



INFORMES LACTANCIA MATERNA



Rambla de Guipuzcoa, 62, 2º 1º
08020 Barcelona
Telf.: 616 466 844

alba@grups lactancia.org
www.albalactanciamaterna.org

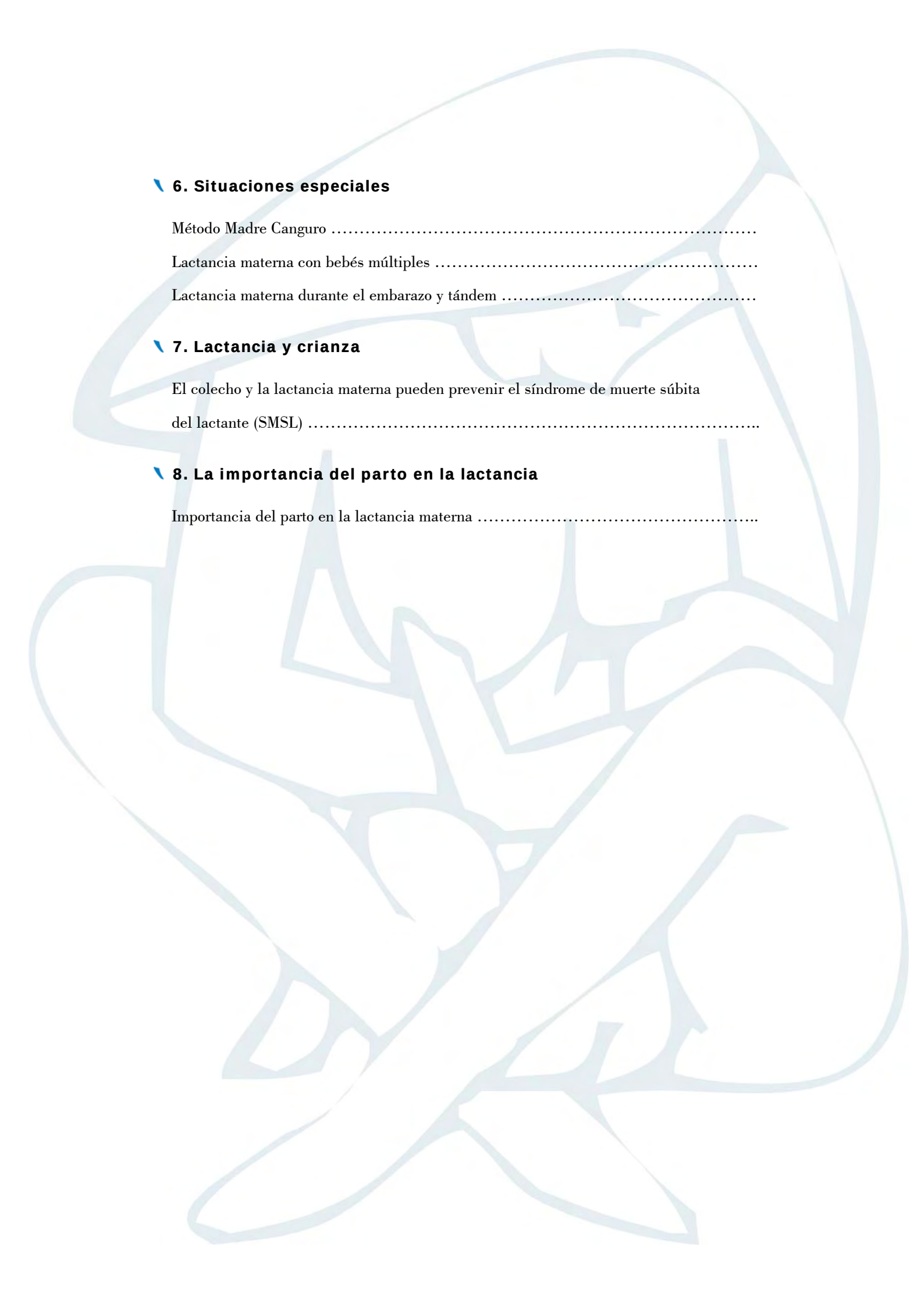
10 Recomendaciones de oro	
Posturas y posiciones para amamantar	
Lactancia Materna y anticoncepción	

Candidiasis del pezón	
Cómo relactar o inducir una lactancia	
Cuando mamá está enferma	
Obstrucciones y mastitis	
Pezones doloridos y grietas	
Pezones planos o invertidos	

Extracción de leche	
Conservación de la leche materna extraída	
Suplementar con la leche materna extraída	

Lactancia y trabajo	
---------------------------	--

Alimentación complementaria	
Lactancia prolongada	
El Destete	



6. Situaciones especiales

Método Madre Canguro

Lactancia materna con bebés múltiples

Lactancia materna durante el embarazo y tándem

7. Lactancia y crianza

El colecho y la lactancia materna pueden prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

8. La importancia del parto en la lactancia

Importancia del parto en la lactancia materna



I. CLAVES PARA AMAMANTAR CON ÉXITO

10 RECOMENDACIONES DE ORO

1. Infórmate sobre fisiología y práctica de la lactancia, a ser posible antes de tener a tu hijo.
2. Confía en ti y en tu capacidad para atender todas sus necesidades.
3. Procura iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto (Puede ser útil haberlo comentado antes con tu ginecólogo o tu comadrona).
4. Pide al personal del Hospital que no le den a tu hijo ni biberones ni chupetes.
5. Solicita tener a tu hijo contigo las 24 H. del día para poder amamantarlo a demanda.
6. Vigila la postura y la succión y asegúrate de que son correctas.
7. No limites de ninguna manera el acceso de tu hijo al pecho tanto tiempo como el quiera.
8. Procura tener los pezones secos e hidratados y para ello nada mejor que untarlos con tu propia leche, después de cada toma, y dejar que se seque.
9. Procura prevenir posibles problemas como la ingurgitación, obstrucciones o mastitis amamantando con frecuencia. Si aún así te sientes incómoda recurre a un sacaleches o a la extracción manual.
10. No dudes en llamar a tu grupo de apoyo a la lactancia si necesitas ayuda o información y acude en persona con tu hijo en cuanto te sea posible. Recuerda que todos los servicios son gratuitos.

POSTURAS Y POSICIONES PARA AMAMANTAR

Postura:

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar.

Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición:

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame.

También las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.

Sobre POSTURAS Y POSICIONES:

Como regla general, hay que amamantar con comodidad.

La madre ha de tener la espalda y los pies bien apoyados, con los hombros hacia atrás, nunca encorvada sobre el bebé. En el caso de posturas estiradas también habrá que disponer a apoyo para la cabeza.

El bebé también ha de estar bien apoyado. Los primeros meses, si está bien colocado en el pecho, difícilmente su cuerpo se podrá apoyar sobre el regazo de la madre, si no que será necesario disponer de cojines donde la madre pueda apoyar los brazos mientras sujeta al bebé, o apoyar al bebé si, ocasionalmente, necesita una mano libre.

Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, el prever de tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, mando a distancia, libro, vaso de agua, etc. ...).

Posturas de la madre

- ✓ Sentada
- ✓ Semi-reclinada
- ✓ Estirada
- ✓ De pié
- ✓ A cuatro patas

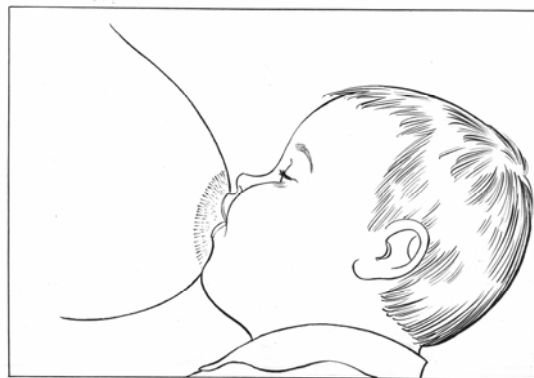
Posición del bebé al pecho

Aparte de que, para amamantar, la madre disponga de varias posturas entre las que escoger, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas.

En cualquier caso y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el bebé esta succionando correctamente, con la boca bien abierta, los labios evertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho:



Bien



Mal

POSTURA SENTADA - POSICION ESTIRADO

El bebé estirado frente a la madre “barriga con barriga”, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es quizás la posición más común.

Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado.

Esta variante no es tan frecuente pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea, mamar de un pecho. Si se lo coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.



POSTURA SENTADA - POSICION "DE RUGBY"

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a su espalda.

Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa.

Tanto la posición estirada como la de rugby funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.



POSTURA SENTADA - POSICION DE CABALLITO

En esta posición, el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de la madre.

Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatía (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas.

En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.



POSTURA ESTIRADA – POSICION ESTIRADO (EN PARALELO)

En este caso, tanto la postura como la posición son muy frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobretodo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea. También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.



POSTURA ESTIRADA – POSICION ESTIRADO (EN PARALELO INVERSO)

En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser un recurso útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis localizadas en la parte superior del pecho.



POSTURA “A CUATRO PATAS” – POSICION “BOCA ARRIBA”

Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario y la posición del bebé solo es correcta en este caso, ya que nunca debe estar colocado boca arriba si la madre está sentada, semireclinada o estirada.

Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis localizada en la parte superior del pecho, ya que de este modo se facilita el drenaje de esos conductos.



Posiciones para amamantar simultáneamente a dos bebés:

POSTURA SENTADA – POSICION CRUZADA

En esta posición ambos bebés están estirados frente a la madre, pero cruzados entre si, uno delante del otro.

Puede ser útil especialmente en el caso de que los bebés sean pequeños.



POSTURA SENTADA – POSICION “DOBLE RUGBY”

Esta es quizás una de las posiciones más frecuentes para amamantar a bebés múltiples, con ambos mamando en posición de rugby de una teta distinta.

Tiene a ventaja de que, en esta posición, los cuerpos de los bebés no se tocan entre sí por lo que no pueden molestarse mutuamente. Es especialmente útil a medida que los bebés crecen.



POSTURA SENTADA – POSICION MIXTA (ESTIRADA + RUGBY)

Se trata de una posición también muy frecuente con bebés múltiples, en la que uno mama estirado frente a la madre y el otro en posición “de rugby”.



POSTURA ESTIRADA – POSICION ESTIRADOS

En esta posición ambos bebés están estirados en paralelo, con la madre ladeada hacia un costado. Uno de los bebés descansa sobre la superficie del sofá o cama donde se encuentre la madre, y el otro descansa sobre el cuerpo de la madre, entre ambos puede ser útil colocar una toalla enrollada que facilite su apoyo.

Una variante puede ser que la madre este también en postura estirada o semi-reclinada pero sin ladearse, con ambos bebés en posición estirada en paralelo sobre su cuerpo.



Todas estas posiciones, así como sus muchas combinaciones y variantes, son propias de bebés con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los bebés más mayorcitos pueden mamar cómodamente en las posiciones más inverosímiles.

Lo importante es saber que no existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre / hijo, si no que habrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a sus mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.



NOCIONES BASICAS PARA POSICIONAR CORRECTAMENTE UN BEBE

- La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
- Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo.
- Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón.
- Se enfoca nariz – pezón.
- Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
- Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
- Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)
- El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
- Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
- La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
- La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
- Es recomendable que el bebe tenga un brazo arriba del pecho y el otro brazo abajo, así como evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.

SIGNOS DE BUENA POSICION

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre le da apoyo en las nalgas y no solamente a la cabeza y los hombros.

✓ SIGNOS DE BUEN AGARRE

- ✓ El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- ✓ Los labios del bebé están evertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
- ✓ La boca del bebé está bien abierta.
- ✓ Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo.

✓ SIGNOS DE BUENA SUCCION

- ✓ Cambio de ritmo en la succión:
 - ✓ Al inicio la succión es rápida y superficial.
 - ✓ Después de pocos segundos cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias.
- ✓ La lengua del bebé está debajo de la areola.
- ✓ Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- ✓ Las mejillas no se hunden, sino que se ven redondas y llenas.
- ✓ Se oye el sonido de la deglución.

✓ A TENER EN CUENTA

- ✓ La posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito de la lactancia.
- ✓ La lactancia es un proceso activo por parte de sus dos protagonistas, madre e hijo. Por un lado la leche no espera pacientemente en el pecho a que alguien la saque, sino que es empujada por la acción de una hormona, la oxitocina. Por su parte el bebé tampoco es pasivo, no espera con la boca abierta a que le caiga la leche que gotea sola, sino que tiene que hacer unos movimientos de succión determinados para obtener toda la leche

que necesita. Para que todo este proceso sea óptimo, la posición y la succión del bebé ha de ser correcta.

- ✎ Ir alternando diversas posiciones facilita el correcto drenaje de todos los conductos del pecho y previene la aparición de obstrucciones y mastitis.
- ✎ La lactancia no es un proceso totalmente instintivo en el ser humano sino que precisa de un aprendizaje social. Ver a otras madres amamantar correctamente a sus hijos facilita que el propio bebé mame en posición adecuada.
- ✎ Se ha observado que , cuando en el mismo momento de nacer (antes de lavarlo, pesarlo, practicar profilaxis oftálmica o cualquier otra maniobra; a veces incluso antes de cortar el cordón) un recién nacido es colocado desnudo sobre el cuerpo desnudo de su madre, y se le deja con ella durante dos horas sin interrupciones, casi todos los bebés se arrastran por si mismos hacia el pecho, localizan el pezón y maman de forma espontánea en posición correcta, en un momento variable entre unos 20 minutos y algo más de una hora después del parto.
- ✎ Sin embargo, también se ha observado que muchos recién nacidos no consiguen mamar correctamente si están bajo los efectos de la petidina administrada a la madre durante el parto, o si son separados de la madre durante 20 minutos (entre el minuto 20 y 40 posparto), aunque luego les vuelvan a dejar en contacto con la madre. Cuando coinciden ambos factores (petidina y breve separación) ningún recién nacido logra mamar en posición correcta.
- ✎ Los factores que favorecen la posición correcta del bebé al pecho son:
 - ✎ Una buena información de la madre.
 - ✎ El inicio temprano de la lactancia.
 - ✎ Evitar el uso de chupetes y biberones para prevenir el Síndrome de Confusión de Pezón.
 - ✎ Apoyo profesional durante la estancia hospitalaria.

- ✶ Los signos y síntomas de un Síndrome de Posición Inadecuada pueden ser:
 - ✶ Mejillas hundidas, succión rápida y ruidosa, movimientos periorales.
 - ✶ Dolor y grietas en los pezones.
 - ✶ No soltar el pecho por sí mismo.
 - ✶ Ingurgitación, a veces mastitis.
 - ✶ Reflejo de eyección intenso y repetido.
 - ✶ Atragantamiento, a veces rechazo del pecho.
 - ✶ Vómitos y regurgitaciones.
 - ✶ Escaso aumento de peso.
 - ✶ Tomas frecuentes y prolongadas (las tomas de más de una hora que casi se empalman unas con otras, pueden ser normales en algunos niños de pocas semanas, pero también pueden ser indicio de mala posición, por lo que ante la duda es conveniente verificar la posición y la succión del bebé)
- ✶ Los signos de un Síndrome de Confusión de Pezón debido a la interferencia de chupetes y biberones pueden ser:
 - ✶ La boca del bebé esta muy cerrada, solo es capaz de abarcar el pezón y no la areola.
 - ✶ La posición y movimientos de la lengua difieren, el bebé tiende a mover la lengua delante del pezón en vez de colocarla debajo.
 - ✶ 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. En algunos casos habrá que intervenir externamente (cortar el frenillo corto), en otros es posible que el problema solo se de en según que posiciones. Si éste es el caso será cuestión de identificar que posición es la más adecuada a ese binomio madre / hijo.
- ✶ Los pezones planos o invertidos no tienen por que ser un obstáculo para una correcta posición, ya que el bebé mama de la areola, no del pezón.
- ✶ El uso de pezoneras puede ser útil en algunos casos difíciles en los que el bebé es incapaz de agarrar el pecho de cualquier otro modo, pero también puede ser causa de

otros problemas, como bajada de producción de leche, por lo que su uso ha de ser muy prudente y preferiblemente temporal.

- ✓ Hacer “la pinza” o sea sujetar el pecho entre los dedos índice y corazón, puede ser factor de riesgo para una mala posición y succión, ya que impide al bebé abarcar bien el pecho con la boca. También puede aumentar el riesgo de obstrucciones. Si hubiera que sujetar el pecho con una mano, mejor hacerlo con el pulgar y el índice colocados “en forma de C” arriba y debajo de la areola y sin comprimir el pecho.
- ✓ Reconducir una posición o succión inadecuada hasta conseguir una lactancia exitosa y satisfactoria es posible, con información, paciencia y apoyo adecuados.

✓ Bibliografía:

1. La lactancia materna. Lawrence, R.A. Mosby / Doyma Libros, S.A. Madrid 1996
2. Lactancia materna. Manual para profesionales. Royal College of Midwives. ACPAM. Barcelona 1994
3. La lactancia materna. Aguayo, J. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2001
4. Manual práctica de lactancia materna. ACPAM. Barcelona, 2004

Lactancia Materna y Anticoncepción

Fertilidad durante la lactancia

Desde la antigüedad es conocido que la lactancia retrasa la menstruación y produce efectos anticonceptivos, siendo en la actualidad el método de anticoncepción mundialmente más utilizado en el posparto. La lactancia es un método de anticoncepción peculiar, ya que es un método fisiológico que protege a la mujer de un nuevo embarazo mientras aún se recupera del que acaba de finalizar y atiende al recién nacido.

El efecto anticonceptivo de la lactancia natural se basa en la supresión de la ovulación por los cambios hormonales provocados por la succión del pezón. Por ello cuando mayor es la frecuencia de la succión, mayor es la eficacia del efecto anticonceptivo (1,2).

En base a los datos de la OMS casi todas las mujeres que no están lactando a los cuatro meses del parto ya han iniciado el ciclo menstrual, hayan o no lactado con anterioridad, y en aquellas mujeres que continúan lactando la menstruación se inicia mucho más lentamente, pudiendo persistir la amenorrea durante un periodo superior a los dos años (3).

Patrones de ovulación

La primera menstruación tras la amenorrea posparto puede o no ser precedida de ovulación. La ovulación previa a la primera menstruación se produce con más frecuencia en mujeres que no han lactado, con poca frecuencia en aquellas otras que lo han hecho de forma continuada y con una frecuencia intermedia en las que han lactado durante algún tiempo. Sin embargo, también es cierto que cuanto más se ha prolongado la lactancia desde el momento del parto, mayor es la probabilidad de que la primera menstruación vaya precedida de ovulación.

Solo del 1 al 11% de las mujeres embarazadas conciben durante el periodo de amenorrea posparto. Incluso, después de los primeros meses, algunas mujeres que lactan no ovulan de

forma regular, con lo que la probabilidad de concepción es menor que en aquellas otras mujeres que no lactan. Sin embargo, pasadas las primeras menstruaciones, la lactancia no puede considerarse como un método de anticoncepción.

Factores que afectan la influencia inhibitoria de la lactancia sobre la fertilidad

La mujer que lacta se encuentra protegida frente el embarazo hasta que reaparece la ovulación. En la mayoría de las mujeres, la primera menstruación determina el reinicio de la fertilidad. Existen ciertos indicadores que pueden ser utilizados para valorar el riesgo de embarazo durante la lactancia en mujeres que no utilicen ningún otro método anticonceptivo (4,5):

- Duración de la lactancia
- Frecuencia y duración de la succión
- Introducción de alimentación complementaria
- Tiempo transcurrido desde el parto
- Fisiología de la madre en lactancias anteriores
- Abstinencia sexual
- Otros factores diversos (geográficos, culturales, ...) (6)

Eficacia anticonceptiva de la lactancia materna

Lactancia Materna Exclusiva: Cuando el bebé no ingiere ninguna sustancia (agua, tisana, suplementos,) salvo leche materna.

Lactancia Materna casi Exclusiva: Cuando el bebé ingiere únicamente leche materna pero ocasionalmente se le ha facilitado algún medicamento disuelto en una pequeña cantidad de líquido.

El MELA (Método de la Lactancia y la Amenorrea) (7) es un método anticonceptivo que ha demostrado una eficacia real superior al 98% siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos (8):

1. Que el periodo de amenorrea sea inferior a 6 meses después del parto
2. Que se realice alimentación exclusiva o casi exclusiva al niño con lactancia natural, sin alimentación suplementaria ninguna y con lactancia a demanda tanto diurna como nocturna.
3. El bebé nunca haga pausas entre tomas superiores a 6 horas.

Debe procurarse racionalizar el empleo de los métodos anticonceptivos con la inhibición de la ovulación inducida por la lactancia. Más que ningún otro factor, la duración de la amenorrea de la lactancia determinará que tipo de anticoncepción deberá emplearse. Así, si se prevé una larga lactancia materna, el empleo precoz de anticonceptivos orales, por ejemplo, puede constituir una doble protección innecesaria; sin embargo, cuando no se usa método anticonceptivo ninguno, y la lactancia se ha reducido en su ritmo o ha cesado, el riesgo de embarazo es muy grande y obligará a reconsiderar el uso de algún método fiable.

El momento en que se debe recomendar la utilización de un método anticonceptivo en una madre lactante es una decisión controvertida que debe adaptarse a cada circunstancia personal e incluso de la comunidad.

▼ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA

Para la elección del método anticonceptivo más idóneo para el periodo de lactancia de la mujer hay que prestar atención a los riesgos y beneficios que cada uno de los métodos pueda tener tanto para la madre como para el niño.

▼ Métodos de barrera

Los métodos de barrera son, por su facilidad de utilización e inocuidad, de los que más suelen recomendarse durante el periodo puerperal y de lactancia. No tienen ningún efecto

sobre la composición de la leche, ni afectan de manera adversa a la salud del niño o de la madre. Sin embargo su uso durante el periodo puerperal debe hacerse teniendo en cuenta algunas peculiaridades.

DIAFRAGMA

Tanto durante el periodo de lactancia como en condiciones de normalidad, siempre debe de usarse asociado a cremas espermicidas. Su uso después del parto tiene algunas peculiaridades:

- La vagina durante el posparto sufre cambios atróficos variables para cada mujer.
- Los cambios locales puerperales pueden causar dispareunia y dificultad para la introducción del diafragma.
- Las dimensiones de la vagina pueden variar por lo que se necesitará revisar la talla más apropiada.

El índice de Pearl oscila entre el 5 y el 30% según se use asociado o no a espermicidas. La mayoría de fracasos se deben a errores en el uso del método, sobretodo inserción incorrecta, desplazamientos por el coito, ajuste inadecuado por talla inadecuada, roturas y olvidos al aplicar la crema espermicida o de la extracción. En periodo de lactancia se debe recomendar:

- Posponer su utilización hasta unas seis semanas después del parto, y tras una revisión puerperal, cuando la vagina ya ha involucionado.
- Utilizar un diafragma adecuado, del tamaño conveniente a las nuevas condiciones.

CAPUCHÓN CERVICAL

El capuchón cervical se aplica directamente sobre el cuello uterino y generalmente se utiliza junto a un espermicida. Durante la lactancia está contraindicado por los cambios que sufre el cervix durante la involución uterina.

✓ PRESERVATIVO MASCULINO

Es el método de barrera más adecuado para el posparto y la lactancia. Siempre deben usarse preservativos que traigan asociados algún espermicida. Su efectividad real reflejada en el índice de Pearl es de un 7% de fallos, la mayor parte debidos al mal uso del método. Para garantizar su uso más correcto deben seguirse las siguientes precauciones:

- Usarlo desde el inicio de la relación sexual y no solamente cuando se vaya a eyacular.
- Usar un preservativo para cada eyaculación
- Retirar el pene de la vagina antes de que disminuya el tamaño del pene al disminuir la erección.

No tiene otras peculiaridades de uso distintas a las habituales por el hecho de utilizarse en periodo de lactancia.

✓ ESPERMICIDAS

Se deben utilizar siempre como método complementario del resto de métodos de barrera y no como método único ya que su índice de Pearl usado como método aislado es del 10-25% de fallos; sin embargo usado conjuntamente aumentan significativamente la efectividad.

Aunque se ha comprobado la absorción de espermicidas químicos a través de la vagina, no se han descritos efectos adversos en su uso tanto para la madre como para el niño en su posible paso a través de la leche.

✓ Anticonceptivos orales combinados: la píldora anticonceptiva

Es uno de los métodos anticonceptivos de uso más extendido en el mundo, con una gran eficacia anticonceptiva. En su composición se combinan estrógenos sintéticos y gestágenos, ejerciendo su efecto anticonceptivo mediante la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y también por su efecto local a nivel uterino.

Su uso durante el periodo puerperal y de la lactancia no es recomendable por varios motivos (9):

- Su paso al niño a través de la leche materna: Se han descrito diversos efectos adversos en el lactante como ginecomastias e incluso alteraciones hematológicas y esqueléticas
- Para la madre el periodo puerperal es un periodo de hipercoagulabilidad relativa que puede incrementarse con el efecto de los esteroides sintéticos de los anticonceptivos orales.

Aunque por estos motivos los anticonceptivos orales no son recomendables en el periodo de lactancia, hoy en día con la aparición de preparados que contienen dosis muy reducidas de estrógenos y gestágenos de nueva generación (10), su uso podría compatibilizarse con la lactancia, aunque para los anticonceptivos de bajas dosis debe tenerse en cuenta otros posibles efectos:

- Aunque no se ha demostrado que los anticonceptivos orales interfieran el inicio de la producción de leche, la duración de la lactancia se acorta de forma dosis-dependiente relacionado con el contenido estrogénico.
- Puede reducir el volumen de producción de leche hasta cerca de la mitad, entre la tercera y la sexta semana.
- Existen opiniones dispares sobre posibles alteraciones de la composición de la leche de mujer asociada al uso de los anticonceptivos orales combinados.

Idealmente, incluso los anticonceptivos orales combinados de dosis baja deberían posponerse en su uso hasta un año después del parto y preferiblemente hasta que el niño sea destetado.

Anticoncepción hormonal con gestágenos

La anticoncepción hormonal con gestágenos, en sus distintas formas de utilización produce el efecto anticonceptivo por su efecto tanto central, a nivel de la inhibición del eje

hipotálamo-hipofisario-ovárico, como a nivel periférico. Tiene una alta eficacia anticonceptiva con un índice de Pearl que oscila entre el 1 y el 3%.

Las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento han demostrado que estos gestágenos no tienen efectos negativos sobre la lactancia (11).

Puede administrarse en tres formas:

- MINIPILDORA ORAL
- INYECTABLE
- IMPLANTES SUBDERMICOS

La administración continuada de gestágenos producirá una amenorrea mantenida que debe ser advertida y a veces pequeñas metrorragias irregulares sin ninguna significación patológica.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Los DIU medicados, tanto los de carga de Cobre como los de gestágenos son un método anticonceptivo de muy alta eficacia, cuyo efecto anticonceptivo se produce por su acción local sobre el endometrio, donde produce una reacción inflamatoria aséptica y un efecto espermicida, por lo que no tiene ninguna repercusión general y, por tanto, lo hacen un método anticonceptivo perfectamente utilizable durante el periodo de lactancia.

La utilización de los DIU como anticonceptivo en el periodo puerperal tiene los mismos efectos secundarios que cuando se utilizan en condiciones habituales, pero, sin embargo, debe tenerse precaución en dos problemas: la mayor tasa de expulsiones y mayor riesgo de perforaciones uterinas al insertarlos.

Los DIU pueden insertarse en el post-alumbramiento (12), en el posparto inmediato y en el puerperio (13) pero posiblemente el momento ideal sea después del puerperio, a partir de la sexta semana posparto, puesto que las complicaciones son las mismas que en una mujer fuera de ese periodo. El antecedente de cesárea no contraindica la inserción del DIU aunque en ese caso siempre será necesario esperar como mínimo hasta la sexta semana posparto (14).

Resumen basado en las siguientes fuentes:

Dr. Juan Mellado Jiménez: Lactancia materna y anticoncepción. En: Lactancia Materna. Josefa Aguado Maldonado (Ed.). Universidad de Sevilla. 2001

Ruth A. Lawrence: La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Cuarta edición. Mosby 1996.

BIBLIOGRAFIA

1. Mastroianni, L.; Coutifaris, C. Fisiología reproductiva. En: Manual sobre reproducción humana Vol. 1. F.I.G.O. 1990
2. Bajo Arenas, J.M.; Martínez Pérez, O. Métodos de anticoncepción en el posparto. En: manual de asistencia al parto y puerperio normal. De. E. Fabre González. 1995
3. World Health Organization. Contemporary Patterns of Breastfeeding: Report on the WHO collaborative study on breastfeeding. 1981. Geneva. World Health Organization.
4. McCan, M.F. et al. Breastfeeding, fertility and family planning. 1981. Pop Reports M-8:289-348.
5. Fathalla, M.; Rosenfield, A.; Indriso, C. Planificación familiar. En: Manual sobre reproducción humana. Vol. II. F.I.G.O. 1990
6. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Manual de planificación familiar para médicos. De. IPPF. Londres. 1989.
7. Labbok, M.H., et al. Multicenter study of the lactational Amenorrhea Method (LAM): Y. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application. Contraception. 1997. 55. 327-336.
8. Declaración de Consenso de Bellagio. La lactancia como método de Planificación Familiar. Lancet 1988; 2: 1204-1205.
9. Populations Reports. Series J. 24 Nov.-Dic. 1981

10. Bajo, J.M.; Vilar, E. et al. Métodos de anticoncepción en el posparto. En: *Contracepción. Regulación de la fertilidad*. De. Interamericana-McGraw-Hill. 1991
11. Fathalla, M. et al. Salud Reproductiva. Aspectos globales. En: *Manual sobre reproducción humana*. Vol. III. F.I.G.O. 1990
12. O'Hanley, K.; Huber, D.H. Postpartum IUDs: Keys for success. *Contraception*. 1992. 45:351.
13. Lopes, P., et al. La contraception par dispositif intra-uterin posé un mois après l'accouchement. *J Gynecol Obstet bio Reprod*. 1984; 13:701.
14. Van Fets, H.; Thiery, M. Van der Pass, H. IUD insertion during cesarean section. *Adv Contracep* 1985; 1:337.



2. CÓMO SUPERAR DIFICULTADES



CANDIDIASIS DE PEZÓN

¿Qué es la candidiasis de pezón?

Es una infección de los pezones por hongos. No existe en mujeres no lactantes, pues los hongos no viven en seco. El hecho de tener a menudo los pezones dentro de la boca húmeda y caliente de un bebé hace que, si se desarrolla esta infección, cueste mucho de curar.

Suele aparecer después de un periodo en que la lactancia iba bien.

Los síntomas:

El síntoma principal es el dolor. Es un dolor intenso, las madres que lo padecen lo describen como si alfileres ardiendo pincharan sus pezones, otras explican que sienten como si tuvieran los pezones con quemadura de primer grado. Suele doler mas cuando acaba la toma, y entre una toma y otra también molesta.

A veces, al comienzo, antes de que aparezca el dolor, algunas mujeres se quejan de picor en los pezones.

Otro síntoma es el enrojecimiento de los pezones, sobre todo la punta. Pero si la candidiasis evoluciona unos días o semanas, acaba despigmentándose la piel de los pezones, se quedan sin color, y aunque desaparezca la infección, tardarán semanas, incluso meses, en volver a tener la pigmentación normal.

En ocasiones aparecen pequeñas fisuras dolorosas, en la base del pezón.

Paralelamente y con frecuencia el bebé tiene muguet (cándidas en la mucosa de la boca en forma de manchas blancas), o eritema de pañal (cándidas en el tracto digestivo y zona perianal en forma de manchas rojas), pero no siempre.

Suele haber mayor predisposición en mujeres que han padecido otras veces candidiasis vaginal, sobre todo en el embarazo.



Otro factor que puede ayudar a su desarrollo es la administración de antibióticos. Algunas mujeres a las que se les ha administrado antibioticoterapia durante el parto, han desarrollado la candidiasis de pezones muy pronto: A las pocas horas o días del parto.

También la diabetes es un factor predisponente.

No siempre es fácil al principio diagnosticar unas candidas ya que a veces el único síntoma es el dolor. Conviene que un profesional de la salud bien entrenado, o una monitora de grupo de apoyo a la lactancia, revisen la posición de la boca del bebé al mamar, para descartar que el problema sea dolor causado por una mala succión. También el hecho de que el bebé no presente dificultad de ganancia de peso, y orine suficiente, nos ayudará a descartar la mala posición.

El tratamiento:

Para tratar las candidas existe tratamiento tópico (en forma de gel oral y también de pomada) y oral. Sea cual sea el tratamiento de elección en función de las circunstancias, todos estos medicamentos son perfectamente compatibles con la lactancia materna.

Un tratamiento standard podría ser el siguiente:

Por lo menos 5 veces al día y tras amamantar al bebé:

1. Aplicar después de la toma un poco de gel oral antifúngico al bebé, en la boca, pasándole con el dedo por las encías y el paladar.
2. Lavar los pezones con la siguiente solución:
 - Medio vaso de agua con una cucharadita de café llena de bicarbonato sódico.
 - Mojar una gasa y limpiar.
3. Secar el pecho con un secador.
4. Aplicar pomada antifúngica en pezones y areolas, y una gasa encima.



No será necesario lavar los pezones antes de dar el pecho.

Aunque el bebé no tenga muguet, se le ha de aplicar igualmente el gel, ya que si no reinfectaría a la madre en cada toma, pues siempre quedan en su boca candidas, aunque en forma microscópica.

La mayoría de mujeres mejoran mucho del dolor hacia el 4º, 5º día de tratamiento tópico bien hecho, aunque algunas hasta los 9-10 días no dejan de sentir dolor. Una vez desaparecen los síntomas, conviene proseguir el tratamiento dos o tres semanas más, pues los hongos suelen recidivar con facilidad.

Si con el tratamiento tópico no se acaba de curar, y la mujer percibe un dolor muy intenso que penetra hacia adentro y que puede irradiar hasta la columna vertebral, probablemente la infección ha entrado dentro de los conductos, y entonces necesite tratamiento oral con antifúngicos adecuados para curar la infección.

Como la forma de curación es a través de la leche con el antifúngico oral que sale a través de los conductos infectados, y estos antifúngicos pasan a la leche en muy poca cantidad, se necesitara administrar una dosis alta, para que pase la mayor cantidad posible a la leche. Se suelen administrar de 200 a 400 mg cada doce horas, a lo largo de 3 a 6 días, dependiendo de la respuesta.

Al mismo tiempo se ha de proseguir con el tratamiento tópico.

Conviene tratar, si la hay, infección por candidas vaginal, e incluso, si viene siendo de repetición, tratar también a la pareja.

