **tome alimentos sólidos (grumosos o en trocitos) antes de los 10 meses**, es el momento ideal para que aprendan a «comer de todo» en el futuro.

Hay que evitar alimentos que, por su consistencia o su forma, pueden causar atragantamiento: frutos secos enteros, palomitas, uvas enteras, manzana o zanahoria crudas.

Es importante limitar las cantidades de proteínas animales (carne, pescado y huevo), ya que en nuestro entorno se consumen en exceso y eso conlleva un riesgo elevado de desarrollar obesidad infantil.

No se recomienda añadir sal en la preparación de las comidas ni consumir alimentos muy salados o procesados (snacks, aceitunas, embutidos...).

No se recomienda añadir azúcar, edulcorantes o miel a los alimentos. En el caso de la miel, además, puede transmitir el botulismo y debe evitarse siempre en los menores de 12 meses.

Se recomienda utilizar aceite de oliva virgen extra en las preparaciones culinarias.

Se recomienda el uso de agua embotellada para la bebida y preparación de alimentos.

LÁCTEOS Y DERIVADOS

La leche materna de forma exclusiva es el alimento recomendado para los primeros 6 meses de vida, y, posteriormente, complementada con la incorporación de nuevos alimentos.

Es recomendable continuar con la lactancia materna a demanda hasta los 2 años de edad o hasta que madre e hijo/a lo deseen.

La leche debe seguir siendo la principal fuente nutritiva durante el primer año, por lo que se debe ofrecer a demanda y sin disminuir el número de tomas.

Para los niños no amamantados se recomienda, a partir de los 6 meses, fórmula de continuación fortificada con hierro. El ritmo, horario y las cantidades dependen de cada bebé, teniendo en cuenta las señales de saciedad, el crecimiento y desarrollo y las recomendaciones de los profesionales; las cantidades establecidas en los envases de leches infantiles son solamente orientativas.

La introducción de leche de vaca no es recomendable antes del año de edad ya que puede producir falta de hierro.

A partir de los 9 meses se pueden incluir algunos lácteos fermentados en pequeñas cantidades (yogur natural sin azúcar, queso fresco pasteurizado, requesón, etc).

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PARTIR DE LOS 6 MESES

Cereales

Preferiblemente integrales, se pueden añadir a la leche, fruta y/o verdura. No son un alimento imprescindible para iniciar la alimentación complementaria ni hay una edad determinada para la introducción del gluten, por lo tanto, se puede ofrecer cualquier tipo de cereal (con y sin gluten) de manera progresiva a través del pan, sémolas, pastas, arroz, avena.... y, en nuestro medio, puede ser una buena opción el gofio (bajo en sal).

El gofio es harina de cereal cuyo grano ha sido tostado antes de ser molido, lo que facilita su preparación y digestibilidad. Ha formado parte de la dieta tradicional canaria durante miles de años. El gofio elaborado con el cereal integral tiene todas las propiedades de los cereales y es rico en hidratos de carbono complejos, vitaminas y minerales (cobre, hierro, zinc y manganeso), además de aportar una interesante cantidad de proteínas.

En general, los cereales industriales tienen excesiva cantidad de azúcar, al estar hidrolizados o dextrinados, y favorecen el gusto por los sabores dulces, lo que va a ser un factor de riesgo de obesidad en etapas posteriores de la vida.

Frutas

Se utilizará cualquier fruta fresca, madura y de temporada, sin pipas y peladas, preferiblemente con cuchara, evitando el biberón. El primer puré se preparará con una sola fruta, posteriormente, cada 3 días podremos ir añadiendo una fruta

diferente e iremos aumentando la cantidad poco a poco, teniendo en cuenta los gustos del niño/a. No se recomienda la ingesta de fruta en forma de zumos naturales ni envasados.

Verduras

Proporcionan vitaminas, minerales y fibra. La manera de cocinarlas será al vapor o hervida, con una pequeña cantidad de agua, siempre SIN SAL y tapando el recipiente. Tras el cocinado se triturará recomendándose añadir una cucharadita de aceite de oliva virgen extra crudo; la textura deberá ser progresivamente menos suave para ir estimulando la masticación. Se puede introducir cualquier tipo de verdura, preferiblemente fresca y pelada. Se debe evitar el exceso de aquellas ricas en nitratos: acelgas, espinacas, apio, remolacha, lechuga, zanahorias y nabos. Estas deben representar menos del 20 % del contenido del plato.

Idealmente, se debe ofrecer la comida recién cocinada, aunque se puede mantener en el frigorífico entre 24 y 48 horas y/o también se puede congelar en pequeñas raciones para cada día.

A partir de los 10 meses, puede ofrecerse también verdura a la hora de la cena.

Proteínas animales y vegetales

Se introducirán en pequeñas cantidades y de manera progresiva, inicialmente añadidas al puré. La ingesta debe ser diaria alternando carne, pescado, huevo y legumbres.

- **Carne.** Pollo, pavo, conejo, cerdo o ternera en cantidades pequeñas (20-30 gramos). No son recomendables las vísceras.
- **Pescado.** Es preferible empezar con pescado blanco (20-40 gramos), ya que el azul tiene más grasa y se digiere peor. Sin embargo, puede utilizarse el pescado azul pequeño como la sardina. El pescado de agua salada, además de la leche materna, es la principal fuente de yodo en los niños. Se debe evitar el consumo de pez espada, tiburón (cazón y tintorera), atún rojo, lucio y panga hasta los 3 años, por su alto contenido en mercurio. El pescado congelado puede ser una alternativa.
- **Legumbres.** Ofrecer dos a tres veces a la semana. Al inicio, se deberían tomar sin piel para favorecer su digestibilidad.
- **Huevo.** Proporciona un alto contenido en nutrientes esenciales. Se debe conservar en la nevera y ofrecer el huevo completo (yema y clara) 3 veces/semana, bien cocinado.

