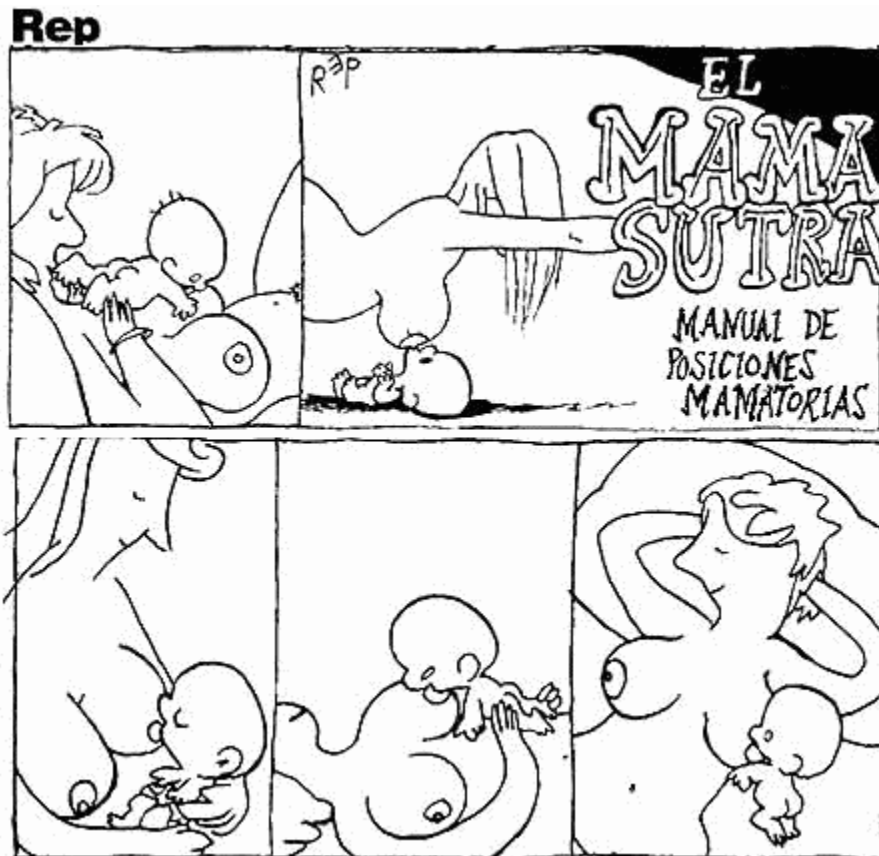


Clínica de Lactancia.



Alejandra M. Mercado. Médica de familia.
Abril 2003/ Actualizado 2018.



SEMINARIO INTERDISCIPLINARIO CLÍNICA LACTANCIA MATERNA. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

❖ Clínica de Lactancia.

❖ Generalidades:

La actividad denominada Clínica de Lactancia o Grupos de Apoyo a la Lactancia constituye uno de los "Diez pasos para una lactancia materna exitosa" y es fundamental en la Atención Primaria de Salud, ya que brindando apoyo y soluciones concretas ante situaciones problema que frecuentemente aparecen, se puede evitar el destete precoz. Actualmente debido a la importancia de la lactancia materna en la salud pública, la OMS y UNICEF recomiendan considerar a la consulta por problemas de lactancia como una *urgencia*.

A pesar de que lo ideal es que esta actividad sea grupal y multidisciplinaria, se puede y se debe realizar en la guardia externa, en un consultorio médico, en el hogar de una madre, en un centro de salud, en el hospital u otro sitio donde se debe propiciar un entorno favorable. El objetivo de la actividad es ofrecer ayuda práctica ante situaciones especiales al binomio madre-hijx y a la familia en relación al amamantamiento.

Además de/la médicx de atención primaria (médicxs generales, pediatras) la actividad de consejería en lactancia, puede ser realizada, previa capacitación, por enfermerxs, agentes sanitarios, psicólogxs, asistentes sociales, madres de la comunidad interesadas en el tema.

La secuencia lógica que se plantea a seguir es la siguiente:

- ❖ Establecer una buena relación con la madre y los familiares que la acompañen.
- ❖ Realizar un examen físico completo del bebé.
- ❖ Sugerir a la madre que dé el pecho a su bebé para así observar el acto de amamantar.
- ❖ Pedir permiso para explorar las mamas de la madre.
- ❖ Escuchar atentamente las dudas y preocupaciones. Acepte lo que la madre piensa y siente.
- ❖ Ofrecer solución práctica y pertinente a los problemas que presenta la mamá.
- ❖ **Recuerde primero Elogiar lo que la madre está haciendo bien, luego Informar, Sugerir y Ofrecer apoyo.**

Es necesario establecer una comunicación óptima con la madre y acompañantes. Al realizar el examen físico de/la niñx es necesario, si está demasiado arropadx, quitarle la ropa y pañales, pues las altas temperaturas (por encima de 36 grados)

inhiben el reflejo de succión. Además debe explicársele a la madre, el reflejo de succión, para que no sea interpretado como sinónimo de hambre.

Si existen posibilidades o la situación lo amerita, debe pesarse al niño. Si el niño ha bajado de peso, por estar en la primera semana y o la madre está ansiosa, tiene grietas u otra situación que considere usted, esté interfiriendo en la lactancia, cite a la madre con su niño y a los familiares a la consulta, siempre que sea posible. Al comprobar el aumento de peso o la solución de los problemas, la lactancia se continuará de forma satisfactoria. Muestre siempre que sea posible al padre y abuelxs, que la madre tiene suficiente leche, realizando expresión de las mamas. Cuando los familiares observan que la leche fluye de forma abundante de sus pechos, puede servir de apoyo importante.

Observe el acto de amamantar. Al observar la posición de amamantamiento, haga énfasis en corregir la posición y colocarle al niño en forma correcta, nunca como crítica, siempre de manera positiva. Después solicite a la madre que coloque al niño ella sola o con ayuda de uno de los familiares, que después la apoyarán en la casa. Haga énfasis en el agarre de/la niñx, poniendo atención, en especial a si gran parte de la areola queda dentro de la boca del niño y si el mentón hace contacto con la mama en su parte inferior (ver figura 1).

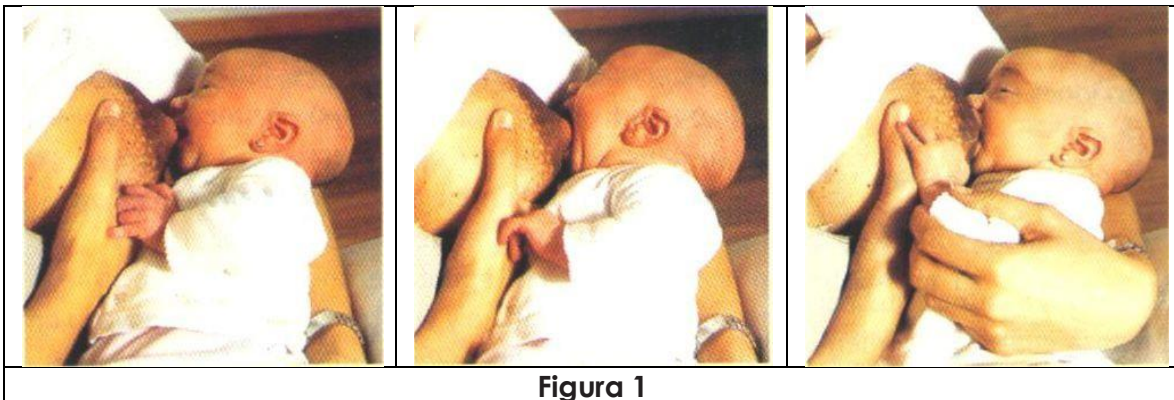


Figura 1

Explique a la madre la importancia de que el/la niñx “tome un buen bocado” de la mama (sobe todo la parte inferior).

Explique la frecuencia de las mamadas en estos primeros días, como factor de importancia para que aumente su producción de leche, insista en que debe despertar al/la niñx cada dos horas los primeros días, si antes él o ella no se ha despertado, esto facilita que se incremente su producción de leche y que los pechos no se congestionen demasiado. Solicite al padre o a la abuela que se sienten junto a la madre, y estimule a la misma a seguir alimentando a su hijo.

Explique con detenimiento, que el llanto no es siempre sinónimo de hambre. Recuérdele los horarios que con más frecuencia lloran lxs niñxs, para que la familia esté preparada para enfrentar el llanto y darle solución.

