

LA LACTANCIA MATERNA de madre a madre

Lactando - Grupo de apoyo a la Lactancia Materna



LA LACTANCIA MATERNA

de madre a madre



**Lactando - Grupo de apoyo a la Lactancia
Materna**

Esta guía ha sido editada gracias al esfuerzo desinteresado de un grupo de madres, al apoyo de sus familias y la financiación de Cajastur

© Lactando - Grupo de apoyo a la Lactancia Materna. 2008.

Se permite la reproducción previo permiso de los autores.

“Lactando-Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna es una asociación sin ánimo de lucro creada en marzo de 2004 en Puente Tocinos por la iniciativa de un grupo de madres con ganas de compartir sus experiencias con la lactancia materna y para ayudar a otras madres a tener éxito con sus lactancias”.

Nuestro agradecimiento al Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría por fomentar los grupos de apoyo a la lactancia materna, elaborar material divulgativo y permitir su reproducción.



Con la colaboración del Ayuntamiento de Lorca. Concejalía de la Mujer. Consejo Municipal de la Mujer.

Ilustraciones: María Olmedo Soler.

Revisión: Rocío Martín-Gil Parra, Esmeralda Moreno Sobrino.

Han colaborado Manuela Soto Hartitz, Inma Molina Mira y Amaya Amor Gómez.

Fotocomposición: Peligros Nicolás Serrano.

Impresión: Artes Gráficas Novograf S.L.

Depósito legal: MU-1710-2008.

ISBN: 978-84-612-5402-6.

www.lactando.org

Para Ariadna, Candela,
Carolina y Carmen,
Irene y Emilio,
Laura y Sara,
María,
Paula, Claudia y Adriana,
Rocío y Vega,
Victoria y Ernesto,
y los que están por llegar.

Contenido

1. ¿Qué es Lactando?	9
2. Grupos de apoyo a la lactancia materna de la Región de Murcia ..	11
3. Todo empieza con un buen parto	15
4. Por qué amamantar a nuestros hijos.....	19
5. ¿Qué recomiendan los expertos en lactancia materna?	23
6. ¿Cómo funciona el pecho y la lactancia?.....	25
7. Cómo ponerle al pecho correctamente: diferentes formas de amamantar	29
8. Signos de amamantamiento correcto.....	37
9. Claves para una lactancia materna exitosa	39
10. Los baches de la lactancia: Crisis de crecimiento, huelgas y rechazo	41
11. Los problemas del pecho	47
12. Lactancia en situaciones especiales.....	63
13. Conoce tus derechos.....	75
14. La pareja: Un apoyo fundamental en la lactancia materna	81
15. Amamantar y trabajar fuera de casa	85

16. Extracción y conservación de la leche materna	89
17. Alimentación Complementaria: Cómo y cuándo.....	93
18. Lactancia materna, medicamentos y otras sustancias	99
19. Lactancia materna y anticoncepción.....	103
20. ¿Por qué llora mi bebé?.....	109
21. El sueño infantil	115
22. El destete.....	121
23. Bibliografía y lecturas recomendadas.....	127
24. Webs de interés	129

1.

¿Qué es Lactando?

Irene Balsalobre Balsalobre, Malena Sánchez Terrer



Lactando-Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna es una asociación sin ánimo de lucro que comienza su andadura en Marzo de 2004 en Puente Tocinos, por la iniciativa de un grupo de madres con ganas de compartir sus experiencias con la lactancia materna y para ayudar a otras madres a tener éxito con sus lactancias. Se inscribe en el registro de asociaciones de la CARM en Mayo de 2004, y se le reconoce su carácter social en 2008. Es miembro de FEDALMA (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna), y hoy en día cuenta con seis sedes repartidas por toda la Región de Murcia (Puente Tocinos, Molina de Segura, Mar Menor, Lorca, Cartagena y Murcia).

Nuestra actividad consiste en ofrecer información, ayuda y apoyo emocional a las madres (o embarazadas) que deseen lactar, así como en restablecer y difundir la cultura de la lactancia en nuestra sociedad. Para ello realizamos reuniones periódicas abiertas a toda persona con inquietud en lactancia materna, donde tratamos temas relacionados con la lactancia; atendemos consultas telefónicas, virtuales y/o personales (según la disponibilidad de las voluntarias y la urgencia del caso); damos charlas a embarazadas en los centros de salud y a los profesionales sanitarios en diferentes ámbitos; hacemos préstamos de material relacionado con la lactancia materna (sacaleches, suplementadores, libros, etc.); llevamos la cultura de la lactancia materna a los más pequeños, en una actividad desarrollada en las escuelas a la que hemos denominado “Lactancia Materna al Cole”; publicamos la Revista Lactando de manera semestral, donde tratamos temas de actualidad en relación con lactancia materna y la crianza; y organizamos actos para celebrar la Semana Mundial de la Lactancia Materna en la Región de Murcia, entre otras cosas.

Durante la lactancia surgen dudas, miedos, problemas, muchas veces creados por MITOS sin base real. Poder compartirlos con otras madres que ya han pasado por lo mismo ayuda a seguir adelante. Además, los problemas que pueden surgir durante la lactancia son más fácilmente superables si se cuenta con apoyo y ayuda.

Desde Lactando creemos firmemente que la información durante el embarazo es una de las claves importantes para tener un buen comienzo en la lactancia y para que ésta se prolongue en el tiempo. Esperamos que esta guía haya llegado a tus manos durante ese tiempo de gestación, espera y preparación; si no es así no te preocupes, siempre es un buen momento para ponerse al día. Si ya tienes algunos problemas instaurados esperamos serte de ayuda, pues con las claves que encontrarás a lo largo de estas páginas lo más probable es que tus problemas se aminoren y en unos pocos días se vayan solucionando.

2.

Grupos de apoyo a la lactancia materna de la Región de Murcia

Encarna Pastor Torres



Águilas: LACTANCIA FELIZ.

Consultar lugar y fechas de reunión. Caridad: 619 43 03 11; Julia: 968 44 90 32.

Alcantarilla: LACTANDO - MAMIS EN EL JARDÍN.

Consultar lugar y fechas de reunión. Esmeralda: 606 444 817

Archena: MAMITETA.

Centro Cívico de la Mujer. Primer lunes de cada mes, a las 17:30 h. Tere: 646 29 22 13; M.^a José: 659 90 55 59; Dori: 606 22 38 10; Alicia: 606 25 80 55.

Cartagena: LACTANDO-CARTAGENA.

Asociación de Vecinos de Barrio Peral. C/San Fulgencio, s/n (frente a la iglesia). Primer jueves de cada mes, de 10 a 12 h. Teléfono rotatorio: 607 302 374.

Cehegín: LACTOCRianza.

Centro de Salud. Primer miércoles de cada mes, a las 17:30 h. Mavi: 627308415.

Ceuti: CEUTILACTA.

Centro Cultural de Ceuti. C/ Vicente Martí, 36. Miércoles, de 18 a 20 h, cada dos semanas. Manuela: 622 187 711.

El Palmar: LACTANDO-EL PALMAR.

Consultar lugar y fechas de reunión. Esmeralda: 606 444 817.

Las Torres de Cotillas: LIGA DE LA LECHE.

Centro de la Mujer. Sábados de 11:30 a 13:30, cada 6 semanas. M.^a Dolores: 968 87 35 24.

Lopagán: LACTANDO-MAR MENOR.

Centro Mangalán. Avda. Salzillo, 45. Reuniones dos jueves al mes (cada 15 días), a las 18 horas. Noemí: 649 112 247.

Lorca: LACTANDO-LORCA.

Centro de Salud "Lorca Centro". Último miércoles de cada mes, de 17:30 a 19:30 h. Peña: 696 141 267.

Los Garres: LIGA DE LA LECHE.

Centro Cultural. Sábados, a partir de las 11 h, cada 6 semanas. M.^a Dolores: 968 87 35 24.

Molina de Segura: LACTANDO-MOLINA DE SEGURA.

Centro Las Balsas. C/Cartagena s/n. 2^a Planta. Primer viernes de cada mes, de 18 a 20 h (incluso julio y agosto). Peligros: 699 967 107; Encarni: 687 973 272.

Murcia. LACTANDO-MURCIA.

Centro de Salud "Vistalegre-La Flota". Primer jueves de cada mes, de 17 a 19 h. Irene: 667 371 055; Esmeralda: 606 444 817.

Murcia: LIGA DE LA LECHE.

Consultar lugar y fechas de reunión. M.^a Dolores: 968 87 35 24.

Puente Tocinos: LACTANDO.

Centro Cultural y Social. Plaza de América. Últimos viernes de cada mes, de 18 a 20 h, excepto julio y agosto. Irene: 667 371 055.

Santomera: ORO BLANCO.

Centro de Desarrollo local. Último sábado de cada mes, de 17 a 19 h. Mercedes: 968 86 22 33.

Totana: MAMAESPUÑA.

Centro Sociocultural La Cárcel. Primer martes de cada mes, de 17.30 a 19.30 horas. Teléfono rotatorio: 669 60 88 26. E-mail: mamaespuna@hotmail.com.

Yecla: VÍNCULO.

Consulta de Lactancia del Hospital de Yecla (3^a planta). María: 968 79 61 61; Gracia: 968 79 11 70.

3.

Todo empieza con un buen parto

Ascensión Gómez López



El parto es un proceso fisiológico para el que toda mujer está preparada. A veces son necesarias determinadas intervenciones, pero el abuso de éstas, cuando no están justificadas, puede influir negativamente en el inicio de la vida del bebé y en su lactancia.

Es imprescindible el contacto piel con piel tras el nacimiento para que se estimulen las hormonas que hacen posible la lactancia en la mamá, y para que se desarrollen los reflejos del bebé. Las mujeres que paren en un hospital, que son la mayoría, pueden ver dificultado el inicio de la lactancia materna si el bebé es separado de su madre por cualquier motivo.

Al nacer, los bebés están muy activos, despiertos, conociendo un universo nuevo y extraño. Si el bebé es colocado encima de la barriga de su mamá, se sentirá más tranquilo, más seguro, y comenzará en unos minutos a buscar el pecho. Lo hacen de forma espontánea y sin ayuda, si se les deja el tiempo suficiente. Esta “danza” consigue un gran objetivo: encontrar el pezón (que se puso más oscuro durante el embarazo para facilitar las cosas), explorarlo, y comenzar la succión.

Cuando no es posible iniciar la vida encima de la piel de la madre, es muy importante que se reanude el contacto lo más precozmente posible. Cuanto más tiempo pase separado el bebé de la mamá, mayores probabilidades habrá de tener dificultades en la lactancia.

Diversos estudios demuestran que el tipo de parto es una variable muy importante a tener en cuenta en relación al éxito de la lactancia materna, en cuanto a inicio y duración en el tiempo. Cuanto más agresivo sea el parto menor es la tasa de lactancia materna al alta hospitalaria y la duración de la lactancia exclusiva (abuso de fármacos, fórceps, ventosas y cesáreas).

Esto no quiere decir que todos los bebés nacidos de esta manera no puedan ser amamantados. Lo importante, en caso de tener un parto intervenido, es que se recupere cuanto antes el piel con piel, no separar al bebé de su madre si no es estrictamente necesario, e iniciar la lactancia materna cuanto antes. Con voluntad y apoyo todo es posible.

¿Qué puedo hacer para tener un buen parto?

- Infórmate. El embarazo y el nacimiento de un hijo es un hecho muy importante en tu vida y cuanto más informada estés, mejor podrás vivir

la experiencia. Tu comadrona puede informarte sobre como iniciar con éxito la lactancia materna.

- **Prepárate.** Aunque la naturaleza te ha dotado perfectamente para parir, hacer una buena preparación para la maternidad disminuye el miedo y el estrés, favoreciendo el desarrollo normal del parto. Asegúrate de que te ayuden profesionales cualificados, pero sobre todo confía en tu cuerpo.
- Cuando se vaya acercando el momento del parto, escucha a tu cuerpo. Siente las contracciones como algo maravilloso que te acerca cada minuto al encuentro con tu hijo.
- Si vas a parir en un hospital, no tengas mucha prisa en llegar. A veces, el entrar por la puerta del hospital frena el proceso ya que te pones un poquito nerviosa, y la adrenalina frena a la oxitocina, que es la hormona del amor, de las contracciones y de la salida de la leche.
- Si al llegar al hospital te dicen que no estás de parto, vete a casa, pasea, date un baño relajante y no desesperes. El momento llegará y será estupendo.
- Romper la bolsa de las aguas no significa que estés de parto. Si las aguas son claras, no hay prisa por ir al hospital. Los tactos vaginales con la bolsa rota deben ser retrasados al máximo ya que aumentan la posibilidad de las infecciones. No te bañes en la bañera si has roto aguas, pero sí te puedes duchar. Cuando llegues al centro sanitario, recuerda a qué hora rompiste la bolsa para poder pautar los antibióticos si fuera necesario.
- Si vas a parir en casa, avisa a la comadrona cuando sientas la necesidad de hacerlo y cuenta con la distancia si tiene que venir de otra ciudad.
- Moverse durante el parto ayuda a disminuir la sensación dolorosa. Aunque estés con el monitor externo, no significa que no te puedas mover. Consúltalo con la matrona y pide que te monitorice a intervalos regulares para poder levantarte, pasear, bailar, o simplemente, descansar de las presiones del monitor.
- Tienes derecho a estar acompañada por la persona que tú quieras durante todo el proceso. La compañía durante el proceso de parto también favorece que haya menos dolor y más tranquilidad. Si la infraestructura del centro lo hace imposible, intenta que te permitan el acompañamiento aunque sea a intervalos.

- Por lo general, las mujeres que tienen partos naturales sufren menos dolor que las mujeres a las que se les induce o estimula el parto, aunque el grado de dolor es variable en función del umbral de cada persona. Esto se debe a la producción de unas hormonas conocidas como opioides endógenos. Para aliviar los dolores del parto puedes moverte, ducharte, y hacerte acompañar por el papá o una persona de confianza. La analgesia epidural es la técnica médica más conocida, aunque hay otras técnicas. Pregunta a tu anestesista las distintas opciones disponibles en tu hospital y cuál es la más indicada para tí.
- La postura para parir es muy importante para favorecer la salida del bebé. Escucha tu cuerpo y comenta con tu comadrona la posibilidad de no parir acostada boca arriba.
- Cuando nazca tu bebé, no te separes de la criatura en ningún momento a no ser que sea estrictamente necesario. El contacto piel con piel es fundamental para el buen inicio de la lactancia. Pide que no le pinchen prematuramente el cordón umbilical para hacerle el paso a la vida fuera de ti más fácil.
- Inicia la lactancia en cuanto tu bebé esté preparado: buscará, chupará, hará gestos con la boquita. Pónselo fácil pero no le obligues; necesita también su tiempo.
- En las horas inmediatamente posteriores al nacimiento, necesitas tranquilidad y relajación para que os conozcáis tu bebé, tu pareja y tu. Las visitas siempre pueden esperar.

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños reconoce a los hospitales que fomentan la lactancia materna. En la Región de Murcia hay un hospital con este galardón, el Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Además, otros hospitales de la región están trabajando para conseguir este distintivo.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con las Comunidades Autónomas, están trabajando en la “Estrategia de Atención al Parto Normal”, que promueve la armonía y la naturalidad en el proceso de parto y fomenta la participación activa de la mujer a la hora de dar a luz.

4.

Por qué amamantar a nuestros hijos

Malena Sánchez Terrer

“Tras nueve meses enganchados a nuestro cuerpo por el cordón umbilical, nuestros hijos están deseosos y necesitados de seguir manteniendo esta unión y nuestro organismo está preparado para poder ofrecer este cordón umbilical fuera por medio del pecho”.



Antropológicamente hablando, podríamos decir que la principal razón que tenemos para amamantar a nuestros hijos es porque somos mamíferos. Esto quiere decir que nuestro organismo, tanto física como mentalmente, está diseñado desde que existimos sobre la faz de la tierra para adquirir nuestro alimento y consuelo del pecho de nuestra madre, o en su defecto de otra mujer, y para ofrecerlo tras haber parido.

Dar el pecho es el mejor recibimiento que podemos ofrecer a nuestros hijos porque, sencillamente, es para lo que su organismo está preparado. El calostro (la leche que las mujeres producimos desde el séptimo mes de embarazo hasta 3-7 días después del parto -dependiendo si ha sido parto vaginal o cesárea), de color amarillento y de consistencia espesa, es rico en anticuerpos y glóbulos blancos que van a proteger a nuestro bebé de infecciones graves durante sus primeros días de vida, y lo va a estimular a mamar frecuentemente. Además es laxante, lo que va a ayudar a nuestro bebé a eliminar el meconio de su intestino (primeras heces de color muy oscuro), expulsando así la bilirrubina, que en exceso provoca ictericia. Es también rico en factores de crecimiento, lo que ayuda a madurar el intestino y a prevenir alergias e intolerancias, y en vitamina A, que disminuye la severidad de las infecciones y previene enfermedades oculares.

La leche materna tiene los nutrientes exactos que nuestros hijos necesitan en cada momento de su vida lactante, es de fácil digestión y se produce en la cantidad exacta que ellos requieren, tiene efectos antiinfecciosos, ayuda a prevenir algunas enfermedades crónicas (como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes, el asma, etc.), alergias, algunos tipos de cáncer (como la leucemia), la muerte súbita del lactante, y parece aportar más inteligencia a nuestros hijos. La lactancia materna, además, protege a la mujer de muchos problemas de salud (algunos tipos de cáncer como el de mama y el de ovario, anémias, osteoporosis, etc.) y ayuda a retrasar nuevos embarazos. La leche materna es ecológica, no contamina el medio ambiente, no cuesta dinero, disminuye el gasto sanitario y el absentismo laboral de los padres, y está disponible en todo momento, en el envase perfecto, en la cantidad adecuada y a la temperatura correcta.

Tras nueve meses enganchados a nuestro cuerpo por el cordón umbilical y tras tener que nacer en un estado demasiado precario todavía como para valerse por sí mismos, nuestros hijos están deseosos y necesitados de seguir manteniendo esta unión y nuestro organismo está preparado para poder ofrecer este cordón umbilical fuera por medio del pecho, cumpliendo así con otra de las funciones del amamantamiento: la creación y mantenimiento de un fuerte y beneficioso vínculo materno-filial.

¿Por qué amamantar a nuestros hijos?, sencillamente porque se lo merecen y porque todo ellos nacen con ese derecho, no seamos nosotras, sus madres, las que se lo neguemos.

5.

¿Qué recomiendan los expertos en lactancia materna?

Malena Sánchez Terrer

“Los expertos recomiendan amamantar de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida y junto con alimentación variada durante los primeros dos años de vida o más”.



Instituciones y organismos tan importantes como la OMS, UNICEF, la AAP (Asociación Americana de Pediatría) y la AEP (Asociación Española de Pediatría), basándose en estudios científicos validados y actuales, recomiendan amamantar al bebé de manera exclusiva durante sus primeros seis meses de vida, y junto con alimentación variada hasta los dos años o más. Estos estudios demuestran los beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre y el bebé, y los perjuicios de la lactancia artificial y la introducción precoz de alimentos.

Es muy importante que el recién nacido realice su primera toma durante la primera hora tras el nacimiento, a ser posible durante la primera media hora de vida, dado que este es el momento en que el bebé tiene el reflejo de succión más despierto y cuando puede buscar y agarrarse al pecho de su madre de una manera instintiva, incluso sin ayuda. Este hecho puede ser determinante a la hora de iniciar y mantener una lactancia materna satisfactoria y prolongada.

Una vez iniciada la lactancia, se ha visto que lo más eficaz para aumentar y mantener una producción de leche adecuada a las necesidades del bebé es dar de mamar a demanda, tanto en frecuencia como en duración (lo normal es que los bebés hagan entre 8 y 12 tomas diarias, como mínimo, durante los primeros meses).

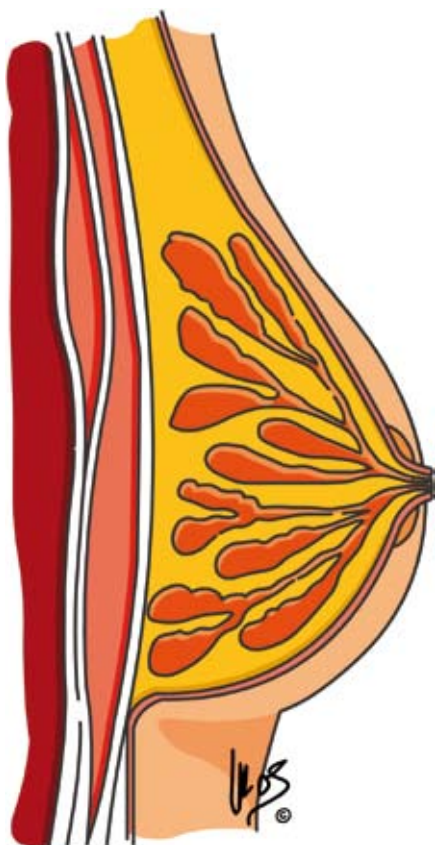
Durante sus primeros seis meses de vida, el único alimento que necesita el bebé es la lactancia materna. Se ha comprobado que dar al bebé cualquier tipo de infusión u otro líquido o suplemento alimenticio que no sea el pecho de la madre, puede interferir negativamente en la instauración y mantenimiento de la lactancia materna, incluso provocar el rechazo del pecho materno por parte del bebé por la confusión tetina-pezón (la posición de la lengua durante la succión del biberón es diferente que cuando mama).