SENTIMIENTOS MATERNOS CUANDO SE INICIA LA ALIMENTACION COMPLEMETARIA

El proceso del destete comienza cuando se empieza a introducir cualquier alimento diferente a la leche materna. Esta etapa puede generar en la madre sentimientos contradictorios, los cuales debemos abordar como profesionales sanitarios con el fin de ayudarla a aclarar las dudas que surjan.

Entre los sentimientos más frecuentes que ocurren en esta etapa en relación con la madre son los siguientes:

- Culpabilidad o preocupación: puede transmitir ansiedad al bebé y este querrá tomar pecho, incluso, con más frecuencia que antes.
- Incertidumbre ante los cambios que pueden ocurrir en esta etapa: algunas madres piensan que el niño/a será más independiente y se despertará menos por las noches. La madre que piensa así debe saber que estas expectativas no son realistas. Por lo contrario, mientras el bebé se adapta, las exigencias de atención son mayores.
- Necesidades que tiene el bebé de mamar: algunas madres piensan que el niño perderá su necesidad de succionar al pecho.
- Cambios en la interacción madre-hijo: miedo a los cambios que ocurren en esta etapa en la relación madre-hijo.

Tomando en cuenta estos sentimientos que pueden surgir, debemos tomar una actitud empática con la madre para ayudarla a aclarar sus dudas. Cuando el destete es una experiencia gradual y positiva para el bebé y la madre, ésta tiende a mostrar una actitud más positiva al respecto.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La introducción progresiva de todos los alimentos permite que la alimentación del niño/a sea cada vez más parecida a la del resto de su familia, no siendo necesarios los alimentos «específicos» para bebés (salvo leche adaptada). Los niño/as van adquiriendo destreza para alimentarse solos/as hacia los 8 o 9 meses; son capaces de beber en un vaso cogiéndolo con las dos manos y comer con la familia con pequeñas adaptaciones, permitiéndole que coja la comida con los dedos, el tenedor o la cuchara.
- No se debe interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento. Se recomienda seguir ofreciéndolo, sin presionar. A veces, pueden ser necesarios entre 10 y 15 intentos antes de conseguir su aceptación. La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación, a corto y largo plazo.
- También se recomienda aumentar progresivamente la consistencia de los alimentos y comenzar con texturas grumosas y semisólidas lo antes posible, nunca más tarde de los 8-9 meses. Se han descrito problemas de alimentación a largo plazo y un consumo escaso de frutas y verduras en niños en los que se introdujeron tardíamente las texturas grumosas (más tarde de los 9 meses). Es muy recomendable que se siente en la mesa con sus padres y hermanos desde que esto sea posible, de tal forma que, a los 12 meses, ya puede consumir el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia.

- El *baby led weaning* constituye una forma de iniciar la alimentación complementaria diferente de la tradicional en la cual el niño dirige el proceso desde el principio. Los padres deciden qué ofrecen, pero el bebé coge el alimento por sí mismo y decide qué y cuánto comer. Este método ofrece ciertas ventajas (favorece el mantenimiento de la LM, la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del niño, la preferencia por la comida sana y variada a medio y largo plazo, aunque esto depende de la dieta familiar, y un aumento de la satisfacción familiar) y conlleva ciertos riesgos (atragantamiento).
- La alimentación ovo-lacto-vegetariana bien planeada, suplementada y supervisada puede satisfacer las necesidades nutricionales. Otras dietas más restrictivas, como la vegana, macrobiótica, la frugívora o la crudívora, se han asociado a un deterioro en el crecimiento y, por lo tanto, no pueden ser recomendadas.
- En estos primeros meses de la vida es cuando se deben sentar las bases de una alimentación saludable basada en las señales de saciedad del niño y relacionando los alimentos con experiencias agradables de socialización y familia, para ello, los alimentos nunca deben utilizarse como premio o castigo.

REFERENCIAS

AEP. Manual de Lactancia Materna. (2018). 1ª ed. Editorial Médica Panamericana.

Agencia de Salud Pública de Cataluña. (2016). Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años). 1ª ed. Barcelona. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5029_d_alimentacion_0_3_es.pdf

Caballero, J. M., Tejera, R. L., Caballero, A., Rubio, C., González-Weller, D., Gutiérrez, A. J., & Hardisson, A. (2014). Composición mineral de los distintos tipos de gofio canario: factores que afectan a la presencia de Na, K, Mg, Ca, Mn, Fe, Cu y Zn. Nutrición Hospitalaria, 29(3), 687-694.

Creciendo en verde [blog]. (2017). El gofio: una buena alternativa para las papillas de los bebés [Internet]. Mipediatravegetariano.com. Disponible en: https://creciendoenverde.com/gofio-una-buena-alternativa-las-papillas-los-bebes/

García, F. y Guzmán, J. (2018). Mi primer veneno. La gran estafa de la alimentación infantil. Barcelona: El Foli Verd. Disponible en: https://justiciaalimentaria.org/sites/default/files/docs/primer_veneno_cas_web.pdf

Gómez Fernández-Vegue, M. (2018). Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5682_d_recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria.pdf

Mohrbacher, N., & Stock, J. (1996). The breastfeeding answer book. Schaumburg, IL, Estados Unidos de América: La Leche League International; 1996.

Programa de Salud Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias. 2nd ed. Consejería de Sanidad Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación; 2018. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/fb195089-29f4-11e9-acfe-cba652c0f26c/ProgramaSaludInfantilCompleto.pdf

ESTRATEGIAS DE LACTANCIA PARA MADRES TRABAJADORAS

Autoras \
Isabel Mª Yarza Relaño
Nayra Y. Niz Guadalupe

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2016, en una declaración de la ONU en Ginebra, se afirmó que la «LACTANCIA MATERNA es una cuestión de DERECHOS HUMANOS» y, por tanto, las autoridades deben tomarlo como una responsabilidad propia, adoptando medidas que protejan la lactancia del binomio madre-hijo en los sistemas de salud, espacios públicos, áreas de trabajo y prácticas comerciales.