Detalles a tener en cuenta:

Antes de iniciar el tratamiento, sería buena idea que, el médico o comadrona, realizara un cultivo de piel de pezón. El procedimiento es sencillo, se trata de pasar una pequeña torunda de algodón por la punta y alrededor del pezón, e introducirla en el envase habilitado para ello. El resultado tarda varios días, pero nada más terminar de tomar la muestra, ya se puede iniciar el tratamiento.



En caso de que el bebé los utilizara, sería necesario también hervir los chupetes y otros objetos que chupe el bebé. Incluso se recomienda tirar el chupete actual y usar otro nuevo, que se hervirá una vez al día.

EXPERIENCIAS DE MADRES: UN CASO REAL

Se trata de C.P.G., una mujer de 26 años. Está amamantando a su segunda hija, que tiene 45 días. Hasta hoy no tuvo ningún problema con la lactancia, no tuvo nunca dolor, ni lesiones, y la niña crece y engorda muy bien.

Acude al centro de salud a consultar con la comadrona, por que desde hace 12 horas, en el pecho derecho, siente un dolor como quemazón, unos días antes notaba picor en ese pezón. También presenta una pequeña y fina fisura en la base del pezón.

Se le recoge un cultivo de exudado del pezón, y también una citología mamaria.

Se inicia el tratamiento tópico con:

Lavado después de la toma con agua y bicarbonato sódico (una cucharadita de café en medio vaso de agua).

Aplicación de pomada antifúngica en ambos pezones.

Aplicación de gel oral antifúngico en la boca del bebé.

A pesar de ello, a las 48 horas comienza el pecho izquierdo, menos intensamente.

Hay un dolor importante al inicio de la toma: "como si te arrancaran el pezón, luego quemazón, y al final picor intenso hacia adentro" (Ella lo describe así).

Molestaba el roce de la ropa.

El bebé no tenía muguet, pero sí tenía eritema de pañal.

Nunca había tenido candidiasis vaginal.

Durante el embarazo había tomado dos veces antibiótico: En el primer trimestre por infección de orina, y en el 6º mes por una gripe.



Durante el parto le administraron 4 dosis de antibiótico por vía endovenosa por haber roto la bolsa de las aguas con bastante antelación.

Cuando llevaba 6 días de tratamiento con la pomada antifúngica, empezó a tomar un antibiótico, pautado por su médico de cabecera por una bronquitis.

También durante el embarazo, por antecedentes familiares de diabetes, y siguiendo un protocolo, se le habían practicado 3 Test O'Sullivan, y dos curvas de glicemia, para descartar diabetes gestacional.

El dolor desapareció por completo a los 9 días de iniciado el tratamiento, y la fisura también.

Ella prosiguió con el tratamiento dos semanas más, y no tuvo ninguna recaída.

Tanto el cultivo como la citología mamaria salieron negativos. Esto se explica, probablemente, porque al haber leche en las muestras, se pudieron inactivar las candidas.

Si necesitas mas información contacta con:

inmamarcos@albalactanciamaterna.org

COMO RELACTAR O INDUCIR UNA LACTANCIA

Aunque todavía son experiencias poco conocidas, lo cierto es que, con información y apoyo adecuados, tanto relactar como inducir una lactancia es perfectamente posible, y cada vez más madres se animan a ello.

RELACTAR :

Es cuando una mujer que ha interrumpido la lactancia de su hijo, recientemente o en el pasado, quiere volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional.

En un sentido amplio, también se denomina RELACTAR a cuando una mujer, tras haber introducido suplementos de fórmula en la alimentación de su hijo, quiere volver a la lactancia materna exclusiva.

INDUCIR UNA LACTANCIA:

Es cuando una mujer, que nunca ha estado embarazada, quiere establecer la lactancia materna, habitualmente con un hijo adoptado.

RAZONES PARA RELACTAR O INDUCIR UNA LACTANCIA

Una mujer puede decidir relactar o inducir una lactancia por distintas razones:

- Para responder a las necesidades de un hijo enfermo, al que se ha dejado de amamantar antes o durante una enfermedad. También puede ser el caso de niños a los que se decide alimentar artificialmente pero después se descubre que no toleran las leches artificiales.
- Para poder practicar la lactancia materna exclusiva, en aquellos casos en los que las madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia o cuya producción de leche

ha disminuido como resultado de una técnica o manejo inadecuado de la lactancia, introducción de suplementos, etc.

- Para retomar la lactancia tras un periodo de separación entre madre e hijo, por ejemplo porque los bebés o sus madres requirieron hospitalización.
- En situaciones de emergencia, para los niños que están desamparados; aquellos que fueron alimentados artificialmente antes de la emergencia; y aquellos cuyo amamantamiento ha sido interrumpido. Debería ser posible reanudar o continuar la lactancia de tantos niños como fuese posible para prevenir la diarrea, la infección y la malnutrición. Una mujer puede relactar para alimentar uno o más niños desamparados.
- Por motivos personales, por ejemplo cuando una madre elige alimentar artificialmente a su niño o dejar de amamantarlo y después cambia de opinión (aunque haya tomado pastillas para interrumpir la producción de leche) o, en el caso de adopción, para mejorar el vínculo afectivo madre-hijo o para aprovechar otras ventajas de la lactancia.
- Cuando a una mujer le es imposible amamantar a su hijo, por ejemplo por estar gravemente enferma o por fallecimiento o porque es seropositiva para VIH. Una opción en estas situaciones es que alguien de su entorno, por ejemplo una abuela, relacte para alimentar al niño.

En una mujer, la capacidad de producir leche está determinada por la correcta estimulación del pecho (pezón y areola). Cuanto mayor y más frecuente es la estimulación, mas leche es capaz de producir.

Que la estimulación del pecho este precedida por un embarazo y parto facilita todo el proceso, pero no es condición indispensable.

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR AL ÉXITO DE UNA RELACTACION O INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA

Los factores básicos del éxito son:

- ✓ Que la madre biológica o adoptiva tenga un fuerte deseo de amamantar al niño.
- ✓ Que la estimulación del pecho y el pezón sea correcta.
- ✓ Que la madre disponga de un buen sistema de apoyo, que la ayude y refuerce su confianza.

Pero pueden existir otros factores, por parte del niño o de la madre, que condicionen el éxito de una relactación o inducción de la lactancia.

Hay que tener en cuenta que el principal requerimiento, para conseguir relactar o inducir una lactancia, es que el niño succione correctamente el pecho y esto puede estar influenciado por:

✓ Su disposición para mamar.

Puede que el niño quiera o puede que no.

✓ Su edad.

Cuanto mas pequeño es el niño mas probable es que desee o sepa mamar.

✓ Su intervalo de lactancia.

El tiempo transcurrido desde que el niño dejó de mamar. Cuanto menos tiempo haya pasado más fácil será que vuelva a mamar.

✓ **La forma en que ha sido alimentado mientras no ha mamado.**

Si ha sido alimentado con biberón puede que ya no sepa mamar.

✓ **Su habilidad para mamar con eficacia.**

Puede que ya desde un principio el bebé tuviera dificultades para alimentarse correctamente del pecho por si mismo, bien por causas anatómicas (frenillo, retrognatia, etc.), fisiológicas u otras (incapacidad para agarrar el pecho, síndrome de confusión del pezón, mala colocación de labios, succión débil o ineficaz, etc.)

También factores relacionados con la madre biológica o adoptiva pueden condicionar el éxito de una relactación o inducción de la lactancia:

✓ **Su confianza en si misma y en su capacidad de producir leche.**

A mayor seguridad y convencimiento, mayor posibilidad de éxito.

✓ **Su grado de información.**

Es importante que conozca bien la fisiología y manejo de la lactancia, así como el proceso de relactación o inducción de la lactancia.

✓ **Su intervalo de lactación.**

El tiempo transcurrido desde que dejó de amamantar a un niño, a menor tiempo más fácil relactar.

✓ **El estado de sus pechos.**

Puede que la lactancia se interrumpiera por heridas, infecciones o algún problema anatómico. Esta situación deberá reconducirse para relactar.

✓ Su capacidad para interactuar con su hijo dando respuesta a sus necesidades.

Relactar requiere una inversión de tiempo, de paciencia, de disponibilidad física y mucho contacto piel con piel.

✓ El apoyo que reciba de su familia, de la comunidad y del personal de salud.

Apoyo emocional y ayuda real con otras tareas. Acudir a un Grupo de Apoyo a la Lactancia también es especialmente útil.

✓ TIEMPO NECESARIO PARA RELACTAR O INDUCIR UNA LACTANCIA

El tiempo puede ser muy variable de una mujer a otra y estará condicionado por distintos factores.

No será el mismo para una madre que ya estaba amamantando a su hijo varias veces al día y que además le daba algún suplemento de fórmula que para una madre que prácticamente alimentaba a su hijo con fórmula y le daba el pecho unos pocos minutos al día.

Tampoco será lo mismo para una madre que simplemente ha interrumpido la lactancia hace unos días que para otra que la ha interrumpido hace semanas o meses, lleva años sin amamantar o no ha amamantado nunca.

✓ RECOMENDACIONES PRACTICAS PARA RELACTAR O INDUCIR UNA LACTANCIA

La madre ha de disponer de información y apoyo adecuados:

- ✓ Para poder identificar las causas que dificultaron inicialmente la lactancia y si es el caso resolverlas.

- ✓ Para que ella y los miembros de su familia conozcan el manejo de la lactancia y el proceso de relactación.
- ✓ Para mantener su motivación y confianza.
- ✓ Para eliminar los factores que podrían reducir la succión del pecho o la producción de leche, tales como el uso de chupetes, biberones, anticonceptivos con estrógenos, etc.
- ✓ Para sentirse respaldada por parte de la pareja, otros miembros de la familia, la comunidad y los servicios de salud.

La madre tiene que estimular el pezón y el pecho mediante:

- ✓ La correcta succión del niño
- ✓ La extracción manual o mecánica
- ✓ El contacto piel con piel

El bebé ha de recibir temporalmente suplementos sin usar biberón:

- ✓ Para proporcionar nutrición
- ✓ Para animarle a mamar del pecho

Estos suplementos han de ir siendo eliminados paulatinamente a medida que va aumentando el estímulo y la producción de leche.

✓ PLAN DE RELACTACION O INDUCCION DE LA LACTANCIA

Como la variabilidad de casos puede ser muy amplia, ante el reto de relactar o inducir una lactancia habrá que hacer un Plan Personalizado adaptado a las circunstancias y preferencias de cada binomio madre / hijo.

Es importante conocer todas las técnicas o recursos para poder encontrar el sistema que mejor se puede adaptar a cada caso. En los Grupos de Apoyo a la Lactancia se ofrece asesoramiento al respecto.

Las líneas básicas de un Plan de Relactación o Inducción de la Lactancia pueden ser:

Estimular el pezón y el pecho

Si el niño SI esta dispuesto a mamar:

- ✓ Ponerlo al pecho frecuentemente, tan a menudo como él o ella estén dispuestos. Esto debería ser cada 1 o 2 horas si es posible y al menos de 8 a 12 veces cada 24 horas.
- ✓ Dormir con el niño para alimentarlo por la noche, para permitirle un fácil acceso al pecho mientras se minimiza la interrupción del descanso de la madre. Las tomas nocturnas aumentan la producción de prolactina y el contacto extra puede aumentar la disposición del lactante a mamar.
- ✓ Permitir al niño mamar de ambos pechos, tanto como sea posible en cada toma. La madre puede ofrecer cada pecho más de una vez si el niño está dispuesto a continuar mamando.
- ✓ Asegurarse de que el niño tiene un buen agarre al pecho y succiona correctamente, para prevenir el traumatismo del pezón, y para extraer de forma eficaz cualquier cantidad de leche que se produzca.
- ✓ Evitar el uso chupetes, biberones, tetinas y pezoneras ya que esto disminuye la estimulación del pezón y es más probable que el niño esté menos dispuesto a mamar del pecho.
- ✓ Dar al niño los suplementos de forma separada (usando una taza, vaso, jeringa, cucharilla, paladai, ...) o bien de forma simultánea mediante un relactador.

Ver Dossier sobre Como Suplementar con Leche Materna Extraída u otra en la sección de Descargas

Si el niño NO está dispuesto o es incapaz de mamar:

- ✓ Asegurarse de que el niño no está enfermo, y no tiene un problema anatómico o fisiológico que necesite ayuda especializada.
- ✓ Proporcionar mucho contacto piel con piel y continuar ofreciendo el pecho en cualquier momento que el niño muestre el mínimo interés.

- Estimular el pecho mediante la extracción mecánica o manual, mejor extracciones breves y frecuentes, tanto de día como de noche. Una recomendación general podría ser estimular cada dos horas durante el día, unos 20 minutos, primero 5 minutos de cada pecho y luego repetir 5 minutos más. Durante la noche, estimular cada 3 horas, por ejemplo a las 12 -3 - 6 h. Es aconsejable intentar sacar siempre un poco más de leche que la vez anterior, por poca que sea inicialmente.
- Si es posible alimentar al bebé en primer lugar con leche extraída y luego complementar si es necesario con fórmula.
- Evitar el uso de biberones o chupetes, y alimentar al niño usando una taza, vaso, jeringa, cucharilla, paladai, ...
- Intentar estimular al niño a mamar y a succionar correctamente mediante ejercicios de fisioterapia de la succión. También se puede probar a usar un relactador o el método "gotear y chorrear" (se va dejando gotear leche directamente sobre el pecho mientras el niño intenta mamar. Puede usarse para incitar a un lactante reacio a comenzar a succionar el pecho pero normalmente se precisa ayuda de una tercera persona).

Ver Dossier sobre Extracción y Conservación de Leche Materna

Reducir paulatinamente los suplementos hasta eliminarlos

Una vez evaluado el estado de la lactancia y descartado cualquier posible problema, si el bebé es capaz de agarrar el pecho y succionar con eficacia, habrá llegado el momento de ir retirando paulatinamente los suplementos.

De nuevo la forma de retirarlos dependerá de las circunstancias y preferencias de cada madre:

- Algunas madres substituyen paulatinamente suplementos de formula por suplementos de leche extraída. Si éste es el caso bastará, como paso siguiente, con empezar a disminuir los suplementos de leche extraída hasta eliminarlos también. Si la madre desea seguir usando sacaleches puede congelar la leche sobrante para futuras necesidades (preparar papillas de cereales, etc...)

- Si la madre usa relactador. Ir reduciendo la cantidad de fórmula que se pone en el relactador hasta eliminarla por completo.

Finalmente, si ya la cantidad de suplemento es poca, también se puede eliminar el uso de relactadores a razón de uno por toma a lo largo de días sucesivos.

- Si se usan otros utensilios para administrar suplementos.

Se puede hacer lo mismo que con el relactador. Ir disminuyendo la cantidad de suplemento paulatinamente hasta eliminarlo por completo.

Algunas madres prefieren eliminar primero el suplemento de una de las tomas y cada varios días eliminar el suplemento de una toma distinta hasta que todas las tomas sean sin suplemento, otras reducen parte del suplemento en todas o algunas tomas.

Este proceso puede ser más o menos rápido en función de las características de cada lactancia, de la cantidad de suplemento a eliminar y de las preferencias de la madre.

Algunas madres preferirán ir muy despacio y esperar varios días antes de eliminar una nueva dosis de suplemento, otras preferirán ir más rápido en quitar suplementos aunque ello les represente mayor disponibilidad física para amamantar. Lo importante es que cada madre encuentre su propio ritmo.

Una recomendación general podría ser ir eliminando 60 cc cada dos o tres días.

Los sistemas para eliminar los suplementos antes indicados también son generales y admiten múltiples variables y combinaciones adaptadas a las preferencias de cada madre.

3. Controlar la evolución del niño

Habrà que observar al bebé y como va evolucionando, especialmente en lo que se refiere a los siguientes parámetros:

- Control de la ganancia de peso

Conviene pesar al niño una vez por semana e ir comprobando que va ganando peso. La cantidad de peso a ganar variará en función de la edad del niño, pero a nivel estimativo se considera dentro de lo normal que un bebe de menos de dos meses gane como mínimo 500g al mes, aunque esa ganancia no tiene por que ser regular (125g / semana), y es frecuente que una semana ponga mas y otra menos, lo importantes es que no pierda peso ni se estanque. Los bebés más mayorcitos pueden ganar menos peso.

▼ Cambios observados a medida que aumenta la producción de leche materna

El signo más importante de aumento de la producción láctea es el menor consumo de suplemento por parte del lactante, mientras continúa aumentando de peso.

▼ Orina y deposiciones del bebé

Estos pueden ser de ayuda día a día como indicio de una ingesta adecuada. Orinar frecuentemente (mojar 6 ó más pañales diariamente con orina diluida, clara) indica una ingesta adecuada de líquidos.

En las primeras cuatro semanas más o menos, la mayoría de los bebés alimentados al pecho hacen deposiciones amarillo-marrones, sueltas varias veces al día. Después del primer mes puede reducirse la frecuencia a una vez al día, o a una vez cada varios días (normalmente entre 2 y 10 días), estas deposiciones serán correspondientemente de mayor cantidad.

Las deposiciones de los bebés alimentados con suplementos artificiales son más duras y voluminosas. Conforme aumenta la producción de leche, la madre puede advertir cambios en las deposiciones de su hijo, las cuales se hacen más blandas, más parecidas a las deposiciones de un bebé alimentado al pecho.

▼ Actividad del bebé

El nivel de actividad del bebé también puede ser un signo de que su ingesta es suficiente. Un bebé que se despierta espontáneamente cada 2 o 3 horas pidiendo comida, que come vigorosamente y reserva algo de energía para la interacción social apropiada a su edad, probablemente está obteniendo lo suficiente. Un bebé que no

obtiene lo suficiente puede parecer muy tranquilo y no demandante ya que carece de la energía necesaria para insistir en ser alimentado.

EXPERIENCIAS DE MADRES

Nuria explica:

“A los tres días de vida de Marina, me salieron unas grandes y dolorosas grietas sangrientas, y ella rechazaba ponerse al pecho. Acudimos a urgencias médicas, y el consejo del pediatra y de la ginecóloga fue suprimir la leche con una pastilla. La falta de información y el “baby blues” hizo el resto, les hicimos caso... Afortunadamente, tras encontrar el apoyo y la información adecuada, empezamos a relactar a los 18 días de vida de Marina. Durante las posteriores cuatro semanas, todo fue muy duro: el relactador, controlar los pipís, controlar su peso, estimular el pecho con el sacaleches eléctrico... Gracias al apoyo del papá de Marina, de profesionales bien informados y de las madres del grupo de apoyo a la lactancia, lo conseguimos. Ahora, Marina tiene dos años. Y sigue tomando pecho, hasta cuando ella quiera, porque ambas sabemos que es lo mejor”.

Marta explica:

“Tuve serios problemas para establecer la lactancia materna exclusiva: grietas, pezoneras, pérdida de peso de mi bebé, ... Desde el séptimo día hasta casi los tres meses y medio estuve dándole mi leche extraída y también leche de fórmula, primero en biberón con tetina y, conforme me fui informando asistiendo a los grupos de apoyo, pasé a dársela con jeringa. La angustia y la inseguridad que me producía el pensar si sería capaz de producir la suficiente leche para poder alimentar a Joan exclusivamente, fueron el mayor problema a superar cuando me planteé reducir las tomas de fórmula. Yo veía como se zampaba entre 90 y 120cc en un periquete... ¡Y eso 5 o 6 veces al día!... ¿Sería mi cuerpo capaz de producir semejante cantidad? Con la ayuda y el apoyo continuo de una asesora de lactancia conseguí que mi cabeza dejara actuar a mi cuerpo. Fui eliminando las tomas... ¡Y en tres semanas conseguí lactancia materna exclusiva!. De pronto todo se puso en su sitio, mi niño empezó a engordar maravillosamente, yo me

tranquilité y ambos empezamos a disfrutar del placer de compartir este acto tan natural que es dar de mamar. Han pasado ya dos años y seguimos en ello. Ah! Y no he vuelto a dudar de mi capacidad para alimentar a mi descendencia.”

Mar explica:

“Mi marido y yo decidimos adoptar después de unos meses de intentar quedarme embarazada. Las pruebas médicas diagnosticaron un problema de esperma.

Como siempre habíamos dicho que uno de nuestros hijos sería adoptado no nos costo demasiado hacer un “cambio de planes”.

Los tramites fueron pesados pero bastante rápidos. Lo que más nos costo fue escoger el país. Nos decidimos por República Dominicana porque podíamos adoptar a un bebé recién nacido. Y una vez tramitado el expediente nos quedaba la espera. Nosotros la llenamos buscando mucha información sobre la adopción. Y cual fue la sorpresa que uno de los libros que leí sobre adopción hacia una escueta mención a la lactancia de madres adoptantes a sus hijos, si estos eran recién nacidos.

Como el libro contenía una información muy escueta decidí buscar más información. Yo estaba emocionadísima pensando que si finalmente era posible dar de mamar a mi hijo/a sería un premio adicional a nuestro gran deseo de ser padres.

Lo primero que hice fue comentárselo a mi marido que se mostró muy escéptico y sorprendido.

Pero como yo estaba tan emocionada con la posibilidad de amamantar a mi futuro bebé empecé a enviar emails a diferentes sitios: ligas de lactancia y otros portales de Internet que hablaban sobre amamantar.

La verdad es que no pregunte en mi entorno más inmediato sobre la posibilidad ya que algunas personas no entendían si quiera que optásemos por la adopción antes de probar cualquier técnica de reproducción asistida.

De los 10 o 12 emails que envié me respondieron 2 miembros de grupos de apoyo a la lactancia: una mujer argentina y otra de Barcelona, quien me confirmo que era posible una “lactancia inducida” (así se llama el proceso) y me puso en contacto con un

pediatra que me oriento y asesoró. También me facilitó un sacaleches más potente que los que se comercializan habitualmente.

Una vez confirmado que podía hacerlo mi marido ya lo vio un poco más claro (lo había dicho un médico) y lo comente en mi entorno más íntimo. No les pareció mal pero les resultó muy extraño.

Con el sacaleches me tenía que estimular los pechos varias veces al día. No resultó agradable ya que al tercer o cuarto día me dolían bastante. Pero eso no fue impedimento. Mi hija estaba a punto de nacer y yo solo pensaba en lo maravilloso que sería cogerla, acariciarla, besarla y amamantarla para darle todo el amor que cualquier bebé recién nacido se merece, y más si era mi deseadísimia niña.

Durante la estimulación fui a visitar a otros especialistas para controlar la prolactina: a mi ginecóloga que se mostró respetuosa pero sorprendida, al endocrino que no salía de su asombro, al radiólogo que me trato con cierto recelo.... A todas las visitas acudía sola porque mi marido trabajaba y muchas veces tenía la sensación de que les parecía una “pobre desesperada por tener un hijo” capaz de hacer cualquier locura.

Pero cada día al llegar a casa me conectaba al sacaleches y pensaba que ya quedaba un poco menos para que naciera mi bebé.

El día 11 de octubre nació nuestra hija Laura y el 16 estábamos en Dominicana para darle la bienvenida a este mundo. Creo que cuando la vi fue el momento más feliz de mi vida.

Al llegar al Apartahotel la bañamos y mi marido salió a comprar gotitas para sus ojos que seguían muy irritados después del alumbramiento.

Yo me desnudé y me la puse encima. Sabía que ella desde el día en que nació se había alimentado con biberón y que tal vez mi pecho le resultase extraño y lo rechazara.

Pero la compenetración fue perfecta. Se enganchó desde el primer momento y succionaba con fuerza. A mi no me salía suficiente leche así que me colgaba del cuello una pequeña botellita de la que salían dos conductos que terminaban en ambos pezones. La botellita

contenía leche preparada. Así mi hija Laura al succionar de mi pezón bebía simultáneamente mi leche y la preparada.

Así estuvimos durante cinco meses que no siempre fueron fáciles. El llevar relactador me impedía sacar el pecho en cualquier lugar donde estuviésemos y darle de comer a la niña así que hacíamos salidas cortas o buscábamos soluciones como darle de comer dentro del coche en los aparcamientos con total intimidad.

Durante este periodo Laura hacia defecaciones de dos colores: verdes y amarillas. Esto nos tenía un poco preocupados así que se lo preguntamos al pediatra durante la estancia en Dominicana, habiéndole explicado previamente que realizábamos una lactancia inducida (cosa que le fascino).

El pediatra nos dijo que las defecaciones verdes eran las resultantes de la leche preparada y las amarillas de la leche materna.

Yupiii!!!!- decíamos cada vez que era amarilla (y es que suele pasar que los padres nos ilusionamos con cualquier cosita de nuestros hijos).

El día que Laura cumplió sus dos mesecitos, finalizando tramites, tuvimos la oportunidad de conocer a la madre biológica de Laura, un chica muy jovencita con otros hijos a los que tampoco criaba ni veía. La situación en el país es complicada y la pobreza, la incultura y la promiscuidad son factores desencadenantes de estas situaciones.

Estuvimos contentos de conocerla y de que ella conociese a la niña.

Pero la historia tiene una continuación feliz. Ahora mi niña de pelo rizado y ojos enormes espera una hermanita que nacerá en marzo. Y de una cosa estoy segura, si a Laura la amamante, a pesar de los prejuicios, inconvenientes y dificultades, a mi próxima hija Emma también lo haré. Y espero que esta vez el hecho de estar embarazada me ayude a no necesitar del relactador para hacerlo, aunque como ya soy veterana no tendría problemas en rescatarlo del altillo.”

Bibliografía:

1. RELACTACIÓN. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. OMS. Ginebra, 1998
2. *La lactancia materna*. Lawrence, R.A. Mosby / Doyma Libros, S.A. Madrid 1996
3. *Lactancia materna. Manual para profesionales*. Royal College of Midwives. ACPAM. Barcelona 1994
4. *La lactancia materna*. Aguayo, J. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2001
5. *Manual práctica de lactancia materna*. ACPAM. Barcelona, 2004

Cuando mamá está enferma

“Estoy enferma y ahora ¿Qué le va a pasar a mi bebé?”

La lactancia puede continuar sin interrupción cuando te pones enferma. Tu leche no solo seguirá siendo la mejor del mundo para tu hijo sino que además le suministrará los anticuerpos necesarios para hacer frente a tu enfermedad de la que probablemente el también esté contagiado.

Hay que tener en cuenta que durante el periodo de incubación las enfermedades no manifiestan síntomas aunque ya pueden ser contagiosas. Un bebé cuya madre esté enferma también habrá estado expuesto al contagio, incluso durante el periodo de incubación de su madre ha podido contagiarse. Destetando o recomendando el destete a un bebé que puede estar incubando una enfermedad, podemos estar privándole de unas defensas que le serán muy útiles para recuperar la salud y protegerse de futuras infecciones.

“Tengo que tomar medicamentos ¿pasarán a mi leche?”

Casi todos los medicamentos pasan a la leche, pero en cantidades tan pequeñas que no le harán ningún daño a tu bebé. Siempre será mas beneficioso para la salud de tu hijo seguir con la lactancia materna, con sus nutrientes y sus defensas, aunque contenga pequeñas cantidades de medicamento, que recurrir a la alimentación artificial.

Los medicamentos que no son compatibles con la lactancia son muy pocos y en la mayoría de los casos se pueden sustituir por otros totalmente compatibles. La Academia Americana de pediatría tiene publicada una lista con muchos de los medicamentos más habituales:

<http://www.aeped.es/pdf-docs/lm-aap2001.pdf>

También existe una WEB actualizada por el Equipo de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia (Alicante) donde se puede consultar online la compatibilidad de cualquier medicamento con la lactancia materna:

<http://www.e-lactancia.org/index.asp>

Finalmente también existen libros específicos donde todos los profesionales de la salud pueden consultar la compatibilidad de cualquier medicamento con la lactancia puesto que las recomendaciones que pueden leerse en los prospectos de los medicamentos a menudo son alarmistas y carecen de base científica.

Algunas preguntas que pueden ayudar a un profesional de la salud a evaluar la situación son:

¿En que cantidad pasa tal medicamento a mi leche?

¿Cuántos litros de leche al día debería tomar mi hijo para que el medicamento que estoy tomando le produjera algún efecto?

Aún en el supuesto de que determinado medicamento pudiera tener algún efecto sobre mi bebé ¿Le resultaría perjudicial?

¿El riesgo potencial de ese medicamento es superior para la salud de mi hijo que privarle de la lactancia materna?

Suspender la lactancia materna sin una razón científicamente probada y documentada es una actitud claramente irresponsable por parte de cualquier profesional de la salud y una falta de respeto hacia las necesidades del bebé y el derecho de toda madre a amamantar a su hijo.

“Ya sé que puedo amamantar estando enferma, pero todavía tengo dudas”

¿Te angustia poder perjudicar la salud de tu hijo? ¿Te sientes insegura sobre los efectos que pueda tener sobre tu bebé el medicamento que debes tomar?. Tu no quieres que tu bebé corra ningún peligro por el hecho de continuar con la lactancia. Por eso, si todavía tienes dudas, lo mejor es que te pongas en contacto con un profesional de la salud especializado en lactancia. Los Grupos de Apoyo colaboramos con profesionales sanitarios a los que derivar este tipo de consultas claramente médicas, si quieres te podemos poner en contacto con alguno de ellos, es fácil contactarlos bien por teléfono o por email.

“Pero ¿hay alguna enfermedad con la que no pueda amamantar?”

Las enfermedades con las que la lactancia no es compatible no son muchas

Riesgo de transmisión de infecciones.

Los bebés amamantados de madres portadoras de VIH o enfermas de SIDA pueden contagiarse de esta enfermedad y dada su gravedad es aconsejable no amamantar, salvo que la madre viva en condiciones donde el riesgo de morir para el bebé con alimentación artificial sea superior al de ser contagiado con anticuerpos. Según últimos estudios realizados, los bebés que toman lactancia mixta son más propensos a contagiarse de SIDA a través de la leche que los que toman lactancia materna exclusiva. Si estos datos se confirman es posible que en el futuro se recomiende dar lactancia completamente exclusiva ¡Sin ni siquiera agua! en estos casos.

Enfermedades maternas no infecciosas.

El padecimiento de una enfermedad tumoral por parte de la madre, no implica contraindicación para amamantar en cuanto a posible riesgo de transmisión del cáncer a través de la leche, pero si puede ser un obstáculo importante si motiva el retraso de tratamientos a la madre incompatibles con la lactancia.

OBSTRUCCIÓN Y MASTITIS

Obstrucción mamaria

Es frecuente que ocurra en las primeras semanas, cuando los pechos, a menudo se cargan, gotean, y existe diferencia importante en turgencia del pecho antes y después de la toma. Todo esto son problemas de rodaje, que dejan de ocurrir cuando la lactancia se ha regulado del todo. Esto sucede entre el 2º y el 3º mes, y a partir de entonces los pechos estarán del tamaño y turgencia normal, que había durante el embarazo, y solo se cargarán en caso de que las tomas se espacien más de lo habitual.

Otro momento en que pueden ocurrir, es cuando se introduce alimentación complementaria, pues el niño mamará menos, y una pequeña parte de leche puede quedarse obstruida, si la disminución de la succión por parte del niño es importante.

Esto es otro de los motivos por el que es mejor dar el pecho antes de la comida, y empezar por pocas cantidades.

¿Qué se siente?

Se palpa una zona dura, redondeada y dolorosa en algún cuadrante, generalmente de un solo pecho. La zona más habitual donde suele ocurrir es en el cuadrante superior que toca a la axila.

Si el bulto no está caliente, y rojo, y no hay fiebre mayor de 38. 5 ° C, no es mastitis, es simplemente una obstrucción, y se puede tratar fácilmente.

¿Qué hacer?

1. Antes de la toma, aplicar calor: Con esterilla eléctrica, secador de pelo, paños calientes y húmedos, todo vale mientras se caliente la zona.
2. Masajear el pecho durante unos minutos, especialmente la zona obstruida, con movimientos redondos, y en dirección al pezón.

3. Colocar el niño a mamar, de manera que la barbilla quede justo encima, o por lo menos en dirección a la obstrucción. Esto se hace por que la zona de pecho que queda mejor drenada es la que queda situada bajo la barbilla del bebé durante la toma.

Por ejemplo, si la obstrucción es en el cuadrante superior externo del pecho (tocando a la axila), la posición será en rugby (el niño por debajo del brazo, sus pies salen por detrás de la espalda, y su cabeza descansa sobre tu mano).

4. Si te queda una mano libre, masajea la zona en redondo y hacia el pezón , mientras el niño mama.
5. No se sabe por qué mecanismo, pero se ha observado que madres que tienen obstrucciones de repetición, no vuelven a tenerlas si toman lecitina de soja.

La lecitina de soja es un producto natural, rico en muchos nutrientes, que se toma como complemento dietético, y ayuda a mantener normales las cifras de colesterol en sangre. Será suficiente con tomar dos o tres cucharaditas de café al día de este producto.

6. Procura que mame más veces y más rato de ese pecho, y ves cambiando de posición, normalmente en 24 horas más o menos habrá desaparecido, a menudo con que el niño mame dos veces en posición que facilite el drenaje, es suficiente.

MASTITIS

¿Qué se siente?

Si de repente tuvieras temblores, fiebre más alta de 38´5° C, (menos no se considera mastitis), malestar importante, sensación de debilidad, y una zona de un pecho dura y redondeada, muy caliente y roja, sería una MASTITIS.

Una mastitis es una obstrucción que se ha infectado. Normalmente ocurre en un solo pecho.

¿Qué hacer?

Seguir las mismas pautas que para la obstrucción y además:

- Si se confirma que es una mastitis y no una obstrucción, tu médico te recetará un antibiótico adecuado, compatible con la lactancia, sigue el tratamiento hasta el final, aunque los síntomas desaparezcan en pocas horas, pues una mastitis malcurada puede acabar en un absceso. El médico puede que también te recete algún antiinflamatorio, o antipirético para el dolor y la fiebre.
- Es importante hacer reposo durante unos días, y para ello será necesario tener el apoyo de la familia.
- A pesar de ser una infección, tu leche no le hará ningún daño a tu hijo. Es muy importante seguir dando de mamar del pecho afectado, pues dejar de amamantar podría facilitar mucho que se desarrollara un absceso). Lo importante es mantener el pecho blandito. Si después de amamantar el pecho todavía lo notas duro puede ser de ayuda un sacaleches.
- Es importante hacer reposo durante unos días, y para ello será necesario tener el apoyo de la familia. A menudo, detrás de una mastitis, hay un fuerte agotamiento de la mamá, o quizás fuertes tensiones familiares, y tener una mastitis es una manera que tiene nuestro cuerpo de llamarnos la atención, y de hacer que miremos un poquito por nosotras

GRIETAS Y PEZONES DOLORIDOS

Siempre que duelen los pezones no son grietas, si no tienes heridas y tu dolor es también cuando no estás amamantando mira también los apartados de candidas y punto blanco.

“¿Por qué salen las grietas?¿Se pueden prevenir?”

Amamantar no produce dolor. Si alguna mamá siente dolor al amamantar, muy probablemente su hijo no está mamando correctamente.