En el caso de tener que dar algún tipo de suplemento o medicamento se debería hacer usando métodos de alimentación alternativos a las tetinas, como por ejemplo una cucharilla, jeringuilla, cuentagotas, finger-feeder, sistema de nutrición suplementaria, etc., durante al menos las primeras cuatro o seis semanas de vida, hasta que la lactancia materna se haya instaurado de manera satisfactoria. Durante este periodo tampoco se deben ofrecer chupetes. (También producen confusión tetina-pezón).

6.

¿Cómo funciona el pecho y la lactancia?

Ascensión Gómez López



“La lactancia no funciona más que por el ritmo de succión del bebé, y cada bebé es único. Cada madre fabrica la leche que su hijo necesita, y cuantas más veces le pida, más leche producirá. Por este motivo es sumamente importante no establecer horarios ni restricciones”.

Funcionamiento del pecho

La forma y tamaño de las mamas depende fundamentalmente de la cantidad de tejido graso que contienen, y no de su capacidad para producir leche. De la misma manera, la forma y tamaño del pezón pueden influir en el establecimiento de una succión más o menos correcta pero no es condicionante de la posibilidad de lactar. Tan sólo un mínimo porcentaje de mujeres (alrededor de un 5%) pueden tener verdaderos impedimentos físicos para poder establecer una lactancia exitosa.

Independientemente de la forma y el tamaño del pecho o el pezón, lo que verdaderamente asegura la correcta succión es el acoplamiento entre la boca del bebé y la mama. Esta succión, que no solamente es la “aspiración” de la leche sino todo un conjunto de movimientos que ordeñan el pecho, desencadena unos reflejos en la madre: la producción (lactogénesis) y la salida (eyección) de la leche.

El pecho es una fábrica de leche, con un pequeño depósito de almacenaje. El tejido glandular (la fábrica) está compuesto por multitud de alveolos que elaboran leche de forma continua. Estos alveolos se comunican y convergen en una serie de conductos cuya función es almacenar y conducir la leche hacia el exterior. Los conductos son de muy pequeño calibre en su inicio, y se van haciendo cada vez más gruesos a medida que se acercan a la salida. Detrás de la areola alcanzan su mayor tamaño y se llaman senos galactóforos. Aquí se acumula una pequeña cantidad de leche, y es el lugar que debe presionar la lengua del bebé para poder sacar el contenido. Los senos se estrechan nuevamente al atravesar el pezón.

Desde las primeras semanas del embarazo el pecho se prepara para lactar. Tras el parto se ponen en marcha una serie de mecanismos hormonales con el fin de favorecer la lactancia. Además, inmediatamente después del nacimiento, el bebé está alerta y con muchas ganas de engancharse a la teta, por lo que las primeras horas son fundamentales para una feliz lactancia.

Las principales hormonas que participan en la regulación de la producción y eyección de la leche son la prolactina y la oxitocina.

La prolactina es la hormona más importante de la lactancia, tanto para el desarrollo de la mama en los primeros meses del embarazo, como durante la lactogénesis. Durante la lactancia, el nivel de prolactina está elevado, y aumenta aún más durante la toma del bebé. Estos niveles de prolactina tienen un ritmo circadiano, y son mayores durante la noche que durante el día. Por tanto, las tomas nocturnas son importantes para el mantenimiento de la lactancia.

La oxitocina se segrega en respuesta a un estímulo del pezón, y ante estímulos emocionales, visuales, auditivos o de origen olfativo, casi siempre relacionados con el bebé. La madre siente la salida de leche con sólo oír llorar a su bebé, con verlo, con olerlo o simplemente hablando de él.

En cuanto a la inhibición de la lactancia, ahora se conoce que hay una proteína llamada FIL (feedback inhibitor of lactation) segregada por las propias células del alveolo. Si no se vacía la leche con frecuencia, esta proteína inhibe la producción de leche. Cuanto más tiempo permanece la leche en el interior del pecho, menos cantidad se produce, ya que la proteína FIL es la encargada de dar la orden de no fabricar más cantidad. Cuanto más frecuentemente se vacíe la mama, menor cantidad de tiempo está la proteína FIL en contacto con el alveolo, y mayor cantidad de leche se producirá.

Por lo tanto, la lactancia no funciona más que por el ritmo de succión del bebé, y cada bebé es único. Cada madre fabrica la leche que su hijo necesita, y cuantas más veces le pida, más leche producirá. Por este motivo es sumamente importante no establecer horarios ni restricciones; la lactancia materna es a demanda, tantas veces como el bebé quiera, tanto tiempo como quiera.

Composición de la leche

La composición de la leche en cada especie es diferente pues depende del tamaño y la velocidad de crecimiento de las crías. La leche humana es ÚNICA Y ESPECÍFICA para el ser humano y ninguna leche de origen animal puede imitarla. Además, la leche está viva porque contiene células, nutrientes, hormonas, anticuerpos (defensas), etc. Cambia continuamente según las necesidades del niño. Cambia incluso a lo largo de una toma: es más ligera y acuosa al principio y más grasa al final.

Durante los primeros 4 días se produce el calostro, que es un líquido amarillento y espeso, de escaso volumen pero muy rico en anticuerpos. No tiene muchas calorías, pero es lo ÚNICO que necesita un recién nacido sano para adaptarse mejor al mundo exterior y protegerlo de infecciones. Se producen entre 2 y 20 ml por toma y aunque parezca muy poco, es suficiente para un recién nacido. El tamaño de su estómago es aproximadamente como el de su propio puño, así que no necesita grandes cantidades, pero sí tomas frecuentes (no solo los primeros días, sino durante varios meses), ya que su crecimiento es bastante rápido (los bebés suelen doblar el peso de nacimiento a los seis meses, y casi lo triplican al año). El calostro tiene efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio (primeras heces, de color muy oscuro) de su intestino, eliminando así la bilirrubina, que en exceso provoca ictericia (color amarillento de la piel).

Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600-700 ml/día entre los 15 y 30 días postparto. La leche que se produce durante este periodo es la leche de transición, que es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura a los 15-30 días del nacimiento.

La leche madura tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos, siempre que la lactancia sea a demanda.

7.

Cómo ponerle al pecho correctamente: diferentes formas de amamantar

Malena Sánchez Terror





Con frecuencia pensamos que amamantar es algo instintivo y que, por tanto, no vamos a tener ningún problema en la instauración de nuestras lactancias. Sin embargo, hay circunstancias en las que parimos y cuando intentamos ponernos al pecho a nuestro bebé no sabemos cómo hacerlo y/o este no se engancha de ninguna manera, entonces nos preguntamos: ¿y dónde estará mi instinto?.

Con esto no queremos decir que dar de mamar sea difícil, ni mucho menos, sólo que para nosotros los humanos y para otros primates amamantar es un acto sociocultural, es decir, una conducta que se aprende por observación/imitación al ver a otras mujeres amamantando, y desde hace más de medio siglo en nuestro contexto social muy pocas mujeres amamantan a sus bebés en público.

Para el bebé sin embargo el agarre al pecho de su madre sí es un acto instintivo durante sus dos primeras horas de vida, sobre todo la primera, no así una vez pasado este tiempo. Si lo dejáramos encima de nuestro vientre nada más nacer, reptaría por sí mismo hasta engancharse sin ayuda a nuestro pecho. Por eso, la primera hora de vida de un ser humano es tan importante para un inicio e instauración correctos de la lactancia y del vínculo materno-filial.

Una mala posición, refiriéndonos con ello tanto a la postura como al agarre del bebé, puede dar lugar a problemas importantes, aunque solucionables, como: grietas, ingurgitación, obstrucción y/o mastitis, baja producción de leche (hipogalactia), enlentecimiento ponderal del peso, irritabilidad y llanto continuo, vómitos y diarreas, etc., que pongan en peligro el amamantamiento y nos hagan padecer mucho física y psicológicamente, tanto a nosotras como a nuestro bebé.

Es importante que sepamos que para que nuestro bebé extraiga una cantidad de leche suficiente y equilibrada (que contenga tanto le-

che del principio- más aguada- como del final -más grasa- en función de sus necesidades), ha de agarrar no sólo el pezón sino también parte de nuestra areola. De este modo puede presionar los senos lactíferos que se encuentran bajo la areola (haciendo un movimiento activo con su lengua y su mandíbula hacia fuera, hacia arriba y hacia sí), lo que provoca la salida de la leche y la producción continua de la misma.

esPara colocarnos a nuestro bebé al pecho es primordial que en primer lugar nos pongamos cómodas, haciendo uso de almohadas, cojines, etc., en función de la posición que en cada momento escojamos. Además, para el correcto vaciado del pecho lo ideal es que cambiemos la postura para amamantar con frecuencia.

Posturas para amamantar

Posición de “Cuna tradicional” o Posición “Clásica”.

Coloca a tu bebé con la cabeza en tu antebrazo, sujetando su espalda con tu mano, observando que su cuerpo mira hacia ti y no hacia el techo (barriga con barriga). Para facilitar la comodidad de ambos, sobre todo las primeras semanas, es recomendable que uses almohadas, cojines, etc., que te facilitarán mucho el trabajo. En esta posición sus nalgas y piernas reposan en tu regazo o en la almohada.

Posición de “Cuna invertida” o Posición “Cruzada”.

Sujeta la cabeza y la espalda de tu bebé con la mano opuesta al pecho que vas a ofrecerle. Esta postura es ideal para prematuros y bebés de tamaño pequeño; también para dar de mamar de pie o mientras caminas.

Posición de “Pelota de Rugby” o Posición “Bajo el Brazo”.

Coloca a tu bebé en tu costado, debajo del brazo, de tal modo que quede barriga con costado, y sujeta su cabeza y su espalda con tu mano y antebrazo, haciendo uso de almohadas o de un cojín para apoyar sus

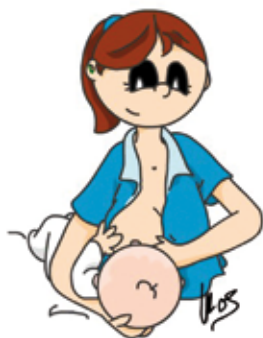
Clásica



Cruzada



Rugby / Bajo el brazo



nalgas y piernas. Ofrécele el pecho con la otra mano en forma de U, es decir que el pulgar quede en un lateral de la mama y el índice y resto de dedos en el otro, ya sea por la parte de abajo o de arriba del pecho.

Posición “Tumbada”.

Colócate en la cama de lado, haciendo uso de una o dos almohadas para reposar tu cabeza. Estira el brazo que queda debajo hacia delante (de forma que quede perpendicular a tu cuerpo) y coloca a tu bebé barriga con barriga contigo, con su cabeza a la altura de tu pecho. Con el otro brazo ofrece el pecho inferior en forma de C. Con el brazo que tenías estirado mantén a tu bebé pegado a tu cuerpo. Para darle el pecho más superior puedes o cambiarte de lado o, si te resulta cómodo y adquieres destreza, darle de ese mismo lado inclinándote un poco hacia la superficie de la cama, es decir, hacia donde está tu bebé. Esta postura es ideal para cuando te encuentras muy cansada y para las noches y las siestas.

Tumbada



Posición de “Loba Romana”.

Esta postura se utiliza para vaciar bien partes del pecho inaccesibles con las posturas anteriormente mencionadas. Consiste en colocar al bebé boca arriba en la cama y en ponerse a cuatro patas encima de él y agachar el tronco hasta que pueda agarrarse al pecho, haciendo coincidir su mandíbula con esa parte del pecho donde tienes leche acumulada (dado que la succión más vigorosa tu bebé la realiza con al mandíbula).

Posición bebé encima de una mesa.

Es una versión de la anterior y la puedes poner en práctica en caso de tener la parte superior del pecho muy llena y endurecida. Consiste en colocar al bebé sobre una mesa con su cabeza hacia el exterior de la misma; una vez ahí tú te inclinas y apoyas tus brazos sobre la mesa, para que tu bebé pueda agarrarse al pecho con la mandíbula hacia la parte superior del mismo.

Posición bebé erguido o de pie.

Es una posición ideal para bebés con labio leporino o para aquellos que se suelen atragantar o tienen reflujo gastroesofágico diagnosticado.

Consiste en ponerte sentada en la cama, con la espalda en ángulo de 90° o 100° (con ayuda de almohadas o cojines), y con las piernas flexionadas y los pies apoyados en la cama. Una vez así, puedes colocar un cojín sobre tus muslos, y a tu bebé de pie sobre él (sus pies hacen tope con tu vientre).

Posición bebé a horcajadas por delante de mamá.

Es muy práctica y divertida para ponerla en práctica con bebés que ya se mantienen sentados. Consiste en sentarse en un sofá, sillón, banco o cualquier otra superficie y sentar a tu bebé a horcajadas delante tuya. Una vez así le ofreces el pecho.

Haz uso de tu imaginación y explora posturas nuevas (siempre que sean seguras para ambos). Si encuentras alguna nueva que no hayamos descrito aquí, te agradeceríamos nos la enseñaras para poder compartirla con otras mamás.

Puntos importantes a tener en cuenta a la hora de amamantar

Sea cual sea la postura que elijas es importante que practiques y vigiles los siguientes aspectos:

- Para estimular su olfato y ganas de agarrarse al pecho, sácate primero unas gotitas de leche.
- Déjalo que explore tu pecho sin forzarlo a mamar, esto los anima a engancharse ellos solos.
- Bebé y mamá cuerpo con cuerpo (barriga con barriga, o barriga con costado).
- Su cabeza está en línea recta con su cuerpo.
- Acerca a tu bebé al pecho sujetándolo por su espalda y nunca presionando su nuca, dado que producirías una extensión refleja.

- Para estimularlo a que abra mucho la boca, roza con tu pezón el hueco entre su nariz y su labio superior. Así abrirá la boca para coger gran parte de la areola y no sólo el pezón.
- Una vez se agarre sus labios quedan hacia fuera (evertidos), sobre todo el inferior, y la boca muy abierta.
- Su nariz y su barbilla tocan tu pecho.
- No sientes dolor en los pezones.
- Presiónale la barbilla con tu dedo si sólo ha enganchado el pezón, para ayudarlo a abrir más la boca.
- Si sientes dolor durante la toma, puede ser que el bebé esté mal agarrado al pecho. En este caso, deberías retirarlo del pecho. Para ello puedes meter un dedo en su boca, sin tirar del bebé, y a continuación volver a ofrecerle el pecho.
- Evita sujetarte el pecho con los dedos índice y corazón formando una tijera o por lo menos sepáralos bastante del pezón y la areola, dado que puedes obstruir los conductos galactóforos y producir una obstrucción mamaria.

8.

Signos de amamantamiento correcto

Malena Sánchez Terrer



Para tener éxito en tu lactancia uno de los puntos más importantes es que confíes en ti misma y en tu plena capacidad para nutrir a tu bebé. Para tu tranquilidad, además puedes observar signos directos e indirectos de que tu lactancia marcha correctamente.

Entre los signos directos de amamantamiento correcto encontramos los siguientes:

- Tu bebé hace sonidos de deglución audibles.
- Mama relajadamente, sin ansiedad, y se le ve tranquilo y satisfecho mientras mama.
- Tú notas que tu producción de leche es constante (que los pechos se llenan y emiten leche en los intervalos en los que tu bebé te suele pedir).
- Tu bebé recupera el peso que tenía al nacer entre los 7 y diez días después del nacimiento.

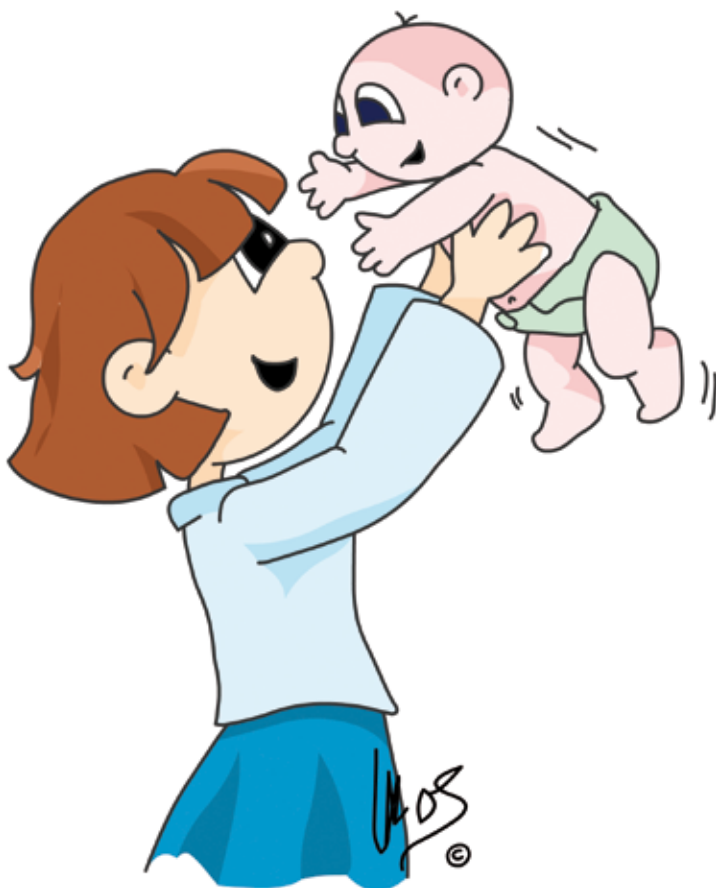
Entre los signos indirectos de amamantamiento correcto, podemos enumerar los siguientes:

- Tu bebé hace de dos a tres pipís diarios los primeros días, y pasa entonces a hacer unos seis diarios.
- Observas que tras haber expulsado el meconio los primeros días, comienza a hacer unas 4 ó 5 cacas diariamente (a veces una tras cada mamada), de color amarillento (a veces marrones o verdes), de consistencia grumosa, semilíquida o pastosa y de buen olor. Al mes aproximadamente, este hábito puede cambiar y comenzar a hacer una vez al día o no hacer en varios días; no hay ningún problema si al hacer las deposiciones son blandas.
- Tu bebé está alegre y a gusto la mayor parte del tiempo.
- Tus pezones y tus pechos están sanos.

9.

Claves para una lactancia materna exitosa

Malena Sánchez Terror

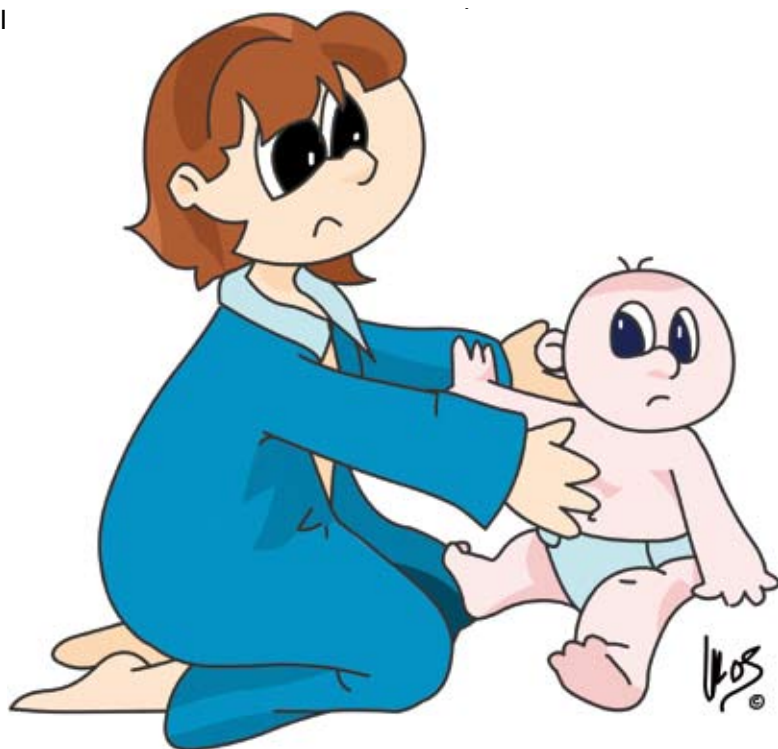


Teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente, hemos reunido las siguientes claves que harán de tu lactancia todo un éxito:

- Infórmate durante el embarazo. La información lo es todo.
- Confía en tí misma.
- Amamanta pronto, mejor en la primera media hora tras el parto.
- Da de mamar a demanda, sin mirar el reloj, de día y de noche.
- Asegúrate de que el bebé succiona en una postura correcta y de modo eficaz.
- Permite al bebé mamar del primer pecho todo lo que quiera, hasta que lo suelte. Si muestra signos de querer más, entonces ofrécele el otro pecho. Si se duerme tras tomar solo un pecho, no lo despiertes, en la próxima toma ofrécele el otro pecho.
- Evita todo tipo de tetinas que puedan confundir al bebé (chupetes, biberones de “ayuda”, de suero glucosado, de manzanilla o de agua, etc.).
- Recuerda que el bebé también mama por razones diferentes al hambre (consuelo). Es lo que se llama succión no nutritiva.
- Intenta permanecer con el bebé las 24 horas del día y practica mucho el piel con piel.
- Ten en cuenta que cuanto más mame el bebé, más leche producirás.
- Cuídate y pide que te cuiden. Solicita ayuda al entorno cercano para encontrar momentos de descanso.
- Busca asesoramiento y consuelo en los grupos de apoyo a la lactancia y en profesionales formados en lactancia materna.