Aunque se ha avanzado mucho en la conciliación de la vida laboral y familiar, persisten dificultades para continuar amamantando tras la reincorporación al trabajo.

En este sentido, como dijo Flavia Bustreo, Subdirectora General de la OMS para la Salud de la Familia, la Mujer y el Niño, «los gobiernos, los sindicatos, los empresarios y los compañeros de trabajo pueden contribuir a proteger, animar y apoyar a las mujeres que desean amamantar en el trabajo», ya que, «si queremos avanzar hacia la consecución de los ambiciosos objetivos de la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, ¿por qué no empezar con

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

una de las medidas de salud más eficaz y económica, que aporta a las mujeres y a los recién nacidos beneficios que perduran durante toda su vida?».

DESARROLLO

NORMATIVA

En su artículo 40.2, la Constitución Española encomienda a los poderes públicos que velen por la seguridad e higiene en el trabajo. A partir de este mandato constitucional, se desarrollan políticas encaminadas a proteger y velar por la seguridad y salud del personal trabajador en coherencia con las políticas establecidas desde la Unión Europea.

En nuestro ordenamiento jurídico, el marco normativo que conforma la protección de la mujer durante el embarazo y la lactancia, así como la conciliación de la vida laboral con la personal y familiar, es:

- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar.
- Ley 39/2010, de 22 de diciembre, que introdujo en su disposición final la conciliación para la atención con el cuidado de menores afectados por enfermedades graves.
- Ley 12/2001, de 9 de julio, que introduce regulación excepcional al permiso de maternidad y paternidad.
- LO 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o riesgo por lactancia natural. Capítulo V.
- RD 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la mejora de la salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.
- Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.
- RDL 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.
- RDL 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

DERECHOS DE LAS MADRES TRABAJADORAS

Permiso por lactancia

El Artículo 37.4 del Estatuto de los Trabajadores recoge que «en los supuestos de nacimiento de un hijo, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento para la lactancia del menor hasta que este cumpla 9 meses, los trabajadores tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones». Las modalidades del ejercicio del derecho son:

- Reducción de media hora de la jornada normal al inicio o al final de la misma.
- Ausencia de una hora de la jornada normal, una vez iniciada, pudiendo dividirla en dos fracciones de tiempo.
- Acumulación del permiso: acumulación de las horas de lactancia en jornadas completas, siempre y cuando el convenio colectivo en vigor lo permita.

Riesgo durante la lactancia

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, las empresas están obligadas a realizar una relación de los puestos de trabajo que no son recomendables cuando se está embarazada o lactando. En el caso de que exista riesgo en el puesto de trabajo que afecte a la salud de la madre o del hijo durante la lactancia natural de un menor de 9 meses, dicha ley establece las mismas medidas de protección que para los supuestos de riesgo durante el embarazo.

En los casos en los que continuar en el puesto de trabajo sea incompatible o no sea recomendable para la lactancia, el empresario deberá solicitar una evaluación de riesgos. Si dicha evaluación repercute en la lactancia, se adoptarán las siguientes **medidas**:

- Adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo para que desaparezca el riesgo.
- Si esto no es posible o, aún siéndolo, no desaparece dicho riesgo, se debe asignar a la trabajadora un puesto diferente compatible con su estado, dentro de su grupo profesional o categoría equivalente mientras persista el riesgo.
- Si tampoco ello fuera posible, la trabajadora puede ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, conservando el conjunto de retribuciones de origen.
- Si el citado cambio tampoco resulta posible, o no puede razonablemente exigirse por motivos justificados, puede declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de baja por riesgo durante la lactancia natural de un hijo menor de 9 meses. Durante este periodo de baja, el médico facilitará un parte hasta que el menor cumpla 9 meses, teniendo derecho la trabajadora a percibir una prestación económica de la Seguridad Social equivalente al 100 % de la base reguladora.

Las fases del proceso a seguir en la **prestación** de riesgo por lactancia natural son:

- Solicitar a su médico un informe sobre la existencia de riesgo para la salud.
- Solicitar a la empresa un certificado que acredite que no es posible el cambio de puesto de trabajo.
- Con ambos documentos, solicitar a la entidad gestora o mutua una certificación médica en la que se reconozca el riesgo del trabajo para la lactancia natural.
- Con este certificado, la empresa declarará la suspensión del contrato de la trabajadora.
- Solicitar la prestación en la entidad gestora: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Instituto Social de la Marina (ISM) o mutua colaboradora que le corresponda.
- La Dirección Provincial de la entidad gestora (INSS o ISM) de la provincia en que resida la interesada dictará y le notificará la resolución en el plazo de 30 días.

COMPROMISO DE LAS EMPRESAS

Para que los empresarios y directivos apoyen la lactancia materna en el trabajo, basta con tomar algunas sencillas medidas como proporcionar periodos de descanso para dar el pecho o extraer leche, habilitar un espacio adecuado para ello y de fácil acceso en su lugar de trabajo, facilitar horarios flexibles, trabajo a tiempo parcial o desarrollo de parte del trabajo en casa, y entender que los beneficios son múltiples no solo para la madre, el bebé y la sociedad, sino también para las empresas.

El empresario debe ser consciente de que su compromiso con la lactancia materna supone mayor satisfacción, compromiso, motivación, fidelidad, rendimiento, tasa de regreso rápido al trabajo por parte de las trabajadoras, así como mejor imagen corporativa como empresa responsable. Además, supone un menor absentismo laboral y pérdida de trabajadores cualificados.

VUELTA AL TRABAJO

La encuesta de hábitos de lactancia de 2015 en España revela que «la incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial como forma de alimentación y/o para iniciar la lactancia mixta». Sin embargo, existen estrategias que pueden favorecer el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva si la madre está adecuadamente informada y recibe el conveniente apoyo del entorno.