El pecho está preparado para que el bebé mame. Las grietas salen al mamar sólo del pezón, en vez de mamar con un movimiento de extracción de la leche teniendo una buena porción de pecho, todo el pezón mas parte de la areola, dentro de la boca. Al ser un problema “mecánico” es inútil intentar prevenir las grietas o heridas en los pezones durante el embarazo, ni con cremas, ni con masajes, ni con frotamientos. Y una vez que salen, no se curan con pomadas ni aerosoles.

Puede ayudar a cicatrizar el poner la propia leche, el dejar los pechos aireados, pero por más que se haga esto, si no se corrige la posición las grietas no se curarán.

Además mamar mal es ineficaz y puede ocasionar otros tipos de problemas como aumento de peso insuficiente.

Como la causa es una mala posición de la boca del bebé al mamar, la manera de curarlas es corregir la posición.

“¿Que otras cosas favorecen que se produzcan grietas?”

El uso de chupetes o de biberones favorece la formación de grietas. Para chupar un chupete o una tetina, el bebé abre muy poquito la boca. Para mamar, los bebés han de abrir mucho la boca y coger una buena porción de pecho. Un bebé que recibe las dos cosas, corre el

riesgo de confundirse y coger el pecho sin abrir la boca suficiente, con el riesgo de grietas que esto conlleva.

Las pezoneras, pueden causar grietas por si solas, pues ocasionan una mala succión. Impiden en muchos casos que el bebé pueda coger más allá del pezón. Aunque las pezoneras se usan a veces para proteger el pezón de las grietas, estas no solucionarían el problema y además traerían otros problemas como por ejemplo una peor producción de leche.

Los discos absorbentes se usan para no manchar la ropa de las pérdidas de leche. Como son impermeables la humedad, aunque sean transpirables, hace que el pecho no esté seco y que las grietas tarden más en curarse. Si tienes que usarlos hazlo lo mínimo imprescindible. En casa es mejor que no los lleves, usa camisetas de algodón para que empapen.

Lavar el pecho en cada toma hará que desaparezca la capa de protección natural que tiene. Durante el embarazo salen unos bultitos, las glándulas de Montgomery, son la fábrica de la mejor crema del mundo. Estos bultitos excretan una sustancia sebácea que permite estar al pezón preparado para la succión. Cada vez que lavamos el pecho nos llevamos esta protección. Con la ducha diaria es suficiente.

Otra causa de grietas es intentar destapar la nariz del bebé mientras mama, realizando una pinza con los dedos o poniéndolos en forma de tijera. Todos los bebés nacen chatos, para poder mamar sin problemas. Un bebé que mama estando bien colocado, su madre apenas podrá ver por donde respira, pero alguien que se sitúa a su lado lo verá con facilidad: Por el huequito que queda entre el labio superior y la nariz. Además si tu bebé no pudiera respirar se separaría del pecho para hacerlo.

Los signos de que tu bebé mama bien, a parte de que no duela, son que come más eficazmente, está menos tiempo mamando y suelta el pecho por sí mismo.

“¿Cómo solucionarlo?”

Para encontrar una buena posición a veces hay que hacer más de una intentona. Si tu hijo está hambriento se pondrá nervioso y si hay que separarlo probablemente se enfadará, por eso es mejor que comiences a probar antes de que tenga mucha hambre.

Si ya tienes grietas te costará afrontar cada toma y probablemente la tensión de tus hombros y brazos te impedirá encontrar una buena posición. Intenta encontrar la confianza en ti misma de que puedes solucionarlo. Respira varias veces antes de empezar y recuerda que cuando tu hijo esté bien agarrado no te dolerá sólo tendrás molestia, no dolor, mientras las grietas acaban de curar.

Estando sentada, coloca a tu hijo para mamar, de manera que sea el niño el que vaya hacia el pecho, no el pecho hacia el niño.

Colócalo con su ombligo tocando tu barriga, con su cabeza apoyada en mitad del antebrazo (no en el hueco del codo), no le cojas del culo, por que entonces lo tiras hacia el codo. Tu mano del lado del pecho que vas a darle sujeta al bebé por mitad de la espalda.

Es buena idea que alcas tus pies con un taburete, de manera que el bebé descansando sobre tus piernas, su boca le quede enfrente del pezón.

Sin mover ni tocar el pecho, el pezón quedará apuntando entre el labio superior y la nariz.

Entonces roza su nariz con el pezón, y esto provocará que abra la boca muy grande, como para bostezar. No te lo pienses dos veces y con un gesto rápido de tu antebrazo, empújalo hacia ti.

Afloja tus hombros, y estate atenta a ver que notas, si el bebé ha podido coger bien el pecho, tu pezón le quedará situado al fondo del paladar, casi tocando la campanilla, y de esta manera, la presión la hará donde acaba la areola, y no volverá a dañar tu pezón.

Sabrás que está bien colocado por que NO TE DOLERÁ, ese será el control de calidad.

Si lo pones al pecho y duele, retíralo y vuelve a empezar, no le dejes mamar hasta que no duela.

Para retirarlo, introduce un dedo dentro de su boca, por la comisura, para romper el vacío, no debes tirar del pecho, te hará más daño.

A veces duele las primeras 2 o 3 succiones, pues necesitan eso, para hacer la ventosa o vacío suficiente para que el pezón quede en el lugar adecuado de su boca.

Posición acostada:

La mamá ha de estar completamente de lado, con dos o 3 cojines debajo de la cabeza, uno entre las rodillas, y alguno de apoyo en la espalda.

El bebé ha de estar también completamente de lado, y su cabecita descansar sobre la cama, no sobre el brazo. El brazo de la mamá estará doblado hacia su cabeza.

Cuando esté a punto de cogerse al pecho, su boquita ha de quedar situada entre el labio superior y la nariz. Cuando el pezón le roce la nariz, el niño instintivamente tirará la cabeza ligeramente hacia atrás, y abrirá la boca. Es el momento de acercarlo rápida y decididamente hacia la madre, empujándolo por la parte alta de la espalda.

Lo mismo que antes, si mama bien no ha de doler.

Si mama correctamente, ya puede estar todo el rato que quiera, que no te va a lesionar, y las heridas que tienes se curaran en pocos días como una herida normal.

Todo esto es difícil de explicar y entender por escrito, y sería ideal que te pusieras en contacto con algún grupo de apoyo de tu localidad, o con algún profesional de la salud formado en lactancia.

PEZONES PLANOS O INVERTIDOS

Se calcula que aproximadamente el 10% de las mujeres tienen los pezones planos o invertidos. Los pezones invertidos pueden diagnosticarse apretando la areola entre el índice y el pulgar: Un pezón plano o normal protuye, mientras que un pezón invertido se retrae.

¿Porque las mujeres que poseen pezones planos o invertidos tienen muchas veces serios problemas para amamantar?

Sabemos que el pezón no interviene directamente en el mecanismo de succión. Su función es simplemente estimular el reflejo de búsqueda en el niño al rozar las mejillas, por lo que su forma no debería tener trascendencia.

La habilidad del bebé para succionar eficazmente viene determinada por la protactibilidad del tejido del entorno del pezón. Muchas mujeres que no pudieron amamantar a su primer hijo, por tener pezones planos o invertidos, no tuvieron problemas con el segundo bebé, pues tras dos embarazos el pecho cambia, suele estar más blando y modelable. Pero aunque se trate de mamas turgentes y poco protractiles, con una asistencia adecuada en la colocación del bebé los primeros días, se puede garantizar el éxito.

A menudo el problema es que estas mujeres llegan a la lactancia demasiado preparadas para el fracaso. Probablemente habrán sido advertidas por algún profesional, incluso antes del embarazo, de su probable incapacidad para la lactancia. En ningún caso son admisibles predicciones de éxito o fracaso mediante el examen prenatal de los pezones.

¿Cómo tratar los pezones planos o invertidos?

Tradicionalmente a las mujeres con pezones planos o invertidos se les ha recomendado dos tipos de tratamiento: Los ejercicios de Hoffman o el uso de escudos formadores. Aunque es posible que ocasionalmente a alguna mujer le hayan sido útiles estos tratamientos, intentar

solucionar los problemas con métodos cuya eficacia real no ha sido demostrada comporta ciertos riesgos.

Los ejercicios de Hoffman consisten en coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios mantenidos durante unos segundos. Al principio pueden repetirse dos veces al día, posteriormente la frecuencia puede incrementarse. Sin embargo, la literatura obstétrica abunda en artículos sobre los riesgos de estimular los pezones, y en consecuencia la producción de oxitoxina, lo que puede dar lugar a una amenaza de parto prematuro en algunas mujeres. Además, estos ejercicios pueden dañar la areola y la expresión prenatal de calostro puede producir casos de mastitis durante el embarazo. También hay testimonios de madres que rechazaron la lactancia materna para no tener que hacer los "ejercicios" convencidas de que sin ellos no lograrían amamantar.

Los escudos formadores, de varias formas y diseños, se componen básicamente de un anillo interior que se adapta sobre la areola y el pezón protuye por el orificio central. El anillo está cubierto por una cúpula y el conjunto se lleva dentro de un sujetador bien ajustado. En la cúpula de plástico hay pequeños orificios de aireación para evitar la maceración de la piel. También se pueden usar después del parto, entre toma y toma.

Aparentemente inofensivos, un estudio publicado en BRIT MED 1990, realizado con un grupo de mujeres con pezones planos o invertidos, la mitad del cual llevaba escudos formadores y la otra mitad no llevaba ni hacía nada, no mostró grandes diferencias entre los porcentajes de éxito de los dos grupos (52% en el grupo con escudos y 60% en el otro). Sin embargo, el hallazgo más significativo de dicho estudio fue que un mayor número de mujeres del grupo con escudos no llegaron a iniciar la lactancia y de aquellas que lo hicieron, un mayor número la abandonaron antes de las seis semanas. Estas madres se quejaban de las incomodidades que los escudos les causaban, entre las que destacaban: Molestias de sudación, irritación de la piel, goteo de leche y que se notaban demasiado.

Otro estudio de 1994 publicado en la revista MIDWIFERY del Reino Unido, también ponía en evidencia que los ejercicios de Hoffman o los escudos formadores no tienen utilidad.

En dicho estudio, con una muestra de 463 mujeres con pezones planos o invertidos, se hicieron tres grupos:

- 1.- 113 de las mujeres realizaron durante el tercer trimestre de gestación los ejercicios de Hoffman.
- 2.- Otro 113 usaron escudos formadores durante el mismo trimestre.
- 3.- El resto no hizo nada.

A las seis semanas del parto amamantaban sin problemas exclusivamente:

- * El 46% del primer grupo.
- * El 44% del segundo grupo.
- * El 45% del tercer grupo.

Por otro lado, en un estudio realizado en el periodo Abril 1994-96 en un Hospital Público de Barcelona, mediante observación de mujeres con pezones planos o invertidos, se pudo comprobar en múltiples ocasiones que, si la madre con pezones planos o invertidos recibía soporte profesional durante las primeras tomas, lograba amamantar con gran seguridad de éxito. Después de varias tomas correctas los pezones invertidos adquirirían la forma normal.

La conclusión fue que los pezones planos o invertidos no son en sí mismos un impedimento para la lactancia materna aunque pueden llegar a serlo si se añaden otros factores de dificultad como:

- * Inicio tardío de la lactancia (Después de las 2 primeras horas después del parto).
- * Ofrecer biberones de leche de formula, sueros o chupetes.
- * Uso de pezoneras.
- * Horarios estrictos que favorecen la ingurgitación.

* Comentarios desalentadores por parte de familiares o profesionales.

En cualquier caso una madre con pezones planos o invertidos, bien informada y atendida por profesionales formados y experimentados en lactancia en los primeros días más críticos de estancia en el Hospital, no tendrá problemas en amamantar.

¿Como se puede ayudar a una madre con pezones planos o invertidos para que amamante sin problemas?

- 1.- Alentándola e infundiéndole seguridad en sí misma.
 - 2.- Favoreciendo el inicio precoz de la lactancia materna, aprovechando la etapa más reactiva del niño en el postparto inmediato: las dos primeras horas.
 - 3.- Como casi todos los pezones protuyen como reflejo al contacto o al frío, es buena idea estimular el pezón retándolo un poco o mojarlo con un poco de agua fría justo antes de mamar el bebé. Se puede probar también a succionar con un sacaleches.
 - 4.- Administrando asistencia profesional y apoyo durante las tomas, sobretodo si la madre está todavía encarnada tras el parto.
- * Acercar el niño junto a la madre con el cuerpo bien alineado.
- * A falta de pezón estimular con un dedo las comisuras del bebé para que abra la boca como si bostezara.
- * Apuntando el pezón hacia el paladar introducir el pecho en la boca del niño, sujetándolo por detrás de la areola.
- * Una vez el niño se ha agarrado, mantener la sujeción hasta que haya succionado un par de veces y se haya creado el vacío suficiente para que el pezón quede situado tras el paladar y el pecho no se escape.

- * No es necesario echar leche de fórmula o glucosado para estimular la habilidad del niño, pues simplemente presionando con el índice y el pulgar por detrás de la areola saldrán unas gotas de calostro, que servirán para lo mismo y además hará aumentar la confianza de la madre que verá su propia leche y ya no podrá decir: "Es que no tengo nada".
- 5.- No interferir en el proceso de aprendizaje del niño a mamar ofreciendo chupetes, tetinas o pezoneras. No se parece en nada la técnica de succión de un pecho a la técnica de succión de dichos objetos. Al niño le crearía confusión y retardaría el momento en que mamaría bien por primera vez. En el caso de que ya hubiera empezado podría conducir a rechazo del pecho.
- 6.- Cuando el pezón es plano o invertido es importante insistir en la lactancia a menudo para evitar la ingurgitación. Si ello ocurriera el niño lo tendría muy difícil para succionar, pero podría solucionarse fácilmente aplicando calor y drenando el pecho antes de la toma, manualmente o con un sacaleches.
- 7.- No recomendando ni proporcionando pezoneras ya que su uso retrasa el aprendizaje del bebé a mamar correctamente e impide el modelamiento del pezón. Un estudio realizado en Estados Unidos y publicado en septiembre de 1990 en el "JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY NEONATAL NURSING" demuestra que el uso de pezonera disminuye hasta en un 56% la transferencia de leche de la madre al niño.

Con una pezonera el niño no puede ejercer la succión correcta, no alcanza la areola. Esto disminuye la cantidad de leche que toma y con ello la producción láctea.

Además es un problema adicional desacostumbrar al niño a la pezonera y también a la madre. A los primeros intentos el bebé suele reaccionar rechazando el pecho, llorando y callando sólo con la pezonera. Si tras intentar que mame sin ella sigue sin ser posible puede ser útil el método del "cambiao".

Dicho método consiste en dejar mamar al niño con pezonera dos o tres minutos, y cuando se haya tranquilizado, retirar durante una pausa de succión la pezonera y colocar rápidamente el pecho.

Siempre acaba funcionando, probablemente después de varios intentos. Es importante animar a todas las madres que por cualquier motivo hayan empezado a amamantar con pezonera de que intenten eliminarla. Se trata de hacerles ver que su hijo es perfectamente capaz de mamar sin ella y que no debe ofrecerla más, como mucho las dos o tres tomas siguientes para hacer el "cambiao".

- 8.- Demostrar a las madres que pueden amamantar solas. Algunas madres se sienten inseguras y necesitan apoyo profesional durante bastantes tomas mientras están en el Hospital, pues aseguran que el niño mama mejor cuando reciben soporte directo. En estos casos puede ser conveniente estar a su lado pero sin intervenir o haciéndolo lo mínimo posible.
- 9.- Es importante que los profesionales remitan a las madres con pezones planos o invertidos a los grupos de apoyo a la lactancia materna a su salida del centro hospitalario.



3. MANEJO DE LA LECHE MATERNA

EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

✓ **Motivos para sacarse la leche**

- ✓ Los motivos para sacarse la leche son numerosos, y entre ellos cabe destacar:
- ✓ Iniciar el flujo de leche para ayudar al bebé a tomar adecuadamente el pecho.
- ✓ Al principio de la lactancia, si el bebé es prematuro o está enfermo.
- ✓ Para aliviar la ingurgitación.
- ✓ Para extraer la leche cuando no es posible dar de mamar en una toma determinada.
- ✓ Para mantener la secreción cuando no es posible dar el pecho.
- ✓ Para guardar la leche y dársela al niño en otro momento.
- ✓ Para donarla a un banco de leche.
- ✓ Para extraer y desechar la leche temporalmente mientras se toma un determinado fármaco.
- ✓ Para ayudar a drenar el pecho en caso de obstrucción, mastitis, ...
- ✓ Para iniciar y establecer la producción de leche en caso de relactación o lactancia inducida.

✓ **Consideraciones previas**

Antes de empezar una sesión de extracción de leche, indiferentemente de que ésta se realice de forma manual o mecánica (Con sacaleches) es importante tener en cuenta:

- ✓ lavarse siempre las manos antes de manipular el pecho.
- ✓ Efectuar un masaje en el pecho.

La liberación de oxitocina y la eyección de la leche mejoran con estímulos externos: el llanto del bebé, una foto del niño o el suave masaje del pecho. La liberación de prolactina y la producción de leche son estimuladas por la “succión”.

Una vez la madre ha encontrado una posición cómoda para sentarse tranquilamente, se descubre el pecho y lo aprieta suavemente con las puntas de los dedos desde la periferia hacia la areola. A continuación se realiza un suave masaje según los siguientes dibujos:



Al finalizar, frotar suavemente el pezón y la areola, con el pulgar y el índice, para ayudar a desencadenar el reflejo de eyección.

Tipos de extracción

La extracción de la leche puede realizarse de manera manual o mecánica, según las preferencias de la madre.

Extracción manual

No muchas mujeres consiguen grandes volúmenes sin ayuda mecánica, pero aún así son bastantes las que prefieren éste método, en vez de usar sacaleches, con óptimos resultados.

Para realizar la extracción manual colocar la mano en el pecho, para la mayoría de las mujeres es más cómodo con el pulgar encima y los otros dedos debajo. Cuando el pecho es grande, puede ser más fácil con una mano encima de la areola y la otra debajo.

La zona sobre la que hay que apretar está a unos 3 cm. desde la base del pezón lo que no siempre coincide con el borde de la areola. Hay que apretar hacia la pared torácica y después comprimir el pecho entre el pulgar y los otros dedos. Seguir comprimiendo el pecho mientras se separa la mano de la pared torácica, en una acción de “ordeño” hacia el pezón, sin deslizar los dedos sobre la piel.

No hay que estirar, aplastar ni frotar el pecho. Repetir este movimiento de forma rítmica a una velocidad que resulte cómoda y no abrasiva. La mano debe rotarse alrededor de la mama para masajear y apretar todos los cuadrantes.

Cada madre desarrolla su propio estilo natural, por lo que seguir rígidamente un método puede ser contraproducente. La eficacia se mide por la comodidad con que se extrae la leche.

Una sesión de extracción manual puede durar de 20 a 30 minutos, alternando los pechos cada 5 o 10 minutos. Puede ser útil inclinar el cuerpo hacia delante y sacudir el pecho suavemente.

Extracción mecánica

Tener éxito mediante este procedimiento dependerá principalmente de la elección de un buen sacaleches.

Al elegirlo hay que tener en cuenta:

- ✓ Su eficacia.
- ✓ Facilidad de uso.
- ✓ Riesgo de traumatismo en el pecho.
- ✓ Facilidad de acceso.
- ✓ Precio.

Un buen sacaleches debe ser capaz de drenar el pecho y de estimular la producción. Debe ser limpio, sin materiales contaminantes, fácil de usar y atraumático.

Aunque la leche recogida mediante este procedimiento tiene un mayor riesgo de contaminación, éste se minimiza esterilizando el sacaleches antes de su uso, sobretodo si la leche está destinada a bebés muy pequeños, o bien con una limpieza cuidadosa.

También es importante que el frasco colector pueda usarse para alimentar al bebé, o para almacenar la leche, reduciendo al mínimo imprescindible el número de manipulaciones de la leche materna.

Hay tres grupos de sacaleches: eléctricos, a pilas y manuales.

Sacaleches eléctricos

Son más eficaces que los manuales o a pilas, pero también más caros.

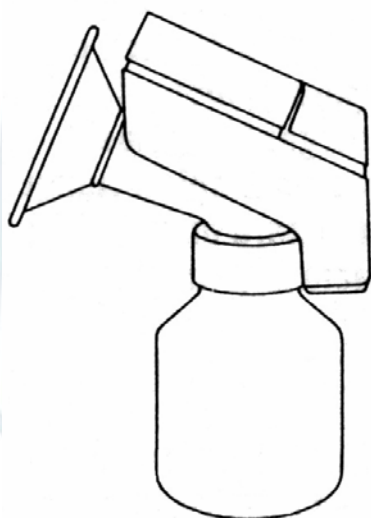
Aunque sus características varían en función del modelo, sus mayores ventajas son que estimulan y mantienen la producción, y que pueden aplicarse a los dos pechos a la vez.

Entre sus desventajas estarían el ser más grandes, pesados y más incómodos de transportar que los otros.

Son ideales en las situaciones en que el bebé no está en condiciones de colaborar adecuadamente en la estimulación de la producción: Bebés prematuros, hospitalizados, lactancia inducida, etc ...

Si se trata de sacarse la leche de manera ocasional o en el lugar de trabajo, otros tipos de sacaleches serán más adecuados.

✧ Sacaleches a pilas (minielectricos)



No son tan eficaces como los eléctricos para estimular adecuadamente el pecho, por lo que están principalmente indicados para mujeres con la lactancia plenamente establecida y que necesitan sacarse leche de manera ocasional o en el lugar de trabajo.

Caben en el bolso y tienen la ventaja, sobre los manuales, de que no requieren ningún tipo de esfuerzo físico, y que a la madre le queda una mano libre para hacer masaje en el pecho y estimular el reflejo de eyección. Cuando la leche sale bien, la mano queda libre para hacer otras cosas como leer, llamar por teléfono o escribir, una ventaja no desdeñable para una madre que trabaja y da el pecho.

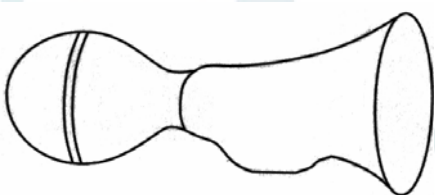
También puede usarse en un pecho mientras el bebé mama del otro. Al igual que los eléctricos, tienen un dispositivo para graduar la potencia. Al empezar la extracción es conveniente ponerlo al mínimo, e ir aumentando poco a poco la potencia, hasta encontrar el punto en que la succión sea más eficaz sin ser agresiva.

✓ Sacaleches manuales

Al igual que los de pilas, los sacaleches manuales están indicados para extracciones ocasionales, en casa o en el trabajo.

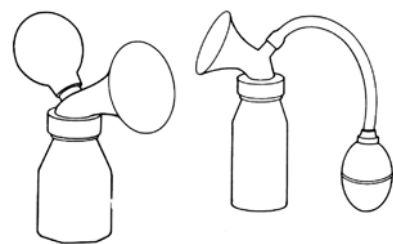
Cuentan con la ventaja de ser más fáciles de encontrar y también más baratos, pero su utilización requiere que la madre utilice las dos manos y también que realice un cierto esfuerzo al tener que bombear con la mano o el brazo. Los sacaleches manuales que se encuentran con relativa facilidad en el mercado pueden dividirse en dos grupos de muy distintas características: los de bocina y los de cilindro.

Sacaleches de bocina: Comprenden sobretudo los sacaleches de bocina de bicicleta.



Los peligros de este sacaleches son muchos pero pueden resumirse diciendo que es difícil de limpiar, que la leche se contamina, que un chorro de leche puede entrar directamente en la perilla de goma donde se acumulan las bacterias, que hay que interrumpir la extracción para vaciarlo

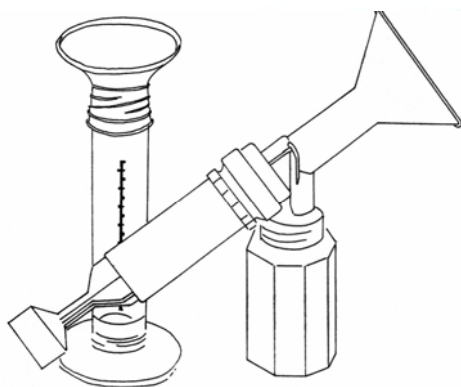
continuamente, y que resulta muy traumático para el pezón, la areola y el pecho. Por si esto fuera poco no es en absoluto eficaz. Es el menos recomendable pero, desgraciadamente, es el más conocido y vendido.



Una modificación de este sacaleches consiste en colocar un recipiente colector separable en lugar de la concavidad, así la leche no refluye y no hay que interrumpir la extracción para vaciar la bomba, pero el tubo y la perilla pueden albergar bacterias porque son difíciles de limpiar. Aunque puede ser suficiente para un uso temporal, su eficacia deja mucho que desear.

Sacaleches de cilindro: Constan de dos cilindros de plástico que se adaptan uno dentro del otro para crear el vacío.

Los hay de varios tipos:



Unos son dos simples cilindros, uno de los cuales termina en un embudo y tiene un anillo de caucho o nylon en la base, el otro embudo hace la función de recipiente colector.

Otros, algo más sofisticados, disponen de un recipiente colector independiente de los dos cilindros que también puede usarse para administrar o guardar la leche; este recipiente puede ser substituido por una bolsa para congelación.

Son sencillos, fáciles de limpiar y su resultado es excelente en manos de una madre hábil y experimentada. La duración de una sesión de extracción mecánica es la misma que la manual, pero en ambos casos hay que tener en cuenta de que se trata de recomendaciones generales.

Muy pronto, una madre que empiece a sacarse leche, observará que los periodos en que la leche fluye en gran cantidad y con fuerza, se alternan con otros en los que el flujo es lento y más o menos escaso. También puede ser útil aprovechar éstos últimos para cambiar de pecho sin estar rigurosamente pendiente del reloj.

Transporte de la leche extraída

Si la extracción se realiza fuera del domicilio (Por ejemplo, en el lugar de trabajo) puede ser útil disponer de una pequeña nevera portátil. En el mercado pueden encontrarse neveras específicas que incluyen un departamento para el sacaleches, pero cualquier nevera de playa realizará la misma función y probablemente será más económica.

La madre puede introducir cada mañana una bolsa o bloque de hielo en la nevera y llevársela al trabajo. Después de extraerse la leche y depositarla en los recipientes para transportarla (El mismo colector del sacaleches, bolsa de plástico, potecitos de análisis,

recipientes específicos, ...) éstos se guardan dentro de la nevera en la que viajan de regreso al domicilio. Una vez allí pueden guardarse en el frigorífico para consumirse en los días siguientes o bien congelarse si no se van a usar.

Si el bebé va a ser alimentado en una guardería, la madre puede disponer de una segunda nevera. Cada mañana puede sacar los recipientes con leche extraída del frigorífico y tras depositarlos en esta nevera, transportarlos hasta la guardería. Con toda probabilidad la guardería dispondrá de frigorífico propio donde almacenar la leche hasta que se la den al bebé, pero de no ser así también puede guardarse en la misma nevera en la que ha sido transportada.

Aunque cuanto más refrigerada esté y menos cambios de temperatura sufra la leche tanto mejor, si en el lugar de trabajo o guardería existe frigorífico y la temperatura ambiente no es excesivamente alta, el transportarla dentro de una nevera puede no ser necesario.

Resumen basado en:

Ruth A. Lawrence: *La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica*. Mosby, 1996

CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA EXTRAÍDA

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Lavarse las manos antes de extraer y manipular la leche.
2. Usar recipientes bien lavados (agua caliente y jabón) y aclarados para almacenar la leche.
3. Usar leche fresca (no congelada) siempre que sea posible.
4. Congelar lo antes posible la leche que seguro no se vaya a usar antes de tres días.
5. Si por cualquier razón no se puede o no interesa congelar la leche inmediatamente después de extraerla, guardarla lo antes posible en una nevera, hasta usarla o congelarla.
6. Guardar la leche materna en pequeñas cantidades (50 – 100 cc) para poder descongelar solo la que el niño vaya a tomar inmediatamente.
7. Etiquetar los recipientes de leche congelada con la fecha.
8. Descongelar siempre la leche más antigua.
9. Una vez descongelada la leche, removerla bien.
10. Puede mezclarse para una misma toma leche extraída en distintas fechas.

RECOMENDACIONES SOBRE DESCONGELACIÓN:

1. Siempre que sea posible, calentar la leche directamente tras sacarla del congelador.
2. En caso contrario mantener la cadena de frío hasta poder calentarla.

Lo que SI puede hacerse:

- ✓ Poner agua previamente calentada en un cazo e introducir dentro el envase de leche extraída hasta que alcance la temperatura deseada.

- Calentar al microondas y después remover bien la leche para que su temperatura sea uniforme.

Lo que NO debe hacerse:

- Calentar al baño maría (Introduciendo la leche fría o congelada en un recipiente con agua fría y calentándolo todo en el fuego).
- Calentar la leche directamente en el fuego.

TABLA CONSERVACION DE LA LECHE MATERNA PARA USAR EN CASA

Tipo de leche materna	Temperatura ambiente	Refrigerador	Congelador
Recién exprimida en un recipiente cerrado	6 - 8 Horas (25° C o menos)	3 - 5 Días (4° C o menos)	2 Semanas en el compartimiento congelador dentro del refrigerador (*/**). 3 Meses en el compartimiento congelador de un refrigerador con puerta separada. 6 - 12 Meses en un compartimiento de congelación profunda (-20° C o menos/****).
Previamente congelada; descongelada en el refrigerador pero no calentada ni usada	4 Horas o menos (Hasta la próxima toma)	24 horas	No volver a congelar

Tipo de leche materna	Temperatura ambiente	Refrigerador	Congelador
Descongelada fuera del refrigerador, en agua caliente	Sólo hasta que termine la toma	4 horas o hasta la próxima toma	No volver a congelar
La que sobra de la toma	Solo hasta que termina la toma, luego desechar	Desechar	Desechar

TIPOS DE RECIPIENTES

Los recipientes pueden ser indistintamente de plástico o de cristal (con una tapa que cierre con eficacia) y preferiblemente de uso alimentario. Si además tienen una abertura amplia se facilita su limpieza.

En las unidades de neonatos de varios hospitales se usan asimismo recipientes para análisis, similares a los que venden en las farmacias pero sin esterilizar que, aunque no llevan el símbolo de uso alimentario, se consideran adecuados. Son baratos y fáciles de limpiar. En el supuesto de que se compren ya esterilizados en una farmacia conviene, antes de usarlos por primera vez, lavarlos bien y aclararlos ya que las sustancias que se usan normalmente para esterilizar estos recipientes pueden ser tóxicas.

También existen bolsas de plástico para congelar (Bolsa única o tipo cubitera) que son prácticas y poco costosas, aunque también se derraman con facilidad, al ser más inestables y poderse pinchar y gotear. Es preferible guardar la leche en doble bolsa. También hay bolsas especiales que se acoplan al extractor.

▼ CAMBIOS DE SABOR EN LA LECHE ALMACENADA

Algunas mujeres han comentado que su leche congelada huele a agria e incluso a rancia. Ese olor se atribuye a un cambio en la estructura de los lípidos como consecuencia de los ciclos de congelación y descongelación en el congelador-refrigerador con eliminación automática de escarcha. Aunque puede ocurrir que ocasionalmente algún niño la rechace, por lo general no es así y tampoco resulta perjudicial para el bebé.

Congelar la leche rápidamente tras la extracción y calentarla inmediatamente después de sacarla del congelador parece que puede contribuir a que este problema se de en menor grado.

▼ Bibliografía:

1. Lawrence, R.A. *La lactancia materna*. Mosby/Doyma Libros, S.A. Madrid 1996
2. Royal College of Midwives. *Lactancia materna. Manual para profesionales*. ACPAM.Barcelona 1994
3. Aguayo, J. *La lactancia materna*. Universidad de Sevilla.Sevilla, 2001
3. ACPAM. *Manual práctico de lactancia materna*.

SUPLEMENTAR CON LECHE MATERNA EXTRAÍDA

RAZONES PARA SUPLEMENTAR CON LA PROPIA LECHE

Una madre puede tener razones diversas para decidir dar a su hijo leche materna extraída. Las más habituales pueden ser:

- En caso de separación madre - bebé, al no poder amamantarlo directamente o solo en algunas ocasiones, como puede ser el caso de bebés ingresados en el hospital por enfermedad, prematuridad o bajo peso.
- Si el bebé succiona con debilidad o de forma ineficaz y no es capaz de alimentarse por sí mismo de forma adecuada.
- Si el bebé es incapaz de agarrar el pecho o lo rechaza.
- Si el bebé está muy dormido y tiene poco interés por alimentarse.
- Si el bebé ha perdido más peso del habitual tras el parto o le cuesta recuperarlo.
- Si se ha dejado de amamantar o se han introducido otros suplementos en la dieta del niño y se quiere volver a la lactancia materna exclusiva (relactar).
- Si se quiere inducir una lactancia.
- Para conciliar la vida familiar y laboral.
- Por motivos personales, como puede ser, por ejemplo, que la madre tenga que realizar alguna gestión o salir a cenar con la pareja y prefiera no llevarse al niño.

COMO DAR AL BEBÉ LA LECHE MATERNA EXTRAÍDA

Aunque el objetivo de este dossier es comentar las distintas opciones disponibles para dar a un bebé suplementos de leche materna extraída, las técnicas a utilizar son igualmente aplicables a cualquier otro tipo de suplemento que tenga que darse por causas médicas u otras.

Pero si es posible, para suplementar siempre es recomendable considerar como primera opción la propia leche de la madre porque de este modo se facilita la estimulación del pecho y la producción de leche.

El uso de biberones

En nuestra cultura, los biberones son unos utensilios hacia los que existe una predisposición bastante generalizada a su uso y consumo, hasta el punto de que puede parecer que es imposible criar a un hijo sin utilizarlos. Sin embargo tienen muchos inconvenientes que los convierten en los menos recomendables para utilizar, especialmente en el caso de madres lactantes.

Tanto OMS como UNICEF desaconsejan su uso general por diversas razones, entre las que destacan el hecho de que el biberón facilita la contaminación bacteriana, da una falsa impresión a los padres de seguridad alimentaria, es antiecológico y puede ser factor de riesgo para diversas enfermedades de los niños (infecciones de las vías respiratorias, morbilidad por déficit de atención, caries, estrés, etc.). Todos estos inconvenientes son referidos al uso del biberón en sí mismo, independientemente de su contenido.

En el caso de la lactancia materna existe, además, gran cantidad de evidencia científica que demuestra que el uso del biberón representa otros inconvenientes añadidos:

1. Provoca lactancias mas breves

Especialmente si se introduce de forma muy temprana. Cuanto más pequeño es el bebé al que se dan suplementos con biberón, más fácil es que surjan problemas que lleven al abandono de la lactancia materna.