10.

Los baches de la lactancia: Crisis de crecimiento, huelgas y rechazo



Crisis de crecimiento

Los bebés, en determinados momentos de su desarrollo, tienen unos días “raros”, en los que están algo más inquietos, maman más, lloran más, duermen peor, se agarran al pecho y de repente lo estiran, lo sueltan... Posiblemente, este comportamiento tenga relación con la maduración de su cerebro.

Las crisis de crecimiento se suelen presentar a las tres semanas, a las seis semanas, a los tres meses e incluso a los seis meses, aunque se pueden presentar en cualquier momento. Lo más frecuente es que se presente una a los tres meses, que el pediatra Carlos González denomina “la crisis de los tres meses”.

En general, se habla de las crisis de crecimiento como un momento en el que el bebé reclama mamar más a menudo y la madre no nota el pecho tan lleno. Si la madre no tiene la información adecuada, puede que piense que el bebé tiene hambre, y que ella no tiene suficiente leche, por lo que empiece a dar biberones, lo cual no es la solución adecuada.

Pero en realidad lo que ocurre es que el bebé reclama más a menudo porque está creciendo y tiene más apetito. Las tomas son más frecuentes para aumentar la producción de leche de su madre, que no se acumula en el pecho. Además, conforme el bebé va creciendo, vacía el pecho con mayor eficacia, hace la toma más rápida, y la producción de leche de su madre se adapta a sus necesidades, por lo que puede dejar de gotear.

De modo que lo adecuado para solucionar la crisis es intentar adaptarse al bebé. Si pide más pecho porque necesita comer más, la solución es ponerlo al pecho más a menudo para que aumente la producción. Si en lugar de pecho le damos un biberón, disminuirá el flujo de leche y obstaculizará el curso natural de la lactancia, ya que un biberón, por pequeño que sea, reduce la producción en la siguiente

toma, y así sucesivamente se va introduciendo un biberón tras otro hasta que se produce una bajada de producción importante, además de un rechazo del pecho por parte del bebé, llegando así a un destete prematuro.

Huelgas de lactancia y falsos destetes

Las huelgas de lactancia (relacionadas con los cambios de rutina: Mudanzas, incorporación de la madre al trabajo, nuevos cuidadores, enfermedades o muertes de seres queridos, problemas que aflijan a la madre) y los falsos destetes (relacionados con los cambios en el desarrollo) se extienden aproximadamente desde los cuatro meses hasta los nueve o diez, y de nuevo de los doce a los catorce). Son situaciones que pueden llevar a error y hacer creer a una madre que el momento del destete ha llegado.

En estos momentos el bebé puede mostrar menos interés por el pecho, disminuir el número de tomas, que son más breves, distraerse con facilidad, llorar e incluso negarse a tomar el pecho durante periodos más o menos largos. Sus causas son muy variables, y tendrá que ser la madre la que investigue qué puede ser lo que ocasiona la falta de interés por el pecho (otitis, tortícolis, dentición, cambio importante dentro de la unidad familiar...).

Estas situaciones son transitorias y si se ofrece el pecho, manteniendo la calma, de forma perseverante, lo más probable es que el niño vuelve a mamar sin problemas.

Para animar al bebé a que siga mamando la madre podría darle el pecho cuando esté más tranquilo, probar diferentes posturas, darle el pecho en una mecedora o caminando, aumentar el contacto piel con piel, dejar la habitación en penumbra, no esperar a que el niño esté muy hambriento, darle el pecho en la bañera, usar una mochila o bandolera, dormir juntos, etc.

Rechazo del pecho

Los bebés pueden rechazar el pecho por diversos motivos (infección de oído o tortícolis del bebé, reflejo de eyección de la leche demasiado rápido o demasiado lento, confusión tetina-pezón, etc.). La mayoría de las veces se mezcla más de una causa y hay que investigar y probar hasta dar con el origen del rechazo. No siempre es posible encontrarlo, pero aquí te ofreceremos una serie de sugerencias para solucionarlo que quizás te sean de utilidad.

Hay veces que pensamos que nos encontramos ante un rechazo cuando en realidad lo que nos pasa es completamente normal. Nos referimos, por ejemplo, a los primeros días de lactancia cuando el bebé que estimulado ante el olor del pecho pone en marcha su reflejo de búsqueda y mueve la cabeza de un lado para otro, hecho que algunas mujeres interpretan como rechazo porque parece que el bebé dice que no; o cuando, entre el segundo y el tercer mes, el bebé hace tomas de 2 ó 3 minutos y ya no quiere más, lo que llamamos la “crisis de los tres meses”. En niños generalmente mayores de un año, este hecho podría hacernos pensar en un destete natural que se producirá de manera muy gradual.

Hay veces que el bebé rechaza un solo pecho. Este rechazo puede deberse a alguna enfermedad, o a diferencias de tamaño de los pechos o de los pezones. En este caso, podemos intentar ofrecer el pecho rechazado en otra posición, o sacarnos leche de ese pecho, congelarla para su utilización posterior, y amamantar al bebé con el otro pecho (tu cuerpo producirá lo suficiente para nutrir adecuadamente a tu bebé). Esto provocará una asimetría mamaria, con una mama más grande que la otra, lo que será exclusivamente un problema estético, superado por los beneficios de la lactancia para tu hijo.

El rechazo del pecho puede presentarse en varias fases:

- El bebé rechaza el pecho agresivamente: el progreso puede ser simplemente que deje de llorar desconsolado, para darle puñetazos en el pecho a la madre.

- El bebé llora más en brazos que acostado: ayuda crear un ambiente cálido y acogedor para el bebé, sin ruidos y sin luces fuertes.
- El bebé se deja abrazar en alguna posición, aunque tal vez no en el regazo. A algunos bebés les gusta estar en brazos mirando hacia delante.
- El bebé tolera estar abrazado en el regazo: empezar con el pecho tapado y cuando parezca estar dispuesto, alimentarle con el pecho descubierto.
- El bebé intenta tomar el pecho con su boca: permitir al bebé jugar con el pecho, pero todavía puede que tarde en empezar a mamar realmente.
- El bebé lame la leche que está en el pezón: cuando empiezan a sacar la lengua para lamer el pezón es señal de que se acerca el final.
- El bebé intenta succionar: si está alimentado con biberón, éste es el momento de dejarlo y utilizar otro método alternativo.
- El bebé toma la leche del pecho: es importante que la madre cuente los pañales mojados y sucios para estar segura de que recibe suficiente pecho. Se puede disminuir progresivamente la cantidad de leche que se ofrece con otro método.
- El bebé toma bien el pecho: en la mayoría de los casos el niño ya toma bien el pecho para la etapa de crecimiento rápido (entre la segunda y la tercera semana de vida).

Recomendaciones:

- Mantener la paciencia y la perseverancia por tu parte y la de tu persona-apoyo.
- Calmarlo antes de ofrecer el pecho.
- Probar diferentes posturas, buscar la comodidad de ambos.
- Dar el pecho en movimiento (mientras la madre camina o en una mecedora).
- Dar el pecho cuando está adormilado, tranquilo.

- Aumentar el contacto piel con piel.
- Amamantar en un lugar tranquilo y con poca luz.
- No esperar que el bebé esté demasiado hambriento.
- Dar el pecho en la bañera.
- Dedicar tiempo a acunarlo y acariciarlo.
- Usar una mochila portabebé o un trapo.
- Dormir juntos.
- Poner unas gotas de leche sobre el pezón.
- Mientras tu bebé no se enganche al pecho, tendrás que extraerte leche un mínimo de 8 veces al día para mantener la producción, (a ser posible con una bomba extractora doble que te ahorrará tiempo), y ofrécésela a tu bebé con métodos alternativos a la tetina.
- Si no puedes con todo pide ayuda a tu pareja, para que sea él quien ofrezca la leche a tu bebé en la mayoría de las tomas, mientras vas observando que avanzáis en las fases de rechazo.

11.

Los problemas del pecho

Ascensión Gómez López y Malena Sánchez Terror



Durante la lactancia, y especialmente al principio, el pecho de la madre lactante puede sufrir diversos afecciones. Las afecciones de la mama pueden presentarse con dolor, multitud de dudas, e incluso de soledad e incompreensión. Los problemas del pecho durante la lactancia son temporales y tienen solución con un asesoramiento adecuado (con un profesional especializado en lactancia materna).

Pezones planos y pezones invertidos

El pezón es la parte de la mama que le indica al bebé por dónde sale la leche, lo que le facilita el trabajo a la hora de ir a agarrarse a nuestro pecho, pues ya tiene la señalización hecha. Lo que realmente importa no es la forma del pezón, sino su capacidad de salir hacia fuera al estimularlos (protactilidad)

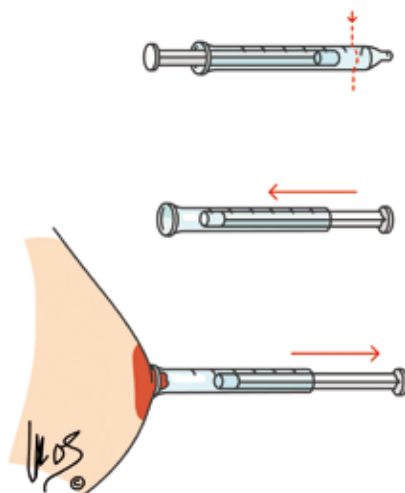
En condiciones normales, los pezones planos no sobresalen hacia fuera y los invertidos están hundidos en el interior de la areola, pero puede ser que sí salgan al estimularlos. Ninguno de estos casos incapacita para dar de mamar, ni tienen por qué ser motivo de abandono, aunque pueden hacer del inicio de la lactancia algo problemático si el agarre es dificultoso, se producen grietas o aparece un rechazo del pecho.



Las mujeres con pezones planos o invertidos no tienen que hacer nada durante el embarazo para prepararlos para la lactancia (ni sacárselos, ni estimularlos ni echarles ningún tipo de crema), pero deberán buscar información y apoyo para el inicio de la misma.

Recomendaciones:

- Estimula el pezón antes de ofrecer el pecho (Maniobras de Hoffman, ver anexo I y técnica de la jeringuilla).
- Si es muy dificultoso se puede utilizar un sacaleches durante unos segundos justo antes de la toma, para extraer el pezón hacia fuera.



Técnica de la jeringuilla para extraer el pezón

- Iniciar el amamantamiento sobre el pezón invertido (si es uno) ya que al principio la succión es más intensa y le ayudará a sacarlo mejor.
- Prueba con diferentes posturas para ver cuál os va mejor y facilita el agarre.
- Si a pesar de lo anterior el bebé no se engancha, pueden extraerte la leche y dársela con métodos alternativos a la tetina (jeringuilla, cucharita, vasito, cuentagotas, etc.). No te desanimes y vuelve a intentar que se enganche posteriormente. La ayuda de un profesional especializado en lactancia materna puede resultarte útil.

Pezones largos y pezones demasiado grandes

Con los pezones demasiado largos tendrás que buscar la postura que más facilite el agarre de tu bebé, y una vez que se haya enganchado comprueba que su nariz y su barbilla rozan tu pecho y prueba a abrirle más la boca presionando su mentón con tu dedo índice o pulgar,

para que de este modo coja no sólo el pezón sino también parte de la areola.

Los pezones demasiado grandes son algunas veces los más problemáticos, dado que la solución viene cuando el bebé crece y con ello crece también su boca.

Recomendaciones:

- Busca la postura que más facilite el agarre de tu bebé.
- Una vez enganchado comprueba que su nariz y su barbilla rozan tu pecho y ábrele más la boca presionando su mentón con tu dedo índice o pulgar.
- Si el enganche es doloroso y no se soluciona con la maniobra antes mencionada, prueba a darle forma al pezón con el sacaleches antes de iniciar la toma.
- Si esto tampoco funciona y sólo hasta que el bebé tenga la boca más grande, puedes probar con una pezonera de silicona ultrafina, tipo contact, de la talla L, por el tamaño de tu pezón. En el mercado existen pezoneras de este tipo de diversas tallas. Poco a poco intenta destetar de la pezonera. Ten en cuenta siempre, que el uso de la pezonera puede traer problemas añadidos, por lo que te la recomendamos sólo en caso de que no consigas tomas sin dolor de ninguna otra manera o el bebé no se enganche.

Dolor al amamantar

Muchas madres presentan dolor en el pezón al inicio de la lactancia. Este dolor puede ser “fisiológico”, transitorio, si se limita sólo al momento del agarre del bebé y cede conforme avanza la mamada. Esta molestia puede estar presente durante las primeras semanas de lactancia, hasta que la piel se acostumbra al nuevo estímulo y el reflejo de salida de la leche ya está maduro.

Sin embargo, si este dolor perdura durante toda la toma, puede ser debido a una mala posición del bebé (postura y/o agarre), a la reti-

rada incorrecta del niño, al uso de cremas irritantes, tetinas y chupetes, así como a otros problemas relacionados con dificultades en la succión (frenillo corto de la lengua o el labio, reflejo hipertónico de la mandíbula, micrognatia, etc.), infecciones o eccemas del pezón o la areola, Síndrome de Raynaud, etc. Hay que averiguar siempre por qué duele.

Grietas

Cuando el dolor se debe a una mala posición (que es la mayoría de los casos), y no se corrige a tiempo, pueden aparecer lesiones. A su vez, si las lesiones perduran en el tiempo, pueden sobreinfectarse.

Cómo prevenirlas:

- Asegurar la posición correcta del bebé al pecho y el agarre correcto.
- Evitar el uso de chupetes y tetinas.
- No lavar el pezón en cada toma.
- Airear el pecho.
- Evitar la humedad.
- Aplicar unas gotas de la leche materna sobre la zona del pezón tras la toma y dejar al aire.
- Hacer tomas frecuentes para que tanto tu bebé como tú interioricéis rápidamente la técnica de lactancia.

Cómo curarlas:

- Continuar con la lactancia materna.
- Corregir la técnica de lactancia y valorar la presencia de frenillo corto u otros problemas con la succión.
- Si la grieta aparece en la parte superior del pezón y es horizontal amamantar posicionando al bebé con los labios paralelos a la lesión. Si por el contrario, la grieta aparece en la punta y es vertical o en la parte inferior del pezón amamantar posicionando al bebé con la barbilla hacia el lado opuesto al habitual.

- Comenzar la toma por el pecho más sano y ya se haya producido el reflejo de subida de la leche cambiar al pecho más afectado.
- Si el dolor es muy intenso, sacarse leche con un sacaleches hasta que mejore la grieta durante 24 horas y amamantar al bebé del pecho más sano y/o dársela al bebé con métodos alternativos a la tetina si el dolor en los dos pechos es insoportable con la succión.
- Aplicar unas gotas de la propia leche tras la toma y cuando se seque, aplicar una pequeña cantidad de pomada de lanolina purificada (Lanolina 100%). No es necesario lavar el pecho antes de la siguiente toma si se aplica esta crema.
- Dejar la zona al aire el mayor tiempo posible.
- Si el roce con la ropa es muy molesto se pueden usar escudos aireadores.
- Si tras todo esto la grieta no ha mejorado en dos o tres días, valorar con un profesional experto en lactancia la aplicación de una pomada antibiótica y la necesidad de toma de muestras del pezón y de la leche, por si la grieta se ha sobreinfectado.

Ingurgitación

Ingurgitación mamaria significa “distensión” de la glándula mamaria en los primeros 2-4 días postparto, debido a la congestión y aumento de los vasos sanguíneos de la zona y al acúmulo de leche en los acinos mamarios, que se producen como respuesta fisiológica a las hormonas que se liberan tras el alumbramiento de la placenta.

Lo que diferencia la ingurgitación del fenómeno fisiológico de la subida de la leche, es el edema secundario a la hinchazón de la zona y consiguiente obstrucción del drenaje linfático de la mama que, en condiciones determinadas, pueden producir los dos fenómenos anteriores.

Esta afección se caracteriza por ser de inicio precoz y gradual, y por afectar a las dos mamas por igual. Tiene una duración media de unos diez a catorce días si se trata de manera adecuada, pudiendo evolucionar a una mastitis si no es así.

De manera esquemática, podemos resumir las diferencias entre la subida de la leche (fenómeno fisiológico) y la ingurgitación mamaria (fenómeno patológico), como vemos en la siguiente tabla:

SUBIDA DE LA LECHE (fenómeno fisiológico)	INGURGITACIÓN (fenómeno patológico)
Pechos calientes, pesados, duros, pezón normal	Pechos dolorosos, edematosos, tensos, brillantes, enrojecidos, pezón aplanado
La leche fluye	La leche no fluye. Bebé insatisfecho
Fácil succión y vaciamiento. Bebé satisfecho	Difícil agarre. Bebé insatisfecho
No hay fiebre	Puede haber febrícula o fiebre incipiente (< 38'5°C), sensación de malestar general no más de 24 horas

Si aparece una ingurgitación mamaria, es importante empezar el tratamiento lo antes posible, para evitar que se convierta en un problema mayor y para recuperar el confort lo antes posible.

La ingurgitación puede ser de varios tipos, según en qué zona de la mama se concentre el edema, y según el tipo de ingurgitación de que se trate tendremos que aplicar unas medidas u otras para aliviarla. Así distinguimos entre:

- **Ingurgitación Areolar:** La zona afectada es la cercana a la areola, que se edematiza, se enrojece y puede doler. El edema hace que el pezón se aplane, el agarre es dificultoso y muy doloroso, y los senos galactóforos no se vacían bien.
- **Ingurgitación Periférica:** la zona afectada es la más profunda del pecho, alrededor de los lóbulos mamarios y los conductos galactóforos, lo que impide la salida de la leche por la compresión de los conductos. Los pechos están muy inflamados, brillantes, enrojecidos o no, tensos, y hay dolor en todo el pecho que se puede extender hasta las axilas.

- Ingurgitación Mixta: Cuando la congestión afecta tanto a la areola como al resto de la mama.

El tratamiento principal de la ingurgitación mamaria es su PREVENCIÓN, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Inicio precoz de la lactancia.
- Asegurar un buen agarre y detectar problemas de succión de forma precoz.
- Amamantar frecuentemente.
- Aumentar el número de tomas.
- Dejar que el bebé mame hasta que suelte el pezón.

Recomendaciones en caso de ingurgitación areolar:

- Realización de la técnica de Presión Inversa Suavizante. Ver anexo II.
- Tomas frecuentes.
- Revisar si la postura y el agarre de tu bebé son correctos.
- Coloca el pulgar y el índice de la mano con la que ofreces el pecho a tu bebé comprimiendo los bordes de la areola, para facilitarle el agarre (técnica del sandwich).
- Aplicar hojas de col o compresas frías en ambos pechos tras la toma.
- El sacaleches está contraindicado ya que puede aumentar el edema.

Recomendaciones en caso de ingurgitación periférica:

- Para estimular el reflejo de subida de la leche, puedes darte una ducha caliente (o intercalando agua caliente con agua fría) o un baño cortito e intentar extraer algo de leche bajo el agua; recibir un masaje en el cuello y la espalda, mediante círculos concéntricos a ambos lados de la columna vertebral con los pulgares y hacerte un masaje suave en el pecho, mediante círculos concéntricos con las yemas de los dedos alrededor de toda la mama; o proceder al bombeo mecánico breve antes de la toma.

- Observa que te pones al pecho a tu bebé con una técnica adecuada.
- Haz tomas frecuentes.
- Aplicate frío local tras la toma (hoja de col fría, hielo, compresas frías, etc.).
- Consulta a tu médico la posibilidad de tomar analgésicos y/o antiinflamatorios.
- Utiliza un sujetador de lactancia ajustable con tirantes anchos las 24 horas.

En la ingurgitación mixta tendrás que aplicar una mezcla de todas las recomendaciones que te hemos dado anteriormente, evitando el bombeo mecánico breve antes de la toma.

Obstrucción mamaria

Si aparece un bulto doloroso y enrojecido en un pecho, muy probablemente se haya producido la obstrucción de un conducto. Esto ocurre por un vaciado inadecuado de una zona de la mama (siempre amamantas en la misma postura) y se puede ver favorecido por un sujetador demasiado apretado o por la posición de tus dedos al ofrecer la mama (dedos en tijera presionando la areola). Las recomendaciones:

- Aumentar la frecuencia de las tomas, aplicando calor local antes de las mismas.
- Si hay mucho dolor, ofrecer primero el lado sano.
- Colocar al niño de forma que su lengua facilite el drenaje del conducto (la zona del pecho que mejor se vacía es la que queda donde está la barbilla).
- Durante la toma realizar un masaje suave de la zona afectada, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón, para garantizar un drenaje completo.
- Si el niño no vacía bien el pecho utilizar un sacaleches para terminar de extraer la leche del conducto obstruido.

- Aplicar frío local tras la toma (hojas de col, compresas frías, etc.).
- Utilizar un sujetador adecuado, que no comprima.
- Consultar con tu médico la conveniencia de tomar antiinflamatorios.

Perlas o cálculos de leche

En ocasiones puede aparecer un fuerte dolor durante la toma tras una etapa tranquila de la lactancia. Esto se acompaña con los síntomas claros de una obstrucción, pero con el dolor del pezón añadido, como si algo estuviera alojado en un conducto y no permitiera el paso de la leche. También es posible que el bebé comience a protestar en ese pecho, porque no logra sacar el mismo caudal de leche al que estaba acostumbrado. Esto puede deberse a la formación de una perla de leche o de un cálculo de leche. Ambos son una formación más o menos coagulada de leche que impide que fluya la misma, produciendo retención.

En el caso de la perla de leche puede ser como una bolita blanca o ampolla, incluso puede que sea una especie de “hernia” del conducto, el cual sale sobre sí mismo unos pocos milímetros. En estos casos a algunas madres les ha ayudado el pinchar dicha perlita con un alfiler esterilizado, o frotar con una gasa limpia, para “romperla”, siempre tras una toma cuando la perla está más inflamada. Entonces comienza a salir la leche retenida y desaparecen las molestias al succionar el bebé.

Cuando se trata de un cálculo de leche los síntomas son los mismos. En esta ocasión se trata de una pequeña piedrecita formada por algunos sedimentos de la leche que han quedado retenidos (como si de una piedra del riñón se tratara), lo cual puede mejorar bastante con la aplicación de masajes sobre la zona obstruida y poniendo al niño siempre en ese pecho en primer lugar, para facilitar la expulsión de la arenilla al succionar el niño con más fuerza al comienzo de la toma. Si se puede ver en la punta del pezón es posible quitarla con unas pinzas previamente esterilizadas o ayudándola a salir con un alfiler (también esterilizado) (después de una toma).

Puede ayudar reducir en la dieta la presencia de grasas saturadas y aplicar lecitina de soja en aceite en la punta del pezón.

Mastitis

La mastitis es una respuesta inflamatoria secundaria a una situación de retención mantenida de leche, que se manifiesta con un dolor intenso de una zona amplia de la mama (en forma de cuña), que está enrojecida, dura, inflamada y se acompaña de un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos, dolor de cabeza y malestar general que aparece de forma brusca. Puede tener un origen infeccioso o inflamatorio.

El tratamiento es el mismo que el de la obstrucción mamaria, más el tratamiento médico pertinente (antiinflamatorios y/o antibióticos).

En el siguiente cuadro aparecen las principales características de las ingurgitaciones, las obstrucciones y las mastitis para poder diferenciar claramente cada una de ellas.

	INGURGITACIÓN	OBSTRUCCIÓN	MASTITIS
INICIO	Precoz y progresivo	Tardío y progresivo (2-3 semanas postparto, aunque puede aparecer en cualquier momento)	Tardío y progresivo (2-3 semanas postparto, aunque puede aparecer en cualquier momento)
LOCALIZACIÓN	Bilateral	Unilateral	Unilateral
VISIÓN EXTERIOR	Toda la mama	Un sector pequeño de la mama	Un sector amplio de la mama
SÍNTOMAS GENERALES	Malestar. Fiebre <38,5°C	Malestar. Fiebre <38,5°C	Síntomas gripales, malestar generalizado. Fiebre >38,5°C

Amamantamiento doloroso por infecciones del pezón y/o de la leche: disbiosis

Durante la lactancia se pueden producir desequilibrios en la composición bacteriológica de la leche y/o de la flora del pezón (disbiosis), con un predominio de las bacterias más agresivas, lo que da lugar a una infección del pezón y/o de la leche, y síntomas clínicos. Los agentes causantes de esta infección, que viajan al pecho desde el intestino materno a través de lo que se llama la ruta enteromamaria, son de diversos orígenes y no sólo candidas, como se pensaba hasta hace no mucho tiempo. Así, normalmente se trata de infecciones provocadas por combinaciones de distintos microorganismos (estafilococos, enterococos, candidas...).

Los síntomas clínicos que suelen acompañar a una situación de infección del pezón y/o de la leche son:

- Dolor profundo en el pecho y/o pezones, aún después de una toma correcta y comprobada una succión normal (siempre habrá que descartar otras causas de amamantamiento doloroso). El dolor puede ser pulsátil, ardiente o en agujas, permanecer durante toda la toma o incluso aparecer entre las tomas, puede estar acompañado de picores o no, y ser uni o bilateral.
- Lesiones en los pezones que no mejoran tras la corrección de la causa y varios días de tratamientos tópicos.
- Enrojecimiento y/o inflamación del pezón y/o areola, y en las mucosas del bebé (boca, genitales).
- Pérdida de la coloración habitual de la areola con la aparición simultánea de lesiones en la boca y/o genitales del bebé.
- Fiebre o febrícula, sudoración abundante nocturna y/o sensación de gripe.
- Pechos ingurgitados, obstrucciones de repetición, o disminución de la producción de leche en el pecho afectado.
- Inquietud del bebé en las tomas, con tirones en la succión, flatulencia,

cólicos y ocasionalmente una lenta ganancia de peso (no coincidiendo con las crisis de lactancia).

Recomendaciones:

- Búsqueda de asesoramiento y apoyo: precisas de una orientación clara (contacta con un profesional experto en lactancia materna y/o con un grupo de apoyo a la lactancia materna que te dé la información adecuada).
- No suspendas la lactancia. Las bacterias que contiene la leche son familiares para tu bebé y a pesar de que ahora hay predominio de las bacterias más agresivas, los beneficios de la leche materna siguen siendo superiores.
- Toma de muestras de leche, de la piel del pezón/areola y de la boca y genitales del bebé por un profesional experto en lactancia materna.
- Tratamiento del dolor según la indicación médica (ibuprofeno, paracetamol, etc.).
- Tratamiento antibiótico y/o antimicótico de forma tópica-sistémica según los resultados del cultivo y el antibiograma, teniendo en cuenta la sintomatología de la madre, dado que pueden aparecer síntomas en los recuentos límite.
- Extracción temporal de la leche, cuando el dolor provocado por las tomas directas sea más intenso y doloroso que la extracción con el sacaleches.
- Darle al bebé la leche extraída mediante métodos que no interfieran con el amamantamiento (vasito, jeringuilla, etc.).
- Uso de escudos aireadores, para evitar el dolor del roce con la ropa y facilitar la actuación de las pomadas.
- Lavado de la ropa de la madre a altas temperaturas, desinfección y esterilización de objetos que estén en contacto con la boca del bebé, lavado de manos antes y después de las tomas.
- No congelar la leche mientras que dure el proceso (los hongos no mue-

ren con la congelación) ya que su utilización posterior puede perpetuar la infección.

El dolor intenso que acompaña la infección del pezón y/o de la leche puede llevar a un destete prematuro. Es por esto que la detección y el tratamiento temprano son tan necesarios. Un amamantamiento a demanda con una buena técnica de lactancia son la mejor defensa contra las infecciones del pezón y/o de la leche.

Si sufres una disbiosis del pezón puedes encontrar más información en “Propuesta de abordaje dolor y lesiones en los pezones y mamas. Helena Herrero. Medicina Naturista 2008; vol.2-nº3: 200-210”.

Síndrome de Raynaud

Maurice Raynaud describió por primera vez el vasoespasma de arteriolas en 1862, y ahora el síndrome de Raynaud se percibe como algo común, ya que afecta hasta al 20% de las mujeres en edad de tener hijos.

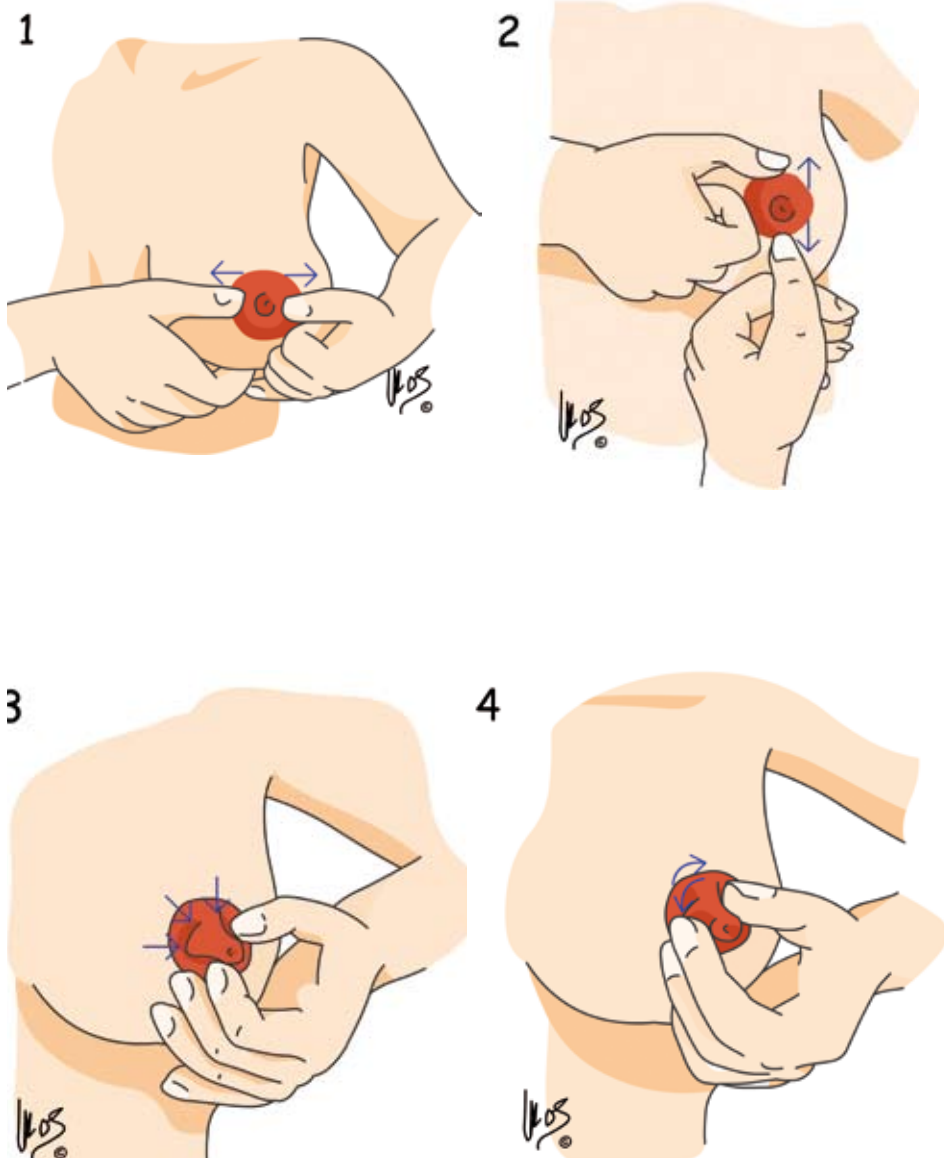
Se ha comprobado que el síndrome de Raynaud afecta a los pezones de madres lactantes y se reconoce por muchos expertos en lactancia como una causa tratable de amamantamiento doloroso.

Dado que el dolor de pecho asociado al síndrome de Raynaud es tan agudo y punzante, a menudo es confundido con la infección del pezón y/o de la leche. No es extraño para madres que tienen un síndrome de Raynaud del pezón ser tratadas de forma equivocada y a menudo repetidamente de infección por *C. albicans* con antifúngicos tópicos o sistémicos.

El síndrome de Raynaud puede aparecer tras estímulos fríos, puede estar presente durante el embarazo y asociarse a cambios de color bifásicos o trifásicos. Los posibles tratamientos incluyen medidas para prevenir o reducir la exposición al frío, evitar fármacos vasoconstrictores, nicotina y cafeína (que podrían precipitar los síntomas) y tratamiento farmacológico con vasodilatadores, como el nifedipino.

ANEXO I

Maniobras de Hoffman

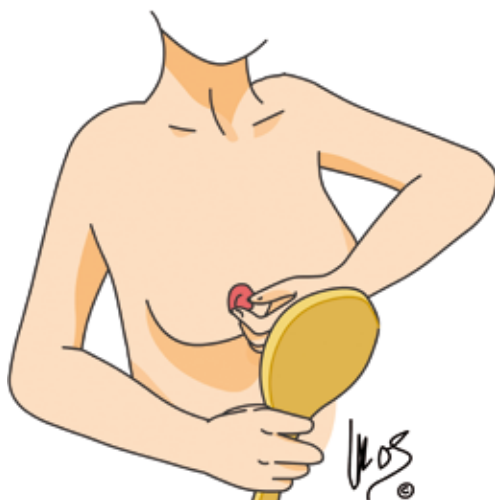


ANEXO II

Técnica de presión inversa suavizante

Técnica de la mano en flor

Paso único: Con las uñas cortas, se colocan los dedos con las yemas curvas sosteniendo el pezón y presionando hacia el interior del pecho, como si del tallo de una flor se tratara, en el lugar de la areola donde irá la lengua del bebé, según la postura que se vaya a elegir. Se recomienda el uso de un espejo para ver mejor la areola.



Técnica de las yemas de los dedos

Paso único: Usando los dedos índice, corazón y anular de ambas manos, con las uñas cortas, apoyamos las yemas curvas en las base lateral de ambos lados del pezón ejerciendo una presión suave hacia el interior de la mama.



12.

Lactancia en situaciones especiales

Rocío Martín-Gil Parra, Esmeralda Moreno Sobrino, Inmaculada Marcos



Lactancia materna y cesárea

Una cesárea es una intervención quirúrgica realizada para el nacimiento de un bebé. Las madres que tienen a sus hijos mediante cesárea tienen menores tasas de lactancia materna que las que tienen a sus hijos mediante parto vaginal. Esto parece deberse a creencias erróneas del entorno familiar y/o prácticas inadecuadas del hospital, y no tanto a la intervención en sí misma.

La lactancia materna puede ayudar a estas madres a recuperar la confianza en sí mismas, ya que tras una cesárea es más frecuente que la madre experimente emociones negativas, como ansiedad, baja autoestima o depresión postparto. Además, les permite recuperarse rápidamente de la operación, al favorecer la contracción uterina y la disminución del sangrado en el postparto inmediato.

En la mayoría de los casos el bebé puede hacer su primera toma durante su primera hora de vida. La técnica anestésica utilizada para la cirugía suele ser la anestesia regional, que proporciona anestesia de la zona quirúrgica sin afectar al niño ni a la conciencia de la madre, que permanece despierta durante la cirugía. No es necesario esperar a que desaparezcan los efectos de la anestesia en la madre, ya que los medicamentos utilizados habitualmente son compatibles con la lactancia, y la concentración de los mismos en la leche materna es despreciable, si tenemos en cuenta que ya estuvo expuesto a estos fármacos intraútero. Además, la permanencia de los efectos de la anestesia permite que la mamá se coloque al bebé al pecho en distintas posiciones sin sufrir ningún dolor en la herida. Por el mismo motivo, es fundamental que la madre reciba un tratamiento adecuado para su dolor postoperatorio. El dolor puede influir negativamente en la producción de leche por mecanismos hormonales parecidos a los del estrés y por la disminución en el número de tomas.

La postura ideal para estas mamás es la postura tumbada, con una o dos almohadas bajo la cabeza y la espalda. Para ofrecerle el otro pecho la mamá puede cambiar de lado o inclinarse hacia delante, aunque puede permanecer bastante tiempo en la misma posición sin ofrecer el otro

pecho para evitar dolores en la herida con los movimientos. La ayuda del padre puede ser fundamental para colocar al bebé al pecho sin que tenga que moverse. En estas madres es más beneficioso el contacto permanente con su bebé para favorecer la subida de la leche que los cambios de posición frecuentes y dolorosos para ofrecerle los dos pechos.

También se puede ofrecer el pecho sentada con el bebé en la postura del “balón de rugby”, sin que el bebé se apoye en la barriga de la madre. Si quiere darle pecho en la postura clásica, deberá colocar un cojín sobre su barriga para que el bebé no se apoye directamente en la herida y le haga daño con sus movimientos. (Ver capítulo 5).

La lactancia materna debe ofrecerse siempre a demanda. No es necesario recurrir a chupetes, tetinas, ni biberones sin una causa justificada. La subida de la leche puede retrasarse si la madre y el bebé se separaron tras el nacimiento, pero si permanecieron en contacto piel con piel no tienen por qué diferenciarse de los nacidos vaginalmente.

Durante los primeros días estas madres van a necesitar ayuda para las tareas domésticas y para atender al bebé. Como el resto de recién nacidos, estos bebés pueden estar adormilados o llorar sin motivo aparente, y las madres no siempre están en condiciones de acunarlos y pasearlos, como los nacidos vaginalmente. En estos casos es especialmente importante la colaboración de la pareja.

Lactancia materna en recién nacidos prematuros

Los prematuros son los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación. Los avances médicos han aumentado las posibilidades de supervivencia de lactantes de peso corporal cada vez más pequeño, de modo que, actualmente, el límite de viabilidad se sitúa en las 24 semanas de gestación y un peso corporal de 500 gramos, aunque hay ejemplos de niños menores que han podido sobrevivir.

Para los recién nacidos prematuros la leche materna es especialmente importante, ya que además de los beneficios que tiene para los nacidos a término, en estos bebés tiene un efecto protector frente a infecciones, se digiere fácilmente y mejora su desarrollo psicomotor.

El principal problema nutricional de los prematuros es la interrupción de la circulación feto-placentaria cuando el aparato digestivo todavía no está maduro. El objetivo principal de su alimentación va a ser conseguir un crecimiento similar al que hubiera tenido intraútero si continuara la gestación.

Distintos estudios han puesto de manifiesto que la leche materna continúa siendo el alimento ideal para estos niños. Cubre todas las necesidades de los bebés de más de 1500 gramos de peso al nacimiento, ya que su composición varía cuando el niño nace prematuramente para adaptarse a sus necesidades.

La mayoría de los prematuros se puede alimentar exclusivamente con leche de su madre desde su nacimiento, sin necesitar ningún aporte extra de nutrientes. Sin embargo, los prematuros de muy bajo peso (<1500 g) y los de extremadamente bajo peso (<1000 g) sí van a tener necesidades nutricionales especiales. En estos casos puede ser necesario añadir determinados nutrientes y minerales a la leche materna.

En un primer momento, dependiendo del grado de prematuridad del bebé, puede ser necesario administrar la leche materna mediante una sonda nasogástrica. Se recomienda estimular la succión mientras se administra la leche por la sonda, usando un suplementador y colocando al niño al pecho de la madre durante la administración de la leche. Los chupetes y las tetinas no son recomendables ya que se puede producir la confusión tetina-pechón.

La mayoría de los recién nacidos pueden succionar correctamente el pecho desde la semana 32. Pensar que mamar directamente del pecho es agotador para el bebé es un error bastante común; sin embargo, distintos estudios han demostrado que se necesita menos



energía para mamar que para tomar el biberón. Además, el bebé tolera mejor y más precozmente el pecho que el biberón. Si se duerme o se cansa durante las tomas, puede ser necesario administrar leche materna después de la toma o hacer las tomas más frecuentes. Para administrarla, utilizaremos un vasito, una cucharilla, una jeringuilla o un biberón-cuchara.