Se deben valorar los aspectos psicológicos y sociales de la incorporación al trabajo y facilitar soluciones adaptadas a cada situación, dejando que cada familia elija la más adaptada a sus deseos y/o necesidades.

La labor de los profesionales sanitarios en este aspecto es crucial. Sus acciones y recomendaciones deberían estar basadas en la evidencia científica actualizada, dirigiéndose siempre a las familias desde el respeto, independientemente de que su deseo sea el de continuar o no con la lactancia natural.

Los **factores** que determinan las estrategias a seguir son el deseo de la madre, la edad del lactante, el cuidador y las condiciones del trabajo.

Algunas **estrategias** para planificar la incorporación laboral pueden ser:

- Cambiar de trabajo, renunciar al mismo, disfrutar de una reducción de jornada laboral o de una excedencia, horario flexible o partido, acumular todos los permisos no disfrutados.
- Dar el pecho justo antes de salir y al llegar, extraer la leche en casa o en el trabajo y darla de forma diferida, reservar la alimentación complementaria para cuando la madre no esté en casa.
- Familiarizar a la persona que se va a encargar del cuidado del bebé.
- Reducir la distancia entre el lugar de trabajo y el bebé, llevar al niño con la frecuencia necesaria o durante toda la jornada, si es factible.
- Buscar apoyo e información en madres con experiencia, profesionales sanitarios o grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Anticiparse al momento de incorporación al trabajo, por un lado, iniciando la extracción y conservación de leche materna unos 15-30 días antes para la creación de un banco de leche y, por otro lado, preparando emocionalmente a la madre para el momento de la separación.

Algunos **mitos** relacionados con la incorporación laboral son:

- «Hay que acostumbrar al bebé a tomar la leche en biberón antes de la incorporación al trabajo». Esta práctica extendida, aparte de ser una recomendación ineficaz, es además perjudicial para la lactancia.
- «Los pechos están vacíos y, con el trabajo, ya no produces leche». Si hay menor producción, hay que aumentar la estimulación, ya que el pecho produce según la ley de oferta y demanda.
- «Esa leche ya no alimenta a tu hijo». La recomendación de la OMS es clara en este sentido y no hay límite de tiempo donde las ventajas de la leche materna desaparezcan.
- «Está usando el pecho de chupete». Es evidente que la succión al pecho ofrece al niño otros privilegios aparte de la alimentación.

DESTETE

El término destete identifica un periodo que comienza con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y finaliza con el abandono íntegro de la lactancia. La edad a la que ocurre por completo es variable y está influenciada por factores de muy diversa índole, tanto biológicos como sociales y culturales. A día de hoy, se sabe que no existen razones científicas por las que se deba recomendar a una determinada edad.

Tipos de destete:

- **Natural o espontáneo**: suele ocurrir pasados los 2 o 3 años en nuestra especie, siendo difícil deslindar lo cultural de lo biológico.
- **Forzoso**: por causas médicas u otras igualmente inevitables.
- **Voluntario**: a iniciativa de la madre o del niño.

Es preferible un destete gradual a un destete brusco. Este último puede generar ingurgitación mamaria, obstrucciones, mastitis o incluso abscesos, que no ocurrirían si se permitiese la adaptación de la mama a la disminución progresiva de la succión.

Estrategias para favorecer el destete:

- No ofrecer, no negar.
- Distraer.
- Anticipar alternativas al amamantamiento.
- Sustituir por comida (solo funciona cuando el bebé tenga hambre).
- Aplazar: se puede negociar el demorar una toma si el niño es maduro.
- En todas las culturas y épocas se encuentran testimonios de estrategias variadas: tiritas en los pezones, untarlos con sabores desagradables, cuento de la teta enferma, etc.

MENSAJES PARA RECORDAR

- El mantenimiento de la lactancia materna en el trabajo requiere información adecuada sobre la normativa y las estrategias de abordaje y apoyo del entorno (familiar, sanitario, social y laboral).
- Ante el derecho de la mujer a amamantar, estará la obligación del profesional de apoyar.
- Respetar la decisión del destete, considerando que es un proceso y no un momento.

REFERENCIAS

AEPED. (2015). Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Orientación para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. [Acceso el 20 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/113410.pdf

AEPED. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. ¿Qué supone trabajar en una empresa que apoye la lactancia materna? [consulta: 31 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/triptico-lactancia-trabajo-af-25-06-2015.pdf

Aguayo-Maldonado, J., Arena-Ansotegui, J., Blázquez-García, M.J., Bustos-Lozano, G., de Alba-Romero, C., de la Cueva-Barrao, M.P., *et al.* (2009). Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. 1ªEdición. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

Gómez Cerdán, C. & Carmona Paredes, R. (2017). Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna Guía jurídica de lactancia materna. [Acceso el 20 de enero de 2019]. Disponible en https://apilam.org/recursos-lactancia-materna/guia-juridica-de-lactancia-materna

González, C. (2017). Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. 1ª Edición. Barcelona. Ediciones Planeta, Madrid.

La liga de la leche. España. Lactancia materna: Derechos de las madres trabajadoras. La hora de lactancia. Subsidio por riesgo para la lactancia. [Acceso el 27 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/legal.htm

Torras, E. Alba Lactancia Materna. Tema 4: Lactancia materna y reincorporación al trabajo remunerado. [Acceso el 20 de enero de 2019]. Disponible en http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/lactancia-y-reincorporacion-al-trabajo-remunerado/

UNICEF. IMSS. Guía Práctica de Lactancia Materna en el lugar de trabajo para empresas e instituciones medianas y grandes. México. [Acceso el: 20 de enero de 2019].