A continuación veremos el diagnóstico, clínica, prevención y tratamiento de los problemas de lactancia más comunes en la consulta de atención primaria.

❖ Ingurgitación mamaria:

“Hoy visité a mi amiga Pamela que anoche tuvo su primera hija Josefina, una beba muy linda, muy chiquita y parece ser que muy dormilona por lo que no pude verla despierta en todo el tiempo en que me quede (que no fue poco). Pamela, que siempre fue una tabla, tiene de pronto unas tetas enormes, brillantes, muy rojas como si fueran a reventar, parece como que no tuviera pezón y por su cara calculo que le duelen. Después de semejante panorama creo que cuando sea mi turno ni loca voy a amamantar”¹

Clínica:

Cuando la leche baja por primera vez, hay una mayor circulación de sangre en las mamas, haciendo que los pechos se sientan calientes, llenos y pesados. Esto ocasiona una sensación dolorosa de la madre durante la bajada de la leche. Las mamas están tensas, duras, dolorosas y brillantes. Puede haber fiebre. Es posible que el bebé no esté succionando bien o no esté mamando con frecuencia. Pero la congestión de mama puede presentarse igualmente sin estas razones, a los tres o cuatro días del nacimiento, y luego desaparecer en un par de días. Es más frecuente en primerizas y disminuye en las multíparas, donde la bajada de la leche se produce antes.



Prevención:

¹ Algunos casos clínicos del Curso a distancia de Lactancia Materna de Lacmat.

Es importante iniciar la lactancia apenas sea posible después del parto (no separar a la madre del bebé), preferentemente en la primera hora. Es fundamental dejar de colocar sueros a las parturientas como rutina, no es necesario y ocasiona más ingurgitación y edemas.

También es recomendable que el bebé duerma en la misma habitación que la madre para favorecer mamadas frecuentes; en caso que la producción sea superior a lo que el bebé necesita, sacarse leche antes y después de amamantarlo.

Tratamiento:

Cuando las mamas están congestionadas es conveniente hacerse compresas de agua fría, entre las comidas, para aliviar el dolor y si la areola está dura, ponerse paños de agua tibia antes de dar de mamar, para ablandarla.

Para suavizar la areola y ayudar a que el niño se prenda más fácilmente, es bueno sacar leche de los pechos antes de amamantar. Si con el amamantamiento no se reduce la congestión, se puede extraer leche entre las comidas.

Observar técnica y corregir. Hacer masajes circulares para favorecer el vaciamiento de los pechos. Indicar una mayor frecuencia de mamadas, realizar extracción con bomba extractora, sacaleches o manual. También es muy útil la compresión retrógrada para aliviar rápidamente la congestión y permitir la salida de la leche (ver imagen). Se deben indicar Analgésicos – antitérmicos comunes a dosis habituales.

Extracción manual de leche

La madre debe primero lavarse las manos, luego tomar su pecho con una mano en forma de "C", pero esta vez colocando las yemas del dedo pulgar (sobre la aréola) y los dos primeros dedos (debajo de la aréola) aproximadamente en el borde de la aréola, en horas 6 y 12 del reloj. Observe que los dedos queden por debajo de los senos lactíferos.

Con los dedos en esta posición, empujar hacia adentro (hacia la pared torácica), luego deslizar el pulgar y los otros dedos hacia delante al mismo tiempo. Este movimiento comprime y vacía los depósitos de leche sin dañar el tejido del seno. Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos.



Mover los dedos en otros sentidos (por ejemplo, horas 4 y 10) para sacar leche de otros sectores. Se pueden utilizar las dos manos para cada seno.

Evitar estos movimientos:

1. Presionar el seno.
2. Tirar del pezón.
3. Frotar los dedos sobre la piel del seno.

Compresión retrógrada



Si tiene uñas cortas se hace en un tiempo con seis dedos



Si tiene uñas largas se hace en dos tiempos: con los pulgares



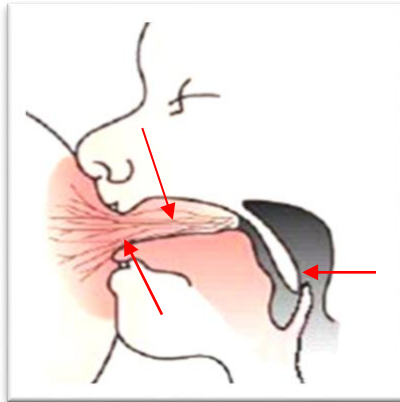
Con los índices

❖ Confusión de pezón.

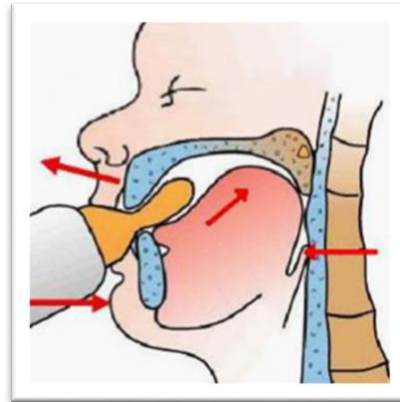
"Luisina tiene seis días, usa chupete por insistencia de su abuela Rosa que le compró ese tan lindo con los dibujitos de Disney. Su mamá Elena, mamá primeriza, por consejo de su suegra, con quien tiene la dicha de compartir la vivienda, le da por las dudas una mamaderita por si su leche es aguada como fue la de ella. Elena muy atenta a Luisina, nota que desde hace unos días no se quiere prender al pecho y cuando logra hacerlo parece no querer succionar como lo hacía naturalmente cuando nació".

Clínica:

Cambio de patrón normal de succión por el empleo de tetinas y chupetes. Después de succionar un chupete artificial preformado es posible que el niño tenga dificultades para comprimir el pecho y mamar. Al tomar biberón el bebé no tiene necesidad de comprimir-succionar con su lengua, ya que bebe por simple flujo de gravedad o solo por succión, dependiendo del orificio de la tetina, por lo que luego tampoco puede extraer la leche del pecho, ya que pierde el complejo reflejo de succión deglución. El niño pega la lengua a la tetina tratando de regular el flujo de la leche (lo que posteriormente trae deglución atípica y problemas de ortodoncia). Los bebés se frustran rápidamente al no extraer la leche, lloran, se ponen nerviosos y ponen nerviosas a sus mamás y terminan rechazando el pecho. Es entonces cuando su madre piensa que ya no tiene leche y substituye más mamadas por biberones, con lo que su producción de prolactina disminuye, llevando a un inevitable destete.



Succión al pecho



Succión con biberón

Prevención:

Evitar el uso de biberones o chupetes.

Tratamiento:

Suspender el uso de chupetes o biberones. Masajear la boca del niño con el dedo índice, haciendo presión sobre la lengua, hasta que la lengua del niño envuelva al dedo y sobrepase la encía inferior.

Evaluar técnica de lactancia.

A veces es necesario dar complemento (lo ideal con leche extraída de la madre) con vaso o cucharita por unos días hasta que se recupera el reflejo de succión deglución. En casos más severos puede ser necesaria la relactación.

❖ Pezón doloroso.

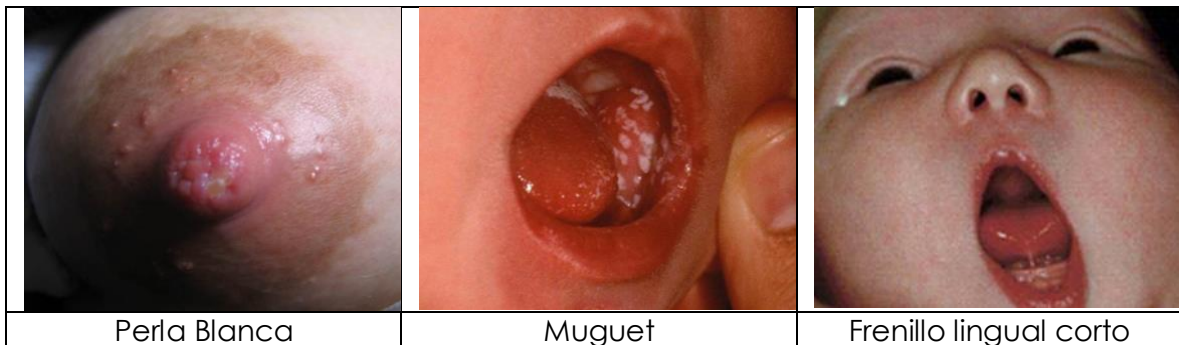
“La mujer de Héctor tuvo un varón. Ella se leyó todo durante el embarazo para estar lista para lo que pudiera ocurrirle. Tuvo un parto bárbaro aunque no le dieron enseguida al bebé como ella hubiese querido y la leche le bajó recién como al tercer día. Ahora ya está en su casa y dice que el bebé está mucho tiempo prendido a la teta y cada vez que lo prende los pezones le duelen más y más y los nota enrojecidos”.