2. Provoca el “Síndrome de Confusión de Pezón”

La succión del pecho y del biberón es distinta y muchos bebés pueden confundirse y pretender mamar del pecho colocando labios y lengua como si se tratara de un biberón, lo que puede ocasionar lesiones en el pezón, tomas ineficaces y rechazo del pecho. Es habitual

ver que estos bebés empiezan “a pelearse con la teta” hasta rechazarla definitivamente. Cuanto más prolongado es el uso del biberón mayor es el riesgo de confusión.

3. Provoca pérdida de confianza por parte de los padres

Está documentado que muchas familias adquieren una creciente relación de dependencia del biberón y pueden sentir mucho temor a dejar de usarlo. La madre, especialmente, puede empezar a padecer ansiedad sobre la cantidad y calidad de su leche y una menor confianza en sí misma y en su capacidad de amamantar.

Es cierto que estas situaciones no tienen porque darse en todos los casos, pero su incidencia es lo suficientemente alta como para recomendar mucha prudencia en el uso de biberones, ya que es imposible prever lo que va a suceder. Como se suele decir, es mejor “prevenir que curar”.

De todas formas, eliminando su uso y con información y apoyo adecuados, se puede volver a establecer la lactancia materna en el supuesto de que haya surgido alguno de estos problemas.

Otras técnicas de alimentación

Existen distintas técnicas para dar suplementos a los niños evitando usar biberones, todas ellas compatibles con la lactancia materna y sin riesgo de provocar confusión en la succión de los bebés y otros posibles problemas.

La elección de uno u otro método dependerá de las circunstancias y de las preferencias tanto de la madre como del niño.

No es lo mismo dar un suplemento ocasional o por un periodo corto de tiempo que por periodos más prolongados. Ni que lo haga la madre, el padre, otro miembro de la familia o alguien de fuera, como un profesional de la salud o la empleada de una guardería.

La razón detrás de la decisión de suplementar también puede marcar las diferencias. No es lo mismo si la madre simplemente tiene que salir o volver a trabajar, que si se trata de alimentar a un bebé prematuro, adoptado o con problemas de succión.

Además, del mismo modo que una persona se puede sentir más cómoda utilizando un método u otro, los niños también pueden tener sus preferencias al respecto que, además, pueden variar con la edad. No es lo mismo dar suplementos a un recién nacido que a un bebé más mayorcito.

Por tanto, es importante conocer los distintos métodos para poder elegir el que mejor se adapte a cada caso.

Como recomendación general (salvo en el caso del relactador), al administrar cualquier suplemento a un niño, es conveniente que no esté reclinado sino incorporado, sentado en posición vertical o semivertical.

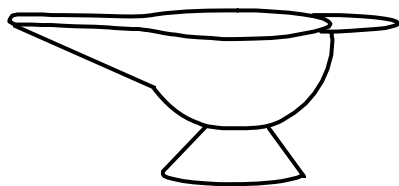
En la gran mayoría de casos, no es necesario esterilizar los recipientes, sino que basta con lavarlos bien con agua caliente y jabón.

También es importante evitar la técnica incorrecta de verter la leche dentro de la boca del niño en vez de dejar que éste la sorba o la beba a lengüetadas.

Recipientes tradicionales

En Europa, Asia y África se emplean recipientes especiales para alimentar a los lactantes. Los más recomendables son los que no tienen ni picos ni tapas, ya que se pueden limpiar sin dificultad. Un ejemplo admirable de recipiente de esa índole es el paladai, un receptáculo acanalado que se usa hace tiempo en la India.

Actualmente ya es posible encontrar comercializados paladais específicamente diseñados para la alimentación de bebés. Se usan sobretodo en el caso de bebés prematuros o de bajo peso.



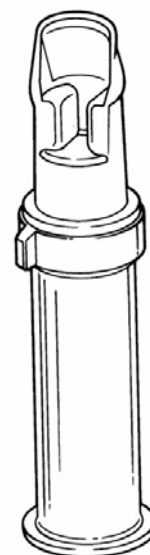
Alimentación con cuchara o recipientes-cuchara

La alimentación con cuchara puede resultar útil como práctica transitoria para que los padres aprendan a dar leche a sus hijos en cantidades pequeñas. También para bebés mayorcitos que pronto van a iniciar la introducción de la alimentación complementaria.

Sin embargo, la alimentación con cuchara es un proceso lento, y existe el peligro de que las personas a cargo de la alimentación de los niños se impacienten.

Una alternativa mucho más eficaz es uso de recipientes-cuchara. Se trata de un cilindro, donde se introduce la leche extraída, que incluye una válvula y un reservorio de silicona con el borde contorneado para poder ser utilizado aún en las bocas más pequeñas y que actúa a modo de “cuchara”.

Por la facilidad de su uso y su parecido al biberón suele ser una buena alternativa, especialmente si la persona que alimenta al niño es una abuela o alguien de fuera reacia a utilizar otros métodos que perciba como más “raros”.



Alimentación con taza o vaso

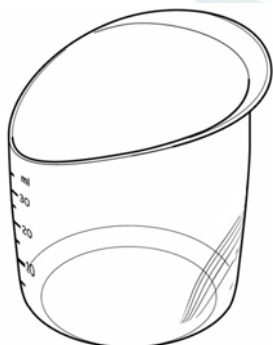
La alimentación con taza o vaso ordinario resulta conveniente tanto para los niños prematuros como para los nacidos a término. En muchos casos, los bebés pueden ser alimentados directamente con taza cuando llegan a la edad de 30 semanas de gestación.

Aunque las tazas o vasos de menor diámetro pueden reducir el peligro de derrames, en muchos sitios se utilizan las tazas de té ordinarias. Se trata de utensilios que se consiguen fácilmente y a bajo costo, y además en prácticamente todos los hogares hay alguna taza, vaso o copa, o un cuenco de superficie lisa, que puede utilizarse para alimentar a los lactantes.

También se pueden adquirir vasos comercializados específicamente para la alimentación de los bebés.

Para usarlos conviene apoyar la taza o vaso sobre los labios del bebé, de forma ligeramente inclinada de modo que la leche apenas alcance a tocar sus labios mientras la taza o vaso descansa apoyado sobre su labio inferior con los bordes tocando la parte externa de su labio superior.

Los bebés con bajo peso suelen llevar la leche a su boca con la lengua, mientras que los bebés a término o mayores la succionan.



Alimentación con jeringa y técnica del dedo-jeringa

Para bebés prematuros o de pocas semanas, alimentarlos con jeringa puede ser una muy buena alternativa. En estos casos conviene encontrar una jeringa que se pueda manejar con comodidad con una sola mano y que a la vez tenga la mayor capacidad posible para evitar rellenarla demasiadas veces.

Se puede hacer utilizando únicamente la jeringa y vertiendo la leche sobre la lengua del bebé para que éste la vaya ingiriendo, nunca hay que introducir la jeringa dentro de la boca ni verter allí su contenido. Si la cantidad a suplementar es poca también se puede hacer con un cuentagotas.

Algunas madres han comentado que por este sistema se les derrama leche fuera de la boca del bebé, para evitarlo es muy útil utilizar la técnica del dedo-jeringa.



Consiste en introducir dentro de la boca del niño un dedo limpio de forma que se haga una ligera palanca, apoyando el dedo en la zona alveolar superior y desplazando la mandíbula

inferior hacia abajo. Conviene verificar que la posición de labios y lengua sea la correcta. Habitualmente el niño empezará a “mamar” del dedo en posición correcta, colocará la lengua debajo del dedo y lo succionará haciendo presión hacia arriba, con los labios bien evertidos.

A continuación, con la otra mano se apoya la punta de la jeringa sobre el labio inferior del niño, en el hueco entre el dedo y la comisura de la boca, y lentamente se va vertiendo la leche, apuntando la jeringa ligeramente hacia abajo, de modo que el niño se la va comiendo mientras sigue succionando el dedo.

Al introducir el dedo es importante no sobrepasar nunca el primer tercio de la lengua.

Este sistema de alimentación es muy rápido y eficaz. Está especialmente indicado en el caso de bebés que hayan desarrollado el “Síndrome de Confusión de Pezón” ya que el uso del dedo sirve asimismo para realizar un ejercicio de fisioterapia de la succión, controlando la correcta posición de labios y lengua, manteniendo su boca abierta y enseñando al bebé la forma correcta de succionar.

Un posible inconveniente es que, para realizarla, se necesitan las dos manos por lo que es imposible hacerlo y sujetar al bebé al mismo tiempo. O bien se hace entre dos personas, una que sujeta al niño y otra que lo alimenta, o bien hay que apoyar previamente al bebé sobre una superficie inclinada (sobre cojines, gandulita, etc.), con todo su cuerpo bien apoyado y seguro.

Alimentación con relactador

El relactador consiste en un recipiente que la madre se cuelga alrededor del cuello y del cual, a través de una válvula, salen dos sondas que se adhieren a cada seno llegando la punta de cada sonda al extremo de cada pezón. Los tubos son pequeños y suaves y pasan desapercibidos por el bebé.

Está especialmente indicado en el caso de procesos de relactación o de inducción de la lactancia. También sirven para animar a bebés reacios a succionar, para que se prendan del

pecho, ya que con relactador el alimento fluye más rápidamente y en mayor cantidad que si únicamente mamaran.

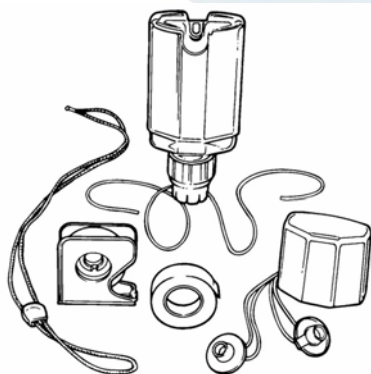
Puesto que el bebe toma la leche del relactador al mismo tiempo que mama, se consigue estimular la producción de leche de la madre y se evitan problemas de confusión de succión.

Las sondas pueden tener distintos diámetros, por lo que la leche fluye en mayor o menor cantidad según convenga. A menudo se empieza por la más amplia y, a medida que se va relactando, se van utilizando sondas cada vez más estrechas, para que el bebé cada vez tenga que hacer un mayor esfuerzo para alimentarse.

A no ser que se suplemente por este sistema a dos bebés a la vez, habrá que pinzar una de las sondas mientras se utiliza la otra, para que no se derrame la leche.

Conviene limpiar el recipiente y, sobretodo las sondas, inmediatamente después de utilizarlas, ya que si la leche llega a secarse dentro, puede ser un problema eliminarla.

Algunas madres han comentado que el relactador les permitía ahorrar tiempo, al poder amamantar y suplementar a la vez. Otras comentan que las tomas son muy largas, especialmente al principio de la relactación, y también que no siempre es fácil ni rápido “cogerle el truqui” al manejo del relactador, aunque también es cierto que se mejora con la práctica.



Bibliografía:

Helen C. Armstrong, “Técnicas de alimentación de los lactantes: Las ventajas de la alimentación con taza”, Sección de Nutrición, UNICEF Nueva York. INVESTIGACIÓN EN ACCIÓN, Número 8, junio de 1998

Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. OMS. Ginebra, 1998

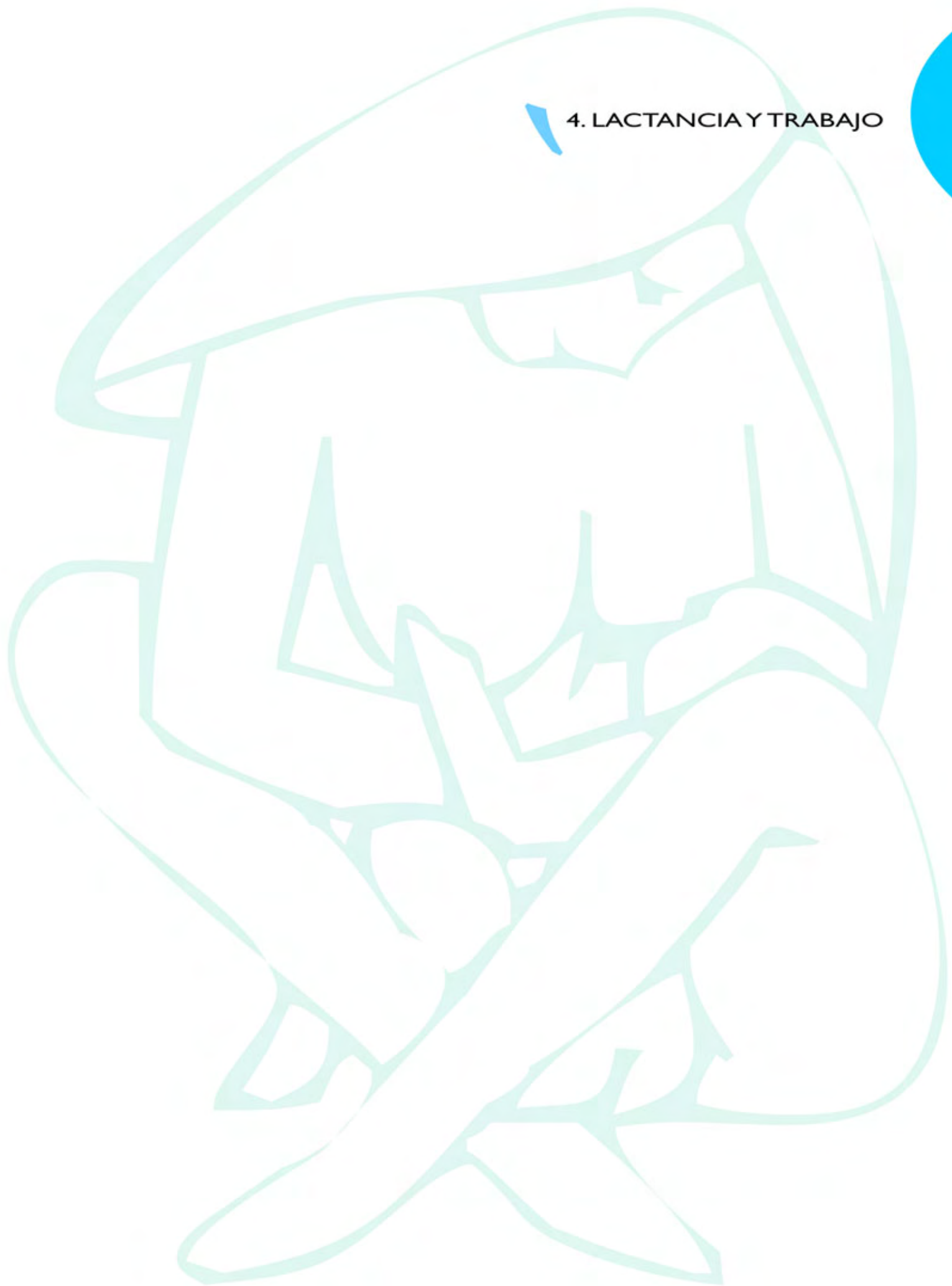
La lactancia materna. Lawrence, R.A. Mosby / Doyma Libros, S.A. Madrid 1996

Lactancia materna. Manual para profesionales. Royal College of Midwives. ACPAM. Barcelona 1994

Aguayo, *La lactancia materna*, J. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2001

Manual práctica de lactancia materna. ACPAM. Barcelona, 2004

4. LACTANCIA Y TRABAJO



TRABAJO Y LACTANCIA

Aquellas madres que no puedan o no deseen demorar la incorporación a su puesto de trabajo más allá de unos pocos meses tienen la opción, en su mayoría, de mantener la lactancia de sus hijos mediante diferentes técnicas.

En muy pocas ocasiones compaginar lactancia y trabajo puede ser una opción inviable, hablamos de madres que deban ausentarse de manera habitual de su domicilio por periodos prolongados. Cualquier madre que después de su jornada laboral regrese a su domicilio junto a sus hijos puede, si quiere, seguir amamantándolos.

A nivel popular perdura el mito de que la lactancia materna más allá del permiso maternal es inviable y que amamantar y trabajar es incompatible. Es fácil oír “La lactancia esta muy bien pero ¿Y las madres trabajadoras que?”. También es común presentar la lactancia como una carga añadida a la mujer trabajadora.

Un estudio realizado en España sobre la incorporación al mundo laboral y la lactancia materna (1) ha puesto en evidencia que **una vez las madres son informadas sobre las técnicas para compatibilizar lactancia y trabajo, el porcentaje de mujeres que abandonan la lactancia materna al incorporarse al mundo laboral no es significativo.**

Asimismo, cuando ambos colectivos reciben la misma información, tampoco parece haber diferencias en cuanto a duración de la lactancia entre madres trabajadoras y no trabajadoras. Sin embargo si que existen diferencias significativas, en cuanto a una mayor prevalencia de la lactancia, entre este colectivo de madres informadas y la tasa media de duración de la lactancia hoy en día.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otro estudio (2) sobre la relación entre la lactancia y los estudios y el trabajo materno, donde además se pone en evidencia que **la duración de la lactancia materna es significativamente más prolongada cuanto mayor es el nivel de estudios de la madre.**

Lo cierto es que cada vez más madres desean prolongar la lactancia de sus hijos pero, desgraciadamente, acaban interrumpiéndola al volver al trabajo porque no tienen acceso a

una información adecuada y dan por hecho, en base a la creencia popular, de que no tienen otra opción. La ausencia de modelos, el miedo al rechazo social o a la discriminación laboral, pueden agravar el problema.

Para poder trabajar sin dejar de amamantar la madre necesita primordialmente:

- ✓ **Información:** Saber como.
- ✓ **Confianza:** En sí misma y en sus derechos.
- ✓ **Apoyo:** Sobre todo por sus iguales, ya que le va a resultar muy difícil, aunque no imposible, seguir adelante si a su alrededor (pareja, familia, amigos, conocidos,...) continuamente la instan a renunciar.

✓ ¿Cómo puede hacerse?

Todo dependerá de las circunstancias propias de cada madre como son:

- ✓ Quien cuida al niño en ausencia de la madre
- ✓ Edad del niño.
- ✓ Lugar y horarios de trabajo.
- ✓ Preferencias personales de cada madre

✓ ¿Quien cuida al niño en ausencia de la madre?

Los bebés necesitan una atención individual. Si no puede estar con su madre, lo mejor es que esté con su padre, los abuelos u otros familiares, o con una canguro de confianza.

La guardería es el último recurso, especialmente antes del año. Normalmente cogen muchos virus y si hay más de 3 niños por cuidadora, es difícil que reciban atención suficiente. En este caso, más que nunca, la lactancia materna ayuda a las madres a restablecer el contacto.

¿Qué edad tiene el niño?

La OMS/UNICEF recomiendan que el ideal de alimentación infantil es que todos los bebés tomen lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y sigan siendo amamantados, tomando además otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de 2 años y durante tanto tiempo como la madre y el niño así lo deseen.

Si la madre esta interesada en seguir estas recomendaciones, pero debe incorporarse al trabajo antes de los seis meses, habrá que buscar técnicas para que el niño siga tomando leche materna, bien directamente o mediante leche materna extraída.

Si por cualquier razón esto no es posible, siempre se puede adelantar la introducción de la alimentación complementaria a los 4 meses de modo que en ausencia de la madre el bebé tome alguna papilla. Antes de los 4 meses todos los bebés deberían tomar únicamente leche.

Hasta que el bebé tenga 9 meses todas las madres disponen de una hora (o dos medias horas) de permiso con sueldo por lactancia durante la jornada laboral que puede utilizarse para amamantar directamente o para extraerse la leche.

Lugar y horarios de trabajo

A menudo compatibilizar lactancia y trabajo requiere elaborar un plan personalizado. No es lo mismo si la madre trabaja cerca o lejos de su domicilio. Si tiene jornada completa o reducida. Si la jornada es intensiva o partida. Si dispone en el lugar de trabajo de espacios adecuados para amamantar directamente a su hijo o no. Pero sean cuales sean las circunstancias siempre será posible encontrar la fórmula que mejor se adapte a cada caso, después de todo, como el pecho no tiene horario se adapta perfectamente a cualquier horario de trabajo.

Preferencias personales de cada madre

Se suele decir que cada niño es un mundo pero cada madre también lo es. Algunas son auténticas entusiastas de los sacaleches, a otras simplemente no les apetece usarlos. Unas

valoraran positivamente que alguien les acerque a su hijo al trabajo, otras preferirán salir ellas para amamantarlo en otro lugar. Todas las opciones son respetables y conjuntamente con los otros parámetros determinarán la mejor estrategia en cada caso.

La lactancia directa

Una opción posible es simplemente mantener la lactancia directa y para ello bien la persona a cargo del bebe puede acercarlo al trabajo de la madre para que ella lo amamante allí o bien la madre puede salir del trabajo para amamantarlo en casa, en la guardería o en algún otro lugar.

Los niños de más de tres meses ya maman con mucha rapidez por lo que la hora o dos medias horas de permiso por lactancia pueden ser suficientes en muchos casos.

La lactancia mediante leche extraída

Si la madre esta interesada en seguir las recomendaciones de la OMS y el UNICEF pero la lactancia directa le resulta inviable, puede recurrir a sacarse la leche para que su hijo se alimente en su ausencia con leche materna extraída hasta que llegue el momento de introducir otros alimentos.

Algunas madres prefieren extraerse la leche en casa aunque posiblemente lo más práctico será extraérsela en el lugar de trabajo ya que la producción estará establecida y cuando el niño deje de mamar (al no estar presente) a la madre le resultará rápido y cómodo, además de ayudarla a prevenir posibles problemas como obstrucciones o mastitis, aprovechar la hora o dos medias horas de reducción de jornada por lactancia para sacarse la leche.

Para ello va a necesitar:

- Un buen sacaleches, preferiblemente mini eléctrico por su mayor rapidez y comodidad.
- Una neverita de playa con bloque de hielo o similar.

- ✓ Recipientes para transportar la leche que pueden ser específicos, cualquier recipiente de uso alimentario con tapa, o bien potecitos para análisis.
- ✓ Un lugar mínimamente limpio, reservado y con una toma de corriente aunque si fuera necesario esos sacaleches también pueden funcionar con pilas (despachos, archivos, lavabos, trastiendas, etc...).

La idea es que la madre amamante a su hijo directamente antes de ir al trabajo y en cuanto regrese, así como todo el tiempo que este con él. La leche extraída en el trabajo y transportada en la neverita se pone en el frigorífico cuando la madre regresa a casa y servirá para que al día siguiente la persona que lo cuide alimente a su hijo mientras ella está ausente, preferiblemente evitando el uso de biberones y recurriendo a otros utensilios como cuchara, vaso, etc...

Las madres que lleven a sus hijos a la guardería puede llevar también los potecitos de leche extraída en otra neverita con hielo para que se los den allí. La manipulación de la leche no requiere ninguna técnica complicada, puede calentarse rápidamente debajo de un grifo de agua caliente o poniendo el potecito en un recipiente con agua caliente, evitando el uso de microondas y el calentamiento por baño maría.

Durante los fines de semana la madre puede volver a amamantar a su hijo directamente lo cual facilitará el mantenimiento de la producción.

✓ Adelantar la introducción de la alimentación complementaria

Si la madre no puede o no desea amamantarlo directamente o extraerse leche, puede optar en función de la edad del niño (mas de 4 meses) por adelantar la introducción de la alimentación complementaria.

Las papillas tienen la ventaja de que se administran con cuchara y además suelen dar menos problemas de alergias que la leche de vaca para bebés (de ahí la importancia de mantener la lactancia materna al menos los primeros 4 meses). Habrá que recurrir eso sí a alimentos saludables con poco potencial alergénico.

Si se opta por introducir temporalmente leche de fórmula (bebes de menos de 4 meses) sería aconsejable prescindir igualmente del uso de biberones, para prevenir que el niño rechace después el pecho, y recurrir a los sistemas alternativos (vaso, cuchara, ...). Cuando el niño acepte ya las papillas se puede sustituir en primer lugar la leche de vaca por papillas y continuar más adelante introduciendo otros alimentos en otros momentos del día. En cualquier caso durante los fines de semana puede volverse si se desea a la lactancia directa.

📌 Dudas frecuentes

📌 ¿Qué cantidad de leche materna voy a necesitar?

Al principio siempre es una incógnita ya que puede haber muchas diferencias de un niño a otro. Pasados los primeros días pronto conoceremos “la medida” de nuestro hijo.

📌 Es recomendable:

- 📌 Dejar al principio leche mas que suficiente.
- 📌 Guardarla en pequeñas cantidades (50 – 100 cc)

La idea es calcular la hora en que la madre saldrá de casa y la hora en que volverá y estimar que el bebé hará aproximadamente una toma por cada 3 horas que su madre esté ausente.

La ingesta de leche extraída varía mucho de un niño a otro aunque en general se caracteriza por ser sensiblemente inferior a lo que una espera.

La experiencia nos dice que si una madre se incorpora al trabajo al finalizar el permiso maternal, su hijo de casi 4 meses probablemente tomará entre 50 y 150 cc por toma.

Así pues habrá que calcular tener unas reservas iniciales de 150 cc de leche extraída por cada 3 horas de ausencia, almacenadas de 50 en 50.

Cuando llegue el momento de darle la leche se calientan los primeros 50 y si se los toma se calientan 50 más y así sucesivamente, hasta que el bebé diga basta. El proceso se repite en cada toma.

Pronto sabremos que cantidad de leche extraída le apetece a nuestro hijo particular y ya podremos ajustar mejor la que le dejamos preparada. Es importante aclarar que, aunque algunos tomen mas, la mayoría rara vez quiere más de 100 al principio, y muchos todavía menos.

¿Fresca o congelada?

Siempre que sea posible es mejor que la leche sea fresca. Así pues, la leche que la madre se saque el lunes servirá para el martes, la del martes para el miércoles y así sucesivamente hasta el viernes. La del viernes debería congelarse al llegar a casa para que el bebé se la tome el lunes siguiente ya que no es conveniente que la leche fresca esté más de 48 Horas en el refrigerador.

Una vez sepamos con más precisión la cantidad de leche que vamos a necesitar, si la madre se extrae leche de sobra puede congelar directamente la que no vaya a utilizar y reservarla para futuras ocasiones, bien sea para salir un día a cenar y al cine o para preparar papillas de cereales más adelante.

¿Se puede mezclar leche extraída en distintas ocasiones?

La leche extraída se puede mezclar sin problemas ya sea para completar una toma antes de dársela al bebé o para completar una “medida” antes de congelarla. Siempre es conveniente ir gastando primero la leche más antigua.

Al principio, cuando la madre empieza a sacarse leche, sobretodo si lo hace en casa, es posible que le salga muy poca cantidad, así que puede ser útil guardarla en la nevera. La próxima vez que se saque leche, a lo largo del mismo día, la pone asimismo en el refrigerador y una vez fría se puede mezclar con la anterior hasta completar los 50 cc. En cuanto estén completos, o al final del día, sea cual se la cantidad, se pueden congelar.

¿No se me retirará la leche?

La producción de leche depende de la estimulación del pezón (a más succión más leche) por lo que es un camino de doble dirección, si la estimulación disminuye la producción bajará pero si posteriormente la estimulación aumenta la producción volverá a subir.

Es cierto que los sacaleches portátiles no son tan eficaces para estimular como un bebé, así que es fácil que la leche que una madre se saque en el trabajo vaya disminuyendo paulatinamente pero el proceso es muy lento y antes de que se saque menos de la que su hijo toma probablemente ya no la necesitará porque habrá llegado el momento de introducir la alimentación complementaria. Además amamantar directamente los fines de semana ayuda a regenerar la producción.

En cualquier caso aunque la producción disminuya porque disminuya la demanda, bien porque la madre no se saque leche o el niño esté tomando otros alimentos, todas las madres seguirán produciendo toda la leche que necesitan. La leche no desaparece por arte de magia y aunque un niño solo mame una vez al día, su madre producirá leche para esa toma.

¿Y si la leche tiene un color extraño?

La composición de la leche varía a lo largo de la toma, al principio contiene más lactosa y otros nutrientes y su aspecto es semitransparente y ligeramente azulado pero paulatinamente la concentración de grasas aumenta y la leche se vuelve más blanca.

Esto es completamente normal y se hace muy evidente cuando se utiliza sacaleches, sobretodo si hace ya muchas horas que el niño a mamado. Si la madre llena varios recipientes es posible que el color del primer recipiente llenado tenga poco que ver con el último. Puede ser buena idea mezclar a posteriori la leche para hacer “medidas” más equilibradas.

Por otra parte cuando la madre ingiere algunos alimentos el color de la leche puede cambiar y más de una se ha llevado un buen susto al contemplar como le sale leche de un color verdusco varias horas después de haber comido espinacas. En la práctica no tiene mayor

importancia y es una buena manera de que el niño se vaya familiarizando con distintos sabores. La leche materna no es, ni mucho menos, monótona y aburrida.

¿Y si huele mal?

Algunas mujeres han comentado que su leche congelada huele a agria e incluso a rancia. Ese olor se atribuye a un cambio en la estructura de los lípidos como consecuencia de los ciclos de congelación y descongelación en el congelador-refrigerador con eliminación automática de escarcha. Aunque puede ocurrir que ocasionalmente algún niño la rechace, por lo general no es así y tampoco resulta perjudicial para el bebé.

¿Y si no quiere comer?

La mayoría de los niños aceptan mejor otros alimentos distintos al pecho de otras personas distintas a la madre por lo que es totalmente innecesario acostumar al bebé a tomar papillas o leche extraída antes de que la madre vuelva a trabajar.

Además generalmente los bebés reaccionan a la ausencia de la madre aprovechando para dormir y comiendo lo mínimo imprescindible hasta que la madre regresa y después compensan cuando tienen la preciada teta a su disposición.

Es posible que se despierte por la noche para mamar y aunque pueda parecer agotador, a muchas madres les parece un buen trato: “casi ni se da cuenta de que me he ido”. A menudo deciden dormir junto a su criatura con lo que las tomas nocturnas son mucho más cómodas y el cálido contacto durante toda la noche permite compensar la obligada separación durante el día.

En cualquier caso nunca hay que obligar a comer a un niño.

Experiencias de madres

Isabel pudo coger el mes de vacaciones al final de las 16 semanas de licencia por maternidad. Después pidió dos meses de excedencia. De esta manera, cuando se

reincorporó al trabajo, su hija tenía casi siete meses y tomaba el pecho cuando ella era en casa, y otros alimentos cuando no estaba.

Aurora se lleva a su hijo al trabajo, una pequeña tienda de ropa. ¡Incluso parece que ahora vengan incluso más clientes! Mas adelante, cuando su hijo gatee o camine, quizás haya problemas, pero de momento es una buena solución.

Montserrat a pedido una reducción de jornada. Cobra la mitad que antes, pero también tiene menos gastos en canguros y guarderías. Apenas pasa 5 horas fuera de casa. “Como a Alba le gusta mucho dormir, apenas se da cuenta de que me he ido y ya he vuelto”.

Enrique y Teresa han decidido renunciar a un sueldo. “Yo estaré de excedencia hasta los 15 o 18 meses y después Enrique se quedará en casa hasta los dos años y medio o tres”. “Nos dicen que estamos tirando el dinero –dice Enrique- pero yo creo que no los tiramos, sino que los gastamos. Si nuestro hijo pudiera escoger, seguro que preferiría más tener a sus padres en casa que un coche nuevo o una torre en la playa”.

Sandra deja a su hija con su suegra. Cada día las tres generaciones coinciden en la puerta de la oficina: entre la hora de lactancia y la media hora del desayuno, Sandra tiene tiempo de comerse un bocadillo y de amamantar a su hija en la cafetería o en un parque cercano. “No se que habría hecho sin mi suegra; si ella trabajara, yo no podría hacerlo. Espero que, cuando mi hija sea mayor, la sociedad esté mejor organizada”.

Eulalia quería estar con su hijo al menos hasta el año, pero tenían que pagar la hipoteca y no podían pasar sin su sueldo. Ha encontrado una solución: Atiende en su casa a la hija de una vecina. “No es mucho dinero, pero si tengo en cuenta lo que me ahorro de la guardería, es suficiente para ir tirando”.

Andrés, el hijo de Maria, se queda en casa al cuidado de la abuela que le da la leche extraída que su madre se ha sacado en el trabajo el día anterior. No come mucha pero cuando su madre regresa a casa siempre lo encuentra dormido o jugando tranquilo. En cuanto Andrés la ve enseguida se le ilumina la cara, levanta los brazos, llama a su madre, se acurruca en su regazo y mama feliz. “Ni que hubiera tratado de matarlo de hambre” protesta bromeando la abuela. Andrés levanta la vista y sonríe a su madre sin soltar la teta. Este ritual se ha convertido ya en una entrañable manera de decirse “¡Hola!”.

Conoce tus derechos

Derechos recogidos en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE 6 de noviembre de 1999):

Permiso con sueldo: 16 semanas (18 si tienes gemelos, 20 si son trillizos....). También tienes el mismo derecho si adoptas o acoges a un menor de 6 años.

Si estás de **baja por enfermedad** durante el embarazo (sea por complicaciones del mismo o por otras causas), continuas teniendo 16 semanas completas después del parto.

Si tu trabajo puede influir negativamente sobre tu salud o la de tu hijo, tanto durante el embarazo como durante la lactancia (esfuerzos excesivos, productos tóxicos, trabajo nocturno, trabajo por turnos, ...), tienes derecho a hacer que se cambien tus condiciones o tu horario de trabajo. Si a pesar del cambio tu equipo médico informa que tu trabajo continua siendo un peligro, tienes derecho a **cambiar de lugar de trabajo** (conservando tu sueldo). Durante el embarazo, si este cambio de lugar es imposible, tienes derecho a un permiso con sueldo.

Puedes renunciar a 10 de las 16 semanas (como máximo) para que las disfrute el padre, pero únicamente si tú quieres. Ni tu compañero ni tu empresario pueden impedirte estar 16 semanas con tu bebé.

Si tu contrato de trabajo se acaba durante estas 16 semanas, la Seguridad Social te pagará hasta que se acaben y después empezarás a cobrar el paro (si te corresponde, claro).

Pausa de lactancia: Hasta los 9 meses, puedes escoger entre una hora (o dos medias horas) en medio de la jornada laboral, o bien entrar media hora más tarde o salir media hora antes. Sin reducción de sueldo. Tu escoges el momento, no pueden imponerte una hora determinada.

Si haces turnos más largos, como una guardia de 24 horas, tienes derecho a 1 hora por cada periodo de 8 horas, tres hora por guardia. Además, recuerda que durante la lactancia tienes derecho a que se modifiquen tus condiciones de trabajo para **no hacer trabajo por turnos ni trabajo nocturno**. No necesitas ningún certificado médico para exigir este derecho.