Disponible en http://www.cobaev.edu.mx/unidaddegenero/descargas/guia_lactancia_materna.pdf

APOYO A LAS MADRES QUE NO AMAMANTAN

Autoras \
Isabel Mª Yarza Relaño
Sara López Jiménez

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una elección personal, influenciada por factores socioeconómicos, culturales y educativos, existiendo situaciones que la contraindican. Los profesionales sanitarios deben promover la lactancia materna garantizando una información veraz, basada en la evidencia científica actual y libre de contradicciones, influencias comerciales y juicios de valor. No obstante, si la madre tras recibir una información idónea sobre la importancia de la lactancia materna y los riesgos e indicaciones de la alimentación con sucedáneos, decide alimentar a su bebé con lactancia artificial, se debe respetar y apoyar dicha decisión realizando un adecuado abordaje de la situación.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

DESARROLLO

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

- **Mujeres que por decisión propia o por la existencia de factores que contraindican la lactancia materna, no van a dar el pecho.** La cabergolina es el fármaco de elección para inhibir la lactancia materna inmediatamente después del parto. Al tomar la medicación, la subida de la leche no va a producirse en la mayoría de los casos, por lo que no suele haber congestión mamaria. Sin embargo, no hay que descartar esta posibilidad siendo recomendable informar sobre los signos de alarma (ver módulo 5).

- **Mujeres que, con la lactancia materna instaurada, desean suprimirla.** La incorporación laboral o los problemas mamarios son algunos de los motivos que desencadenan el abandono de la lactancia materna. Lo recomendable sería realizar un destete progresivo y no brusco, donde la congestión mamaria sería más evidente (Módulo 7.4).

CONSEJOS Y CUIDADOS ANTE CONGESTIÓN MAMARIA

- **Medidas farmacológicas.** La cabergolina. Para el dolor y la inflamación se pueden emplear antiinflamatorios.

- **Medidas no farmacológicas:**

  - Aplicar **frío local**, por su efecto antiinflamatorio y vasoconstrictor (al disminuir el flujo sanguíneo, lo hace también la producción láctea). Pueden aplicarse compresas u hojas de col frías.

  - Usar un **sujetador** que contenga el pecho pero que no lo comprima en exceso, para evitar así el consecuente riesgo de mastitis.

  - **No estimular el pecho**. Excepcionalmente, las madres que suprimen la lactancia una vez instaurada, ante una tensión muy dolorosa, pueden valorar extraer la mínima cantidad de leche con la que consigan alivio, reforzando las medidas de frío y antiinflamatorios.

  - **Evitar galactogogos farmacológicos** como metoclopramida, clorpromacina y domperidona, ya que aumentan la producción de leche.

  - **Enseñar** a la paciente a **detectar signos y síntomas de mastitis** (Módulo 5).

ESTILO DE CRIANZA RECOMENDADO

Según la evidencia científica, apenas difiere en función del tipo de lactancia. El vínculo es la relación cálida e íntima que se establece entre el bebé y su madre y cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y, en última instancia, la replicación.

En la actualidad se sabe, gracias a la neurobiología del apego, que existe una correlación directa de la teoría del apego con el desarrollo neuronal del lactante y con cambios en sistemas neuroendocrinos de la madre, que permiten, finalmente, que se inicie el vínculo entre ambos y la formación del proceso de apego. En madres que optan por una lactancia artificial, sería especialmente necesario recomendar prácticas de alimentación y crianza que mimeticen la lactancia materna y la crianza fisiológica, tales como:

- Dar el biberón en base a las señales de hambre del bebé y siempre en brazos, favoreciendo el contacto piel con piel.
- Emplear el método Kassing.
- Intentar que sea la madre la que dé el biberón y, si esto no es posible, que sean las mismas dos o tres personas las que se ocupen de su alimentación.
- Ofrecer dosis extra de contacto piel con piel, colecho seguro, masajes, porteo, cosquillas y caricias.
- Abandonar la lactancia artificial al igual que se aconseja el destete en la lactancia materna, sin forzar.

PREPARACIÓN DE BIBERONES Y OTRAS RECOMENDACIONES AL RESPECTO

Las fórmulas infantiles están especialmente adaptadas y proporcionan los nutrientes necesarios para garantizar una adecuada nutrición y un correcto desarrollo del lactante. En el mercado existen dos tipos de preparados para lactantes: las leches de inicio (identificadas con el número «1» en el envase), que se utilizan desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad; y las leches de continuación (identificadas con el número «2» en el envase), que se utilizan a partir de los 6 meses. Las leches en polvo no son estériles y se pueden contaminar con una preparación incorrecta en casa, por lo que se deben seguir unas pautas de higiene.

Antes de iniciar la preparación del biberón debe tener en cuenta:

- **Limpieza.** Realizar una adecuada higiene de manos y lavar en profundidad con agua caliente todos los utensilios que se vayan a utilizar (eliminando todos los restos de los lugares de difícil acceso).
- **Esterilización.** Los utensilios, una vez limpios, pueden esterilizarse con un esterilizador comercial (siguiendo las instrucciones del fabricante) o en una cazuela y agua hirviendo. En este último caso, se debe llenar una cazuela grande con agua, de forma que el material quede completamente cubierto. A continuación, cubrir la cazuela y llevar a ebullición, asegurándose de que el agua no se evapore por completo.

- **Almacenamiento.** En caso de haber esterilizado los utensilios, se recomienda emplear pinzas esterilizadas para su manipulación y mantenerlos ensamblados en un lugar limpio hasta su uso.

Para la preparación del biberón hay que seguir los siguientes pasos:

- Realizar una adecuada higiene de manos y de la superficie en la que preparará la toma.
- Hervir agua potable con un hervidor automático o una cazuela. Se desaconseja el uso de microondas. El agua no estará a menos de 70°C, de modo que no se debe dejar enfriar durante más de 30 minutos después de hervirla.
- Seguir las instrucciones que se describen en el envase del sucedáneo sobre la cantidad de agua y de polvo necesaria. Mezclar bien los ingredientes agitándolo suavemente.
- Colocar el biberón bajo el grifo de agua fría o dentro de un recipiente para enfriar el contenido hasta una temperatura apropiada para el bebé (comprobarla vertiendo unas gotas en el interior de la muñeca). Evitar que el nivel del agua supere la tapa del biberón para no contaminar el contenido.
- Desechar el resto de la toma no consumida en dos horas.