Clínica:

Generalmente los pezones se ponen más sensibles después del parto. El amamantamiento no debería provocar dolor, pero ocurre con frecuencia debido a mala técnica o constitución individual.

Puede haber dolor al comienzo de la mamada o durante toda la mamada.

Las causas más frecuentes son la mala posición del bebé al mamar, inicio de la mamada con conductos vacíos (dolor al comienzo, pezón rosado) o candidas (ver si el bebé tiene muguet) en este caso el dolor es muy intenso y durante toda la mamada, a pesar de esto el aspecto del pezón puede ser normal. Puede presentarse luego de un tratamiento con antibióticos y siempre hay sobreinfección bacteriana. También puede deberse a un fenómeno de Raynaud de Pezón, producido por vasoespasmos ante el frío, se soluciona con calor local. Hay otro cuadro que produce dolor que es bastante frecuente, son las llamadas "perlas blancas", son obstrucciones por invaginaciones de los conductos que ocultan su propia luz ocasionando dolor exquisito localizado en ese punto blanquecino, se soluciona fácilmente punzando con aguja estéril. También el dolor puede ser ocasionado cuando el bebé tiene un frenillo lingual muy corto. Si este es el causante del dolor, se puede cortar con tijera roma en consultorio odontológico o pediátrico.



Prevención:

Colocar al niño en la posición adecuada. No es aconsejable utilizar protectores mamarios impermeables ni sustancias aceitosas. Dejar secar el pecho luego de mamar (es muy útil un secador de cabello). Variar las posiciones para dar de mamar. Evitar el vacío al retirar el niño del pecho.

Tratamiento:

A lo largo de la lactancia, es importante: aplicar unas gotitas de leche en los pezones, después de las comidas; aplicar un paño tibio y húmedo al pecho antes de dar de mamar para facilitar la bajada de leche; iniciar cada comida del pecho menos afectado; no interrumpir el amamantamiento ni limitar la frecuencia o duración de las tomas; igual que para las grietas, exponer los pechos al aire y al sol para fortificar la piel y ayudar a sanar los pezones.





Indicar a la madre que antes se extraiga algo de leche.

Dolor toda la mamada: posicionar correctamente al niño, variar las posiciones y evitar el vacío. Si hay candidias: Nistatina (solución) hasta los 6 meses: medio gotero cada 6 horas durante 15 días. Más de 6 meses: un gotero.

Se puede usar una crema que contenga Clotrimazol o Micomazol más Gentamina o Mupirocina en el pezón, pero hay que retirarlo antes de dar de mamar. Si el cuadro persiste, indicar Fluconazol 200 mg por semana por 4 semanas más un antibiótico como Cefadroxilo a dosis habituales.

❖ Grietas del pezón.

“Victoria es hija de polacos, tiene la piel blanquísima y es muy sensible al sol. Desde hace diez días, es la flamante mamá de Bianca a la que la pone a la teta cada vez que lo pide, a libre demanda como le enseñaron en el curso de parto, pero últimamente siente los pezones muy irritados y esto le ocasiona mucho dolor, sobre todo en uno de ellos en el que parece tener como una lastimadura, ¿será que esto le ocurre por la tez tan delicada que heredó de sus padres, por tener pezones muy chiquitos ó porque la herida de la cesárea todavía le impide acercarse con firmeza a la beba cuando mama?”

Clínica:

Se pueden presentar si no se trata adecuadamente un pezón doloroso y por no utilizar las técnicas de amamantamiento óptimas. Las grietas son soluciones de continuidad o fisuras ubicadas en la punta o base del pezón.

Pueden sangrar ocasionando vómitos sanguinolentos en el bebé o heces con sangre digerida.



Prevención:

No hay evidencia que haya demostrado que los masajes o maniobras para preparar los pezones durante el embarazo ofrezcan alguna ventaja, por lo que no son recomendables como rutina, pero si para que la embarazada se familiarice con sus pechos, se puede humectar la piel con cremas con vitamina A ó con lanolina (no en personas con alergia a la lana). Si usa corpiño debe ser de algodón, sin aro, del tamaño apropiado (ni apretado ni grande). El pecho debe estar ventilado, exponerlos al aire y al sol.



Tradicional o panza con panza: La cabeza queda en el ángulo del codo, la mano sujeta la colita del bebé, el brazo siempre con apoyo.



A caballito: Para problemas de agarre (prematuros, Síndrome de Down) Ideal para Paladar hendido.



Rugby o panza con costillas: Ideal para gemelos y post cesárea, permite aliviar pezones dolorosos y vaciar otros sectores de la mama.



Acostada: Para descansar siempre que se pueda, en especial luego de cesáreas.

Figura 3

En las primeras comidas es conveniente que la madre use las diferentes posiciones para amamantar (figura 3), sobre todo si ve que el pezón se pone rosado y siente ardor. Es fundamental la toma correcta en cada mamada (figura 1).

Al darle de mamar siempre comenzar por el pecho que está más lleno (habitualmente el que se dio en último lugar), es ideal dejar que el bebé termine el primer pecho, para tomar la leche más cremosa, pero si es necesario retirarlo, debe colocar el dedo meñique en la boca del bebé bajando la encía inferior para liberar de la succión al pezón. Nunca tironear.

La madre no debe lavarse los pechos antes ni después de amamantar, porque así retira los aceites protectores del pezón y favorece la aparición de grietas. Debe siempre lavarse las manos antes de alimentar al niño.

Tratamiento:

Ablandar la costra con agua tibia o con unas gotas de leche antes de cada mamada; después, volver a aplicar leche o crema de caléndula. No debe ponerse cremas o aceites incomedibles en los pezones. Si arden o duelen debe colocarse una gota de la propia leche y dejar secar al aire en un ambiente cálido. No se debe indicar la pezonera plástica con tetina, esto presenta el peligro de confundir la succión, reduce la cantidad de leche transferida y hay riesgos para el bebé por la posibilidad de contaminación. Si se pueden usar por corto tiempo las pezoneras de siliconas. Iniciar la mamada por el pecho que menos duele, aplicar paños tibios



previamente para favorecer la bajada de la leche y dar el pecho más seguido para evitar un bebé muy hambriento que lastime aún más los pezones. Dejar los pechos ventilados, al aire y al sol. No es conveniente colocar hielo sobre el pezón, ya que tanto el frío como el dolor interfieren con el reflejo de eyección, pero puede utilizarse inmediatamente antes de mamar y por poco tiempo para anestésicar la zona. Variar posición para amamantar: Grieta en punta del pezón: labios paralelos a la grieta. Grieta en la base: mentón del lado opuesto.

Si las grietas son graves (pueden verse como scalps, o el pezón lucir como "desprendido") o en casos de madres con baja tolerancia al dolor, se pueden usar corticoides tópicos (Betametasona crema) por dos días. Entre lo que se absorbe y lo que queda en la ropa, el bebé sólo toma una cantidad insignificante. Para el dolor, también están indicados los analgésicos comunes.

❖ Pseudo-constipación

"Florencia le consulta porque su bebé Ailín, de un mes y medio, (que viene aumentando muy bien de peso solo con pecho), hace cuatro días que no "va de cuerpo", y esta muy preocupada porque ella antes hacía caca cada vez que tomaba el pecho. Ella le comenta "tengo miedo que haya heredado mi constipación que tanto me molesta". Al examen Ailín se encuentra saludable"

Clínica:

Es muy frecuente que los lactantes puedan pasar días sin hacer caca sin que haya ningún problema. Esto suele ocurrir especialmente a partir de las 2-4 primeras semanas de vida y no es raro que preocupe a los padres, aunque es muy normal. Hay dos procesos en el desarrollo del niño que lo explican. A veces lo que vemos es una mezcla de ambos. Pero es útil entenderlos para poder distinguirlos y saber si merece la pena hacer algo o no.

