



PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA.

Comisión de lactancia materna. EAP Tordera. Marzo 2014

Versión	Fecha de realización	Fecha de modificación	Validación por	Fecha de validación	Fecha próxima revisión
Versión núm. 1	10/03/2014	14/04/2014	Dirección		Marzo 2016
Versión núm 2		Junio 2017	Dirección	Septiembre 2017	Septiembre 2020

ÍNDICE

- 1 [Introducción](#)
- 2 [Anatomía y fisiología de la lactancia](#)
 - 2.1 Anatomía de la mama
 - 2.2 La producción láctea
 - 2.3 Los reflejos del lactante
- 3 [Recomendaciones generales](#)
 - 3.1 Consejos de la OMS
 - 3.2 Recomendaciones sobre lactancia materna en niños sanos a término
- 4 [Riesgos si se decide no amamantar e inconvenientes de la alimentación con sucedáneos de la leche materna](#)
 - 4.1 Riesgos para el niño
 - 4.2 Riesgos para la madre
 - 4.3 Otros inconvenientes para las mujeres, familias y comunidades
- 5 [La técnica del amamantamiento: posición de la madre y del bebé](#)
 - 5.1 Posiciones del niño
 - 5.2 El agarre del lactante
 - 5.3 La succión del bebé
- 6 [Extracción de leche materna](#)
 - 6.1 Extracción manual
 - 6.2 Extracción mecánica
 - 6.3 Almacenaje y conservación de la leche materna extraída
- 7 [La alimentación de la mujer que amamanta](#)
- 8 [Contraindicaciones de la lactancia materna](#)
- 9 [Fármacos, otras sustancias y lactancia materna](#)

10 [Problemas durante la lactancia materna](#)

- 10.1 Ingurgitación mamaria
- 10.2 Conducto obstruido
- 10.3 Mastitis. Diagnóstico y manejo.
- 10.4 Otras mastalgias
- 10.5 Perla de leche o punto blanco
- 10.6 Lesiones del pezón
- 10.7 Síndrome de Raynaud del pezón

11 [Situaciones especiales:](#)

- 11.1 Anquiloglosia
- 11.2 Aportación láctea insuficiente
- 11.3 Crisis de lactancia o crecimiento.
- 11.4 Huelga de lactancia
- 11.5 El llanto. Cólico del lactante.
- 11.6 Prematuros. Bajo peso al nacer. Casi a término.
- 11.7 Lactancia en tándem.
- 11.8 Múltiples
- 11.9 Situaciones de separación madre-hijo

[12. Apoyo a la mujer que trabaja.](#)

[13. Indicaciones para el uso de sucedáneos de la leche materna: como y cuando administrarlos.](#)

[14. Método para administrar suplementos a los lactantes que amamantan.](#)

[15. Protocolo de visitas de seguimiento a la lactancia. Introducción de alimentación complementaria. Guardería.](#)

[16. Atención a la mujer que no amamanta.](#)

[17. Referencias bibliográficas..](#)

1.- Introducción

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los niños y niñas en las primeras etapas de la vida, incluidos los niños enfermos, prematuros y gemelos, exceptuando rarísimas excepciones (OMS/UNICEF). La leche materna de manera exclusiva los primeros 6 meses, complementada gradualmente con otros alimentos hasta los 12 meses y como complemento hasta al menos los 2 años o hasta que madre y bebé quieran, aporta beneficios a corto y largo plazo por la salud física y emocional del lactante y de su madre, además de beneficios sociales para la comunidad. La evidencia científica actual, mundialmente aceptada, sostiene la superioridad nutricional de la leche materna y de sus propiedades inmunológicas para la alimentación del neonato y del lactante.

A pesar de esto, las tasas de lactancia materna siguen siendo muy bajas. El apoyo profesional y no profesional para la lactancia ha demostrado un aumento del inicio y la duración de la lactancia materna.

Dentro de la línea de trabajo del EAP Tordera en la promoción de la lactancia materna y desarrollo de la estrategia IHAN, el centro trabaja para seguir los 7 pasos para una lactancia feliz:

1. Disponer de una Normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política.
3. Informar a las mujeres embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4. Ayudar a las madres en el inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72h después del alta hospitalaria.
5. Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de los Talleres de lactancia y los grupos de apoyo.

También incluye el paso adicional propuesto por la IHAN de tener cuidado de la atención a las madres y bebés que no maman.

A su vez, como condición indispensable, l'EAP TORDERA está comprometido con el cumplimiento y respeto al Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y de sus actualizaciones.

Este protocolo quiere ser una herramienta útil para todos los profesionales y

personas de los grupos de apoyo en el manejo y abordaje de las diferentes situaciones relacionadas con la lactancia materna.

[↑ Volver al índice](#)

2.- Anatomía y fisiología de la lactancia materna

La mama es un órgano endocrino que experimenta una serie de cambios en su crecimiento y desarrollo en respuesta a una compleja relación entre hormonas y estímulos. La mamogénesis es el desarrollo de la mama que se inicia a la época fetal y no se completa hasta la edad adulta. La lactogénesis incluye las diferentes etapas en que se inicia y establece la producción láctea:

1. **Lactogénesis I:** Se trata del inicio de la actividad secretora de las células mamarias y la producción de leche. A partir del 5^o-6^o mes de embarazo, la mama ya fabrica pequeñas cantidades de calostro.
2. **Lactogénesis II:** Es el inicio de la producción abundante de leche después del parto. Se produce debido a la disminución brusca de los niveles de progesterona y lactógeno placentario, después de la expulsión de la placenta, y el mantenimiento de altos niveles de prolactina. Se suele dar entre las 30 y 72 horas postparto y es el que se conoce como la “subida de la leche”.

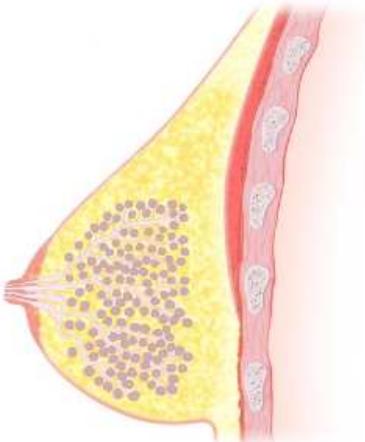
Estas dos etapas se dan bajo control endocrino, así pues no dependen todavía de la succión del bebé, a pesar de que ésta es necesaria para asegurar una producción de leche adecuada los días siguientes.

3. **Lactogénesis III o galactopoyesis:** Se trata del establecimiento del control autocrino de la producción láctea de la leche madura. Una vez iniciada la producción abundante de leche, el establecimiento de una adecuada producción depende de la eficacia y la frecuencia del vaciado de las mamas. Las primeras 6 semanas son el período crítico para su establecimiento.

2.1. Anatomía de la mama

Durante las últimas décadas se ha avanzado mucho en el estudio anatómico de la mama gracias a los adelantos ecográficos. De este modo se ha obtenido un nuevo modelo gráfico de la anatomía que dista del dibujo mostrado tradicionalmente. Aportaciones de este nuevo modelo son que la glándula mamaria está formada por un tejido glandular complejo, no siempre distribuido de manera radial y simétrico.

Los hallazgos más importantes respecto al modelo anterior son:



- Ramificación de los conductos más próximos al pezón. Hay una media de 4 a 18 y tienen más función de transportar la leche que no de almacenarla.
- No existen los senos galactóforos tradicionalmente descritos.
- El tejido glandular, responsable de la producción y transporte de la leche, se encuentra más cerca del pezón. Un 65%₆

del mismo está dentro de los 30mm desde la base del pezón.

- La grasa subcutánea es mínima en la base del pezón.

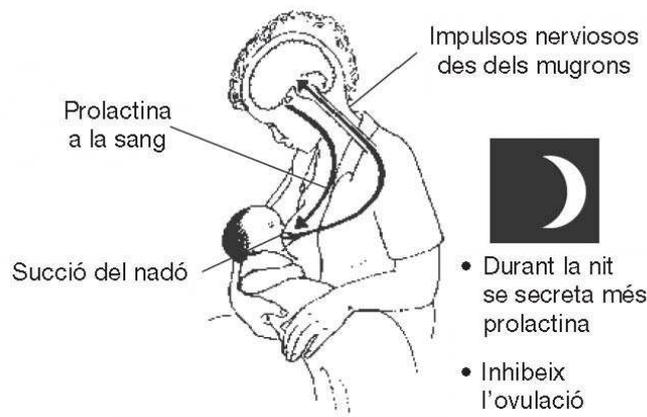
2.2. La producción láctea

La leche se produce de manera continua en los alvéolos mamarios. La producción láctea varía en función de la rapidez de síntesis de las células alveolares (que depende de la madre) y de la eficacia y frecuencia del vaciado (que depende del niño). La eyección láctea se produce por la contracción de la capa miocelular perialveolar, inducida por la oxitocina. Estos dos procesos, de producción y eyección, están regulados por sistemas de regulación central (prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, insulina y suprarrenales) y locales (presión intraalveolar y Factor Inhibidor de la Lactancia)

La **prolactina** es necesaria para que las células alveolares segreguen la leche materna. Sus niveles en sangre aumentan durante el embarazo, estimulan el crecimiento y desarrollo del tejido mamario y lo preparan para la producción de leche después del parto. La leche no se segrega durante el embarazo por el control que ejercen la progesterona y los estrógenos sobre la prolactina.

Cuando el lactante chupa el pecho, aumentan los niveles en sangre de prolactina y se estimula la producción de leche a los alvéolos de la mama. Al cabo de 20-30 minutos de que el bebé ha mamado, los niveles de prolactina logran el punto máximo.

Durante las primeras semanas (sobre todo las 6 primeras), cuanto más succiona el pecho el lactante, más aumenta la prolactina y estimula el aumento de receptores de prolactina en los galactocitos. Las teorías actuales mantienen que el factor que controla la producción de leche en el pecho son justamente estos receptores de prolactina y no la cantidad de prolactina. Así pues, mientras la prolactina es necesaria para la secreción de leche, sus niveles no son directamente relacionados con el volumen de leche producida.



És secretada *després* de la mamada, per produir la llet de la presa següent

La oxitocina también se denomina la hormona del amor y el vínculo, puesto que tiene efectos positivos sobre éstos. Su pico más alto es en el postparto inmediato. Se libera en respuesta al estímulo del pezón y en respuesta a otros estímulos físicos, visuales, sonoros o emocionales agradables, generalmente relacionados con el bebé. Cuando estos estímulos son negativos, como en situaciones de dolor o de afectación emocional, se puede producir una inhibición de la oxitocina que impida que la leche fluya adecuadamente.

La oxitocina provoca la contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos mamarios. Esto hace que la leche fluya y llene los conductos galactóforos produciendo el llamado «reflejo de eyección» o «reflejo de subida de la leche». También provoca la contracción uterina después del parto, cosa que favorece la involución del útero y la reducción del sangrado. Hay que tener en cuenta que las contracciones uterinas durante los primeros días pueden causar un dolor intenso, son los llamados «entuetos».

Signos de un reflejo de oxitocina activo:

- Sensación de «cosquilleo» en el pecho antes o durante la lactancia
- La leche fluye del pecho cuando la madre piensa en el bebé o escucha el llanto
- La succión de un pecho por el bebé provoca que fluya leche por el otro pecho
- La leche fluye del pecho en forma de rayos cuando se interrumpe la succión
- El bebé hace succiones lentas y profundas y deglute después de la succión: esto demuestra que la leche fluye de manera correcta hacia la boca del lactante
- Dolor o sangrado uterino leve durante la toma del pecho
- La madre tiene sed durante la toma

La leche contiene un polipéptido llamado **factor inhibidor de la lactancia** (FIL) que tiene un papel regulador en la síntesis de la leche. El control de la producción láctea es independiente en cada pecho. Si la leche no se extrae, el FIL se acumula y se para la secreción a las células secretoras, con lo cual se protege el pecho de los efectos nocivos de estar excesivamente lleno. Si se saca la leche del pecho, también se extrae el factor inhibidor y, por lo tanto, se reinicia la secreción láctea. Por esto, si el lactante no puede succionar, hay que extraer la leche manualmente o con bomba extractora.

El factor inhibidor hace que la relación de la leche producida sea directamente proporcional a la leche que toma y que necesita el lactante. Este efecto es fundamental para la regulación correcta de la producción láctea en cuanto la lactancia esté bien instaurada. En esta fase, la prolactina es necesaria para que se produzca la leche pero no regula la cantidad producida. Además del volumen, la succión también puede regular, en parte, la composición de la leche. La leche se va fabricando continuamente y se almacena en el tejido glandular. Cuando se produce,

la leche tiene alta concentración de grasas (leche inicio), pero al permanecer en el pecho se va diluyendo con agua y lactosa. Esto hace que la leche que sale al principio de la toma es menos concentrada en grasas y a medida que avanza la toma la leche tiene más alta proporción de grasas (leche final).

2.3 Los reflejos del lactante

Los reflejos del lactante son importantes para que se produzca una lactancia materna adecuada. Conocerlos permite, junto con el grado de maduración del lactante, evaluar si el bebé puede ser alimentado directamente al pecho o si temporalmente requiere otro método de alimentación. Los reflejos principales del bebé que intervienen en la lactancia materna son los siguientes:

1. **Reflejo de búsqueda:** es presente desde la semana 32 de gestación. Cuando algo toca los labios o la mejilla del bebé, éste gira la boca en busca del estímulo, la abre y coloca la lengua hacia abajo y hacia adelante.
2. **Reflejo de succión:** cuando se introduce algo en la boca del lactante y toca el paladar, el bebé empieza a succionarlo. En bebés prematuros ya está presente hacia las 27-28 de edad gestacional (EG), pero de manera desorganizada. Hasta las 34-35 semanas EG no está presente de una manera más efectiva.
3. **Reflejo de deglución:** cuando la boca del bebé se llena de leche, éste la traga. Ya está presente desde las 12-14 semanas EG.

La coordinación de succión, deglución y respiración aparece entre la semana 32 y la semana 35 de la gestación. A aquella edad, los bebés sólo pueden succionar durante un periodo corto de tiempo, pero pueden recibir suplementación con leche materna extraída y administrada con suplementador, vaso/taza o con cucharilla o jeringuilla. La mayoría de los lactantes pueden mamar completamente a la edad gestacional de 36 semanas.

El contacto piel con piel ayuda especialmente en casos de bebés prematuros a establecer más pronto los patrones de succión efectiva.

[↑ Volver al índice](#)

3.- Recomendaciones generales

3.1. Consejos de la OMS:

- La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para el bebé
- Iniciar la primera toma de lactancia materna durante la primera hora de vida y realizar contacto piel con piel de manera ininterrumpida.
- Se recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé, porque aporta muchos beneficios de salud para la madre y el niño.
- Se recomienda introducir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, manteniendo la lactancia materna como mínimo hasta los 2 años de vida del niño o más.

3.2. Recomendaciones sobre lactancia materna en niños sanos a término

- Es importante que durante el embarazo todas las parejas reciban información completa y exhaustiva de los beneficios de la lactancia materna para asegurar que la decisión que tomen sobre la alimentación está suficientemente informada. Debe explicarse muy bien que la lactancia materna es el alimento óptimo para el bebé y que no hay ninguna alternativa en igualdad de condiciones.
- En caso de contraindicación temporal, se aconseja realizar extracción de leche para mantener la producción
- Deben fomentarse las recomendaciones de “*Actualització i Adaptació a Catalunya de la [Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal.\(2013\)](#)” y de la “[Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna del SNS \(2017\)](#)”.*
- No debe darse al recién nacido alimentado con leche materna preparados de agua, glucosa, leche de fórmula u otros fluidos.
- Hay que evitar el uso del chupete durante el inicio de la lactancia materna y sólo usarlo cuando ésta esté bien establecida.
- Durante las primeras semanas hay que recomendar como mínimo de 8 a 12 tomas al día, ofreciendo el pecho a demanda cada vez que el bebé muestre signos de tener hambre (aumento de la alerta y actividad, movimientos de grufada y búsqueda). El llanto es un indicador tardío del hambre.
- En la primera visita ambulatoria del neonato, además de monitorear el aumento ponderal, hay que ofrecer apoyo adicional y asesoramiento a la madre que

amamanta (ver: Protocolo visita acogida del bebé). En la primera visita de acogida del bebé se observará una toma y se evaluará según la ficha de observación de una toma de la Unión Europea.

- Ofrecer a la madre apoyo grupal en el taller de LM del CAP.

[↑ Volver al índice](#)

4.- Riesgos si se decide no amamantar e inconvenientes de la alimentación con sucedáneos de la leche materna.

En el paradigma actual se parte del patrón óptimo y natural que constituye la lactancia materna y por lo tanto ya no se habla de sus beneficios, sino de los riesgos que supone el no amamantar.

4. 1. Riesgos para el niño.

- Aumento del riesgo de enfermedades infecciosas, especialmente del tracto respiratorio y digestivo, del oído, tracto urinario y otras infecciones generales.
- Aumento del riesgo de varias enfermedades crónicas y no infecciosas, especialmente relacionadas con alteraciones del sistema inmunológico y metabólico (diabetes Mellitus de tipo I y II, alergias). También el síndrome de muerte repentina infantil, hipertensión y algunas formas de cáncer (linfoma, leucemia, enfermedad de Hodgkin).
- Aumento del riesgo de malnutrición, incluyendo el sobrepeso y la obesidad.
- Aumento del riesgo de maloclusión dental.
- Aumento del riesgo de mortalidad neonatal e infantil en países con ingresos bajos y mortalidad postneonatal en países con ingresos elevados.
- Aumento del riesgo de hospitalización en países con ingresos elevados y bajos.
- Resultados inferiores en el desarrollo del cerebro y las pruebas de rendimiento para la evolución cognoscitiva.

4.2. Riesgos para la madre:

- Aumento del riesgo de hemorragia postparto e involución uterina más lenta.
- Reducción de los intervalos entre partes y aumento de las pérdidas de sangre menstrual.
- Retraso en la recuperación del peso anterior al embarazo.
- Aumento del riesgo de cáncer de mama y de ovarios.
- Aumento del riesgo de osteoporosis y fractura de cadera después de la menopausia

4.3. Otros inconvenientes para las mujeres, familias y comunidades:

- Coste superior de las fórmulas.
- Coste de la compra de biberones, tetinas, energía, agua, productos y enseres para su esterilización.
- Más tiempo para preparar y dar la comida, y por lo tanto, menos tiempo para atender los otros hermanos y familia.
- Aumento del coste sanitario para la familia y para los servicios sociales y sanitarios, debido a más hospitalizaciones y visitas, y tratamientos médicos.
- Aumento del absentismo laboral de los padres.
- Aumento del gasto de energía y residuos, con las consecuencias medioambientales correspondientes.

[↑ Volver al índice](#)

5.- La técnica del amamantamiento: posición de la madre y del bebé

A fin de que se produzca una lactancia materna adecuada, la posición del niño y la de la madre son fundamentales. La posición correcta favorece el buen agarre del bebé al pecho y previene la aparición de ciertos problemas. Es importante tener en cuenta que el bebé cuando nace sabe mamar instintivamente y son las madres las que deben aprender.

La madre puede dar el pecho sentada, acostada de lado o de pie. Pero, en cualquiera de los casos, tiene que estar relajada, cómoda y sin ninguna tensión muscular. Es importante mantener el tórax abierto y relajado con el bebé totalmente pegado a ella. Si amamanta en la posición de sedestación, la espalda debe de apoyarse y tendría que poder sostener el bebé en brazos sin necesidad de inclinarse hacia adelante o de doblar la espalda.

El bebé puede tomar el pecho en varias posiciones en relación con su madre: en posición transversal al pecho y el abdomen maternos, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo. Sea cual sea la posición del lactante al pecho, hay cuatro puntos importantes que hace falta que sean observados:

- El cuerpo del bebé tiene que estar recto, no encorvado ni doblado. La cabeza del bebé tiene que estar extendida ligeramente hacia atrás, favoreciendo la proximidad de la barbilla del bebé con el pecho.
- Cuando el bebé tiene la boca cerrada, su nariz debe quedar posicionada ante el pezón de la madre, manteniendo un mismo eje boca-pecho. De este modo, dependiendo de la forma del pecho se deberá colocar el bebé más abajo o arriba en referencia al abdomen de la madre.



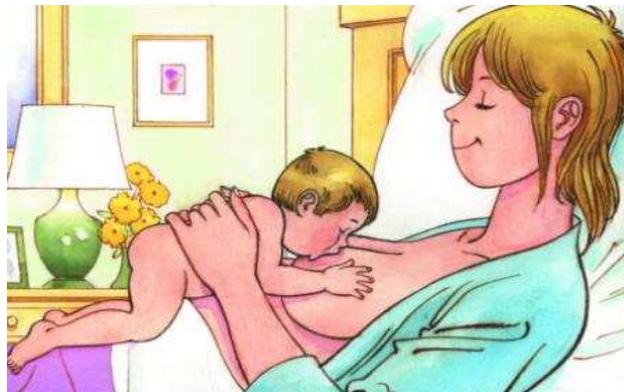
- El cuerpo del bebé debe de estar próximo al de la madre. Así se favorece la proximidad del bebé al pecho y la buena posición de la boca al succionar, con los labios evertidos.
- Aguantar el cuerpo entero del bebé, desde la espalda. Se puede sostener al bebé sobre el regazo o en los brazos de la madre, sobre una almohada o sobre la cama.

5.1. Posiciones del niño

Hay diferentes posiciones en que se puede amamantar. Algunas de ellas son especialmente útiles en situaciones determinadas: cesárea, gemelos, etc. Sea cual sea la posición de la madre o del niño, lo más importante es que el bebé tenga la boca ante el pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello, que la madre esté cómoda y el bebé estable, bien sostenido, con acceso al pecho y con libertad de movimientos. Bajo estas premisas el bebé solo podrá agarrarse al pecho correctamente.

- **Posición biológica o agarre espontáneo.** Se ha visto que espontáneamente todos los bebés saben cogerse instintivamente al pecho, de manera correcta. Para facilitararlo hace falta que la madre esté semiincorporada y el bebé en posición ventral sobre el abdomen de la madre, con la cabeza entre sus pechos, y piel con piel. La madre sólo tiene que aguantar ligeramente desde las nalgas al bebé y él, espontáneamente, irá haciendo movimientos con la cabeza y de reptación para cogerse al pecho. Este proceso puede durar entre 10 y 60 minutos en un recién nacido, y sólo 10 minutos si ya hace tiempo que mama.

Es muy útil cuando ha habido dificultades en el parto o separación madre-bebé, o cuando hay dolor y dificultad de agarre.



- **Posición «tradicional» o posición de cuna.** El cuerpo del bebé debe de estar en estrecho contacto con el de la madre, mirando hacia el pecho, con la cabeza y el cuerpo bien alineados, y el pezón a la altura de la nariz. La cabeza se apoya en el antebrazo de la madre, no en el pliegue del codo, y la mano queda en la espalda y no en las nalgas. El niño mama del pecho del lado del brazo que le sostiene.



- **Posición de cuna cruzada.** Variante de la posición anterior. La madre sujeta el pecho con toda la mano del mismo lado que amamanta, pero el bebé es sostenido por el brazo contrario. La mano contraria sujeta el bebé por la espalda y la nuca. Puede ser útil una almohada para colocar al bebé a la altura del pecho, pero vigilar no lo suba demasiado.

Es muy útil al principio, para favorecer el agarre profundo.



- **Posición de rugby o posición de cesta.** El niño se sitúa rodeando la cintura de la madre con el cuerpo, por debajo del lado que amamantará, con la cabeza hacia el pecho y los pies hacia atrás. La madre sostiene el bebé por la nuca con el brazo del lado que amamanta. El cuerpo del bebé no está en contacto con el abdomen materno; por eso, esta postura es muy útil en caso de cesárea.



También es una buena postura para dar el pecho a gemelos, en caso de pechos grandes y en caso de mastitis en la cara externa del pecho.

- **Posición sentado o de caballito.** El niño queda sentado vertical ante el pecho, las piernas están montadas sobre el muslo de la madre o caen hacia un lado. La madre sostiene el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta.



Es una postura cómoda para pechos grandes (poniendo una toalla enrollada bajo el pecho para que lo levante), grietas, niños con hipotonía, reflejo de eyección exagerado y en el caso de anquiloglosia y retrognatia. En este último caso es muy importante forzar la hiperextensión del cuello para que la apertura de la boca y agarre profundo compense la movilidad limitada de la lengua.

- **Posición estirada.** La madre está estirada en la cama de lado y el bebé a su lado. En esta postura se facilita el descanso de la madre, pero debe vigilarse mantener la posición correcta del bebé al pecho en altura y proximidad. Esto se consigue manteniendo la presión del bebé hacia el cuerpo de la madre y evitando que ésta doble las piernas hacia arriba.



5.2. El agarre del lactante

Buen agarre

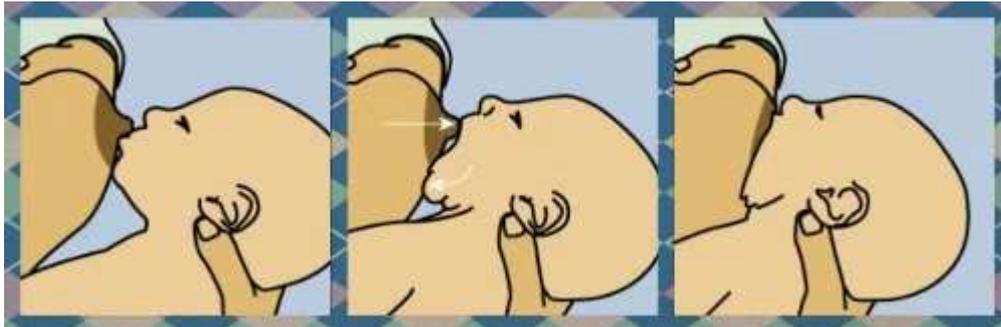
Cuando hay un buen agarre la succión es cómoda e indolora para la madre, la lengua del bebé no produce fricción ni traumatismos en la piel del pezón o la areola materna. El buen agarre es fundamental porque estimula la producción de la leche, asegura que ésta fluya correctamente y que sean cubiertas las necesidades del bebé, protege los pezones de lesiones y ayuda a prevenir problemas como el bloqueo ductal y la mastitis. Cuando el bebé está cogido al pecho con un agarre efectivo, se observarán los puntos siguientes:

- La boca del lactante está muy abierta y coge mucha areola y tejido subyacente, de manera asimétrica, cogiendo más parte con el labio inferior.
- La lengua del lactante se sitúa hacia adelante sobre la encía inferior.
- El lactante succiona el pecho, no sólo el pezón.
- La barbilla del bebé debe tocar el pecho y la nariz queda separada.

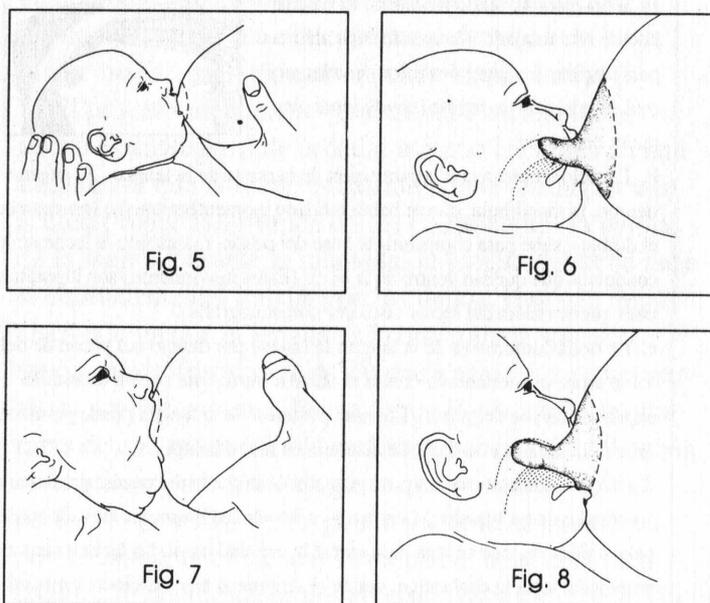
Mal agarre

Cuando el bebé está mal cogido al pecho, la succión puede causar dolor y lesionar la piel de la areola y del pezón provocando grietas o fisuras y úlceras. El mal agarre es la causa más frecuente de las lesiones en el pezón y puede causar un vaciado ineficaz del pecho y parecer que ha disminuido la producción de la leche; del mismo modo, cuando el agarre es pobre, se reduce la transferencia de leche y la cantidad es insuficiente para cubrir las necesidades del lactante.

El siguiente dibujo muestra como debe ser un buen agarre:



Las figuras 5 y 6 muestran un mal agarre, muy superficial, y simétrica, mientras que las figuras 7 y 8 muestran un agarre correcto, profundo y asimétrico.



Fuente: Lactancia Materna. Manual para profesionales. Royal College of Midwives. 1a Edición. Barcelona. ACPAM.1994

5.3. La succión del bebé

La succión efectiva del pecho sólo se puede producir si hay previamente un buen agarre. Cuando el bebé chupa de manera efectiva, lleva a cabo succiones lentas y profundas y esto hace que la leche fluya hasta su boca para, posteriormente, deglutirla de manera visible o audible y con una secuencia de una vez por segundo. El lactante, de vez en cuando, hace pausas de algunos segundos que permiten que los conductos galactóforos se llenen de nuevo; retoma la succión con succiones más rápidas que estimulan el flujo de leche para continuar con succiones lentas y profundas.

Cuando el bebé chupa de manera efectiva, se puede observar como las mejillas se le mantienen redondeadas durante la succión. En cambio, cuando el bebé no consigue que la leche fluya hacia su boca se afana en extraer la leche contrayendo las mejillas y succionando rápidamente pero sin deglutir, puesto que la succión es inefectiva.

La succión acontece más lenta y con un mayor número de pausas hacia el final de la toma. El volumen de leche que ingiere el bebé es menor pero la leche que se produce es la más rica en grasas, por lo cual la toma tiene que continuar hasta que el bebé se sienta lleno y se retire del pecho de manera espontánea.

¿Qué pasa cuando la succión es inefectiva?

Si el lactante está haciendo succiones inefectivas, la leche no fluye de manera correcta desde el pecho materno hacia su boca y pueden aparecer algunos de los problemas siguientes:

- Ingurgitación mamaria, obstrucción de los conductos lactíferos o mastitis, debido a la extracción de cantidad de leche insuficiente y/o a la vez sobreestimulación.
- Dolor y grietas en la mama.
- Ingesta de leche insuficiente y, como consecuencia, ganancia de peso insuficiente.
- Rechazo del pecho por no extraer suficiente leche.
- Lactante con hambre que succiona durando largos periodos de tiempos o pide el pecho con mucha frecuencia.
- Cólicos e irritabilidad por más ingesta de leche del inicio, rica en lactosa.
- Aumento del riesgo de ictericia, hipoglicemia y deshidratación hipernatrémica.

5.4. Observación de una toma

Existen diferentes herramientas que nos pueden servir de guía para observar y valorar una toma. Estas herramientas nos permiten hacer una valoración sistemática y objetiva, poder registrar en la historia clínica del lactante/madre y hacer el seguimiento adecuado. Asimismo son herramientas útiles para realizar trabajos de investigación.

En el EAP Tordera se utiliza la Ficha de la Unión Europea, que es muy parecida a la de la OMS:

ANEXO 1. OBSERVACIÓN DE LA TOMA

Signos de que la lactancia va bien	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del bebé	
<ul style="list-style-type: none"> • Madre relajada y cómoda • Bebé en estrecho contacto con su madre • Cabeza y cuerpo del bebé alineados • La barbilla del bebé toca el pecho • Cuerpo del bebé bien sujeto • El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón • Contacto visual entre la madre y el bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombros tensos, inclinados hacia el bebé • Bebé lejos del cuerpo de la madre • Cabeza y cuello del bebé girados • La barbilla del bebé no toca el pecho • Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé • El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón • No hay contacto visual madre-bebé
Lactante	
<ul style="list-style-type: none"> • Boca bien abierta • Labios superior e inferior evertidos • La lengua rodea el pezón y la areola* • Mejillas llenas y redondeadas al mamar • Más areola por encima del labio superior • Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas • Puede verse u oírse tragar al bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Boca poco abierta • Labios apretados o invertidos • No se ve la lengua* • Mejillas hundidas al mamar • Más areola por debajo del labio inferior • Movimientos de succión superficiales y rápidos • Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
<ul style="list-style-type: none"> • Humedad alrededor de la boca del bebé • El bebé relaja progresivamente brazos y piernas • El pecho se ablanda progresivamente • Sale leche del otro pecho • La madre nota el reflejo de eyección** • El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente • La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón • El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido • La madre no refiere reflejo de eyección** • La madre ha de retirar al bebé del pecho

*Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.

**La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuerzos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

Fuente: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea. 2006.

[↑ Volver al índice](#)

6.- Extracción de la leche materna

Existen diferentes circunstancias en las que puede ser necesaria o útil la extracción de leche materna. Básicamente la extracción estimula, mantiene, aumenta y protege la producción láctea de la madre, y aporta leche para dar al bebé, para casos de separación, enfermedad, incapacidad de succionar o en el caso de necesitar suplementar.

La leche extraída puede ser almacenada y conservada hasta que el lactante la tome.

La leche puede ser extraída de manera manual o por medio de bomba extractora o sacaleches.

Antes de iniciar la extracción, sea con el método que sea, es aconsejable hacer un masaje para estimular la oxitocina. En primer lugar se puede frotar todo el pecho en forma de círculos en torno al pezón, después se desplazan los dedos de la parte externa hacia el pezón y finalmente se hace un movimiento de sacudida de los dos pechos.



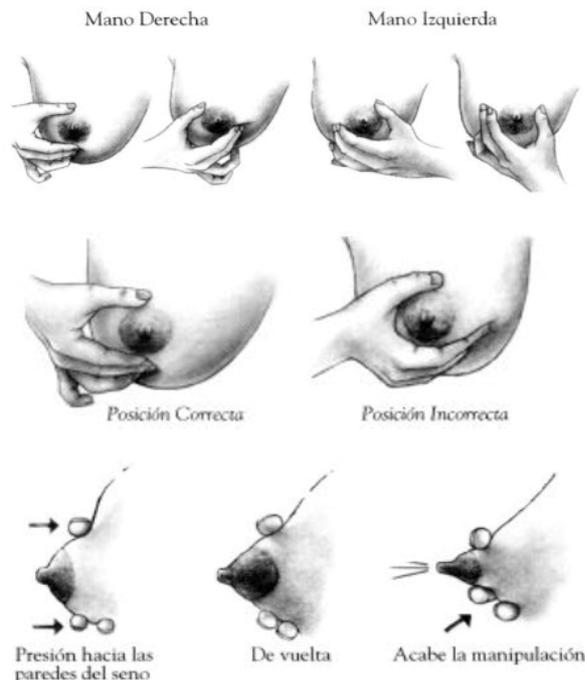
Si la madre se extrae leche sin tener el bebé cerca, también puede facilitar el tener algún objeto del bebé cerca o una fotografía.

Es importante explicar a las madres que la extracción requiere de un aprendizaje y pueden necesitar varios días para conseguir un aumento del volumen de leche. La cantidad extraída no sirve para medir la producción de leche de la madre.

6.1. Extracción manual

Es conveniente que toda madre lactante conozca esta técnica, puesto que le puede ser muy útil en casos de necesidad de extracción de leche de manera puntual. Una vez adquirida la habilidad hasta puede ser más ágil que la extracción mecánica.

- Tener a mano un recipiente limpio, seco y con boca ancha para recoger la leche extraída.
- Lavarse las manos de manera minuciosa.
- Colocarse de manera cómoda, sentada o erguida sosteniendo el recipiente bajo el pezón y la areola.



- Colocar el dedo pulgar en la parte superior del pecho y el índice a la parte inferior, a modo de letra “C” a unos 4 cm de la punta del pezón, y de forma que el pezón quede en medio de la línea imaginaria que uniría los dos dedos
- Exprimir cada pecho hasta que la leche gotee lentamente y repetir la extracción de cada pecho de cinco a seis veces. El tiempo total dura unos 20-30 minutos.
- Evitar hacer masajes o hacer deslizar los dedos a lo largo de la piel.
- Evitar pellizcar o comprimir el pezón en sí mismo.

**En este [enlace](#) se puede ver un vídeo que muestra la extracción manual.

6.2. Extracción mecánica

La extracción mecánica permite un mejor vaciado del pecho que no la extracción manual y obtiene mayores concentraciones de grasa en la leche extraída. Por este motivo, es el método de extracción recomendado en caso de bebés prematuros o lactantes enfermos hospitalizados.

Hay varios tipos de extractores de leche materna:

- **Extractores mecánicos:** habitualmente se los denomina manuales. Son accionados a mano y son más baratos que los eléctricos, pero la extracción es más lenta. (15-20minutos/pecho)
- **Extractores eléctricos:** pueden funcionar con baterías o conectados en la red eléctrica. Son más rápidos y requieren menos participación activa de la

madre. Acostumbran a tener un regulador de potencia y de ciclos por minuto que posibilita varias fuerzas de succión.

Se recomienda iniciar la extracción con una aspiración baja y posteriormente aumentar la potencia de aspiración, siempre evitando que resulte dolorosa. Debe de usarse de 5 a 7 minutos en cada pecho, alternando un pecho con el otro y repitiendo la extracción como mínimo dos veces en cada lado.

El uso de un extractor mecánico o eléctrico permite la recogida de la leche directamente en una bolsa o en un recipiente y su conservación, hecho

que disminuye la manipulación.

Es importante escoger el cono del extractor de la medida adecuada al pecho de la madre para evitar una succión inefectiva o problemas de dolor. Las casas comerciales tienen medidores para poder escoger adecuadamente.

6.3. Almacenamiento y conservación de la leche materna extraída

Almacenamiento

- La leche extraída debe almacenarse en un recipiente limpio, de boca ancha que facilite la limpieza y cierre. Hay que etiquetar el recipiente con la fecha y la hora de la extracción para un almacenamiento correcto.
- La leche materna se puede congelar en recipientes de vidrio y de plástico duro o en bolsas diseñadas específicamente para ello. No se recomienda el uso de envases de PVC, puesto que pueden intercambiar moléculas con riesgo de toxicidad con la parte grasa de la leche.
- Se recomienda llenar cada recipiente dejando suficiente espacio a fin que la leche pueda expandirse con el proceso de congelación.
- Si la leche se almacena en bolsas, se recomienda colocarlas en un recipiente rígido y con tapa para protegerlas de pinchazos y de los olores durante la congelación. No se tiene que almacenar la leche en la puerta del congelador, puesto que la temperatura es menos estable.
- La leche que se ha conservado en la nevera dos días o menos puede ser congelada.

Conservación

- La leche materna se puede conservar a temperatura ambiente, refrigerada o congelada. Cada método de conservación permite un tiempo de almacenamiento. La leche almacenada se sedimenta en diferentes capas; la parte grasa de la leche se sitúa en la capa superior. Esto confiere a la leche un aspecto fragmentado, pero totalmente normal. Cuando la leche se

descongela, al agitarla vuelve a presentar un aspecto homogéneo, puesto que todas las capas se mezclan.

- La leche almacenada puede sufrir cambios de color y sabor, pero que no afectan a sus propiedades ni son malos para el bebé. Puede tener olor a agrio o rancio debido a un cambio en la estructura de los lípidos, por altos contenidos de lipasa en algunas leches maternas o como consecuencia de los ciclos de congelación y descongelación en el congelador-refrigerador con eliminación de escarcha. En casos que el olor a rancio sea muy persistente, se puede escaldar la leche antes de congelar y así se inactiva la lipasa.

Tiempo conservación leche materna
- De 4 a 6 horas cuando se mantiene a 25°
- Hasta 10h cuando se mantiene entre 19° y 22°C
- Hasta 24h cuando se mantiene a 15°C
- Hasta 8 días si está refrigerada (en la nevera) entre 0° y 4°C (si no se tiene que utilizar en las 48h posteriores es mejor congelarla)
- Hasta 2 semanas en un congelador situado dentro de una nevera
- Hasta 3-4 meses cuando el congelador y la nevera tienen puertas separadas (tipo combi)

Preparación

- **Descongelación nocturna:** la leche se puede descongelar la noche anterior dejándola siempre en el interior de la nevera. Esta leche se tiene que usar en las 24 horas siguientes y se tiene que tirar si se sobrepasa este tiempo. Una vez descongelada, se recomienda agitar el recipiente a fin de que las capas de la leche se mezclen bien.
- **Descongelación inmediata:** la leche se puede descongelar en el mismo momento que se tiene que usar. Para hacerlo, se tiene que colocar la bolsa o el contenedor en un recipiente con agua caliente o bajo el chorro de agua caliente del grifo.
- **Calentamiento:** la leche materna nunca tiene que hervir ni ser calentada directamente al fuego, puesto que se pueden desnaturalizar algunas de sus proteínas y vitaminas. El microondas se desaconseja porque no calienta homogéneamente la leche y porque destruye la IgA de la leche.

- La mejor opción para calentar la leche es metiendo el envase dentro de un recipiente de agua caliente hasta que llegue a la temperatura de unos 36°C que es como sale del cuerpo.

[↑ Volver al índice](#)

7.- La alimentación de la mujer que amamanta

La alimentación de la mujer lactante tiene que ser una alimentación variada y saludable. A pesar de que el requerimiento energético para la producción de leche es alto, entre 660 y 940 kcal por litro de leche, debido a un metabolismo más eficiente de la mujer lactante, con un pequeño aumento calórico permite producir la leche suficiente. El aumento de ingesta calórica produce un aumento en la producción de leche en madres desnutridas, pero no en madres sanas con peso normal. Por otro lado, la composición de la leche se modifica muy poco con la dieta materna. Las proteínas, lípidos y lactosa no varían, lo que si varía es la proporción de ácidos grasos saturados e insaturados, así como la concentración de algunas vitaminas. Cuidado en detectar madres con dietas muy restrictivas.

No hay ningún alimento contraindicado durante la lactancia materna. Algunos alimentos pueden cambiar el sabor de la leche: espárragos, col y coliflor, ajo, cebolla..., pero si el bebé no rechaza la leche no hay motivo para dejar de comerlos.

Se debe de aconsejar beber en función de la sed.

Consultar en apartado 9 lo que se refiere a la ingesta de café y alcohol.

[↑ Volver al índice](#)

8.- Contraindicaciones de la lactancia materna

En la práctica, la lactancia materna está contraindicada en muy pocas ocasiones. Si la madre o el niño padecen alguna enfermedad, es necesario llevar a cabo una valoración individualizada y, a la hora de ofrecer el consejo, deben de tenerse siempre en cuenta los grandes beneficios que puede ofrecer la lactancia materna frente a los posibles riesgos.

En les enfermedades de la madre, debe individualizarse cada situación y valorar:

- La gravedad de la enfermedad.
- El momento de detección de la enfermedad. Hay que tener en cuenta que antes de presentar síntomas, ha pasado el periodo de incubación y por tanto de contagio, así pues de la misma manera que la madre puede ser fuente de contagio para su hijo, también lo es de transmisión de anticuerpos específicos .
- El grado de incapacidad que causa a la mare.
- La medicación que utiliza y la su compatibilidad con la lactancia.
- En las enfermedades psiquiátricas: la capacidad de la mare de interpretar de forma adecuada las señales del bebé para alimentar-lo.
- El apoyo del entorno.

8.1 Contraindicaciones absolutas:

SITUACIONES QUE CONTRAINDICAN LA LM			
Del bebé	Galactosemia clásica	Alimentación sin lactosa ni galactosa des del nacimiento.	
	Deficiencia primaria congénita de lactasa	En la forma: Déficit primario precoz.	
De la madre	Infección por el VIH	Contraindicar solo cuando se pueden asegurar sucedáneos seguros y continuados.	<u>Transmisión por leche materna: demostrada.</u> <u>Disminución riesgos:</u> pasteurizar la leche.
	Infección por virus de la leucemia humana de células T (HTLV 1 i 2)	Contraindicar solo cuando se pueden asegurar sucedáneos seguros y continuados.	<u>Transmisión por leche materna: demostrada.</u> <u>Disminución riesgos:</u> pasteurizar la leche.
	Fármacos y otras sustancias (ver punto 9) Fármacos y lactancia)	Pocos fármacos contraindican la lactancia	Individualizar y consultar lugares de confianza como: www.e-lactancia.org

8.2 Contraindicaciones relativas

Determinadas situaciones requieren una valoración individualizada que considere los beneficios de continuar con la lactancia materna frente a los riesgos que esto pueda ocasionar. Puede ser necesaria una interrupción temporal de la lactancia materna para reanudarla más adelante, una vez resuelto el problema. En este periodo de tiempo se debe aconsejar a la madre el vaciado frecuente de las mamas para que continúe activo el proceso de producción de la leche y poder retomar, así, la alimentación al pecho sin incidencias.

En caso de duda o para actualización: www.e-lactancia.org

Metabolopatías del bebé.		
	Alimentación y manejo	Comentario
Formes leves de galactosemia.	Lactancia mixta	
Fenilcetonúria. La fenilalanina es un aminoácido esencial, calen cantidades suficientes para la síntesis protéica.	<u>Lactancia mixta</u> : leche materna + fórmula especial sin fenilalanina. Controles estrictos de fenilalaninèmia	Con lactancia mixta mejor rendimiento intelectual que solo fórmula.
Leucinosi o Enfermedad de la orina de jarabe de hurón. Leucina, isoleucina i valina son aminoácidos esenciales, hacen falta para la síntesis protéica.	<u>Lactancia mixta</u> : leche materna + leche especial sin estos aminoácidos. Bajo suministro de leucina, isoleucina i valina, en cantidades suficientes para el crecimiento normal.	La cantidad de leucina, isoleucina i valina en la llet materna es mucho menor que en la leche de vaca.
Enfermedades de la madre.		
Infecciones de la mare	Protección y tratamiento al bebé	Riesgo de transmisión por leche materna
	Siempre con medidas de higiene	
Infección por el virus de la hepatitis B (VHB) No contraindica la lactancia	Ig antihepatitis B + 1ª dosis de vacuna al nadó, en diferentes lugares de inyección, las primeras 24 horas de vida	Muy bajo <u>Germen aislado a la leche materna</u> : sí
Infección por virus de la hepatitis C (VHC) No contraindica la lactancia	Similar tasa de transmisión mare-hijo en niños alimentados al pecho o con sucedáneos.	No documentado contagio por leche materna <u>Germen aislado a la leche materna y calostro</u> : sí: Ac i

		ARN viral. <u>Riesgo de transmisión perinatal</u> : según títulos maternos de ARN viral. Más alto en coinfección por el VIH.
<p>Infección por el virus de la hepatitis A (VHA) En general no contraindica</p> <p>En caso de hepatitis aguda en parte: individualizar</p>	<p><u>Prevención de riesgo de contagio, para evitar la transmisión fecal - oral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ig polivalente al lactante • Lavado minucioso de manos y extremar todas las medidas higiénicas sobretodo las primeras 3 – 4 semanas de la enfermedad aguda. 	<p><u>Transmisión del germen:</u> vía fecal – oral</p>
<p>Herpes virus simple No contraindicación en general Si lesiones activas en los pezones o cerca: debe evitar el contacto del bebé con las lesiones, por tanto cubrirlas o interrumpir la lactancia materna de este pecho, hasta la curación.</p> <p>Hacer extracción de leche.</p>	<p>Riesgo de contagio neonatal en función del momento de la infección a la mare, si es primoinfección o herpes recurrente y del lugar de las lesiones (oral, genital, cutáneo,..).</p> <p><u>Prevención de contagio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado minucioso de manos. • Cubrir las lesiones activas que el lactante puede tener a su alcance. • Si herpes labial o estomatitis: mascarata y evitar besos. 	<p>Poco frecuente: <u>Germen aislado a la leche materna:</u> El ADN del virus sí, pero muy pocos casos documentados de contagio.</p>

Varicela			El virus varicela – zóster puede atravesar la placenta, <u>Aislamiento en leche materna:</u> Anticuerpos específicos. Contagiosidad des de antes de la aparición de las lesiones. No útil la separación lactante / madre cuando es hace el diagnóstico. Des de 5 días antes y 2 días después del parto: el bebé ha recibido pocos Ac por el cordón.
Infección 5 días o más antes del parto	No es necesario separación madre – bebé		
Infección 5 días antes del parto o 48 horas post-parto*	Si no lesiones en pecho/pezón: extracción de leche y administrar al hijo	-Ig específica o estandar al nadó. -Vigilancia del bebé	
Infección durante la lactancia y > 48 horas post-parto	Continuar la lactancia si no tiene lesiones en el pecho ni el pezón.		
Infección por citomegalovirus (CMV) No contraindicación absoluta Los prematuros con baja tasa de transferencia de Ac maternos estarían más expuestos. individualizar	La pasteurización de la leche (62,5°C durante 30 ') inactiva el CMV y reduce el riesgo de infección		<u>Tasa de infección</u> a hijos de madres con infección previa: 63% El CMV puede pasar a leche materna, pero no infecta al bebé, por transferencia pasiva de Ac maternos.
Tuberculosis activa no tratada Si la madre no tiene lesiones activas en el pecho, se puede dar la leche extraída Diagnosticada durante el embarazo: tratamiento inmediato para evitar riesgo de contagio. Diagnosticada el últimos 15 días de gestación o después del parto: tratamiento precoz a la madre.	<u>Prevención de contagio:</u> Controversias: consejo de separar madre / bebé. OMS aconseja no separar. Si en el momento del parto hacía <2 meses que la madre tomaba tratamiento: dar Isoniazida al bebé durante 6 meses. A pág web www.e-lactancia.org : iniciar el tratamiento y retardar la lactancia y contacto.		<u>Transmisión del germen:</u> vía respiratoria <u>Germen aislado a la leche materna:</u> No
Sífilis materna			
Lesiones en el pecho o pezón	Contraindica la LM hasta que es trate y	Aislar al niño de la madre Valorar el tratamiento con PNC-G al bebé	

(pueden contener <i>treponema</i>)	estén curadas		
Madre en tratamiento y lesiones cutáneas sin germen	Reiniciar la lactancia al pecho		
Infección bacteriana grave (Sépsia u otras enfermedades infecciosas graves). Mal estado general: se aconseja suspender temporalmente la lactancia, hasta recuperación.		Puede estar indicado un tratamiento profiláctico al lactante contra el germen causante de la infección materna.	<u>Transmisión de gérmenes por leche materna:</u> es posible, pero también Ac específicos
Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana) L'OPS/OMS no contraindican la lactancia materna Los fármacos Benzinidazol y Nifurtimox son compatibles con la lactancia		La pasteurización inactiva al parásito. Infección congénita del bebé o lactante: hace falta tratar a bebé. Infección materna aguda o reciente: hace falta tratar a madre.	<u>Fase aguda:</u> riesgo de transmisión más elevado <u>Transmisión por leche materna:</u> muy rara, estudios recientes y bien hechos contradicen otros más antiguos.
Brucelosis (Fiebre de Malta) <u>Controversias:</u> Suspender la lactancia hasta > 72 horas de inicio de tratamiento a madre e hijo. (El periodo de incubación es muy largo y a menudo cuando se diagnostica lo más recomendable es tratar a la madre e investigar el estado de infección del hijo. La mayoría de fármacos para el tratamiento a la madre, son compatibles con la lactancia materna, pero hay que individualizar.		Vigilancia cuidadosa al hijo: seguimiento y tratar, si es necesario.	Bajo riesgo pero probable <u>Contagio por leche materna:</u> Pocas publicaciones A menudo retraso en el diagnóstico <u>Transmisión del germen por leche materna:</u> probablemente sí
Borreliosis (Enfermedad de Lyme) (Espiroqueta <i>Borrelia burgdoferi</i>) El tratamiento de elección para la madre es la Doxiciclina y no contraindica la lactancia materna.		Hay que tratar al lactante y a la madre. Para los niños: preferible el tratamiento con amoxicilina, Cefuroxima o Macrólidos.	Bajo riesgo pero probable <u>Transmisión germen:</u> por garrapata. <u>Transmisión por leche materna:</u> no

		pruebas definitivas Germen aislado en leche materna: Sí.
Sarampión	No indicada la separación del bebé, la enfermedad es contagiosa desde antes del exantema. Administrar gammaglobulina inespecífica lo antes posible, post diagnóstico a la madre, durante los primeros 6 días post-exposición	Bajo riesgo pero probable
Otras enfermedades de la madre		
Cáncer de mama		No demostrada la transmisión de virus tumorales por leche materna
Antecedente, ya tratado	Amamantar con pecho sano o los 2 si ttº conservador	
Diagnosticado durante la lactancia: Si quimioterapia contraindica la lactancia.	Suspender lactancia al pecho, para tratar a la madre la antes posible.	
Prolactinoma		
Microadenomas: lactancia no contraindicada	Hay experiencia de lactancias durante 8 a 33 meses sin problemas, a pesar de tratamiento con Bromocriptina.	
Macroadenomas: si compresión local por el crecimiento tumoral: ttº con antagonista dopaminérgico. Efecto 2ario: inhibición de la secreción láctea		
Hiperprolactinemia que necesita medicación: <u>Fármacos preferibles:</u> Bromocriptina o lisurida <u>No aconsejado:</u> Carbengolina, para continuar con la lactancia		
Miastenia gravis Autoimmune: Ac anti-receptor de acetilcolina y bloqueo neuromuscular.	No se ha descrito enfermedad en el hijo por los anticuerpos pasados por leche materna.	Los Ac pueden atravesar la barrera placentaria y también pasar a la leche materna.
Forma hereditaria	Miastenia neonatal transitoria: por anticuerpos antireceptor de acetilcolina:	
Forma adquirida (más		

frecuente).	hay ayuda para succión satisfactoria debido a hipotonía en el bebé (www.e-lactancia.org)	
Enfermedad grave: no se aconseja amamantar por el sobreesfuerzo que supone para la madre.		
Tratamiento que recibe la madre: la mayoría compatible con la lactancia		
Otros*	consultar fuentes fiables: (www.e-lactancia.org)	

* Otras enfermedades crónicas. El hipotiroidismo y el hipertiroidismo no contraindican la lactancia materna. Pero es importante que el hipotiroidismo esté bien tratado para que no haya problemas de Hipogalactia. En enfermedades como la epilepsia, algunas cardiopatías, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la depresión o la fibrosis quística, la decisión de suspender o proseguir con la lactancia materna dependerá de la gravedad de la enfermedad y del grado de incapacidad para a la madre. Siempre que la situación clínica y la medicación que tome la madre lo permitan, se recomienda continuar con la alimentación al pecho.

En el caso de antiepilépticos y otros psicofármacos, por sus efectos sedantes, condicionan una succión débil en el lactante, especialmente los primeros días de vida, y puede dificultar la instauración de la lactancia. Debe de tenerse en cuenta que en estos casos la lactancia materna es un buen método para disminuir progresivamente la concentración de estos fármacos después del nacimiento, evitando el síndrome de abstinencia.

[↑ Volver al índice](#)

9.- Fármacos, otras sustancias y lactancia materna

Suspender la lactancia materna sin un motivo importante supone un riesgo innecesario para la salud, teniendo en cuenta los múltiples beneficios que aporta a la madre y al niño. La gran mayoría de los fármacos que se utilizan a menudo son compatibles con la lactancia materna.

En caso de dudas respecto a la prescripción de medicamentos durante la lactancia materna se puede consultar la página web <http://e-lactancia.org>,

Es importante que toda mujer lactante conozca esta página web y la sepa consultar.

Puntos clave

- Los fármacos pueden afectar la lactancia por dos motivos importantes:
 - porque afecten a la producción de leche.
 - porque tienen riesgos para la salud del lactante.
- Pocas enfermedades maternas necesitan fármacos que contraindican la lactancia.
- En la mayoría de tratamientos, los beneficios de la lactancia materna sobrepasan los posibles riesgos de exposición para la leche materna.
- En general, un fármaco se considera seguro durante la lactancia cuando el fármaco es también de uso pediátrico y la dosis que recibe el lactante es inferior al 10% de la dosis habitual recomendada para este medicamento. Ver FARMACOCINÉTICA a la ficha de cada fármaco en pág web www.e-lactancia.org.
- El uso de medicamentos de vida media corta durante la lactancia tiene menos riesgo.

En el momento de prescribir un fármaco, debemos considerar:

- La idoneidad de la prescripción del fármaco.
- La posibilidad de alternativas seguras.
- El estado general y de salud de la madre.
- Duración del tratamiento: uso puntual o de larga duración.
- Farmacocinética del fármaco
- Vía de administración del fármaco:
 - Aplicados a la piel, llegan cantidades insignificantes o nulas a la circulación plasmática de la madre.
 - Vía ótica, no tienen absorción sistémica.
 - Vía oftálmica, absorción sistémica muy escasa.
 - Vía parenteral, si la única vía de administración es parenteral significa que no se absorben por el intestino. La mayoría de los que también tienen administración vía oral, se absorben muy poco por el intestino.
 - Algunos de administración oral no se absorben por el intestino como los antiácidos, laxantes y antiparasitarios.
 - Inhalados, tienen una absorción sistémica no significativa.

- Características del lactante
 - Durante el periodo neonatal y en la prematuridad tienen más riesgo por su menor capacidad de metabolización hepática y de aclaración renal.
 - Durante la etapa de lactancia materna exclusiva o con una alimentación diversificada.
 - Anomalías metabólicas como déficit de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa,
- Características de la madre

Las fichas técnicas de los medicamentos no siempre tienen información fiable sobre compatibilidad en la lactancia. Buscar información de fuentes fiables:

- ✓ www.e-lactancia.org: Página web de compatibilidad con la lactancia, que permite una consulta rápida. Incluye información sobre fármacos, otras sustancias y enfermedades. Ofrece una ficha por cada consulta, con la clasificación de riesgo, el grupo terapéutico del fármaco, marcas comerciales más habituales, alternativas más seguras, datos farmacocinéticos y las referencias bibliográficas con acceso al resumen o texto completo. Consultable desde todos los sistemas operativos de ordenadores, tabletas y teléfonos móviles, en castellano y en inglés.
- ✓ LactMed: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> en inglés.

FÁRMACOS Y OTRAS SUSTANCIAS QUE CONTRAINDICAN LA LACTANCIA MIENTRAS SE UTILIZAN:

Grupo terapéutico del fármaco	Fármaco
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el contenido de yodo ^a)
Antimigrañosos	Derivados del ergot (inhiben la prolactina): Ergotamina
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Amfetamínes.
Ioduros, inclòs tòpics ^a	
Exploraciones con contraste radioactivo (gammagrafies) ^b (tabla y texto)	Suspender mientras dure el radionucleido en el cuerpo de la madre y período de semidesintegración. Extraer la leche y rechazarla. <u>Previo</u> : extraer leche para dársela durante este tiempo.
Ginecológicos. Fármacos para inhibir la lactancia ^c	Derivados del ergot (inhibe la prolactina): Bromocriptina. Cabergolina. Lisurida
Drogas de abuso ^d	Amfetamina. Cocaína. Fenciclidina (<i>pòls d'àngel, píndola de la pau, boira o cristal</i>). Heroína ,LSD. Cànnabis (<i>marihuana, herba, maria</i>). Exceso de alcohol.

Reductores de colesterol	Estatinas
--------------------------	-----------

a) El exceso de yodo es perjudicial y estos medicamentos contienen en grandes cantidades, pero durante el embarazo y lactancia se puede tomar un suplemento de 200 microgramos de yoduro potásico y sal yodada.

b) Exploraciones radiológicas con contraste radioactivo (gammagrafias).

Consejos:

Intentar utilizar el radionucleido de vida media más corta.

Almacenar leche extraída previamente para darla post exploración.

Extraer y desechar la leche post exploración, el tiempo indicado.

En tratamientos con yodo-131 y el estroncio-89m es necesario suspender la lactancia.

Radiofármaco	Tiempo de espera recomendado
Cobre-64	50 h
Fludesoxiglucosa 18F, fluor 18 (Fluotracer, Fluorscan)	24 h
Gali-67 citrat 7 Mbq (0,2 mCi) 50 Mbq (1,3 mCi) 150 Mbq (4,0 mCi)	1 semana 2 semanas 4 semanas
Indi-111, IN-111M, satumomab pendetid (OncoScint CR 103) Con dosis de 20 Mbq (0,5mCi)	24 h 1 semana
Sódio radioactivo	16 días
Tali-201	2 semanas
Tecneci TC-99M	De 6 a < 24 h
Xenón-133, xenón-127	Pocos minutos
Iodo 123	36 h
Iodo 125	12 días
Iodo 131	14 días
Iodo -hipurat-sódico I-123, I-131 (Hipuran)	24 h

c) **Inhibidores de la lactancia:** Tener en cuenta en caso de sospecha de Hipogalactia. Disminuyen la producción de leche, principalmente por inhibición de la prolactina: Alcaloides del ergot, estrógenos, anticolinérgicos como los antiespasmódicos o antihistamínicos de primera generación, el uso prolongado de diuréticos como las tiazidas, abuso de pseudoefedrina, gonadotropinas, antiparkinsonianos precursores de la dopamina y prostaglandinas durante la primera semana de vida.

d) Drogas de abuso:

Las drogas psicotrópicas de abuso incapacitan a la madre para cuidar de su hijo, y ponen en riesgo la vida y la salud de ambos. No se recomienda compartir el co-lecho

Amfetaminas o derivados. RIESGO ALTO PROBABLE. Llega a la leche materna entre 2 a 8 veces más que su concentración plasmática. Se puede valorar su uso durante la lactancia cuando se utiliza en el tratamiento de la narcolepsia o del TDAH de la madre. Para minimizar el riesgo, se aconseja no amamantar durante las 48 horas después del último consumo de anfetamina. En cambio su uso como drogas de abuso está totalmente desaconsejado durante la lactancia. También hay más riesgo de problemas sociales, violencia doméstica y menos tasas de lactancia materna.

Cannabis (*Marihuana, hierba, maría*). RIESGO MUY ALTO. Su metabolito Delta-9-tetrahidrocanabinol (THC) es liposoluble y llega a la leche materna hasta 8 veces más que su concentración plasmática. En la orina de los lactantes expuestos por vía de la leche materna se puede detectar hasta 3 semanas post-exposición. Los efectos en lactantes expuestos por vía de la leche materna son hipotonía, succión débil, sedación, microcefalia, retraso del desarrollo psicomotor. Cuando hay consumo de cannabis en el hogar los lactantes tienen más riesgo de muerte súbita. Las drogas psicotrópicas de abuso pueden poner en riesgo la vida y la salud de la madre y del hijo.

La **cocaína**. RIESGO MUY ALTO. La cantidad excretada por leche materna es tóxica para el lactante. También hay problemas graves por la inhalación pasiva de humo de cocaína (crack). Los recién nacidos y lactantes la eliminan mucho más lentamente que los adultos y se detecta en su orina hasta 60 horas después de su exposición por leche materna. Las manifestaciones en el lactante son vómitos, diarrea, hiperexcitabilidad, irritabilidad, temblores, midriasis, hipertensión y taquicardia en lactantes de las madres que la toman. Totalmente desaconsejado y peligroso su uso como anestésico aplicado en el pecho de la madre, pueden provocar convulsiones, letargo y coma. Después de un consumo puntual de cocaína conviene esperar 24 horas hasta volver a amamantar.

La **fenciclidina** (*polvo de ángel, píldora de la paz, niebla o cristal*) y **LSD**. RIESGO MUY ALTO. Son potentes alucinógenos nada recomendables. La fenciclidina se concentra 10 veces más en la leche que en plasma. Ambas drogas tienen biodisponibilidad oral del 100%.

La **heroína**, RIESGO MUY ALTO. Se concentra en la leche materna en cantidad suficiente para crear adicción en el lactante. La exposición del lactante por la leche materna puede provocar dificultad respiratoria grave, letargo, irritabilidad y problemas de alimentación, afectación del desarrollo físico y psicomotor.

La **metadona**, RIESGO MUY BAJO. En dosis de hasta 20 mg / día, es compatible con la lactancia. Se encuentra en la leche materna en muy poca cantidad y no se han observado problemas en los lactantes amamantados por madres que la toman. La dosis que recibe el lactante por la leche materna de madre que tomaban 70 a 150 mg / día es muy inferior a la utilizada para tratar el síndrome de abstinencia neonatal. Hay que asegurar que no hay policonsumo de drogas y que el cuidado del lactante es la adecuada. Los hijos de madre que han tomado metadona durante el embarazo suelen ser prematuros o de bajo peso y más del 60% tienen síndrome de abstinencia que dificulta la lactancia materna, necesitan mucho apoyo sanitario de los servicios sociales comunitarios. En los recién nacidos amamantados ha demostrado retraso en la aparición de la sd. de abstinencia neonatal y menos tiempo de hospitalización. La metadona puede causar galactorrea por aumento de

prolactina.

FÁRMACOS QUE HAY QUE TOMAR CON PRECAUCIÓN DURANTE LA LACTANCIA.

Hay que tener aún más precaución en madres con insuficiencia renal, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, en madres de bebés prematuros y durante el período neonatal.

Grupo terapéutico del fármaco	Fármaco
Antibióticos y antiinfecciosos	Amantadina (RL). Cloramfenicol (H) Clindamicina (G). Lindane (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital. Primidona (S)
Antihistamínicos	Evitar los de primera generación (S, RL)
Antiinflamatorios	Sals d'or (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloquejantes (CV)	Escoger: Labetalol, oxprenolol, propranolol, metoprolol
Vasodilatadores antiadrenérgicos (CV)	Escoger: Metildopa. hidralazina
Descongestionantes nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales/legales ^d	Alcohol (S). Cafeína (I). Tabac (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales. Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes activos (G)
Immunosupresores (H)	Escoger: Ciclosporina i Azatioprina
Psicofármacos	
Antipsicóticos	Fenotiazinas (Clorpromacina) (S). Liti (CV, S), necesario control clínico y analítico del lactante
Benzodiacepinas (S)	Escoger: Lorazepam con ansiolítico
Antidepresivos	Doxepina (S, CV). Nefazodona (S, CV) Escoger: Sertralina, Paroxetina i Fluoxetina
Otros	Codeína (S)

Entre paréntesis: posibles efectos a observar: CV: cardiovasculares; G: gastrointestinales; H: hematológicos; I: irritabilidad-insomni; O: otros; RL: reducción láctea; S: sedación.

e) Drogas sociales:

Tabaco. RIESGO ALTO PROBABLE. El tabaquismo materno aumenta el riesgo de no comenzar la lactancia materna o de menor duración, también disminución de la producción de leche. Los niveles en la leche de mujeres fumadoras tienen niveles altos de cotidina, cadmio, mercurio y otros metales pesados y menos niveles de proteínas, vitaminas A, C y E y otros antioxidantes. Los lactantes expuestos tienen más riesgo de muerte súbita. El mayor problema para los lactantes que conviven con fumadores es el ambiente de humo de tabaco por vía inhalatoria que los predispone a sufrir infecciones respiratorias, más episodios de asma y hospitalización. Todos los riesgos incrementan si son alimentados con leche artificial. Si una madre no puede dejar de fumar, es preferible aconsejar:

- que fume menos
- no fumar dentro de la casa ni en el coche, ni ella ni ninguna otra persona.
- continuar dando el pecho para contrarrestar los efectos del tabaco pasivo
- limpiarse bien las manos, y si es posible cambiarse de ropa después de fumar y antes de estar con el bebé.
- esperar 2 horas a amamantar después del cigarrillo.
- No es aconsejable el colecho.

[\(Vull creixer sense fum\)](#)

Nicotina como terapia de sustitución al tabaco. RIESGO BAJO. Al igual que los hijos de madre fumadora la lactancia materna minimiza los riesgos originados por la exposición al tabaco y estos riesgos son aún menores con la terapia de sustitución:

Parche de nicotina de alta concentración: los niveles en plasma y en la leche de la madre pueden ser similares a los que tendría si fuma tabaco. Se aconseja utilizar los de la menor dosis de nicotina que sea eficaz para la deshabituación. Conviene sacar el parche durante la noche.

Chicle de nicotina: los niveles en plasma y en la leche de la madre suelen ser la mitad de los que tendría si fumas tabaco, pero también pueden ser similares. Se recomienda consumir el mínimo número que resulte eficaz para la deshabituación y esperar 2 a 3 horas para amamantar después de su uso.

Cigarrillo electrónico: riesgo bajo probable. Los niveles de nicotina en el plasma y leche materna son la décima parte de los que llegan al fumar tabaco, pero el cigarrillo electrónico tiene productos químicos tóxicos hacen que no se aconseje su uso como terapia de sustitución durante la lactancia, son preferibles los parches o los chicles de nicotina. Hay menos paso de nicotina si se esperan 2 horas desde la última inhalación.

Alcohol. RIESGO ALTO PROBABLE. Durante la lactancia se aconseja no consumir alcohol o muy ocasional y moderado. En el lactante expuesto por la leche materna puede causar sedación, poca ganancia de peso, irritabilidad, retraso psicomotor, cambios de conducta, alteración del sueño. Un consumo agudo excesivo puede provocar coma, convulsiones, y riesgo de muerte súbita en el lactante. Puede inhibir la secreción de oxitocina de la madre y por tanto el reflejo de eyección, reduciendo la producción de leche entre un 10 a 25%. No se aconseja el colecho con personas que hayan bebido alcohol. Se debe recomendar a la madre que no consuma alcohol y, si esto no es posible, que limite el consumo a una cantidad de 0,5g / kg de peso corporal materno y que lo consuma justo después de haber dado el pecho . El tiempo entre el consumo ocasional y dar el pecho está en función del peso de la madre (como menos peso de la madre, más tiempo) y de la cantidad consumida (cuanto más cantidad más tiempo): 2,5 hora por cada 10 - 12 gr de alcohol consumidos, (un tercio de cerveza 4,5% (330 ml), un vaso de 120 ml de vino 12% o una copa de 30 a 40 ml de licor 40-50%). Orientativo: mujer de unos 60 Kg: 1 vaso de vino: 2,5 horas, 2/3 de cerveza: 5 horas, 3 copas de licor: 7,5 horas... Tener en cuenta que algunos medicamentos tienen concentraciones elevadas de alcohol como excipiente y que hay que evitarlos durante la lactancia. La cerveza 0,0% y la sin alcohol (<1%) se pueden tomar durante la lactancia. El Alcohol como desinfectante aplicado a la piel es compatible con la lactancia

Café. RIESGO BAJO PROBABLE. La cafeína y otras metilxantinas contenidas en el té, el café, el chocolate y los refrescos de cola pasan a través de la leche. A las dosis habituales lo que llega al lactante es menor que las cantidades que se prescriben para tratar las apneas neonatales. El tiempo medio de eliminación puede ser de 3 a 4 horas en recién nacidos (en adultos es de pocas horas). El consumo en cantidades elevadas (> de 300mg / día) puede producir en el niño trastornos del sueño, irritabilidad, temblores e hipertensión. 500 ml al día o más de café se ha relacionado con anemia y déficit de hierro a la madre y al lactante y con el fenómeno de Raynaud del pezón a la madre. Hay lactantes que se muestran irritables con cantidades menores. (Contenido medio de cafeína por taza: -de café: 60-80 mg, -de té: 20-30 mg, -de té verde: 15 mg, -de chocolate: 5-10 mg. Bebidas: de soda-cola: 100-150 mg, bebidas energizantes: 300-800 mg)

CONTAMINANTES AMBIENTALES. Consultar el documento del Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/contaminantes_comite_lm_aep_0.pdf

[↑ Volver al índice](#)

10.- Problemas durante la lactancia materna

El **dolor** no es normal durante la lactancia. Aún así, su presencia puede ser uno de los principales problemas para disfrutar del amamantamiento y puede influir negativamente sobre su duración. Las principales causas de dolor son:

10.1. Ingurgitación mamaria

- La ingurgitación se presenta cuando las mamas se llenan demasiado de leche y aparece **inflamación**, **dolor** y **endurecimiento**. Se presenta a menudo después del parto si por diferentes motivos no ha habido un buen inicio del amamantamiento y hay una succión inefectiva. El dolor y la dificultad que supone puede traer a que la mujer renuncie a dar el pecho o que aparezcan enfermedades como la infección mamaria.
- Las causas más frecuentes de ingurgitación mamaria son el retraso en el inicio de la lactancia, las tomas poco frecuentes, la succión inefectiva o el mal agarre del bebé que ocasionan un mal vaciado de la mama. La administración de grandes cantidades de suero durante el parto también la pueden favorecer y además se puede producir por éstasis venosa o linfática previa al inicio de la secreción de leche o a la obstrucción de un conducto galactóforos durante la lactancia. Así pues, un inicio correcto de la lactancia es lo más importante para prevenirla. Cuanto mejor sea este inicio menos posibilidad de ingurgitaciones habrá.
- La ingurgitación mamaria puede causar la inhibición de la lactancia materna y provocar la interrupción, además de complicaciones más graves como la mastitis.

Manejo de la ingurgitación mamaria

- Las recomendaciones generales de varias guías para la prevención de la ingurgitación mamaria consisten en: masajes en la mama, lactancia materna continua y analgesia para el alivio de los síntomas.
- El bebé puede tener dificultades para cogerse correctamente a un pecho ingurgitado. Es importante valorar el agarre del bebé y en caso de que no sea efectiva hacer el consejo necesario para mejorarla. Estimular la lactancia frecuente y en caso de imposibilidad de agarre del bebé, hacer presión inversa suavizante (PISO), extracción manual para disminuir la turgencia de las mamas y facilitar que el bebé se pueda coger mejor
- La aplicación de frío seco (bolsas de hielo) entre las tomas puede ayudar a disminuir el edema y el dolor. La aplicación de hojas de col frías sobre el pecho también puede ayudar a disminuir el edema.
- La aplicación de calor se desaconseja de manera sistemática. En algún caso el calor húmedo unos minutos antes de la extracción o de la toma puede

ayudar a la salida de la leche y la comodidad de la madre.

La presión inversa suavizante (PIS)

Es una intervención sencilla y de gran utilidad en los primeros 14 días posparto que consiste en la aplicación de presión positiva sobre un radio de 2 a 4 cm de areola en la zona que rodea la base del pezón, con el objetivo de desplazar ligeramente el edema hacia atrás y hacia el interior del pecho.

Esta técnica puede ser aplicada por un profesional de la salud o por la misma madre u otra persona y puede explicarse su utilización por teléfono en caso de ser necesario.

Consideraciones:

El mejor momento para aplicar la PIS es inmediatamente antes de poner al bebé en el pecho y durante el número de tomas que resulte necesario.

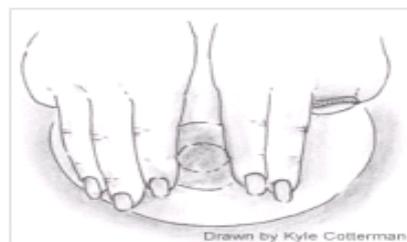
El tiempo necesario de aplicación de la técnica para conseguir ablandar el tejido areolar irá en función de la dureza o del estado del mismo edema.

Es frecuente que la aplicación de la PIS de lugar a la aparición de "depresiones" o "fóveas" en el tejido, que vuelven a ser rellenados por el edema tan pronto como deja de aplicarse la presión. Para retrasar la reaparición del edema, puede ayudar que la madre se estire en decúbito supino, facilitando más tiempo el agarre del bebé.

Tras la utilización de la PIS, la extracción manual adicional para ablandar aún más la areola resulta más fácil, más cómodo y más productiva. En este caso se desaconseja la extracción mecánica.

Técnica:

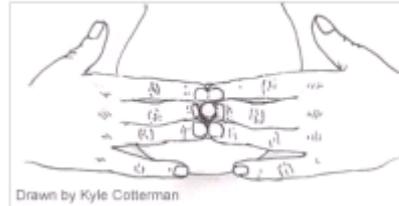
- De forma suave pero firme, presionar sobre la areola, justo en la base del pezón. La presión no debería causar dolor. Para evitar dolor o incomodidad, aplicar menos presión durante intervalos más largos.
- Mantener la presión en dirección al tórax durante 60 segundos o más (10-20 minutos o más si resulta necesario)



Puede utilizarse cualquier combinación de dedos:

Método de dos manos y un solo paso.

Uñas cortas, puntas de los dedos curvados; cada uno tocando el lado del pezón.

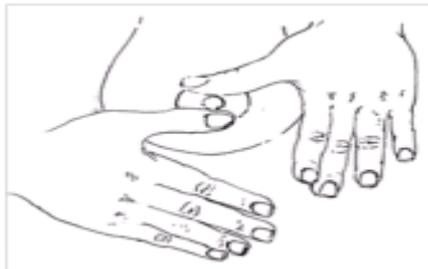


Método de dos manos y dos pasos

Colocar dos o tres dedos rectos a cada lado, con los primeros nudillos tocando el pezón. Desplazar los dedos 90 grados. Repetir la acción por encima y por debajo del pezón.



Método de dos dedos pulgares y dos pasos (primer paso) Colocar los dos pulgares rectos con la base de las uñas a la misma altura y junto al pezón.



Método de dos dedos pulgares y dos pasos (segundo paso)
Desplazar los dedos 90 grados. Repite la acción por encima y por debajo del pezón

10.2. Conducto obstruido.

Se trata de un mal vaciado de algún lóbulo mamario y se manifiesta por la presencia de un bulto doloroso, duro, y enrojecimiento de la piel de una zona localizada de la mama. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales. Puede aparecer en cualquier momento de la lactancia.

Las principales causas son una mala técnica que genera un vaciado ineficaz, la utilización de sujetadores que hacen una compresión excesiva o que, a pesar de la

técnica de succión sea eficaz, han pasado muchas horas sin mamar de aquel pecho y ha habido un acumulo de leche.

Manejo

- Valorar y asegurar que la técnica de lactancia sea correcta para que haga un vaciado eficaz.
- Aumentar la frecuencia de las tomas.
- El calor local antes de dar el pecho puede ayudar a mejorar la extracción.
- Mientras el bebé está mamando, masajear con la técnica del «9»: rozando el dedo pulgar sobre el bulto en forma circular y drenando después en dirección al pezón.
- Cuando cuesta mucho el drenaje, ofrecer el pecho de manera que la mandíbula / lengua del bebé quede en contacto con la zona obstruida, porque allí donde está la lengua la succión es más eficaz y mejora el vaciado. Así, si por ejemplo la obstrucción es en el cuadrante inferior externo, estará indicada la posición de rugby. A menudo las obstrucciones se dan en los cuadrantes superiores y por tanto se recomendarán las posiciones invertidas o la de la loba:



- Si el bebé no acaba de vaciar bien el pecho se recomendará hacer extracción manual o con extractor.
- Evitar sujetadores que aprieten demasiado.

10.3. Mastitis infecciosa. Diagnóstico y manejo.

La mastitis es la infección de uno o varios lóbulos de la mama. Puede derivar de grietas e infección del pezón y el paso de gérmenes a través de los conductos galactóforos. Los más frecuentes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* sp. y *Haemophilus* sp. Las causas más habituales de mastitis son las tomas poco frecuentes, el mal agarre, el mal vaciado de las mamas, la ingurgitación mamaria no solucionada o la presión frecuente con los dedos u otros (sujetador, ropa) sobre una zona de la mama. Es más habitual en las 2-3 semanas posteriores al parto, aunque también puede aparecer a lo largo de todo el proceso de lactancia.

Las manifestaciones clínicas son inflamación, tumefacción, rubor y dolor intenso; pueden aparecer síntomas sistémicos como fiebre y malestar general.

Manejo de la mastitis

- Asegurar un vaciado correcto del pecho y corregir cualquiera de las causas que facilitan la mastitis. Se deben evitar los tiempos prolongados entre las tomas y deben ser frecuentes. No se debe suspender la lactancia materna.
- La aplicación de compresas húmedas calientes antes de las tomas puede facilitar que la leche fluya al estimular el reflejo de oxitocina. La aplicación de compresas frías después de la toma desinflama y alivia los síntomas. Aunque no hay evidencia sobre si es mejor la aplicación de frío o calor.
- Evitar los masajes vigorosos sobre la zona de la mastitis, pues puede incrementar la inflamación del tejido y empeorar la situación.
- Es muy importante recomendar reposo a la madre, abundante ingesta de líquidos y una alimentación adecuada.
- Se recomienda el uso de antiinflamatorios (ibuprofeno) como primera opción y / o de analgésicos (paracetamol).
- Durante las primeras 12-24h el manejo puede ser conservador, asegurando un vaciado eficaz y correcto del pecho. Si el cuadro inicial ya es muy importante con fiebre > 38,5 y síntomas generales, o no hay mejora en las 12-24 del tratamiento conservador, se requiere el uso de antibióticos en pautas largas (10-14 días):

INDICACIÓN	ATB	POSOLOGÍA
Primera elección	Cefalosporinas de 1a generación Cefadroxilo Cefalexina	500 mg/12h 250 mg/6h 10-14 días
	Cloxaciclina	500mg/6h 10-14 días
Si la madre es alérgica a beta-lactámicos / intolerante a cefalosporines	Clindamicina	300mg/8h 10-14 días
En madres alérgicas con lactantes de más de 4-6 semanas, se puede utilizar	Trimetoprim-Sulfametoxazol	160mg/800mg cada 12h 10-14 días

- Debe tenerse en cuenta que si la mama no se vacía de manera correcta, los antibióticos no serán efectivos. La mastitis mal tratada puede evolucionar a un absceso mamario, que requiere además de tratamiento antibiótico, drenaje (mediante aguja fina y ecoguiado en abscesos menores a 5 cm o drenaje quirúrgico).

- Indicaciones para el cultivo de leche materna:

- Falta de respuesta en 48h a la ATB de elección.
- Mastitis de repetición.
- Mastitis nosocomial.
- Madre al • alérgica a los principales antibióticos.
- Mastitis muy severa o extraña.

Sólo se tratarán aquellos casos en que el germen sea patógeno.

Actualmente hay estudios en torno al uso de los probióticos para el tratamiento de la mastalgia y mastitis, pero todavía no hay suficiente evidencia científica para hacer una recomendación en su uso.

10.4 Otras mastalgias

Hay situaciones en las que la mujer lactante refiere dolor en la mama y que no presenta signos inflamatorios ni sistémicos compatibles con una mastitis. En su abordaje se incidirá en la técnica y posición principalmente (valorando boca niño y agarre / succión), asegurando un vaciado eficaz de las mamas, se aconsejará antiinflamatorios pautados y la importancia de asistir al Taller de LM. Se pondrá especial atención en el abordaje de los aspectos emocionales. Estos casos se revalorizarán a los 7 días.

Se puede pedir cultivos de leche en las situaciones de mastalgia que presenten dolor profundo compatible con infección ductal y que a pesar de las pautas anteriormente descritas no hay mejoría. Sólo se tratarán los casos en que el cultivo sea positivo con gérmenes patógenos. No hay suficiente evidencia científica para recomendar tratamiento con probióticos.

10.5. Perla de leche o punto blanco.

Se trata de la punta de un conducto galactóforos obturado, que puede ser por causa traumática (por un tirón del bebé ...), para mal vaciado de la mama.

Se observa un punto blanco, pequeño y brillante, que se hincha cuando el bebé mama y suele desinflarse después. Dura unos 5-7 días y termina secándose, haciendo una costra y desprendiéndose, aunque hay casos persistentes que pueden durar semanas o repetir.

Provoca un dolor muy agudo y punzante.

Si la causa es traumática pueden mejorar aplicando calor local y punzante de manera estéril el punto para drenarlo.

10.6. Lesiones del pezón

- Las lesiones del pezón en forma de grietas o úlceras son frecuentes y se manifiestan por la aparición de grietas en la base y/o en la punta del pezón que pueden evolucionar a úlcera. El síntoma principal es el dolor intenso durante las tomas.
- La causa principal de lesiones en el pezón es el mal agarre. El lactante, al no estar bien agarrado al pecho, estira con fuerza del pezón, frota con la boca y ejerce más presión de la necesaria al intentar proveerse de leche. Si la cogida es simétrica o superficial el pezón queda en el paladar duro del niño y al mamar se lesiona.
- En caso de fisuras en el pezón, hay asesorar a la madre respecto de la postura correcta y corregir la mala cogida del bebé. No hay que interrumpir la lactancia, ya que una vez corregida la postura, las lesiones se curan con facilidad. En 24-48h debe haber gran mejora, sino reevaluar.
- Es importante valorar la localización y forma de la herida, porque ayudará a encontrar la causa. Cuando esta es una mala posición, el pezón queda doblado dentro de la boca del bebé haciendo una fisura en la zona del dobladillo, en la base del pezón. Estas grietas siguen una forma paralela a "un supuesto bigote del bebé" en la posición en que mama.

Heridas en la punta del pezón, a menudo con pérdida de tejido, suelen estar relacionadas con la presencia de un frenillo lingual corto junto con una mala posición. En ese caso se requerirá de una valoración más profunda y asesorar en el manejo de la anquiloglosia. (ver apartado 11.1)

- Cuando hay heridas en el pezón se recomienda lavarlas con agua y jabón para evitar la infección y secar bien.
- Si una herida tiene signos de infección se puede hacer tratamiento antibiótico tópico y si no mejora cursar un cultivo de la herida.

10.7. Síndrome de Raynaud del pezón

Se trata de un problema vascular de vasoconstricción que afecta a la circulación del pezón. Causa dolor punzante y agudo y la característica más importante que se puede observar es el cambio de coloración bi o trifásico de la punta del pezón: normalmente blanco al acabar la toma, en poco tiempo azul-morado y después de nuevo rosado.

Empeora mucho con el frío y mejora con la aplicación de calor local.

Un problema mecánico, como una mala posición o un frenillo corto de la lengua del bebé también puede causar por sí solo un síndrome de Raynaud, y a veces algunos procesos infecciosos también van unidos a alteraciones circulatorias. Por esto es

muy importante hacer un correcto diagnóstico diferencial.

El tratamiento consiste en aplicar calor antes y después de la toma. También puede ayudar tomar bebidas calientes, pero sin cafeína, puesto que ésta puede empeorar el cuadro.

El tabaco también puede ser un causante del síndrome de Raynaud.

Si las medidas físicas no mejoran el cuadro se puede pautar un vasodilatador, como el Nifedipino 10mg/8h.

[↑ Volver al índice](#)

11 Situaciones especiales

11.1. Anquiloglosia.

El frenillo sublingual es una membrana mucosa situada bajo la lengua. Si dificulta o impide su movimiento normal se denomina anquiloglosia o frenillo sublingual corto.

La anquiloglosia puede causar dolor y grietas en la madre lactante y una dificultad de succión y extracción de la leche por parte del lactante, cosa que también puede comportar una baja ganancia ponderal y ser causa de muchos destetes precoces.

Una manera de clasificar los tipos de frenillos es según su forma anatómica (herramienta de Coryllos), dependiendo del punto de inserción del frenillo en la lengua y de la limitación de los movimientos. Básicamente se pueden clasificar en dos grandes grupos: anteriores (el 75%) y posteriores.

Anteriores:

Tipo 1: Se observa a simple vista, el frenillo se inserta en la punta de la lengua y ésta tiene una funcionalidad muy restringida. Tiene forma de corazón.



Tipo 2: El frenillo también se observa fácilmente, pero se inserta algo más atrás que en el tipo 1, entre 2 y 4mm respecto a la punta de la lengua. También puede restringir bastante la elevación y extensión de la lengua.



Posteriores: Más difíciles de diagnosticar que los anteriores y necesitan una mejor exploración de la boca.

Tipo 3: Es una combinación del tipo 2 y 4. Presenta una pequeña membrana visible en la cara posterior de la lengua, pero también tiene un anclaje submucoso. La lengua puede tener un aspecto normal y presentar una buena extensión, pero al estirarse queda levantada por los lados y hundida por la zona central, en forma de cuchara. Al intentar pasar un dedo por debajo de la lengua en reposo, de un lado al otro, se puede tocar.



Tipo 4: También se denomina frenillo oculto, puesto que no se observa ninguna membrana o frenillo a simple vista. El frenillo está oculto bajo la capa de tejido mucoso y restringe casi totalmente la movilidad de la lengua que puede presentar un aspecto muy compacto. El movimiento suele ser asimétrico. Muy a menudo va acompañado de un paladar ojival.



Es muy importante estudiar la funcionalidad de la lengua, más allá de sólo la anatomía. Para su valoración se utilizará la herramienta de Hazelbaker:

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual			
ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "lorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		7. Chasquido	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
		0	Frecuente o con cada succión

Traducción de la tabla del artículo de Ballard JL, et al "Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad". Pediatrics 2002; Nov;110(5):e83. Accesible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/e83.full> donde se indica que está adaptado del original de Hazelbaker con su permiso (Hazelbaker AK, The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): Use in a Lactation Consultant Private Practice. Pasadena, CA: Pacific Oaks College, 1993. Thesis).

Manejo:

La posición de caballito y una hiperextensión muy forzada del cuello es la postura que mejor compensa la dificultad de succión de la lengua con frenillo sublingual corto. La postura biológica también puede mejorar el agarre.

En caso de niños que tengan una mala ganancia ponderal a veces hay que hacer extracción de leche y suplementar con leche materna.

Si a pesar de la corrección de posición persisten los problemas derivados de la anquiloglosia se debe plantear la posibilidad de frenectomía, por los frenillos tipos 1 y 2, o frenuloplastia, por los tipos 3 y 4. La frenectomía es una técnica sencilla que se puede realizar de manera ambulatoria, pero la frenuloplastia requiere ser realizada por un cirujano en el medio hospitalario.

En el CAP Tordera se realizan frenectomías de los frenillos tipo 1 y 2 cuando la lactancia materna se ve muy comprometida y las medidas posicionales no son efectivas.

11.2. Aportación láctea insuficiente

Uno de los miedos más frecuentes de las madres es la producción de poca cantidad de leche y que esto provoque una alimentación insuficiente. La mayoría de las veces se trata de una percepción subjetiva y el bebé está alimentado correctamente y toma la cantidad de leche que necesita. Esta percepción es una de las causas frecuentes del abandono de la lactancia materna.

Las manifestaciones objetivas de la aportación de leche son sobretudo la ganancia ponderal y la producción de orina. Para el control de peso es importante utilizar las gráficas de crecimiento adecuadas, siguiendo los Patrones de Crecimiento de la OMS. En el CAP Tordera el programa informático que se utiliza en la historia clínica no las utiliza, pero en los casos de niños con aumentos de peso justos, se pasan los datos al programa de las gráficas de crecimiento de la OMS.

INDICADORES DE BUEN INICIO Y INSTAURACIÓN DE LM		SEÑALES DE ALERTA
ESTADO GENERAL DE SUCCIÓN	Niño alerta, activo, interés en las tomas ≥ 8 tomas <u>efectivas</u> en 24 horas Signos de transferencia de leche y buen acoplamiento y cogida.	Niño adormilado, hipotonico, llanto agudo, succión pobre/ineficaz, no quiere la toma. Ictericia extensa o que aumenta rápidamente.
PESO. Valorar: % pérdida de peso al nacer. Dia que recupera el peso al nacer.	IDEAL: Primeros 2 dias: Pérdida < 4 – 6% 3º a 5º dia: Comienzan a recuperar. > 4º dia: Curva del peso ascendente (gana ≈ 20-35 gr/dia) ≤ 7º dia: iguala o supera el peso al nacer. <u>Variabilidad</u> Cuando el peso al nacer es alto: pérdida ≤ 14%	Día 4: pérdida de peso ≥ 7 % peso al nacer (PN) Cualquier momento: pérdida >10 – 12 % del PN >10^e dia: continua perdiendo peso. Día 15^e: no recupera el PN (2-3 setmanas)

DEPOSICIONES (Valoración aspecto más importante que número).	Edad	Número	Aspecto	2-6 días: < 3 deposiciones al día. >6 día de vida: verdosas o oscuras y escasas. > 7 días de vida: No deposiciones típicas
	1-2 días	1-2	Verdosa-negra, pegajosa. " <i>Meconio</i> "	
	3-6 días	>/=3	Verdosas, canviantes. " <i>Tránsito</i> "	
	7 días- 6 semanas	>/=3	Amarillas, líquidas. " <i>Típicas</i> "	
	>6 semanas	Variable (<i>pueden pasar días sin deposiciones</i>)	blandas	
MICCIONES	Días	Pañales mojados llenos		Menos pañales mojados llenos de los normal por días de vida. Micciones color anaranjado, rojizas, amarillo intenso (uratos)>4 día
	1-2 días	1-2		
	3-6 días	5-8		
	>6 días	5-6		

Las causas más importantes de la aportación de leche insuficiente son la mala posición y el mal agarre del bebé al pecho. Con todo, es importante diferenciar entre déficit de producción y aportación insuficiente de leche al lactante. Por ello es importante hacer una historia clínica detallada de la madre.

Las causas de hipogalactia materna más importantes son:

- **Cirugía mamaria previa.** Dependerá del tipo de incisión y del tiempo que haga de la cirugía. Las incisiones periareolares tienen peor pronóstico en cuanto a la influencia en la producción de leche.

Cuanto más tiempo haga de la cirugía mamaria, más posibilidad de recanalización de conductos y nervios lesionados, y menos problemas en la lactancia.

- **Hipotiroidismo y Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).** Si están correctamente tratados la mujer puede lactar correctamente, pero a veces no se han detectado previamente o no están muy tratados y puede haber una insuficiente producción de leche.
- **Hipoplasia.** Suelen ser mamas con una forma tubular, asimétricas y muy separadas. Alerta porque muchas veces una cirugía de aumento de mama previa puede ser por una hipoplasia.

El cuadro que sigue resume todas estas causas y otros factores que pueden influir en una poca aportación de leche al bebé.

Factores del parto/inicio lactancia materna	Madre: factores psicológicos	Madre: condición física	Lactante
Parto instrumentado	Pérdida de confianza	Cirugía mamaria previa	Anquiloglosia o freno lingual corto
Cesárea	Depresión	Hipotiroidismo	Retrognatia /sdme Pierre Roben
Anestesia epidural	Preocupación o angustia	Síndrome ovario poliquístico	Malformaciones bucales (labio leporino, fisura palaciega)
Separación madre-NN	Aversión a la lactancia	Píldoras anticonceptivas	
Inicio retrasado de LM	Rechazo al lactante	Diuréticos	Situaciones que impliquen hipotonía
Alimentación en tiempos fijos		Retención de fragmentos de placenta	
Mamar poco frecuente		Síndrome de Sheehan	
No se da el pecho por la noche		Fallo de la glándula pituitaria	
Tiempo de mamar corto		Carencia de desarrollo de las mamas	
Mal agarre			
Biberones y chupetes		Alcohol/Tabaco	
Ingesta de otros alimentos líquidos			

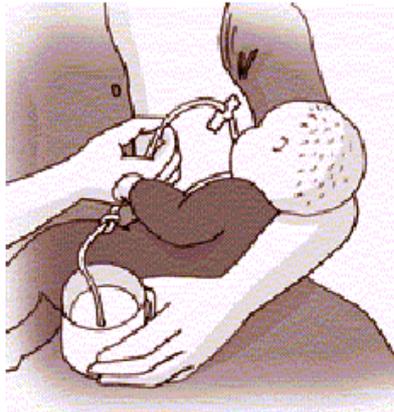
Dependiendo de la causa que detectamos de la aportación láctea insuficiente las pautas a seguir serán muy diferentes. En todos los casos hará falta mucho apoyo y consejería con la madre y abordar la situación de manera individual y pactando el plan de actuación. Y siempre teniendo en cuenta el empoderamiento de la madre.

El contacto piel con piel y mantener al bebé cerca de la madre siempre ayuda a la vinculación y desarrollo, sea o no sea posible lactar directamente al bebé y por lo tanto siempre habrá que favorecerlo.

En algún caso muy específico se puede valorar la utilización de un galactogogo que ayude a aumentar la producción de leche a la madre. En este momento el más utilizado y único que ha sido científicamente evaluado con un estudio randomizado, a doble ciego, es la domperidona. Las dosis recomendadas son de 10-20mg/8horas. Otros fármacos o hierbas como el cardo mariano no tienen estudios que evidencien sus efectos.

La pauta a seguir ante un bajo aporte de leche y para aumentar la producción en una mujer que no tenga una causa física de hipogalactia sería:

- Asegurar que la posición y succión del bebé son correctas. Observar tantas tomas como haga falta y asesorar con consejería para que la madre sepa reconocer la posición correcta.
- Asegurar que la madre reconoce los signos de hambre del bebé, y no espere al llanto para ofrecer el pecho. Un bebé tiene que mamar de 8-12 veces en 24h como mínimo.



- Extraerse leche después de que el bebé mame y ofrecerle, a través de los métodos alternativos al biberón: suplementador, vaso, jeringa-dedo. La mejor opción sería el suplementador.
- Utilizar la técnica de compresión del pecho en la boca del bebé mientras está mamando.
- Mantener el piel con piel tantas horas como sea posible.
- Poner el bebé al mismo pecho varias veces seguidas hasta no cambiar al siguiente.
- Asegurar que la madre/familia reconocen los signos de mala evolución, como pueden ser los signos de deshidratación del bebé.
- Educación de todos los acompañantes de la madre para reforzar su autoconfianza y facilitar que pueda atender al bebé de forma exclusiva.

En algún caso muy específico, y siempre y cuando se hayan hecho todas las medidas anteriores, se puede valorar la utilización de un galactogoga que ayude a aumentar la producción de leche en la madre. En este momento el más utilizado y único que ha sido científicamente evaluado con un estudio randomizado, a doble ciego, es la Domperidona. Las dosis recomendadas son de 10-20mg / 8 horas. Otros fármacos o hierbas como el cardo mariano no tienen estudios que evidencien sus efectos.

Ver en el *Protocolo Visita Acogida Bebé* el manejo del bebé que no aumenta bien de peso.

11.3. Crisis de lactancia o crecimiento

Se podría considerar un apartado dentro de la aportación láctea insuficiente porque son episodios en que justamente la madre expresa que siente que tiene menos leche o que ésta es insuficiente para cubrir la demanda de su bebé.

Se trata de un aumento repentino de la frecuencia e intensidad de las tomas, que responde a la necesidad de aumentar la producción de la madre para adecuarla a nuevas exigencias metabólicas del lactante. Si se sigue ofreciendo el pecho según la demanda del bebé, en 2-3 días se ajusta la producción a la demanda y se vuelve al ritmo anterior.

Es importante avisar por adelantado a las madres de la posibilidad de estas crisis, porque es una situación frecuente que puede hacer perder la confianza en la capacidad de mantener la lactancia.

Estos episodios se suelen repetir cada 4-6 semanas durante los primeros 6 meses de vida y es menos frecuente durante el segundo semestre.

11.4 Huelga de lactancia

Son periodos que preocupan mucho a las madres para que el lactante se niega a mamar y rechaza el pecho. Entre las causas frecuentes se puede encontrar:

- Inicio de una mastitis en la madre, que condiciona un sabor más salado de la leche y puede provocar rechazo.
- Situaciones que provoquen dolor o molestias al bebé cuando mama: otitis, mucosidad nasal, fractura de clavícula, molestias por haber sido vacunado, erupción dental, hematoma en la cabeza debido al parto, ...
- Situaciones de cambio en las rutinas: incorporación de la madre al trabajo, viajes, inicio hogar niños ...
- Nuevo embarazo de la madre o tener la menstruación, que puede afectar al sabor de la leche.

- Cambio el olor corporal de la madre, uso de nuevos perfumes, jabón, desodorante ..
- Introducción de biberones y chupetes.
- Una reacción brusca, o un grito, ruido fuerte, mientras el bebé mamaba ...

Manejo

La clave es la paciencia, recuperar el contacto tranquilo con el bebé, sin forzarlo a mamar, con respeto y ternura. Es necesario reencontrar la lactancia como un tiempo agradable para madre e hijo. Buscar nuevas posiciones, dar el pecho mientras el bebé duerme y practicar el cosechado también pueden ayudar en esta situación.

Y evidentemente intentar saber la causa facilitará su manejo.

Si el bebé rechaza insistentemente el pecho será necesario que la madre haga extracción de leche para proteger la producción, evitar una mastitis, y tener leche para ofrecer al bebé de manera diferida, siempre evitando el biberón que dificultaría el retorno en el pecho.

11.5. El llanto. Cólico del lactante

El llanto es una forma de comunicación del lactante. Su finalidad es atraer la atención de la madre para asegurar el cuidado y supervivencia. Posibles motivos que originen el llanto pueden ser por necesidad de contacto, por hambre, por frío / calor, pañal sucio, muchas visitas ... La mayoría se calman en el pecho, "teta-analgésia", y con el contacto físico.

Está descrito que existe un patrón de crisis de llanto "normal", que es más frecuente entre las 4-6 semanas de vida, y que disminuye entre los 3 y 5 meses. Pero también hay que descartar que no sea un indicador de: dolor físico, enfermedad, lesión neurológica, (en 5% de los casos), problemas con la LM (no se coge bien al pecho succión insuficiente)

Llanto excesivo, es una crisis de llanto agudo, inconsolable. Se conocen como episodios de cólico del lactante y suelen durar entre 2-3 horas al día, más de 3 días por semana, normalmente al atardecer.

Son situaciones de riesgo de estrés familiar y de maltrato infantil.

No están muy claras las causas, pero se le atribuyen: mala adaptación al entorno, estrés del bebé, al • alergias, gases intestinales, dolor de estómago, tabaco en el entorno familiar, tabaco u otras drogas durante la gestación, estrés psicológico durante el embarazo y perinatal

Manejo para orientar al diagnóstico y valoración:

- Revisión de la toma y modificar si es necesario. Valorar si hay dificultades específicas y manejo adecuado. En caso de una succión ineficiente el bebé puede ingerir más lactosa que aumenta el meteorismo intestinal.
- Deposiciones, valorar las características para orientar si la alimentación es suficiente o puede orientar a una malabsorción.
- Orientación de alergia a las PLV: Más probable si hay antecedentes familiares de atopia. Síntomas que se añadirían al llanto inconsolable y que orientan hacia este problema serían: eczema, diarrea, sangre en heces, rechazo del pecho, ...

Para hacer el diagnóstico se realiza la Prueba de exclusión de leche de vaca: durante 7 a 10 días, (se han detectado proteínas bovinas a la leche materna, incluso 4 días después de que la madre deja de tomar leche de vaca) . Si el niño mejora: prueba de re-introducción y si reaparecen los síntomas: estudiar. Tener en cuenta que para hacer exclusión total hay que revisar las etiquetas de composición de alimentos.

Si hay sospecha de alergia o intolerancia a otros alimentos: hay que hacer exclusión de todos aquellos alimentos sospechosos y re-introducir de uno a uno con intervalos de una semana.

Manejo para calmar el llanto

- Tratar la causa si es conocida, situaciones especiales.
- Ponerlo en el pecho.
- Porteo, contacto físico. En las culturas en que se portea la mayor parte de horas del día los bebés, y por lo tanto tienen más contacto físico con la madre, se ha estudiado que los bebés lloran menos y sólo lo hacen cuando están enfermos.
- Anticiparse, no esperar que empeore porque será más difícil de calmar.
- Asegurar el seguimiento y apoyo familiar. Explicar que estos episodios cederán (<4-6m)
- Explicar modelo de crianza "próximo" y responsivo. Explicar a los padres que no malcriar al bebé para cogerlo, sino que están respondiendo a una necesidad.
- No dar infusiones ni medicamentos. No hay ninguna evidencia de su eficacia y pueden comportar riesgos

11.6. Pretérmino, bajo peso al nacer, casi a término.

Un bebé cuando nace se puede clasificar según las semanas de gestación y según su peso:

Pretérmino: nacido antes de las 37 semanas de gestación

Muy pretérmino: nacido antes 32 semanas de gestación

Pretérmino extremo: nacido antes de las 28 semanas de gestación

Bajo peso al nacer: peso inferior a los 2500 gr.

Muy bajo peso al nacer: peso inferior a 1500gr

Extremo bajo peso: peso inferior a 1000gr.

Actualmente también se da mucha importancia al grupo de bebés llamados casi a cabo nacidos entre 35-37 semanas de gestación. Son bebés que a menudo son dados de alta como un bebé a término, pero presentan una succión más débil ya menudo un demanda más baja. Hay que estar alerta a hacer un adecuado seguimiento y enseñanza a los padres de su manejo.

Si la lactancia es importante para todos los bebés, para este grupo de niños se convierte de importancia vital porque podríamos hacer una equivalencia a que la leche materna los equivale a nutrición y "medicación". El actual evidencia muestra que la leche materna disminuye morbilidad y mortalidad en este grupo de niños.

Es importante conocer la evolución de los reflejos del recién nacido relacionados con la succión para entender cómo será su evolución en torno a la capacidad de amamantar (punto 2.3.)

Manejo de la lactancia materna.

Cuando un bebé de este grupo de niños es dado de alta hospitalaria es muy importante la coordinación y seguimiento a la atención primaria. En la visita de acogida aplicará el protocolo de Atención al bebé, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Asegurar una producción suficiente de leche de la madre. Si la succión todavía es débil o ineficaz, se le animará a mantener la extracción de leche de manera pautada, al menos 8 veces al día. Esto permitirá alimentar con leche materna aquellos bebés que aún no puedan mamar directamente, y en aquellos que ya tienen capacidad de agarrarse al pecho, favorecerá una buena producción y facilitará las tomas, al tiempo que si es necesario suplementar para compensar la succión débil del bebé se podrá hacer con leche materna.
- Animar a mucho tiempo de contacto piel con piel, en método canguro, también mejorará la instauración y mantenimiento de la lactancia materna, tanto en el hospital como una vez en casa. Una vez en casa, llevar el bebé colgado con un fular puede ser una buena ayuda. Como en todos los bebés, pero en este caso especialmente es básico observar primeras señales de búsqueda para ofrecer pecho y no esperar el llanto.
- Las posiciones óptimas para amamantar a bebés prematuros son aquellas que den mucha estabilidad a la cabeza, espalda y mandíbula: cuna cruzada, rugby, biológica. La madre aguantará el bebé por la espalda dando estabilidad a la cabeza y cuello, y con la otra mano aguantará el pecho en forma de U.
- Cuando la succión es débil y se duermen en el pecho, es útil la técnica de "suplementar a la boca del bebé". Se trata de que cuando el bebé deja de succionar, la madre hace una compresión profunda con toda la mano abierta cogiendo el pecho por la base. Esto hará que salga leche y el bebé vuelva a iniciar la succión. Mientras succiona la madre mantiene la compresión del pecho. Una vez el bebé para, se deja de comprimir el pecho. Al cabo de un momento se vuelve a iniciar el ciclo, hasta que el bebé ya no succiona más.

- En algunos casos puede ser útil la pezonera, pero hay un asesoramiento muy individualizado (tener en cuenta elegir la talla correcta). Si hay que dar suplementos se pueden ofrecer principalmente con vasito o suplementador en el pecho.

11.7. Lactancia en tándem

A menudo cuando una mujer lactante se queda embarazada se piensa que debe dejar de amamantar a su hijo / a porque está embarazada. No hay evidencia de que amamantar un hijo suponga un riesgo para el actual embarazo (riesgo de aborto o de parto prematuro), ni por la salud de la madre o el bebé y por lo tanto se puede seguir amamantando.

A pesar de ello, un porcentaje importante de niños se destetan espontáneamente durante un nuevo embarazo de su madre. Parece que la causa podría ser una disminución en la producción de la leche durante el 3º-4º mes de gestación. Hace años se creía que era porque la leche cambiaba el gusto y se transformaba en calostro.

Cuando nace el bebé hay que priorizar siempre su amamantamiento al del hermano mayor. El tándem favorece una buena provisión de leche y una mejor recuperación de peso del bebé. Asimismo las madres que amamantan en tándem explican que les ayuda a mejorar la vinculación entre los dos hermanos.

11.8. Múltiples

Entorno la mitad de los partes de múltiples son prematuros y por lo tanto todo lo explicado en el primer punto es aplicable en este apartado.

Y dicho esto, hay que reflexionar sobre el hecho de que un parto múltiple no indica necesariamente que los bebés no puedan hacer lactancia materna exclusiva y necesiten de entrada suplementos. Esta premisa es necesaria para entender que una mujer puede amamantar a gemelos de manera exclusiva si se inicia la lactancia correctamente, como en todos los casos: piel a piel e inicio inmediato después del parto, alojamiento conjunto, lactancia a demanda frecuente. Por lo tanto, los profesionales deben procurar y favorecer que se establezca un buen inicio. A menudo la desconfianza de los profesionales en la capacidad de amamantar a múltiples interfiere justamente disminuyendo la confianza de la madre y introduciendo suplementos de leche de fórmula cuando no serían necesarios.

Algunos aspectos a tener en cuenta:

- Es importante que la mujer embarazada de múltiples tenga una buena formación e información durante el embarazo de cómo amamantar a sus hijos y de su importancia. El éxito se basa en la confianza e información de la mujer. Asistir ya durante el embarazo a un grupo o en el Taller de lactancia puede ayudar mucho en este aspecto.

- Ayudar a la madre a planificar apoyo. Seguro que necesitará ayuda práctica para que ella pueda sólo dedicarse al cuidado y lactancia de los gemelos.
- Rotación de senos / bebés? Hay diferentes posibilidades, se puede alternar cada bebé un pecho diferente en cada toma, o alternar un pecho cada 24 horas o asignar un pecho a cada bebé.
- Individual / simultáneo? En las primeras tomas, normalmente es más fácil que cada bebé mame por separado, favoreciendo el control y aprendizaje de la madre entorno una correcta posición y agarre. Más adelante será muy cómodo el amamantamiento simultáneo.
- Los primeros días es bueno llevar un control de tomas para cada bebé, asegurando que todos reciben suficiente leche.

Trillizos: Hay casos descritos de trillizos que han amamantado de manera exclusiva. Todo lo que está descrito en el apartado anterior es vigente en este caso. La única diferencia sería la propuesta de rotación que podría ser bebé A / bebé B simultáneos y después bebé C los dos pechos. Y haciendo rotación.

11.9. Situaciones de separación madre-hijo

Hay situaciones inesperadas y situaciones planificadas que conllevan la separación temporal del bebé de la madre. Estas situaciones deberán ser analizadas individualmente para valorar la causa de la separación (enfermedad / ingreso de la madre, viaje, problemas familiares ...), el tiempo previsto, la edad del bebé (si está haciendo LME o ya hace alimentación complementaria). En todas ellas habrá sensibilidad en el abordaje dando valor a la protección de la lactancia y las necesidades del bebé.

Si son situaciones imprevistas a menudo vienen acompañadas de angustia y por tanto su consecuente disminución de oxitocina.

Temas a valorar y gestionar:

- ¿Cómo se mantiene y protege la producción de leche, será fundamental iniciar la extracción lo antes posible.
- ¿Quién se hace cargo de la manipulación y conservación de la leche extraída.
- Con quién se queda el bebé y cómo se alimenta
- Tener presente acortar al máximo el tiempo de separación

[↑ Volver al índice](#)

12. Apoyo a la mujer que trabaja

Mantener la lactancia con la reincorporación de la mujer al trabajo remunerado suele presentar un reto y un riesgo de abandono, ya que el actual tiempo de baja maternal es mucho más corto que los 6 meses recomendados para mantener la lactancia materna exclusiva. Por ello es muy importante preparar con antelación la vuelta al trabajo y ayudar a la mujer a pensar qué quiere hacer y cómo seguir. Tener en cuenta la vulnerabilidad emocional de este cambio.

Aspectos a trabajar antes de la reincorporación:

- Acompañamiento y apoyo emocional, con escucha activa
- Ayudar a la madre a valorar la importancia de mantener la LM y buscar cómo hacerlo posible, valorando las dificultades de manera realista.
- Tener en cuenta la situación actual de la lactancia: edad niño / a, salud madre y bebé, si tiene hermanos, dificultades hasta el momento ...
- Valorar la situación laboral y familiar: tipo de contrato, características del trabajo y la empresa, actitud de los compañeros / director, horarios (jornada intensiva o partida), apoyo familiar ...
- Plantear y decidir cómo se quiere seguir la lactancia y la crianza, quien cuidará del bebé ...
- Asesorar y pedir derechos laborales.
- Explicar las diferentes posibilidades de mantener la lactancia materna: hacer extracción de leche y dejarla por horas de separación, llevar bebé al trabajo por las tomas, a partir de 6 meses introducción de otros alimentos. Y en aquellos casos que la mujer no vea posible o no se vea capaz de mantener suficiente extracción, siempre es mejor seguir una lactancia mixta que abandonar totalmente la lactancia materna.
- Explicar cómo hacer la extracción y conservación de la leche.

Con la incorporación al trabajo es fácil que la mujer experimente una bajada de producción de leche, debido a la misma separación del bebé y al propio estrés que conlleva el trabajo. Para compensarlo y para que mejore la seguridad y tranquilidad, es aconsejable iniciar la extracción de leche al menos 7-10 días antes de la incorporación. Esto permitirá aumentar la producción de leche y así equilibrar a las necesidades del bebé cuando vaya a trabajar e iniciar un pequeño almacén de leche congelada. A menudo la mujer quiere probar de dar la leche extraída al bebé antes de dejarlo, es importante aconsejar que no sea ella ni esté presente, porque sino el bebé no querrá tomarla.

13. Indicaciones para el uso de sucedáneos de la leche materna: cómo y cuándo administrarlos

En los casos en que esté contraindicada la lactancia materna (apartado 7 de este Protocolo) y en aquellos casos de bebés que presentan una pérdida excesiva de peso y que la madre no tiene suficiente producción de leche está indicado el uso de sucedáneos de la leche materna: ver Protocolo Primera visita Bebé, punto 3.1

Siempre que se indique un sucedáneo de la leche materna deberá registrarse en la HC del bebé.

[↑ Volver al índice](#)

14. Métodos para administrar suplementos a los lactantes que amamantan

Existen diferentes técnicas para administrar suplementos a un bebé amamantado. A la hora de decidir el método, los deseos y necesidades individuales de la madre y el lactante son muy importantes.

Además del motivo por el que se decide suplementar, otros factores a tener en cuenta son los siguientes:

- la edad del niño y su capacidad de succionar de forma eficaz o no.
- si el método favorece las capacidades de succión adecuadas del bebé.
- el volumen de leche a administrar.
- si el uso previsto es a corto o largo plazo.
- el costo y disponibilidad.
- la facilidad de uso y limpieza.
- las preferencias tanto de la madre como del niño. Ambos deben sentirse cómodos con el método elegido.

En base a estos criterios, a continuación se explican los beneficios e inconvenientes de cada método y la forma de ponerlo en práctica, sobre todo en las primeras semanas de vida del lactante.

Alimentación con cucharita

Administrar la leche extraída con una cucharita es un método extremadamente útil los primeros días de vida. Si la madre se extrae manualmente el calostro, es preferible recogerlo directamente del pecho con una cucharita y dársela al bebé colocando la cuchara sobre el labio inferior y favoreciendo que pueda lamerla.

En niños poco demandantes, dormilones y en todos los que no estimulan el pecho de forma eficaz, este método ayuda a la madre a reforzar su confianza.

Es un método barato y está disponible en cualquier medio. Sirve para administrar pequeños volúmenes durante los dos-tres primeros días. Es menos útil cuando el bebé necesita más cantidad de leche porque puede resultar engorroso.



Recipiente-cuchara

Se trata de un dispositivo parecido a un biberón donde se introduce la leche extraída, que incluye una válvula y en lugar de tetina, tiene un recipiente con el borde contorneado a modo de cuchara.

Es un método útil en niños que tienen que estar separados de sus madres (por ejemplo, por la vuelta al trabajo) para administrar las tomas de leche extraída cuando la madre no está. Al no utilizar tetina se evita el síndrome de confusión del pezón. Admite volúmenes grandes y se puede utilizar a largo plazo. Es sencillo de utilizar y puede resultar una alternativa aceptable cuando la persona que va a alimentar al niño puede percibir otros métodos como “raros” o más complicados.

Existen diferentes modelos que se pueden adquirir en el mercado y tienen un coste bastante asequible.

Alimentación con taza o vaso

La alimentación con taza o vaso, resulta útil tanto en niños prematuros como en recién nacidos a término. Es un método de bajo coste, cómodo y fácil de limpiar. Se puede utilizar un recipiente casero y también se pueden adquirir vasos especiales comercializados.

Se puede utilizar tanto para suplementar pequeñas cantidades como para volúmenes más grandes en lactantes más mayores.

Requiere cierto adiestramiento para que resulte práctico y la leche no se derrame continuamente. El bebé debe estar colocado lo más vertical posible. El vaso se coloca sobre el labio inferior evertido y se inclina de forma que la leche lo toque ligeramente. No hay que verter la leche dentro de la boca sino dejar que el niño vaya introduciendo la lengua.

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 dedo-jeringa o dedo-sonda

Administrar suplementos con jeringa es una alternativa útil cuando se quiere evitar el síndrome de confusión de pezón en situaciones en las que todavía no está bien establecida la lactancia.

Consiste en introducir un dedo limpio en la boca del niño apoyando la yema en su paladar y dirigiendo la mano hacia abajo haciendo palanca para forzar al niño a abrir la boca.



Hay que comprobar que el labio inferior quede evertido.

Cuando el niño empieza a mamar del dedo en posición correcta, se le comienza a alimentar recompensando las succiones correctas con un poco de leche. De esta forma, es posible enseñar al bebé a mamar de forma adecuada.

Este método es especialmente útil en niños con problemas de agarre o succión ineficaz, en bebés prematuros, cuando madre y bebé tienen que estar separados los primeros días por enfermedad de la madre o del niño y en los que han desarrollado un “síndrome de confusión de pezón” para reeducar la succión.

Para administrar la leche, se pueden utilizar a su vez varias opciones:

- **Una jeringa:** con la mano libre 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 cuando comienza a succionar se va vertiendo la leche, apuntando la jeringa ligeramente hacia abajo, de modo que el niño va tomando la leche mientras sigue succionando el dedo.

La administración de suplementos utilizando sólo la jeringa directamente en la boca, sin estimular la succión con el dedo, puede favorecer que el niño tienda a cerrar la boca y los labios y que acabe desarrollando una succión defectuosa que es precisamente lo que se intenta evitar. Por este motivo es preferible utilizar siempre la jeringa con el dedo, no la jeringa sola ya que puede ser contraproducente.

- **Una jeringa** a la que se conecta un **FingerFeeder**. El Fingerfeeder es un dispositivo de silicona en forma de cono que se conecta a la jeringa, de forma que se puede introducir en la boca hasta la punta del dedo que está tocando el paladar para administrar la leche en la zona de la boca donde el niño la succionaría como si fuera el pecho.

- **Una sonda:** en este caso, la punta de la sonda (sirve una sonda nasogástrica de alimentación o el tubo del relactador) debe colocarse en la yema del dedo al introducirlo en la boca. La sonda puede ir conectada a una jeringa, a un relactador o a un biberón a modo de relactador casero. Al succionar el niño va vaciando progresivamente el reservorio utilizado.

Para la técnica dedo-jeringa se necesitan las dos manos y puede resultar difícil que lo haga una persona sola. Hay que buscar la forma de sujetar al bebé lo más vertical posible. Una opción puede ser utilizar un almohadón o colocarlo sobre las piernas, colocándolas elevadas apoyadas sobre un escalón o un taburete.

Alimentación con relactador

El relactador es un dispositivo que permite que el bebé reciba suplementos de leche materna extraída o leche artificial mientras succiona del pecho. Consiste en un contenedor de leche (ya sea una bolsa o una botella de plástico) que la madre se cuelga alrededor del cuello. A través de una válvula, salen dos sondas que se deben fijar al pecho de la madre con cinta adhesiva y cuyo extremo se coloca en la punta del pezón cuando el niño va a mamar. Cuando el bebé se agarra al pecho y succiona, obtiene la leche del relactador junto con la leche del pecho de la madre.

La succión ayuda a estimular la oferta de leche materna y la leche del relactador actúa como recompensa para el bebé por succionar correctamente.



Se pueden utilizar sondas de distintos tamaños para que la leche fluya en mayor o menor cantidad según convenga. Se suele empezar por la más ancha, y según mejora la succión del bebé, se van utilizando sondas cada vez más estrechas para que éste tenga que hacer más esfuerzo. Salvo en el caso de alimentación de gemelos, si sólo se utiliza una de las dos sondas, la otra hay

que pinzarla para que la leche no se derrame. Tras cada uso hay que limpiar concienzudamente tanto el recipiente como las sondas para mantener la higiene y que queden permeables.

Está especialmente indicado en procesos de relactación (el restablecimiento de la producción de leche después de un destete prematuro) o de inducción de la lactancia de niños adoptados. También sirve 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.

El manejo del relactador puede resultar complicado, pero con práctica las madres adquieren mucha destreza y puede resultar muy eficaz.

Alimentación con Biberón

A pesar de ser un método utilizado frecuentemente se desaconseja su uso. Hay evidencia científica que demuestra que en estos casos hay varios inconvenientes añadidos.

1. Lactancias más breves, especialmente si se introduce de forma temprana.
2. Aparición de "Síndrome de Confusión de Pezón".
3. Provoca pérdida de confianza de los padres.



***apartado extraído de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LACTANCIA MATERNA. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. 2017*

[↑ Volver al índice](#)

15. Protocolo de visitas de seguimiento a la lactancia lactancia. Introducción a la alimentación complementaria. Guardería.

El seguimiento del lactante por parte del equipo pediátrico se hará según el protocolo de visitas pautado por el Protocolo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en la edad pediátrica, del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña.

Siempre que se valore necesarias más visitas de seguimiento para apoyo y seguridad de la familia en temas de lactancia materna y crianza se citará en visitas extras, especialmente para enfermería.

En estas visitas se incluirá el contenido, adecuado a las necesidades de cada madre y bebé sobre:

- Importancia del mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.
- Extracción y conservación de leche materna.
- Introducción adecuada de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, tanto en amamantados al pecho como en lactantes con leche de fórmula, siguiendo la Guía Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años), publicada el 2016 para la Agencia de Salud Pública de Cataluña.
- Cómo mantener la lactancia materna, como mínimo, hasta los 2 años o más.
- Dar el pecho fuera de casa, lactancia a lugares públicos.
- Cómo mantener la lactancia materna al momento de la incorporación de la madre al trabajo.

Guardería

Es importante favorecer que la lactancia materna no se interrumpa por el hecho de que el niño vaya a la guardería. En este sentido es necesario un trabajo de sensibilización y formación del personal de las guarderías en cuanto a la importancia de proteger y promover la lactancia materna, favoreciendo que las

madres puedan amamantar en el mismo hogar al dejar o ir a buscar su hijo, y en cuanto a la manipulación y conservación de la leche materna extraída que madres puedan dejar por sus niños.

El folleto Lactancia materna en las guarderías y guardería publicado por el Departamento de Salud Materno-Infantil Generalidad de Cataluña en 2007 explica muy bien todos estos puntos.

[↑ Volver al índice](#)

16. Atención a la madre que no amamanta

Hay casos en que las madres no pueden amamantar a sus hijos o que por diferentes motivos han decidido no amamantar. En estas situaciones es necesario que los profesionales ofrecemos un apoyo adecuado y una atención de la misma calidad que en la lactancia, teniendo en cuenta que justamente estos lactantes son más vulnerables.

Contenidos a trabajar en la educación para la salud y consejería:

- **Preparación segura de la leche de fórmula.** Es importante garantizar que la preparación de la leche en polvo se realice con medidas higiénicas y de seguridad alimentaria. Dos puntos especialmente relevantes son:
 - Adecuada concentración de polvo / agua: 1 medida rasa de polvo por cada 30 ml de agua.
 - Preparación del biberón con el agua caliente, al menos a 70º, en el momento de mezclar el polvo para asegurar la destrucción de posibles bacterias contaminantes que pueda contener.

El Folleto publicado por la Agencia de Salud Pública de Cataluña "Consejos sobre la preparación del biberón con seguridad" explica muy bien todos los pasos a seguir.

- **¿Cómo saber que el lactante tiene hambre?** Enseñar los signos de hambre y explicar la importancia de ofrecer el biberón a demanda, sin forzar. La cantidad que indica el puede por edad suele ser superior a las necesidades del bebé.
- **Cómo dar el biberón.** En brazos, alternando los lados. La técnica Kassing o método del "biberón pautado por el bebé" es la técnica más similar a la succión del niño en el pecho, en cuanto a esfuerzo, estimulación y succión. Se trata de ofrecer un biberón que tenga una tetina larga (1,8-2 cm) y de base estrecha, redonda (no las "anatómicas") y blanda, y dar el biberón lo más horizontal posible. Hacer pequeñas pausas y sacar el biberón de la boca cada 5-6 succiones puede evitar que tome más leche de la que necesita.
 - El lactante debe estar sentado en el regazo del cuidador.
 - Estimular al bebé tocando con el biberón en el filtrum (espacio entre la nariz y labio superior), para que abra bien la boca.
 - Cuando abra la boca introducir el biberón.
 - Mantener el biberón horizontal para que sea el lactante quien regule la ingesta de la leche y no se estrese. No pasa nada porque haya aire dentro de la tetina.
 - Dejar que haga 5-6 succiones y retirar el biberón, volviendo a comenzar el ciclo.



- La importancia del contacto piel con piel durante las primeras horas de vida y el mantenimiento del contacto estrecho, cogiéndolo en brazos. El contacto favorece un buen desarrollo tanto físico como psíquico del bebé.
- Recomendar solo leche hasta los 6 meses.
- Ofrecer el chupete para satisfacer la succión no nutritiva que tranquiliza al bebé.
- Los bebés no amamantados tienen más riesgo de muerte súbita y a pesar de ello suelen ser sacados de la habitación de los padres antes que los amamantados. Recordar que durante los primeros meses de vida del bebé está más protegido si siempre está cerca de los padres o cuidadores. Ofrecer información sobre compartir cama de manera segura.

Conflicto de intereses

Ninguno

Fotografías y dibujos extraídas de las webs albalactancia materna, medela, criandoconamor, Guía para madres que amamantan.

[↑ Volver al índice](#)

17. Referencias Bibliográficas.

- Institut Catal de la Salut. Guia de Lactncia materna dels 3 clics. (<http://www.ics.gencat.cat/3clics>)
- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, OHare D, Schanler RJ and Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb; 115 (2) :496-506.
- Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna: de la teora a la práctica. Editorial Panamericana, 2008
- Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010
- UNICEF. Progress for children: a world fit for children. Statistical Review. 2007
- Field CJ. The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants. The Journal of nutrition. 2005 Jan; 135 (1) :1-4.
- WHO-UNICEF. Declaracin de Innocenti. WHO. Florencia;1990.
- Fewtrell M.S, . The long-term benefits of having been breast-fed. Current Paediatrics. 2004; (14) :97-103.
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE.. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus. 2008
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Comissió Europea, Institut de Salut Infantil IRCCS Burlo Garofo, Unitat de Recerca per a Serveis Sanitaris i Salut Internacional, Karolinska Institute. UNICEF. L'alimentació de lactants i nen petits: recomanacions estàndard per a la Unió Europea. 2007
- ILCA. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers. 2007
- United Kingdom Association for milk banking. Guidelines for the collection, storage and handling of mother`s breast milk to be fed to her

own baby in hospital, 2nd edition. United Kingdom Association for Milk Banking. 2001

- Mangesi L, Dowswell T. Tratamientos para la ingurgitación mamaria durante la lactancia (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; (9) :Art. No:CD006946.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. 2005
- Geddes DT. Inside the Lactating Breast: The latest Anatomy Research. J Midwifery Women Health. 2007; 52:556-563
- Ramsay DT, Kent JC, Hartmann R, Hartman PE [Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging](#), *J Anat.* 2005 June; 206(6): 525–534.
- Russo J. [Breast development and morphology](#). *UpToDate* 2012
- www.albalactanciamaterna.org
- Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. SEMFYC. Tercera edició, 2011.
- Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios.Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011
- Lisa H Amir, Jennifer P James and Susan M Donath .Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *International Breastfeeding Journal* 2006, 1:3
- Jeanne L. Ballard, Christine E. Auer and Jane C. Khoury. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. *Pediatrics*, 2002; 110:e63
- <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
- Revisió sistemàtica i protocol de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM), 2014
- Preparació del biberó amb seguretat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
http://acsa.gencat.cat/web/.content/Documents/eines_i_recursos/fulleto_bibero_ca.pdf

- Kassing D. Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding. *J. Hum Lact* 2002. Feb;18 (1):56-60
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Medicamentos y lactancia materna. *J.M. Paricio Talayero, N.M. Díaz-Gómez, L.Landa Rivera, M.Sánchez Palomares y L.Escrivá Cholbi. An Pediatr Contin.* 2014;12(5):239-43
- Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387:475-90.
- OMS | Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. WHO. 2017.
- Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr.* 2017;13:e12366.
- Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr.* 2016;19:753-64.
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. En: McFadden A, editor. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017.

- Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP, JM S. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding. JAMA. 2016;316:1694.

[↑ Volver al índice](#)