Lo ideal es preparar el biberón inmediatamente antes de ser administrado, ya que, en el alimento preparado con anterioridad, hay más riesgo de proliferación bacteriana, especialmente si se mantiene a temperatura ambiente. Sin embargo, si por algún motivo se requiere disponer de los biberones para administrarlos más adelante, es preciso preparar cada uno de ellos de forma independiente, enfriarlos rápidamente y meterlos en el frigorífico, teniendo en cuenta que las tomas refrigeradas no deben ser utilizadas si han pasado más de 24 horas.

Para calentar un biberón refrigerado: sacarlo del frigorífico justo antes de utilizarlo y sumergirlo en un recipiente de agua caliente, sin que el nivel del agua llegue al borde de la tapadera, durante un máximo de 15 minutos, agitándolo de vez en cuando para que se caliente de manera uniforme. Comprobar la temperatura de la toma y desechar todo el sobrante calentado que no haya sido consumido en dos horas.

USO DEL CHUPETE EN NIÑOS LACTADOS ARTIFICIALMENTE

En los niños lactados artificialmente, la recomendación del uso del chupete es especialmente importante como factor protector del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) ya que presentan otras características que pueden aumentar el riesgo del mismo (fuerza de la recomendación B).

Sin embargo, para evitar otros efectos adversos del uso del chupete como, por ejemplo, los problemas odontológicos, la Asociación Española de Pediatría (AEPED) y otros organismos recomiendan que sea eliminado antes de los dos años.

COLECHO SEGURO

La forma más segura de dormir para los lactantes menores de 6 meses es en su cuna, boca arriba y cerca de la cama de sus padres. Esto supone una disminución del riesgo de SMSL en más del 50 %. Para un colecho seguro lo ideal es usar una cuna de colecho. Si no se dispone de ella, no debe ser recomendado en lactantes menores de tres meses de edad, bebés prematuros, bebés de bajo peso al nacimiento, padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes, situaciones de cansancio, colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones, colecho con otros familiares que no sean los padres o colecho con mascotas.

MENSAJES PARA RECORDAR

- La lactancia artificial debe ser una decisión libre e informada.
- Los profesionales sanitarios debemos tener las herramientas necesarias para informar a las mujeres sobre una lactancia artificial segura.

REFERENCIAS

Aguayo-Maldonado, J., Arena-Ansotegui, J., Blázquez-García, M.J., Bustos-Lozano, G., de AlbaRomero, C., de la Cueva-Barrao, M.P., *et al.* (2009). Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. 1ªEdición. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

Castán, S., & Tobajas, J.J. (2013). Obstetricia para matronas. Guía práctica. Asociación Española de Matronas. Ed. Médica Panamericana. Madrid.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2014). Colecho, Síndrome de Muerte Súbita del Lactante y Lactancia Materna. Recomendaciones actuales de consenso. [Acceso el 28 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201406-colecho-muerte-subita.pdf

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2011). Uso del chupete y lactancia materna. [Acceso el 28 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201103-chupete-lactancia.pdf

FAO/OMS. (2007). Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: directrices. Cómo preparar biberones de alimento para lactantes en casa. Organización Mundial de la Salud. [Acceso el 24 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2015). Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida. Barcelona. [Acceso el 03 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/criaturas.pdf

http://e-lactancia org. Consulta Ficha técnica Doxtinex. [Acceso el 11 de junio de 2019]. Disponible en: http://e-lactancia.org/media/papers/Cabergolina-FT2011.pdf

Irache Ferrández, A.R., Ezquerro Cordón, V., Gómez Ruiz, R., Bonet Pérez, B., & Salcedo Clemos, L. (2017). Educación sanitaria en la congestión mamaria ocasionada por el destete. Pulso, 89: 2023.

Mangesi, L., & Zakarija-Grkovic, I. (2016). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.pub3

Olza Fernández, I., & Marín Gabriel, M. A. (2014). Neurobiología del vínculo maternofilial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. *AEP ap ed. Curso de Actualización Pediatría*, 29-39.

Padró, A. (2018). Chupete y lactancia, todo lo que deberías saber. Lactapp. [blog]. [Acceso el 28 de mayo de 2019]. Disponible en: https://blog.lactapp.es/pros-y-contras-del-chupete/

Youtube. “LactApp Método Kassing”. (2016). [Acceso el 08 de agosto de 2019)]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=1NQSiXi91Qw

Youtube. Alimentar con Biberón al Ritmo del Bebé (Paced Bottle Feeding) por The Milk Mob. (2018). [Acceso el 08 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=oekSP7cmtEk

GRUPOS DE APOYO Y TALLERES DE LACTANCIA

Autor \ Fernando Santana Jiménez

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, nuestro contexto sociocultural hace relevante la necesidad de grupos de apoyo a la lactancia. La evolución de la asistencia sanitaria y los cambios en los modelos de crianza de los bebés y niños pequeños en los últimos 50 años, vinculados a cambios económicos y sociales, ha traído consigo una pérdida de la «cultura del amamantamiento» y una carencia de redes de apoyo y sostén comunitario a las madres recientes, que históricamente estaban aseguradas por la propia estructura familiar extensa.

Desde los servicios de salud, nos enfrentamos al reto de colaborar para «reconstruir» estas redes de apoyo comunitario. En este tema, abordaremos las características principales de los «grupos de apoyo», en qué se diferencian de los «talleres de lactancia», cuál es la interrelación entre ellos y la importancia de su implantación.

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias

PLANTEAMIENTOS DESDE LA IHAN SOBRE EL APOYO A LA LM

En los pasos establecidos por la IHAN, tanto para acreditar hospitales como para centros de salud, es un punto importante el asegurar el acceso de las madres lactantes a los recursos de apoyo a la lactancia presentes en la comunidad.