1-Causa Pseudo-constipación: Intestino eficiente y alimento perfecto.

Cuando un niño nace, su intestino debe pasar de no trabajar a hacerlo de forma constante. Eso significa que al principio tiene que adaptarse. Al principio el reflejo gastro-cólico: en cuanto llega comida nueva al estómago, se envían órdenes al intestino para que este se vacíe y haga sitio al nuevo alimento. El resultado es que hacen caca grumosa, semilíquida, con olor ácido, casi con cada toma. Y no es diarrea. Es lo normal. Pero poco a poco el intestino va mejorando su capacidad de digerir alimentos y si lo que está tomando, es leche materna, no deja casi residuos. Por lo que en algunos casos pueden llegar a absorber casi la totalidad de lo que come. ¿Qué queda entonces para expulsar en las heces? Pues muy poco. Y eso hace que pueda pasar días y días sin necesidad de evacuar. Y al examen el bebé está perfectamente. Tiene su reflejo gastrocólico justo después de las tomas (notamos que gruñe un poco) pero come bien y no está molesto. En este caso no hay que hacer nada. Aunque pase días o a veces semanas sin hacer caca el bebé está bien y no le supone ningún problema.



2- Causa Pseudo-constipación: Esfínter anal inmaduro.

El ano tiene dos esfínteres que se cierran para que no escape el contenido. Uno de ellos (el interno) es involuntario. Se relaja sólo cuando se acumula materia fecal en la parte final del intestino. El otro esfínter es el voluntario. Al principio, en el lactante recién nacido el esfínter externo (el voluntario) no tiene casi fuerza. Pero en pocas semanas (2-4 habitualmente) va adquiriéndola. En ese momento lo que notamos es que tras las tomas el bebé tiene su reflejo gastro-cólico y gruñe intentando hacer, pero no hace. Puede pasar de hacer 5-6 veces al día a pasar varios días sin hacer. Hay momentos en los que el bebé relaja este esfínter voluntario (sin darse cuenta), pero si no coincide con un movimiento del intestino no sale nada. Si esto coincide con un intestino muy eficiente, que casi no acumula residuos porque absorbe la leche materna prácticamente entera, no hay problema. Pero si no lo absorbe todo y deja una cantidad de residuos apreciable, se van acumulando. En este niño veremos, a diferencia del primer caso, que el abdomen va notándose cada más llena conforme pasan los días, empieza poco a poco a comer menos y a estar más molesto. Mientras el primer caso puede pasar días o semanas sin hacer caca y no pasa nada, este bebé del segundo caso va estando más irritable conforme pasan los días. En ambos casos, cuando por fin hace (lo que ocurre en este segundo caso cuando coinciden movimiento de tripa y apertura del "esfínter voluntario" por casualidad), la caca es blanda. En este segundo caso el niño mejora tras hacer caca. Está más tranquilo, llora menos, come mejor.

Tratamiento: Generalmente la conducta debe ser expectante. Si han pasado más de 10 días y el bebé está muy molesto, se puede realizar una pequeña estimulación externa del esfínter anal cuando se cambian los pañales, o levantando los muslos sobre el abdomen, haciendo separar un poco los glúteos del bebé.

❖ Crisis de lactancia y huelgas de lactancia.

"La mamá de Juan, un hermoso y rollizo bebé de tres meses amamantado en forma exclusiva, está muy angustiada porque su gordo que era un santo, llora desde hace unos días más que antes, pide a cada rato y nota que sus pechos se le ablandaron, ya no se cargan como antes y todos le dicen que es porque su leche ya no le alcanza"

Crisis fisiológicas:

- Debido a que el bebé crece y aumentan sus requerimientos de leche, a los 10 a 15 días puede presentarse un "ataque de hambre", solo tranquilizar a la madre y explicarle que debe ponerlo más seguido al pecho para aumentar su producción.
- Cuando el bebé tiene cólicos del lactante (poco habituales en los niños amamantados), el bebé siente dolor abdominal al alimentarse (por un reflejo), entonces la madre piensa que llora por hambre o porque no sale leche o porque ésta tiene feo sabor.
- A las 6 semanas puede repetirse el ataque de hambre.



- A los 3 o 4 meses, el bebé puede distraerse, prestar atención a todo lo que sucede alrededor acortando sus mamadas y la madre puede suponer que la leche no es suficiente o que no tiene más interés en mamar.

Crisis especiales:

- Nuevo embarazo.
- Cuando la madre comienza a trabajar.
- Cuando la madre comienza a menstruar.
- Cuando comienza a tomar Anticonceptivos secuenciales (de 21 días).
- Crisis de pareja, mudanzas, etc.
- Mes en que abandonó la lactancia con hijos anteriores.
- Escasa o nula colaboración familiar.
- Actitudes que desalientan la lactancia, fundamentalmente del esposo.

Tratamiento:

Lo más habitual es que suceda alrededor de los 3 meses.

El niño ha aumentado bien de peso y requiere más leche, por lo tanto pide más para que haya más producción. Explicarle esto a la mamá.

A los pocos días vuelve a la frecuencia habitual de mamadas.

Punto crucial para apoyar a la madre para actuar preventivamente (explicar durante los controles que esto le puede ocurrir) y no incorporar mamaderas y abandonar la lactancia.

❖ Taponamiento de conductos.

"A Paula la pierden los chocolates pero durante el embarazo como no quería engordar más de lo necesario se cuidó mucho en las comidas y ahora que su bebé ya tiene dos meses retomó su dulce vicio, sin embargo se cuida para que no se le caigan los pechos, así que usa un corpiño un número más chico. El gordo que le tocó por hijo es un santo, duerme casi toda la noche. Ayer la llamé por teléfono me contó que no se siente bien; tiene una dureza en una lola y dice que le duele cuando se la toca. Yo le dije que la acompañaba al médico".

Clínica:

Zonas endurecidas y dolorosas, en forma lineal que siguen trayectoria de conductos.

Causas:

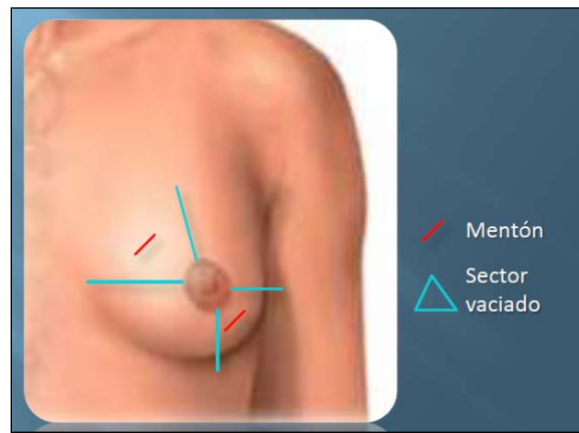
Mal vaciamiento, posición monótona de amamantamiento, períodos largos entre mamadas. Mayor producción que la necesaria. Uso de sostenes con aro o muy pequeños. Dormir en decúbito ventral.

Prevención:

Variar las posiciones, evitar saltar mamadas, evitar corpiños ajustados o con aro. Evitar dormir boca abajo.

Tratamiento:

Variar posición buscando que el mentón del bebé quede dirigido a la zona afectada. Compresas tibias y masajes. Comprimir el pezón buscando su desobstrucción.



Ofrecer el pecho con frecuencia. Si existe mayor producción que la necesaria, extraer la leche luego de amamantar.

Si el taponamiento no se resuelve en 48 hs, iniciar tratamiento con antibióticos como en una mastitis.

❖ Mastitis.

"Mari esta amamantando a Ian. Desde hace unos días empezó a sentir una dureza en uno de sus pechos a la que no le dio importancia suponiendo que era normal al comenzar la lactancia, que ahora se siente fiebrada, parte de la piel de este pecho está muy colorada, sensible al tacto, lo siente como caliente y es cada vez más doloroso intentar darle de mamar"

Clínica:

Tumoración, ardor y dolor local con forma triangular. Fiebre de 38,5° o más, escalofríos síndrome gripal, malestar generalizado. Puede salir pus con la leche. Antecedentes: taponamiento de conductos y grietas. En la tabla N° 1 se puede apreciar el diagnóstico diferencial entre ingurgitación, taponamiento y mastitis. Entre los gérmenes más frecuentes están el Estafilococo Aureus, Escherichia Coli y (rara vez) Estreptococo.

La mastitis en un primer momento es química, por pasaje de la leche al intersticio, provocando irritación local, luego sobreviene la infección bacteriana. Existen dos tipos de mastitis, la Glandular (originada en una retención láctea) y la Superficial (tipo celulitis, antecedente de grietas) Ambas tienen el mismo tratamiento.

Prevención:

Ídem grietas y taponamiento. Adecuado tratamiento de dichos problemas.

Tratamiento:

Reposo en cama con el bebé, antitérmicos, analgésicos, continuar la lactancia, comenzar por el pecho sano, pero asegurar el vaciamiento del lado enfermo por succión o con sacaleches. Paños tibios antes, fríos después. Variar posiciones. Beber abundantes líquidos.

Antibioticoterapia: Amoxicilina VO a dosis habituales 7 a 10 días, Cefadroxilo VO. a dosis habituales 7 a 10 días o Clindamicina VO a dosis habituales 7 a 10 días.

Abceso mamario:

Principal complicación debida a la suspensión de la lactancia en una mastitis.

Analgesia. Reposo. Antibioticoterapia, puede ser necesaria la vía endovenosa. Si sale pus (gusto salado, al colocar una gota de leche en un algodón, el pus no es absorbido) suspender momentáneamente, pero extraer leche frecuentemente. Reestablecer lactancia del pecho afectado apenas cese la eliminación de pus. En algunos casos puede ser necesario el drenaje quirúrgico por punción.



Tabla N° 1

Características	Ingurgitación	Taponamiento	Mastitis
Comienzo	Gradual postparto	Gradual después de mamar	Súbito, después de 10 días.
Localización	Bilateral	Unilateral	Unilateral

Inflamación y calor	Generalizado	Poco o ninguno	Inflamación, calor y rubor
Dolor	Generalizado	Leve, localizado	Intenso, localizado
Temperatura	<38,4° C	<38,4° C	>38,4° C
Síntomas sistémicos	Se siente bien	Se siente bien	Síndrome gripal

❖ Trabajo fuera del hogar.

“Mariana con gran placer y alegría ha amamantado a Guido sin dificultad desde que nació hace dos meses en contra de todos los pronósticos familiares que le auguraban, siempre "de onda", un fracaso rotundo. En pocos días más debe reintegrarse a trabajar, por lo tanto se le plantea el dilema de dejárselo a su mamá que muere por darle la mamadera o buscar un buen jardín maternal donde dejarlo las 6 horas que va a estar ausente. Se le viene el agua, no quiere destetar tan pronto porque el gordo está bárbaro pero no sabe qué hacer”.

No acostumbrar al bebé al biberón.

Antes del comienzo laboral extraerse leche para almacenar para cuando no esté con el bebé. Extraerse leche en el trabajo cada 3 o 4 horas y refrigerar para dar al bebé cuando la madre no está. Enseñar a la persona que cuidará al bebé cómo darle la leche con vaso o gotero.



Conservación de la leche:

- **Calostro:** A temperatura ambiente 27 - 32 grados C: de 12 a 24 horas.
- **Leche madura:**

- A 15 grados C: 24 horas.
- A 19 - 22 grados C: 10 horas.
- A 25 grados C: 4 a 8 horas.
- Refrigerada entre 0 y 4 grados C: de 5 a 8 días.
- **Leche congelada:**
 - En una hielera dentro del mismo refrigerador: 2 semanas.
 - En una hielera que es parte del refrigerador pero con puerta separada: 3-4 meses. (La temperatura varía según que tan frecuentemente se abra la puerta)
 - En un congelador separado, tipo comercial con temperatura constante de -19 grados C: 6 meses o más.

Para que se conserven intactas todas las propiedades inmunológicas de la leche materna es conveniente refrigerarla antes de las cuatro horas de extraída.

❖ Rechazo del pecho.

"El papá de Sebastián ya no sabe cómo contener la angustia de su mujer pues su bebé, que nació mediante la aplicación de una ventosa que le dejó una contusión en la cabeza, no quiere prenderse al pecho, grita y se niega a mamar. Su señora esta muy alterada, cree que no podrá amamantar a Seby y que el bebé no la quiere".



Si el bebé rechaza el pecho puede ser porque la madre se puso cremas en el pezón, por que se lo está empujando por la nuca, porque se le han dado biberones que produjeron confusión de pezón, por cólicos abdominales (frecuentes en los primeros tres meses), por el retorno de la menstruación, o porque algo le dolió cuando lo colocaron en determinada posición. Los alimentos con gusto fuerte (ajo, repollo, brócoli, cebolla) pueden ocasionar rechazo del pecho 8 a 12 hs después de la ingesta y desaparecen en 24 horas. En estos casos debe sentarse cómodamente, relajarse, retirar las cremas si es el caso, y masajear y exprimir un poco el pecho hasta dejar una gota en el pezón, ya que a veces están tan congestionados que al bebé le es difícil prenderse al pecho. Si el niño llora, esperar y volver a intentarlo 15 min. después de que se haya calmado, tranquilizando a la madre. Mucho contacto piel con piel, dormir con el bebé, darle el pecho meciéndolo, en un ambiente tranquilo, darle de mamar en una bañera, etc. Evitar sostener al bebé en posición de amamantamiento cuando se le dé alguna medicación. Darle leche materna extraída con taza o cucharita hasta que acepte el pecho.

Observar técnica y corregir los errores. Revisar al niño, descartar patología. Descartar obstrucción de VAS. Observar vínculo madre hijo. Verificar medicación materna y que el bebé no esté muy abrigado.

Rechazo unilateral del pecho:

Algunos niños prefieren un pecho al otro, en estos casos se puede intentar colocar al bebé en la misma posición que con el primero (posición de rugby o panza con costillas). Luego de una mastitis puede rechazarse el pecho porque la leche tiene gusto salado (por aumento del sodio en la leche). Puede rechazarse un pecho si la posición para tomarlo desencadena dolor en el bebé (otitis, fracturas, etc.)

Se han publicado casos de madres lactantes cuyos hijos rechazaron de repente un solo pecho y semanas o meses después aparece un bulto cuya biopsia demostró cáncer. Es prudente, cuando el rechazo unilateral no se soluciona con las medidas habituales, examinar a la madre para descartar un tumor. Pueden realizarse durante la lactancia mamografías y ecografías sin problemas.

❖ Pezones planos e invertidos.

“En dos meses más va a nacer mi bebé, Manuel, mi marido sueña con tener una colorada con peqúitas como es él, a mí de la lo mismo, en realidad estoy más preocupada por cómo será el parto. El médico dice que está todo bien, pero nunca hasta ahora me he atrevido a preguntar, por vergüenza, que me pasa en los pechos, pues siempre noté que eran diferentes a los de mis amigas, los tengo como si no tuviera pezón o como si estuvieran para adentro. ¿Podré amamantar igual?”

Clínica:

Los pezones invertidos, umbilicados o inversotelia se presentan en el 10 a 15% de las mujeres. Este es uno de los casos en que si es importante la preparación previa del pezón, no para mejorar el pronóstico, ya que se ha demostrado que no hubo diferencias significativas en el resultado entre las madres que hicieron los ejercicios y las que no, pero es fundamental para que la madre conozca sus pechos y refuerce su confianza. Esta condición ocurre debido a fibrillas de tejido conectivo que tiran del pezón al estimularse.



Prevención y Tratamiento:



Antes del parto: ejercicios, escudos, corpiño agujereado.

Después del parto: Refuerce la confianza de la madre. Recuerde que el bebé succiona el pecho, no el pezón. Deje al bebé que explore el pecho, piel con piel. Ayude a la madre a colocar al bebé en la primera hora. Intente varias posiciones. Ayúdela a masajear el pezón para que se destaque. Use bomba extractora o jeringa para sacar el pezón.

❖ **Baja producción de leche o hipogalactia.**

"Pedro es un bebé de esos que las personas dicen "qué buenito que es", pues duerme todo el día. Su mamá está angustiada y preocupada pues nota que sus pechos no se llenan como antes y en el control no aumentó bien de peso".

Es importante saber que un bebé amamantado puede recuperar su peso de nacimiento recién a los 21 días y en ocasiones cuando son de bajo peso o pretérmino límites (37 sem) se pueden comportar como prematuros haciendo el "catch up" más tardíamente.

Es muy importante descartar patología en el niño (infección urinaria). Aumentar frecuencia de mamadas, despertarlo más seguido, cada dos a tres horas. Dejarlo terminar el primer pecho antes de pasar al otro. Que la madre descanse y se alimente bien.

Observar el vínculo madre hijo. Descartar agotamiento materno, presión familiar, stress, **hipotiroidismo** materno.

Dar confianza a la madre en que podrá amamantar con éxito. Indicar alimentos o bebidas tradicionales que se usen en la comunidad como galactogogos (ñaco, agua de maíz blanco, cebada, malta, mate, cerveza negra sin alcohol, etc). Así mismo evitar la ingesta de café y el tabaco, ya que disminuyen la prolactina.

De ser necesario (en madres añosas, donde la glándula mamaria ya había comenzado a ser reemplazada por tejido graso), en caso de relactación o madres adoptivas que amamanten, se puede aumentar efectivamente la producción de leche con la administración de Metoclopramida 10 Mg. cada 8 horas los primeros 7 a 14 días, e ir disminuyendo la dosis hasta suspender a medida que la cantidad de leche aumente. La Metoclopramida actúa estimulando la cantidad de prolactina mediante la inhibición de la dopamina o PIF (Factor Inhibidor de la Prolactina) y es inocua para el bebé ya que le llegan dosis menores que las usadas para el reflujo gastroesofágico. También se puede utilizar Domperidona 40 mg hasta 80 mg cada 6 horas.

❖ **Sofía**

"Sofía siempre fue sanita, tomó exclusivamente pecho hasta los 6 meses, después agregó papillas, que aceptó bien. Ahora tiene 10 meses, quiere jugar y ensuciarse con la comida, pero la madre dice que come poco, lo que pide a cada rato es el

pecho. Además refiere que en el control ya no aumenta de peso como antes, en los primeros meses.

Juan, el papá, que empezó a trabajar en el petróleo (trabaja 15 días y descansa 7), cuando vuelve a la casa, encuentra que su mujer sigue durmiendo con Sofía, le dice que está "enviciada con la teta" y opina que hay que sacársela ya.

La abuela considera que la madre debe seguir dando el pecho, pero que escuchó decir al doctor de la tele, que a esta edad, Sofía ya debe dormir toda la noche sola en su cuarto, la mamá no sabe que hacer"

¿Es un Problema de alimentación, de crecimiento, de sueño?

Hay que preguntarse:

- **¿El aumento de peso es verdaderamente insuficiente?**
 - Muchas madres piensan que el bebé sigue aumentando al mismo ritmo que los primeros meses de vida, explicar con palabras sencillas, cómo es la curva de crecimiento normal de los niños.
- **¿Está recibiendo menos aporte del necesario?**
- **Primero conozcamos las calorías cada 100 gr de algunos alimentos complementarios utilizados.**

Alimento	Calorías cada 100 gr
Papa hervida	65 calorías
Manzana	52 calorías
Zanahoria hervida	27 calorías
Carne con verduras	50 calorías
Leche materna	2 a 6 m: 74 calorías 12 a 39 m: 88 calorías

Como vemos, a medida que el bebé crece, nunca le leche es peor o más aguada, al contrario, es cada vez más cremosa!!!



- **¿Cuál es el aporte complementario que necesita un bebé amamantado?**

- La energía necesaria para niños con una ingesta "promedio" de leche materna es sólo de:
 - 200 kcal/día para niños entre los 6 y 8 meses.
 - 300 kcal/día para niños entre los 9 y 11 meses.
 - 550 kcal/día para niños entre los 12 y 23 meses.



- **La introducción de alimentos debe ser:**
 - De uno en uno.
 - En pequeñas cantidades.
 - Después del pecho.
 - Sin forzar.
 - Sin saltar mamadas.
 - Sin otra leche.
- **¿Quién desea el destete?**
 - El destete comienza con la introducción de otros alimentos, debe ser muy gradual y sin fecha límite, la decisión del destete definitivo o ablactación debe ser consensuada en la familia, pero la madre y el hijo son los que en definitiva lo deben pactar. **Nunca** debe ser de manera brusca.
 - **Algunas ideas para iniciar la ablactación:**
 1. **No ofrecer, no rechazar:** No ofrecer el pecho cuando tu lo deseas (porque quieres que se duerma por ejemplo), no rechazar cuando el bebé te lo pida. No garantiza el tiempo que pueda prolongarse el destete. Es el menos doloroso para el niño. Por lo general cuando hay un embarazo, como la leche se vuelve calostro, que es salado, los chicos comienzan a rechazarlo solitos.
 2. **Distracción:** Se trata de identificar los momentos, lugares y circunstancias en los que el niño suele pedir el pecho y anticipar alternativas al



amamantamiento, para que el niño dirija su atención hacia algo nuevo y atractivo en vez de hacia la pérdida de algo entrañable como mamar (un paseo, un juguete, un cuento)

3. **Sustitución:** Se ofrece comida o bebida al niño para evitar que pida el pecho por hambre. No se trata de sobornarlo con golosinas para que deje el pecho. Sólo funcionará cuando el niño tenga hambre. Hay que tener en cuenta que los niños también maman por afecto hacia su madre, para sentir su cercanía, por consuelo si están cansados, frustrados o con miedo.
4. **Aplazamiento:** Con un niño que ya nos entiende se puede negociar el demorar una toma. El niño debe ser lo bastante maduro para aceptar la espera. Se le puede ofrecer algo que le mantenga contento mientras tanto.

Al no estar el padre (o la figura que cumpla ese rol) por períodos extensos de tiempo, existe un retroceso a una forma de vínculo anterior. Es decir, al no haber nadie que cumpla el rol del papá (que es el que separa de alguna manera ese intenso vínculo mamá-hijx), la madre tiende a comportarse con su hijx como si fuese un bebé.

El rol del padre es "separar" ese apego madre hijx, invitando al niñx a conocer el mundo, a "jugar afuera...."

Mientras el rol de mamá es el de proteger, quererlx siempre cerca, lx abriga porque afuera hace frío, viento, o hay mucho sol, etc, etc. Aclaramos que estos roles son independientes del lazo biológico o del género.

Muchas madres no saben relacionarse con el niñx si no es a través del pecho, ante la mínima causa, le dan la teta, sugerir que le ofrezca otras alternativas para relacionarse: Auto-alimentación, juegos, paseos, distracciones.

Esta situación no sería muy diferente si tomara la mamadera.

- **¿Es un problema del sueño?**
- **Veamos, ¿Porqué llora un bebé?**

Un bebé que abandona el calor del cuerpo de su madre y es acostado en una cuna fría y sin su olor, no llora para fastidiarnos, ¡llora porque lo tiene programado en sus genes! En la prehistoria, el bebé que no lloraba al dejarlo solo en la pradera o en las cuevas por las noches, ¡era comida de los depredadores...!

¡Es decir que sobrevivieron los bebés que lloraban más fuerte!

Los bebés desde el principio, durmieron rodeados de la seguridad de los adultos.

Se ha estudiado en las neonatologías, lo que ocasiona el llanto en los bebés:

- Taquicardia.
- Hay una elevación de la Presión arterial en un 135%.



- Disminución del O₂ tisular y desaturación.
- En Pretérminos aumenta de la incidencia de Hemorragia cerebral.
- Aumenta niveles de cortisol, disminuye la respuesta Inmunológica, aumenta el riesgo de Infecciones.
- Produce distensión abdominal.
- Produce Leucocitosis (en Neo falso diagnóstico de Sepsis)
- Dificultades en el vínculo, el llanto de un bebé es algo para lo que naturalmente venimos preparadas para no soportarlo.

Consecuencias del estrés en el cerebro infantil.

Allan Schore y col. han comprobado que la criatura separada de la madre pasa del estrés (hipervigilancia) a la desesperación y de la desesperación a un estado de desconexión (disociación) para dejar de sufrir.

Quizá al principio se calle por cansancio físico y se duerma (una primera reacción de supervivencia); pero si se repite a menudo, lo que se hace es empujar a la criatura a estados de desconexión que se manifestarán en una amplia gama de síntomas autistas u otros, más o menos graves. [\[Schore, AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal 2001; 22 \(1-2\): 201-269\]](#)

El cerebro infantil en formación sometido a altos niveles de cortisol, esta asociado a niños con mayor riesgo de problemas de conducta (agresividad) y trastornos del aprendizaje (Dr. Nils Bergman, Dra. Sue Herhart)

Vivette Glover, Psicobióloga del Imperial College of London, demostró que altos niveles de ansiedad y estrés crónico durante la gestación, aumentan al doble la incidencia de niños hiperactivos o con déficit de atención.

¿Cómo es el sueño infantil en las diferentes culturas?

Una persona duerme la tercera parte de su vida y la cultura determina cómo, con quién y dónde debemos hacerlo.

Actualmente el 70% de las sociedades ve natural dormir con sus niños, solo las culturas dominantes de Occidente se diferencian del resto de la humanidad.

En la cultura oriental:

En Japón: “Desde la antigüedad en la familia japonesa, es normal que cuando nazca un niño, duerma con sus padres”. “Cuando se es niño, la mayoría del tiempo se pasa con los padres. Entonces, cuando se duerme durante más de 10 horas,



separar a los niños de sus padres a la noche, no es natural". (Nobuko H. Sasaki, Desarrollo psicológico de los niños, Vol. 43)

Y en China: "Nadie entendió mis preguntas, el concepto de muerte súbita era desconocido por muchos de los profesionales.... Además, me enteré de que los bebés chinos duermen con sus madres. Desde entonces, he tenido la certeza de que, incluso si sucede durante el día, la muerte súbita es una enfermedad exclusiva de aquellos bebés que pasan la noche en soledad" (Michel Odent)

En cambio, en la cultura occidental...que duerman solos y toda la noche!

- Por miedo a la sofocación.
- Porque interfiere con el vínculo de la pareja.
- Porque interfiere con la independencia del bebé.
- Por miedo a estimular el abuso.
- En las sociedades occidentales la cultura introduce la cuestión moral en el dormir.

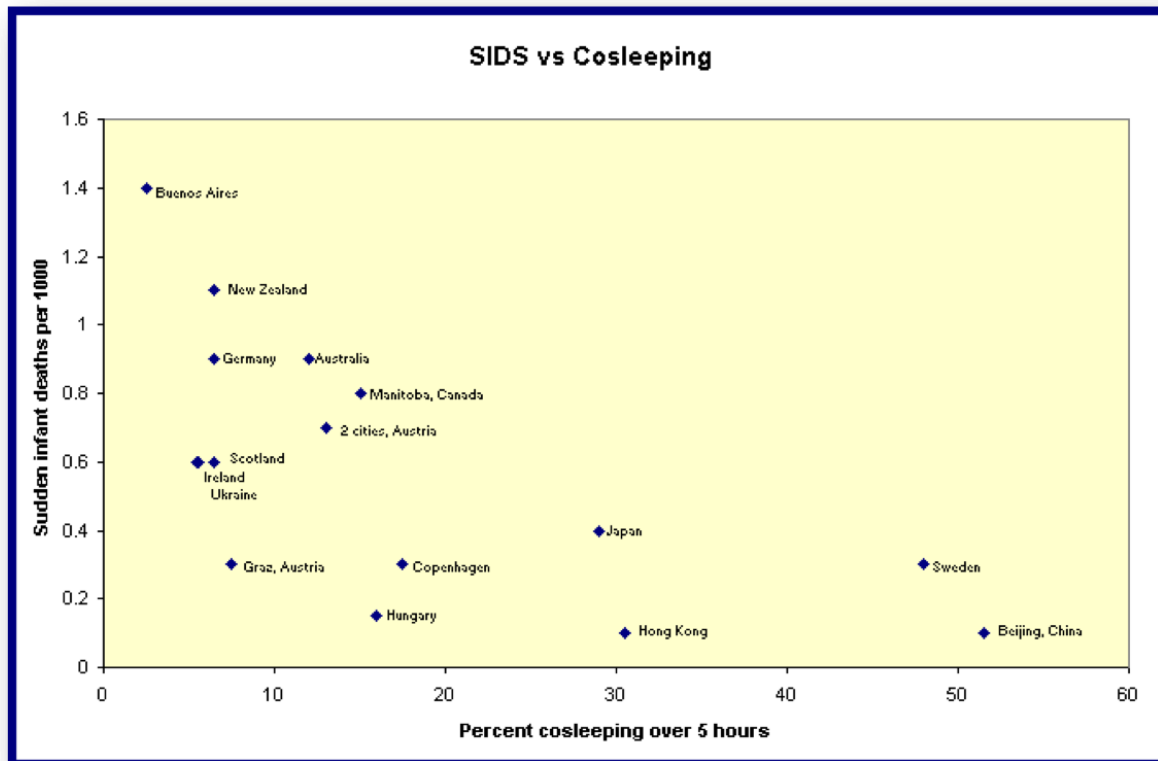
Nada de esto está científicamente comprobado, el estudio que se cita en la mayoría de las normas que prohíben del colecho, incluye entre los casos de Síndrome de muerte súbita infantil (SMSI) atribuidos al colecho, casos de padres fumadores, o que dormían en un sofá, ambos factores de por si relacionados fuertemente con el SMSI.

Al dormir en compañía la madre y el bebé están sincronizados, los movimientos de respiración de uno afectan al otro, están fisiológicamente vinculados, es una "danza nocturna". La madre dormida tiene conductas de protección, se mueve, tiene un sueño superficial, hay mayor número de micro despertares nocturnos, y en el bebé menor tiempo de apneas. (Dr. McKenna)

Los bebés que duermen solos en una habitación tienen al menos el doble de probabilidades de morir de Muerte Súbita que los bebés se duermen en compañía (o en la misma habitación) con adultos comprometidos (caregivers). -Gran Bretaña (Blair et al 1999), New Zealand (Mitchell and Scragg 1995), y European Collaborative Study (Carpenter et al. 1995, Lancet)-

El estudio de Nelson E. A. revela que cuando más horas comparte la cama un bebé, menor es el riesgo de SMSI.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11245994>



Al dormir en compañía:

- El contacto regula la temperatura del bebé.
- Estabiliza el ritmo cardíaco.
- Reduce el llanto y las apneas.
- Favorece la lactancia materna.
- Promueve el apego y la confianza entre el bebé y los padres.
- Compensa las separaciones diurnas.
- Crea un ambiente externo muy diferente al sueño solitario.
- El SNC controla el sueño, el sistema cardíaco y respiratorio.
- En los bebés esto es muy inmaduro, con el tiempo aprenden a manejar la respiración nocturna.
- El sueño en compañía es probablemente lo que la naturaleza ideó para asegurarse que el bebé sobreviviera a la noche, hasta que aprendiera a dormir y a respirar solo.

Recomendaciones para un Sueño seguro:

- Dormir boca arriba.
- Lactancia materna.
- Colecho seguro.
- Cohabitación.



- Ambiente libre de tabaco y toxinas
- No abrigar excesivamente al bebé.
- ¿Chupete? (sí, sólo luego de los 20 a 30 días, cuando la LM está establecida)
- No utilizar almohadones como soporte de los miembros del bebé (como el "nidito" utilizado en las Neos), esto relaja demasiado al bebé aumentando el riesgo de MSL.

¿Cómo es un colecho seguro?

- Cama dura, evitar colchones blandos.
- Nunca en sofás o sillones.
- Boca arriba.
- Evitar espacios, colchón-pared-respaldo.
- Evitar almohadones y cadenas.
- No es seguro en: padres fumadores, hiperobesos, drogadictos, que consumen sedantes, o alcohol.

Se pueden obtener las últimas recomendaciones de la SAP Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante, recomendaciones para los profesionales de la salud 2017 en <https://bit.ly/2L9IKGd>

❖ Relactación.

Introducción.

Muchos niños interrumpen la alimentación al pecho en las primeras semanas o meses y, como resultado, tienen incrementado el riesgo de enfermedad, malnutrición y muerte.

Sin embargo, la alimentación al pecho puede ser restablecida. Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento de su hijo, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional. Esta potencial medida salvavidas se llama relactación. La mayoría de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un niño de forma exclusiva. Las mujeres que nunca han estado embarazadas pueden también establecer la lactancia, aunque la cantidad de leche producida es a menudo más limitada para la alimentación exclusiva al pecho. Esto se conoce como lactancia inducida².

Indicaciones para la relactación.