Excedencia para atender a una criatura: La madre, el padre o ambos pueden pedir excedencia sin sueldo hasta los tres años. Este tiempo cuenta a efectos de antigüedad (trienios, ascensos, oposiciones...) Durante el primer año se guardan el puesto de trabajo, después un lugar de categoría equivalente.

Según varias sentencias recientes, las trabajadoras interinas también tienen derecho a excedencia.

Reducción de jornada: La madre, el padre o ambos tienen derecho a una reducción de la jornada laboral, entre un tercio y la mitad del total, con reducción proporcional del sueldo, para atender a niños menores de 6 años o para atender a familiares de cualquier edad con disminución o incapacidad.

Se pueden distribuir estas horas como más convenga: Por ejemplo, no ir a trabajar los días en que nadie puede atender a la criatura.

Resumen basado en:

ALBA – LACTANCIA MATERNA: Lactancia y trabajo. Conferencia, 2001.

ACPAM: Tú también puedes amamantar y trabajar. Folleto, 2000.

Dr. Carlos González: Mi niño no me come. Ediciones Temas de Hoy, 1999

Ruth A. Lawrence: La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Mosby. 1996

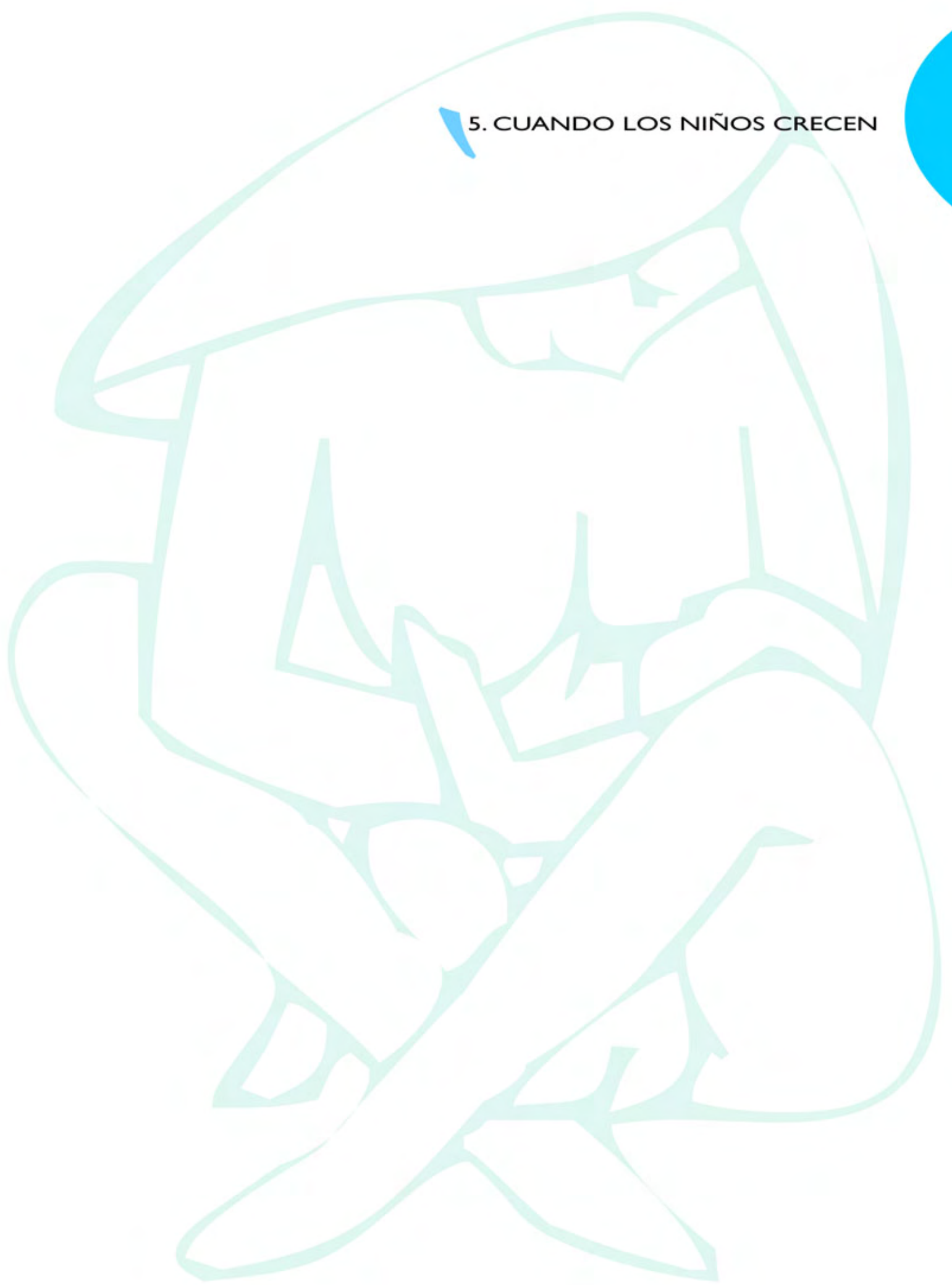
I Congreso Español de Lactancia Materna. Posters y ponencias (abstracts). Valencia, 2000

Bibliografía:

1. N. Vallmajó, M.V. Fernández, I de Molina. PAD Reus-Altebrat. Incorporación al mundo laboral y lactancia materna. I Congreso Español de Lactancia Materna. Abstract 92. Valencia, 2000
2. A. Fernández, JM Paricio, L. Santos, M. Ferriol, B. Beseler, G. Serer, M. Sánchez, R. Perelló. Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta. Centros de Salud de la Marina

Alta (Alicante). Lactancia según estudios y trabajo materno. I Congreso Español de Lactancia Materna. Abstract 137. Valencia, 2000

5. CUANDO LOS NIÑOS CRECEN



Razones para la introducción de la alimentación complementaria

Desarrollo: Todos los niños mas pronto o mas tarde muestran interés por la comida de los adultos. Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje. Las necesidades de cada niño, así como las funciones y capacidades de su cuerpo, pueden servir de referencia, no sólo para decidir el momento en que se inicia la alimentación complementaria, sino también para marcar el desarrollo de la misma. De esta manera, el niño puede participar en su alimentación de forma activa y divertida para él: Ofreciéndole un plátano maduro podrá experimentar sin que sea una imposición o una obligación, coger guisantes o trocitos de pollo con los dedos y llevárselo a la boca es un buen ejercicio de coordinación.

Nutrición: Llega un momento en la vida del niño, en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales; ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche debe ser el alimento fundamental, cualitativa y cuantitativamente durante el primer año de vida y sigue siendo una fuente importante de nutrientes durante el segundo año y después.

Cultura: Diferentes culturas tienen distintas costumbres en cuanto a la introducción de la alimentación complementaria aunque no todas ellas resultan biológicamente adecuadas. En algunos países las circunstancias de la madre, como el trabajo fuera del hogar o la existencia de lugares donde no se pueda o no esté aceptado el llevar al bebé, hacen que se adelante la edad de introducción de la alimentación complementaria. Con una buena información es posible continuar con la lactancia, haciendo compatible el amamantar con el trabajo materno, y demorar la alimentación complementaria hasta que biológicamente sea adecuada para el bebé.

Posibles inconvenientes de la introducción prematura de la alimentación complementaria (1)

Interfiere con la alimentación al pecho en perjuicio de ésta.

Carga excesiva de solutos renales e hiperosmolaridad (Incapacidad del riñón de los niños pequeños para expulsar a través de la orina la ingesta excesiva de determinados nutrientes, especialmente proteínas y sodio)

Puede producir alergia a determinados alimentos

Conlleva un riesgo de trastornos de la regulación del apetito

Puede contener constituyentes perjudiciales para lactantes pequeños

Puede contener aditivos y contaminantes.

Recomendaciones actuales para la introducción de la alimentación complementaria

Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (2)

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando:

Es capaz de sentarse estable sin ayuda.

Pierde el reflejo de extrusión que hace que los niños expulsan la cuchara con la lengua (Hasta que tienen suficiente discernimiento para distinguir lo que se come de lo que no, por si acaso lo escupen todo)

Muestra interés por la comida de los adultos

Sabe mostrar hambre y saciedad con sus gestos (Al ver acercarse la cuchara el niño que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia delante. El que está saciado, cierra la boca y mueve la cabeza hacia un lado).

Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos una semana de separación.

✓ Nueva declaración de la AAP sobre la lactancia materna, 1997 (3)

La lactancia materna debe ser exclusiva y a demanda hasta los 6 meses

Se pueden añadir otros alimentos a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna como mínimo hasta el año, y luego durante todo el tiempo que madre e hijo deseen.

✓ Recomendaciones de la OMS y UNICEF (4)

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

Se pueden ofrecer otros alimentos complementarios a partir de los 6 meses, aunque si el desarrollo sigue siendo adecuado, tal vez no sea necesario dar otros alimentos hasta los siete o incluso los ocho meses.

Continuar la lactancia materna, junto con otros alimentos, hasta los dos años o más.

Los alimentos deben ser variados

El pecho debe ofrecerse antes que los otros alimentos, para mantener una buena provisión de leche en la madre

Los menores de 3 años deben comer al menos 5 o 6 veces al día

Añadir un poco de aceite o mantequilla a las verduras , para aumentar su valor calórico.

✓ ¿Qué tipo de alimentos?

Todas la madres suelen recibir detalladas instrucciones de sus pediatras sobre cuales son “los mejores alimentos para empezar la alimentación complementaria”. El problema es que cualquier madre que hable con otra madre, ya sea la vecina en el parque, la cuñada en Lugo o aquella amiga que se fue a Salamanca, puede comprobar por si misma que estos supuestos “mejores alimentos” simplemente no coinciden y se hacen cada vez mas extraños a medida

que aumenta la distancia geográfica, no digamos si además la amiga en cuestión se ha ido a vivir a otro país. Empleando el puro sentido común pronto se hace evidente que con toda probabilidad existen tantos “mejores alimentos, cantidades y sistemas” como pediatras hay en el mundo.

Y es que a veces nos pasa desapercibido que todas estas recomendaciones no obedecen realmente a evidencias científicas sino que responden mas bien a los hábitos culturales de una población determinada, a las preferencias personales de cada profesional de la salud en cuestión y a protocolos de introducción de alimentos que fueron estipulados en su día y que tienden a perpetuarse por su propia inercia sin que nadie los cuestione.

Las recomendaciones de los expertos basadas realmente en la evidencia científica son mucho mas generales y es importante que todas las madres las conozcan:

No hay ninguna base científica para recomendar la introducción de un alimento antes que otro siempre que al principio se trate de alimentos sanos con poco potencial alergénico. Es indiferente empezar por la fruta, la verdura, los cereales, ...

No hay ninguna base científica para recomendar que un alimento determinado deba darse a una hora determinada (Por ejemplo, las frutas por la tarde). Cualquier alimento puede darse a cualquier hora, a comodidad de la madre. De hecho si la madre trabaja o debe ausentarse por cualquier motivo lo más cómodo es que la alimentación complementaria se de en su ausencia.

Los alimentos deben empezar a introducirse a partir de los 6 meses y siempre después del pecho o la leche extraída. Solo si la madre está ausente y no quiere extraerse la leche, los alimentos complementarios la sustituirán.

Los alimentos deben introducirse de uno en uno, separados por al menos una semana (Por ejemplo, si se decide empezar por la fruta, la primera semana se le da a probar la pera, a la semana siguiente la manzana, y así sucesivamente).

Se debe empezar con pequeñas cantidades que irán aumentando a medida que el niño las acepte de buen grado.

Nunca se debe obligar a comer a un niño.

Procurar escurrir los alimentos para no llenarle la barriga con el agua de cocción.

No dar alimentos que suelen causar alergia (especialmente leche de vaca y derivados, huevos, pescado, soja, cacahuets, melocotón, fresas, frutas del bosque y cualquier otro que produzca alergia a un miembro de la familia) hasta los 12 meses.

No dar alimentos con gluten (cualquiera que lleve trigo, avena, centeno o cebada, como por ejemplo el pan y las galletas) hasta como mínimo los 8 meses, siempre y cuando ya se hayan introducido previamente los cereales sin gluten, en caso contrario esperar y empezar por éstos últimos.

No añadir azúcar ni sal a los alimentos.

Puesto que la capacidad del estómago de los niños es más reducida, para que puedan obtener suficientes nutrientes de las comidas que tomen, éstas deberían ser ricas en energía y nutrientes (incluyendo micro nutrientes). Se recomienda incluir (5):

Variedad de alimentos (después de haberlos introducido de uno en uno separados por una semana)

Alimentos ricos en energía, como aceites. Los purés deben ser tan espesos como el niño pueda tomarlos, para evitar tener que diluirlos.

Frutas frescas y vegetales

Alimentos ricos en hierro (legumbres, carnes....)

¿Qué cantidad?

La mejor estrategia para determinar la cantidad de alimentación complementaria que debe ingerir un niño es fiarse de su propio sentido del apetito.

Al principio tomará apenas alguna cucharada pero en cuanto empiece a aceptar de buen grado la alimentación complementaria irá aumentando la cantidad que ingiera.

La idea es ofrecer y, sobretodo, no obligarle jamás a comer. Cada niño tiene sus propias necesidades y sigue su propio ritmo, pretender que coma una cantidad standard

determinada a una edad determinada no solo es inadecuado sino que puede ser contraproducente.

¿Cuándo introducirlos?

Aparte de seguir las recomendaciones anteriores, el momento de empezar la alimentación complementaria puede venir determinado por las circunstancias propias de cada madre.

Las madres que trabajan fuera de casa suelen ser víctimas de dos errores típicos:

Creer que hay que destetar antes de ir a trabajar.

Creer que si le van a dar otros alimentos a sus hijo cuando empiece a trabajar, tiene que acostumbrarlo primero.

La lactancia materna es compatible con el trabajo fuera de casa mediante diferentes técnicas, pero si no fuera posible o no se deseara seguir las recomendaciones de la OMS / UNICEF y de la AAP, siempre se puede adelantar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 meses. En este caso el mejor sistema es que la madre de el pecho antes de ir a trabajar y a su regreso, así como en los fines de semana y reservar otro tipo de alimentos para cuando la madre esté ausente.

Intentar acostumbrar a un niño a la alimentación complementaria antes de que la madre vuelva al trabajo, solo consigue avanzar el problema: Podría haber conseguido cuatro meses de lactancia materna exclusiva y se ha quedado en tres meses. Y además, por término general, la criatura no se acostumbra.

¿Como empezar?

Los alimentos no necesariamente deben estar triturados, sino que basta que sean de consistencia blanda y puedan ser aplastados o troceados con un tenedor o por el propio niño con la lengua y el paladar (no hay que pretender que a los 6 meses y 1 día, el niño coma un plato entero de comida); en realidad, al principio, la comida es más un experimento sensorial que otra cosa y seguramente no comerá más que unas pocas cucharadas si acaso;

con el tiempo irá comiendo cantidades mayores, pero mientras tanto, la leche materna sigue alimentándolo.

Los alimentos que se ofrecen pueden ser alimentos especialmente preparados para el niño o bien los mismos alimentos que toma el resto de la familia pero adaptados a la capacidad del niño; esto último es preferible siempre que los hábitos alimentarios de la familia no sean muy inadecuados para un bebé; si además el niño como a la mesa a la vez que los demás, se estará proporcionando al niño la función socializadora que tiene la comida para el resto de la familia (Ej. El día que se prepare cocido, se pueden apartar una patatas, garbanzos y pollo antes de añadir la sal, que machacados con un tenedor se pueden dar al niño). No son necesarios alimentos especiales para bebés y algunos de ellos, a parte de ser caros, llevan aditivos poco recomendables (sacarosa, aromas de vainilla, etc.). Un arroz hervido es un cereal sin gluten que el niño puede tomar desde los 6 meses.

La densidad energética de las comidas que se ofrecen al niño es algo a tener en cuenta. La cantidad de nutrientes contenida en las papillas preparadas por las madres es muy variable (6), en general con exceso de proteínas y con pocas calorías; la calidad de las papillas caseras mejoraría moderando la carne, añadiendo aceite y suprimiendo la sal; además en general ninguna papilla casera supera en calorías a la leche materna, lo que confirma la recomendación de dar antes el pecho que la papilla y demuestra lo carente de sentido que es adelantar la alimentación complementaria porque el niño gane poco peso.

Es frecuente ver como niños amamantados acaban tomando leche artificial sin necesidad por la costumbre de mezclar los cereales en polvo con ésta; para un niño que tome biberón, es cómodo mezclar la leche artificial con los cereales, sin embargo un niño que toma pecho no necesita otra leche diferente a la de su madre, así que se le pueden preparar los cereales con agua, caldo, o incluso con leche que su madre se haya extraído, aunque esto último no es necesario si el niño toma pecho en otros momentos del día.

La costumbre de dar zumo de naranja solo o para diluir otras frutas en los primeros meses debería desterrarse. Probablemente proceda del intento de evitar el escorbuto en los niños con lactancia artificial en la primera mitad del siglo XX. Puesto que los niños amamantados no tienen este riesgo, no se benefician de esta práctica, y sí en cambio se ven sometidos a

un mayor riesgo de alergia, puesto que los cítricos frecuentemente están implicados en alergias alimentarias cuando se introducen precozmente en la dieta del niño (1).

Es importante recordar que aunque el niño necesite a partir de una cierta edad otros alimentos distintos de la leche materna, ésta sigue siendo el alimento más nutritivo de todos cuantos pueda tomar el niño; por este motivo, la OMS recomienda que primero se ofrezca el pecho y después los otros alimentos, aunque ello suponga que el niño tome menos de otras cosas, lo que sería inadecuado es que por tomar primero otras cosas el niño deje de tomar la leche materna.

¿Y si no quiere?

No todos los niños están preparados para la alimentación complementaria al mismo tiempo. Algunos ya muestran interés por otros alimentos antes de los 6 meses, en cambio otros pueden tardar mucho mas tiempo y no aceptarlos de buen grado hasta los 7 u 8 meses e incluso hasta más tarde (Probablemente en breve veremos estudios que evalúen el inicio de la introducción de alimentos complementarios más tardíamente, hacia los 8 o 9 meses de edad).

Unos niños comen una cantidad bastante “aceptable” casi desde el principio, otros apenas picotean pequeñas cantidades de diversos alimentos hasta pasado el año.

Lo que está claro es que más pronto o más tarde todos los niños empiezan a interesarse por otros alimentos y que mientras tanto la lactancia materna cubre sus necesidades, por lo nunca se debe intentar imponer a un niño la ingesta de una determinada cantidad de alimento.

Algunos mitos de la alimentación infantil

Las papillas alimentan mas que la leche

A muchas madres les dicen que “su leche ya no alimenta” o que “su leche es agua” y lo peor es que muchas se lo creen.

Las papillas de carne y verduras suelen tener menos calorías que la leche y las de verduras solas y las de fruta todavía menos, y aunque algunas papillas, como las de cereales, tengan bastantes calorías, tienen menos cantidad de proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes que la leche materna.

El único alimento capaz de satisfacer, por sí solo, todas las necesidades de un ser humano, al menos durante una parte de su vida, es la leche materna. Un recién nacido está perfectamente alimentado durante seis meses o más sólo con leche materna; pero nadie estaría perfectamente alimentado ni en su infancia ni en ninguna época, si pasase seis meses comiendo solo carne, o sólo pan, o sólo naranjas. Lo que no significa que el pan, la carne o las naranjas “no alimenten”, sino que se han de complementar con otras cosas. Complementar, no sustituir.

Con una buena papilla antes de cenar, dormirá toda la noche

No se haga muchas ilusiones, muchos niños, incluso a los dos o tres años, se despiertan casi cada noche por mucho que hayan cenado.

Por mucho que se pretenda utilizar la comida para manipular el sueño de los niños, está demostrado experimentalmente que los niños no duermen más por haber tomado papilla. Durante los primeros años los niños suelen despertarse por la noche, no sólo porque necesitan comer, sino porque nos necesitan a nosotros. Por suerte el pecho permite satisfacer las dos necesidades a la vez, y el niño vuelve a dormir rápidamente.

A partir de los 6 meses han de tomar leche de continuación

La leche de continuación es un invento comercial, sin apenas utilidad práctica. Tanto la AAP como la OMS opinan que las leches de continuación son innecesarias y recomiendan tomar la misma leche durante el primer año.

¿Para que la inventaron, entonces? Muy sencillo. La ley prohíbe, en muchos países (incluido España), hacer publicidad de la leche de inicio. Pero la mayoría, por desgracia, no prohíben la publicidad de la leche de continuación. Así que para los fabricantes es ideal disponer de dos leches con el mismo nombre, que sólo se diferencien por el numerito, de esta manera al publicitar PATATIN 2 consiguen hacer aumentar las ventas de PATATIN 1.

La principal utilidad de las leches de continuación, según la ESPGAN, es que son más baratas. Como la leche artificial es cara, las madres con menos recursos que dan el biberón pueden sentirse tentadas a introducir antes del año la leche entera de vaca, lo que no sería muy conveniente. Una leche que, sin ser tan adaptada, saliese más barata, podría resultar útil.

¿Sin ser tan adaptada? En efecto. La leche de vaca tiene un exceso de proteínas, más del triple que la leche materna lo que es uno de sus mayores peligros ya que un bebé no puede metabolizar una cantidad tan grande de proteínas, y puede enfermar gravemente. La fabricación de la leche artificial consta de varios pasos, uno de los cuales es quitar la mayor parte de las proteínas, proceso que no es nada fácil. Si no hay que quitarle tantas, resulta más fácil de fabricar y, por tanto, más barata. La ESPGAN parece creer que la diferencia de precio será sustancial, pero al menos en España, la diferencia para el consumidor es muy pequeña.

No es que la leche de continuación sea mejor para los bebés mayores. Es peor que la leche de inicio, porque está menos adaptada. Pero los bebés mayores tienen una mayor capacidad para metabolizarla por lo que es más fácil que la puedan tolerar.

La industria láctea intenta darle la vuelta a la tortilla y vender la leche de continuación como “enriquecida en proteínas para cubrir las necesidades en aumento de su hijo”, pero no hay que dejarse engañar. Las necesidades de proteínas de los niños disminuyen a medida que crecen por lo que el exceso de proteínas en la leche de continuación no es ninguna ventaja para los bebés, sino sólo un desecho industrial.

Por supuesto los niños que toman pecho pueden seguir con el pecho pasados los 6 meses hasta que la madre y su hijo deseen.

Si no come carne no tendrá suficientes proteínas

Tal como se desprende del apartado anterior, incluso si el bebé solo tomase leche, ya tendría suficientes proteínas. Y los cereales y legumbres aportan más proteínas todavía. De hecho el exceso de proteínas suele ser uno de los inconvenientes que presentan la mayoría de las papillas caseras (6).

Resumen basado en

Dr. Pilar Serrano Aguado, Alimentación complementaria y destete del niño. En: Lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado (Ed.). Universidad de Sevilla. 2001

Dr. Carlos González, Mi niño no me come. Ediciones Temas de Hoy, 1999

Ruth A. Lawrence, La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Mosby. 1996

Bibliografía

1. ESPGAN (Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas). Committee on Nutrition, "Guidelines on infant nutrition. III. Recommendations for infant feeding. Acta Paediatr Scand 1982; suppl 302:61-95
2. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. On the feeding of supplemental foods to infants. Pediatrics 1980; 65:1178-1181
3. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 1997; 100:1035-1039
4. UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP. *Para la vida. Un reto de comunicación*. 2ª ed. 1993
5. Sserunjogi, I.; Poskitt, E. Feeding young children. *Child health dialogues*, 9:6-7, 1997. WHO publication revised in May/99
6. Van den Boom, S.A.M.; Kimber, A.C.; Morgan, J.B. *Nutritional composition of homeprepared baby meals in Madrid. Comparison with commercial products in Spain and homemade meals in England*. Acta Paediatr 1997; 86:57-62

LACTANCIA PROLONGADA

¿Ya camina y todavía le das el pecho?!
Aportes desde el ámbito de la Psicología a
la discusión sobre la lactancia prolongada

A modo de introducción

Si bien la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los 6 meses y la Lactancia materna complementaria hasta el 2º año de vida del niño (1995; 1998), y la American Academy of Pediatrics lactancia materna completa hasta los 6 meses y lactancia materna al menos 1 año (1997) es muy común escuchar a madres que amamantan a sus bebés relatar historias como las siguientes :

...”el papá de mi bebé solicitaba llevarlo de vacaciones en el verano cuando tuviera 1 año cumplido y yo no acordé alegando que posiblemente tome el pecho aun en ese momento. Entonces la abogada del padre me preguntó: ¿Pero hasta cuando pensás darle el pecho?”

...”muchas mamás nuevas en el grupo de apoyo con bebés pequeñitos cuando ven mamar a mi hijo con 26 meses se asustan y preguntan ¿Pero hasta cuando hay que dar el pecho?”

...”dentro de unos meses el niño comenzará a ir al colegio y sus padres temen que pueda ser ridiculizado por otros niños o por adultos al conocer que sigue mamando”.

...”el tema en cuestión es la dependencia madre-bebé/bebé-madre cuando la lactancia se prolonga más allá de los 2 años. Me gustaría saber si realmente hay estudios realizados al respecto porque no conozco los argumentos por lo que pudiera existir esa dependencia y si me lo rebate una psicóloga (como nos ha pasado) me encuentro en inferioridad de condiciones”.

....”conozco a dos mamás de mi zona de salud que están amamantando a niños de más de 2 años. Nunca lo hacen en público, pero inevitablemente en un pueblo todo se sabe y la gente

habla de estas mamás “en corrillo”. Los más allegados las incordian más directamente advirtiéndoles de variados peligros para la salud de sus hijos”.

Estos comentarios reflejan no sólo el desconocimiento de las recomendaciones antes mencionadas sino además una actitud generalizada por parte de la sociedad de no aceptación de la lactancia materna como la forma natural de alimentación de los niños por lo menos hasta el segundo año de vida.

Lamentablemente esta actitud no es exclusiva de la red social de las madres que optan por la lactancia prolongada sino que también se observa en algunos profesionales del equipo de salud, actitud que se refleja en comentarios como los siguientes:

... “dar el pecho sólo está indicado hasta el 6º mes y a partir de ahí se torna psicológicamente perjudicial para el niño si no se lo desteta a tiempo. ”

...”una eminente psiquiatra dice por aquí a sus alumnos universitarios que, según Freud, los bebés a partir de los 7 meses se deben ir destetando, que dar el pecho más tiempo es una auténtica aberración y que numerosos estudios demuestran que eso provoca dependencia y graves enfermedades psiquiátricas incluyendo la homosexualidad”.

... “en un momento habló de la importancia de la lactancia materna, pero cuando llegó el momento de hablar de la duración de la misma, argumentó que sólo se debía extender hasta el año, porque si se hacía por más tiempo habría en ese niño un peligro latente muy importante de caer en la adolescencia en alguna adicción a las drogas, ya que la lactancia más allá del año pasa a ser para el niño algo netamente adictivo”

.....”un doctor que apoya “mucho” la lactancia materna me recomendó destetar a mi hija, porque eso a la larga traería muchos efectos psicológicos a ambas...”

Las ventajas de la lactancia materna han sido ampliamente discutidas, demostradas y aceptadas por los profesionales de la salud, sin embargo cuando se habla de la duración de la misma aún es actual la discusión sobre los posibles efectos negativos de la misma si se prolonga más allá del año. Alguno que otro profesional planteará su duda acerca del valor nutricional de la leche materna a esta altura de la vida del niño, pero la mayoría se referirá a los efectos perjudiciales de la lactancia prolongada sobre su desarrollo psicológico.

A menudo, y como lo observamos en uno de los comentarios presentados anteriormente, se cita al Psicoanálisis y concretamente a Freud para argumentar la necesidad del destete antes del año. En las Obras Completas Freud nombra 18 veces la lactancia y 5 el destete y aunque no plantea una determinada edad para el mismo, parece claro que considera poco tiempo 6 o 9 meses, y que incluso 11 meses le parecen un destete precoz (Wajnbuch, 1999). Así mismo, en estudios de tipo empírico como el realizado en Nueva Zelanda por Fergusson y colaboradores (1987) se observó que si se controlan una serie de variables de confusión, no existe evidencia para sostener que la lactancia materna prolongada se asocia con problemas de desajuste social en niños de 6 a 8 años de edad. Además demostraron que estos niños, amamantados en forma prolongada, cuando llegan a la edad de 15 a 18 años presentan mejores niveles de apego a sus padres y consideran a sus madres menos sobreprotectoras pero que se ocupan más de su cuidado, si se los compara con jóvenes que cuando bebés fueron alimentados artificialmente (Fergusson et al. 1999).

Es interesante observar que a pesar de que existen una cantidad de documentos que demuestran que la lactancia prolongada no es perjudicial para el desarrollo emocional de los niños, en general quienes se manifiestan en contra de la misma los desconocen, o refieren conceptos de reconocidos teóricos de la Psicología y la Psiquiatría que nunca fueron formulados, o mencionan “una serie de estudios” o “demostraciones científicas” sobre el efecto perjudicial de la lactancia materna más allá del primer año, pero no ofrecen los nombres de los investigadores, ni las características del estudio, ni los datos obtenidos.

Sin embargo llama la atención que la misma actitud de desconocimiento no es aceptada si la que no ofrece datos concretos que demuestren el efecto no perjudicial de la lactancia prolongada es la mamá o un profesional del equipo de salud comprometido con la lactancia materna. La misma mamá que relata que su doctor le recomendó destetar a la hija porque traería muchos efectos psicológicos a ambas agrega:

....” nosotras las madres que amamantamos tenemos que justificar constantemente por qué lo hacemos. Prometí enviarle información, pero... es responsabilidad de las madres actualizarlos? Hasta cuando tendremos listas semanales de personas a quienes enviarles información para justificar nuestra lactancia prolongada? Y... si no les envías información... pensarán que no la tienes? O que no la encontraste en ningún medical research?”

Esta sensación de tener que justificar constantemente la decisión de continuar amamantando a niños que ya no son bebés no es aislada y no son pocas las madres que hacen comentarios como el anterior:

...."pareciera que las madres que amamantan a sus hijos deben dar explicaciones continuamente. Primero porque deciden amamantar y luego si esa lactancia se prolonga más allá del año. Ni hablar después de los 2 años en que la pauta cultural imperante en la sociedad lo considera directamente anormal."

...."una mamá ha tenido que pegar en su frigorífico un artículo sobre la lactancia materna en el que aparecen entre otras cosas las recomendaciones de la OMS. ¡A ver si ahora me dejan en paz! Me dijo."

Más datos objetivos

A continuación se presentan una serie de datos relacionados con un grupo de niños ($N = 221$) en los que se habían estudiado las características de comportamiento a los 4 años. En esta presentación se comparará el grupo de niños que fué amamantado por más de un año ($N = 46$) con el resto del grupo en relación a su comportamiento.

En la ciudad de Córdoba, Argentina, se lleva a cabo desde el año 1993 un proyecto integral (el Estudio CLACYD -Córdoba, lactancia, alimentación, crecimiento y desarrollo-) orientado al análisis y la intervención en todos los aspectos concernientes al proceso salud-enfermedad maternoinfantil. La estrategia del Estudio es longitudinal prospectiva: se tomó una cohorte de niños desde su nacimiento, y se acompañó su crecimiento y desarrollo hasta la edad de 5 años indagando además diferentes aspectos de la alimentación, los procesos de salud-enfermedad de los mismos y la salud reproductiva de sus madres a lo largo de esos años (Sabulsky y cols. 1995, CLACYD, 1997). Los datos fueron obtenidos mediante visitas domiciliarias en las que se realizó una encuesta para registrar diversas variables de tipo sociodemográfico y se aplicó un cuestionario por medio del cual indagaron diferentes aspectos del comportamiento de los niños.

Es importante destacar que los grupos comparados no se diferencian significativamente en relación al sexo de los niños, ni a la pertenencia a un estrato social determinado ni a la edad de las madres.

En el cuestionario sobre las características del comportamiento se incluyeron preguntas relacionadas con la atención y la actividad, con hábitos de independencia, con conductas sociales problemáticas y de tipo funcional (referidas a la alimentación, al control de esfínteres y al sueño) y con aspectos emocionales (como tendencias depresivas o temores). Las posibles respuestas a cada una de las preguntas fueron: la conducta no es cierta en el caso de mi hijo, la conducta es cierta a veces o la conducta es muy cierta.

Para los análisis que aquí se presentan se tomaron del total de conductas evaluadas sólo 26 cuya presencia a los 4 años se considera problemática. Las mismas y el porcentaje de niños de uno y otro grupo que presentan cada una de las conductas se describen en la tabla 1. Como puede observarse, el porcentaje de niños amamantados que presentan cada una de las conductas referidas no es significativamente mayor que el porcentaje de niños que fué amamantado por menos de ese tiempo. Por el contrario en relación al temor a los animales, al sentimiento de que nadie lo quiere y a los dolores de cabeza sin causa orgánica, el porcentaje de niños con lactancia materna superior al año que presenta esta conducta es significativamente menor que el del resto del grupo.

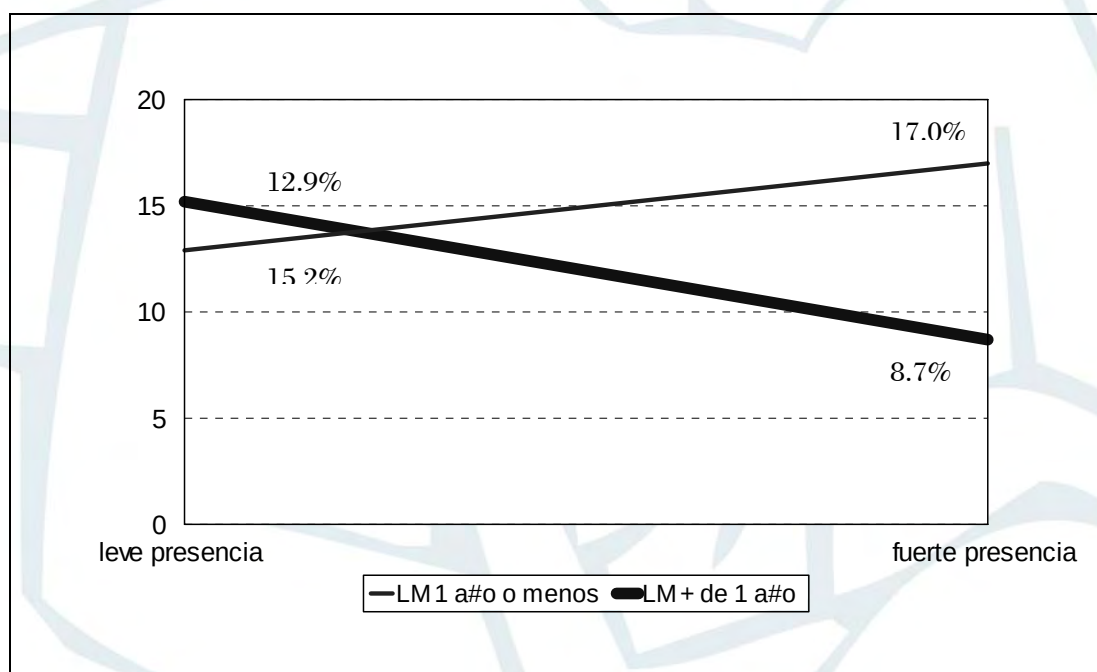
Tabla 1: Porcentajes de niños que presentan las siguientes conductas, según duración de la Lactancia Materna

Conducta	LM un año o menos(%)	LM más de 1 año (%)
1) Es distraído.	34,2	33,3
2) Es hiperactivo.	66,7	74,4
3)Es dependiente.	66,0	60,0
4)Es peleador.	37,4	40,0
5)Exige mucha atención.	71,2	76,1
6) Conductas destructivas (lo propio).	36,3	34,8
7) Conductas destructivas (lo ajeno).	23,8	26,7
8) Desobediente.	71,4	66,7
9) Problemas para comer.	46,9	37,8
10) Temor a los animales.	63,9*	47,8*
11) Sentimiento de que nadie lo quiere.	37,4*	20,9*
12) Impulsivo.	66,2	67,4
13) Miente.	49,0	58,1
14) Se come las uñas.	25,9	25,0
15) Pesadillas.	29,2	27,3
16) Temeroso.	51,4	38,1
17) Dolores de cabeza (sin causa orgánica).	15,1*	2,4*
18) Dolores de estómago (sin causa orgánica).	19,2	28,6
19) Gritón.	72,6	72,7
20) Tímido.	57,1	61,4
21) Testarudo.	70,7	63,0
22) Pataletas.	56,2	59,1
23) Mal dormir.	19,9	21,7
24) Triste.	16,5	20,5
25) Enuresis diurna.	6,9	4,5
26) Enuresis nocturna.	23,1	18,2

* $p < .05$

Profundizando la comparación, resultó interesante observar el total de conductas problemáticas que presentaron los niños de uno y otro grupo. Para no reducir el valor diferencial de las respuestas dadas por los padres, o sea para mantener la diferencia entre los niños en los que la conducta es a veces cierta y aquellos en los que la conducta es muy cierta, se realizó una ponderación de las respuestas, valorándose con 0 la no presencia, con 1 punto a la primera respuesta y 2 puntos la segunda. Con estos valores se contruyó una nueva variable aditiva que expresa el total y la gravedad de conductas problemáticas que presenta cada niño. El valor mínimo observado en la misma es 1 y el máximo 40, lo que significa que ningún niño obtuvo el puntaje máximo (es decir “la conducta es totalmente cierta”) en la totalidad de los items, como tampoco ningún niño obtuvo el valor 0, o sea que la totalidad de la muestra presenta por lo menos en una de las conductas evaluadas el valor mínimo (es decir “la conducta es en parte cierta”). En este aspecto tampoco se observaron diferencias significativas comparando las medias presentadas por ambos grupos de niños: 18,5 para los niños amamantados hasta 1 año y 18 para los amamantados por más de 1 año. A pesar de esta similitud en el valor de la media, resulta sumamente interesante observar que la distribución de los valores entre ambos grupos es diferente. Para ello se reagrupó la variable del total de conductas presentes en 2 categorías: leve presencia de conductas problemáticas (desde el mínimo valor observado hasta el valor de la media menos 1 desviación estándar), y fuerte presencia (desde el valor de la media más 1 desviación estándar hasta el máximo valor observado). Aquí vemos que si bien en la categoría leve presencia los porcentajes son relativamente similares (12,9% de los niños del grupo de amamantados hasta 1 año versus 15,2% de los niños del grupo de amamantados por más de 1 año), en la categoría fuerte presencia el primer grupo duplica al grupo de niños con lactancia materna prolongada: 17% versus 8,7% (gráfico 1).

Gráfico 1: Relación entre el porcentaje de niños que presentan leve y fuerte presencia de conductas llamativas y la duración de la lactancia materna



p: n.s.

Reflexiones finales

A pesar de que existen datos que demuestran que los niños amamantados por más de un año no tienen más problemas de tipo psicológico que los niños que no lo fueron, se mantiene en la sociedad y entre muchos profesionales de la salud la creencia de que la lactancia materna prolongada es perjudicial. Sin embargo, resulta muy difícil, si no imposible, pensar que las personas que se manifiestan en contra de la misma tienen la intención de perjudicar al niño o a su madre cuando pronostican y previenen sobre las terribles consecuencias de continuar

amamantando después del año. Frente a esta situación cabe entonces preguntarse: ¿Cuál es el origen y el motivo de tal actitud, si como hemos visto, existen incluso documentos que confirman la ausencia de tales desventajas? A lo largo de los años y por influencias de tipo social, económico y científico se ha ido perdiendo en nuestra sociedad la cultura de la lactancia materna. Mensajes erróneos que sostienen que los sustitutos de la leche materna son tan buenos o mejores que ella, rutinas hospitalarias que dificultan la práctica de la lactancia, desconocimiento sobre sus beneficios, falta de apoyo social y de asesoramiento adecuado, necesidad cada vez mayor de la incorporación de la mujer al mercado laboral y una imagen idealizada de la figura de mujer, fueron algunos de los motivos que contribuyeron a que cada vez fuera más extraña la imagen de una madre amamantando a su hijo durante largo tiempo, hecho que pudo haber contribuido a la creencia del efecto perjudicial de la lactancia prolongada. Esto permite interpretar la desvalorización y la actitud negativa hacia ella como una actitud evidentemente cultural. Nuestra responsabilidad y desafío como profesionales del equipo de salud es informar certeramente a la sociedad en general y a las familias en particular de los beneficios conocidos de la lactancia materna, difundir la información obtenida científicamente relacionada con ella y apoyar a las familias a que deciden mantener la lactancia materna más allá del primer año de vida, colaborando no interfiriendo en el proceso natural de destete de cada niño.

Lic. Patricia Trautmann-Villalba

Fundación CLACYD. Córdoba. Argentina

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics, Work group on Breastfeeding (1997): "Breastfeeding and the use of human milk". Pediatrics 100: 1035-1039.
2. CLACYD (1997): "Perfiles epidemiológicos de alimentación, crecimiento y desarrollo en los 2 primeros años de vida.". Estudio CLACYD, Publicación N° 2, Córdoba:Ed. Eudecor.

3. Fergusson, D.; Horwood, L.; Shannon, F. (1987): "Breastfeeding and subsequent social adjustment in six- to eight-year-old children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28: 379-386.
4. Fergusson, D.; Woodward, L. (1999): Breast feeding and later psychosocial adjustment". *Pediatr and Perinat Epidemiol* 13: 144-157.
5. Huggins, K.; Ziedrich, L. (1994): "The nursing mother's guide to weaning". Boston: Harvard Common Press.
6. Sabulsky, J. y cols. (1995): "Alimentación en el primer mes de vida por Estratos sociales, Córdoba. Argentina." *Bol Of Sanit Panam* 119 (1): 15-26.
7. Wajnbusch, S. (1999) "La lactancia de Freud". *Lactancia materna* 5 (1): 2.
8. World Health Organization (1995), The World Health Organization's infant-feeding recommendation". *WHO Weekly Epidemiological Record* 17:117-220.
9. World Health Organization (1998), Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge". WHO/NUT/98.1, Geneva.

EL DESTETE

✓ DURACIÓN DE LA LACTANCIA

La edad en que ocurre el destete por completo, es decir, que el niño abandona definitivamente la leche materna, es variable y está influido por factores de muy diversa índole. No hay razones científicas por lo que se deba recomendar dejar la leche materna a una determinada edad.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) en su nueva declaración de 1997 y la OMS recomiendan unos tiempos mínimos de duración de la lactancia materna (1 año y 2 años respectivamente), recalcando que son tiempos mínimos y que el tiempo máximo queda a elección de la pareja lactante, es decir de la madre y de su hijo. El Dr. Lawrence Gartner, presidente del grupo de trabajo sobre lactancia responsable de la última declaración de la AAP (1) explica que “la Academia no ha establecido un límite superior. Hay niños que son amamantados hasta los 4, 5 o 6 años. Esto puede ser infrecuente pero no perjudicial”.

Pese a que el momento del destete definitivo es una elección personal, desgraciadamente a lo largo de este siglo muchas mujeres, casi sin darse cuenta, han ido delegando en los profesionales de la salud la responsabilidad de decidir por ellas el momento del cese de la lactancia. Y éstos, por lo general, han hecho sus recomendaciones basándose más en sus opiniones personales, fruto de los mitos culturales de su tiempo, que en razones científicas.

Se debe tener en cuenta que el destete no solo es un cambio en la dieta del niño, sino que es un asunto muy serio con gran repercusión emocional para él y para su madre. El niño puede experimentar sentimientos de frustración y de abandono, al no entender por qué su madre le niega algo tan importante para él; la madre, a su vez, puede experimentar sentimientos de pérdida y de tristeza por haber tenido que cambiar esta forma de relación íntima con su hijo.

Por todo ello las recomendaciones arbitrarias sobre la limitación de la lactancia, que no tienen en cuenta los deseos de la madre y de su hijo, son simplemente inaceptables.

DESTETE FORZOSO

En algunas ocasiones el destete se hace inevitable por causas médicas u otras.

Cuando el destete ha de ser impuesto, por un motivo totalmente justificado, antes de que la madre o el niño estén preparados para ello, ambos necesitaran apoyo y comprensión.

De todas formas, antes de tomar esa decisión, sería de gran importancia que la madre buscara información contrastada sobre la necesidad de ese destete, ya que con demasiada frecuencia se tiende a inhibir lactancias sin una justificación científica real.

Conviene saber que los medicamentos realmente incompatibles con la lactancia son muy pocos y las enfermedades que contraindican la lactancia son menos aún.

DESTETE VOLUNTARIO

El destete puede ocurrir a iniciativa de la madre o del niño. En situaciones ideales sería deseable que el destete se produjera de mutuo acuerdo y fuera un proceso tan satisfactorio y enriquecedor como la lactancia, pero esto no siempre sucede.

La decisión sobre el momento del destete puede tener grandes variaciones de una madre a otra y también de un niño a otro.

En ocasiones la madre puede sentir deseos de poner fin a la lactancia antes que su hijo esté preparado para aceptarlo. Otras veces quien decide ponerle fin puede ser el niño a pesar de que su madre no tuviera ningún inconveniente en continuar.

Sea cual sea el momento en que uno de los integrantes de la pareja lactante desea ponerle fin, o sean cuales sean los motivos, es importante recordar que se trata de una opción personal y que todas son respetables.

Destete a iniciativa del niño

Si el destete sucede a iniciativa del niño va a ser él quien marque la pauta. Algunos niños simplemente un buen día deciden que no quieren mamar más.

Otros lo hacen más despacio, paulatinamente se van desinteresando por la lactancia materna, reduciendo la demanda hasta que ésta cesa por completo. Los hay que primero maman solo una vez al día, luego una vez cada varios días, hasta que simplemente dejan de pedir.

Un nuevo embarazo puede tener un papel en el destete del hijo anterior. Debido a los cambios de la leche durante el embarazo (menor volumen, distinto sabor) muchos niños se destetan solos en esta época. Otros prefieren seguir mamando, y continuar haciéndolo tras el nacimiento del nuevo hermano. A esta situación de dos niños de diferentes edades mamando a un tiempo se la ha llamado “lactancia en tándem”.

Destete a iniciativa de la madre

Una madre puede tener diversas razones para desear que el destete tenga lugar; desde razones médicas, emocionales, presiones familiares, sociales, etc.

El momento en que una madre empieza a desear el cese de su lactancia es también muy variable. A algunas les puede suceder a los pocos días o meses, a otras al cabo de algunos años.

En cualquier caso es preferible un destete gradual a un destete brusco. Este último puede generar ingurgitación mamaria (pechos hinchados, duros y doloridos) e incluso mastitis (inflamación e infección del pecho generalmente después de la obstrucción de un conducto debido al cese del drenaje), que no ocurrirían si se permitiese la adaptación de la mama a la disminución progresiva de la succión, como ocurre durante el destete gradual (A menor succión, menor producción hasta que ésta cesa por completo). Desde un punto de vista emocional el destete gradual también es más fácil para el niño.

El destete supone mucho esfuerzo, y madres que han destetado activamente a sus hijos suelen decir que no les quedaba mucho tiempo libre, ya que tenían que emplearlo en distraer a sus hijos de otro modo.

Los niños que son destetados antes de superar su necesidad de chupar pueden empezar a chuparse el dedo o incluso a usar chupete si se le ofrece, siendo sustitutos del amamantamiento que pueden proporcionar cierto consuelo a un niño frustrado por el destete.

La noche puede ser un momento especialmente difícil para un pequeño que espera mamar y no puede entender la reticencia de su madre; a esa hora pocos de la familia van a estar especialmente racionales y pacientes; el padre puede hacer que el proceso nocturno sea mejor tolerado, proporcionando los cuidados nocturnos al pequeño.

IDEAS Y SUGERENCIAS PARA ACELERAR EL DESTETE (2)

1. No ofrecer, no rechazar. No garantiza el tiempo que pueda prolongarse el destete. Es el menos doloroso para el niño.
2. Distracción. Se trata de identificar los momentos, lugares y circunstancias en los que el niño suele pedir el pecho, y anticipar alternativas al amamantamiento, para que el niño dirija su atención hacia algo nuevo y atractivo en vez de hacia la pérdida de algo entrañable como mamar.
3. Sustitución. Se ofrece comida o bebida al niño para evitar que pida el pecho por hambre. No se trata de sobornarlo con golosinas para que deje el pecho. Sólo funcionará cuando el niño tenga hambre. Hay que tener en cuenta que los niños también maman por afecto hacia su madre, para sentir su cercanía, por consuelo si están cansados, frustrados o con miedo.
4. Aplazamiento. Con un niño que ya nos entiende se puede negociar el demorar una toma. El niño debe ser lo bastante maduro para aceptar la espera. Se le puede ofrecer algo que le mantenga contento mientras tanto.

El destete por abandono, es decir que la madre se separe del niño por unos días, no es recomendable, ya que el niño no solo se ve privado bruscamente de la leche de su madre, sino también de su presencia, que es vital para su salud afectiva y emocional (3).

EL DESTETE NATURAL

Algunas personas creen que si el niño no es activamente animado a destetarse, no lo hará nunca por sí mismo; sin embargo, esta idea es errónea, como lo demuestra el hecho de que en sociedades en que se permite al niño mamar tanto tiempo como quiera, acaba por destetarse él solo.

En la mayoría de sociedades humanas el destete suele ocurrir pasados los 2 o 3 años de edad; en nuestra cultura ocurría así hasta hace poco más de un siglo. Los acontecimientos que han condicionado en nuestro medio el rechazo cultural hacia la lactancia más allá del primer año son complejos, pero no dejan de ser cuestiones culturales, que no tienen que ver con las necesidades biológicas ni psicológicas del niño.

Está muy extendida la creencia de que a partir de una cierta edad la leche materna no alimenta, que el niño mayor que mama es por vicio, o de que la lactancia prolongada afecta negativamente el desarrollo psicológico del niño. Estas creencias han llegado a calar profundamente en la mayoría de las personas, incluyendo médicos, psicólogos y pedagogos.

Esta presión cultural en contra es el principal inconveniente de la lactancia prolongada; en algunos países, como Estados Unidos, es algo tan inusual que algunos han llegado a verla como una perversión. Existen casos de madres acusadas de abusos contra sus hijos.

De hecho, el estigma social de continuar amamantando a un niño que ya camina o que va a la escuela fuerza incluso a madres seguras de sí mismas a hacerlo en la clandestinidad; los

que más han dañado la lactancia prolongada han sido los profesionales de la salud, dando información sin base científica real, a la vez que desalentando a las madres que han querido prolongar la lactancia.

Cada especie de mamíferos tiene una edad en la que el destete ocurre de forma natural, que probablemente esté condicionada genéticamente. En nuestra especie es difícil deslindar lo cultural de lo biológico.

La antropóloga K. Dettwyler, de la Universidad de Texas, ha recogido información acerca de la edad de destete de los primates no humanos, poniéndola en relación con variables del ciclo vital, tales como peso al nacimiento, peso del adulto, periodo de gestación y erupción de molares permanentes; extrapolando estos datos a la especie humana, parece que el destete natural podría ocurrir entre los 2 años y medio y los 7 años (4).

Estos datos vienen a ser apoyados por dos hechos de diversa índole:

- En sociedades actuales en las que el rechazo cultural a la lactancia prolongada no existe, las madres amamantan a sus hijos hasta los 4 años por término medio.
- Se estima que el sistema inmunitario de los seres humanos no está maduro y plenamente operativo hasta los 6 años de edad.

CAMBIOS EN LA LECHE DURANTE EL DESTETE

Existe la creencia popular de que a una determinada edad del niño la leche materna pierde sus propiedades nutritivas. Esto no sólo no es así, sino que no existe ningún alimento que aisladamente supere el valor nutritivo de la leche. Si que la pueden superar en algún nutriente en concreto (Por ejemplo, el hígado la supera en hierro, la papaya en vitamina C y la carne de buey en proteínas) pero no en todos a la vez; de manera que la leche materna sigue siendo el alimento más nutritivo de cuantos pueda tomar un niño, aunque tenga tres o cuatro años.

Existen algunos estudios que evalúan los cambios en la composición de la leche materna durante el proceso del destete, en ellos se demuestra que el volumen de leche disminuye en

proporción a la cantidad de otros alimentos que tome el niño (a menor hambre, menor succión y menor producción de leche). La concentración de proteínas aumenta hasta el 142% del basal, los lípidos mantienen su concentración, el hierro aumenta hasta el 172%, el calcio permanece constante y el zinc disminuye hasta el 58% del basal (5). Los factores inmunitarios se mantienen durante el destete gradual (6). Hay que decir que estos estudios se hicieron en niños que fueron destetados por causa del propio estudio, a la edad de 7 meses, y que el destete duró 3 meses, pero no dice nada de lo que puede ocurrir durante el destete natural, que puede tardar varios años.

FALSO DESTETE

A lo largo del primer año de vida pueden existir momentos en los que el niño muestra un menor interés por la lactancia, como consecuencia de su propio desarrollo (Por ejemplo alrededor de los 9 meses) (7). Esto no debe ser confundido con el verdadero destete. Más bien es consecuencia del creciente interés del niño por su entorno, que le hace distraerse fácilmente del pecho. En un ambiente tranquilo, con luz tenue, con un menor nivel de estimulación, el niño mamará cuanto necesite, recuperando “el tiempo perdido”.

Si pensamos que la leche es un alimento de gran importancia en la dieta del niño, al menos durante sus dos primeros años de vida, no es razonable pensar que ya no le hace falta la leche de su madre pero sí en cambio otro tipo de leche. La naturaleza no tiene previsto que una cría tome leche de una especie distinta a la suya.

En cualquier caso, si una madre no desea prolongar la lactancia hasta que el niño decida dejarlo, tal vez le sea más fácil destetarlo entre la edad de los 9 y 14 meses. Sin embargo la decisión de la madre de destetar puede no ser firme a esa edad, por lo que no se debería alentar a la madre a que lo haga con el fin de evitarle supuestas futuras molestias que tal vez no se presenten nunca.

HUELGA DE LACTANCIA

A veces ocurre que un niño de repente se niega a mamar de forma brusca. A esta conducta se ha llamado “huelga de lactancia”, es autolimitada y no debe ser confundida con un verdadero destete. Las causas de esta situación pueden ser muy variadas y a veces una madre tendrá que investigar que ha ocurrido en su caso. Si se identifica y evita el motivo, la lactancia continuará.

A veces puede ser necesario más esfuerzo, especialmente si el motivo no ha sido identificado o no es evitable. Puede ser útil ofrecer el pecho en un lugar relajado, a media luz, sin distracciones o cuando el niño está medio dormido. Suele ser contraproducente intentar rendir al niño por hambre. Mientras se reinicia el amamantamiento la madre puede extraerse la leche, que le puede ser ofrecida al niño con vaso o cucharilla.

Resumen basado en:

Dra. Pilar Serrano Aguayo. Alimentación complementaria y destete en el niño. En: Lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado (Ed.) Universidad de Sevilla. 2001

Ruth A. Lawrence. La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Cuarta edición. Mosby 1996

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. pediatrics, 1997; 100:1035-1039
2. Burmgarner, N.J. Mothering your nursing toddler. La Leche League International de. 1982.
3. Bowlby, J. The making and breaking of affectional bonds. tavistock pub. 1979
4. Stuart-Macadam, p.; Dettwyler, K.A. Breastfeeding, Biocultural perspectives. Aldine de Gruyter editors. New York 1995.

5. Garza, C.; Johnson, C.A.; Smith, E. et al. Changes in nutrient composition of human milk during gradual weaning. *Am J Clin Nutr* 1983; 37:61
6. Goldman, A.S.; Goldblum, R.M. immunologic components in human milk during weaning. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72:133
7. Brazelton, T.B. *Infants and mothers: Differences in development*. Delacorte. New York 1969



6. SITUACIONES ESPECIALES

EL MÉTODO MADRE CANGURO

Cuando una pareja decide tener un hijo se imagina que será un bebé a término, sano, activo que inmediatamente se incorporará a la familia. Estas expectativas se truncan bruscamente si el bebé nace antes de tiempo. El prematuro será separado inmediatamente de sus padres y se le colocará en una incubadora. Cuanto más inmaduro sea, más cables y tubos llevará y su aspecto será más llamativo. Ante esta situación, es muy probable que los padres experimenten sentimientos de “duelo”, culpa, rechazo y/o preocupación.

Los avances en neonatología han conseguido reducir la mortalidad neonatal de forma significativa en todos los países desarrollados. La incubadora mantiene la temperatura corporal del prematuro y, al mismo tiempo, le aísla del entorno para hacer más difíciles las infecciones. Los respiradores artificiales lograron sacar adelante a los prematuros con el síndrome del “distress” respiratorio idiopático, enfermedad que ahora, gracias a los surfactantes exógenos, tiene una muy baja morbi-mortalidad. Las nutriciones parenterales nos permitieron alimentarlos sin el riesgo de las *enterocolitis necrosantes* que se presentaba en los prematuros patológicos alimentados con leches artificiales. Ahora, los prematuros salen muy pronto del estado crítico y permanecen mucho tiempo en buenas condiciones en las incubadoras.



Hasta hace poco, estos recién nacidos de piel transparente y roja, extremadamente pequeños, permanecían encerrados en la incubadora y no debían tocarse, no fuera que se infectaran. En estas condiciones, era difícil establecer vínculos afectivos entre los niños prematuros y sus padres. Por otra parte, estos bebés tan inmaduros a menudo recibían estímulos táctiles agresivos (solo se les tocaba para pincharlos o explorarlos), oían el ruido continuo del motor de la incubadora y estaban sometidos a la luz durante las 24 horas del día.

METODO DE LA MADRE CANGURO (MMC)

En 1979, los doctores Rey y Martínez del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá iniciaron un programa de cuidados del prematuro que consistía en colocarlo en contacto piel con piel entre los pechos de su madre. Se han descrito numerosas ventajas del MMC sobre el método tradicional (incubadora): mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros, mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones (incluidas las nosocomiales), facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos.

Cuando se coloca al bebé prematuro desnudo sobre el tórax de su madre, se estimula en el recién nacido el recuerdo de experiencias intrauterinas (el sonido del corazón materno, el movimiento continuo del tórax, las características de la voz materna, ...), que lo tranquilizan. La madre se siente motivada a acariciarlo y así comienza la estimulación somato-sensorial. El contacto es íntimo y muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre/hijo. Durante el MMC, las variables fisiológicas del prematuro permanece normales, la temperatura es estable, la respiración se hace regular y profunda y la frecuencia cardiaca se estabiliza o aumenta ligeramente. El niño prolonga sus periodos de reposo (alerta reposada, sueño profundo, menos actividad muscular, llora menos), y de este modo se favorece la maduración y la ganancia de peso y disminuye en número de días de ingreso. La madres se mantienen más partícipes en el cuidado de su hijo prematuro, le estimulan y le dan su leche.

El MMC facilita y prolonga la lactancia materna. Cuando se inicia de forma precoz, en la sala de partos, el bebé repta hasta el pecho de su madre y, espontánea y correctamente, hace la primera toma, que resulta muy gratificante para su madre y fundamental para el mantenimiento y duración de la lactancia materna.



En Trieste (Italia), en octubre de 1996, tuvo lugar Workshop sobre el MMC en el que, entre otros asuntos, se trató del MMC en hospitales de tercer nivel de países desarrollados. Allí se definió el MMC como el contacto piel con piel entre madre y recién nacido prematuro lo más precoz, continuo y prolongado posible con lactancia materna, para que madre y recién nacido se beneficien de sus ventajas. Se acordó que era tributario del MMC el prematuro de cualquier edad gestacional, de cualquier peso y con cualquier tipo de enfermedad, mientras sea tolerado por el binomio madre-hijo y por la Unidad Neonatal. Se debe ofrecer a todas las madres y es particularmente beneficioso para las madres adolescentes y para aquellas con problemas sociales. La madre puede ser substituida por cualquier otro familiar que ella

indique, si la Unidad Neonatal lo considera razonable. La Unidad Neonatal debe adoptar una política de puertas abiertas, debe proveer a la madre una silla cómoda y la información adecuada sobre el MMC, debe incorporar un protocolo de lactancia materna y de MMC en prematuros y su plantilla debe estar adiestrada en la práctica de ambos protocolos.

ALIMENTACIÓN DEL PREMATURO CON LECHE MATERNA

La leche de la propia madre es la alimentación preferida para el prematuro por su composición única, la mayor biodisponibilidad de sus componentes, sus propiedades inmunológicas y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Además le protege frente a las enterocolitis necrosante, lo que permite una estimulación con alimentación enteral precoz.

También parece demostrado que los prematuros alimentados con leche materna que están sometidos al MMC sufren menos infecciones nosocomiales. La hipótesis que lo explicaría es la siguiente: La madre segrega IgA específicas frente a los gérmenes de su piel y frente a los gérmenes del área neonatal que ella ha ido incorporando y que son los responsables de las infecciones nosocomiales. Así amamantando a su hijo, le nutre y protege.

Dr. Adolfo Gómez Papí

Jefe de neonatología del Hospital Joan XXIII (Tarragona)

LACTANCIA MATERNA CON BEBÉS MÚLTIPLES

¡ SON DOS..... O MAS !

Desde el momento en que nos enteramos de que estamos embarazadas, muchas mujeres empezamos a hacer planes y a pensar sobre cómo nos va a cambiar la vida. Si resulta que nos confirman que son gemelos, o trillizos, o..... se nos puede venir el mundo encima.

Tal vez sólo habíamos planteado tener un hijo o quizás ya tenemos otro hijo o más. Es posible que aparezcan sentimientos contradictorios, la alegría de un embarazo se transforma en la preocupación de atender a dos o más bebés. Todo lo que se había previsto hasta ahora hay que multiplicarlo, se necesitará más espacio, más enseres, hay que buscar más nombres...

En fin, un malabarismo complicado que, a pesar del gran esfuerzo que supone, también puede terminar siendo una gran fuente de satisfacciones, múltiples satisfacciones.

Es ésta una realidad que va en aumento. Los partos múltiples han experimentado un incremento continuado a lo largo de los últimos años y la tendencia no parece dar signos de remitir. Factores como el aumento de la edad gestacional de las madres y las técnicas de fecundación asistida están contribuyendo a ello.

Por otra parte, aproximadamente la mitad de los bebés múltiples nacen prematuros o con bajo peso y pueden requerir ingreso hospitalario durante algunas semanas.

Además, la mayoría de estos partos se producen actualmente mediante cesárea con las consiguientes molestias para la madre derivadas de haber sido sometida a una intervención quirúrgica, sumada al esfuerzo del embarazo.

Todos éstos factores pueden afectar a la decisión de amamantar.

A TENER EN CUENTA

- Todo lo que es válido para la lactancia de un solo bebé, es válido para la lactancia de múltiples. Es decir, a más estímulo más leche y con varios bebés succionando correctamente el estímulo está garantizado. Toda madre capaz de producir leche suficiente para un bebé puede producir leche para múltiples bebés.
- Amamantar pronto y a menudo después del parto es la mejor manera de asegurar un buen comienzo de la lactancia y para ello va a ser imprescindible no solamente nuestro compromiso y nuestra motivación como madres, si no un gran apoyo de los familiares y los profesionales de la salud de nuestro entorno.
- Aunque la lactancia de bebés múltiples requiere de una mayor organización y supone un cambio para la familia, también puede representar, a la larga, ahorro de tiempo, gasto, Es claramente una inversión de futuro.
- Los beneficios para la salud que el amamantamiento proporciona a toda madre y a todo niño existen también en el caso de múltiples. Si además los bebés son también prematuros, la leche materna es el alimento que mejor va a tolerar su sistema digestivo todavía inmaduro.

RECOMENDACIONES PARA EL EMBARAZO

- Intenta estar muy segura de lo que quieres hacer. Infórmate, habla con otras mujeres que hayan vivido experiencias similares, conoce sus recursos para organizarse, busca información fiable sobre los beneficios de la leche materna, tanto en múltiples como en prematuros y, especialmente, sobre las claves para amamantar con éxito.
- Acude a reuniones de Grupos de Apoyo a la Lactancia, observa a otras madres que estén lactando y aprende todo lo que haya que saber sobre la posición correcta del bebé al pecho y la técnica básica de la lactancia. Recuerda que amamantar tiene una parte de instinto pero sobre todo se trata de un comportamiento socialmente aprendido. Viendo amamantar a otras madres aprenderás a amamantar a tus hijos.

- ✎ Consigue el apoyo de tu pareja y del resto de la familia. Esto siempre es válido para bebés individuales e imprescindible en caso de múltiples. Criar a uno o varios hijos a la vez es un esfuerzo, a más hijos, mayor esfuerzo.
- ✎ Estate preparada para que todo el mundo te bombardee con sus opiniones sobre el tema. Ensayla la sonrisa con que les contestarás y sigue adelante con lo que hayas decidido.
- ✎ Cuando te digan que no vas a tener leche para todos, o que tu leche no va a ser lo suficientemente buena, o que el esfuerzo no merece la pena, recuerda que:
 - ✎ Existe una amplia evidencia científica que demuestra que todas las madres producen la mejor leche para sus hijos y que las mujeres pueden lactar no sólo un bebé sino a varios. Para ello únicamente necesitan entender un concepto: mientras más veces y mejor mamen tus hijos, más leche tendrán.
 - ✎ Nadie salvo uno mismo puede conocer el valor de una decisión tomada libremente y juzgar si el esfuerzo de hacerla realidad le compensa.

✎ RECOMENDACIONES SI ESTÁN EN INCUBADORA

- ✎ Siempre que sea posible mejor amamantarlos directamente en el hospital, para ello será necesario la colaboración de los profesionales de la salud. Por suerte cada vez más hospitales practican una política de puertas abiertas a los padres en las unidades neonatales y disponen de protocolos que facilitan la lactancia y el contacto madre e hijo.
- ✎ Si te es posible practica el Método Madre Canguro (MMC) durante la estancia hospitalaria ya que está demostrado que favorece la maduración de los bebés y su ganancia de peso, facilita y prolonga la lactancia materna y disminuye el número de días de ingreso.

Ver Dossier sobre Método Madre Canguro en la sección de Descargas

- ✎ Cuando los bebés no necesitan cuidados especiales, puedes comenzar la lactancia inmediatamente. Recuerda, cuanto más mamen tus hijos, antes subirá la leche y la

plétora será menos molesta. Mientras sube la leche, en tu pecho está disponible el calostro.

- En el caso de que se tenga que recurrir a la lactancia diferida, la madre puede extraerse leche para que posteriormente su hijo pueda ser alimentado con ella bien por sonda o preferiblemente por algún medio que no interfiera con el aprendizaje por parte del bebé de la correcta succión del pecho. Para ello:
- Empieza a sacarte leche lo antes posible: Cuanto antes empieces y cuantas más veces te saques, antes se establecerá la producción.
- Intenta sacarte siempre un poco más que la vez anterior: el cuerpo recibe el mensaje de que necesitas más y produce más.
- Sácate sobre todo por la noche, aunque estés muy cansada: cuanto más te sacas por la noche, más produces durante el día.
- Busca un buen extractor de leche, cuanto mejor imiten el ritmo de succión de un bebé, más leche se producirá.
- La estimulación frecuente de sacaleches, aunque sea por cortos periodos de tiempo, es más eficaz que estimular mucho rato pocas veces al día.

Una recomendación general podría ser estimular cada dos horas durante el día, durante unos 20 minutos, primero 5 minutos de cada pecho y luego repetir 5 minutos más. Durante la noche, estimular cada 3 horas, por ejemplo a las 12 -3 - 6 h.

- Un bebé succiona a un ritmo de 40-60 veces por minuto, y el extractor tiene que oscilar entre estos ciclos. Los automáticos de los hospitales y los que puedes alquilar se encuentran en los 50 ciclos aproximadamente. Un extractor no automático tiene entre 6 y 8 ciclos por minuto, y pueden crear mas dolor y sacar menos leche.

Ver Dossier sobre Extracción de Leche en la sección de Descargas

- Las circunstancias marcarán el mejor modo de organizarse en cada caso:
- En algunos hospitales la madre permanece ingresada hasta que sus hijos son dados de alta lo que facilita la lactancia directa y la extracción de leche si es necesaria.

- ✎ En otros, la madre es dada de alta y debe extraerse leche en casa y hacerla llegar luego al hospital bien personalmente o a través de otra persona.
- ✎ Es posible que un hijo sea dado de alta antes que los demás con lo que habrá que buscar fórmulas para compaginar el cuidado de unos y otros.
- ✎ Es frecuente, especialmente si además de múltiples son prematuros, que al principio uno o varios de los bebés tengan dificultades para fijar el pecho y succionar con eficacia. Ir combinando la lactancia diferida con la directa hasta que los bebés sean lo suficientemente maduros para alimentarse por si mismos es una buena solución.

✎ RECOMENDACIONES PARA LOS PRIMEROS DÍAS EN CASA

- ✎ No pretendas hacerlo todo: Conseguir alimentar a tus peques y tenerlos atendidos, ya es mucho, especialmente si encima hay más hijos. Las labores de la casa, atender a las visitas, ..., ya es demasiado y para ello hace falta una buena dosis de organización:
- ✎ Toda la ayuda de la pareja y del resto de la familia vendrá muy bien para que cocinen, planchen, limpien, bañen niños, etc... es la oportunidad perfecta de que echen una mano.
- ✎ Las visitas son un tema complicado. ¿Cómo decir a los amigos y familiares que tantas ganas tienen de conocer a los bebés que necesitáis tranquilidad? Aquí papá tiene un papel fundamental. El puede atender a las visitas si tu estás descansando. Y si vienen a verte ¡que traigan la compra!
- ✎ Si no tienes ayuda suficiente y se puede, una persona que venga a hacer las labores domésticas será de gran ayuda también.
- ✎ El alta hospitalaria no siempre es el fin de la lactancia diferida y es posible que haya que recurrir a ella durante algún tiempo más, dependerá de la habilidad de los bebés para alimentarse por si mismos. Con información y apoyo reconducir la situación hacia una lactancia directa y satisfactoria de todos los bebés es solo cuestión de tiempo.

- ✎ Es frecuente que un bebé mame mejor que otro. En estos casos el bebé más hábil puede contribuir a mejorar la estimulación del pecho y la producción de leche mientras sus hermanos, que posiblemente todavía necesiten total o parcialmente lactancia diferida, acaban de madurar.
- ✎ Si uno de los bebés es capaz de mamar pero succiona débilmente, se puede recurrir a un relactador para ahorrar tiempo. Se trata de un recipiente donde se pone la leche extraída y que conecta con el pezón a través de un tubo. El bebé succiona y estimula el pecho de su madre al tiempo que se alimenta también de la leche del relactador.
- ✎ Para administrar la leche extraída se puede usar, además del relactador, un vaso, un paladai, una cucharilla, ..., pero posiblemente lo más práctico será utilizar la técnica dedo-jeringa.

Ver Dossier sobre Como Administrar Suplementos en la sección de Descargas

- ✎ En cuanto sea posible es importante acudir a un Grupo de Apoyo y verificar la marcha de la lactancia de todos los bebés, especialmente la posición y la succión. Las asesoras de lactancia pueden ayudar a evaluar cada caso y si es necesario sugerir estrategias adaptadas a las necesidades y preferencias de cada familia.
- ✎ Muchos bebés múltiples reciben también suplementos de fórmula. La mayoría de las veces estos suplementos son innecesarios, especialmente si los bebés son capaces de mamar por sí mismos con eficacia, y con el tiempo pueden ser causa de problemas como la disminución de la producción de leche o interferencia con la succión. Para eliminarlos se puede:
 - ✎ Disminuir paulatinamente la cantidad de fórmula que se le da a los bebés en cada toma.
 - ✎ Disminuir paulatinamente las tomas suplementadas
 - ✎ Aumentar las tomas de lactancia directa para estimular el aumento de la producción de leche.
 - ✎ Algunas madres, como paso previo a la eliminación paulatina de los suplementos, pasan a darlos con un relactador.

- ▶ Otras prefieren pasar de los suplementos con fórmulas a suplementar con leche materna extraída como paso previo a la lactancia directa exclusiva.

Ver Dossier sobre como Relactar (pasar de lactancia materna suplementada con fórmula a lactancia materna exclusiva) en la sección de Descargas

- ▶ Los bebés múltiples pueden ser amamantados de forma alterna o simultánea en función de las circunstancias, las características de los bebés o las preferencias de la madre. No hay fórmulas rígidas pero es importante conocer las distintas posturas y posiciones para poder elegir la que mejor se adapte a cada momento.

Ver Dossier sobre Posturas y Posiciones para Amamantar en la sección de Descargas

▶ PREGUNTAS FRECUENTES

▶ ¿Se puede amamantar tras una cesárea?

Por supuesto. Tan sólo debes poner a los niños al pecho en cuanto tu puedas y si los bebés están en incubadora puedes utilizar el sacaleches.

▶ ¿Mis bebés prematuros tendrán bastante con mi leche extraída?

La leche de las madres de bebés prematuros tiene una composición especial adaptada a sus necesidades específicas. Si empiezas a estimularte, pronto conseguirás extraer calostro y leche suficiente para todos tus hijos. Además los bebés prematuros tienen el sistema digestivo e inmunitario todavía inmaduro por lo que la especial composición de la leche materna y su alto contenido en defensas les ayudará a prevenir enfermedades.

▶ ¿Qué pasa si sólo me puedo sacar unas gotas con el sacaleches?

No todas las madres tienen la misma facilidad para conseguir una buena producción con el sacaleches. Empezar a sacarse leche lo antes posible y realizar extracciones cortas y frecuentes tanto de día como de noche es de mucha ayuda. Si aún así hay dificultades,

prueba a cambiar de sacaleches. Los más eficaces son los que mejor imitan la succión del bebé, éstos suelen ser grandes y costosos pero pueden alquilarse.

¿Cómo sé que tengo leche suficiente?

Si la estimulación es frecuente y correcta toda madre es capaz de producir tanta leche como necesite. Para valorar si los bebés comen suficiente habrá que fijarse en que las tomas no sean dolorosas, el estado general de los bebés sea sano (saben fijar la mirada, tienen buen tono muscular y buen color de piel), no duermen en exceso, orinan bastante y la ganancia de peso es suficiente.

¿Se debe amamantar a la vez?

Se trata de una opción no de una obligación, tu verás si te resulta más cómodo así o amamantarlos por separado. Probablemente, en función de las circunstancias y las características de cada bebé, preferirás hacerlo de una manera o de otra.

¿Qué hago cuando vuelva al trabajo?

Esta legislación un permiso de lactancia de una hora diaria hasta que el niño cumpla nueve meses. Esta hora se puede dividir en fracciones. Además existen sentencias favorables a considerar que esta hora es por cada hijo. A más hijos, más horas. Puedes usar este tiempo para amamantarlos o bien para sacarte la leche y dejarla almacenada en el frigorífico para que se la den a los bebés.

Ver Dossier sobre Lactancia y Trabajo en la sección de Descargas

¿Amamantar a mis bebés durante varios meses no perjudicará mi salud?

Al contrario. El tópico de que la lactancia perjudica la salud de la madre es tan solo un mito cultural. Amamantar previene, entre otras enfermedades, el cáncer de mama y ovario,

la anemia y la osteoporosis. Además cuanto más tiempo se amamanta mayor es la protección.

¿Hasta cuando se pueden amamantar a varios bebés a la vez?

Lo mismo que con los bebés individuales la lactancia con múltiples puede durar tanto tiempo como la madre o sus hijos deseen. A modo de orientación, tanto OMS como UNICEF recomienda 6 meses de lactancia materna exclusiva. A partir de esta edad se pueden ir introduciendo otros alimentos complementarios adecuados manteniendo la lactancia materna durante un mínimo de 2 años.

EXPERIENCIAS DE ALGUNAS MADRES

Carmen: *“Tenía muchas ganas de poder llevarme mis hijos gemelos a casa para poder amamantar a los dos a la vez. A pesar de que, mientras estuvieron en la incubadora, en el hospital les dieron chupetes y biberones, tuve la suerte de que ya en casa ninguno de ellos tuvo ningún problema para agarrar correctamente el pecho. Fueron momentos muy felices.”*

Rosa: *“Mis hijos nacieron mediante cesárea programada y no precisaron de incubadora. Les di de mamar desde el principio y cogieron el pecho muy bien. Ponerme a los dos a la vez al pecho me resultaba difícil por lo que primero daba a uno y después al otro. Eran momentos muy íntimos y agradables.”*

Pilar: *“Cuando descubrí que mis hijas podían mamar juntas sobre unos grandes cojines las tomas se hicieron más rápidas y cómodas. Ponía a cada niña en un pecho y ya no las cambiaba durante la toma. En la toma siguiente las intercambiaba de pecho. Hasta el sexto mes les di lactancia materna exclusiva. A partir de allí fui introduciendo paulatinamente las papillas. Aunque al principio mucha gente no entendía porque insistía en amamantar exclusivamente a mis hijas, ahora me felicitan.”*

Lourdes: *“Al ser tres, prematuros y en incubadora me ofrecieron en seguida una pastillita para no tener leche..... como si ésas no fueran, precisamente, las principales razones para intentarlo. Encontré un gran aliado en el sacaleches y gracias a la ayuda de mi marido y*

una buena organización conseguí una lactancia materna para los tres hasta los 9 meses. Cuando volví al trabajo me planteé dejarlo pero de nuevo pensé que precisamente si ellos empezaban la guardería también se beneficiarían de la lactancia materna. Reconozco que fue muy duro, pero mereció la pena.”

Maria: *“En el hospital me animaron a sacarme leche para mis hijos que estaban en la incubadora. Cuando miraba la sonda que les llevaba el alimento hasta su estómago (pues aún no sabían chupar, no tenían instinto de succión) y veía pasar el líquido blanco que hacía un momento estaba dentro de mí, sentía algo muy especial, mezcla de pena y orgullo, y ganas de sentirlos en mi pecho, mamando como los demás niños.”*

Bibliografía:

1. *La lactancia materna*. Lawrence, R.A. Mosby / Doyma Libros, S.A. Madrid 1996
2. *Lactancia materna. Manual para profesionales*. Royal College of Midwives. ACPAM. Barcelona 1994
3. *La lactancia materna*. Aguayo, J. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2001
4. *Manual práctica de lactancia materna*. ACPAM. Barcelona, 2004
5. *MULTILACTA*, Programa de Apoyo a la Lactancia Materna de AMAPAMU (Asociación Madrileña de Partos Múltiples).

LACTANCIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y EN TANDEM

Inmaculada Marcos Marcos y Eulalia Torras i Ribas

Una madre está amamantando a su hijo cuando al saber que vuelve a estar embarazada, decide no interrumpir la lactancia de su hijo y seguir dándole el pecho durante todo el embarazo. Una vez nacido el pequeño, amamanta a los dos conjuntamente o por separado. Esto es la LACTANCIA EN TANDEM.

Está científicamente demostrado que el solapamiento de embarazo y lactancia no afecta negativamente al desarrollo fetal. Sea cual sea el coste, éste repercute en la madre aunque no parece que dicho coste sea excesivamente alto.



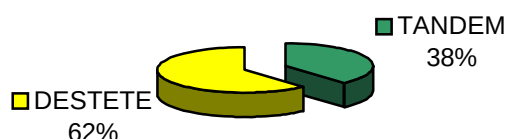
En un estudio prospectivo de búsqueda, captación de casos y recogida de datos en una encuesta, que realizamos en Barcelona a finales de 1999 (los ítems de la encuesta se recogen en el Anexo I del documento) de las 47 madres entrevistadas que habían decidido no destetar, las pocas a las que se detectó anemia en el embarazo con lactancia también se les había detectado en el primer embarazo. Incluso hubo algún caso en el que la tuvieron en el primer embarazo pero no en el segundo y ninguno a la inversa. Tampoco hay evidencia científica de que amamantar durante el embarazo aumente las probabilidades de sufrir abortos o partos prematuros. Está documentado el hecho de que la estimulación de los pezones durante el embarazo produce contracciones. Cerca del 60% de las madres entrevistadas en dicho estudio reconocieron haber tenido contracciones mientras su hijo mamaba pero en todos los casos cedían espontáneamente al momento que el niño soltaba el pecho y ninguna de estas madres tuvo amenaza de parto prematuro, ni la duración del embarazo en semanas varió significativamente en relación al primer embarazo sin lactancia (se resumen algunos datos en las Tablas I, II y Fig. 1)

Tabla I Características de la muestra entrevistada

Edad media	35 años
Profesión / Estudios	97.8 % estudios medio /alto
Número de hijos	2.4
Estado civil	95.7 % pareja estable
Asistencia a grupo de apoyo	85.1 %
Experimentan baja producción de leche	93.6 %
Contracciones al mamar el niño	57.4 % cedían y la mayoría de las veces no dolorosas

	Grupo Tándem (n=18)	Grupo Destete (n=29)
Meses de edad del niño al inicio del nuevo embarazo	24.3 meses	17.1 meses
Destete del niño en el embarazo	62 % (5º-6º mes)	31 % (3º-4º mes)

Las madres que deciden compaginar lactancia y embarazo inician un viaje con un destino incierto. La razón principal de su decisión suele ser el respeto a las necesidades del hijo mayor, seguida del deseo de vivir la experiencia en sí misma. Sin embargo algunas madres, a pesar de empezar con ilusión, destetan al poco tiempo por lo general debido a la extrema sensibilidad de los pezones durante el primer trimestre que hace que la lactancia les resulte dolorosa o desagradable. Otras, que lo viven positivamente, pueden encontrarse con la sorpresa de que es su hijo quien se desteta por su cuenta. Alrededor del 60% de los niños que maman durante un embarazo posterior de sus madres se destetan solos (En nuestro estudio el 62% y en otro similar hecho en EEUU el 57% . Esto puede ocurrir en cualquier momento pero hay dos especialmente significativos. Hacia el 3º- 4º mes de embarazo suele producirse una considerable disminución de la producción de leche debido a la interacción de las hormonas del embarazo con las de la lactancia. Sale poca leche y algunos niños pierden interés. Hacia el 5º-6º mes de embarazo, la madre empieza a producir calostro, con el consiguiente cambio de sabor, que da lugar a que algunos niños rechacen entonces el pecho. De todos modos siempre hay niños a los que la cantidad o sabor de la leche les es indiferente y siguen mamando sin inmutarse hasta el nacimiento de su hermanito. Entonces empieza la lactancia en tándem.

Fig.1 Tándem versus destete del niño

Aunque no sabemos si la composición del calostro es idéntica con lactancia que sin ella, lo cierto es que calostro hay, en grandes cantidades, y ambos hermanos pueden beneficiarse de sus propiedades únicas. Se ha observado que los recién nacidos que lactan en tándem con su hermano mayor pierden menos peso al nacer, y lo recuperan más rápidamente, al contar con una producción de leche ininterrumpida y la ayuda del hermano para estimular. El proceso de la "subida" se repite, pero con mayor facilidad y rapidez, además la posible ingurgitación es más fácil de resolver si son dos a drenar. En nuestra encuesta observamos que, durante el primer mes de vida, el recién nacido aumentaba de media un 25% más de peso que su hermano a la misma edad. Aunque se hace difícil asegurar si esto es por la lactancia en tándem, por una mayor experiencia y mejor técnica de lactancia de la madre o por cualquier otro motivo, lo que está claro es que lactar en tándem no perjudica el correcto desarrollo del bebé. Además es habitual que en el hermano menor no se observen las conocidas "crisis de crecimiento" que sufren otros recién nacidos. Siempre parece haber leche de sobra y no le hace falta sobrestimular para aumentar la producción.

En algunas culturas en que la lactancia en tándem es una práctica aceptada también se encuentra el mito de que el embarazo puede "pudrir" o "estropear" la leche de la madre produciendo enfermedades en el hijo mayor, de modo que si se observan diarreas u otros trastornos se procede al destete. En el 63'15% de los casos de nuestra encuesta las madres comentaron que a partir del 5º-6º mes de embarazo el niño que seguía mamando empezaba a sufrir una diarrea leve. A algunos niños se les practicó cultivos en heces, no encontrando



nada patológico en ellos. Esta diarrea coincide con la aparición del calostro, por lo que nos inclinamos a pensar que es debida al efecto laxante del mismo. Este trastorno es inofensivo y desaparece varios días después del parto. Encontramos en Medline un estudio hecho en Buthan sobre el tema ,en el que se exponía que los niños que eran destetados durante un embarazo posterior de sus madres mostraban un reducido aumento de peso y una mayor incidencia de enfermedades infecciosas respecto, no solamente a los no destetados, sino también a otros niños de la misma edad a los que se destetaba sin embarazo de por medio. Los autores concluyen que el estrés sufrido por el niño debido al destete brusco en dichas circunstancias, debilita su inmunidad y afecta a su apetito.

La lactancia en tándem no favorece el contagio entre hermanos. En nuestra encuesta las madres coincidieron mayoritariamente en que el recién nacido comparativamente enfermaba menos que el mayor a la misma edad. Cualquier madre con mas de un hijo sabe perfectamente que besar, babosear y acariciar al nuevo hermanito es uno de los entretenimientos favoritos de los otros hijos. Pensar que se van a contagiar mas por

compartir el pezón que por otros tipos de contacto no parece tener fundamento. Sin embargo se puede especular sobre el hecho de que si el hermano mayor no ha dejado de mamar y ha vuelto a beneficiarse por segunda vez de las propiedades inmunológicas del calostro, será más resistente a las enfermedades que si no lo hubiera hecho, lo que servirá también de protección al pequeño sobretodo si el mayor ya va al colegio o a la guardería. También es probable el hecho de que la madre comparta la misma inmunidad con ambos hijos, con lo cual el pequeño recibe defensas para luchar contra los virus o bacterias de las que el mayor es portador.



Amamantar en tándem tampoco parece perjudicar a la madre. La lactancia del hijo mayor suele producir una amenorrea más prolongada lo que favorece la recuperación de la madre tras el embarazo. Seguir dando el pecho durante el nuevo embarazo no parece tener un gran

coste físico probablemente debido al importante descenso de producción. La lactancia en tándem puede producir además una amenorrea todavía más larga. Aunque es habitual que al nacer el hermanito, el mayor pase por una fase de aumento de demanda del pecho de la madre (a menudo sucede que mama más que el pequeño), poco a poco volverá a su ritmo habitual de una o dos veces al día, generalmente para dormirse. Es común que aunque la madre amamante a demanda a su bebé imponga más tarde o más pronto ciertos límites al acceso del mayor al pecho.

Entre las ventajas que las madres han destacado de amamantar en tándem está el hecho de que parece ayudar a una mejor adaptación de los hermanos, permite sobrellevar mejor los episodios de celos y crea un vínculo muy especial entre ambos. También establece un tipo de relación distinta entre la madre y el hijo mayor, basada en el respeto, sin afectar negativamente el vínculo con el pequeño con cuyas necesidades y demandas la madre parece estar "especialmente sintonizada".

Entre los inconvenientes destacan la sensación de agobio ante las demandas del mayor así como la aparición de sentimientos confusos y contradictorios. En las pocas referencias bibliográficas que se encuentran sobre lactancia en tándem se hace referencia a que las madres "a menudo tienen sentimientos encontrados; de vez en cuando sienten rencor hacia sus hijos mayores, ponen en duda la validez de lo que están haciendo y se enfrentan con la doble demanda de su cuerpo" o a que "si la madre se siente resentida hacia el hijo mayor que mama, ha llegado el momento de destetar suave pero firmemente". Estas opiniones dan a entender que tener sentimientos negativos hacia el hijo mayor, cuando la madre se está vinculando con el recién nacido, es patrimonio exclusivo de la lactancia en tándem y el destete lo soluciona todo, pero lo cierto es que madres que no amamantaban a sus hijos mayores también han expresado sentimientos similares al nacer su segundo hijo. En cualquier caso cada madre vive la experiencia a su manera e igual que llegado a este punto alguna madre ha destetado al mayor por sus propias razones particulares, otras no lo han hecho.

Mención especial merece la actitud de los profesionales al respecto a la lactancia con embarazo y a la lactancia en tándem (TABLA II). En nuestra encuesta el 10'64% de madres reconocieron no habérselo dicho al ginecólogo y el 23'53% no se lo dijo al pediatra. Las

razones principales son que, o bien no se atrevieron, o prefirieron evitarse discusiones. De las que sí lo comentaron, una pequeña minoría no tuvo ningún problema con el tema, en el resto de los casos hubo algunos sentimientos de indiferencia, por parte sobre todo de los ginecólogos, pero mayoritariamente, sobre todo en los pediatras (76'92%), el sentimiento fue de rechazo. Aunque la evolución positiva del embarazo y el correcto desarrollo del recién nacido solían mejorar las cosas con el paso del tiempo, varias madres han manifestado su descontento por haber sido víctimas de tanta presión negativa.

Tabla II Lactancia en Tándem y actitud de los profesionales

Dijo a matrona/ginecólogo que amamantaba en el embarazo	89.3 %
Comentario de rechazo	70.2 %
Dijo al pediatra que lactaba en tándem	76.5 %
Comentario de rechazo	76.9 %
Razones que llevaron a continuar lactando	Respeto a las necesidades del hijo mayor
Razones que llevaron al destete (en su caso)	* Dolor en pezones al amamantar (n= 9)

** Entendemos que estos resultados no son representativos debido a que la mayoría de las madres entrevistadas pertenecen a un colectivo que ha recibido información y apoyo. En una muestra más amplia de población probablemente las presiones externas y la falta de información serían las causas más habituales de destete.*

ANEXO I Cuestionario lactancia en tándem

1. Edad
2. Profesión y/o estudios
3. Número de hijos
4. Estado civil.
5. Meses de edad del niño lactante cuando inicio del nuevo embarazo.
6. ¿Asistes a algún grupo de madres de soporte e información a la lactancia?
7. En su caso meses de lactancia de otros hijos mayores destetados.
8. ¿Tuviste amenaza de aborto o de parto prematuro en alguno de tus embarazos?
Especifica que y en cual.
9. En caso de haber tenido amenaza de parto prematuro ¿Estuvo relacionada con
infección de orina o cólico nefrítico?
10. ¿Tuviste hemorragia durante algún embarazo? ¿En que trimestre?
11. ¿Tuviste anemia en el primer embarazo? ¿Y en el segundo dando de mamar?
12. ¿Experimentaste baja de producción de leche? ¿A que tiempo del embarazo?
13. Semana de gestación en que apareció el calostro (Aproximadamente)
14. El niño mayor que mamaba entonces ¿Tuvo episodios como de diarrea?
15. ¿Tenías contracciones o dolores como de regla cuando tu hijo mayor mamaba? ¿Cedían
rápidamente o no?
16. Si se destetó el niño mayor durante el embarazo ¿A que semana de la gestación? ¿Cómo
fue?
17. Duración de todos tus embarazos en semanas, especificando cual fue lactando.
18. ¿Dijiste a tu comadrona o ginecólogo que amamantabas durante el embarazo?
19. ¿Qué te dijeron?

20. Tipo de parto: inducido o de inicio espontáneo. Si se indujo ¿Por qué? ¿El parto fue eutócico (normal), fórceps o cesárea? En caso de no ser normal ¿Por qué?
21. Patología del embarazo con lactancia (problemas o molestias)
22. Peso de todos tus hijos al nacer. Especificando cual nació del embarazo con lactancia.
23. Número de kilos ganados durante cada gestación, especificando la gestación con lactancia.
24. Aproximado: ¿Cuántas veces mama al día el hijo mayor durante el primer mes de vida del recién nacido? ¿Y el pequeño?
25. Gramos de peso que ganaron todos tus hijos el primer mes de vida, contando desde el peso más bajo.
26. ¿Dijiste al pediatra de tus hijos que el mayor también mamaba?
27. ¿Qué te dijo?
28. ¿Qué razones te han llevado a continuar con la lactancia durante el embarazo y después del parto?
29. En su caso ¿Qué razones te han llevado a destetar a tu hijo durante el embarazo?
30. ¿Tienes alguna cosa que aportar que creas importante y no hemos preguntado?

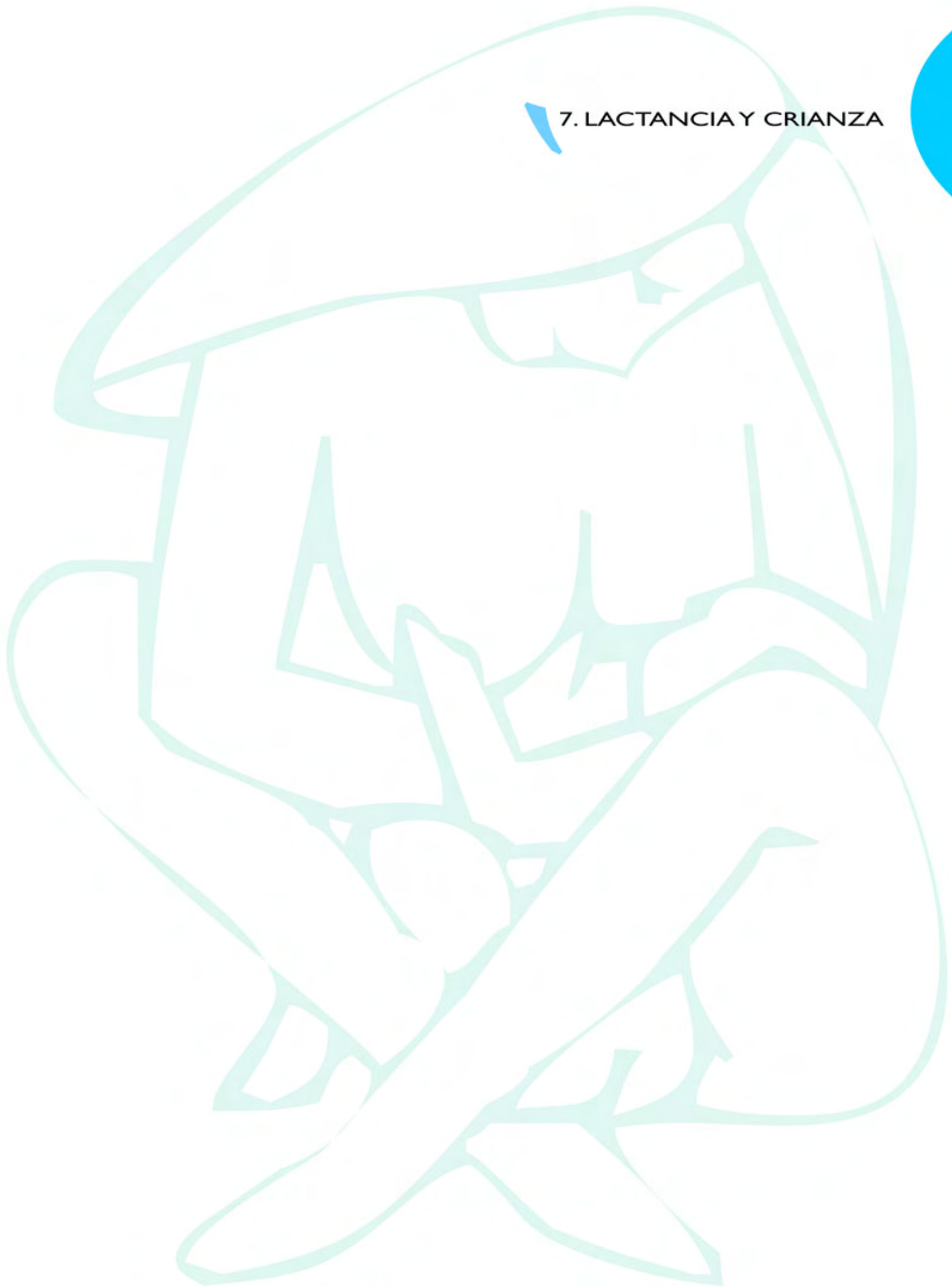
ANEXO II Algunos comentarios de las madres aportados a la encuesta (texto libre)

- ✎ *"Encontré que los sentimientos que despertó en mi amamantar en tándem no se correspondían con lo que me había imaginado".*
- ✎ *"Amamantar en tándem me facilitó el inicio de la lactancia del menor y disminuyó las molestias que sufrí en la lactancia del mayor como por ejemplo la ingurgitación"*
- ✎ *"Haber respetado sus necesidades y no haber interrumpido su lactancia ha creado un vínculo muy especial entre mi hijo mayor y yo".*
- ✎ *"Amamantar en tándem me ha facilitado el poder ayudar a mis hijos a superar sus episodios de celos".*
- ✎ *"He observado que el hecho de mamar juntos ha hecho que mis hijos establezcan una relación muy especial entre sí".*
- ✎ *"En ocasiones las demandas de mi hijo mayor me resultan agobiantes y me provocan sentimientos encontrados".*
- ✎ *"A pesar de estar amamantando a la vez a dos hijos, mi respuesta a las demandas del menor (reflejo de eyección, etc.) es superior a las del mayor, como si estuviera "más conectada" con el más pequeño".*
- ✎ *"¿Por qué tantos profesionales se empeñaron en convencerme de que estaba haciendo algo "malo"?"*
- ✎ *"Amamantar en tándem me produjo una amenorrea mas prolongada que mi otra lactancia sin tándem".*

BIBLIOGRAFIA

1. Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *Am J Clin Nutr* 1990; 52(2):280-8.
2. Moscone SR, Moore MJ Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact* 1993 Jun;9(2):83-88.
3. Bohler E, Ingstad B The struggle of weaning: factors determinig breastfeeding duration in esast Bhutan. *Soc Sci Med* 1996; 43(12):1805-15.
4. Marvin S. Eiger, MD & Sally Wendkos Olds. *El Gran Libro de la Lactancia*. Ediciones Medici, 1989.
5. Lawrence R A *La Lactancia Materna*. Una guía para la profesión médica. Mosby/Doyma Libros, SA 1996 Edición en español.
6. Royal College of Midwives. *Lactancia Materna. Manual para profesionales*. ACPAM, 1994.

7. LACTANCIA Y CRIANZA



EL COLECHO Y LA LACTANCIA MATERNA PUEDEN PREVENIR EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

El antropólogo James Mackenna de la Universidad de Indiana, EEUU, publicó dos estudios en 1997 en el *Pediatrics*. Controló con monitores en laboratorio el sueño de madres dormidas con sus bebés. Se trataba de establecer las diferencias entre los bebés solitarios y los que dormían acompañados. Se registraron las ondas cerebrales (EEG), los movimientos de los ojos, el mentón, tono muscular, la respiración y el ritmo cardíaco. Los movimientos de ambos se registraron mediante una cámara de infrarrojos. Los resultados fueron asombrosos; madre y bebé cuando duermen juntos están sincronizados, los movimientos y la respiración de cada uno afectan al otro.

Durante el sueño los bebés tienen un patrón diferente al de los adultos. Los bebés presentan más y mayores períodos de sueño ligero llamado REM con movimientos rápidos de los ojos, (en inglés Rapid Eye Movement). Hay cuatro niveles diferentes de REM numerados del 1 al 4. El sueño profundo se produce en los niveles 3 y 4. Los bebés pueden pasar por episodios de apnea que pueden durar hasta 15 segundos pero, si el mecanismo automático de la respiración no se dispara, el niño se despierta y reinicia su respiración sin problema alguno. Esto es fácil si se encuentra en un período de sueño ligero por ello los bebés no duermen profundamente como los adultos. Necesitan estar alertas para mantenerse vivos.

Según Mackenna el roce, el movimiento, el sonido de la respiración, la temperatura, el intercambio de gas carbónico y las vocalizaciones del sueño del acompañante del bebé ejercen una influencia positiva.

La sincronización entre los ciclos de sueño mamá-bebé cuando duermen cerca y comparten la misma cama aumenta la presencia de fases REM en ambos incrementando así la alerta de la madre y la sensibilidad del bebé a cualquier movimiento de su madre ayudando a disminuir y corregir los episodios de apnea. El SMSL se presenta más en niños varones, con peso inferior al normal, prematuros, y entre los tres y cuatro meses de edad.



PALABRAS CLAVE

COLECHO: Dormir junto al bebé compartiendo la misma cama.

COHABITACION NOCTURNA: Cuando el bebé duerme en la misma habitación de sus padres pero no en su misma cama.

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: Se cree que es un fallo respiratorio, una incapacidad del bebé para emerger del sueño (profundo probablemente) y asumir la respiración después de un episodio de apnea.

EL MEDIO Y EL AMBIENTE DE CRIANZA PODRÍAN TENER RELACIÓN CON EL SMSL

En los últimos cinco años el simple acto de cambiar la posición del niño para dormir ha disminuido significativamente la proporción de SMSL.

En un principio los expertos decían que era conveniente poner al bebé boca abajo a fin de que no se ahogara con su propio vómito. Pero la baja incidencia del SMSL en relación con la posición supina aconsejó que los padres acostaran al bebé boca arriba. El cambio fue espectacular. En Reino Unido reducción del 90% entre 1981 y 1992; en Holanda, Australia y Nueva Zelanda la reducción fue de un 50%. En EEUU menos porque este cambio ha sido menos publicitado y menos aceptado. Al contrario de la postura boca abajo, la postura boca

arriba favorece el aumento de las fases de sueño ligero por lo que es mas fácil que el bebé se despierte después de un episodio de apnea.

La posición del bebé puede influir y nos ayuda a explicar por qué las culturas no occidentales están menos afectadas por el SMSL. En estas culturas los bebés duermen con la madre y maman a voluntad durante la noche. La investigación de Mackenna ha demostrado que, cuando la madre acuesta el bebé con ella, siempre lo pone boca arriba. Esta posición le permite darle el pecho y vigilarle con más facilidad; además el bebé se mueve con mayor libertad.



La alimentación materna, por sí sola, también protege contra el SMSL, porque la lactancia nocturna frecuente combate la hipoglucemia y asegura que la madre esté atenta. Naturalmente las madres no eligen la posición supina porque evite el SMSL, sino porque les parece natural.

Algunos estudios han demostrado que el colecho puede ser una práctica que puede aumentar la incidencia de SMSL pero sólo en determinadas circunstancias como son:

- ✎ Que la madre sea fumadora y haya fumado durante el embarazo.
- ✎ Que los padres hayan consumido alcohol o drogas.
- ✎ Que el colecho se produzca en condiciones de hacinamiento.

Es difícil globalizar el concepto de que el colecho sea una práctica peligrosa cuando se realiza culturalmente en la mayoría de comunidades del mundo, con excepción de los países industrializados, donde comenzó a discontinuarse en los últimos 200 años.

✎ CONCLUSIONES:

1. Estudios científicos demuestran que el contacto cercano durante el sueño entre el bebé y sus padres tiene beneficios que incluyen:
 - ✎ Despertares sincronizados entre ambos
 - ✎ Una mejor estabilidad cardio-respiratoria y oxigenación de los niños
 - ✎ Menores episodios de llanto
 - ✎ Mejor termo-regulación
 - ✎ Mayor prevalencia y duración de la lactancia materna
2. Está científicamente demostrado que la lactancia materna por sí misma es un factor de prevención del SMSL.
3. Al facilitar la lactancia materna, el colecho ayuda a prevenir el SMSL.
4. El colecho en sí mismo, al sincronizar los ciclos de sueño madre/bebé, así como dormir en la misma habitación que los padres (cohabitación nocturna) previene el SMSL.

5. El colecho no aumenta la incidencia de SMSL salvo quizás en circunstancias muy especiales (madre que fume durante el embarazo y en presencia del bebé, drogada, ...).



RECOMENDACIONES:

En base a los resultados de los estudios citados, es importante que las madres reciban información adecuada que les permita tomar decisiones conscientes y responsables sobre la crianza de sus hijos.

Por ello deberían ser informadas sobre:

- ✓ De las medidas preventivas del SMSL y de los factores de riesgo potenciales.
- ✓ De las ventajas del colecho y de la lactancia prolongada siguiendo las recomendaciones de OMS/UNICEF.
- ✓ De que los bebés no están capacitados para dormir solos hasta que están maduros para reaccionar ante un fallo respiratorio durante la fase de sueño profundo.

APÉNDICE: EL SUEÑO EN LAS DISTINTAS CULTURAS

La incidencia más baja de SMSL ocurre en los países asiáticos, especialmente en Japón y Hong Kong donde el colecho está incorporado culturalmente desde antaño. También mencionar la baja incidencia del SMSL, respecto al resto de la población, en algunas áreas de Londres habitadas por inmigrantes de Bangla Desh, los cuales continúan con la costumbre de realizar colecho.

Las autoridades de Nueva Zelanda recomiendan oficialmente que, al menos durante el primer año de vida, los niños duerman en la habitación de sus padres, aunque sea en su propia cuna, a partir de los estudios realizados por Mitchell y col. (Lancet 1996; 347:7) que muestran una clara reducción de SIDS en relación con el colecho.

La tasa mayor está en Estados Unidos: dos de cada 1000 nacidos con vida (casi uno por hora), uno de los países occidentales más reacios a la práctica del colecho.

Bibliografía:

1. Nuestros hijos y nosotros. Meredith F.Small. Vergara Vitae. Argentina 1999
2. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Besharing promotes breastfeeding. Pediatrics 1997;100:214-9
3. Mitchell EA y col. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. Pediatrics 1997; 100:835-40
4. Scragg RKR, Mitchell EA y col. for the New Zealand Cot Death Study Group. Infant room sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. Lancet 1996;347:7-12

Autoras:

Concepción Marcos. Matrona asistencial. Obstetricia partos. Hospital Universitario del mar. Barcelona. España

Inmaculada Marcos. Matrona atención primaria. Asesora de Lactancia de ALBA
LACTANCIA MATERNA. Barcelona. España.

8. LA IMPORTANCIA DEL PARTO EN LA LACTANCIA



LA IMPORTANCIA DEL PARTO EN LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es indisociable de otros aspectos del ciclo sexual y reproductivo de las mujeres, por lo tanto el éxito de la lactancia puede verse condicionado por otros factores como la información recibida durante el embarazo, la forma en que se atendió a la madre durante el parto, las intervenciones realizadas, etc.

Por todo ello la Federació Catalana de Grups de Suport a la Lactància Materna elaboró un conjunto de Propuestas enfocada a mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con vistas a facilitar más lactancias exitosas.

Estas propuestas se recogieron en un dossier que fue presentado ante la Permanent del Consell de Dones de Catalunya que se reunió en el Institut Català de les Dones en mayo del 2006.

Federació Catalana de Grups de Suport a la Lactància Materna:

✓ **Propuestas para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres**

✓ **Embarazo, parto y puerperio**

MARCO DE REFERENCIA

El nacimiento de un hijo es un momento trascendental en la vida de las personas, y como tal debe ser objeto de un respeto profundo. Se debería poder vivir como una celebración por parte de las madres y sus parejas. Los profesionales que participen se tendrían que considerar como invitados privilegiados.

En nuestro entorno, desgraciadamente, el embarazo, el parto y el puerperio han perdido, en la mayoría de los casos, su carácter espontáneo y fisiológico, a causa de un exceso de medicalización innecesaria. La ciencia médica tradicional no siempre ha estado, hasta el momento, en condiciones de abordar el parto como acontecimiento fisiológico natural y benigno, y ha tendido considerarlo como si se tratase de una patología.

Esta alteración de la imagen del parto ha permitido el desarrollo de modelos de asistencia que responden a las necesidades de la organización hospitalaria, pero no siempre a las necesidades de la madre y el recién nacido. La estructura sanitaria actual conduce en muchos casos a complicar el trabajo de parto, multiplicando las necesidades de intervención médica (yatrogenia).¹ Como consecuencia, las mujeres se ven muy a menudo imposibilitadas para vivir el parto y el encuentro con su hijo de una manera activa y saludable.

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó en Fortaleza, Brasil, una conferencia sobre la tecnología apropiada para la asistencia al parto. La revisión de los conocimientos sobre estas tecnologías llevó a la adopción unánime de una serie de recomendaciones aplicables a los servicios perinatales de todo el mundo, y que quedaron recogidas primero a la Declaración de Fortaleza² y, posteriormente, en el documento *Care in normal birth: A practical guide* (1997), una guía práctica con las recomendaciones oficiales de la OMS para la asistencia a los partos normales³. En este último documento, la OMS cuestionó la atención que se ofrece en los hospitales a las mujeres y a los recién nacidos en aquellos países donde la asistencia al parto se encuentra muy medicalizada. Éste es nuestro caso.

El retraso de más de veinte años en la implantación en nuestro país de las recomendaciones de la OMS para la atención al parto normal ha comportado un incremento incesante del

¹ Hechos reconocidos por el Parlamento Europeo en 1988, en la resolución por una Carta de Derechos de la Parturienta. (Résolution (doc. B271286) présentée conformément à l'article du règlement et votée par le Parlement Européen. Strasbourg, juillet 1988).

² Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, publicada en *Lancet*, 1985, 2:436-437.

³ Organización Mundial de la Salud: *Care in normal birth: A practical guide*. Report of a Technical Working Group. Ginebra: 1997. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006]

número de partos instrumentales y de cesáreas. Pocos hospitales han tomado medidas para modernizar sus prácticas y adaptarlas a las recomendaciones de la OMS.

El *Protocolo de Asistencia al Parto y al Puerperio y de atención al Recién Nacido* (Generalitat de Catalunya, 2004) ha representado, en este sentido, un acercamiento importante a la línea señalada por la OMS, pero a estas alturas su aplicación en Catalunya es totalmente insuficiente. El Protocolo de la Generalitat se mueve, como la OMS, en la visión del parto normal como proceso fisiológico con un gran componente emocional y contempla las diversas opciones existentes en cada etapa de este proceso, desde el parto medicalizado (la llamada “gestión activa” del parto) hasta el parto propiamente fisiológico, que el protocolo define como “parto natural no medicalizado”. Estas opciones, desgraciadamente, aún no son una realidad en la inmensa mayoría de los hospitales y clínicas catalanas, donde a menudo se trata de denegar a las mujeres la posibilidad de elegir entre las opciones contempladas en el mismo protocolo oficial.

Por todo eso, CONSIDERAMOS:

A. Que el modelo actual mayoritario de atención al embarazo y sobre todo al parto está superado. El parto eutócico (parto normal) recibe un tratamiento que habría que reservar para los partos de alto riesgo, o sea, para los partos presumiblemente patológicos.

La asistencia rutinaria a los partos en las maternidades de los hospitales catalanes se fundamenta en la llamada “gestión activa” del parto, e incluye prácticas desaconsejadas por la OMS y no exentas de riesgos reales y potenciales, como por ejemplo:

- ✎ canalización de una vía
- ✎ monitorización fetal electrónica interna y/o continua
- ✎ inyección de oxitocina para acelerar el proceso
- ✎ analgesia peridural
- ✎ ruptura artificial de la bolsa de aguas (amniotomía)
- ✎ episiotomía rutinaria (corte vaginal)

▶ tracción del cordón umbilical a fin de acelerar la expulsión placentaria

Prácticas a las cuales se puede añadir la inducción artificial del parto (a menudo por causas no médicas: inducciones “de conveniencia”), la extracción instrumental (fórceps), y las cesáreas no necesarias, a menudo relacionadas con la yatrogenia propia de la “gestión activa” del parto o bien con motivaciones de orden social.

Los datos facilitados por el departamento de Salud Maternoinfantil de la Consejería de Sanidad de la Generalitat⁴ muestran la evolución en aumento de los partos por cesárea durante el periodo 1993-2002, pasando de uno 22,8% a un 26,1%. Este aumento es aún más alarmante a los centros privados, donde en el año 2002 se llegó a un 36,6% de cesáreas. Es evidente que estos datos superan de manera muy preocupante el 10-12% de cesáreas que la OMS considera justificable⁵.

Es muy significativo que los Indicadores de Salud Maternoinfantil contemplen sólo la mortalidad materno-fetal y la morbilidad neonatal, pero no la morbilidad materna. El proyecto PERISTAT, del Programa de Acción Comunitaria de Vigilancia de la Salud de la Comisión Europea,⁶ ha establecido los siguientes indicadores de morbilidad materna:⁷

- ▶ prevalencia de morbilidad materna grave
- ▶ prevalencia de trauma perineal (episiotomía, o corte vaginal)
- ▶ prevalencia de incontinencia fecal
- ▶ depresión posparto

El nacimiento es una experiencia central en la salud y la vida emocional de las mujeres. Sabemos que una experiencia de parto traumático o decepcionante, o hechos como por

⁴ Generalitat de Catalunya: *Indicadors de Salut Maternoinfantil*. <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/indica2002.pdf>> [consulta: 23 febrero 2006].

⁵ B. Chalmers, V. Mangiaterra i R. Porter: “WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course”, *Birth*, 2001; 28: 2002-207.

⁶ Más información: *PERISTAT. Monitoring and evaluating perinatal health in Europe*. <<http://europeristat.aphp.fr>> [consulta: 23 febrero 2006].

⁷ <<http://europeristat.aphp.fr/fr/indicateurs/main.html>> [consulta: 23 febrero 2006].

ejemplo la persistencia de traumas perineales repercuten muy negativamente en la salud psíquica y física de las mujeres a corto y a largo plazo.

Recordemos que en nuestro país más de un 80% de las primíparas sufren una episiotomía, con el consiguiente trauma perineal, y a menudo con repercusiones poco evaluadas como por ejemplo disfunciones sexuales durante meses e incluso años.

B. Que la falta de información a las mujeres sobre los riesgos y perjuicios de estas prácticas de rutina, a corto y a largo plazo, y sobre las alternativas posibles, mengua su posibilidad de elección, y por tanto constituye un ámbito institucional de discriminación, violencia contra las mujeres y privación de los derechos reconocidos, entre otras, por la ley General de Sanidad, la ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, y la Carta de los Derechos y Deberes de los Ciudadanos en relación con la atención sanitaria en Catalunya.

C. Que es preciso reorientar la atención a la salud sexual y reproductiva en nuestro sistema sanitario, haciendo hincapié en la información objetiva, la atención adecuada y el respeto a las mujeres y sus hijos/hijas, evitando intervencionismos y medicalizaciones innecesarias.

El embarazo, el parto y la lactancia materna son parte de un mismo proceso natural además de actos fisiológicos, demuestran salud en las mujeres y no se tienen que tratar como enfermedades.

Toda mujer es capaz de parir y amamantar sin problemas mientras no se demuestre lo contrario. Desgraciadamente, las mujeres estamos acostumbradas a recibir el trato opuesto: todo embarazo y todo parto son abordados como situaciones de alto riesgo hasta que no demostramos lo contrario.

Estamos muy lejos en este terreno de países como Gran Bretaña, Suecia y los Países Bajos, donde gozan de unos sistemas de atención a la salud sexual y reproductiva envidiables con resultados comprobados de:

- ✓ Experiencia de parte más satisfactoria para mujeres y familias
- ✓ Mayores tasas de éxito en la lactancia materna
- ✓ Un importante ahorro económico por el sistema público de salud

Y PEDIMOS:

1. Que se garanticen los **derechos a la información y al consentimiento informado** de las gestantes como usuarias de los sistemas de salud, derechos contemplados a la legislación estatal y autonómica:⁸

- ✓ Proporcionando **información verdadera y objetiva** sobre los procesos asistenciales en la atención al embarazo y al parto, sobre la naturaleza, utilidad, alcance, riesgos e inconvenientes de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.

Durante la atención al embarazo es preciso que se oriente a las mujeres sobre los diferentes modelos de atención al parto, y que estén informadas de los riesgos, beneficios y alternativas de cada uno de los modelos.

- ✓ b. Favoreciendo la **toma de decisiones conjunta** respecto a las pruebas diagnósticas y los tratamientos.
- ✓ c. Previendo que todas las gestantes presenten por escrito su “plan de parto”, tal como contempla el *Protocolo de Atención al Parto y al Puerperio* (2004), donde manifiesten sus preferencias en la atención al parto normal, como se hace -muy satisfactoriamente- en otros países de nuestro entorno (Gran Bretaña). Este “plan de parto” tendría que tener la validez de un consentimiento informado, donde la usuaria manifiesta cómo quiere ser atendida durante su trabajo de parto, y como tal se debería respetar siempre y cuando sus indicaciones no comporten ningún riesgo grave para ella misma o para su recién nacido.

2. Que se **revisen los protocolos** actuales sobre la atención al embarazo, parto y posparto en función de las nuevas evidencias científicas, de las recomendaciones de la OMS y fomentando la participación de las asociaciones de usuarias.

⁸ Legislación estatal (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica) y autonómica (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica; Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, marzo de 2002).

3. Que se publiquen anualmente los **datos de salud maternoinfantil** abarcando los indicadores de **morbilidad materna recomendados** por el proyecto PERISTAT de la Comisión Europea:⁹

- ▶ prevalència de morbilidad materna grave
- ▶ prevalència de trauma perineal (abarcando la episiotomía)
- ▶ prevalència de incontinencia fecal
- ▶ depresión posparto

Las mujeres tendrían que tener a su alcance estos datos, así como los porcentajes de cesáreas, inducciones y partos instrumentados, especificando las cifras de cada centro hospitalario.

4. Que se lleven a cabo **programas formativos** de reciclaje para mejorar la formación de todos los profesionales implicados en la atención de la mujer durante su ciclo sexual y reproductivo, abarcando contracepción, embarazo, parto fisiológico, puerperio y lactancia materna.

Actualmente la formación de todos los profesionales relacionados con el parto se basa en el supuesto de que la única opción de las mujeres es el parto medicalizado dirigido. Es indispensable contar con nuevos profesionales competentes capaces de asistir y respetar los partos fisiológicos, tanto los obstetras como las comadronas. Sólo hay una minoría de profesionales que por propio interés han indagado y se han preparado en cursos y jornadas alternativas, a las cuales el sistema sanitario normalmente no da ningún apoyo.

5. Que la **comadrona** sea la figura profesional más importante en el seguimiento del embarazo y el parto normales, como especialista en la normalidad reproductiva, tal como recomienda la OMS.¹⁰

⁹ Más informació: *PERISTAT. Monitoring and evaluating perinatal health in Europe*. <<http://europeperistat.aphp.fr>> [consulta: 23 febrero 2006].

¹⁰ Ver OMS: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997, 1.6., págs. 4-6: "The Caregiver in Normal Birth". <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006]

Diversos estudios demuestran que cuando se deja el control del embarazo y el parto normal en manos de médicos-cirujanos obstetras las cifras de intervencionismo y medicalización del embarazo y del parto se disparan, con el consiguiente nivel alto de yatrogenia y un alto coste económico.¹¹

Es necesario reforzar la autonomía de la comadrona como profesional que atiende los embarazos y los partos normales, y cumplir el protocolo de atención a la mujer en el que se dice que la comadrona tendrá la responsabilidad de los cuidados del embarazo y de todas las visitas que haga la mujer al centro de salud, mientras que el médico obstetra hará una por trimestre.

Actualmente encontramos que hay centros de salud donde la comadrona tiene muy poca autonomía y las visitas son alternas con el ginecólogo, o incluso la mujer ve al obstetra más a menudo. A la hora del parto, las comadronas son relegadas al papel de enfermeras que ayudan a los ginecólogos pero que no llevan la evolución y la asistencia al parto normal. La calidad de la atención sería más alta si las comadronas tuviesen más autonomía. Diversos estudios han demostrado que cuando las comadronas atienden los partos se reduce el número de intervenciones –episiotomía, cesáreas, fórceps– y las usuarias tienen un nivel más alto de satisfacción.

6. Que se fomente la **comunicación empática** de los profesionales hacia las mujeres en situación de maternidad, teniendo cuidado de las **necesidades emocionales** de las usuarias. Y eso no sólo porque tiene que redundar en un grado más alto de satisfacción de las usuarias, sino porque los aspectos emocionales (angustia, miedo, disgusto) repercuten de manera determinante en el proceso del parto. Una palabra poco amable, una actitud autoritaria, pueden producir estrés, con la consiguiente demora del proceso fisiológico de dilatación, y por tanto pueden determinar que el parto finalice de manera traumática con una extracción por fórceps o una cesárea por falta de progresión.¹²

¹¹ WAGNER, Marsden: *Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Birth Technology*. ACE Graphics, Sydney & London:1994.

¹² “[diversos] estudios han demostrado que una primípara de bajo riesgo obstétrico, que dé a luz en un hospital universitario, en un parto de 6 horas, podría ser visitada por unas 16 personas diferentes, y aún así pasaría sola gran parte de este tiempo. La rutina, la presencia de extraños y el hecho de que la dejen sola durante el parto y/o nacimiento provocan estrés, y éste puede

Atender de forma adecuada las necesidades emocionales de las usuarias tiene por tanto consecuencias positivas incluso a nivel físico. Es un derecho, pero también una ventaja tanto para la mujer como para el sistema sanitario.

7. Que se aumente la **duración de las visitas** de atención al embarazo o posparto, de manera que haya tiempo para dar apoyo a los aspectos emocionales, entre otros. Eso mejoraría la calidad de la asistencia y el nivel de satisfacción de las usuarias.

Por consiguiente, es preciso **aumentar el número de comadronas** para cumplir con tal fin. El número de obstetras no habría necesidad aumentarlo: en el momento en que dejen de asumir las funciones de las comadronas (la atención a la normalidad reproductiva) tendrán menos número de visitas de embarazo, podrán reducir la lista de espera y aumentar el tiempo por visita.

Se considera como número suficiente tres **ecografías** durante el embarazo. Pero se considera insuficiente por parte de muchas usuarias la atención y empatía emocional hacia las mujeres que muestran la mayoría de profesionales ecografistas durante la técnica. Se debería fomentar esta empatía, aumentando, si es preciso, el tiempo por visita ecográfica.

8. Que se implementen las **recomendaciones de la OMS** respeto a la asistencia del parto normal:¹³

- ✓ a. Crear un ambiente confortable y de intimidad a su alrededor.
- ✓ b. No aplicar enemas de limpieza ni rasurar sistemáticamente el vello púbico.
- ✓ c. Permitir a la mujer el acompañamiento continuado de personas de su confianza, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas.

interferir con el proceso del parto, incrementando su duración y desencadenando lo que se conoce como a la cascada del intervencionismo. Ver OMS: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997, 2.4., pág. 10. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006]

¹³ OMS: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006]

- ✶ d. No someter a la mujer a exploraciones constantes, y aún menos realizadas por diversas personas; sólo las estrictamente necesarias, y todas con su consentimiento.
- ✶ e. Evitar la monitorización continua de rutina. Esta práctica disminuye la movilidad de las mujeres a lo largo del parto, entorpece el proceso fisiológico, y no mejora los resultados, según demuestra la evidencia científica. La auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal es suficiente para el seguimiento del parto normal.

Actualmente, la monitorización continua –que puede ser externa o interna– se utiliza básicamente como prueba médico-legal más que en beneficio de madre e hijo.

- ✶ f. Limitar a casos muy determinados el uso de la monitorización interna, que actualmente en algunos grandes hospitales de Catalunya se utiliza de forma sistemática a todos los partos.

(La monitorización interna consiste en penetrar a través de la vagina, rompiendo la bolsa si está entera, una cánula por detrás de la presentación fetal. Con esta cánula se introduce una sonda dentro del útero para medir la presión intrauterina, y se perfora el cuero cabelludo del recién nacido intrauterino con un electrodo que marca la frecuencia cardíaca fetal continuamente. Es, pues, un método altamente agresivo con unas grandes posibilidades de complicaciones graves (infecciones, desprendimientos de placenta, hemorragias). A menudo, su aplicación resulta muy dolorosa para la mujer, porque se suele hacer antes de administrar analgesia peridural. Por otra parte rompe totalmente la idea ética de la medicina: *Primum non nocere* (Primero, no hacer daño), o ley de la “Máxima beneficencia, mínima maleficencia”, porque ocasiona una herida al recién nacido que nacerá. A menudo durante el proceso de dilatación y debido a las muchas manipulaciones y exploraciones vaginales que se realizan (como mínimo, cada hora) estos electrodos se sueltan y se tiene que volver a colocar todo, con el consiguiente daño añadido a la cabeza de la criatura y el coste económico que comporta).

- ✶ g. Favorecer la movilidad de la mujer durante la dilatación y el expulsivo. Debe ser el profesional que asiste al parto quien se adapte a la posición que prefiera la mujer, y no al revés.
- ✶ h. No se utilizarán medios para acelerar el proceso de manera sistemática como romper la bolsa de las aguas o utilizar hormona oxitocina.
- ✶ i. Si la mujer opta por un parto fisiológico sin analgesia se le tienen que ofrecer medios alternativos y naturales para aliviar el dolor de las contracciones: calor local, bañera de agua caliente, movilidad, masajes, dígito-presión, etc.

j. No usar antisépticos yodados.

9. Que las mujeres puedan **elegir libremente el lugar y el modelo asistencial** más conveniente, de acuerdo con sus preferencias: en el propio domicilio, en una casa de partos, en unidades hospitalarias independientes de asistencia a partos, o bien, si ésta es su preferencia, un parto hospitalario que respete la fisiología del parto o interfiera en el grado más pequeño posible cuando la mujer tome la decisión responsable e informada de utilizar, por ejemplo, el analgesia peridural.

Para ello, es preciso crear estructuras que sean una alternativa al parto dentro de una estructura hospitalaria, a fin y efecto de garantizar la libre elección a las mujeres del lugar y las condiciones de nacimiento de su hijo, tal como recomienda la OMS, y como remarcó el Parlamento Europeo en su Resolución por una Carta de los Derechos de las Parturientas.¹⁴

✓ Opción de parto fisiológico hospitalario

- ✓ Se debe permitir la ingestión de líquidos y comidas ligeras tal y como indica la evidencia científica; se tendrían que hacer unos pequeños cambios en las rutinas hospitalarias, pues en las salas de partos normalmente no tienen alimentos ni bebidas para las usuarias.
- ✓ Hay que compartir durante el proceso la información con la pareja (la madre y el acompañante) y pedir parecer antes de cualquier actuación o decisión.
- ✓ No es preciso pinchar una vía endovenosa a todas las mujeres de parto. Es un proceso doloroso e incómodo que siempre se está a tiempo de poner en situación de emergencia, si es preciso, y que disminuye la movilidad, el confort y la concentración de la mujer durante el parto.
- ✓ No clampar ni cortar el cordón umbilical hasta que éste ha dejado de latir y por tanto de transmitir todo el volumen sanguíneo necesario para prevenir una posible anemia al

¹⁴ Résolution pour une Charte des Droits de la Parturiente (doc. B271286), présentée conformément à l'article du règlement et votée par le Parlement Européen. Strasbourg, juillet 1988.

recién nacido durante su primer año de vida, como demuestra la evidencia científica. Hacerlo antes encierra un riesgo y no aporta ningún beneficio. Recordemos que la OMS recomienda el pinzamiento tardío del cordón en los partos normales.¹⁵

- ▼ A la vista de la evidencia científica, la episiotomía no se debe hacer de forma sistemática, sólo en aquellos casos donde se detecta asfixia fetal y hacerla supone ganar unos pocos minutos para ayudar a nacer al recién nacido y estimularlo a respirar. Este supuesto se da en menos del 5 % de los partos.

(La evidencia científica ha demostrado que la episiotomía no previene los desgarros perineales importantes, no previene la incontinencia urinaria ni el sufrimiento fetal y en cambio ocasiona mucho dolor, sangrado, posibles problemas importantes como hematomas e infecciones; además, a menudo produce alteraciones y dolor durante las relaciones sexuales posteriores, a medio y largo plazo.)

- ▼ Dar prioridad al vínculo y el contacto precoz madre-recién nacido: éste será colocado sobre la madre, piel con piel, y tapado por encima para mantener el calor, y todas las pruebas médicas rutinarias se pueden y se tienen que posponer, siempre y cuando el recién nacido nazca saludable y respire adecuadamente por sí mismo.
- ▼ El recién nacido debe mantenerse en contacto “piel con piel” con su madre durante las primeras 2 horas después del parto. Después se le puede vestir, pero no está justificada ninguna separación rutinaria para bañarlo, vestirlo, pesarlo o cualquier otra revisión de rutina. Las visitas médicas pediátricas se deben hacer en presencia de los padres y haciéndoles partícipes de cualquier actuación.

Recordemos que la OMS y UNICEF, en la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), recomiendan que se ayude a las madres a poner al pecho al recién nacido

¹⁵ El pinzamiento tardío del cordón tiene como resultado una transfusión de sangre desde la placenta hasta el recién nacido. El volumen de sangre transfundida puede variar según el momento en que se corta el cordón y la posición en que se encuentra el bebé. Los estudios donde el bebé se colocó sobre el abdomen de la madre, o en la cama junto a ésta, y el cordón se pinzó sólo una vez que dejó de latir, han demostrado que estos recién nacidos tenían volúmenes de sangre un 32% mayores que los recién nacidos a los que se les pinzó y seccionó el cordón inmediatamente después de nacer. La transfusión placentaria obtenida gracias al pinzamiento tardío del cordón fue de un 80% pasado 1 minuto, y se completó casi con totalidad a los 3 minutos; esto proporciona hierro adicional para las reservas del recién nacido, y reduce la frecuencia de la anemia por déficit de hierro en la infancia. Ver OMS: Care of the umbilical cord. A review of the evidence. Ginebra: 1998. Documento completo: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_4/index.html> [consulta: 23 febrero 2006]. Sobre el pinzamiento del cordón: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_4/MSM_98_4_chapter4.en.html> [consulta: 23 febrero 2006]

durante la primera hora de vida, y que se garantice la cohabitación del recién nacido con la madre las 24 h.¹⁶

El contacto permanente con la madre propicia y facilita la lactancia materna. Además, favorece la recuperación de la madre y previene la incidencia de depresiones maternas después del parto.

- ✓ El posparto inmediato es un periodo delicado y fundamental para todas las mujeres, especialmente para aquellas que han sufrido una cesárea o un parto instrumental (fórceps, ventosa), o bien hayan tenido una anestesia raquídea o general. En estos casos, es esencial el apoyo informativo, emocional y la ayuda física directa por parte del profesional de salud para que las madres que lo deseen puedan iniciar la lactancia materna de manera eficaz durante la primera hora de vida, y mantenerla los días siguientes.
- ✓ Sería importante coordinar todas las acciones dirigidas hacia el binomio madre-hijo para conseguir que todo el equipo profesional sanitario que la atiende valore de igual manera la lactancia materna y sigan una normativa común, tal y como recomiendan la OMS y UNICEF en la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños.
- ✓ Que se remodelen los espacios de manera que la mujer pueda estar en un mismo lugar desde el ingreso hasta que haya parido y se vaya a la habitación: mobiliario confortable, temperatura agradable, luz tenue, facilitar elementos que pueden ser de ayuda como cojines, pelota de partos, bañera con agua caliente, silla de partos, etc.
- ✓ Es posible atender un parto fisiológico y respetado sin disponer de muchos medios, sólo es preciso no hacer determinadas intervenciones y estar al lado de la mujer, observando la evolución y ofreciendo apoyo emocional. Hacemos constar esto porque sabemos de primera mano que a algunas mujeres se les ha denegado la demanda de atención de un

¹⁶ Ver IHAN (Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños) - UNICEF: “10 pasos por una lactancia feliz”: <<http://www.ihan.org.es/10pasos.htm>> [consulta: 23 febrero 2006].

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) es un proyecto de OMS/UNICEF que, mediante 10 recomendaciones, quiere mejorar la atención hospitalaria a las mujeres que quieren amamantar a sus hijos. En 2006, en Cataluña sólo hay 5 hospitales que tengan reconocida una buena calidad asistencial según la IHAN.

parto fisiológico en centros hospitalarios del ICS bajo el pretexto de “No tener los medios adecuados”. Entendemos que este tipo de respuesta es contraria a la legislación sobre autonomía del paciente, porque contraviene la libertad de elegir entre las opciones disponibles: el parto fisiológico siempre es una “opción disponible” porque no requiere ningún medio en particular para atenderlo.

✓ Opción de parto domiciliario

- ✓ Reclamamos que el parto domiciliario atendido por comadronas expertas esté pagado por el sistema público de salud.

La OMS afirma que el domicilio puede ser un lugar adecuado para el parto de bajo riesgo, siempre y cuando éste sea atendido por profesionales especializados que lleven un equipo básico adecuado y lo sepan utilizar, y que haya la posibilidad de trasladarse a un hospital en caso necesario.

De hecho, diversos estudios del modelo sanitario holandés, reseñados por el informe de la OMS, donde más de un 30% de los nacimientos son domiciliarios, mostraron que para una primípara de bajo riesgo un parto domiciliario era tan seguro como uno hospitalario, y que para multíparas de bajo riesgo el resultado de un parto domiciliario era significativamente mejor que uno hospitalario.¹⁷

- ✓ El parto domiciliario es mucho más económico que el parto hospitalario. Actualmente su coste medio es de unos 1000 euros. Las mujeres que están optando por el parto a domicilio dejan de consumir una atención sanitaria a la que tienen derecho, que el sistema de salud no les devuelve y que, tal como se hace en otros países europeos, tendría que cubrir.
- ✓ La creencia popular de que para poder asistir un parto domiciliario es preciso disponer de una ambulancia en la puerta, con el coste económico que eso comportaría, es un

¹⁷ Ver OMS: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997, 2.4, pàgs. 11-12.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006]

mito sin fundamento. En los países europeos donde el parto domiciliario es una modalidad fuertemente arraigada no hay ambulancias a las puertas, sino que se usa, si es preciso, el coche de la familia o bien el coche particular de la comadrona. Lo que sí que es preciso garantizar es una buena comunicación entre la comadrona domiciliaria y el hospital para agilizar la respuesta a posibles traslados.

❖ Opción centros de partos vinculados a un hospital

- ❖ Se tendría que ofrecer la atención al parto en unidades de asistencia al parto independientes, pero incluidas dentro del marco hospitalario, donde, sin las características estructurales que a menudo impiden que se pueda proporcionar un ambiente acogedor y facilitador del proceso del parto, se pudiesen atender los partos “como en casa”, con la ventaja que si surgiese alguna complicación en pocos minutos se tienen al alcance quirófanos y equipo preparado para intervenir. Estas unidades de parto estarían coordinadas sólo por comadronas.

❖ Opción casas de partos

- ❖ Las primeras casas de partos surgieron en los Estados Unidos hace treinta años, y después en Québec, en Alemania (alrededor de 50 establecimientos), en Suiza (unos 20 establecimientos) donde funcionan exitosamente desde hace más de 15 años, en Suecia, Dinamarca, Austria, Bélgica, Gran Bretaña, Australia... Son muchos los países donde las mujeres tienen la posibilidad de dar a luz en una casa de partos. En nuestro entorno, contamos sólo con un centro de este tipo: la casa de nacimientos Migjorn. En las casas de partos, situadas a menos de 30 minutos de un centro hospitalario, pueden ser atendidas con un coste bajo aquellas mujeres que lo deseen.

✓ Opción parto medicalizado dirigido

- ✓ La Opción de parto medicalizado, dirigido y controlado estrechamente, habría que reservarla para aquellos casos donde el alto riesgo así lo determine. Recordamos que estos casos constituyen sólo uno 20 o un 30% del total,¹⁸ y que la OMS afirma que en el parto normal tiene que existir una razón válida para interferir con el proceso natural. Este principio esencial se incumple sistemáticamente al sistema habitual de asistencia al parto en nuestros hospitales.¹⁹

10. Es preciso que las unidades neonatales favorezcan la lactancia materna y la implementación del Método Madre Canguro (MMC). Todas las mujeres que deseen practicarlo tienen que disponer de los medios y el apoyo para hacerlo.

- ✓ El MMC consiste en el contacto piel con piel entre la madre y un recién nacido prematuro, tan precoz, continuado y prolongado como sea posible, con lactancia materna. Se ha demostrado científicamente que esta practica en las unidades neonatales es más eficaz que las incubadoras para el correcto desarrollo y la salud del recién nacido, y beneficia emocionalmente a la madre. También favorece que se pueda dar el alta hospitalaria más pronto, con el consiguiente ahorro sanitario. En estos casos se puede continuar haciendo MMC con seguimiento ambulatorio. El Hospital Joan XXIII de Tarragona es el centro pionero en Catalunya en la implementación del MMC, con resultados muy satisfactorios.²⁰

¹⁸ Según la OMS, generalmente un 70-80% de las gestantes se pueden considerar de bajo riesgo al inicio del parto. Un estudio llevado a cabo en Kenia en 1983 mostró que aproximadamente un 85% de los nacimientos se desarrollaron sin complicaciones. OMS: *Care in normal birth...*, pag. 4. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006].

¹⁹ “*In normal birth there should be a valid reason to interfere with the natural process*”. Ver OMS: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997, pag. 4. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> [consulta: 23 febrero 2006]

²⁰ Ver: OMS, <<http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/>> [consulta: 23 febrero 2006]

Más información: <<http://www.estrategia.info/fedelacta/modules.php?name=Downloads&dop=viewdown load&cid=5>> [consulta: 23 febrero 2006]

- Facilitar la extracción de leche materna y su administración usando medios que no interfieran con el aprendizaje de la succión del recién nacido.

11. Que se desarrolle y se aplique un **protocolo de atención al puerperio domiciliario**. Cuando un parto ha sido atendido de manera respetuosa y fisiológica, el resultado acostumbra a ser un binomio madre-hijo en buen estado, sin necesidad de vigilancia ni medicación ni cuidados especiales en el puerperio inmediato.

En los países donde se trabaja de esta manera se acostumbra a dar el alta precoz del centro sanitario a las pocas horas del nacimiento. De esta manera, la atención al puerperio es domiciliaria. Al día siguiente de la llegada a casa y durante unos días, hasta que se considera necesario, una comadrona visita a la familia en casa y se hace cargo de los cuidados de madre e hijo, revisa la posición de la matriz y el sangrado, el estado del periné y refuerza la lactancia materna y los cuidados al recién nacido.

En los Países Bajos, existe incluso la figura profesional de la trabajadora social (doula) que va todos los días en casa de la puérpera y ayuda a organizar la vida doméstica, el almuerzo, la atención a los hijos mayores y también ofrece apoyo en los aspectos emocionales del puerperio.

La trabajadora social (doula) y la comadrona están coordinadas para llevar a cabo estos cuidados, teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada mujer.

Propuestas:

- El alta precoz de las parejas madre-hijo que hayan tenido partos fisiológicos no medicalizados.
- Seguimiento domiciliario del puerperio por una comadrona durante al menos la primera semana.
- Valorar aquellos casos en que podría ser necesario que una trabajadora social (doula) acudiese unos cuantos días al domicilio para dar apoyo.

Sabemos que en Catalunya hay, dentro del Plan de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR), un protocolo de atención al puerperio domiciliario. Sabemos que éste funciona parcialmente en algunas zonas no urbanas, y deseamos que su funcionamiento sea total en todas las áreas, urbanas o no urbanas. Probablemente sea necesario un aumento de la plantilla de comadronas para llevarlo a cabo.