Concretamente el **Paso 10 para los Hospitales** resalta:

- «Coordinación al alta con la finalidad de que padres e hijos tengan el oportuno acceso al apoyo y cuidados continuados».

Y el **Paso 7 para Centros de Salud** indica:

- «Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales».

De esta manera, la IHAN deja clara la importancia que tiene el apoyo de la lactancia más allá del alta hospitalaria, siendo los grupos de apoyo locales y los talleres de lactancia dos pilares fundamentales.

GRUPOS DE APOYO

Los grupos de apoyo a la lactancia materna vienen a paliar la falta o la deficiencia de la red de apoyo que precisan las nuevas madres (red que en otras épocas era formada por otras mujeres de la comunidad), y contribuyen a cubrir la necesidad de compartir la experiencia de crianza con otras madres.

Contexto histórico

En las sociedades preindustriales occidentales, existía un apoyo e influencia de la comunidad en la crianza y alimentación del lactante. La «cultura de la lactancia» era un conocimiento transmitido de forma oral entre generaciones de mujeres: el «arte» de amamantar era parte del «saber» femenino (Talayero, 2004).

Más adelante, en la época postindustrial, la industria de la alimentación infantil empieza a ser capaz de producir a gran escala leches «maternizadas» (lo que hoy conocemos como «sucedáneos de leche materna»), así como los dispositivos para su administración (tetinas/biberones).

Otros acontecimientos relevantes fueron la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y la consolidación de la pediatría como especialidad médica, unido a la mayor medicalización del proceso de parto y lactancia. Y la urbanización lleva a la llamada familia «nuclear», con el consiguiente déficit del apoyo comunitario anterior.

La «medicalización» de la maternidad o la maternidad «científica», lleva a los sanitarios de la época a pautar con facilidad lactancia artificial con dosis y frecuen-

cias preestablecidas, influenciados por una industria que les asegura la equiparabilidad de las leches artificiales con la leche materna: se decide igualar la dinámica del niño amamantado con la del niño alimentado con biberón.

Este conjunto de circunstancias, mantenido durante varias décadas, llevó a unos bajísimos índices de lactancia y a la aparición y/o consolidación de muchas falsas creencias; en definitiva, a la pérdida de la «cultura de la lactancia» (Talayero, 2004).

Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX, empieza a aparecer evidencia científica sobre la superioridad de la leche materna y los riesgos de su sustitución. Las organizaciones de salud advierten de la importancia de promocionar la lactancia materna. Se proponen objetivos de mejora de los índices de lactancia. Las mujeres buscan estar más informadas para decidir sobre la alimentación de sus hijos. Aparece la Liga de la Leche en EE.UU. (1956) y se extiende a otros países (más de 85 en la actualidad) (Talayero, 2004).

En el mundo se generaliza la presencia de grupos de apoyo «de madre a madre», de la Liga de la Leche o de programas similares. Grupos de madres de los países nórdicos contribuyeron al reconocimiento de su importancia por parte de la OMS. Aparece la figura de la consultora de lactancia IBCLC (1981). En España, a partir de 1985, comienzan a aparecer los primeros grupos de apoyo en Aragón (Vía Láctea), Euskadi (La Liga de la Leche) y Barcelona (Gala). En la actualidad, hay centenares repartidos por todo el territorio nacional (Aguayo *et al.*, 2008).

Justificación de los grupos de apoyo

Las madres se encuentran con un entorno social y sanitario desfavorable, a pesar del mensaje de que «amamantar es lo mejor para madre y bebé». Esta contradicción convierte a los grupos de apoyo «de madre a madre» en un recurso de gran valor, pues juegan un papel importante para lograr el regreso del «arte del amamantamiento» como parte de la tradición y cultura de la mujer. Surgen a partir de madres que amamantan o han amamantado a sus hijos y conocen las dificultades e interferencias que pueden afectar a la lactancia. Han demostrado su eficacia al sustituir a la antigua red de apoyo comunitaria (Aguayo *et al.*, 2008).

Los grupos de apoyo son habitualmente coordinados y/o liderados por una o varias madres que han recibido algún tipo de formación en consejería de lactancia, además de contar con experiencia personal amamantando a sus propios hijos (asesoras de lactancia, consejera de lactancia o IBCLC –*International Breastfeeding Consultant–)*. Suelen organizarse como asociaciones de familias cuya actividad es desinteresada y altruista. Aparte de las reuniones periódicas, es usual que organicen actividades para el apoyo y fomento de la lactancia (Lawrence & Lawrence, 2014).

Cualquier persona (madre o profesional sanitario) que quiera asesorar a mujeres lactantes en grupos, talleres o consultas, debería tener no solo conocimientos teóricos y prácticos sobre la lactancia materna, sino también conocimientos sobre técnicas de consejería y habilidades de comunicación. Supone una dimensión fundamental del apoyo que se brinda, y marca la diferencia.

En los centros sanitarios se debe de disponer de información escrita sobre los grupos de apoyo o talleres de lactancia disponibles en la comunidad. Esta información debe ser actualizada y conocida por los distintos trabajadores del centro, para que todas las madres reciban dicha información al alta.

Es importante favorecer el entendimiento mutuo, el respeto y la colaboración entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo locales. Ello enriquecerá el apoyo que se brinda a la mujer lactante y a su familia.

Diferencias entre «grupo de apoyo» y «taller de lactancia»

El «taller de lactancia» está dirigido por uno o varios profesionales sanitarios con conocimientos en lactancia y, en su diseño y organización, se emplean recursos que ofrece el propio sistema sanitario.

Sin embargo, el «grupo de apoyo» es liderado por una o varias madres que son (o han sido) madres lactantes, que se unen generalmente en forma de asociación de madres/familias, y cuyo objetivo en dicha asociación sería apoyo a madres lactantes y el fomento de la lactancia materna, no teniendo ánimo de lucro. Estas madres «líderes» generalmente reciben algún tipo de formación en consultoría de lactancia (asesoras de lactancia, IBCLC...).