En varias circunstancias puede surgir la necesidad de considerar la posibilidad de relactación o de lactancia inducida:

² Los términos relactación y lactancia inducida no se usan consistentemente en la literatura. Algunos autores hablan de lactancia "inducida" cuando una mujer que previamente amamantó a su propio hijo, amamanta a un niño adoptado o a un nieto. Sin embargo, en esta revisión se usa el término relactación si la mujer tiene o tuvo en algún momento un niño, tanto si ella tuvo al niño que está alimentando como si no, y cualquiera que fuese el intervalo desde su último embarazo.



- *Para el manejo de algunos niños enfermos, tales como aquellos menores de 6 meses de edad con diarrea aguda o persistente, aquellos que han detenido su amamantamiento antes o durante una enfermedad, y aquellos que han sido alimentados artificialmente pero no toleran las leches artificiales.*
- *Para los niños que tuvieron bajo peso al nacer, y a quienes fue imposible mamar de forma eficaz en las primeras semanas de la vida y requirieron alimentación mediante gavage o vaso.*
- *Para los niños con problemas de alimentación, particularmente aquellos menores de 6 meses, cuyas madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia o cuya producción de leche ha disminuido significativamente como resultado de una mala técnica o un mal asesoramiento.*
- *Para los niños que han sido separados de sus madres, por ejemplo porque ellos o sus madres requirieron hospitalización.*
- *En situaciones individuales, por ejemplo cuando una madre que eligió alimentar artificialmente a su niño cambia su manera de pensar o, en el caso de adopción, para mejorar la unión madre-hijo tanto como para aprovechar otras ventajas del amamantamiento.*
- *Cuando a una mujer le es imposible amamantar a su hijo, por ejemplo por estar gravemente enferma o por fallecimiento o porque es HIV positiva y elige, después de ser aconsejada, no amamantar a su hijo. Una opción en estas situaciones es que alguien de la misma comunidad, tal como una abuela, relacte para alimentar al niño.*
- *En situaciones de emergencia, para los niños que están desamparados; aquellos que fueron alimentados artificialmente antes de la emergencia; y aquellos cuyo amamantamiento ha sido interrumpido. Debería ser posible reanudar o continuar el amamantamiento de tantos niños como fuese posible para prevenir la diarrea, la infección y la malnutrición. Una mujer puede relactar para alimentar uno o más niños desamparados.*

Composición de la leche en la relactación.

No se han encontrado diferencias significativas entre la leche producida durante la relactación o la lactancia inducida y la que se produce en el puerperio, aunque existen pocos estudios. Kleinman et al observaron que las madres que nunca estuvieron embarazadas no produjeron calostro. En los primeros 5 días de la lactancia su leche fue similar a la leche de transición y madura en cuanto a su contenido de proteínas totales, alfa-lactoalbúmina, e IgA.



Factores que afectan al éxito de la relactación.

Marieskind comentó que hay dos requerimientos soberanos para la relactación: un fuerte deseo por parte de la madre biológica o adoptiva de alimentar al niño, y la estimulación del pezón. Brown y Jelliffe añaden un tercer requerimiento, de particular importancia cuando se promueve la relactación como parte de la asistencia sanitaria: un sistema de apoyo, para construir y mantener la confianza de la madre. Sin embargo, hay factores adicionales relacionados con el niño y la mujer que necesitan ser reconocidos y comprendidos.

Factores relacionados con el niño.

El principal requerimiento para la relactación o para la lactancia inducida es que el niño succione el pecho. Ello se influencia por:

- La disposición del niño para mamar.
- La edad del niño.
- El gap de amamantamiento del niño (tiempo transcurrido desde que el niño dejó de mamar).
- La experiencia alimentaria durante el gap.
- Razones relacionadas con el niño para la interrupción del amamantamiento.

Otros potenciales factores pero de importancia desconocida incluyen:

- La edad gestacional (para niños de bajo peso al nacimiento)
- La ingesta de alimentación complementaria (para niños mayores)

Factores relacionados con la madre biológica o adoptiva:

Los más importantes son:

- La motivación de la mujer.
- Su gap de lactancia (tiempo transcurrido desde que dejó de amamantar a un niño)
- El estado de sus pechos.
- Su capacidad para interactuar y responder a su hijo.
- El apoyo de su familia, de la comunidad y de los trabajadores sanitarios.

Otros factores de significado menos claro:

- Su experiencia previa de lactancia.
- Su estado de salud y nutrición general.

Los suplementadores del amamantamiento están diseñados para proporcionar al niño un flujo continuo de alimento suplementario mientras que está mamando y estimulando el pecho y el pezón. Son particularmente útiles cuando un pecho no está produciendo demasiada leche. Pueden ayudar a mantener al niño al pecho durante más tiempo con un buen patrón de succión.

Un suplementador consiste en una bolsa, botella o vaso de alimento lácteo con un tubo fino, a través del cual puede pasar el alimento, que se deja junto al pezón en la boca del niño. Hay varios dispositivos de marca útiles que son deseables en los

lugares en donde están disponibles y son asequibles (suplementador Medela) y en donde pueden limpiarse y mantenerse adecuadamente. En situaciones en que no se disponía o no se podían mantener los dispositivos de marca, se ha usado con éxito un dispositivo simple de suplementador, hecho con un vaso o biberón y un tubo de plástico largo y fino (SNG para prematuros de teflón, con la punta cortada) (Figura 4).

El flujo de leche debe regularse de manera que el pecho reciba suficiente estimulación antes de que se satisfagan el hambre y la sed del niño.

Un tubo de plástico fino es algo difícil de limpiar. Inmediatamente después del uso necesita limpiarse de punta a punta con una jeringa con agua caliente y jabón o detergente. Entonces debería ser esterilizado con lavandina casera y enjuagando de nuevo con agua limpia inmediatamente antes de usarlo. El tubo necesita remplazarse cuando muestra algún tipo de deterioro.



Recomendaciones para la mamá.

- Usar una sonda nasogástrica fina u otro tubo fino de plástico y un vaso o biberón para sostener la leche. Si no se dispone de un tubo muy fino, usar el mejor que se pueda conseguir.
- Hacer un pequeño agujero en el lateral del tubo, cerca del final de la parte que estará dentro de la boca del bebé (otro agujero añadido al del final del tubo). Esto mejora el flujo de leche. Si usa una sonda, recortar la punta cerca del primer orificio.
- Preparar un vaso de leche (leche extraída del pecho o leche artificial) que contenga la cantidad de leche que su bebé necesita para una toma. Si es extraída no te olvides de mezclarla antes de dársela para integrar sus componentes.
- Colocar un extremo del tubo a lo largo de su pezón, de forma que su bebé succione el pecho y el tubo al mismo tiempo. Fijar con el tubo con cinta en el lugar adecuado sobre su pecho.
- Colocar el otro extremo del tubo dentro del vaso de leche.
- Hacer un nudo en el tubo si este es ancho o colocar un clip sobre él, o pellizcarlo. Esto controla el flujo de leche, de manera que el bebé no termine la toma demasiado rápido.



Universidad Nacional Del Comahue
Facultad de Ciencias Médicas
Seminario Interdisciplinario
Clínica Lactancia Materna.



- Controlar el flujo de leche de manera que el bebé succione el pecho si es posible durante unos 30 minutos en cada toma (levantar el vaso aumenta el flujo de leche, bajar el vaso lo ententece).
- Dejar mamar al bebé en cualquier momento que esté dispuesto (no solo cuando se use el suplementador).
- Limpiar y esterilizar el tubo del suplementador y el vaso o botella cada vez que se usen. Se puede utilizar detergente común y limpiar con una jeringa la sonda. Guardar en heladera.



Bibliografía.

1. *Lactancia Materna: Guía profesional.* Becar Varela, Carlos. 1993. Ediciones Doyma de Argentina.
2. *Curso bianual de Capacitación a distancia en Lactancia Materna.* Argentina. Fundación Lacmat. 1999. (Los casos clínicos han sido tomados de este curso).
3. "Relactación, Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica". Departamento de Salud y desarrollo del niño y del adolescente. OMS 1998.
4. *Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño.* UNICEF OMS. 1993. Argentina.
5. *La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica.* Lawrence, Ruth. 2006. Sexta edición en español. Ediciones Mosby. Argentina.
6. *Clínica de Lactancia; Metodología por el desarrollo de la misma.* Dra. Eva Josefina Quintero Fleites. Villa Clara CUBA. 2002.
7. *Lactancia Materna.* Guía de trabajos prácticos de la Cátedra de Atención Primaria de la Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Argentina. Mercado, Alejandra. 1998-2007.