En algunos casos va a ser necesario administrarle al bebé leche artificial especial para prematuros o incluso alimentarlo a través de una perfusión intravenosa mientras la madre tiene la subida de la leche y/o la situación del recién nacido se estabiliza. Cualquier cantidad de calostro o leche madura que se extraiga la madre deberá entregarla en la unidad donde esté ingresado su hijo para que se la administren tan pronto como sea posible.

La madre necesitará información adecuada y apoyo emocional para conseguir producir la cantidad de leche que necesita el bebé, que es un reto para ella y para el personal sanitario. De todas formas, hay que tener claro que darle leche materna al recién nacido prematuro es siempre beneficioso, aunque sea en pequeña cantidad. Para el bebé tan importante es la cantidad de leche materna que se le da como el cariño que puede recibir mediante la puesta al pecho y el contacto piel con piel, y la madre no se debe sentir mal si no consigue toda la leche que necesita al bebé.

Recomendaciones para conseguir la producción láctea que necesita tu bebé:

1. Empezar con la extracción y estimulación de la leche materna lo antes posible.
2. Permanecer con tu hijo el máximo tiempo posible.
3. Ponerse al bebé al pecho.
4. Realizar el método madre canguro (MMC).
5. Si el bebé se cansa durante la toma, administrar más leche después con un vasito, cucharilla... o hacer las tomas más frecuentes.
6. Usar un sacaleches eléctrico doble.

7. Realizar la extracción viendo a su hijo o inmediatamente después de realizar el MMC.

El principal obstáculo para conseguir una lactancia materna exclusiva en estos bebés va a ser su ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales o en una unidad neonatal. Esto puede superarse fácilmente permitiendo a la madre permanecer con el bebé constantemente, en unidades de puertas abiertas. Lo ideal sería que las madres tuvieran habitaciones para poder descansar junto a sus hijos, aunque esto no siempre es posible.

Las unidades neonatales deben disponer de un lugar tranquilo para la extracción de la leche, y de sacaleches eléctricos a disposición de las madres. La extracción de la leche debe realizarse inmediatamente después de realizar el contacto piel con piel o, si la madre se encuentra cómoda, puede realizar la extracción de la leche delante de su hijo.

Método madre canguro (MMC)

El método madre canguro se define como el contacto piel con piel entre madre y recién nacido lo más precoz, continua y prolongadamente posible con lactancia materna, para que la madre y el recién nacido se beneficien de sus ventajas. El padre u otro familiar cercano también pueden practicar el método madre-canguro.

Se puede practicar con cualquier bebé, siempre que su situación clínica lo permita. El tratamiento y la monitorización de sus constantes pueden continuar mientras permanece con la madre.

Durante el método madre-canguro los bebés se tranquilizan e incluso se duermen. El contacto piel con piel hace que las constantes vitales



del recién nacido permanezcan más estables, permite establecer precozmente el vínculo madre-hijo, estimula la producción láctea, disminuye las infecciones, estabiliza su temperatura, aumenta la ganancia de peso, acelera la maduración del bebé y disminuye la estancia hospitalaria. Para conseguir estos efectos, el contacto piel con piel debe durar al menos una hora, que puede coincidir con las tomas. En los bebés con reflejo de succión se puede realizar la toma al pecho durante el método madre-canguro.

Gemelos

Amamantar a dos o más bebés es un desafío para la madre y para el personal sanitario. Estos bebés tienen, además, más posibilidades de nacer prematuramente que cuando la gestación es única. Esto será un problema más a superar, especialmente si necesitan ingresar en una unidad neonatal o en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Será en estos casos cuando más necesiten la leche de su madre y más apoyo tengamos que darle a ésta.



El principal problema es organizativo y de falta de tiempo, no de cantidad de leche, ya que cuanto más succionen los bebés, más leche tendrá la mamá. Hay muchos estudios que demuestran que la cantidad de leche de la madre se adapta a las necesidades de sus hijos siempre que la lactancia se realice a demanda.

Un ejemplo histórico de que es posible amamantar a más de un bebé lo tenemos en las antiguas nodrizas o amas de cría, que se hacían cargo de la lactancia de hasta seis niños a la vez cuando la madre decidía no continuar con la lactancia, por el motivo que fuera.

Para tener éxito lo más práctico es intentar amamantar a los dos bebés simultáneamente. Una vez que los bebés aprenden a mamar en

una determinada posición, suelen mamar en la misma postura aunque el otro hermano no esté tomando en ese momento. De este modo, si en ese momento el otro bebé quisiera tomar el pecho, se podría incorporar en cualquier momento. Para el amamantamiento simultáneo pueden ser útiles distintas posturas:



- La postura en balón de rugby,
- La postura cruzada sobre la madre,
- Amamantar en paralelo, con un bebé en postura de balón de rugby y el otro cruzado sobre la madre, de modo que los cuerpos de los dos bebés estén en la misma dirección.

Tener ayuda en casa es fundamental para el éxito de la lactancia, para ayudar a la mamá a colocarse a los bebés al pecho, asearlos, etc. La madre también necesitará disponer de un tiempo para su descanso, aseo y alimentación.

En ocasiones la madre opta por una lactancia diferida, sacándose leche con un extractor y ofreciéndosela al bebé. Si lo que desea es ponérselos directamente al pecho más adelante lo mejor es darles la leche mediante un vasito o una cuchara, y no mediante biberón, ya que los bebés pueden sufrir la confusión tetina-pezones y posteriormente tener

dificultades para cogerse al pecho. Para mantener la lactancia diferida la madre deberá realizar extracciones muy frecuentes, ya que el sacaleches estimula menos la producción láctea que la succión de los bebés.

Las madres de gemelos pueden beneficiarse de los consejos de otras madres que hayan pasado por la misma situación. Para ello pueden acudir al grupo de apoyo a la lactancia materna más cercano a su domicilio, donde la pueden poner en contacto con otras madres de gemelos.

La asociación multilacta es un grupo de apoyo con interés especial en la el amamantamiento de gemelos, trillizos o más. Disponen de página web (www.multilacta.org) y de un foro para intercambio de experiencias que pueden ser útiles para madres de dos o más hijos lactantes.

Lactancia y embarazo

Mientras se está amamantando es posible quedarse embarazada de nuevo. Si una mujer que no ha tenido reglas intuye que puede estar de nuevo embarazada, lo mejor es someterse a un análisis de orina para confirmar la sospecha.

Durante mucho tiempo, la mayoría de los profesionales sanitarios han desaconsejado el dar pecho al mismo tiempo que se buscaba un nuevo embarazo, y hoy día son muchos los que siguen pensado que la succión del bebé al pecho de su madre podría poner en marcha el mecanismo del parto.

Sin embargo, se ha observado que para que una mujer se ponga de parto hacen falta otras hormonas, además de la oxitocina.

La oxitocina se libera sobre todo al inicio de la toma, y se mantiene en sangre sólo durante unos pocos minutos de cada toma. Por eso, a veces, al inicio de la toma, la mujer puede notar pequeñas contracciones, rítmicas en ocasiones, otras veces no, que cesan al finalizar la toma.

Pero las contracciones ocurren también de forma fisiológica. Cuando la mujer está en movimiento, a no ser que las contracciones sean de verdad intensas y dolorosas, no las percibe como tales, sino como pequeñas “molestias”, que se achacan al cansancio. Pero al realizar actividades que requieren menor esfuerzo físico (como darle el pecho a su hijo), nota de forma clara las contracciones, pudiendo entonces relacionarlas sólo con la lactancia. Es interesante entonces detenerse a pensar si las contracciones que se tienen son muy molestas, si acaban de empezar, si se tenían antes de iniciar la toma y si desaparecen al finalizar la misma. En caso afirmativo, sin dejar de vigilarse, no necesariamente se ha de optar por abandonar la lactancia.

Durante la gestación, la madre puede notar ciertas molestias en los pezones cuando su hijo mama. En la mayoría de los casos, estas molestias desaparecen con el tiempo, dejando paso a leves molestias a la hora del “enganche” inicial.

Durante el embarazo, cambia el sabor y la cantidad de la leche. Al llegar a la mitad del embarazo, la leche madura va dejando paso, poco a poco al calostro. Este cúmulo de cambios puede terminar en un destete de forma natural y por propia iniciativa del niño en el 60% de los casos. En algunas ocasiones no siempre va a ser un destete definitivo: si el niño siente curiosidad tras el nacimiento del hermano al verlo mamar, entra dentro de lo posible que el hermano mayor intente compartir tetadas con su hermano pequeño. Pero este reenganche no se produce con demasiada frecuencia, pues, pasado cierto tiempo, los niños más mayorcitos olvidan la técnica de amamantamiento.

Hay muchos mitos en nuestra sociedad relacionados con la gestación mientras se lacta. Son frases tales como “encanijarás al bebé que estás gestando”, o, “nacerá pequeño, prematuro y desnutrido”, “el hermano mayor te dejará seca y no podrás alimentar al pequeño”, etc. Si la madre toma una alimentación variada, que cubra todas sus necesidades nutricionales, y un suplemento de yodo, no tienen porqué tener ningún tipo de problema carencial ni ella ni sus bebés.

Según van pasando los meses de gestación, las posturas que an-

teriormente se usaban sin problemas para amamantar van pasando a ser molestas. Llega el momento entonces de experimentar en busca de nuevas posturas, mas cómodas para ambos en este momento. Es aconsejable poder observar antes del parto cómo otra madre amamanta en tandem, pues a efectos prácticos, esto es lo que más va a ayudar a la hora de buscar soluciones futuras.

Tándem

Llegado el momento del parto, el nuevo bebé tendrá todo el calostro que necesita, listo y preparado para poder consumirlo nada más nacer. El inicio precoz del amamantamiento es tan importante ahora como lo fue en su día con el primer hijo. En esta ocasión, al no haber cese entre ambas lactancias, los problemas iniciales son menores. Es más fácil encontrar la postura correcta y se cuenta con la ayuda del hermano mayor para resolver algunos problemas iniciales, tales como subidas de leche molestas e ingurgitaciones ante demasiadas horas de sueño del recién nacido. El niño, que antes estaba solo para todo, observa cómo la llegada del esperado y a la vez temido hermano no sólo no lo desplaza de su “cargo”, sino que se le implica, de forma positiva y activa, en el cuidado del mismo. El hermano mayor se siente útil. Es por esto por lo que se dice que el tándem es una efectiva vacuna para contrarrestar los celos típicos que el hermano mayor puede sentir por su hermano pequeño. Ayudar en los cuidados básicos de su hermano le hará sentirse mejor.

El hermano pequeño tiene prioridad sobre el mayor en cuanto a cantidad de calostro que se le debe ofrecer; a ser posible, se le debe ofrecer los dos primeros días con mucha frecuencia. Una vez que llega la leche madura, no es preciso poner límites al hermano mayor a la hora de mamar. Se ha descrito que el hermano menor recupera la pérdida de peso fisiológica mucho antes que si no estuviera lactando junto a su hermano mayor, y coge peso más rápidamente. Esto se debe fundamentalmente a que el hermano mayor le facilita las tomas, pues el reflejo de eyección de la leche al hacer tándem es más intenso, y muchas veces, el mayor toma solamente la leche del principio, más rica en agua y

proteínas, dejando al pequeño la leche más rica en grasas, la que más engorda.

La leche que producen las madres que amamantan en tándem se adapta siempre a las necesidades del lactante de menor edad, cubriendo convenientemente todas las necesidades de éste. No obstante, la leche que toma el mayor seguirá siendo para él más completa, asimilable y alimenticia que la leche de vaca. Hay que tener en cuenta que cuanto más succionen los pequeños hermanos, más leche producirá la madre, no habiendo límite a la hora de producir.

Es necesario un adecuado aporte hídrico para la madre, y un gran apoyo a la hora de cubrir otras necesidades de la familia, intentando excluir a la madre de las tareas domésticas al inicio, hasta que la nueva estructura familiar se reajuste a las nuevas necesidades y a los cambios.

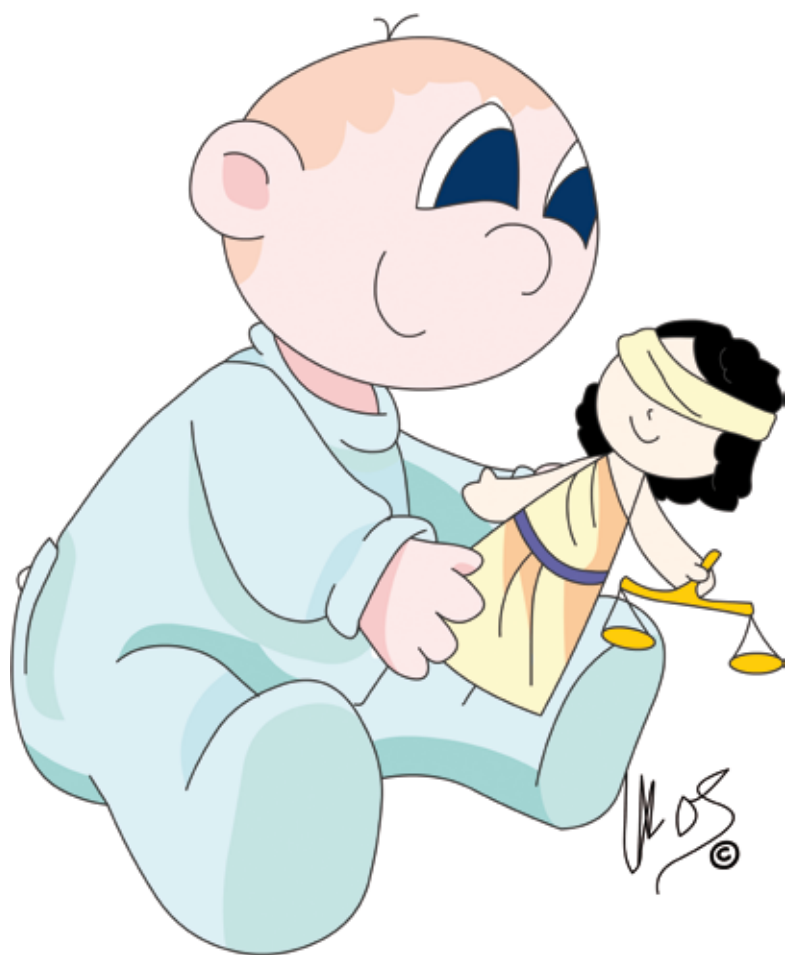
A veces, el hermano mayor pierde el interés por la comida sólida y deja de consumirla para demandar solamente la leche de su madre. Es una reacción muy típica, que ocurre con frecuencia en niños menores de dos años, pero que con una actitud tranquila por parte de la madre, (que se verá probablemente presionada por su entorno), el niño mayor volverá a tomar alimentos sólidos en mayor o menor plazo de tiempo. No por no consumir sólidos, los niños adelgazan, más bien es al contrario: las madres suelen comentar que sus hijos mayores se “redondean”, en parte, gracias a la rica leche del inicio de la lactancia y a la gran producción que se tiene al principio, hasta que el organismo regula la necesidad de leche que los niños tienen.

A veces, los inicios de la lactancia en tándem pueden agobiar a la madre. No está de más contar con la ayuda de un grupo de apoyo a la lactancia lo más cercano posible al lugar de residencia, que ayuden a encontrar solución a los problemas que se puedan presentar, como encontrar posturas cómodas para el trío a la hora de descansar o cómo compaginar las tomas en el tiempo.

13.

Conoce tus derechos

José M^a Herrera Fernández



El proceso de incorporación de la mujer al trabajo está marcado, históricamente, por la desigualdad de condiciones y oportunidades.

En nuestro país y con la reciente aprobación de la “Ley de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres”, las mujeres han logrado un avance extraordinario en el reconocimiento de sus derechos, que nunca había existido en la historia de España. Dicha Ley de Igualdad aún no se ha plasmado en todos los convenios laborales, y existen procedimientos que aún deben de realizarse, aun así, lo que aquí exponemos a grandes rasgos, puede servir de guía útil para entender los procedimientos más comunes.

Para ampliar y concretar cuestiones relacionadas os recomendamos la visita a las fuerzas sindicales correspondientes, que han venido defendiendo los intereses de las mujeres trabajadoras y tienen departamentos dedicados en exclusiva a la problemática de la mujer trabajadora.

Permisos retribuidos por maternidad (baja maternal)

Las madres deben recoger los documentos necesarios para el reconocimiento de este permiso en la clínica donde haya nacido el bebé y en el Registro Civil, para posteriormente presentarlos en la empresa lo antes posible.

Este permiso tiene una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas, que se amplían dos semanas más por cada hijo (a partir del segundo) en caso de partos múltiples.

La madre debe disfrutar obligatoriamente las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto, el resto se puede ceder al padre.

En caso de parto prematuro, el periodo de baja por maternidad contará a partir de la fecha de alta hospitalaria del bebé.

Permiso de paternidad exclusivo

Se solicita a la empresa por escrito y no existe modelo para hacerlo, se debe mirar el convenio específico por si no contempla este permiso de paternidad.

El padre tiene derecho a una suspensión del contrato de 13 días de duración, más los 2 días de permiso por nacimiento.

Permiso de lactancia

Las madres trabajadoras tienen derecho a ausentarse una hora del trabajo hasta que su hijo cumpla nueve meses (hasta los doce meses para el personal funcionario), que podrá dividir en dos fracciones. Algunos convenios plantean la posibilidad de unificar todas las horas y ser disfrutadas de forma acumulada después de la baja maternal (en caso de los funcionarios este permiso se puede sustituir por un permiso remunerado para no asistir al trabajo de 28 días naturales).

Podrá ser disfrutado por el padre o la madre, si ambos trabajan.

Reducción de jornada

Quien por razones de guarda legal tenga a su cuidado directo algún menor de 8 años (menor de doce años para el personal funcionario) tendrá derecho a una reducción de jornada de trabajo con la disminución proporcional del salario. La reducción puede ser desde un 12,5% a un 50% de la jornada.

Riesgo durante el embarazo o periodo de lactancia

No existe la obligación legal de comunicar el embarazo, a no ser que el puesto de trabajo suponga un riesgo para la salud de la empleada o el bebé.

La trabajadora solicitará por escrito ante el Departamento de Riesgos Laborales de su empresa, una valoración de su puesto de trabajo, por motivos de embarazo o lactancia. Si el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa considera que la permanencia de la mujer en el puesto de trabajo supone un riesgo para su embarazo o lactancia, el empresariado debe:

- Adaptar las condiciones y/o el tiempo de trabajo (por ejemplo, no realización de trabajo nocturno o turnos).
- Cambiar a la trabajadora de función o puesto de trabajo.
- Destinar a la trabajadora a otro puesto manteniendo las retribuciones del puesto de origen.

Cuando el cambio a un puesto sin riesgo no sea posible o no pueda exigirse por motivos justificados, se tendrá derecho a la suspensión del contrato de trabajo con reserva del puesto, manteniendo sus retribuciones (100% de la base reguladora) mientras dure el riesgo, o en caso de lactancia, hasta que es bebé cumpla nueve meses.

Excedencia por cuidado de hijos

La madre puede solicitar no trabajar, manteniendo sus derechos, como la antigüedad, por ejemplo. Tiene derecho a reserva de su puesto de trabajo durante un año.

Tiene una duración máxima de dos años y se concede para el cuidado de hijos menores de tres años (doce años para el personal funcionario) y para el cuidado de un familiar hasta el 2º grado. Puede disfrutarse de forma fragmentada.

Se deben solicitar por escrito, con 1 mes de antelación y se exige un mínimo de 1 año trabajando para la empresa.

Excedencia voluntaria

Si la madre tiene al menos un año de antigüedad en la empresa tiene derecho a una excedencia no inferior a 4 meses ni superior a 5 años, no remunerada.

Incapacidad Temporal y Baja por enfermedad común

Las diferencias entre bajas laborales e incapacidades temporales se encuentran en que las primeras las conceden las mutuas de trabajo y las segundas los médicos de cabecera. Consideraciones a tener en cuenta:

- Si estando en alguna de estas dos circunstancias nace el bebé, la madre pasa a disfrutar el permiso por maternidad

- Si una vez finalizado el permiso maternal, la madre continuase necesitando asistencia sanitaria, pasará a Incapacidad Temporal o Baja por Enfermedad.

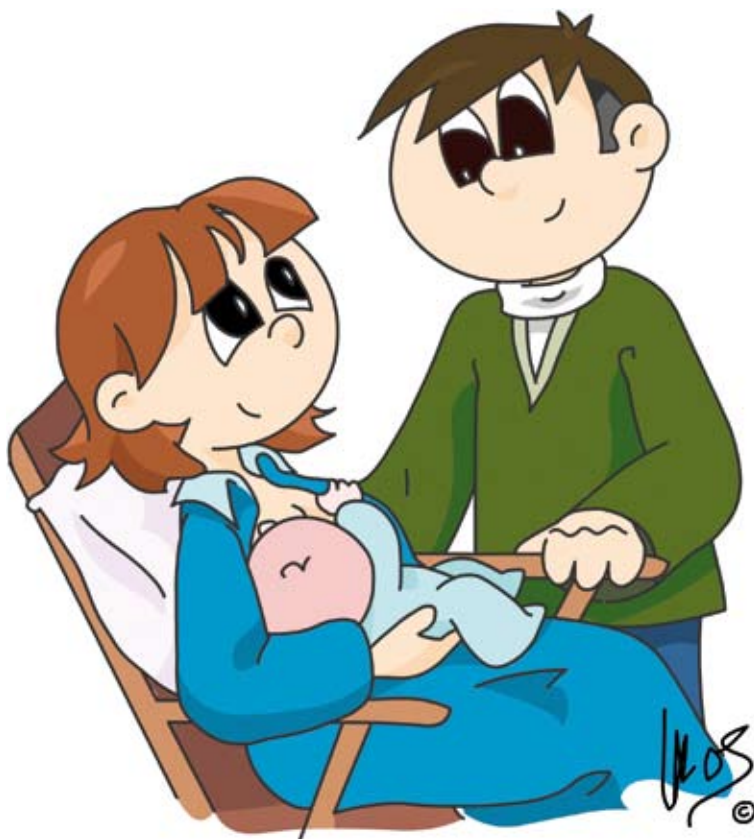
Vacaciones

Si la madre no ha disfrutado el periodo vacacional dentro de su año natural, deberá consultar si existe la posibilidad de disfrutarlo al finalizar todo el proceso de baja maternal y, en su caso, riesgo por lactancia, independientemente de que las vacaciones correspondiesen al año anterior (reconocido para los funcionarios).

14.

La pareja: Un apoyo fundamental en la lactancia materna

Malena Sánchez Terrer



Cuando parimos, nos enfrentamos a una serie de acontecimientos vitales que son difíciles de superar saludablemente sin apoyo. Vivir el puerperio, en palabras de Laura Gutman, es como sumergirse en un océano del que para salir airosas necesitamos haber echado anclajes firmes en la superficie. Esos anclajes representan a la persona que nos acompaña en la vida y la crianza, cuya misión será acompañarnos en la travesía para evitar que nos ahoguemos o nos perdamos por el camino.

En esta época vivimos una importante alteración de nuestra imagen corporal, dado que ya hemos parido pero todavía están en nosotras todos esos rasgos del embarazo, con la sutil diferencia de que nuestro bebé ya está fuera de nosotras. De nuestros pechos comienza a emerger calostro con cada succión del bebé, y cuando sube la leche a veces se nos inflaman y nos duelen, vamos manchando los sujetadores, las sábanas, las camisetas, etc.

Nos invade también un estado de ánimo/consciencia alterado debido a los cambios hormonales propios del puerperio, al cansancio, al conflicto entre lo que habíamos imaginado iba a ser la crianza y a lo que en realidad es, a que no tenemos ni un minuto para nosotras, etc.

Vemos, además, como en la concepción de nosotras mismas, de nuestra persona, ya no somos emocionalmente una, sino dos: mamá-bebé. No somos capaces de concebirnos como antes, aisladas del cuidado y dedicación a esa criatura que ahora depende completamente de nosotras.

Nos encontramos con muchos problemas para desempeñar nuestra actividad diaria y los roles que hasta ahora habíamos desarrollado sin dificultad, pues nuestro patrón de actividad/descanso está alterado, dado que nuestro bebé no distingue entre el día y la noche o entre las horas en las que estábamos ocupadas con nuestra ducha y arreglo personal, las tareas cotidianas, el trabajo fuera de casa, los momentos de ocio y las que dedicábamos a descansar, y nos necesita las 24 horas del día. Y, sobre todo, porque nuestra parte emocional está ligada a nuestro bebé y eso no nos permite tener otra ocupación por ahora y hasta que nuestro bebé comience a concebirse como un ser con identidad propia,

lo que es bueno y deseable en estos momentos de nuestra vida y la de nuestra criatura.

Es tanta la dedicación que necesita nuestro bebé, además de las molestias propias que pueda haber dejado el parto (una episiotomía, un pequeño desgarro, el sangrado puerperal), y la nueva función de nuestros pechos ahora vistos como la fuente de alimento de nuestro bebé y no como una parte erótica de nuestro cuerpo, que nuestro deseo sexual disminuye pues sólo nos quedan fuerzas para descansar y reponernos cuando tenemos un rato.

Ante esta GRAN CRISIS VITAL, necesitamos que alguien nos Soporte emocionalmente, nos contenga, sostenga el ancla, refuerce nuestra confianza y se ocupe de todo aquello que suponga una carga emocional o física extra para nosotras en estos momentos tan cruciales de nuestra vida y de la de nuestro bebé. Esta persona será la que proteja la diada de lactancia mamá-bebé en la que nos convertimos desde que damos a luz, conformando así lo que se denomina un triángulo de lactancia.

Se ha visto que todas las díadas de lactancia mamá-bebé que cuentan con este figura de soporte que conforma un triángulo de lactancia, tienen porcentajes de éxito en cuanto instauración y duración de la lactancia mucho mayores que las que no la tienen. Si esta figura además es la pareja, el éxito está asegurado.

Entendemos el concepto soportar en este contexto según lo define Laura Gutman como el apoyo, contención emocional y cuidado que la madre necesita durante la época del puerperio y la lactancia.

Los pasos para ejercer este rol de soporte en el triángulo de la lactancia podrían resumirse del siguiente modo:

- Dar facilidades para que la fusión mamá-bebé se produzca, permitiendo y defendiendo esta a la vez. ¿Cómo? Solicitando vacaciones y permisos para poder tener tiempo para estar y ejercer de soporte; asumiendo las tareas domésticas o buscando ayuda externa; cuidando de hijos mayores; organizando el hogar y la economía doméstica; haciendo frente a los conflictos y la presión del entorno; asumiendo las relaciones interfamiliares; acatando las decisiones de la madre; y disponiendo de información actualizada sobre la lactancia materna.

- Protege el nido, proporciona a la madre-niño la intimidad que necesitan y asegúrales la tranquilidad y el confort que necesitan.
- Permite que la madre explore su instinto maternal y acompaña la afectuosamente en este proceso.
- Acepta y ama la diada de lactancia mamá-bebé. No cuestiona las decisiones o intuiciones sutiles de la madre hacia el bebé, es tiempo de aceptación y observación. Permite un espacio para el desahogo, sin interpretarlo como un deseo de abandonar la lactancia y la crianza. Comparte las tareas del cuidado del bebé conforme la diada mamá-bebé nos vaya permitiendo (baño, sueño, tomar al bebé, etc.).
- La pareja que ejerce de soporte tiene sus propios apoyos que a pesar de la venida del bebé permanecen intactos, debido a que:
- El embarazo y el parto no han provocado heridas físicas ni psíquicas que pongan en juego su integridad. La presencia del bebé promueve la emoción y la ternura, manteniendo intactas sus capacidades intelectuales y su conexión con el mundo, dado que cuenta con lo que ha podido construir dentro de sí y que se mantiene inalterado.
- No tiene que apartarse de su actividad cotidiana del mismo modo que la madre, con lo que mantiene su lugar de identidad y de posición social, su punto de contacto con el mundo exterior y la valoración social de su lugar en el mundo, la autonomía en sus movimientos y la disponibilidad de su propio tiempo (10 min. para leer el periódico, para ducharse, etc.).

Para vivir una lactancia satisfactoria, es muy necesario que contéis con esta PERSONA SOPORTE, que si además es vuestra PAREJA mejor que mejor.

¡¡Disfrutad de vuestro TRIÁNGULO DE LACTANCIA!!.

15.

Amamantar y trabajar fuera de casa

Adaptación del folleto del Colectivo de la Leche y de Amamantar Asturias



Las mujeres trabajadoras y sus hijos tienen derechos, entre ellos el derecho a la lactancia materna y a mantenerla mientras los dos deseen.

Aunque el momento de la separación del bebé no sea fácil, es mucho mejor para los dos si continuamos dándole el pecho, ya que el pecho es mucho más que un alimento, es consuelo, cariño, contacto, amor, una experiencia única e irrepetible que puedes vivir aunque trabajes fuera de casa. Es tu derecho.

La vuelta al trabajo es una de las situaciones en la lactancia que requiere mayor apoyo e información; por ello la baja maternal constituye un buen momento para planificar estrategias y buscar ayudas. Sacarse leche, introducir alimentación complementaria, llevar al bebé al trabajo, reducción de jornada, permiso sin sueldo, horario flexible, ... Las opciones son muy variadas; dependerán de la situación económica, laboral y familiar, lo más importante es conocer todas las posibilidades y que la madre decida (ver cap.11).

¿Quién cuidará de mi hijo?

Ya que el bebé no va a poder estar con su madre una buena opción es permanecer con algún familiar, padre, abuelos, tíos, o un canguro de confianza. En este último caso es recomendable un periodo de adaptación de varios días o mejor semanas, en el que a ratos, el bebé permanezca con su madre y la persona que le cuidará, los tres juntos.

La lactancia materna es especialmente importante si tu hijo va asistir a una guardería, sobre todo antes del año, debido al alto riesgo de contagio de enfermedades.

¿Qué comerá mientras yo no esté?

Durante los primeros seis meses de vida los bebés sólo necesitan tomar leche materna. Si te tienes que incorporar al trabajo antes de que cumpla seis meses puedes extraerla en el trabajo cada día con sacaleches o de forma manual. Conviene practicar días antes de la incorpo-

ración laboral, con el fin de ganar destreza con la técnica de extracción y para ir haciendo una reserva de leche congelada. La persona que se quede a cargo del bebé puede darle la leche con una cuchara o vasito, evitando el uso de biberones, ya que la tetina podría ocasionar rechazo o confusión con el pecho (ver cap. 14).

Otros alimentos

Aunque lo ideal es no comenzar con los nuevos alimentos hasta que el bebé tenga seis meses, si no tienes leche extraída y tienes que trabajar, puedes ofrecerle arroz o patata a partir de los 4 meses, que causan muchas menos alergias que la leche artificial.

Mientras estás en el trabajo el cuidador puede darle al bebé la alimentación complementaria, y continuar tomando sólo pecho cuando regresas a casa y durante los fines de semana.

¿Y si no quiere comer?

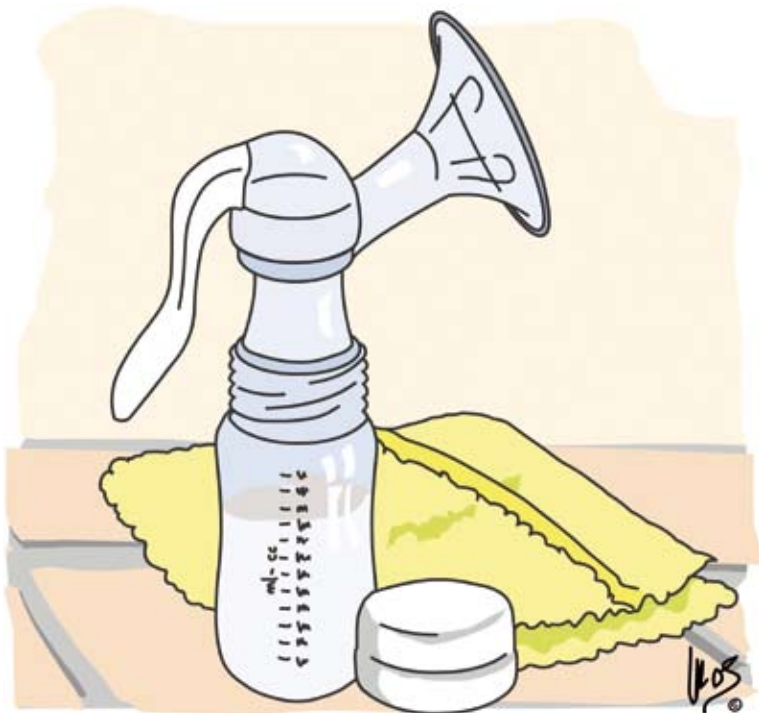
Los ensayos antes de volver a trabajar para acostumbrar al bebé a tomar papillas o leche con biberón no son recomendables, ya que no suelen dar resultado y el bebé se niega a comer. Disfrutad con la lactancia al máximo hasta el último día juntos, no tiene sentido suprimir tomas o darlas con biberón si estás en casa.

Normalmente, cuando la madre no está, muchos niños aceptan bien las papillas o la leche con otra persona. Otros prefieren esperar a su madre durmiendo, sin tomar prácticamente ningún alimento. Estos bebés suelen aprovechar para mamar más veces por la noche, para compensar la obligada separación de su madre durante el día.

16.

Extracción y conservación de la leche materna

Eduardo Castillo Castro, Mariola Torregrosa y Marta Gómez Carvajal



La extracción de leche materna puede ser útil si te tienes que incorporar al trabajo con un bebé de tan sólo dieciséis semanas, pero puede ser imprescindible para un bebé prematuro, enfermo o alejado de su madre por diversas circunstancias.

Para mantener todas las cualidades de la leche materna debes seguir unas normas durante la extracción, conservación, almacenaje y administración. La persona que va a cuidar al bebé en tu ausencia debe apoyarte en tu decisión de lactar y conocer estas reglas.

Durante la baja maternal es recomendable comenzar con la extracción y hacerte tu propio banco de leche. Durante las primeras semanas, es normal no sacar mucha cantidad; en cuanto vayas cogiendo más habilidad te resultará más fácil y pronto invertirás poco tiempo en realizar la extracción.

Procura amamantar al bebé antes de salir de casa, y ofrécele el pecho en cuanto vuelvas. Aprovecha tu tiempo libre para amamantar tan frecuentemente como podáis.

Si es necesario transportar la leche extraída, utiliza bolsa térmica o nevera portátil.

Conservación de la leche extraída

- A temperatura ambiente (T^a 19° a 22°C): 10-12 horas.
- Refrigerada (T^a 0° a 4°C): De 5 a 8 días.
- Congelador doméstico (****) (T^a -19°C): 6 meses o más.

En el frigorífico, guarda la leche en su interior, no en la puerta.

Uso del sacaleches de gatillo (manual)

- Coloca la copa sellando bien el pecho.
- Comienza realizando tracciones cortas y rápidas “llamada de la leche”. Cuando empiece a salir leche, puedes hacer aspiraciones más largas y uniformes. Evita el bombeo forzoso.

- Antes de cada extracción debes estimular la salida de la leche mediante la técnica “masajear, frotar y sacudir”. La estimulación y extracción constituyen un ciclo completo que debes hacer cuando vayas a sacarte leche de cada pecho. El proceso completo en los dos pechos durará alrededor de 20-30 minutos, y sería:

Estimulación de ambos pechos, extracción durante 5-7 minutos de cada pecho; estimulación de ambos pechos, extracción (3-5 minutos) de cada pecho; estimulación de ambos pechos; extracción (2-3 minutos) de cada pecho.

Normas de congelación

Lo ideal es congelar la leche justo después de la extracción, pero puedes refrigerarla y juntar leches de distintas extracciones durante las siguientes 24 horas.

Guarda la leche en recipientes de 50-100 cc de capacidad, preferentemente de plástico, identificando la fecha de extracción.

- No mezcles leche recién extraída con congelada.
- No volver a congelar una vez descongelada.
- No rompas la cadena de frío.

Normas de descongelación y utilización

Lo ideal es que descongeles la leche sacándola del congelador y metiéndola en la nevera con antelación. También puedes descongelarla al baño maría, en el microondas a temperatura baja, o dejándola a temperatura ambiente. Una vez descongelada debes utilizarla en las siguientes 24 horas. No la recalientes, desecha la leche que sobre o si ha entrado en contacto con la boca del bebé.

La leche almacenada presenta sedimentos; agítala para que se mezcle.

17.

Alimentación Complementaria: Cómo y cuándo

Esmeralda Moreno Sobrino

La OMS, la AEPED y UNICEF recomiendan amamantar de forma exclusiva hasta los seis primeros meses de vida, y junto con otros alimentos hasta los dos años o más.



Los

Llegado el momento de maduración adecuado, todos los niños se interesan por los alimentos sólidos. Observemos al niño, si está preparado, es posible que le falte poco para que pueda mantenerse sentado él solo. También habrá desaparecido el reflejo de extrusión, que hace que expulse los alimentos de la boca mediante movimientos de la lengua. Es probable que el niño nos pueda transmitir ya la sensación de que padece hambre y saciedad con sus gestos. Esperar a que el niño muestre interés por otros alimentos nos facilitará enormemente la tarea. No debemos obligar a comer a un niño, es conveniente respetar su nivel de saciedad. Si no lo hacemos, podemos tener una serie de problemas a posteriori, como rechazo de alimentos, vómitos, obesidad...

La Alimentación Complementaria (AC) debería iniciarse de forma responsable pero sin agobios: de forma sencilla, divertida, en el momento adecuado para cada bebé, de manera gradual, con comprensión y respetando sus gustos. Es recomendable evitar épocas de enfermedad, dentición o cambio de rutinas (cansancio, entrada en guardería, etc.).

Muchas veces, se indica la introducción temprana de otros alimentos haciendo hincapié en que el pequeño “gana poco peso con el pecho”. En ningún caso, la introducción de los alimentos debe ser anterior a los 4 meses (ni tan siquiera en el caso de que la madre trabaje fuera de casa). Las papillas, ni engordan más, ni alimentan mejor. Ningún alimento que pueda introducirse a esas edades engorda más que la leche materna, a excepción de los cereales, pero durante su primer año de vida, el alimento base debe ser la leche materna.

Mientras el bebé tome unas 4 ó 5 tomas de pecho al día, no es preciso ofrecerle otros alimentos lácteos como yogur, queso u otras leches en papillas o purés. Tampoco tiene sentido introducir papilla para que el niño duerma más, ni introducir otros alimentos antes de tiempo para que el niño se “acostumbre” antes de que su madre empiece a trabajar.

No te preocupes excesivamente por el aseo mientras el niño come o experimenta con un alimento nuevo. Dejar que el niño “experimente” comiendo primero con sus dedos, y luego con la cuchara, le concederá

autonomía a corto plazo. Es una buena idea que el niño coma en la mesa con todos, la comida también es un acto social y el niño puede ver y aprender mucho de sus mayores.

Como su propio nombre indica, la alimentación debe ser “complementaria” al pecho durante el primer año de vida, y no sustituta de él. Se aconseja dar siempre el pecho antes y después de ofrecer una toma de alimentación complementaria: de esta manera, se preserva la producción de leche. Además, se ha demostrado que al tomar un nuevo alimento habiendo ingerido con anterioridad leche materna, se disminuye de forma considerable la aparición de intolerancias alimenticias en el lactante. Sólo para aquellas personas que se hayan planteado un destete precoz, y decidan abandonar la lactancia antes del año, se les sugiere sustituir la toma de pecho por tomas de alimento.

El horario para las comidas puede ser flexible. Debe adaptarse a las necesidades del niño y de la familia. Por ejemplo, si la madre trabaja fuera de casa, pueden darle la AC al niño cuando ella no esté, sin esperar a la “merienda de la tarde”; de esta manera el resto del tiempo, la madre lo puede dedicar a ofrecer el pecho a demanda y en exclusiva, y de esta forma, mantener la producción de leche necesaria para su correcto desarrollo.

No conviene introducir zumos (producen caries). No es necesario dar agua a un bebé pequeño, salvo en situaciones especiales, ya que con el pecho a demanda ningún niño se deshidrata. Los bebés tampoco necesitan hierbas ni infusiones. Hay que tener cuidado con determinados productos, pues además de no beneficiar a nuestro hijo, pueden comprometer seriamente su salud.

Sería ideal no añadir ni sal, ni azúcar, ni miel, ni edulcorantes a los alimentos antes del año. Cuando se le añada sal a la comida, es aconsejable utilizarla yodada. Podemos enriquecer los purés de nuestros pequeños con algunas cucharaditas de aceite de oliva crudo, que potenciarán el sabor y le aportarán algo de energía extra.

Los cereales sin gluten son los primeros que se ofrecen a los niños. Los más usados en nuestra cocina son el arroz y el maíz. El arroz es el cereal considerado menos alergénico y, por lo tanto, utilizado como base para la preparación de muchas papillas infantiles. Otra sustancia muy alimenticia y carente de gluten es la tapioca. Un cereal sin gluten rico en hierro es la quínoa, que se prepara como el arroz común.

Se aconseja no dar alimentos con gluten (lo contienen el trigo, cebada, centeno o avena) hasta los 8 meses. Alimentos tan comunes como el pan y las galletas normales contienen esta sustancia, así como la pasta (fideos, macarrones...). Pero, si se tiene previsto destetar al niño sobre los 8 meses, es preferible introducir el gluten 2 meses antes, para que la leche materna realice una función protectora frente a posibles intolerancias.

¿Qué textura elegir?

No es necesario triturar siempre los alimentos. Cada niño elegirá la textura que vaya mejor a sus preferencias. Si seguimos su ritmo de aceptación de los alimentos podemos pasar directamente a los sólidos sin necesidad de triturados, evitando así el “segundo destete” que tanto incomoda a los padres (cuando los niños se niegan a dejar los purés para aceptar los “trozos”).

Si después de varios días de intentar administrar papillas al bebé, éste no traga bien, conviene revisar la consistencia y/o interrumpir la administración: puede que el bebé aún no está preparado para tomar alimentos sólidos.

¿Por qué alimento empezar?

Deben ofrecerse los nuevos alimentos de uno en uno con varios días de separación y empezando con pequeñas cantidades para poder detectar si no le sienta bien (estreñimiento, urticaria, diarrea, vómito,...).

No hay evidencias científicas para recomendar un alimento antes que otros. En principio, cada madre puede elegir el que ella prefiera. Se suele empezar por los cereales, frutas o verduras. Algunos expertos recomiendan introducir las carnes blancas (pollo, pavo y conejo) a partir de los seis meses para asegurar las reservas de hierro del bebé.

Una vez llegado al primer año de vida, y tras comprobar que dichos alimentos son bien tolerados por el lactante, podemos introducir el pescado blanco. Suele ser más fácil ofrecerle los mismos pescados que le gustan al resto de la familia y que la madre está acostumbrada a consumir. Y así seguiríamos introduciendo el resto de alimentos como las carnes rojas, el pescado azul, las legumbres, etc.

Es mejor no dar alimentos que puedan causar alergias antes del año. Hablamos de alimentos tales como la leche de vaca y derivados, huevos, pescado, soja, cacahuets y cualquier otro alimento que produzca alergia a algún miembro de la familia.

¿Cuántas veces al día se le ofrece alimentación complementaria al niño y cuándo?

La respuesta a esta importante pregunta la tiene la propia madre: se recomienda observar al niño y ofrecer los alimentos según su disposición. Lo ideal sería hacerlo de forma gradual, una vez al día al principio, en el momento más conveniente para la madre, después aumentar las tomas a dos,... No es necesario que coincidan con nuestras propias comidas al principio. Por ejemplo, no es preciso ofrecer los cereales siempre por la noche (no por ello va a dormir más), si la madre no lo ve apropiado para la rutina de su hogar.

Un ejemplo de patrón de tomas de alimentación complementaria

Es importante aclarar que hay varias opciones a la hora de iniciar la AC. Se puede optar por consumir alimentos que ya vienen procesados de fábrica, tales como los cereales hidrolizados (harinas industriales) o

los tarritos comerciales de comida tipo “purés”; o bien, se puede optar por cocinar nosotros mismos dichos alimentos. A veces, ambas formas de comida pueden llegar a coexistir en una misma dieta, adaptándose a las situaciones cambiantes de las familias.

En el caso de elegir los cereales industriales, podemos preparar los con cualquier líquido al alcance de nuestra mano y no sólo con leche artificial, por ejemplo: con caldo de verduras, zumos naturales, o simplemente agua.

Para las personas que opten por cocinar ellas mismas esos alimentos, después de darle el pecho, pueden ofrecerle al bebé 1 ó 2 cucharaditas de arroz hervido muy blando y chafado con tenedor y si quiere más, se le da más. Tras unos días de estar ofreciendo este alimento, y tras comprobar que lo tolera bien y que le gusta, se puede probar con otro alimento nuevo: plátano machacado, pera, o manzana; a los 4 ó 5 días, se le puede ofrecer patata hervida, o zanahoria hervida, etc. Así se irá observando si rechaza algún alimento. Si aparece una reacción alérgica más grave, como urticaria, se debería consultar con el pediatra.

Poco a poco, la cantidad de AC de la toma elegida irá siendo mayor. Llegará un punto en el que podremos mezclar varios alimentos, obteniendo entonces purés muy nutritivos y variados. Hay muchas combinaciones que “casan bien”: arroz con calabacín y pollo; arroz y manzana; patata y zanahoria; quínoa, calabacín, puerro y tomate.....Combinar una legumbre con un cereal nos dará una comida altamente nutritiva, rica en todos los aminoácidos (las unidades que forman las proteínas) que nuestro cuerpo necesita, y que se equipara a la carne.

18.

Lactancia materna, medicamentos y otras sustancias

José María Paricio Talavera

“Lo peor que le puede pasar a un hijo de madre fumadora, es que además no le dé pecho”.



Los beneficios de la lactancia materna para el lactante y la madre, su familia, el sistema sanitario y la sociedad en general están muy bien documentados en múltiples publicaciones. Suprimir la lactancia sin una causa justificada supone un riesgo innecesario para la salud.

Más del 90% de mujeres toma medicamentos durante el periodo de lactancia y es frecuente que dejen de dar el pecho por este motivo, aunque la gran mayoría de ellos son compatibles con la lactancia materna. Del mismo modo, apenas media docena de enfermedades maternas contraindican o hacen prácticamente imposible la lactancia.

La madre lactante debe tener siempre presente que lo que ella tome puede afectar a su bebé, por lo que durante la lactancia, más que en ningún otro momento, no debe tomar ningún medicamento sin consultar antes con un médico bien documentado.

Los profesionales sanitarios, con unos conocimientos básicos de Farmacología y Pediatría y la utilización de buenas guías, pueden asesorar adecuadamente a mujeres que lactan y que deben tomar remedios para algún padecimiento o por alguna enfermedad. En la práctica habitual, los profesionales no siempre tienen tiempo para consultar una buena guía de lactancia materna. En estos casos, puede ser útil consultar la página web www.e-lactancia.org del Hospital Marina Alta de Denia, avalada por el comité de lactancia materna de la AEPED. En esta página web se pueden consultar más de 1500 medicamentos y enfermedades maternas de un modo sencillo y rápido. Si tras consultar esta página persisten las dudas, puede remitir una consulta por correo electrónico. A continuación comentamos algunos de los fármacos y procedimientos más comunes:

El paracetamol o el ibuprofeno no causan ningún problema en la lactancia.

Si es necesario un antibiótico para la mejoría o curación de alguna enfermedad infecciosa, casi todos los habituales son compatibles con la lactancia.

Casi todas las hormonas, incluidos los corticoides, la insulina y la tiroxina son compatibles con la lactancia; sólo hay que evitar los estró-

genos, pues provocan disminución en la producción de leche. Si se han de usar anticonceptivos, los mejores son los mecánicos (preservativo, DIU), las píldoras con progestágenos y el método MELA (ver Cap. 18).

Prácticamente todos los medicamentos antitiroideos, antiepilépticos, antirreumáticos, fármacos para la enfermedad inflamatoria intestinal y varios inmunosupresores, en las dosis habituales, son compatibles con la lactancia.

Todos los procedimientos odontológicos, incluida la anestesia local, el blanqueo de dientes y la prescripción de antibióticos y antiinflamatorios, también son compatibles con la lactancia.

Las ecografías, las radiografías, los TAC y las Resonancias Nucleares Magnéticas (RNM) son compatibles con la lactancia, aunque sea con contrastes. La lactancia no debe suspenderse por una mamografía, pero puede dificultar su interpretación, en cuyo caso se puede recurrir a la ecografía. Antes de practicarla conviene vaciar bien el pecho para disminuir las molestias de la exploración y facilitar su interpretación. En cambio, hay que consultar cuidadosamente cuanto tiempo se debe dejar de amamantar si lo que se va a practicar es una prueba con isótopos radioactivos (gammagrafía); en este caso, es conveniente haber tomado la precaución de extraer leche previamente para disponer de una reserva necesaria en días posteriores.

Con frecuencia la población recurre a productos de fitoterapia (productos de herbolario), ricos en principios activos farmacológicamente, pensando que son inofensivos debido a su origen natural. Sin embargo, muchos son ricos en flavonoides, con actividad estrogénica, por lo que disminuyen la producción láctea. Otros, tomados durante periodos largos de tiempo o a dosis elevadas, pueden ser tóxicos para la madre o el bebé. Por tanto, recomendamos consultar en www.e-lactancia.org antes de tomar algún producto de fitoterapia.

Los productos de homeopatía, debido a que ésta se basa en el principio de dilución infinitesimal, tienen muy poca cantidad de principio activo, por lo que en general son compatibles con la lactancia. Hay que

tener precaución porque en ocasiones el excipiente del medicamento es alcohólico, por lo que aunque el principio activo sea compatible con la lactancia, habría que elegir otra presentación.

En cuanto a drogas legales o ilegales, podemos tener tendencia a contraindicar la lactancia en cualquier caso, sin tener en cuenta que lo peor que le puede pasar a un lactante cuya madre fuma es que además no le dé pecho; o estar tan desinformados para decir que no pasa nada porque la madre fume marihuana ocasionalmente.

Dosis muy altas de nicotina pueden disminuir la producción de leche. Los hijos de madre fumadora tienen más riesgo de sufrir algunas enfermedades, como infecciones respiratorias, asma o muerte súbita, y más si además son alimentados con leche artificial. Todas las mujeres embarazadas y lactantes deben ser alentadas y ayudadas a dejar de fumar, pero si no puede dejar el hábito, debería fumar lo menos posible, preferentemente fuera de casa, y no hacerlo nunca delante del bebé, pero sobre todo que siga dando pecho. Es conveniente que la madre (o el padre, en su caso) se cambiara de ropa después de haber estado en contacto con el humo del tabaco y se lavara las manos, ya que contiene más de 3800 compuestos tóxicos, además de la nicotina.

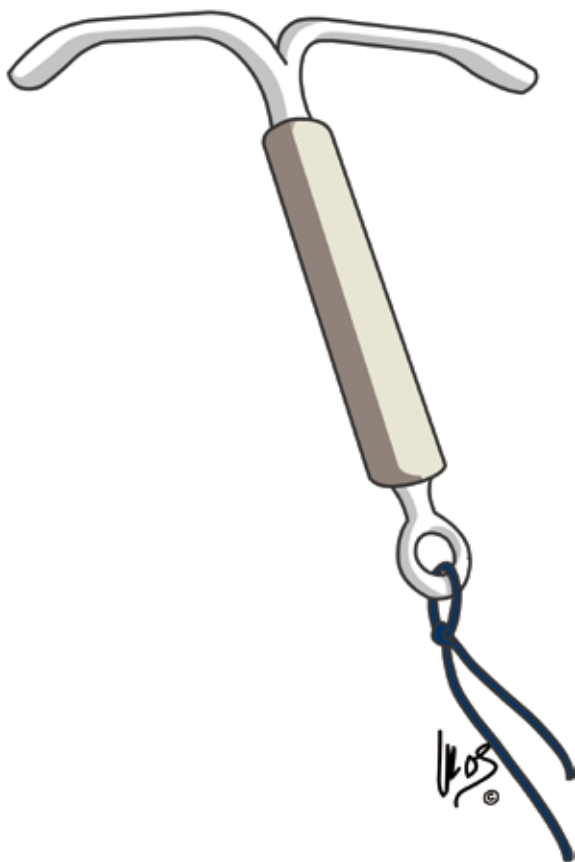
Es recomendable no consumir alcohol o de forma muy moderada y ocasional. El consumo crónico ocasiona sedación, retraso del crecimiento y retraso psicomotor en los lactantes. Más de 0,5 g de alcohol por kg de peso (200 c.c. vino, 1/3 cerveza, 60 c.c. licor) reducen la producción de leche y pueden sedar al bebé. No se debe dar pecho hasta 3 horas después de haber bebido y no se debe practicar colecho porque hay riesgo de sofocación del lactante.

Tanto el alcoholismo como el resto de drogas de abuso alteran el juicio y la conducta, interfiriendo con la capacidad materna de cuidados adecuados de sí misma y de su hijo, haciendo peligrar la vida y salud de ambos.

19.

Lactancia materna y anticoncepción

Ascensión Gómez López



Lactancia materna y anticoncepción

La lactancia materna es el método anticonceptivo más antiguo conocido, y es actualmente el mayormente utilizado a nivel mundial en el periodo postparto. Su efecto anticonceptivo viene condicionado por la succión del pezón por parte del recién nacido y los cambios hormonales que provoca en la madre esta estimulación. De ahí que, cuanto mayor sea la succión, mayor es el estímulo hormonal y por tanto, mejor efecto anticonceptivo.

Según la OMS casi todas las mujeres que no están lactando a los cuatro meses del parto ya han iniciado el ciclo menstrual. Sin embargo, las madres que continúan lactando pueden persistir en amenorrea durante un periodo superior a los dos años.

La utilización de un método anticonceptivo en una madre lactante es una decisión controvertida que depende de las circunstancias personales de la madre e incluso de la situación socioeconómica. Para la elección del método anticonceptivo idóneo durante la lactancia hay que prestar atención a sus riesgos y beneficios tanto para la madre como para el niño.

Método de la lactancia-amenorrea (MELA)

La primera menstruación tras la amenorrea postparto puede ir precedida o no de ovulación; es decir, hay riesgo de embarazo antes de la aparición de la primera regla, sobre todo si la lactancia previa no ha sido exclusiva demanda. El riesgo de ovulación premenstrual aumenta cuando ha pasado mucho tiempo desde el parto.

Para que el método de lactancia materna basado en la amenorrea sea efectivo (con una eficacia real superior al 98%) deben darse las siguientes condiciones:

1. Que hayan pasado menos de seis meses desde el parto.

2. Que el bebé reciba lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, sin alimentación complementaria, y a demanda tanto de día como de noche.
3. Que el bebé nunca haga pausas entre tomas superiores a 6 horas.

Métodos de barrera

Los métodos de barrera son, por su facilidad de utilización e inocuidad, de los que más suelen recomendarse durante el periodo puerperal y de lactancia. No tienen ningún efecto sobre la composición de la leche, ni afectan a la salud del niño o de la madre, a menos que aparezcan reacciones alérgicas.

Se deben utilizar espermicidas de forma complementaria junto con los métodos de barrera y no como método único. Aunque se ha comprobado la absorción de espermicidas químicos a través de la vagina, no se ha descrito efectos adversos en su uso tanto para la madre como para el niño.

Diafragma

Siempre debe de usarse asociado a cremas espermicidas. No se debe usar hasta seis semanas después del parto, después de una revisión puerperal.

La vagina sufre cambios atróficos después del parto, que pueden producir dolor y malestar al introducir el diafragma. Además, las dimensiones de la vagina pueden variar, por lo que habrá que elegir un diafragma adecuado.

La mayoría de fracasos se deben a errores en el uso del método, como inserción incorrecta, desplazamientos, ajuste inadecuado, roturas y olvidos al aplicar la crema espermicida o durante la extracción.

Preservativo masculino

Es un método anticonceptivo muy adecuado para el posparto y la lactancia. Siempre que sea posible, deben usarse preservativos que traigan asociados algún espermicida. Para conseguir la máxima eficacia se debe usar desde el inicio de la relación sexual.

Anticoncepción hormonal con gestágenos

La anticoncepción hormonal con gestágenos tiene un elevado margen de seguridad, sin efectos negativos sobre la lactancia y el bebé. La mujer que utiliza este método debe saber que la administración continuada de gestágenos produce una amenorrea mantenida (ausencia de regla) y a veces pequeñas metrorragias (sangrados) irregulares sin ninguna significación patológica.

Hay tres presentaciones (es necesaria una receta médica): mini-píldora oral, inyectable e implantes subdérmicos.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

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

La utilización de los DIU como anticonceptivo en el periodo puerperal tiene, además de los efectos secundarios habituales, una mayor tasa de expulsiones y mayor riesgo de perforaciones uterinas al insertarlos.

Los DIU pueden insertarse en el post-alumbramiento, en el postparto inmediato y en el puerperio, pero posiblemente el momento ideal sea a partir de la sexta semana postparto, puesto que las complicaciones son las mismas que en una mujer fuera de ese periodo.

El antecedente de cesárea no contraindica la inserción del DIU aunque en ese caso siempre será necesario esperar como mínimo hasta la sexta semana postparto.

Anticonceptivos orales combinados (píldora): contraindicados durante la lactancia

Es uno de los métodos anticonceptivos de uso más extendido en el mundo, con una gran eficacia anticonceptiva. En su composición se combinan estrógenos sintéticos y gestágenos.

Su uso durante el periodo puerperal y de la lactancia no es recomendable porque pasa al niño a través de la leche materna y puede producir efectos adversos en el lactante como ginecomastias, alteraciones hematológicas y esqueléticas. Además, su administración durante el postparto tiene un riesgo elevado de trombosis para la madre. Estos efectos disminuyen mucho con la utilización de preparados de nueva generación, que contienen dosis muy reducidas de estrógenos y gestágenos, sin embargo, durante la lactancia pueden disminuir la producción láctea, alterar la composición de la leche y disminuir la duración de la lactancia.

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

20.

¿Por qué llora mi bebé?

Esmeralda Moreno Sobrino



El recién nacido se comunica y se relaciona mediante el llanto. Mediante él expresa el hambre, el frío, el dolor y la incomodidad, la necesidad de compañía, de cariño...

No debe desatenderse el llanto en un niño pequeño, porque no llora para incomodar a sus padres, sino para transmitirles que algo no funciona como a él le gustaría.

Normalmente, si se atiende al niño de forma precoz, el llanto suele cesar de la misma forma que empieza, sin problemas; pero si ante la insistencia del pequeño, se sigue ignorando sus peticiones, este llanto pasa a ser persistente y excesivo.

- No dejar llorar al niño. Está demostrado que los niños que reciben una pronta atención a su llanto durante los primeros tres meses de vida lloran después mucho menos.
- Si el niño continúa llorando habría que buscar la causa de forma sistemática, por ejemplo:
 - El niño quiere que lo tomen en brazos: cogerlo. El abrazar y coger al niño en brazos es efectivo y en ningún caso perjudicial.
 - El niño tiene hambre: ofreceremos pecho.
 - El niño tiene el pañal sucio: asearemos al pequeño.
 - El niño quiere succionar, así que se puede ofrecer el pecho o el chupete, en el caso de que se use. No hay que preocuparse por la sobrealimentación si se alimenta al niño con lactancia materna (éste no la admitirá).
 - Asegúrese que no este sobre abrigado o con poco abrigo y que no tenga alguna prenda que lo esté lastimando (botón, calcetín que aprieta, cadenita, etc.)
 - En época de dentición, los niños están más nerviosos y molestos; requieren especial paciencia por parte de los padres.
 - Comprobar la temperatura del bebé para descartar que tiene fiebre.
 - El niño está aburrido y lo que quieren son estímulos y que lo distraigan.

- El niño está cansado y quiere que lo dejen tranquilo.
- Si el niño continúa llorando después de cinco minutos de búsqueda de la causa, sería interesante que otra persona intentara calmarlo.
- Si el llanto es inconsolable y los padres no encuentran la causa tendrán que continuar calmándolo sin perder la paciencia. Puede ser necesario que los padres hagan turnos para descansar e incluso buscar apoyo familiar para poder descansar.
- Revisar la postura, para asegurarse de que el bebé no traga aire durante las tomas. Si la postura es correcta, el niño puede no tener que expulsar gases, y si se insiste, puede empezar a llorar. No se recomienda suministrar al bebé ningún tipo de infusión (ver Cap. 17). El dejar llorar a los niños provoca que "traguen" más aire, con lo cual se muestran más molestos.
- Los ruidos y movimientos rítmicos suelen aliviar (pasear en automóvil, ponerlo al lado de la televisión, lavadora en funcionamiento, extractor de cocina...).
- Durante la crisis de llanto, mantenerlo en posición de sentado hacia delante y darle masajes en la barriga con suavidad. A veces, esto les ofrece un consuelo si el dolor que les produce el malestar es de origen cólico.
- Si la crisis de llanto es súbita, acompañada de palidez (el niño se pone blanco y suda) y aparece un decaimiento intenso se recomienda acudir inmediatamente a su médico, pues esto sugiere algún problema realmente grave (invaginación intestinal, etc.).

Algunos autores no reconocen la existencia del cólico del lactante y prefieren llamarlo inmadurez intestinal. Según la AEPED, el niño que padece cólico del lactante "es aquel niño, por demás saludable y bien alimentado, que tiene episodios de llanto incesante que duran un total de más de tres horas al día, que se presentan en más de tres días a la semana", sin que se encuentre causa. El niño se encoge de piernas, presenta enrojecimiento de la piel con el llanto. Las crisis suelen predominar por las tardes y por las noches, aunque cualquier otro horario

es válido. Suele comenzar a partir de las 2-4 semanas de vida y termina abruptamente sobre los 3 meses de vida. No se conoce ningún tratamiento farmacológico realmente efectivo para solucionar este cuadro, pero lo que sí se ha visto efectivo es coger al lactante en brazos, en posición tumbada, de tal forma que su vientre repose en el antebrazo del adulto. El balanceo también produce un efecto sedante, al igual que un masaje circular en el abdomen del niño.

Intolerancia a proteínas de leche de vaca y otros alimentos

Las proteínas de los lácteos que consume la madre pasan a su leche y, si el niño es intolerante, pueden causarle problemas.

Si el bebé llora de forma persistente hay que descartar este problema. Para ello, la madre debe eliminar de su dieta todos los productos que contengan proteínas de leche de vaca durante ocho o diez días (leche, yogur, salchichón, pan de molde, etc.). Si el llanto cesa o disminuye en frecuencia e intensidad la madre debe incorporar de nuevo, bruscamente, todos los productos con proteínas de leche de vaca, lo que hará aumentar el llanto de nuevo. Esto es una prueba de provocación y confirmaría el diagnóstico.

Si la supresión de los productos lácteos de la dieta no hace disminuir el llanto, habrá que buscar otra causa. Otros alimentos como la soja, los mariscos, los pescados azules, los frutos secos... también pueden ser responsables. Si algún miembro de la familia tiene intolerancias o alergias a algún alimento habría que descartarlo en primer lugar.

Efectos negativos del llanto prolongado:

1- Hace que una parte del cerebro (la amígdala), que tiene el control de las emociones, llegue a una situación de estrés extremo, haciendo que el individuo se encuentre en un estado de shock. En ese estado, la capacidad de comprensión está muy mermada y no hay posibilidad de que entienda lo que se le está diciendo. Así, el decirle a un bebé que

está llorando de forma insistente que le queremos y que volveremos enseguida, no sirve para nada.

2- Alteración de la parte del cerebro que se encarga del habla. Así, aunque quisiera, un niño no puede decir qué le pasa porque no puede hablar, además de que muchos todavía no saben hablar de forma fluida.

3- El estrés sobre un cerebro en desarrollo puede tener secuelas a largo plazo, como síndromes de hiperactividad.

4- Durante el llanto excesivo se genera una serie de hormonas debido al shock del abandono y del lloro, y precisamente esas hormonas muchas veces causan el vómito. O sea que, no es que el niño vomite “porque es muy listo” o “un manipulador” y “quiere llamar la atención” sino, porque su cuerpo genera una respuesta al maltrato en forma de cóctel de hormonas que le causan un vómito involuntario.

21.

El sueño infantil

Esther Martínez Bienvenido

*“Cuando duerme una madre junto al niño
duerme el niño dos veces;
cuando duermo soñando en tu cariño
mi eterno ensueño meces”.*

Miguel de Unamuno.



El sueño es un proceso evolutivo que el bebé va adquiriendo desde que nace hasta los primeros años de la infancia. En cada niño, el ritmo de adquisición del sueño adulto es diferente, igual que andar es un proceso evolutivo que se adquiere con la madurez motora.

En los primeros meses, las necesidades de los bebés son las más altas, y su capacidad de comunicación la más baja. Los bebés tienen estómagos pequeños, y la leche materna se digiere con rapidez. Si el estímulo del hambre no le despertara con facilidad, no sería bueno para su supervivencia. Su ritmo de sueño les permite también responder a cosas que afectan a su bienestar, como el frío o una obstrucción de la vía aérea. Es la forma en la que se autoprotege.

Los bebés nacen con apenas dos de las cinco fases de sueño que tenemos los adultos: una fase de sueño ligero y otra de sueño profundo. A lo largo de los meses, y compenetradas con las necesidades biológicas del bebé, van apareciendo las otras fases.

Tanto niños como adultos tenemos despertares nocturnos. La única diferencia es que nosotros ya dominamos la técnica de volver a dormirnos. Si el bebé no se despierta, pasará por la fase de sueño ligero para posteriormente entrar de nuevo en el sueño profundo sin que apenas nos demos cuenta.

Los ciclos de sueño de los adultos duran una media de 90 minutos. En cambio, en los niños son ciclos más cortos (50-60 minutos). El tiempo de pasar del sueño profundo al ligero es un periodo vulnerable del sueño, en el que muchos bebés se despiertan si alguna circunstancia les preocupa o incomoda. En determinados momentos de su maduración cerebral, podemos encontrar que estos periodos de sueño vulnerable se repiten incluso cada hora. Si cuando el bebé está en esta fase, vemos que se incomoda, tal vez si depositamos una mano en su espalda o le cantamos una nana suave, y si se siente acompañado, tal vez pase este periodo sin despertarse.

Según crecen los niños, las fases de sueño profundo se van alargando con lo que los periodos vulnerables para los despertares nocturnos

disminuyen y los bebés entran en el sueño profundo más rápidamente. Esto se llama maduración del sueño.

¿Por qué se despierta mi bebé?

Sobre los 6 meses, los bebés ya tienen establecidas casi todas las fases del sueño, pero aún les cuesta pasar de una fase a otra. Están ensayando y por eso hay tantos bebés que suelen incrementar los despertares de los 6 meses en adelante.

Entre los estímulos que pueden hacer difícil el paso entre las fases, encontramos estímulos dolorosos como catarrros o erupción de dientes o momentos importantes de su desarrollo, como el inicio de la AC y el comienzo del control para sentarse, gatear y el caminar. Todo esto influye en el sueño.

Después, entre el año y los dos años, cuando el bebé comienza a superar estos estímulos, comienzan otras causas, naturales y evolutivas, que vuelven a causar despertares, como la angustia de separación, los primeros pasos, el control de esfínteres y las pesadillas.

Si no intervenimos, cualquier niño sano adquirirá, un día u otro, el proceso y dormirá. El niño se hará mayor y dejará de necesitar la presencia continua de su madre. Así lo expresan distintos autores, expertos en la materia:

“¿No necesitará siempre la presencia o el acunamiento? No, pues lo único que el niño necesita es sentirse seguro en esta etapa”. (Rosa Jové)

“Si cuando su hijo llora usted le deja llorar, le está enseñando que sus necesidades no son realmente importantes, y que otras personas “más sabias y poderosas” que él pueden decidir mejor que él mismo lo que le conviene y lo que no. Se hace más dependiente, porque depende de los caprichos de los demás y no se cree lo suficientemente importante para merecer que le hagan caso”. (Carlos González)

Colecho

Se ha demostrado que el colecho favorece la adquisición del sueño correcto y facilita las tomas de lactancia materna nocturnas. Se intuye que la succión al pecho cansa y relaja más, aparte que la leche materna contiene L-triptófano, un aminoácido que ayuda a la conciliación del sueño.

Como colecho entendemos a la acción de dormir con nuestros hijos. Se pueden optar por distintas formas: en la misma cama, en una cama individual acoplada o en cuna sin barandilla adosada a la cama (cuna en sidecar).

Cuando el bebé es muy pequeño, la madre tiene una especial conexión con él, pero a veces, el padre suele tardar algunos meses en darse cuenta de su presencia, así que se recomienda que no se sitúe al bebé entre la madre y el padre sino entre la madre y el final de la cama.

Las investigaciones han mostrado que el colecho con un lactante promueve los vínculos, regula los patrones de sueño de la madre y su bebé, juega un papel importante al ayudar a la madre a ser más sensible a los requerimientos de su bebé, y les da a ambos más oportunidad de un buen descanso. El entorno generado por el colecho también ayuda a las madres a continuar el amamantamiento a libre demanda, un paso importante para mantener la producción de leche de la madre.

El Dr. James MacKenna, profesor de Antropología de la Universidad de Notre Dame y experto en el tema del colecho, demostró que los niños que dormían con sus padres tenían menos probabilidades de presentar el síndrome de muerte súbita del lactante y que, a través de la respiración de la madre, los niños aprendían antes a pasar de una fase a otra del sueño, ya que sincronizaban su respiración con la materna (hay fases del sueño que tienen una respiración diferente).

Con el colecho, los bebés reciben protección, afirmación emocional, “lecciones de como respirar”, calor y leche materna. Si el bebé tiene alguna dificultad, si vomita, o tiene frío, los padres están a su lado

para socorrerle. Si la temperatura corporal del bebé sube demasiado, la de la madre baja para compensarlo. La proximidad con su madre estimula la lactancia materna.

Los investigadores del sueño creen que los bebés duermen más “inteligentemente” que los adultos. La fase profunda de sueño es mucho menor, con lo que el riesgo de la muerte súbita (que se supone ocurre en esta fase) es más bajo. Además, el desarrollo neuronal ocurre en su máximo esplendor en la fase de sueño menos profunda, con lo que al practicar colecho, no sólo se le da más leche materna, que es ideal para su protección fisiológica, sino que se está potenciando su desarrollo mental.

Cómo practicar un colecho seguro

Según la Iniciativa de “*UNICEF UK Baby Friendly*” y la Fundación para el Estudio de la Muerte Súbita, recomiendan:

- Los bebés deben dormir en superficies firmes, limpias, sin almohada ni ningún muñeco que pueda asfixiarle. Los colchones de agua están contraindicados por ser poco firmes.
- Siempre debes poner a dormir al bebé sobre su espalda. Nunca boca abajo ni de lado.
- El colchón debe estar bien encajado dentro de la cuna o tocando a la pared sin ningún espacio donde el bebé pueda quedar atrapado y asfixiarse.
- Los bebés no deben dormir nunca en sillones o sofás y mucho menos en el regazo de algún adulto.
- Nunca debes cubrir la cabeza del bebé con nada que pueda dificultar su respiración.
- Evita abrigar demasiado al bebé y tener la habitación demasiado caliente.
- Si se comparte la cama con el bebé, ambos padres deben estar de acuerdo con esta decisión. Los dos deben ser igualmente responsa-

bles de la presencia del bebé y considerarse como el ser humano en cuyas manos está la vida del bebé.

- Ambos padres deben dejar de fumar. Incluso el fumar durante el embarazo incrementa el riesgo de muerte súbita. Si no os es posible dejar de fumar, evitar compartir la cama al menos durante las primeras 14 semanas de vida del bebé.
- Los bebés menores de un año no deberían compartir la cama con otros hermanos pequeños, porque no son suficientemente conscientes de su presencia cuando duermen. Aun así, una persona adulta puede hacerse cargo de ambos.
- Las personas que tomen drogas, pastillas para dormir o medicamentos, o estén extremadamente cansadas, pueden tener mermadas sus capacidades de reacción y responsabilidad de cuidar de un bebé en la cama familiar. Evita estas situaciones.
- Las madres que lleven el pelo largo deberían recogerse el pelo para evitar estrangulamientos fortuitos. También se deben evitar camisones o vestidos con lazos largos que puedan causar el mismo efecto. Los cordones de las cortinas o estores cercanos pueden ser igualmente peligrosos.
- Las personas muy obesas pueden no darse cuenta de la situación física de su bebé, con lo que es preferible que duerman en superficies separadas.
- Cuando el bebé ya se mueva por la cama, es conveniente poner barreras alrededor de su zona para evitar que caiga de la cama. El espacio entre la barrera y el colchón debe ser mínimo para que el bebé no quede atrapado y se asfixie.

22.

El destete

Esmeralda Moreno Sobrino



Muchos autores definen el destete como un abandono total de la lactancia materna de forma brusca, y algunas personas consideran que hay un vínculo patológico mamá-bebé cuando la lactancia materna se prolonga más allá del año de vida del bebé. Esto contrasta con las recomendaciones de organismos oficiales como la OMS, UNICEF y la AEPED, que abogan por mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé, y que el destete se produzca cuando la madre y el bebé así lo deseen, nunca antes de los dos años. Esta recomendación es válida para todos los países del mundo, y no solo en los países subdesarrollados.

En inglés, la palabra que se utiliza para referirse al destete es “weaning”, que significa “acostumbrar a algo diferente”. Esta palabra define un proceso de incorporación de nuevos alimentos, y no el cese total de la lactancia materna, y puede abarcar un largo período, que iría desde la primera papilla hasta la última tetada.

El 80% de las madres recibe consejos inadecuados de destete, no habiendo siempre consenso entre madre e hijo. Aunque el destete definitivo ha de ser una elección personal, en ocasiones las mujeres delegan en los profesionales sanitarios la responsabilidad de decidir por ellas el momento del cese de la lactancia.

Según la AEPED la duración media de la lactancia en los humanos hasta hace menos de cien años era de tres a cuatro años, similar a la de algunas sociedades actuales. Sin embargo, la publicidad de los sucedáneos de la leche materna ha hecho que cambien estos patrones. De este modo, actualmente la duración de la lactancia está fuertemente influenciada por parámetros culturales erróneos, asociándose en ocasiones a la aparición de dientes, el nacimiento de un hermano, la incorporación de la madre al trabajo, mastitis en la madre, la administración de un tratamiento médico, la realización de una prueba diagnóstica, el inicio del habla en el niño, etc.

El destete debería hacerse lentamente y de forma parcial. A veces, la madre se plantea un destete porque hay algunas situaciones donde no le apetece dar pecho: delante de la gente, a la hora de dormir,

en la calle, etc. Cuando un niño es grandecito, se puede hablar con él y consensuar unas normas. Probar siempre un pacto es mucho menos traumático y mucho más beneficioso que inclinarse directamente por un destete definitivo. A esta práctica se la conoce como destete parcial.

Muchas madres se interesan por el destete nocturno, pero esto no es recomendable porque estas tomas son fundamentales para el mantenimiento de la producción láctea. Además, las tomas nocturnas llevan implícita una fuerte carga emocional, que hace estos momentos muy importantes para la relación madre-hijo. Antes de destetar, sería interesante que los padres leyera algún libro orientativo, como puede ser “Dormir sin lágrimas” de Rosa Jové o, en su defecto, “Felices sueños” de Elizabeth Pantley, libros que dan información práctica y ofrecen estrategias respetuosas.

Podemos diferenciar entre dos tipos de destete: el destete natural (es el niño el que decide que deja de mamar) y el destete inducido, a iniciativa de la madre.

Destete natural

Cuando el destete se hace por iniciativa del hijo, es éste el que va a marcar el ritmo. Hay algunos niños que dejan el pecho de forma radical, sin mediar pacto y sin que coincida con ninguna cosa en particular. Otros van dejando de tomar poco a poco, se saltan tomas y piden otras cosas en su lugar, generalmente afecto. A veces, esta disminución no se hace de forma uniforme, sino que hay días en los que piden más, para volver a pedir menos pasados unos días.

Este tipo de destete puede causar tristeza, sentimientos de culpa y frustración en la madre, que no desea que este momento llegue aún. Algunos profesionales asemejan estos momentos a una situación de pérdida real, llamado proceso de duelo, y que ha de superarse poco a poco. Es importante compartir estos sentimientos con otras madres que hayan pasado el trance, pues nos ayudará a superar el proceso.

Si la madre se queda de nuevo embarazada puede disminuir el interés del niño por el pecho, quizás debido a un cambio de sabor de la leche y una disminución de producción. La madre embarazada debe saber que puede continuar amamantando a su hijo a pesar del nuevo embarazo, aunque haya un rechazo inicial (ver Cap. 10).

Destete inducido

Si la madre quiere iniciar el destete es mejor intentar planearlo y hacerlo paulatinamente. El pecho es mucho más que alimento y hay que comprender que el niño va a necesitar doble ración de atención, mimos y cariños. No es recomendable iniciar el destete en un momento de grandes cambios en la vida del niño, tales como el inicio del colegio, enfermedades, incorporación al trabajo...

Estrategias de destete

No ofrecer, no rechazar. No garantiza el tiempo que pueda prolongarse el destete. Es el menos doloroso para el niño.

Distracción. Se trata de identificar los momentos, lugares y circunstancias en los que el niño suele pedir el pecho y anticipar alternativas al amamantamiento, para que el niño dirija su atención hacia algo nuevo y atractivo en vez de hacia la pérdida de algo entrañable como mamar.

Sustitución. Se ofrece comida o bebida al niño para evitar que pida el pecho por hambre. No se trata de sobornarlo con golosinas para que deje el pecho. Sólo funcionará cuando el niño tenga hambre. Hay que tener en cuenta que los niños también maman por afecto hacia su madre, para sentir su cercanía, por consuelo si están cansados, frustrados o con miedo.

Aplazamiento. Con un niño que ya nos entiende se puede negociar el demorar una toma. El niño debe ser lo bastante maduro para aceptar la espera. Se le puede ofrecer algo que le mantenga contento mientras tanto.

Los sentimientos que tiene la madre acerca del destete son importantes, es necesario que se muestre cariñosa, atenta y animada con su hijo mientras dure el proceso. Si se sintiera culpable podría estar poco cariñosa con su hijo, con lo que el pequeño es posible que se volviera ansioso y que exigiera el pecho con mayor frecuencia.

El destete por abandono, es decir, que la madre se separe del niño por unos días, no es recomendable, ya que el niño no solo se ve privado bruscamente de la leche de su madre, sino también de su presencia, que es vital para su salud afectiva y emocional. El destete, al igual que la lactancia y cualquier punto importante en la crianza de un hijo, debería recordarse como algo que se hizo de forma agradable y dejando recuerdos gratos para ambos. Este cambio, tan importante para ambos, deberían afrontarlo juntos, no cada uno por su lado y llorando su pérdida.

Uno de los beneficios de un destete paulatino y programado es que la madre puede ser flexible e ir adaptándose a las circunstancias según surjan. Si un bebé se enfada de forma exagerada o llora e insiste en tomar el pecho a pesar de los intentos de distracción, es posible que el destete vaya muy rápido para él. Otros síntomas que pueden hacer plantear el aplazar un destete son los despertares nocturnos exagerados, un excesivo apego a la madre, temor desproporcionado a la separación, etc. Todos estos síntomas pueden deberse al destete o no, y si la madre se siente preocupada puede aplazar el destete para ver si desaparecen.

Si el destete se hace gradualmente, el pecho va volviendo poco a poco a su situación inicial de reposo, dejando de producir leche. Si es brusco, se pueden presentar afecciones como ingurgitaciones, obstrucciones o mastitis, por lo que la madre debe prestar especial cuidado a su pecho para buscar cualquier signo anormal, como dolor, rojez o calor (ver Cap. 9). Estos síntomas pueden ser una señal de que el destete es demasiado rápido, quizás tanto la madre como el niño necesitan un poco más de tiempo.

No tiene sentido ofrecer biberones a los niños que saben beber en vasos de aprendizaje o en vasos normales porque vayamos a destetarlos, pues estamos introduciendo un objeto que tendrá que abandonar nuevamente tarde o temprano, con el consiguiente gasto emocional que implica.

23.

Bibliografía y lecturas recomendadas



Bibliografía y lecturas recomendadas

¿Por qué debería amamantar a mi bebé?. P. K. Wiggins. L.A. Publishing Co.

Bésame mucho. C. González. Ediciones Temas de Hoy.

Dar el pecho es lo mejor. G. Zeiss. Editorial Tikal.

Dormir sin lágrimas. R. Jové. La esfera de los libros, 2006.

El arte femenino de amamantar. La Liga de la Leche Internacional.

El gran libro de la lactancia. Wendkos y Old. Editorial Medici.

La maternidad y el encuentro con la propia sombra. L. Gutman. Integral, 2006.

Lactancia materna, guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la A.E.P. nº 5.

Lactancia materna. Libro de respuestas. La liga de la Leche Internacional.

Lactancia materna. Manual para profesionales. Royal Collage of Midwives. Editado por la Comisión de la comunidades Europeas.

Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. R. Lawrence. Elsevier, 2007.

Mi niño no me come. C. González. Ediciones Temas de hoy, 2003.

Nuestros hijos y nosotros. F.M. Small. Crianza Natural, 2006.

Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, 2003.

Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. L. Gutman. Integral, 2006.

Un regalo para toda la vida. C. González. Ediciones Temas de Hoy.

24.

Webs de interés



Webs de interés

www.lactando.org

www.fedalma.org

aeped.es/lactanciamaterna

www.babyfriendly.org.uk/pdfs/sharingbedleaflet.pdf

www.aap.org

www.lacmat.org.ar

www.e-lactancia.org

www.waba.org.my

www.quenoosseparen.info

www.laligadelaleche.es

www.terra.es/personal7/eulalia1/tandem.htm

www.partosmultiples.net

amagintzalactancia.iespana.es/8-PREMATUROS.htm

www.dardemamar.com

www.amamantarasturias.org

www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdf



Nuestras oficinas en Murcia:

 Paseo de Florencia 17.

 968 259 672

 Av Juan Carlos I, S.N.

 968 258 189

 Plano San Francisco 2, esq. pasaje Zababuru.

 968 223 155

En la Provincia de Murcia estamos en:

 Cartagena, CL Angel Bruna 15.

 968 124 081

 Molina de Segura, CL Estación 33.

 968 643 022

 San Javier, CR La Unión Cartagena 7.

 968 193 137