No es extraño que de un taller de lactancia de un centro sanitario surja un grupo de apoyo local en la comunidad, que se puede nutrir del profesional hasta disponer de una o varias madres formadas para la consejería. También es recomendable que se dé la participación de representantes de grupos de apoyo en los talleres de lactancia de su zona de salud y, también, que se fomente su presencia en las comisiones de lactancia formales, tal como establece la IHAN.

Por todo esto, hay que entender que talleres y grupos de apoyo locales deben estar interrelacionados, debiendo existir comunicación y cooperación entre ellos, pues claramente comparten una finalidad común.

METODOLOGÍA DE LOS TALLERES DE LACTANCIA

Esta sección tiene como fuente, con permiso de IHAN-España, la *Metodología de talleres de lactancia*, en el sitio web de la *Iniciativa para la Humanización de la asistencia al Nacimiento y la Lactancia* (URL disponible en Referencias).

a) Espacio

Se realizan dentro del centro de salud (o en un espacio público municipal: casa de la cultura, centro social, etc.), y la sala debe reunir unas mínimas condiciones de espacio, luz, intimidad, ventilación e higiene, que lo habiliten para reuniones de hasta 20 personas.

b) Tiempo

Se establece una periodicidad semanal, con horario fijo y preestablecido y una duración aproximada de dos horas.

c) Participación

Sin cita previa, abierta, pudiendo asistir las madres ya pertenezcan o no a ese centro de salud.

- **Asistentes.** El taller está dirigido a madres que amamantan, con sus bebés y parejas o acompañantes. También a mujeres embarazadas.
- **Coordinadora/Responsable del taller.** El taller debe estar coordinado por un profesional del CS con formación en LM (matrona, pediatra, enfermera de pediatría, médico de familia, auxiliar...). Su función es la de dinamizar y coordinar el taller, asegurando la participación de todas las asistentes. Son responsables de que la información en el taller se adecúe a la evidencia científica. Dependiendo de sus competencias, cuando se presente algún problema individual que necesita atención, citarán a la madre o lactante a las consultas correspondientes.

d) Dinámica del taller

- **Distribución física.** Mantenerse en un mismo nivel facilita la comunicación. Nadie debe quedar fuera.
- **Distribución temporal del contenido**:
  - **Presentación**. La responsable se presenta y explica la dinámica del taller a todas las asistentes (animar a no formar corrillos, a escuchar activamente a la que habla y a participar con su experiencia).
  - **Relajación/concentración**. Se recomienda, al inicio, realizar alguna técnica para que las madres dejen fuera todas las preocupaciones del día y se centren en el momento.
  - **Ronda de participación**. Cada participante se presenta, presenta a su bebé y acompañantes. Todas toman la palabra y participan en la medida en que desean compartir su experiencia.
  - **Programa**. Es interesante tener un programa elaborado, para abordar en cada taller algún tema de interés para las madres y familias, de modo participativo.
  - **Dinámica de participación**. La finalidad del taller no es tanto dar soluciones a las madres, sino ayudarlas a que ellas encuentren la solución que mejor se adapta a ellas y a sus circunstancias. Para ello, es importante que el responsable del taller sepa desarrollar una dinámica de escucha activa.

e) Cuestiones a tener en cuenta en los talleres

- **Equilibrio.** Es importante que el taller reúna madres que se están iniciando y madres veteranas para que haya un apoyo mutuo. Cuando hay un número elevado de niños grandes, de los que ya gatean y andan, es importante tener un espacio reservado para ellos, con juguetes o, incluso, una madre que los entretenga. Para que las mamás de los bebés pequeños se sientan más seguras y encuentren su espacio en el taller.

- **Lactancia artificial en el taller.** Los talleres son abiertos, por lo que pueden dar cabida a madres con una lactancia mixta. Los talleres de lactancia materna no deberían acoger a madres solo con lactancia artificial, pues sería difícil dar el apoyo adecuado.

- **Medicamentos.** Se debe evitar que en el taller las madres se hagan recomendaciones sobre tratamientos medicamentosos. Es importante asegurarse de que las madres conocen la página sobre compatibilidad de lactancia y medicamentos www.e-lactancia.org, en caso de dudas, y que sea el médico el que prescriba lo que corresponda, si fuera necesario.

- **Actividades comerciales.** Los talleres se conciben como un espacio de encuentro dentro del centro de salud, por lo que no deben incluir actividades comerciales o promocionales. La persona responsable debe evitar que se realicen ventas o promociones de productos o servicios en los talleres (aunque sean de extractores de leche, pañuelos de porteo, o collares...).

f) Evaluación de los talleres

Es importante evaluar las actividades del taller anualmente y para ello convendrá, al menos:

- Recoger datos de asistencia.

- Evaluaciones de satisfacción (cada taller de lactancia decidirá la periodicidad de estas, al menos animar a las madres a realizarlas cuando van a dejar de asistir...).

- Se recomienda anualmente realizar memoria del taller y valorar cómo se van integrando las propuestas de mejora que provienen de las evaluaciones.

REFERENCIAS

Aguayo-Maldonado, J., Arena-Ansotegui, J., Blázquez-García, M.J., Bustos-Lozano, G., de AlbaRomero, C., de la Cueva-Barrao, M.P., *et al.* (2009). Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. 1ª Edición. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

Paricio Talayero, J.M. (2019). Historia de la cultura de la lactancia. Curso Lactancia Materna UNED. Disponible: https://apilam.org/entrevista/la-cultura-de-la-lactancia-es-de-una-riqueza-extraordinaria-jose-maria-paricio-talayero

UNICEF.IHAN. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. (2001). Metodología talleres de lactancia. Madrid. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Metodologia_talleres_de_lactancia.pdf

LACTANCIA MATERNA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias