



Guía de Lactancia materna para familias y profesionales

GUÍA DE LACTANCIA MATERNA PARA FAMILIAS Y PROFESIONALES

“El mejor comienzo de la vida”

Autoría:

M. Dolores Sevillano Giraldo (Matrona-Asesora en Lactancia IBCLC)
Maite Pernía Castro (Matrona-Asesora en Lactancia IBCLC)
Ana Porras González (Pediatra)
Francisca Baena Antequera (Matrona)
Inmaculada Borrego Sevillano (Médico de Familia)
Alfonsa Torralbo Higuera (Matrona)
María José Barrios Sánchez (Matrona-Asesora en Lactancia IBCLC)
Belén Lavado Andrade (Matrona)
Anabel Najas Carabe (Matrona Residente)
Dolores TalBac (Fotografía)

Edita: Consejería de Salud y Consumo.

Responsable de la edición: Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

La Consejería de Salud y Consumo ha editado esta guía en el marco del Plan Corresponsables, política pública impulsada por la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad que tiene por objeto iniciar el camino hacia la garantía de los cuidados como un derecho en España desde la óptica de la igualdad entre mujeres y hombres, haciendo un especial énfasis en los cuidados de la salud infantil.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

Maquetación: Kastaluna.

Consejería de Salud y Consumo: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

● ● Índice

1. Introducción /5
2. Preguntas frecuentes /9
3. Lactancia materna /15
 - 3.1. Importancia de la lactancia materna: beneficios para la madre y el niño /16
 - 3.2. Lactancia materna exclusiva /18
 - 3.3. Contacto piel con piel de forma precoz /20
 - 3.4. Postura y enganche adecuados al pecho /22
 - 3.5. Alojamiento conjunto, cohabitación/ contacto estrecho y crianza cercana /26
 - 3.6. La importancia de la lactancia a demanda /28
 - 3.7. Cómo saber si la lactancia funciona /31
 - 3.8. Extracción manual de leche materna /34
 - 3.8.1. Procedimiento /35
 - 3.8.2. Uso extractor manual /37
 - 3.8.3. Uso extractor eléctrico /38
 - 3.8.4. Consideraciones /38
 - 3.8.5. Duración y frecuencia de extracción de la leche /38
 - 3.8.6. Conservación, mantenimiento y preparación posterior de la leche materna extraída /39
 - 3.9. Métodos alternativos para alimentar con leche materna /40
 - 3.10. Extracción prenatal de calostro /43
 - 3.11. Técnicas para aumentar la producción de leche materna /44
 - 3.12. Evitar tetinas y chupetes /46
4. Plan de parto /48
5. Afecciones del pecho: cómo solucionarlas /50
6. Alimentación complementaria /58
7. Apoyo a la madre trabajadora: derechos laborales /61
8. Lactancia materna y sexualidad /69
9. Lactancia materna y anticoncepción /73
 - 9.1. Método de la lactancia y la amenorrea (MELA) /74
 - 9.2. Métodos hormonales /74
 - 9.3. Métodos de barrera /75
 - 9.4. Métodos definitivos /75
 - 9.5. Métodos naturales /75
10. El papel de la pareja en la lactancia /77
11. Alimentación y nutrición de la madre durante el embarazo y la lactancia /80
12. Medicamentos y lactancia materna /87
13. Recursos sobre lactancia materna /92
14. Covid-19 y lactancia materna /97



● ● Índice

15. Anexos /100

Anexo 1: Signos de hambre del lactante /102

Anexo 2: Patrón adecuado de micciones y deposiciones y ganancia mínima de peso aproximadas /103

Anexo 3: Lactancia materna y sueño /104

Anexo 4: Colecho /108

Anexo 5: Crisis o brotes de crecimiento /109

Anexo 6: Cómo conseguir una rápida producción de leche: la extracción poderosa /115

Anexo 7: El power pumping o método de extracción poderosa /117

Anexo 8: Trucos para extraer más leche /119

Anexo 9: Posiciones para un agarre correcto /121

Anexo 10: Indicadores de un agarre correcto /122

Anexo 11: Extractores de leche materna /123

Anexo 12: Cómo colocar bien una pezonera /124

Anexo 13: Presión inversa suavizante /125

Anexo 14: Masajes en el pecho ante una obstrucción /127

Anexo 15: Recogida de muestra de leche para cultivo /128

Anexo 16: Alimentación complementaria dirigida por el bebé /129

Anexo 17: Anatomía y fisiología de la lactancia /133

Anexo 18: Cómo actuar ante un atragantamiento /141

Anexo 19: Folleto de donación de leche /144

Anexo 20: Frenillo corto o anquiloglosia /146

Anexo 21: Protocolo de Mastitis Lactacional /153

16. Pasos para ser IHAN – 7 pasos en centros de salud /160

17. Bibliografía /164



Introducción



Está demostrado que el 95 % de las mujeres son capaces de alimentar a sus hijos con lactancia materna exclusiva hasta los seis o más meses y que la duración de la misma puede alargarse hasta los dos o más años sin que por ello se vea afectado el desarrollo del niño. Pero, actualmente, apenas un tercio de los niños reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y, de ellos, un 50 % abandonan a los 9 meses.

Hay estudios que demuestran que las futuras madres sienten una preocupación especial por si su leche será de calidad y cantidad suficiente para el desarrollo normal del bebé, o si la lactancia le producirá dolor a causa de las grietas, entre otros problemas similares.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las mujeres ya han elegido que tipo de lactancia van a realizar durante la adolescencia y, en nuestra cultura, muchas jóvenes han crecido en la época del culto a la belleza y sólo han considerado sus pechos como elemento estético y sexual y con una imagen muy estereotipada ofrecida por los medios de comunicación.

También está demostrado que, entre las causas de abandono de la lactancia, se encuentra la inmadurez de la madre, la falta de información y las rutinas y protocolos sanitarios erróneos y entre las que favorecen la lactancia, la atención de profesionales bien preparados en el parto y en el postparto y la existencia de redes de grupos de apoyo a la lactancia.

En realidad, una madre debe saber que ni su belleza se va a ver mermada, ni tiene por que sentir dolor con la lactancia y que va a tener leche en cantidad y calidad suficiente para amamantar a su bebé el tiempo que ella y su bebé quieran, ya que la leche materna es un líquido vivo que se adapta a las necesidades del lactante en todo momento.

Con esta guía lo que se ha pretendido es proporcionar una herramienta a las familias dónde poder consultar toda la información de una manera fácil y amena, incluyendo los beneficios que tiene la lactancia materna, las dificultades que le puedan surgir a lo largo de la misma y cómo solucionarlas. Hemos intentado concentrar en ella toda la documentación más importante y de las fuentes más reconocidas por su evidencia científica y por su presentación, de manera que, en un mismo documento, se encuentre toda la información necesaria y no se pierdan buscando por la web. Para ello, nos hemos nutrido de algunas guías de otras Comunidades y del Ministerio.

La idea de esta guía surgió de la necesidad, por un lado, de recopilar todos los documentos elaborados para la Acreditación IHAN en la que estaba inmersa el Centro de Salud de Marchena en un mismo documento y no se perdieran; por otro lado, vimos también que podíamos ampliar dicho documento y elaborar una Guía para familias, ya que no había ninguna de estas características en nuestra comunidad (Andalucía).

Quiero agradecer a las asesoras del grupo de apoyo a la Lactancia Materna LACTAMAR y PUEBLALACTA por su aportación a la guía con sus fotos y su ayuda desinteresada a todas las madres que las necesitan y, por supuesto, por todo lo que aportan al grupo, por enseñarme a ver todas las necesidades que tienen hoy en día las madres en relación a su lactancia materna y crianza, lo cual me hizo ver la importancia de reciclarme en esas materias para darle cobertura, ya que mi objetivo como matrona de Atención Primaria es dar respuestas a las necesidades de la población a la que atiendo y en lactancia había mucho por hacer.

Pensé que sería muy bueno para las madres y sus hijos, la implantación de la Acreditación IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia), un galardón que otorga la OMS y UNICEF y que acredita que la asistencia que se ofrece en el centro de salud a la madre y a su hijo es de excelencia.

Gracias a nuestro Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez de Marchena por su estimable colaboración y al Área de Gestión Sanitaria de Osuna por todo su apoyo y confianza, sin ellos no se hubiese podido conseguir las fases de la Acreditación conseguidas.

No me gustaría despedirme sin agradecer el trabajo encomiable de dos personas que, siendo ajenas a la Sanidad, nos han ayudado con la parte técnica e informática, tanto en la guía como en todo el proceso de la Acreditación: Mercedes Montes Borrego (maestra de Primaria) y Jesús Manuel Moreno Sevillano (profesor de Educación Física).

El primer borrador de esta Guía fue presentado en la Tercera Fase de la Acreditación de la IHAN y fue considerado por sus evaluadores como punto fuerte. Se consiguió la Acreditación IHAN el 18 de Octubre 2021, después de 5 años de intenso trabajo.

GRACIAS a todos/as los que han colaborado y ayudado en este gran proyecto que ha sido la Acreditación IHAN, la cual ha sido culminada con la elaboración de esta guía.

M. Dolores Sevillano Giraldo
Matrona y Asesora IBCLC

“ Lactancia materna, más que alimento ”



“ Lactancia materna, como herramienta para la salud materna, infantil y de la sociedad a corto y largo plazo ”



1

Preguntas frecuentes



¿Tengo que darle de mamar 10 minutos de cada pecho?

Es importante que tome el pecho cuando lo pida y tome bastante del primer pecho antes de ofrecerle el otro. No mires el reloj; es absolutamente normal que las tomas sean irregulares, mamar no solo es comer. Ver [Lactancia a demanda](#).

¿Cómo puedo saber si tiene suficiente con mi leche?

Al no poder ver qué cantidad de leche toman los bebés amamantados, muchas mujeres temen que no estén tomando lo suficiente, sobre todo cuando el bebé llora. Hay que saber que los bebés lloran por muchos motivos y que la inmensa mayoría de las veces sus madres tienen suficiente leche para amamantarlos; nuestra especie ha vivido miles de años con lactancia materna. Ver [Lactancia a demanda](#).

¿Tengo la leche aguada?

La leche que gotea al principio de la toma tiene gran contenido en agua, ya que su función es calmar la sed del bebé, y según va avanzando la toma su concentración en grasa aumenta saciando al bebé. Ver [Lactancia a demanda](#).

¿Es normal que quiera tomar por la noche?

Sí, y tienes que seguir la demanda de tu bebé. Casi todos los bebés necesitan seguir mamando por la noche y es normal. Si le das el pecho tumbada en la cama facilitas tu descanso. Ver [Lactancia materna y sueño \(Anexo 3\)](#).

¿Tengo que despertarle si duerme demasiado?

No siempre es necesario si es un bebé sano y crece bien. Las primeras semanas conviene que haga un mínimo de 8 tomas diarias. En el caso de un recién nacido que realice menos de 8 tomas diarias, que no engorde lo necesario o que pierda peso, es aconsejable estimularle y despertarle para evitar que pierda más peso. Ver [Lactancia a demanda](#) y [Cómo saber si la lactancia funciona](#).

¿Siempre notaré los pechos llenos, turgentes?

No. A medida que la producción de leche se vaya regulando notarás como estos se vuelven más blanditos y dejan de gotear. Ver [Apartado Anatomía y fisiología de la lactancia materna \(Anexo 17\)](#).

¿Puede ser que mi leche haya disminuido?

El estrés, la ansiedad, el cansancio, las enfermedades, la falta de succión... e incluso la falta de confianza en una misma, pueden interferir temporalmente en la producción de leche. Ver [Apartado Anatomía y fisiología de la lactancia materna \(Anexo 17\)](#).

¿Cómo puedo aumentar la producción de leche?

Es posible aumentar la producción de leche con la lactancia intensiva durante uno o dos días: dale el pecho a demanda, cada vez que lo pida y el tiempo que necesite, olvídate del reloj. Ver [Extracción manual de Leche Materna](#).

- Extracción poderosa. Ver [Anexo 6](#).
- El método: Power Pumping. Ver [Anexo 7](#).
- Parece que rechaza el pecho, lo coge y lo suelta sin control. ¿Qué pasa? Puede ser que tenga la nariz tapada o esté nervioso, incómodo, a lo mejor solo quiere que lo cojan y no tiene hambre... Ver [Crisis o brotes de crecimiento \(Anexo 5\)](#).

¿Es importante el tamaño del pecho para la lactancia?

La cantidad de glándula mamaria es igual en todas las mujeres sea cual sea el tamaño del pecho. Ver [Anexo 17](#).

¿Es cierto que el pecho se vuelve "feo"?

El pecho cambia de aspecto durante el embarazo y la lactancia a causa del cambio que experimenta la glándula mamaria; también por el paso del tiempo, igual que al resto de mujeres que no lactan.

¿Debo darle algo más aparte de mi leche?

El bebé menor de seis meses no necesita nada más (ni leche artificial, ni agua, ni infusiones, ni zumos...) Ver [Lactancia Materna Exclusiva desde el nacimiento; importancia. Porque el bebé no necesita otro alimento](#).

¿Tengo que comer y beber más?

El hambre y la sed se regulan solas. Intenta que tu alimentación sea sana y variada, come y bebe según tu hambre y sed. Ver [Alimentación y nutrición de la madre](#).

¿Puede mamar si estoy enferma o tomo medicación?

Si, excepto en casos muy especiales (Sida, tratamientos para el cáncer...).

Si es preciso, consulta con profesionales y fuentes de prestigio científicamente avaladas <http://www.e-lactancia.org/>. Ver [Medicamentos y lactancia materna](#).

¿Hasta cuándo es beneficioso amamantar?

Todo el tiempo que tú quieras. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los bebés sean alimentados exclusivamente con leche de sus madres durante los primeros seis meses de vida, sin ningún otro tipo de suplementos, y, a partir de esta edad, complementar la lactancia materna, de forma lenta y progresiva con otros alimentos hasta los 2 o más años. Ver [Importancia de la lactancia materna: beneficios para la madre y el bebé](#).

¿Cómo puedo combinar la lactancia con el trabajo?

Cada vez existen más mujeres trabajadoras que dan el pecho a sus bebés. Es cuestión de programarse. Si trabajas por la mañana, dale el pecho al levantarte y otra vez justo antes de separarte de él. Durante las horas que estés ausente, pueden alimentar a tu bebé con tu leche previamente extraída, manteniendo el pecho durante el resto de tomas. Ver [Apoyo a la madre trabajadora: derechos laborales](#).

¿Cómo tengo que destetarle?

Es aconsejable esperar a que sea el niño o niña quien lo haga de forma espontánea. Si decides destetarle tú, es mejor hacerlo paulatinamente; si tienes dudas consulta con un experto en lactancia.

Estoy embarazada otra vez, ¿puedo seguir dando el pecho?

Por supuesto; no hay ningún inconveniente en amamantar durante el embarazo y simultáneamente se puede amamantar al bebé y a su hermano mayor (lactancia en tándem).

Voy a adoptar un bebé, ¿podré amamantarlo?

Sí puedes, pero necesitarás ayuda de un profesional experto en lactancia que te oriente y ayude.

He tenido un parto múltiple, ¿puedo amamantarlos?

La clave del éxito es la misma que con un solo bebé: inicio inmediato después del parto, alojamiento conjunto y frecuente lactancia a demanda. Ver [Alojamiento conjunto, cohabitación/ contacto estrecho y crianza cercana](#).

He tenido un bebé prematuro, ¿puedo amamantarlo?

Sí, en estos casos la leche materna es su tratamiento porque se adapta a las necesidades especiales del prematuro y favorece su desarrollo. Dependiendo de su edad podrá mamar o tendrán que administrarle tu leche extraída (o leche donada del banco de leche).

Podréis beneficiaros de las ventajas del Método Canguro, si su situación clínica lo permite: contacto piel con piel entre madre (u otro familiar) y bebé, lo más precoz, continuo y prolongado posible en la unidad neonatal.

¿Quién puede aconsejarme?

Sobre todo, confía en ti misma y, si es preciso, recurre a grupos de apoyo de lactancia, profesionales expertos o consultoras certificadas de lactancia. Al final de la guía hay un apartado: consulta y ayuda a la lactancia materna; en ella encontrarás bibliografía y páginas web donde informarte.

Preguntas extraídas del documento de ABAM: “30 preguntas, respuestas” (ABAM: Asociación Balear Lactancia Materna)

Otras preguntas de interés...

¿Cuándo puedo iniciar las relaciones sexuales?

Cuando las parejas estén preparadas para ello, difiere unas de otras, pero hay que tener en cuenta que la libido puede estar disminuida en la mujer debido al cambio hormonal y al cansancio. Puede haber molestias en el coito (dispareunia) debido a la sequedad vaginal y la cicatriz de la episiotomía (si la hubiese). Más información. Ver [Lactancia materna y sexualidad](#).

¿Qué método anticonceptivo sería bueno y compatible durante la lactancia? ¿A dónde debo acudir para ello?

Se pueden utilizar casi todos los métodos, teniendo en cuenta que la misma lactancia en sí puede servir de método natural (MELA) muy utilizado en países con pocos recursos y que permite espaciar los embarazos.

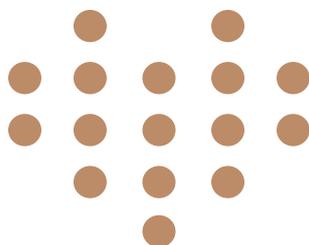
Es recomendable acudir a un centro de planificación familiar, que nos ayudará a utilizar el método más apropiado. Ver [Lactancia materna y anticoncepción](#).

Si tengo excedente de leche, ¿podría donarla?

Sería muy importante y necesario que todas las madres que sus hijos/as no consumieran toda la leche extraída, existiera un circuito asequible y fácil que pudiera recoger este excedente para los bancos de leche.

Se debería fomentar e informar a las madres lactantes la necesidad de que donen leche por la necesidad de ésta. Hoy en día sólo está disponible para los prematuros y niños enfermos. Sería bueno que hubiese cantidad suficiente para todos, incluidos niños sanos cuyas madres no pueden satisfacer toda su demanda.

Para más información, ver [Anexo 19](#).





3

Lactancia materna



●●●●● 3.1. Importancia de la lactancia materna: beneficios para la madre y el niño

La Lactancia Materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé. Es la alimentación ideal para el lactante. Mucha es la bibliografía escrita sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el hijo.

La lactancia materna presenta múltiples beneficios en la salud infantil, el desarrollo intelectual y motor, el riesgo de enfermedad crónica a largo plazo y la salud materna. A medida que la investigación científica progresa, y el conocimiento sobre el tema es mayor, resulta más evidente la superioridad de la lactancia materna sobre los diferentes métodos de alimentación alternativos en razón de todos estos parámetros. Si bien estos beneficios no provienen de su costo, proporcionan otros de tipo económico para la familia, el sistema sanitario y la sociedad.

Una lactancia materna mayor de tres meses de duración previene muchas enfermedades tanto en el lactante como en la madre. No solo durante la época de lactancia sino también a largo plazo. La lactancia materna debe ser exclusiva durante los seis primeros meses, sin necesidad de incluir agua, infusiones, zumos ni ningún otro alimento; la alimentación complementaria comenzará a partir de entonces y resaltando que la leche materna es el alimento principal del lactante hasta el año de vida.

Los múltiples beneficios de la lactancia materna se resumen en:

- **Infecciones.** Los niños amamantados tienen un menor riesgo de sufrir enfermedades infecciosas (infecciones gastrointestinales, otitis media, infecciones del tracto respiratorio bajo...). En el caso de comunidades con peor acceso a agua potable, se elimina el riesgo de infección asociado a la contaminación de las aguas.
- **Síndrome de muerte súbita del lactante.** La lactancia materna lleva asociada una disminución del riesgo de presentar el SMSL.
- **Aparato digestivo.** La lactancia materna, al no requerir preparación y por tanto evitar posibles errores en la misma, reduce el riesgo de deshidratación o desnutrición en los niños. Así mismo, beneficia al inmaduro aparato digestivo de los niños. Beneficio que, en el caso del recién nacido pre-término, se traduce en una menor incidencia de enterocolitis necrotizante grave.
- **Desarrollo intelectual.** Numerosas investigaciones demuestran que los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual, en comparación con los que no son amamantados. Se asocia a un mejor resultado en las pruebas de coeficiente intelectual, diferencias que persisten a largo plazo. Los mecanismos por los que se produce este beneficio no están del todo definidos, pero existen ya algunas explicaciones biológicas para el vínculo causal entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual, como es la presencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, de gran importancia en el crecimiento y desarrollo cerebral. Además, se considera que el contacto físico único entre madre e hijo proporcionado durante la lactancia materna representa un estímulo psicosocial y un vínculo que proporcionaría beneficios para el desarrollo. De esta forma se consolida de manera fisiológica el apego seguro.
- **Desarrollo orofacial.** El uso de la musculatura facial durante el amamantamiento, al contrario del que tiene lugar en la toma del biberón, favorece un desarrollo maxilofacial óptimo, con un menor riesgo de presentar maloclusiones dentales.

- **Enfermedades crónicas.** Hormonas como la grelina y la leptina en la leche materna estarían implicadas en la regulación del apetito, asociándose a menores tasas de obesidad futuras. Existen también estudios que vinculan la alimentación con leche materna con una disminución del riesgo de presentar asma entre los 5 y los 18 años.
- **Salud materna.** El inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, hormona que contribuye a la contracción del útero, la expulsión de la placenta y por tanto la reducción de las hemorragias posparto. Así mismo, la lactancia materna retrasa el retorno de la fertilidad, reduciendo de este modo la exposición a los riesgos para la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos. A largo plazo, las madres que amamantan presentan un menor riesgo de sufrir cáncer de mama, cáncer de ovario y Diabetes Mellitus tipo 2.
- **Economía.** Los estudios analizados indican claramente que, además de ser el método de alimentación infantil más seguro y saludable, la lactancia materna es además el menos costoso de los métodos. El impacto de la compra de fórmulas artificiales en el presupuesto familiar puede ser importante, además de tener que considerar aquellos costes indirectos asociados a un mayor número de episodios infecciosos en el niño, así como a un mayor número de ausencias en el trabajo por parte de los padres.

Cuando este costo del cuidado médico recae sobre el sistema de salud o las prestadoras de servicios de salud, el impacto económico se siente a ese nivel.

Las **precauciones** a tener en cuenta son:

- Es muy importante, sobre todo al comienzo de la lactancia, que no se ofrezcan chupetes ni biberones, pues ello tiende a confundir al recién nacido y provocar un peor agarre al pecho.
- Una correcta posición en los primeros momentos de lactancia asegura una alimentación óptima y evita problemas en el pecho.
- No es necesario preparar los pechos para la lactancia materna.
- La madre no necesita variar su alimentación. Es posible que sienta más sed, pero no es necesario beber mayor cantidad de manera forzada.
- La lactancia materna representa la excusa perfecta para abandonar el consumo de tabaco y alcohol.
- La ayuda y el apoyo por parte de la pareja, entorno familiar y/o grupos de apoyo a la lactancia materna son elementos esenciales para el buen desarrollo de la lactancia.

3.2. Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Importancia: por qué el bebé no necesita otro alimento

La leche materna es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.

Se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño.

A largo plazo los niños amamantados de forma exclusiva padecen con menor frecuencia infecciones respiratorias, obesidad, otitis media, SMSL, asma y obesidad.

Amamantar no sólo ayuda al bebé, la madre mejorará su salud presente y futura, reduciendo numerosas complicaciones como las hemorragias postparto y disminuyendo el riesgo de cáncer de mama, ovario y diabetes.

Por todo ello, la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño, permitiendo su óptimo desarrollo y creando en la madre un gran sentimiento de satisfacción y autoestima.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses son:

- Inicio de la lactancia en la primera hora de vida.
- Exclusividad leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

La lactancia materna exclusiva disminuye la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son objetivables tanto en sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas.

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Por una parte, ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, siendo una forma de alimentación segura, y careciendo de riesgos para el medio ambiente.

Los profesionales informarán a las madres sobre la importancia de ofrecer contacto piel con piel y cercanía a su bebé el mayor tiempo posible, ya que esto constituye el mejor apoyo a la lactancia materna, tranquiliza a los bebés inquietos y ayuda a resolver muchas de las dificultades relacionadas con el agarre y el rechazo del pecho. Además, promueve el establecimiento de un buen vínculo y apego seguro madre e hijo.

El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del bebé, por lo tanto, cuantas más veces se agarra al pecho de la madre y cuanto mejor se vacía éste, más leche se producirá. La cantidad de leche se ajusta a lo que el recién nacido toma y a las veces que vacía el pecho al día. La composición de la misma también varía según las necesidades del lactante a lo largo del tiempo.

Durante los primeros días, se secretará el calostro, una leche más aguada y amarillenta, la cual contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias antiinfecciosas; posteriormente aparece la leche madura. Su aspecto puede parecer “aguado” sobre todo al principio

de la toma ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa. Sin embargo, no existe la leche materna de baja calidad; ésta siempre es adecuada al bebé y es todo cuanto necesita.

Está ampliamente investigado que el lactante durante los primeros 6 meses solo necesita leche materna, por lo tanto, no hay que darle agua, manzanilla, ni otros alimentos. Su organismo no está preparado y hace que se dificulte la lactancia materna.

A partir de entonces se irían introduciendo los alimentos complementarios de forma lenta y gradual, ofreciéndolos tras la toma de pecho. La leche continúa siendo el alimento principal del bebé hasta el año de vida, y se recomienda continuar con la lactancia materna hasta al menos los dos años de vida, y desde ahí hasta que mamá y bebé quieran. La leche materna va a continuar aportando beneficios sin importar la edad del niño.

Salvo casos excepcionales, cualquier mujer puede ser capaz de alimentar a su bebé exclusivamente con su leche, sin importar el tamaño de sus pechos. La diferencia entre unos pechos grandes o pequeños radica en la cantidad de grasa que contienen y no en la cantidad de glándula productora de leche.

Por otra parte, son muy raras las condiciones que contraindican la lactancia materna; casi todas las enfermedades maternas tienen algún tratamiento que se puede hacer sin tener que suspender la lactancia. Ante cualquier duda se aconseja consultar con su pediatra o matrona de referencia.

Las precauciones a tener en cuenta son:

- En algunos casos, la lactancia puede ser más difícil, pero no imposible, bien porque el bebé ha tomado biberones o ha usado chupete o pezoneras con anterioridad o a causa de algún problema específico: prematuridad, gemelos, síndrome de Down... En estos casos, es conveniente que consulte precozmente con su matrona, pediatra, enfermera o experta en lactancia.
- Es posible amamantar a gemelos con lactancia materna exclusiva, ya que el estímulo de succión es doble y, por tanto, la producción también. Al principio es probable que sea más cómodo dar el pecho a ambos a la vez, posteriormente puede ofrecerse el pecho a uno y otro alternativamente.
- Cuando hay más de dos bebés, puede haber mayor dificultad para la lactancia materna exclusiva y probablemente la madre necesitará más ayuda.
- En caso de cesárea, la "subida de la leche" suele demorarse un poco más, por lo que es importante ofrecer el pecho lo más precozmente posible, que el bebé esté junto a su madre en contacto "piel con piel" y que se le permita agarrarse al pecho cuando muestre signos de hambre. No es necesario ofrecer al bebé suplementos durante los primeros días, ya que ello puede perjudicar la normal instauración de la lactancia materna.
- Existen grupos de apoyo a la lactancia en los que madres con experiencia pueden ayudar a otras madres a resolver problemas o dificultades y a amamantar con éxito, complementando así la asistencia proporcionada por los profesionales sanitarios.

●●●●● 3.3. Importancia del contacto piel con piel de forma precoz

El contacto piel con piel (CPP) precoz es el contacto entre la piel del recién nacido y la de su madre durante la primera media hora tras el parto. Se debe asegurar que este contacto sea inmediato, ininterrumpido, sin prisas, entre la madre y su recién nacido sano sin envolver, inmediatamente después del nacimiento, aún antes de pinzar el cordón.

El CPP debe continuar por lo menos durante una hora, aunque se recomienda un período más prolongado si el recién nacido no ha succionado en la primera hora después del nacimiento. La primera hora tras el nacimiento es el período más sensitivo del bebé, en el cual éste se encuentra en un estado de alerta tranquila donde el reflejo de succión es intenso.

El CPP se recomienda en todos los nacimientos, independientemente del parto. En partos por cesáreas también se recomienda la práctica rutinaria de contacto precoz, ofreciendo apoyo en la colocación del recién nacido para proteger la cicatriz abdominal.

En caso de no poder realizar la madre el contacto piel con piel precoz (cesárea con complicaciones, UCI, etc) lo podrá realizar cualquier familiar.

El CPP tiene beneficios importantes como:

- Estimular los reflejos de búsqueda, succión y deglución del recién nacido.
- Facilitar el agarre espontáneo y precoz, favoreciendo la lactancia materna a corto y largo plazo (duplica la probabilidad de continuar con la lactancia materna entre el primer y el cuarto mes).
- Mejora las glucemias del recién nacido, previniendo la hipoglucemia.
- Ayuda a la termorregulación del bebé.
- Hace que el bebé tenga una llegada al mundo mucho menos estresante que si le separan de su madre.
- Disminuye el llanto.
- Ayuda a que aparezca el vínculo afectivo entre los padres y el bebé, necesario para la supervivencia y el desarrollo del bebé. Mejora la adaptación del recién nacido al medio.

Previamente al parto es importante conocer:

- La importancia del CPP durante el “período de transición”. El período de transición es aquél en el que tiene lugar la adaptación del recién nacido a la vida fuera del útero e implica el inicio de la respiración y un cambio muy importante en su circulación sanguínea. Se ha demostrado que donde mejor realiza el recién nacido esta adaptación es en contacto piel con piel con su madre.
- La conveniencia de dedicar ese tiempo en exclusiva al recién nacido.
- La posición en la que la boca o la nariz del recién nacido no corren peligro de obstruirse durante el contacto piel con piel.
- Los signos de alarma, comprobando que éstos son entendidos como cambios en la respiración, en el color de la piel o de los labios o alteraciones del tono muscular del bebé.

Deben observar en el recién nacido mientras está en contacto piel con piel:

1. **Labios sonrosados.** Se debe avisar a los profesionales sanitarios si se observan labios azulados o pálidos, (debemos explicar que en las primeras horas no tiene importancia que las manos o los pies estén azulados).
2. **Respira sin dificultad.** Debe avisarse si le cuesta respirar o hace ruidos compatibles con un quejido.

3. **Tiene fuerza.** Debe avisarse si se le nota flácido (como un muñeco de trapo) o tembloroso.

- Indicar cómo avisar con urgencia a los profesionales responsables de su cuidado si se observan estos signos de alarma.

Ejecución

Se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento.

Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos. Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro.

El estado de la madre y del recién nacido deben ser supervisados durante ese tiempo por un acompañante correctamente informado o por un profesional sanitario.

Precauciones

- Se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación madre-hijo.
- Ayudar a la madre a adoptar, tras el parto, una posición semi-incorporada (15-65°) que facilite la permeabilidad de la vía aérea del recién nacido.
- En caso de las cesáreas, hay que tener en cuenta que para poder iniciar el CPP intraquirófano, tanto enfermeras como anestelistas han de colaborar para favorecer que madre y recién nacido permanezcan juntos en las salas de reanimación.
- Es importante informar a las madres sobre la importancia de ofrecer en el domicilio contacto piel con piel y cercanía a su bebé el mayor tiempo posible, ya que esto constituye el mejor apoyo a la lactancia materna, tranquiliza a los bebés inquietos y ayuda a resolver muchas de las dificultades relacionadas con el agarre al pecho. Además, promueve el establecimiento de un buen vínculo y un apego seguro entre la madre y su hijo.



María y su hijo Teo

3.4. Postura y enganche adecuados al pecho

La postura, la posición y el agarre correcto del pecho son claves para conseguir una lactancia placentera y eficaz. Podríamos definir estos conceptos de la siguiente manera:

- **Postura:** Es la forma en la que la madre se coloca para dar el pecho. Existen muchas posibilidades y todas son válidas si la mamá está cómoda y relajada, ya sea sentada o acostada. Debe tener la espalda y los pies apoyados adecuadamente, de modo que pueda sostener al niño cerca sin mucho esfuerzo (**el bebé debe estar pegado al cuerpo de la madre**). Es importante anotar que es el niño el que va hacia el pecho, NO el pecho hacia el niño.
- **Posición:** Es la forma en la que colocamos al bebé para darle el pecho, existen también muchas diferentes. Lo habitual es practicar una o dos según si damos el pecho en la cama o en la silla, modificándola en ocasiones si el bebé tiene dificultades de agarre. Debe cumplir las siguientes condiciones:
 - El cuerpo del lactante debe estar volteado y pegado al cuerpo de la madre.
 - La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar en línea recta, alineados (oreja, hombro y cadera en la misma línea).
 - La cara del bebé debe mirar al pecho de la madre con la nariz frente al pezón (el labio superior por debajo del pezón), cuando se aproxima al pecho.
 - Es importante que la boca esté bien abierta, tanto para el agarre como durante la toma (barbilla hacia el pecho).
- **Agarre:** Es la manera en la que el bebé coloca su boca para agarrar y succionar el pecho. El agarre correcto es asimétrico.

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé.



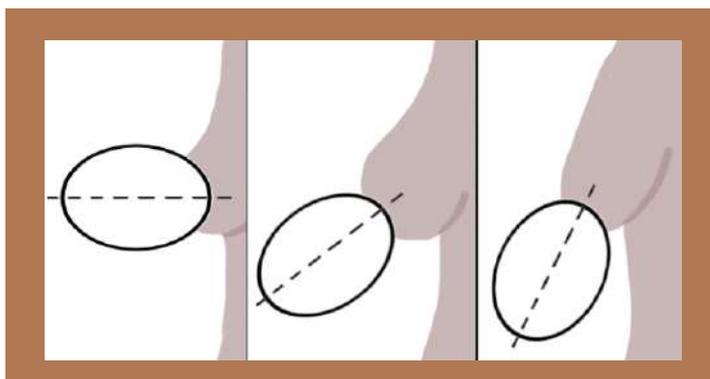
EL AGARRE ASIMÉTRICO es el correcto agarre, en que el bebé toma más porción de areola por debajo que por arriba, dejando así un espacio suficiente para que el pezón vaya al sitio adecuado en el paladar (unos milímetros mas adelante del punto en el que se unen el paladar duro y el blando) y para que la lengua pueda abarcar los conductos y ordeñarlos. Así, el bebé no hace ningún sobreesfuerzo ni se daña el pezón.

Para un buen agarre es importante:

- Situarse madre e hijo cómodos y muy juntos, con el cuerpo del bebé muy pegado a la madre.
- La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar en línea recta, alineados (oreja, hombro y cadera en la misma línea).
- Cabeza del niño apoyada en el antebrazo (no en el codo).
- Dar también apoyo a las nalgas, sobre todo en recién nacidos.

- Cada pezón suele tener una direccionalidad distinta, de ahí la importancia de adoptar una posición diferente en cada pecho.

Si la posición es correcta, al trazar desde el pezón una línea recta, ésta saldría por la "coronilla" del bebé.



- Estimular al bebé para que abra la boca (rozar pezón-nariz) y desplazar al bebé suavemente hacia el pecho. El labio inferior queda apoyado en la parte inferior de la areola (se apoya primero el labio inferior y después el superior).
- Es importante que sea el niño el que va hacia el pecho, NO el pecho hacia el niño.
- Si es necesario dar soporte al pecho, se usará el llamado "soporte en C": la madre sostendrá y ofrecerá el pecho colocando el pulgar por encima y los cuatro dedos restantes por debajo, lejos del pezón (no se hará soporte en pinzas ni tijeras).

El "soporte en C" es el adecuado, ya que los dedos no dificultan el agarre del bebé al pecho ni obstruyen la salida de la leche.



Sanwich vertical



Sanwich horizontal

3.4.1. Posturas para amamantar

Posición en CRIANZA BIOLÓGICA

- Madre semi-recostada entre 15°-65° y cómoda.
- Bebé colocado encima de la madre con la cara entre sus pechos.
- Permitir que sea el bebé quien se desplace hacia el pecho de la madre y realice un agarre espontáneo.
- Esta postura es especialmente útil cuando existen **dificultades con el agarre**, ya que facilita que el recién nacido ponga en marcha sus reflejos instintivos. El recién nacido cabecea y se desplaza buscando el pecho de la madre. Esta postura también es útil cuando existe dolor en el periné.



Posición de CUNA

- Es una de las posturas más utilizadas.
- La madre sujeta el cuello y la cabeza del bebé con el mismo brazo y mano del pecho que ofrece.
- Para que el cuello no esté flexionado, en la mayoría de los casos, es necesario colocar la cabeza en el antebrazo en lugar de en el codo y la mano en la espalda en lugar de en las nalgas.

Posición RECOSTADA DE LADO

- La madre se coloca de lado de forma que su pecho descansa sobre el colchón.
- El bebé acostado de lado, mirando a la madre y con la cabeza apoyada en el colchón (no sobre el brazo de la madre).
- Desplazar al bebé (no el pecho) hasta que el pezón quede a la altura de la nariz.
- Esta postura es especialmente útil para **favorecer el descanso materno** cuando existe dolor en el periné (parto instrumental, hemorroides...).



Posición RUGBY

- La madre sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el antebrazo y la mano del mismo pecho que va a dar, por lo que le queda una mano libre para poder realizar un agarre dirigido si lo precisa.
 - El cuerpo del bebé queda por debajo del brazo de la madre, y los pies del niño dirigidos hacia la espalda de la madre.
 - Es útil tener una almohada/cojín para descansar el antebrazo de la madre y el cuerpo del bebé.
- Esta postura es especialmente útil en:
 - Cesáreas, para proteger la herida quirúrgica.
 - En las madres con mamas muy grandes o con obesidad mórbida.
 - Cuando se necesita drenar el cuadrante externo de la mama.
 - Cuando se precisa probar otras posturas para mejorar el agarre del bebé al pecho.
 - En amamantamiento simultáneo en gemelos.

Posición de DANCER

- La madre coloca al bebé sentado a caballito sobre su muslo, con la cabeza frente al pecho.
- Con una mano sujeta al bebé por la espalda y con la otra afianza el mentón del bebé a su pecho. Coloca la mano en forma de bandeja bajo el pecho y con el índice y el pulgar en forma de U afianza el mentón.
- Esta postura es especialmente útil en:
 - Problemas con el paladar.
 - Hipotonía (síndrome de Down...).
 - Retrognatia.
 - Reflujo gastroesofágico.



No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el agarre sea adecuado, y que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre.

“ Si hay dificultad en la técnica de la lactancia, se recomienda realizar **cualquier postura PIEL CON PIEL**, siendo la más recomendable la postura biológica.

El **agarre dirigido** facilitará también las dificultades de agarre. ”

- En caso de que la madre necesite durante de la toma sostener su pecho por debajo, debe tener en cuenta que la mano o los dedos deben estar detrás de la areola y no interferir con el agarre del lactante al pecho.
- La deglución debe ser audible, pero no hay sonidos de chupeteo o de chasquido.
- Ambos deben de estar relajados, y en caso contrario se recomienda interrumpir la succión (para ello la madre puede deslizar un dedo en la boca del lactante) e intentarlo de nuevo cuando se tranquilice.
- Hasta que se establece un patrón de aumento de peso adecuado, la madre sabe despertar al recién nacido para alimentarlo.

AGARRE DIRIGIDO para las dificultades de agarre: Posición de CUNA-CRUZADA

Sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el brazo y la mano contraria al pecho que ofreces.

Realiza la técnica del sandwich con la mano del pecho que ofreces:



- mano en forma de C
- anclar el borde de la areola al labio inferior
- pezón en dirección al paladar
- boca abierta en su máxima amplitud
- soporte en la cabeza a la altura de la nuca
- cuerpo alineado
- barriga con barriga

Amamantar no duele,
las molestias se evitan
con una posición correcta

Fuente: Folleto Lactancia Materna,
Consejería de Salud



●●●●● 3.5. Alojamiento conjunto, cohabitación/contacto estrecho y crianza cercana

El alojamiento conjunto en medio hospitalario se define como la colocación de la madre y el recién nacido en la misma habitación (bien en superficies separadas, bien en “cunas colecho”) inmediatamente tras salir de la sala de partos y, en el caso de partos por cesárea, a partir del momento en el que la madre puede satisfacer las necesidades de su hijo. En el caso de los partos en casa, se define como la colocación de la madre y el recién nacido en la misma habitación inmediatamente después del parto.

Este tipo de alojamiento implica brindar la atención médica, enfermera y del personal de trabajo social a la madre y al recién nacido de manera tal que se favorezca su contacto temprano piel con piel, desde el momento del nacimiento y durante todo el tiempo que permanecen en el hospital. Alojándolos conjuntamente, fortalecemos la relación afectiva entre ellos y estimulamos que el niño inicie la alimentación al seno materno y la continúe a libre demanda.

Es necesario que el personal médico y de enfermería se encuentre bien informado con respecto a los procedimientos que deben llevarse a cabo para la atención de la madre y el niño en el alojamiento conjunto.

Asegurar unas condiciones adecuadas para el establecimiento y mantenimiento de una cohabitación segura.

Favorecer el amamantamiento eficaz, gracias al fomento de las tomas nocturnas y la consiguiente estimulación de la oxitocina y la prolactina, asegurando de este modo una adecuada producción láctea.

Proporcionar bienestar emocional al bebé y a su madre, dado que los primeros no poseen la capacidad de regularse de manera autónoma, precisando para ello el contacto con su madre.

En el caso de compartir superficie, mejorar las condiciones de descanso de madre e hijo: los ciclos de sueño-vigilia de la madre lactante que realiza el colecho se sincroniza con los del bebé, favoreciendo un menor nivel de estrés y menores despertares para ambos. (Ver [Anexo 3: Lactancia materna y sueño](#)).

Además de la formación e información al personal en contacto con la pareja, el hospital debe proporcionar una superficie que sea segura:

- La superficie para el descanso del bebé (cuna separada o “cuna colecho”) debe estar conforme a las disposiciones reglamentarias en cuanto a seguridad.
- La temperatura adecuada oscila entre los 16-18°C.
- Se debe prestar especial atención a evitar sobreabrigar al recién nacido
- La ropa de la cama no debe sobreabrigar o tapar la cabeza del niño/a.
- El recién nacido ha de dormir en un ambiente libre de humos.

Preparación. Informar a los progenitores desde atención primaria a través de la educación maternal.

Ejecución. En el hospital se le proporcionará el entorno, material y apoyo adecuados para el establecimiento del alojamiento conjunto las 24h lo cual proporciona las siguientes ventajas:

- Promueve la lactancia materna y facilita que se pueda ofrecer a demanda.
- Permite que no se interrumpa el vínculo materno-filial.
- Permite que la madre responda de inmediato a las necesidades de su hijo.
- Disminuye el llanto.
- Ayuda a que las madres descansen más y el sueño sea más reparador.

Precauciones.

- Información a las madres acerca de la importancia de mantener a su hijo cerca en todo momento, lo que les ayudará a identificar mejor las necesidades del bebé, sobre todo las señales de hambre (Ver [Anexo 1](#)).
- No se recomienda el uso de tetinas o chupetes en las primeras fases de la lactancia materna. A los padres que quieran utilizarlos se les informará adecuadamente respecto a los posibles efectos negativos del uso de los mismos en el establecimiento de la lactancia (Ver: [Evitar tetinas y chupetes](#)).
- Durante el primer mes de vida es conveniente que el bebé haga entre 8 y 12 tomas cada día. El hecho de amamantar al bebé frecuentemente favorece la producción de leche durante las primeras semanas y ayuda a calibrar la producción de leche adecuada para cada bebé, por eso la importancia de dar lactancia a demanda para que la producción de leche se regularice.
- Información sobre la importancia de ofrecer contacto piel con piel y cercanía a su bebé el mayor tiempo posible ya que esto constituye el mejor apoyo a la lactancia materna, tranquiliza a los bebés inquietos y ayuda a resolver muchas de las dificultades relacionadas con el agarre y el rechazo del pecho (Ver: [Contacto piel con piel de forma precoz](#)).
- Información adecuada respecto a la cohabitación/colecho en casa, sobre sus beneficios y también sobre los factores de riesgo que contraindican este último. (Ver [Anexo 4](#)).



Rosa e Iván con su hijo Nico

●●●●● 3.6. La importancia de la lactancia a demanda

La alimentación al pecho funciona de un modo óptimo cuando se realiza a demanda. Es la forma natural y más saludable de alimentar a los bebés.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosas organizaciones científicas (entre ellas la Asociación Española de Pediatría AEP) recomiendan y fomentan la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida y, continuar con la lactancia materna a demanda, junto con otros alimentos, hasta los 2 años o más, según el niño y la madre lo deseen.

Se recomienda ofrecer el pecho al bebé cuando éste lo pida, tanto de día como de noche, y durante el tiempo que quiera, sin horario establecido, hasta que lo suelte espontáneamente.

De este modo se regula la producción de leche según las necesidades del niño, se asegura la ingesta de leche del inicio y del final de la toma, cuya composición es diferente, y se logra un buen vaciamiento del pecho, evitando un excesivo acúmulo de leche que puede ocasionar ingurgitación y mastitis.

Muchos niños, además de alimento, buscan consuelo en el pecho de su madre. Un bebé que llora y que demanda ser amamantado necesita a su madre. La lactancia materna es mucho más que alimento, favorece la continuidad del vínculo afectivo que se inicia durante el embarazo entre madre e hijo.

Por eso, es esencial que la madre esté cerca de su bebé, eso le ayudará identificar mejor las necesidades de su hijo y a conocer las señales de hambre de su bebé. (Anexo 1)

Durante el tiempo de lactancia se informará a la madre que puede y debe hacer una vida normal con su bebé, lo que incluye frecuentar lugares públicos: medios de transporte, piscinas, restaurantes, museos, centros comerciales...

La lactancia se rige por la necesidad del bebé de lactar a demanda en cualquier lugar y es responsabilidad de toda la sociedad permitir que pueda hacerlo con libertad. Así mismo, las salas de lactancia proporcionan a las madres la posibilidad de disponer un espacio apartado, íntimo y cómodo para amamantar a su hijo, pero su uso no tiene carácter obligatorio.

Todos los niños tienen derecho a ser amamantados cada vez que lo precisen, con independencia de su edad, y sus madres tienen el derecho de poder hacerlo en cualquier momento y lugar ya que amamantar forma parte de la naturaleza humana, de nuestra cultura.

Para que la sociedad vea el acto de amamantar como un hecho cotidiano es necesario implementar medidas educativas y legislativas que hagan posible que madres e hijos puedan ejercer este derecho en el modo y lugar que necesiten. Con ello, no sólo beneficiaremos a los niños y madres sino a toda la sociedad.

Además de toda la información anteriormente mencionada, tendremos que tener en cuenta los siguientes puntos:

- Información a las madres de la importancia de mantener a su hijo cerca en todo momento, lo que les ayudará a identificar mejor las necesidades del bebé. Ver [Alojamiento conjunto, cohabitación/ contacto estrecho y crianza cercana](#).
- Todas las madres tendrán información sobre señales de hambre del lactante. (Ver [Anexo 1](#)).
- Información adecuada respecto a la cohabitación/colecho, sobre sus beneficios y también sobre los factores de riesgo que contraindican este último. (Ver [Anexo 4](#)).
- Información sobre la importancia de ofrecer contacto piel con piel y cercanía a su bebé el mayor tiempo posible ya que esto constituye el mejor apoyo a la lactancia materna, tranquiliza a los bebés inquietos y ayuda a resolver muchas de las dificultades relacionadas con el agarre y el rechazo del pecho (Ver [Importancia del contacto piel con piel de forma precoz](#)).

- Información sobre la anatomía y fisiología de la lactancia materna (ver [Anexo 17](#)).
- Informar a las madres sobre las alteraciones en la demanda que puede sufrir su hijo a lo largo de la lactancia materna: Crisis o brotes de crecimiento. (Ver [Anexo 5](#)).

Precauciones:

- **No se recomienda el uso de tetinas o chupetes** en las primeras fases de la lactancia materna. A los padres que quieran utilizarlos se les informará adecuadamente respecto a los posibles efectos negativos del uso de los mismos en el establecimiento de la lactancia (Ver [Evitar tetinas y chupetes](#)).
- **Durante el primer mes de vida es conveniente que el bebé haga entre 8 y 12 tomas cada día.** El hecho de amamantar al bebé frecuentemente favorece la producción de leche durante las primeras semanas y ayuda a calibrar la producción de leche adecuada para cada bebé, por eso la importancia de dar lactancia a demanda para que la producción de leche se regularice.
- Es conveniente amamantar al bebé “a demanda” (cuando el pequeño tenga hambre), probablemente entre cada hora y media y tres horas. Conforme los recién nacidos van creciendo, necesitan mamar menos frecuentemente y es posible que desarrollen una pauta más predecible. Algunos maman cada hora y media, mientras que otros pueden aguantar dos o tres horas.
- **Es normal que los bebés realicen “tomas agrupadas”, es decir, que coman varias veces seguidas y luego pasen varias horas sin comer.**
- Es conveniente que el bebé determine la duración de la toma. Él sabe cuándo ha tenido suficiente y se despegará solo de la mama. Si se le quita del pecho antes de que esté listo, puede que no reciba la cantidad de leche que necesita, que no tome la leche rica en calorías del final de la toma, y que se vaya reduciendo la cantidad de leche que se produce.

“ Para mantener una buena producción de leche en ambos pechos y evitar que se congestione uno de ellos, lo que puede resultar doloroso, es importante alternar ambos pechos y procurar que mame de los dos cada día. La manera de hacerlo difiere, hay bebés que prefieren mamar de los dos pechos en cada toma y otros prefieren ir alternando y mamar solo de un pecho en cada toma.”

Factores que influyen en el tiempo que duran las tomas:

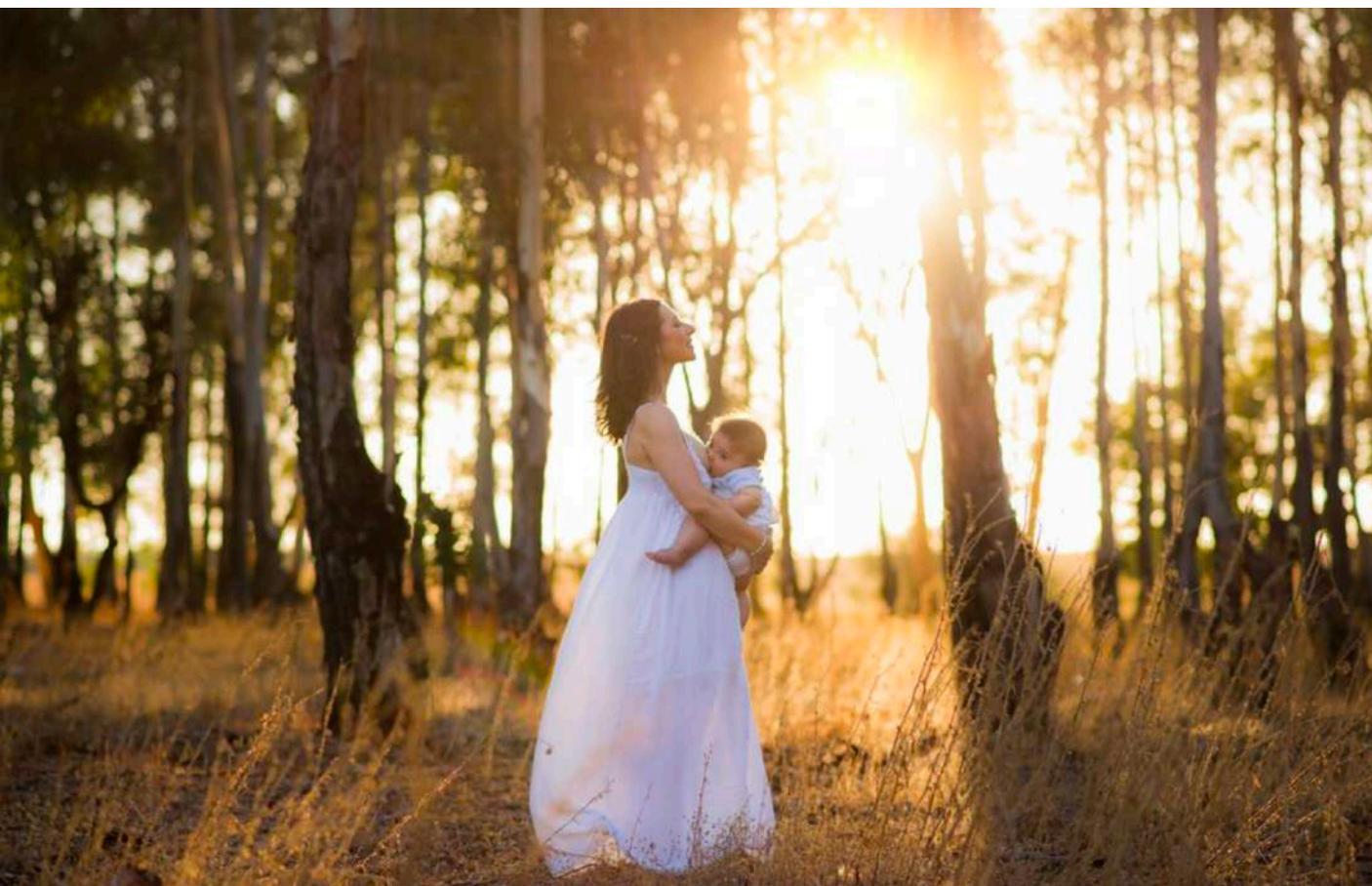
- a) Si se ha producido o no la subida de la leche y si la producción de la leche está completamente regularizada.
- b) Si el reflejo de eyección es inmediato o no, es decir, si la leche baja inmediatamente cuando empieza a mamar el bebé o tarda unos minutos en hacerlo.
- c) Si el flujo de leche es lento o rápido.
- d) Si está colocando correctamente el bebé en el pecho. Ver [Cómo conseguir una posición efectiva y agarre](#).
- e) Si el bebé se entretiene antes de empezar o comienza directamente a mamar.
- f) Si el bebé está adormilado o se distrae con facilidad (lo que les suele ocurrir a los de más edad).

La **duración de las tomas** también depende de la edad. La mayoría de las sesiones de amamantamiento de los recién nacidos duran entre 20 y 45 minutos. Sin embargo, a menudo están somnolientos y es necesario tener paciencia y perseverancia durante es período. Conforme van creciendo, los niños van adquiriendo mayor destreza, por lo que pueden tardar solamente entre 5 y 10 minutos en vaciar cada pecho, mientras que un recién nacido puede estar hasta 20 minutos o más en cada pecho.

Cuando el bebé está saciado comienza con succiones lentas, a mostrar pérdida de interés por el pecho y apartarlo de él, momento en el que puede darse por finalizada la toma.

Por todo lo anterior se puede considerar que un bebé esta recibiendo suficiente leche materna:

- Si el patrón de micciones y de posiciones es correcto ([Anexo 2](#)).
- La curva de peso y crecimiento es correcta (Tabla de la OMS: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/la-evolucion-del-lactante-amamantado/>; <https://www.ihan.es/estandares-oms/>)
- Si tanto la madre como el bebé se muestran satisfechos y relajados y no muestran signos de malestar.
- El binomio madre y bebé será valorado entre las primeras 48 horas y 72 horas y posteriormente, de forma semanal hasta cumplir el mes en atención primaria, para ir comprobando que la lactancia va evolucionando correctamente y corregir posibles dificultades. Si es necesario, las visitas serán más frecuentes.



Nazaret y su hijo Lucas

3.7. Cómo saber si la lactancia funciona

Para identificar los criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna se debe realizar una valoración de la técnica de la lactancia en relación a la postura, al agarre y a los signos de transferencia eficaz de leche, de la madre y del recién nacido.

Valoración del amamantamiento mediante la observación de la toma:

- Buena postura
 - La madre es capaz de colocar a su lactante de forma que favorece un agarre óptimo.
 - Madre y lactante están cómodos e interactúan positivamente durante y después de la toma.
- Buen agarre
 - Antes del agarre, la cabeza del lactante está frente al pecho con el pezón a la altura de la nariz.
 - El cuello permanece ligeramente extendido y no está girado, la barbilla toca el pecho y la nariz está libre.
 - La boca está bien abierta con el labio inferior evertido y ambos labios forman un ángulo de unos 120°.
 - Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
 - La madre no siente dolor en el pecho.
 - El pezón no se le escapa al lactante de la boca ni hay sonidos de chupeteo o de chasquido.
 - El pezón al finalizar la toma no está deformado ni presenta signos de compresión.
- Transferencia adecuada de leche
 - El lactante realiza succiones profundas, mantenidas y con pausas no muy largas.
 - La deglución es visible y/o audible.
 - Se ofrecen ambos pechos en cada toma, comenzando por el que se vació menos en la anterior. Se espera a que suelte espontáneamente el pezón antes de ofrecerle el segundo pecho.
 - La madre experimenta los efectos de la liberación de oxitocina (contracciones uterinas, aumento de loquios, goteo de leche durante la toma, sed, relajación o sueño).
 - El lactante muestra signos de saciedad tras la toma: suelta el pezón espontáneamente y queda relajado y satisfecho.

Valoración de la madre:

- La madre presenta signos de lactogénesis II (“subida” de la leche) a partir de las 48-72 horas. En general las madres notan un incremento de la firmeza, peso y tamaño de los senos. Puede producirse algo más tarde en madres primíparas sanas si no amamantan con frecuencia los primeros días, si han sido separadas de sus hijos o si han tenido un parto por cesárea.
- Hay un aumento notable del volumen de leche antes del quinto día.
- La madre sabe reconocer las señales que indican disposición para mamar en el recién nacido, se muestra receptiva y le ofrece el pecho cuando las detecta. (Ver [Anexo 1](#)).
- La madre tiene apoyo de su pareja, familiares, amigas o grupos de apoyo.
- No hay presencia de dolor o molestias importantes en las mamas durante o entre las tomas (descartar la presencia de grietas o lesiones en los pezones).
- Tras la subida de la leche los pechos se ablandan después de la toma. No hay signos de ingurgitación mamaria.



Paula y su hija Celia

Valoración del recién nacido

- Un bebé puede desear mamar a la hora de haber realizado una toma o tardar más de 4 horas en pedir la siguiente. Al principio durante las primeras semanas, es conveniente intentar que el bebé tome al menos entre 8-12 tomas en 24 horas (cada 2 o 3 horas), o cuando la madre sienta los pechos llenos (eso ayudará a vaciarlos correctamente). Todas estas premisas permitirán una correcta calibración de la producción de leche que el bebé necesita, recuperando el peso del nacimiento a los 15 días. Es necesario destacar, que la lactancia materna es a demanda.
- Da señales de disposición para mamar al menos 8 veces al día: bostezos, movimientos oculares, chupeteo o búsqueda, chuparse el puño. Facilitará la detección de estas señales, el hecho de que la madre esté cerca del bebé el mayor tiempo posible y conozca muy bien las señales de hambre. El llanto es un signo tardío de hambre. (Ver [Anexo 1](#)).
- Está alerta al principio de la toma y cuando está saciado suelta el pecho espontáneamente y se muestra satisfecho y relajado (manos y brazos relajados).
- Muestra un buen agarre realizando succiones efectivas y se le oye tragar.
- Muestra signos de buena hidratación (mucosas húmedas, conjuntivas brillantes, piel elástica y turgente).
- Muestra coloración normal de piel y mucosas y no está excesivamente icterico.
- Un patrón adecuado de excretas (deposiciones y micciones) indican una ingesta adecuada según el día de vida. (Ver [Anexo 2](#)).
- **Monitorización de la pérdida y aumento de peso semanal durante el primer mes.** La pérdida de peso es variable en la primera semana. Una pérdida > 7% durante los primeros cuatro días después del parto indica que se requiere una evaluación constante del proceso de lactancia materna y la posible corrección de las técnicas de lactancia hasta que el aumento de peso sea satisfactorio. El consenso general es que el peso al nacer debe ser recuperado en aproximadamente 15 días.

3.8. Extracción manual de leche materna

Son múltiples las circunstancias por las que una madre puede necesitar extraer su leche. Toda madre que tiene/o va a tener un recién nacido debe ser informada e instruida en la forma de realizar dicha técnica y cómo almacenar la leche o calostro. Existen dos formas de realizar dicha extracción: manual o mecánica. Ambas tienen una serie de ventajas e inconvenientes, que unidas a la situación que requiere la extracción y la preferencia de la madre hace que sea importante que ambas formas sean conocidas y practicadas. La preparación debe partir desde el periodo del embarazo, existiendo una corriente actual en la que se aborda de forma práctica la extracción de calostro en los días finales de la gestación. En el presente apartado abordaremos qué situaciones requieren de dicha extracción, cómo realizarla, cómo conservar la leche extraída y finalmente cómo dársela al bebé.

Los motivos para sacarse la leche son numerosos, y entre ellos cabe destacar:

- Provocar el reflejo de eyección para ayudar al bebé a tomar adecuadamente el pecho.
- Al principio de la lactancia, si el bebé es prematuro o está enfermo.
- Para aliviar la ingurgitación.
- Para extraer la leche cuando no es posible dar de mamar en una toma determinada.
- Para mantener la producción cuando no es posible dar el pecho.
- Para guardar la leche y dársela al niño en otro momento.
- Para donarla a un banco de leche.
- Para extraer y desechar la leche temporalmente mientras se toma un determinado fármaco.
- Para ayudar a drenar el pecho en caso de obstrucción, mastitis, ...
- Para iniciar y establecer la producción de leche en caso de relactación o lactancia inducida.
- Alimentar a un bebé mientras aprende a succionar de un pezón invertido.
- Alimentar a un bebé con dificultades para coordinar la succión.
- Ayudar a un bebé a agarrar bien un pecho lleno.
- En caso de hospitalización de la madre o el niño.
- Cuando haya que suplementar con leche materna, por poca ganancia de peso del lactante, debido a diversos motivos: bebé dormilón, frenillo o anquiloglosia, etc.

3.8.1. Procedimiento

Consideraciones previas:

Cuando una madre va a proceder a realizar una extracción, hay una serie de actos previos que deben ser realizados:

1. Lavarse siempre las manos antes de manipular el pecho. Retirar anillos, pulseras y relojes para hacerlo. Se deben tener las uñas cortas y sin esmalte.
2. Una ducha diaria con agua y jabón es suficiente, no es necesario limpiar areolas y pezones en cada extracción. No aplicar aceites o cremas en pezón y areola.
3. La liberación de oxitocina y la eyección de la leche mejoran con estímulos externos: la cercanía del bebé o de algún objeto suyo, así como el suave masaje del pecho la favorecen. La liberación de prolactina y la producción de leche se producen por la succión del bebé o por la estimulación del pecho.
4. Para la extracción de calostro se recomienda hacerlo de forma manual antes que mecánica.



Ana Belén, José Antonio y sus hijos José Antonio y Alejandro

PRIMERA FASE: ESTIMULACIÓN

Independientemente de cómo se realice la extracción, una correcta estimulación del pecho es necesaria para conseguir un buen vaciado del pecho.

Para ello se realizarán estos tres pasos durante varios minutos en cada pecho:

Masajear con movimientos circulares con la yema de los dedos en un mismo punto sin deslizarlos por encima de la piel, oprimiendo el pecho hacia las costillas. Repetir estos movimientos durante algunos segundos en cada punto por todo el pecho alrededor de la areola y hacia el pezón.



Frotar sin presionar (como si fueran caricias), desde la parte superior hacia el pezón. Este movimiento favorecerá y estimulará el reflejo de eyección de leche.

Sacudir ligeramente el pecho inclinándose hacia delante, la gravedad y este movimiento ayudarán.



SEGUNDA FASE: EXTRACCIÓN

A. Extracción manual (Técnica de Marmet)



Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una "C" a unos 3 o 4 centímetros por detrás del pezón.

Empujar con los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos primero levantarlos y después empujar.



Rodar los dedos hacia el pezón en una acción de "ordeño"; rodar no deslizar. En este momento suelen aparecer las primeras gotas de leche o calostro. Girar la posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas del mismo.

Pueden utilizarse ambas manos en cada pecho

No deslizar. Evitar estiramientos y presión excesiva en el pecho o pezón. Son movimientos no efectivos y pueden resultar dolorosos.



Repetir rítmicamente para vaciar el pecho: colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar... Continuar la extracción hasta que el flujo de leche sea más lento.

Repetir todo el proceso: provocar el reflejo de salida y exprimir en ambos pechos, una o dos veces más.

Video de Extracción Manual: https://youtu.be/_cYNXehhf_w

B. Extracción mecánica

La extracción mecánica de leche se realiza mediante el uso de un sacaleches. Existen dos grupos: los manuales y los eléctricos (Ver [Anexo 11](#)). Para elegir uno de ellos hay que tener en consideración:

1. Eficacia: debe drenar bien el pecho y estimular la producción.
2. Facilidad de uso: los eléctricos son más cómodos que los manuales.
3. Riesgo de traumatismo del pecho.
4. Facilidad de acceso.
5. Precio: los manuales son menos costoso que los eléctricos.

En todos los casos, independientemente del método de extracción elegido, para aumentar la eficacia es recomendable masajear el pecho mientras se realiza la extracción y complementar el vaciado con la extracción manual.

3.8.2. Uso del extractor manual

Antes de proceder a la extracción es conveniente explicar a la madre cómo hacerlo. Se puede usar un globo. Posteriormente se dejará que la madre practique.

Los pasos a seguir serán los siguientes:

- Lavarse las manos.
- Preparar los pechos igual que para la extracción manual (masajear, frotar, sacudir).
- Colocar la copa de tamaño adecuado sobre el pecho.
- Comenzar usando tracciones cortas y rápidas, imitando la "llamada a la leche" del bebé.
- Cuando se vea algo de leche realizar aspiraciones largas y uniformes evitando la tentación de usar demasiada aspiración y producir dolor.
- Si el extractor de leche tiene regulador empezar por el nivel más bajo e incrementarlos hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
- Usar 5 -7 minutos en cada lado (previo masaje) o hasta que el chorro o las gotas sean más lentas. Cambiar de pecho y repetir 2-3 veces.
- Es importante informar a la madre de que, al igual que con la extracción manual, puede que en las primeras extracciones sólo se obtengan unas cuantas gotas. Es normal, en sucesivas extracciones la cantidad irá aumentando.



3.8.3. Uso del extractor eléctrico

Antes de proceder a la extracción es conveniente explicar a la madre cómo hacerlo. Se puede usar un globo. Posteriormente se dejará que la madre practique.

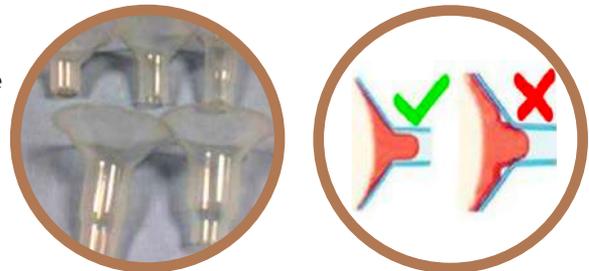
Los pasos a seguir serán los siguientes:

- Lavarse las manos.
- Preparar los pechos igual que para la extracción manual (masajear, frotar, sacudir).
- Poner el control en el nivel de presión más bajo.
- Conectar según las instrucciones del fabricante.
- Colocar la copa de tamaño adecuado sobre el pecho. Asegurarse de que está bien adaptado (sellado).
- Encender el extractor de leche. El pezón se moverá hacia adelante y hacia atrás dentro del embudo.
- Empezar por el nivel más bajo e incrementarlo hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
- Cuando aparezca algo de leche, aumentar poco a poco el nivel de aspiración, hasta alcanzar el máximo vacío que no produzca dolor. El bombeo forzoso y doloroso bloquea el mecanismo de liberación de la leche y puede dejar el pecho dolorido.
- Realizar la extracción alternando ambos pechos o ambos pechos a la vez si el extractor es doble. Extraer durante 5 a 7 minutos o hasta que empiece a gotear más lentamente, cambiar de pecho (si el extractor es simple), masajear, sacudir y volver a extraer. En total unas dos o tres veces en cada pecho. El procedimiento completo dura unos 30 min.

3.8.4. Consideraciones

Se deben elegir las copas adecuadas al pecho de la mujer. Existen diversos tamaños en función del diámetro de pezón materno.

Si no se selecciona el adecuado se puede producir una lesión en el mismo.



Limpieza del sacaleches: Tras el uso del mismo, el sistema de extracción debe ser desmontado y lavarse con agua fría y jabón. Si no se pueden quitar todos los restos se puede usar agua tibia. Posteriormente se aclarará con abundante agua y se secará al aire.

3.8.5. Duración y frecuencia de la extracción de leche

Cada extracción debe durar en total 20-30 minutos, recomendándose seguir la siguiente secuencia:

- Extraer leche de cada pecho 5-7 minutos.
- Volver a masajear, frotar y sacudir.
- Extraer leche de cada pecho 3-5 minutos.
- Volver a masajear, frotar y sacudir.
- Extraer leche de cada pecho 2-3 minutos.

La **frecuencia** depende de la razón por la cual necesite extraerse, de manera ocasional para aliviar un pecho congestionado por ejemplo o periódicamente para iniciar, mantener o aumentar la producción.

1. Para iniciar la lactancia cuando la madre esté separada de su hijo: comenzar la extracción lo antes posible, en las primeras 6 horas después del parto; cuanto antes se estimule el pecho, antes se obtendrá leche. Extraer el calostro ayuda a que se inicie la producción, extraer tanta leche como pueda, con tanta frecuencia como lo haría el bebé si estuviera mamando, cada 2 ó 3 horas.
2. Para mantener la producción de leche necesaria para alimentar a un bebé: extraer al menos cada 3 horas. El vaciado frecuente de pecho es el mejor estímulo para mantener y aumentar la producción. Por la noche, se debe intentar que no pasen más de 5 horas entre extracciones. Si la producción baja, la extracción de leche nocturna es esencial.
3. Cuando la madre trabaja: organizar las extracciones según el horario, la distancia al trabajo y tomas del bebé. Si es posible, también mientras esté en el trabajo, para mantener la producción.

3.8.6. Conservación, mantenimiento y preparación posterior de la leche materna extraída

A. Conservación

La leche debe conservarse en recipientes adecuados:

- De plástico duro: libres ciertos productos químicos (bisfenoles A).
- De cristal.
- Bolsas de plástico: se pueden romper y contaminarse al cambiar de recipiente. Si se usan, ponerlas en el congelador dentro de un recipiente duro.

Los recipientes deben ser de uso alimentario, para su limpieza realizar previamente un lavado con agua y jabón, y frecuentemente limpieza con lavavajillas a 60°C (domicilio)

Se recomienda almacenar la leche materna calculando la cantidad de la toma, y rotular los recipientes con la fecha y hora de extracción, para uso cronológico.

Se puede unir leche de diferentes extracciones a lo largo del día siempre que estén a la misma temperatura. Dicha mezcla debe ser congelada a las 12 horas de la primera extracción.

B. Mantenimiento

Tiempo de conservación de la leche materna y almacenamiento en domicilio:

TIPO DE LECHE	Tª AMBIENTE	FRIGORÍFICO -/+ 3°	CONGELADOR DENTRO DE LA NEVERA	CONGELADOR PUERTA SEPARADA (***COMBI)	CONGELADOR INDEPENDIENTE (****-19°C)
Calostro	27-32°C: 12 h	5 a 8 días	2 semanas		
Recién extraída y guardada en recipiente cerrado	Hasta 15°C: 24 h A 19-22°C: 10 h Hasta 25°C: 4-8 h	5 a 8 días (nunca en la puerta)	2 semanas	3-4 meses	6 meses o más
Descongelada lentamente en frigorífico y sin usar	Lo que dure la toma	24 horas desde la descongelación. Después desechar	NO VOLVER A CONGELAR		
Descongelada con agua caliente	Lo que dure la toma	4 horas	NO VOLVER A CONGELAR		



C. Preparación posterior

- Usar leche fresca (no congelada) siempre que sea posible.
- Congelar lo antes posible la leche que seguro no se vaya a usar antes de tres días.
- Si por cualquier razón no se puede o no interesa congelar la leche inmediatamente después de extraerla, guardarla lo antes posible en una nevera, hasta usarla o congelarla.
- Siempre que sea posible, calentar la leche directamente tras sacarla del congelador. La mejor forma de hacerlo es calentar agua en un cazo y, ya fuera del fuego, introducir dentro el envase de leche extraída hasta que alcance la temperatura deseada.
- No se debe descongelar la leche materna en el microondas, calentar directamente en el fuego o calentar al baño maría (introduciendo la leche fría o congelada en un recipiente con agua fría y calentándolo todo en el fuego).

C.1. Cambio de sabor de la leche almacenada.

La leche materna, en algunas ocasiones, adquiere un olor a agrio debido al cambio de la estructura de los lípidos en el proceso de congelación-descongelación por la actuación de la lipasa. Aunque la mayoría de los niños/as no suelen rechazarla, existe un procedimiento que ayuda a eliminar este cambio organoléptico de la leche. Consiste en introducir la leche en un cazo y poner al fuego. Usando un termómetro de cocina, esperar que la leche llegue a 60°C, hay que sacarla del fuego, guardarla en el recipiente donde va a ser congelada, enfriar rápidamente (un poco de agua fría con hielo sirve), y congelarla. Si no se dispone de termómetro hay que controlar el proceso de calentamiento, cuando la leche hace burbujitas muy pequeñas en los laterales del cazo, sacar del fuego y seguir con el procedimiento anterior.

●●●●● 3.9. Métodos alternativos para alimentar con leche materna

Una vez que tenemos la leche materna extraída existen diversas formas para dársela al bebé. La elección de dicho método va a depender de la situación del bebé y del motivo por el que fue necesario extraer la leche y nos amamantar directamente. De forma general se debe evitar el uso de tetinas y a la hora de elegir el método debemos considerar los siguientes criterios:

- **Cantidad de volumen** a administrar: por ejemplo, para el calostro o pequeñas cantidades de leche materna madura sería preferible utilizar cucharita, jeringa o vaso.
- **Duración prevista:** breve o prolongada.
- **Necesidad de un método** que ayude a desarrollar las habilidades en lactancia materna de la madre y el niño: el suplementador ayuda a estimular el pecho; la administración con técnica digital (sonda adosada al dedo) permite ejercicios de rehabilitación.
- **La facilidad de uso y de limpieza,** tanto en el caso del hospital como en el domicilio.
- **El coste** que puede suponer.
- **La aceptación del método** por el recién nacido.
- **Las preferencias maternas.**

I. Alimentación con cuchara

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

Sirve para administrar pequeños volúmenes durante los dos-tres primeros días.



II. Alimentación con taza o vaso



Se pueden usar recipientes caseros o adquirir vasos especiales comercializados. El método sirve para bebés prematuros o a término y para pequeñas o grandes cantidades de leche.

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

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

III. Alimentación con dedo-jeringa o dedo-sonda

Se recomienda utilizar para evitar la confusión de pezón en situaciones en las que la lactancia no está bien instaurada.

Consiste en introducir un dedo limpio en la boca del niño apoyando la yema en su paladar (se activa el reflejo de succión) y dirigiendo la mano hacia abajo haciendo palanca para favorecer que el niño abra la boca.

Hay que comprobar que el labio inferior quede evertido.

Cuando el niño empieza a mamar del dedo en posición correcta, se le comienza a alimentar recompensando las succiones correctas con un poco de leche. De esta forma, es posible enseñar al bebé a mamar de forma adecuada. Este método es especialmente útil en niños con problemas de agarre o succión ineficaz, en bebés prematuros, cuando madre y bebé tienen que estar separados los primeros días por enfermedad de la madre o del niño y en los que han desarrollado un "síndrome de confusión de pezón" para reeducar la succión.

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



Video sobre la alimentación con dedo-jeringa o dedo-sonda: https://youtu.be/l_7oyg4Rq-Q?si=MCp9v0oPRTzH6-gs

IV. Alimentación con relactador



El relactador es un dispositivo que permite que el bebé reciba suplementos de leche materna extraída o leche artificial mientras succiona del pecho.

Consiste en un contenedor de leche (ya sea una bolsa o una botella de plástico) que la madre se cuelga alrededor del cuello. A través de una válvula, salen dos sondas que se deben fijar al pecho de la madre con cinta adhesiva y cuyo extremo se coloca en la punta del pezón cuando el niño va a mamar. Salvo en el caso de gemelos, la otra sonda de pinza. Cuando el

bebé se agarra al pecho y succiona, obtiene la leche del relactador junto con la leche del pecho de la madre. La succión ayuda a estimular la oferta de leche materna y la leche del relactador actúa como recompensa para el bebé por succionar correctamente.

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

También sirve para animar a bebés con dificultad en la succión.

V. Alimentación con biberón

El uso del biberón, cuando la madre desea seguir amamantando, no está recomendado porque reduce el tiempo de lactancia materna (sobre todo cuando este se introduce de forma temprana), favorece la aparición del " Síndrome de confusión del pezón" y merma la confianza de los padres. Si finalmente se decide dar la leche materna extraída se recomienda seguir el Método Kassing que recrea las condiciones más parecidas al pecho, en cuanto a esfuerzo, estimulación y enganche se refiere. Ayuda a preparar al bebé para la vuelta al pecho. Para ello debemos tener en cuenta:

- Usar una tetina base estrecha.
- Que la tetina sea larga (18 mm- 2cm) para estimular punto "S" (se encuentra entre el paladar blando y el duro).
- Que la tetina sea blanda, así es más parecida al pezón.
- Que sea de las clásicas, es decir, de las redondas por todos los lados.
- Evitar las anatómicas puesto que no crean una succión más fisiológica.
- El bebé debe estar sentado, en un ángulo de 90°. No recostarlo imitando las posturas al pecho.
- Hay que dar el biberón lo más horizontal posible para evitar gravedad y crear así un flujo más lento de leche que el bebé pueda regular.
- Estimular el reflejo de búsqueda tocando las mejillas, los labios la nariz y meter tetina entera cuando esté la boca bien abierta.
- Es el bebé el que controla la velocidad y cantidad que desea tomar.
- Dejar que haga 5-6 succiones y sacar de la boca como el tapón de una botella de cava.
- Iniciar de nuevo el proceso estimulando el reflejo de búsqueda, repetir hasta que el bebé se duerma o no quiera más leche.

Ver video Método Kassing: <https://www.youtube.com/watch?v=1NQSIXi91Qw>

3.10. Extracción prenatal de calostro

Haremos ahora una alusión a la práctica de extracción prenatal de calostro como una forma de anticiparse a posibles dificultades que se prevean en la lactancia materna de una madre-bebé.

Indicaciones:

- Madres con diabetes tipo 1 o gestacional.
- Madres con hipoplasia mamaria.
- Madres con síndrome de ovario poliquísticos.
- Cesárea programada.
- Cuando el bebé tiene un crecimiento intrauterino retardado.
- Madres con cirugía torácica previa o reducción mamaria.
- Madres en riesgo de ser separadas de sus bebés tras el parto.
- Patologías congénitas del bebé.
- Historia previa de hipogalactia.

Técnica:

- 1) Realizar a partir de las 32-34 semanas una vez al día.
- 2) Utilizar una cuchara sopera y jeringas de 1 a 5 mililitros.
- 3) Realizar la técnica de Marmet previamente explicada.
- 4) Recoger con jeringa, etiquetar la fecha de extracción e introducir en otra bolsa.
- 5) Las medidas de conservación son similares a la leche madura, también pueden conservarse en congelador (-20°C) durante 3-6 meses.

Administración y recomendaciones:

- Transportar el calostro refrigerado al hospital.
- Descongelar con las manos o con agua caliente (inmersión de la jeringa).
- Fomentar el agarre precoz, el contacto piel con piel y tomas al pecho.
- En el caso de dificultades ofrecer de la misma jeringa con la técnica dedo-jeringa.



●●●●● 3.11. Técnicas para aumentar la producción de leche materna

El mejor galactogogo (producción de leche materna) es la succión frecuente del bebé, a demanda, para que el lactante calibre la producción (de 8 a 12 tomas/día al comienzo), que el bebé esté bien posicionado y que la madre esté relajada y cómoda, lo cual facilitará un buen agarre y, por lo tanto, una buena estimulación y producción de leche.

Hay muchos motivos por los cuales una madre toma la decisión de suplementar con su propia leche como:

- El bebé ha perdido peso de forma excesiva, por lo que es necesario darle un suplemento y la madre decide hacerlo con su propia leche y evitar el uso de leche artificial.
- La madre decide restablecer la lactancia materna tras un período sin amamantar, bien sea por decisión propia o por necesidad.
- Madres de bebés prematuros o enfermos ingresados en el servicio de neonatología a las que se les solicite un rápido aumento del suministro de leche materna en poco tiempo para sus hijos.
- Bebés en huelga de lactancia materna transitoria, durante la cual sus madres han realizado pocas extracciones, con lo que se ha reducido considerablemente su producción y que más adelante desean recuperar dicha producción para hacer lactancia materna diferida mientras el bebé supera la huelga y vuelve al pecho.

Se puede aumentar la producción de leche de dos maneras diferentes:

“la extracción manual es barata y permite el CPP, lo que puede aumentar la producción de leche”

“el bombeo mecánico puede aumentar la estimulación hormonal y permite extraer leche de ambos senos a la vez, aumentando así la producción”

1. De manera mecánica, aumentando la producción por estimulación de ambas mamas.

- Extracción poderosa (Ver [Anexo 6](#)).

- El método: *Power Pumping* o método de extracción poderosa (Ver [Anexo 7](#)).

La técnica de *power pumping* trata de simular con un extractor mecánico una crisis de lactancia o crisis de crecimiento del bebé. Durante estas crisis, como norma general, el bebé está más demandante, hace tomas más caóticas para poder aumentar la producción de leche de su madre, lo cual consigue al cabo de varios días.

- Diez trucos para extraer más leche (Ver [Anexo 8](#)).

2. Galactogogos farmacológicos:

- Domperidona

- Metoclopramida

- Sulpiride

3. Galactogogos Herbal:

- Fenogreco

- Cardo mariano

La evidencia científica señala que debido a que el estado actual de la investigación de todos los galactogogos es relativamente poco concluyente y todos los agentes tienen potenciales efectos adversos, no se puede recomendar ningún galactogogo farmacológico o herbal específico en este momento.

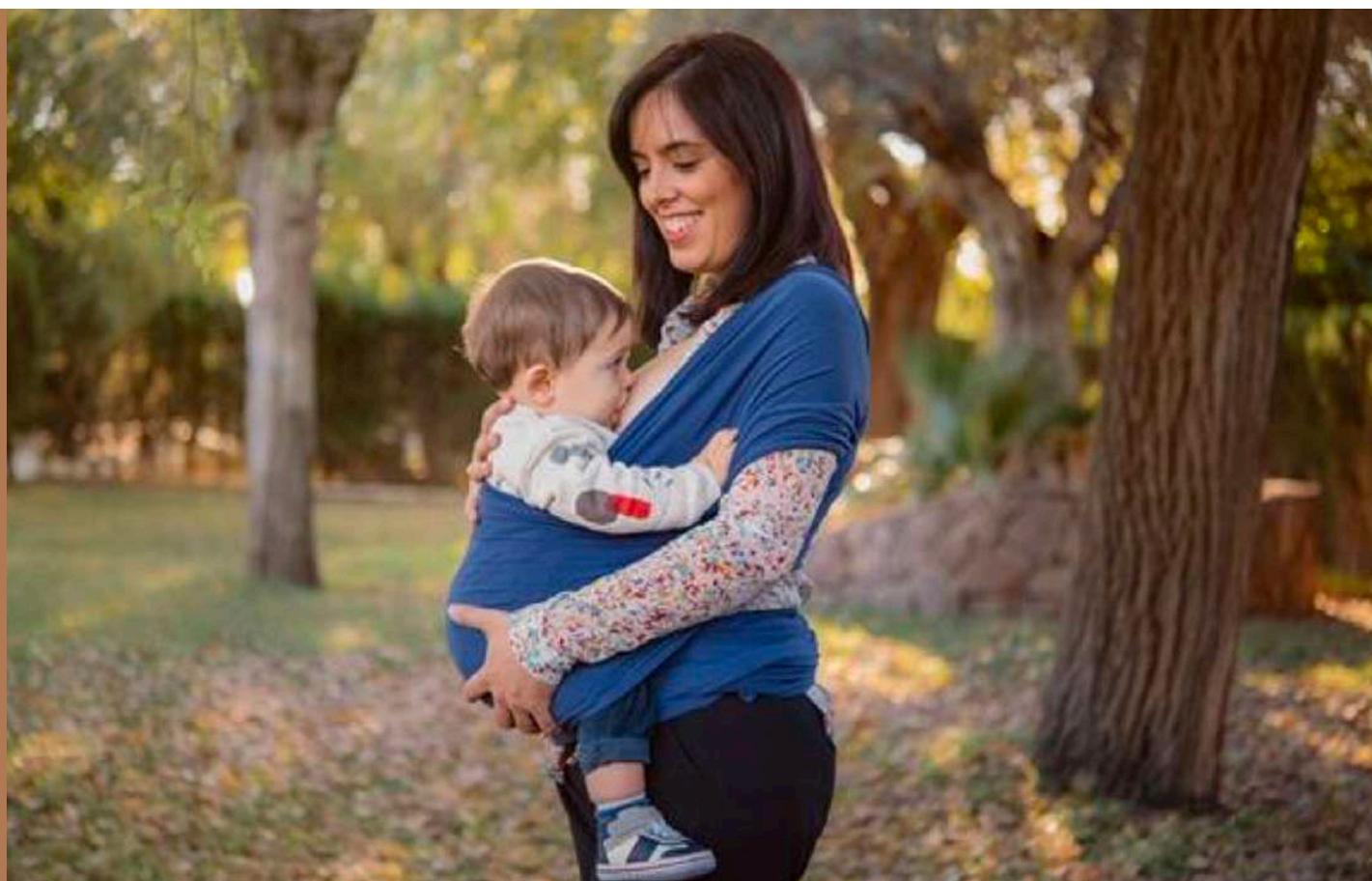
Indica al facultativo, si decide prescribirlos teniendo en cuenta riesgo/beneficio, utilice las guías que se mencionan. Y por supuesto después de haber puesto en práctica el resto de métodos existentes y no haber obtenidos resultados óptimos.

El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad de su uso e informar a la madre de los riesgos y beneficios potenciales, obteniendo su consentimiento.

Curva de peso y crecimiento según la OMS, IHAN

<https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/la-evolucion-del-lactante-amamantado/>

<https://www.ihan.es/estandares-oms/>



Laura y su hijo Bruno

●●●●● 3.12. Evitar tetinas y chupetes

Debido a que, por un lado, en las sociedades desarrolladas como en la que nos encontramos el uso del chupete se encuentra muy arraigado y, por otro, existen tanto beneficios como inconvenientes asociados a su uso, resulta muy necesario que profesionales y padres dispongan de una información basada en la evidencia científica más actualizada.

Uno de los reflejos que tiene el bebé más desarrollado al nacer es el de succión, reflejo aprendido desde su vida intrauterina. Una de las funciones principales de la succión es la alimentación, además no es la única, cumpliendo también una función reguladora en el bebé: el succionar le produce un gran bienestar ya que provoca la liberación de endorfinas, hormonas del placer, relajándolo y reconfortándolo inmediatamente.

Por lo tanto, la succión al pecho actúa como:

- fuente de alimentación
- ayuda para conciliar el sueño
- calmante, disminuyendo el llanto
- transmisor de seguridad
- agente reductor del estrés y el dolor en procedimientos desagradables

“El bebé no usa el pecho de chupete, usa el chupete de madre”, lo que se ha buscado es un sustituto (chupe). Para iniciar y mantener la lactancia materna, la OMS, UNICEF y la IHAN (Iniciativa para la Humanización en la Asistencia al Nacimiento y lactancia materna), recomiendan no utilizar chupetes ni tetinas artificiales a los niños alimentados al pecho, ya que pueden interferir con la lactancia materna por dos motivos:

- Por una parte, puede producir confusión en la succión (confusión pezón-tetina), haciendo que la lactancia materna sea menos efectiva:
 - • Estimulación incorrecta.
 - • Producción inadecuada.
- Por otra parte, hace que el bebé haga menos tomas de leche:
 - • no calibrando la producción necesaria.
 - • ni pone el peso adecuado.

En cuanto, a las últimas recomendaciones sobre el uso de chupete nos indican:

RECIÉN NACIDOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (lo más recomendable):

- La lactancia materna protege por sí misma del síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL)
- Se sugiere evitar, siempre que sea posible, el uso de chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna.
- No existe evidencia científica suficiente para asegurar que el uso del chupete sea beneficioso para la prevención de la muerte súbita en el lactante amamantado, por lo que, mientras siga tomando el pecho, no se debería ofrecer de forma rutinaria.

- Sin embargo, en aquellos lactantes que ya están acostumbrados a utilizarlo, sería mejor no interrumpir su uso durante las horas de sueño en los primeros seis meses de vida.
- Existen otras maniobras para calmar a un bebé como son el contacto piel con piel, el porteo y otros métodos de succión no nutritiva (se puede usar el dedo limpio y con uña recortada del adulto cuidador, se coloca ligeramente apoyado en el paladar del bebé y este iniciará la succión inmediatamente).



Marga y sus hijos Jaime y Diego



4

Plan de parto



Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito donde la mujer embarazada manifiesta sus preferencias sobre la atención que desearía recibir en el parto, el nacimiento de su hijo y la estancia hospitalaria. Se trata de un documento que debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Su función no es exactamente planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, en los que están implicadas muchas variables impredecibles, sino ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras.

Es necesario informar resumidamente de las prácticas adecuadas para la asistencia al parto y nacimiento, recogidas en las recomendaciones de la *Estrategia de Atención al Parto Normal, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), y en la *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*.

Este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas en la actualidad por la evidencia científica, por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.

La gestante tiene que conocer que puede ser modificado en cualquier momento del parto, sencillamente manifestándolo verbalmente.

Al igual que no es un documento prescriptivo para la gestante tampoco lo es para los profesionales sanitarios, ya que éstos no tienen la potestad para aceptar ni rechazar un plan de parto, pero sí que pueden y deben negarse a realizar prácticas que constituyen una mala praxis.

Además, se aconseja la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.





5

Afecciones
del pecho:
cómo
solucionarlas



El dolor al amamantar es una de las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna. Hay distintos problemas y patologías que pueden producir dolor y éste puede aparecer en los primeros días de la lactancia o cuando ésta está ya instaurada. El dolor en los primeros días está relacionado, habitualmente, con problemas en el agarre, hecho que favorece la aparición de grietas en el pezón. Esta situación suele aparecer o resolverse durante los primeros 15 días tras el nacimiento. El dolor tardío, el que aparece tras una lactancia instaurada, a partir de la tercera o cuarta semana, tiene varias posibles causas: mastitis, perla de leche, escoriaciones, etc.



GRIETAS EN EL PEZÓN

¿QUÉ SON?: Son heridas en los pezones.

CAUSA: posición y agarre incorrecto del bebé, uso de pezonera o de copa de extractor de leche pequeña. Retrognatia o anquiloglosia del bebé (Ver [Anexo 20](#)).

INTERVENCIÓN:

- Es fundamental una buena valoración de la madre y el bebé para poder detectar la posible causa.
- Modificar las posturas para disminuir el dolor, utilizar la crianza biológica y de autoenganche (Ver [Anexo 9](#) y apartado [Postura y enganche adecuados al pecho](#)).

- Ofrecer primero el pecho que esté en mejor estado.
- Mantener la herida seca y aireada.
- No lavar con jabón y aplicar una pequeña cantidad de aceite de oliva.
- No usar tetinas ni chupetes.
- Si hay mucho dolor usar pezonera (Ver [Anexo 12](#)) y/o lactancia diferida.

SEGUIMIENTO

Si se consigue mejorar el agarre y que disminuya el dolor, le daremos todas las recomendaciones y una cita para valoración y evolución por parte de los profesionales referentes en LM. En el caso de presencia de anquiloglosia derivar a profesional correspondiente para intervención.

Si el dolor no mejora, pasar a lactancia diferida, explicar la extracción de leche e igualmente citar para valoración. Valorar si existe infección en la herida.

[Horario con la disponibilidad de las personas referentes: Matrona](#)





Fuente: iHAN. África Caño Aguilar.
Afecciones del pecho: Abordaje del dolor en la LM. Grietas, ingurgitación, obstrucción/perla de leche.
HU San Cecilio. Granada.

INGURGITACIÓN MAMARIA

¿QUÉ ES?: Es la congestión del pecho que compromete la salida de la leche.

CAUSA: aumento de la vascularización, acumulación de leche y edema derivado de la hinchazón y obstrucción del drenaje linfático, relacionado con inicio tardío de la lactancia y drenaje ineficaz.

INTERVENCIÓN:

- Diferenciar la plenitud de la subida de la leche con la ingurgitación (esta última es dolorosa, el pecho está duro e impide que el bebé lo agarre correctamente).
 - Realizar tomas frecuentes.
 - No aplicar calor, empeora el edema.
- Usar paños de agua tibia en los pechos y dar masajes suaves en forma circular con la mano sobre la piel (o con un peine, sobre la ropa), antes de la toma.
 - Usar hojas de col previamente aplanadas con rodillo, mejoran el edema.
 - Tomar pauta de antiinflamatorio (ibuprofeno).
 - Realizar extracción, preferiblemente manual.
 - Realizar la técnica de la Presión Inversa Suavizante (PIS) (Ver [Anexo 13](#)).

SEGUIMIENTO

Habitualmente, siguiendo las recomendaciones, mejora en 24-48 horas. Si no es así repasar de nuevo todas las acciones y valorar en profundidad el agarre el recién nacido, apoyo en la extracción manual.

Horario con la disponibilidad de las personas referentes: [Matrona](#)



Foto A

Fuente: iHAN. África Caño Aguilar.

Afecciones del pecho: Abordaje del dolor en la LM. Grietas, ingurgitación, obstrucción/perla de leche.

HU San Cecilio. Granada.

OBSTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS LÁCTEOS: PERLAS DE LECHE

¿QUÉ ES?: Punto o zona blanca en la punta del pezón. Se puede acompañar con bulto en mama con enrojecimiento de la piel sin fiebre ni síntomas generales. Suele afectar a un solo pecho.

CAUSA: hay dos tipos:

- **Tipo 1:** definida, redonda y superficial, origen traumático e inflamatorio, a un posible mal agarre o a una hiperproducción de leche (Foto A).
- **Tipo 2:** zona irregular, difusa y opaca, debidas a mastitis (Foto B).

INTERVENCIÓN

• Tipo 1:

- Lactancia a demanda y enseñar diversas posturas.
- Explicar a la madre que la zona que el bebé drena mejor es aquella más cerca de la mandíbula inferior.
- Empezar por pecho sano para que tras el reflejo de eyección sea más fácil para el bebé extraer la leche.
- Masajear suavemente el pecho hacia el pezón.
- Si no se desobstruye con las tomas, realizar una extracción manual de leche, ver [Extracción manual de leche materna](#).
- Usar ropa cómoda que no comprima la mama.
- Aplicar calor local húmedo o sumergir el pecho en agua caliente y después restregar una toalla limpia y un poco áspera por el pezón para deshacer el punto blanco
- Intentar quitar la perla con aguja estéril (**persona referente en lactancia materna**).
- Tras extraerla, entera o parte, poner el bebé al pecho para que drene los lóbulos afectados.

- **Tipo 2:** no deben manipularse, se debe tratar la mastitis que la ha producido (ver apartado de mastitis de este mismo apartado).



Foto B

Fuente: iHAN.

Afecciones comunes del pecho.

SEGUIMIENTO

Se deben dar las recomendaciones reflejadas en primer lugar. Si no se diferencia qué tipo de perla es, quedarnos en la recomendación de uso de ropa cómoda.

Derivar a la persona referente en lactancia del centro en ese día o en 24 horas para valorar el caso y hacer intervención avanzada si es necesario (tratamiento de la mastitis o extracción de la perla).

Horario con la disponibilidad de las personas referentes: [Matrona](#)



Fuente:
Alba Lactancia. Síndrome de Raynaud.

SÍNDROME DE RAYNAUD

¿QUÉ ES?: Es un vasoespasmo del pezón. Se produce una isquemia transitoria que cursa con cambios en la coloración de la punta (blanco-morado-rosa), hormigueo, dolor ardiente. Aparece tras las tomas o durante las mismas.

CAUSA: Desconocida, pero se acepta que es una manifestación cutánea de un trastorno vascular generalizado. También puede ser desencadenado por un problema mecánico por mala posición de agarre, anquiloglosia y algunos procesos infecciosos. Se empeora con el frío, el estrés y el miedo.

INTERVENCIÓN:

- Valorar el agarre para mejorarlo si es necesario.
- Calor local e inmediatamente antes de las tomas.
- Tomar bebida caliente antes de las tomas.
- Evitar tomar bebidas con cafeína o teína.
- No fumar.

SEGUIMIENTO

Se deben dar las recomendaciones reflejadas en primer lugar. Valorar en uno o dos días. Si no mejora se debe sospechar de una posible mastitis.

En casos en los que persista puede precisar tratamiento médico.

Horario con la disponibilidad de las personas referentes: [Matrona / Medicina de Familia](#)

PROCESOS ECZEMATOSOS

¿QUÉ ES?: Es la presencia de piel eritematosa principalmente en pezón y/o areola. Pueden presentarse de forma aguda (ampollas, erosiones, supuración y formación de costra) o crónica (zonas secas, descamativas y engrosadas).

CAUSA: Pueden aparecer por dermatitis atópica, dermatitis de contacto por irritantes (fricción, detergentes, discos de lactancia, cremas usadas para el dolor de los pezones) y dermatitis alérgica por contacto (antibiótico tópico). Pueden producir dolor durante las tomas y prurito.

INTERVENCIÓN:

- Mantener la zona seca.
- Evitar piscinas y jabones químicos.
- Usar ropa de algodón.
- Evitar cremas.

SEGUIMIENTO

Se deben dar las recomendaciones reflejadas y derivar a médico referente para que se derive al dermatólogo. Este especialista valorará si prescribe tratamiento con esteroide, antihistamínicos y corticoides. Además, realizará diagnóstico diferencial con la Enfermedad de Paget (tipo de cáncer).

Horario con la disponibilidad de las personas referentes: [Matrona / Medicina de Familia](#)



Fuente: iHAN.
Afecciones comunes del pecho.



Fuente: iHAN. Afecciones comunes del pecho: pezón plano, ingurgitación, grietas y mastitis.

CÁNDIDAS EN EL PEZÓN

¿QUÉ ES?: Aparece una zona rosada en pezón y areola. Aspecto brillante o escamoso de la piel, quemazón en el pezón, prurito y dolor que se irradia hacia la mama.

CAUSA: Actualmente, se ha comprobado que las infecciones por hongos (cándidas) han sido sobre diagnosticadas confundiendo con:

- Mastitis
- Vasoespasmos (Síndrome de Raynaud)
- Dermatitis

INTERVENCIÓN:

- Mantener la zona seca.
- Evitar piscinas, jabones químicos y cremas
- Usar ropa de algodón.
- El tratamiento debe ser simultaneo para la madre y el niño, se suelen tratar con antifúngicos.

SEGUIMIENTO: Se deben dar las recomendaciones reflejadas y realizar un diagnostico diferencial con cultivo y antibiograma si procede.

Horario con la disponibilidad de las personas referentes: [Matrona / Medicina de Familia](#)

MASTITIS LACTACIONAL

¿QUÉ ES?: Es la inflamación de uno o más lóbulos de la glándula mamaria, acompañada o no de infección.

CAUSA: Su causa principal es la retención de la leche en pecho por no correcto vaciado del mismo. Esto puede ser debido a que el bebé tenga dificultades en la succión, un cambio en el patrón del sueño del bebé (con más horas de sueño), bebé enfermo que en algunos días lacte menos, incorporación al trabajo, introducción de suplementos inadecuados.

INTERVENCIÓN:

- **Mastitis no infecciosa: Obstrucción.**
 - Va a producir dolor, calor y posible enrojecimiento de una zona de la mama.
 - Continuar lactando con frecuencia empezando por el pecho afectado. Masajear el pecho afectado antes y después de la toma para facilitar la salida de leche (Ver [Anexo 14](#)).
 - Cambiar la posición del bebé al pecho para conseguir el drenaje de los distintos lóbulos de la mama.
 - Aplicar frío tras las tomas.
 - Evitar ropa ajustada.
 - Descansar todo lo que se pueda y buena hidratación.
 - Uso de hojas de col y antiinflamatorios.



Mastitis aguda. Fuente: Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez. Marchena.



Mastitis aguda. Fuente: Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez. Marchena.

- **Mastitis infecciosa:** aparece un proceso infeccioso en la mama, suele ser unilateral, pero puede afectar a ambas mamas. Aparece cuando la obstrucción no se ha resuelto. Encontramos diversos tipos:

A. Mastitis clínica: aguda. Aparece una tumoración dura, roja, dolorosa y brillante, acompañado de síntomas pseudogripales (fiebre, escalofríos, cansancio). Si no se resuelve puede evolucionar a absceso. Su agente causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

B. Mastitis clínica: subaguda. No aparecen ni tumoración ni síntomas pseudogripales. El dolor es intenso, punzante, como quemazón. Va a venir acompañada de una disminución en la producción de leche.

En este caso, el germen principalmente asociado es *Staphylococcus Epidermidis*.

Para más información, consultar [Protocolo Mastitis Lactacional](#).

SEGUIMIENTO:

En el caso de las mastitis agudas y subagudas se deben iniciar las medidas para el correcto vaciamiento del pecho. Ver [Protocolo de Mastitis Lactacional](#).

Derivar a la persona referente en lactancia del centro en 24 horas para valorar el caso y hacer intervención avanzada si es necesario (toma de muestra para cultivo- Ver [Anexo 15](#)- e inicio del tratamiento antibiótico si es necesario).

En el caso de sospecha de absceso mamario, la madre debe ser derivada al servicio de urgencias de ginecología de referencia.

Horario con la disponibilidad de las personas referentes: [Matrona / Medicina de Familia](#)



A modo de resumen:

GUÍA RÁPIDA DE LACTANCIA

Enhorabuena por tu bebé. Organismos como la OMS, la AEPED o UNICEF, recomiendan la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida. Y durante los 2 primeros años de vida como mínimo, acompañándola de los demás alimentos que se ofrezcan.

CENTRO DE SALUD RICARDO MARTÍNEZ SÁNCHEZ. GRUPO DE APOYO LACTAMAR (MARCHENA)

1.- Buen agarre.-

- Bebé a la altura del pecho. Con su bigote/ nariz frente al pezón y utilizaremos este último como estímulo para desencadenar el reflejo de búsqueda.
- Es el bebé el que acercamos al pecho por su espalda (nunca por su cabeza, que siempre ha de estar libre) cuando más abierta tenga la boca.
- Bebé alineado (oreja, hombro y cadera en línea recta; que no tenga que girar su cabeza para mamar).



- Su boca ha de estar bien abierta, con sus labios evertidos (hacia afuera). Con su barbilla bien enterrada en el pecho y su nariz tocándolo.
- La garganta extendida. Si imaginásemos que del pezón sale una línea recta imaginaria, esa línea saldría por su coronilla. Si no es así, podemos conseguir que extienda mejor su garganta para poder tragar mejor y que la toma sea más efectiva.



- Durante toda la toma es importante que el bebé esté bien pegado a la madre. Sin ropa, brazo, mano...entre madre-bebé.
- Dar de mamar no debe doler. Nunca aguantes dolor en las tomas. Busca a tu matrona/ grupo de apoyo más cercano y pide ayuda si es tu caso.

3.- Señales de alerta (Busca ayuda en tu pediatra/ matrona/ grupo de apoyo):

- Hay una pérdida de peso del 10% o más.
- No se agarra al pecho.
- Tiene 5 días y aún no ha comenzado a recuperar peso o sigue perdiendo.
- Manchas rosadas en el pañal después del tercer día de vida.
- Llora todo el rato o llora desconsolado al mamar.
- Vomita todo lo que come
- Tiene 15 días y no ha recuperado el peso al nacer.
- Tiene menos de un mes y no hace caca a diario.

4.- Frecuencia de tomas/ señales de hambre.-

- Las tomas han de ser frecuentes día y noche. Han de hacer un mínimo de 10-12 tomas al día.
- El llanto es señal tardía de hambre.



2.- Valoración de que todo va bien.-

- Se recomienda pesar al bebé al alta, al llegar a casa. Y a partir de ahí pesar en la misma báscula, en las mismas condiciones (misma hora, misma ropa, ...)
- En torno a los 10-12 días de vida el bebé ha de haber recuperado totalmente el peso de nacimiento (los primeros días se contempla una pérdida fisiológica de peso que no ha de superar el 7% del peso al nacer).
- Además de la báscula, en el día a día la madre puede valorar si la ingesta de leche está siendo la adecuada por los pis y cacas.

(Ver tablas de frecuencia de pis/ cacas y tabla de pesos de la OMS)

Ganancia mínima de peso aproximadas	
0-6 semanas	20 g/día
menos de 4 meses	100-200 g/semana
4-6 meses	80-150 g/semana
6-12 meses	40-80 g/semana

Horas del bebé	24h	48h	72h	4d	5d	De los 6 días al mes
Pipis	1	2	3	5-6	5-6 o más	5-6 o más
Cacas	1	2	3	3 o más** (8 veces no hacen)	3 o más**	3 o más** o una tras cada toma
Uratos (manchas rosadas en el pañal)	Pueden aparecer	Pueden aparecer	*	*	*	*

*A partir del tercer día pueden significar que hay que aumentar la ingesta de leche. Si tras aumentar las tomas no cesan, consulta a tu pediatra.
 **Para contabilizar las cacas, se considera una caca si tiene el tamaño de una cucharada sopera.

MASTITIS	
¿Qué es?	Inflamación de uno o varios cuadrantes del glandula que puede cursar con o sin infección. Hay un acumulación de leche y tras esto puede haber un sobrecrecimiento bacteriano e infección.
Causa	Cualquiera que impida un correcto vaciado del pecho: lactancia que no sea a demanda, destete rápido, contracciones, disminución de tomas, succión poco eficaz...
Síntomas	Dolor/endurecimiento del pecho, Enrojecimiento de la zona. Aumento de la temperatura local de la mama. Síntomas propios de un cuadro pseudogripal: malestar, dolor articular, fiebre. Es muy probable que si sientes dos o más síntomas estés cursando una mastitis.
Consejos	La solución más eficaz será un correcto y frecuente vaciado del pecho (barbilla del bebé en dirección a la zona afectada, en su defecto usar sacaleches). Aplicar frío/hojas de col. NO aplicar calor. Hidratarse bien. El descanso es prioritario. Tomar antiinflamatorio. Si en 24-48h no se mejora, acudir a profesional sanitario para que pauté tratamiento antibiótico (que ha de prolongarse mínimo 10-14 días).

INGURGITACIÓN PATOLÓGICA	
¿Qué es?	Acumulación de líquido en el pecho que impide la salida de leche. Produce dolor, inflamación y dificulta el agarre. No ha de durar más de 2 días.
¿Qué NO hacer?	Aplicar calor; separar madre-bebé; apilar tomas; usar chupetes o tetinas; si fuera necesario extraer, el sacaleches puede ser contraproducente.
¿Qué podemos hacer?	Tomas muy frecuentes; practicar la presión inversa suavizante (PI-SV) antes de las tomas, permitiendo así ablandar la areola y el pezón y facilitar el agarre al pecho; aplicar frío (las hojas de col frías tienen gran poder antiinflamatorio), y tomar algún antiinflamatorio.



*La presión inversa consiste en rodear el pezón con los dedos y presionar hacia dentro unos dos minutos justo antes de las tomas.

OBSTRUCCIÓN	
¿Qué es?	Retención de leche en un conducto que se ha inflamado por alguna causa. Bulto doloroso que puede disminuir tras la toma pero vuelve a aparecer. Puede durar hasta 72h.
Consejos	Tomas muy frecuentes para descongestionar el conducto. Podemos aplicar frío/hojas de col entre tomas. Si tras la barbilla del bebé en dirección al lugar inflamado mientras mama, mientras masajamos haciendo un "S" (haremos varios clics sobre la zona y luego la "cola" del nudo en dirección al pezón). Tomar antiinflamatorios compatible también ayuda con la obstrucción.

GRIETAS	
¿Qué son?	Son heridas en el pezón que no deberían formar parte de la lactancia.
¿A qué se deben?	Suelen deberse a una mala postura al pecho, a un mal agarre o a un frenillo lingual corto.
¿Qué podemos hacer?	Buscar ayuda para valorar las posibles causas, tener el pecho al aire el mayor tiempo posible; no aplicar leche, lanolina...

Fuente: Guía rápida de lactancia. Centro de salud Ricardo Martínez Sánchez. Grupo de Apoyo Latmar (Marchena)



6

Alimentación complementaria



Introducción

- En el documento sobre alimentación complementaria se explican las pautas a seguir para la introducción de alimentos distintos de la leche materna o artificial ([Anexo 16](#)).
- Estas pautas han sufrido numerosas modificaciones en los últimos años. Con relativa frecuencia, las recomendaciones más actualizadas y basadas en la evidencia no coinciden con las más conocidas a nivel popular, que son aquéllas que se indicaban hace varias décadas. Por lo tanto, resulta prioritario explicar las razones de estas discrepancias a las familias.
- La instauración de una dieta saludable y adecuada a las necesidades de cada etapa vital es uno de los pilares fundamentales de los hábitos saludables, los cuales se van asociar a un mejor estado de salud general y a una disminución de futura incidencia de enfermedad cardiovascular, metabólica y oncológica.

La introducción debe comenzar en el momento en el que el lactante presenta los signos que indican que está preparado para recibir alimentos distintos a la leche: **interés activo por la comida, desaparición del reflejo de extrusión, capacidad de llevarse el alimento con la mano a la boca y de mantener la sedestación con apoyo.**

La alimentación complementaria se puede ofrecer en forma de purés o mediante el método “BLW (*baby-led weaning*)”/alimentación guiada por el bebé (ver [Anexo 16 Bis](#)), el cual, según algunas investigaciones, podría conferir una serie de ventajas sobre la tradicional, o combinando ambas. Se explicarán las bases de esta segunda forma de alimentación y se indicarán recursos en internet donde complementar información. En los dos casos se recordará la importancia de no ofrecer alimentos que presenten un riesgo de atragantamiento antes de los 3 años, así como de conocer las maniobras a realizar en caso de presenciar uno de estos eventos (ver [Anexo 18](#)).

El orden de introducción de los alimentos no es en ningún modo estricto. Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pescado y aceite de oliva se pueden introducir desde los 6 meses, en el orden y momento del día que los padres deseen, aconsejándose se asemeje al esquema de alimentación familiar.

Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de alimentos que contengan lácteos enteros no adaptados desde los 6 meses (como el queso, el yogur o la leche como ingrediente de recetas), debiendo esperar al año de vida para ofrecer la leche de vaca como bebida.

Los alimentos superfluos como dulces, cacao o chacina se ofrecerán cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre más allá de los 12 meses).

En el caso de detectarse niños de mayor edad que no hayan sido captados en este programa se entregará y explicará el folleto en consulta en el momento en el que acudan, independientemente de que se les ofrezca la posterior realización de una visita del programa de salud infantil.

Igualmente, tanto las pediatras como la enfermera pediátrica estarán disponibles en consulta para resolver las dudas que puedan ir surgiendo durante este proceso de introducción de alimentos.

Precauciones

- Es importante recordar que la leche materna (o en su caso artificial) continuará siendo el alimento fundamental hasta el primer año de vida, introduciéndose los demás de forma paulatina y sin forzar. A partir del primer año la lactancia continuará ofreciendo múltiples beneficios, formando parte de una dieta variada y equilibrada.
- Una introducción precoz de la alimentación complementaria parece asociarse a un mayor riesgo de infecciones, obesidad y episodios de atragantamiento; una introducción tardía (más allá de las 26 semanas), puede conllevar déficits nutricionales, especialmente referente al hierro y zinc, así como aumento de riesgo de alergias alimentarias y peor aceptación de texturas y sabores.
- Un exceso de proteínas (>15% de la energía total) en la dieta del lactante parece favorecer el riesgo de obesidad futura, y una sobrecarga para el hígado y riñones.
- El pescado constituye una importante fuente de nutrientes como los ácidos grasos omega 3, pero hemos de recordar la importancia de evitar aquellos con una alta concentración de mercurio (indicados en la tabla del folleto que se entrega a las familias).
- No existe evidencia concluyente acerca del mejor momento de introducción del gluten, aconsejándose alrededor del sexto mes y comenzando con pequeñas cantidades, sin abusar del mismo durante el primer año de vida.
- En el caso del **lactante alimentado con fórmula artificial** los datos acerca del mejor momento de introducción no son tan concluyentes, recomendándose que en ningún caso sea antes de los 4 meses y se espere a la aparición de los signos de que el lactante está preparado para comenzar. A partir de los 6 meses resulta una opción, pero no es necesario cambiar a fórmula 2 o de continuación, siendo aconsejable mantener la fórmula 1 o de inicio durante más tiempo. A partir del año se aconsejará en el lactante no amamantado la introducción de leche entera de vaca como parte de una dieta equilibra, evitando el frecuente abuso de lácteos a estas edades.
- El **lactante prematuro** forma parte de un colectivo heterogéneo en el cual las recomendaciones de introducción de la alimentación complementaria deben ser individualizadas. En su mayoría se beneficiarán de una introducción de la AC alrededor de los 6 meses de edad corregida, esperando a la aparición de los signos de que está listo para ello, y siempre valorando la necesidad de suplementar hierro además de vitamina D. En algunos casos de valorará la necesidad de una introducción más precoz, si bien nunca antes de los 4 meses.
- El **vegetarianismo** en el lactante se considera un riesgo nutricional, mayor aún en el caso de la dieta estrictamente vegana, la cual resulta deficiente en ácidos grasos esenciales, vitamina D, hierro y zinc. Es importante informar que ninguna bebida vegetal es una buena sustituta de la leche a estas edades, así como hacer un adecuado seguimiento de este tipo de dietas y del suplemento de nutrientes que pudieran precisar.
- En el caso de la madre trabajadora, se le informará de las distintas posibilidades de la que dispone (ver [Apoyo a la madre trabajadora](#)). Si ha de reincorporarse a su actividad laboral antes de que el lactante cumpla 6 meses, se explicarán las posibles alternativas, como son la utilización de periodos de descanso para amamantar al lactante, la utilización de leche materna extraída o, en el caso de que no sean posible o deseables por parte de la madre estas opciones, y siempre que el lactante tenga más de 17 semanas, se valorará la introducción de la alimentación complementaria durante el periodo de separación de madre e hijo, manteniendo una lactancia frecuente el resto del día y la noche.
- Se informará de la existencia de **grupos de apoyo** a las madres lactantes, los cuales además de proporcionar apoyo en el inicio y mantenimiento de la lactancia podrán ayudar a resolver dudas acerca de problemas que puedan surgir en la introducción de la alimentación complementaria, sirviendo de refuerzo y apoyo a la labor ejercida por los profesionales.



7

**Apoyo a
la madre
trabajadora:
derechos
laborales**



“El trabajo es un derecho de la mujer actual que le permite ser independiente económicamente y realizarse como persona. Ser buena madre no es incompatible con trabajar fuera de casa, tanto si se amamanta como si no.”

Según la legislación española, la mujer tiene derecho a una **baja maternal remunerada** de 16 semanas tras el parto. Además, durante 9 meses puede pedir una **hora de lactancia** que puede dividir en 2 periodos, en el caso de parto múltiple es de una hora por cada bebé.

Durante el primer año de vida del bebé puede pedir una **excedencia** con derecho a reserva del puesto de trabajo. La excedencia se puede pedir hasta el tercer año, pero después de los 12 primeros meses se pierde el derecho a la reserva del mismo puesto de trabajo.

Hasta los 8 años es posible pedir una **reducción parcial de la jornada laboral** para el cuidado de los hijos o hijas (tanto para biológicos como adoptados), con la disminución proporcional del salario entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquélla.

Además, la legislación contempla el **cambio de puesto de trabajo de la mujer embarazada o lactante** en el caso de trabajos que impliquen contacto con agentes peligrosos como el benceno (Conv OIT 136/1971, BOE 5-2-75) o el zinc o plomo (Rec 4/1919), así como la prohibición de transporte manual de carga (conv OIT 127/1967, BOE 15-10-1970). También la OIT prohíbe a las mujeres lactantes el trabajo nocturno y las horas extraordinarias así como trabajos que exijan esfuerzos excesivos, equilibrios especiales o máquinas trepidantes.

Las leyes europeas y la Ley General de Sanidad establecen medidas especiales de protección, de modo que cuando las condiciones del trabajo supongan riesgos para la lactancia, la madre puede pedir al empleador que se adopten las medidas necesarias para evitar la exposición a ese riesgo, tales como cambio de horario o de lugar de trabajo.

En aquellos casos en los que el **neonato deba permanecer hospitalizado** por parto prematuro u otra causa, el período de suspensión del contrato podrá computarse, a instancia de la madre, o en su defecto, del otro progenitor, a partir de la fecha del alta hospitalaria. Se excluyen de dicho cómputo las seis semanas posteriores al parto, de suspensión obligatoria del contrato de la madre. En estos casos de hospitalización del recién nacido, tendrán derecho a ausentarse del trabajo durante una hora si es necesario o a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de 2 horas, con la disminución proporcional del salario.

Los profesionales sanitarios en contacto con la mujer embarazada, puérpera o padres del lactante, además de proporcionarles información con respecto a sus derechos laborales en relación a los procesos de embarazo, parto y puerperio así como con el cuidado de los hijos, brindarán apoyo en forma de consejo sanitario para facilitar la continuación de la lactancia materna tras la reincorporación laboral.

Con este objetivo, se les proporcionará información acerca del proceso de extracción, conservación y preparación de bancos de leche materna a lo largo del embarazo en las visitas sucesivas y con apoyo práctico en las clases de educación maternal y talleres de lactancia y se les irá resolviendo las dudas que puedan surgir durante las visitas de evaluación de la lactancia, así como a demanda en el momento en que lo precisen (ver [Extracción de leche materna](#)).

Los profesionales de Pediatría, en la visita del cuarto mes, explicarán y resolverán las dudas relativas a la introducción de la alimentación complementaria, a introducir alrededor del sexto mes de vida. Sin embargo, en el caso de aquellas madres que proporcionen a sus hijos lactancia materna y se reincorporen a la actividad laboral entre el cuarto y el sexto mes, en el caso de no tener la posibilidad de que se realicen tomas durante el horario laboral ni dispongan de banco de leche materna, se les informará de la posibilidad de introducirle algunos alimentos durante su ausencia, manteniendo una lactancia materna frecuente el resto del tiempo.

Toda esta información, “saber cómo” le dará confianza en sí misma y sus derechos y, junto con el apoyo de sus iguales, hará posible que la vuelta al trabajo sea óptima.

La madre antes de regresar al trabajo tendrá que planificar la vuelta de una manera personalizada:

- ¿Quién cuida al bebé? padre, abuelos, hermana/o, canguro, guardería...
- Valorar: edad del niño/a, lugar y horarios de trabajo, lactancia directa o diferida.
- ¿Cómo mantener la lactancia?
- Cuándo empezar a guardar la leche materna (banco de leche).
- Maneras de extracción de leche, cantidades, conservación, transporte, administración (ver [Métodos alternativos para alimentar con leche materna](#))
- A veces, tendrá que resolver conflictos entre sus sentimientos y lo que espera en estas circunstancias.

Exponemos toda la información con las preguntas más frecuentes sobre el tema, extraído del Instituto de la Mujer sobre maternidad, paternidad y lactancia.

- **Si la trabajadora está embarazada, ¿cuándo tiene que comunicar a la empresa su embarazo?**

Las normas no establecen la obligación de comunicar el embarazo en una fecha concreta. Pero si en el puesto de trabajo existe algún riesgo para la salud de la embarazada o la del bebé durante el embarazo, la empresa debe saberlo cuanto antes para que se adopten las medidas oportunas en materia de prevención de riesgos laborales. Del mismo modo se ha de comunicar para solicitar el permiso para los exámenes prenatales y para la preparación al parto. La comunicación ha de hacerse por escrito solicitando que la empresa firme en la copia que se queda la trabajadora.

- **Si está embarazada, ¿tiene derecho a solicitar permiso para ir a revisiones médicas? ¿Qué duración tiene este permiso? ¿Es retribuido?**

Sí. En caso de embarazo se puede acudir a los exámenes prenatales por el tiempo indispensable. Es un permiso retribuido, por tanto, no pueden descontar nada del salario por estas ausencias. Hay que solicitar el justificante y entregarlo en la empresa, conservando una copia del mismo.

- **Si la trabajadora tiene que hacerse la prueba de la amniocentesis, y el servicio médico le dice que tiene que guardar dos días de reposo ¿Tiene que solicitar la baja médica?**

Se debe comunicar a la empresa y si la empresa lo solicita ó pone algún tipo de problema, hay que solicitar la baja a la médica o médico de la Seguridad Social.

Se ha de comunicar la ausencia por escrito e indicando la causa de la misma, conservando copia que justifique la entrega de esa comunicación y firmando la empresa la recepción.

- **Si la trabajadora tiene problemas de salud con el embarazo y amenaza de aborto por las condiciones de su trabajo, ¿qué debe hacer?**

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que, en caso de riesgo durante el embarazo, la empresa:

- Debe adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo para que desaparezca el riesgo
- Si esto no es posible, o aún siéndolo no desaparece dicho riesgo debe asignar a la trabajadora un puesto diferente compatible con su estado, dentro de su grupo profesional o categoría equivalente mientras persista el riesgo.

- Si tampoco ello fuera posible, la trabajadora puede ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, conservando el conjunto de retribuciones de origen.
- Si el citado cambio tampoco resulta técnica ni objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse por motivos justificados, puede declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de baja por "riesgo durante el embarazo" mientras exista el mismo.

- **Si la trabajadora está de baja por riesgo durante el embarazo ¿cuál es la prestación económica que le corresponde?**

Durante este período de baja, cuyo parte facilitará el servicio médico de cabecera, la trabajadora tiene derecho a percibir una prestación económica de la Seguridad Social, equivalente al 100% de la base reguladora por contingencias profesionales (el 100% del salario normalmente). Es necesario distinguir entre riesgo por embarazo que embarazo de riesgo. Si la causa de los problemas no la origina el trabajo, habrá que solicitar una baja y la prestación será inferior.

- **Si la trabajadora se ha enterado de que está embarazada y acaba de empezar a trabajar en una nueva empresa y está en período de prueba. ¿Puede la empresa despedirle por estar embarazada? Si lo hace ¿qué puede hacer?**

En cualquiera de estos supuestos, tanto si te despiden durante el período de prueba, como si se extingue la relación laboral durante el contrato y no se renueva a la finalización del mismo, por causa relacionada con el embarazo, se considera que se ha producido un despido discriminatorio por razón de la maternidad y en consecuencia sería un despido nulo, por tanto la trabajadora tiene derecho a recuperar su puesto de trabajo y al abono de los salarios dejados de percibir durante la tramitación del proceso judicial. Para lograrlo tendrá que demandar a la empresa por "vulneración de derechos fundamentales", en el Juzgado de lo Social, antes de que transcurran veinte días desde que la empresa notifique la extinción de la relación laboral. Es aconsejable buscar la ayuda de una abogada o un abogado laboralista en cuanto reciba la notificación y suscribir en la misma la fecha y RECIBIDO NO CONFORME.

- **Si una trabajadora tiene un contrato temporal que finaliza antes de dar a luz, y no se lo renuevan por estar embarazada, ¿qué puede hacer?**

Se puede considerar que se ha producido un despido discriminatorio por razón de la maternidad si no se renueva a la finalización del mismo, por causa relacionada con el embarazo, y en consecuencia sería un despido nulo, por tanto, la trabajadora tiene derecho a recuperar su puesto de trabajo y al abono de los salarios dejados de percibir durante la tramitación del proceso judicial. Para lograrlo tendrá que demandar a la empresa por "vulneración de derechos fundamentales", en el Juzgado de lo Social, antes de que transcurran veinte días desde que la empresa notifique la extinción de la relación laboral. Es aconsejable buscar la ayuda de una abogada o un abogado laboralista en cuanto reciba la notificación y suscribir en la misma la fecha y RECIBIDO NO CONFORME.

- **¿Cuál es la duración del permiso de maternidad?**

La duración del permiso o baja maternal es de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables en dos semanas más por cada hija o hijo a partir del segundo, en casos de parto múltiple. El periodo se distribuye a opción de la trabajadora siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto (descanso obligatorio). En caso de nacimiento de un bebé con discapacidad, el permiso se amplía dos semanas más. En los supuestos de adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, de conformidad con el Código Civil o las leyes civiles de las Comunidades Autónomas que lo regulen, siempre que su duración no sea inferior a un año, aunque éstos sean provisionales, se distinguen dos supuestos:

- Menores de 6 años, la duración del permiso es de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables en dos semanas más en caso de adopción o acogimiento múltiple por cada hija o hijo a partir de la segunda o segundo. El periodo se contabiliza a elección de la persona trabajadora, bien a partir de la fecha de la decisión administrativa o judicial del acogimiento provisional o definitivo, o bien a partir de la decisión judicial por la que se constituya la adopción.
- Menores a partir de 6 años, la duración del permiso es de 16 semanas ininterrumpidas en los siguientes casos:
 - Menores con discapacidad
 - Menores con especiales dificultades de inserción social y familiar, por sus circunstancias o experiencias personales o por provenir del extranjero, debidamente acreditadas por los servicios sociales competentes.
 - En el supuesto de discapacidad del menor adoptado o acogido, el permiso tendrá una duración adicional de dos semanas más, en total 18 semanas.
 - En los casos de adopción internacional, cuando sea necesario el desplazamiento previo de los padres al país de origen del adoptado, el permiso podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución por la que se constituye la adopción.

• **En caso de fallecimiento de la madre, ¿puede el padre o el otro progenitor o progenitora disfrutar del permiso de maternidad?**

Sí. En caso de fallecimiento de la madre, el padre (o el otro progenitor o progenitora) podrá hacer uso de la totalidad del permiso de baja por maternidad o de la parte que reste computado desde la fecha del parto. No se descuenta la parte que la madre hubiere disfrutado con anterioridad al parto.

• **En caso de fallecimiento del bebé ¿la madre tiene derecho al permiso de maternidad?**

En caso de fallecimiento del bebé, la madre tendrá derecho igualmente a disfrutar el permiso por baja de maternidad, como si éste no se hubiera producido. No obstante, una vez transcurridas las 6 semanas posteriores al parto (descanso obligatorio), la madre puede solicitar reincorporarse a su puesto de trabajo, si así lo desea.

• **¿Cuándo se puede solicitar el permiso de maternidad? ¿Antes o después del parto?**

Se puede solicitar cuando se prefiera, siempre que 6 semanas se disfruten de forma inmediatamente posterior al parto para la recuperación de la salud de la madre.

• **¿Cuál es el importe que se percibe durante el permiso de maternidad?**

La cuantía de la prestación económica (que paga la Seguridad Social) es del 100% de la base reguladora por contingencias comunes (100% del salario descontando los conceptos no cotizables). La base reguladora será el resultado de dividir la base de cotización por contingencias comunes del mes anterior al de la fecha de inicio del período de descanso por maternidad por el número de días a que dicha cotización se refiere.

• **¿Cuáles son los requisitos para poder cobrar la prestación por maternidad?**

Podrán cobrar esta prestación las trabajadoras y trabajadores por cuenta ajena, dados de alta en la Seguridad Social o situación asimilada al alta, que acrediten los siguientes periodos mínimos de cotización:

1. No se exige período mínimo de cotización, si la trabajadora tiene menos de 21 años en la fecha del parto o en la fecha de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.



2. Si tiene entre 21 y 26 años, se le exigen 90 días cotizados dentro de los 7 años inmediatamente anteriores al inicio del descanso/baja maternal o si acredita 180 días cotizados a lo largo de toda su vida laboral.
3. Si la trabajadora es mayor de 26 años, se le exigen como mínimo 180 días, dentro de los 7 años inmediatamente anteriores al momento de inicio del descanso por baja maternal o si acredita 360 días cotizados a lo largo de toda su vida laboral.

- **En caso de parto, si la madre es trabajadora por cuenta ajena o está en situación asimilada al alta, pero no reúne los periodos mínimos de cotización exigidos, ¿puede cobrar algún tipo de prestación económica?**

Sí, en ese caso, la trabajadora tendrá derecho a un subsidio especial, cuya cuantía es igual al 100% del IPREM (indicador público de renta de efectos múltiples) vigente en cada momento, durante 42 días naturales contados desde la fecha del parto. La duración de esta prestación se ampliará durante 14 días más, si el nacimiento se produce en una familia numerosa o en la que, con tal motivo, adquiera dicha condición o en una familia monoparental, o en los supuestos de parto múltiple o cuando el bebé o la madre estén afectados de una discapacidad superior al 65%.

Para 2022 las cuantías del IPREM son las siguientes:

Mensual: 579,02 Euros

Anual (12 Pagas): 6.948,24 Euros

Anual (14 Pagas): 8.106,28 Euros

- **Si se tiene un contrato temporal y la fecha de finalización del mismo se produce antes del nacimiento del bebe y se produce la extinción del contrato ¿se tiene derecho a la prestación por maternidad?**

Si, se percibiría el desempleo en el supuesto de reunir los requisitos para ello, que se suspendería en el momento del nacimiento. Tras el nacimiento se percibiría la prestación por maternidad a que tenga derecho y posteriormente se concluiría el desempleo.

- **¿Tiene derecho el padre a disfrutar el permiso de maternidad?**

El nacimiento suspenderá el contrato de trabajo del progenitor distinto de la madre biológica durante 16 semanas, de las cuales serán obligatorias las seis semanas ininterrumpidas inmediatamente posteriores al parto, que habrán de disfrutarse a jornada completa, para el cumplimiento de los deberes de cuidado previstos en el artículo 68 del Código Civil. La suspensión del contrato de cada uno de los progenitores por el cuidado de menor, una vez transcurridas las primeras seis semanas inmediatamente posteriores al parto, podrá distribuirse a voluntad de aquellos, en periodos semanales a disfrutar de forma acumulada o interrumpida y ejercitarse desde la finalización de la suspensión obligatoria posterior al parto hasta que el hijo o la hija cumpla doce meses. No obstante, la madre biológica podrá anticipar su ejercicio hasta cuatro semanas antes de la fecha previsible del parto. El disfrute de cada período semanal o, en su caso, de la acumulación de dichos periodos, deberá comunicarse a la empresa con una antelación mínima de quince días. Este derecho es individual de la persona trabajadora sin que pueda transferirse su ejercicio al otro progenitor. La suspensión del contrato de trabajo, transcurridas las primeras seis semanas inmediatamente posteriores al parto, podrá disfrutarse en régimen de jornada completa o de jornada parcial, previo acuerdo entre la empresa y la persona trabajadora, y conforme se determine reglamentariamente. En los casos de adopción y acogimiento, cuando ambos progenitores (padres y madres) trabajan, el permiso de maternidad se distribuirá a opción de las y los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva, siempre con periodos ininterrumpidos y sin exceder de las 16 semanas entre ambos progenitores.

En los supuestos de adopción, de guarda con fines de adopción y de acogimiento, de acuerdo con el artículo 45.1.d), la suspensión tendrá una duración de dieciséis semanas para cada adoptante, guardador o acogedor. Seis semanas deberán disfrutarse a jornada completa de forma obligatoria e ininterrumpida inmediatamente después de la resolución judicial por la que se constituye la adopción o bien de la decisión administrativa de guarda con fines de adopción o de acogimiento. Las diez semanas restantes se podrán disfrutar en períodos semanales, de forma acumulada o interrumpida, dentro de los doce meses siguientes a la resolución judicial por la que se constituya la adopción o bien a la decisión administrativa de guarda con fines de adopción o de acogimiento. En ningún caso un mismo menor dará derecho a varios periodos de suspensión en la misma persona trabajadora.

El disfrute de cada período semanal o, en su caso, de la acumulación de dichos períodos, deberá comunicarse a la empresa con una antelación mínima de quince días. La suspensión de estas diez semanas se podrá ejercitar en régimen de jornada completa o a tiempo parcial, previo acuerdo entre la empresa y la persona trabajadora afectada, en los términos que reglamentariamente se determinen. En los supuestos de adopción internacional, cuando sea necesario el desplazamiento previo de los progenitores al país de origen del adoptado, el periodo de suspensión previsto para cada caso en este apartado, podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución por la que se constituye la adopción. Este derecho es individual de la persona trabajadora sin que pueda transferirse su ejercicio al otro adoptante, guardador con fines de adopción o acogedor.

- **Si el progenitor distinto de madre biológica disfruta el permiso de nacimiento y cuidado de menor, ¿cuánto cobraría?**

Si el progenitor distinto de madre biológica disfruta del permiso de nacimiento y cuidado de menor, cobrará el 100% de su base reguladora por contingencia comunes (suele ser el 100/% del salario). Al igual que para la madre, la prestación que abona el INSS corre a cargo de la Seguridad Social.

- **¿Cuántos días de permiso (retribuido por la empresa), tiene el padre por nacimiento de una hija o hijo?**

Según el Estatuto de los Trabajadores el padre podrá disfrutar de dos días en caso de nacimiento de un hijo o hija. En caso de que la persona trabajadora necesite hacer un desplazamiento al efecto, el plazo será de cuatro días. Este permiso es retribuido por la empresa y los convenios colectivos pueden ampliar el número de días de permiso por nacimiento. Este permiso no debe confundirse con el permiso de paternidad retribuido por la Seguridad Social.

- **¿Tiene derecho el padre a algún permiso por paternidad independiente del permiso de maternidad?**

Sí, el padre (o el otro progenitor u otra progenitora) tiene derecho a un permiso de trece días ininterrumpidos en caso de nacimiento, adopción o acogimiento, ampliables en el supuesto de parto, adopción o acogimientos múltiples en dos días por cada hijo/a a partir del segundo. En caso de que el nuevo nacimiento, adopción o acogimiento se produzca en una familia numerosa, cuando la familia adquiera dicha condición por este hecho, o cuando en la familia haya una persona con discapacidad la duración del permiso es de veinte días ininterrumpidos, ampliables en dos días más en supuesto de parto, adopción o acogimiento múltiple, por cada hija o hijo a partir del segundo. La Disposición Final Décima Segunda del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2014 prevé para el 1 de enero de 2015 la entrada en vigor de la ampliación de este permiso a cuatro semanas (Este permiso es independiente del permiso por nacimiento de hijo/a a cargo de la empresa y también es independiente del permiso de maternidad (compartido); y es compatible con el disfrute de ambos, es decir, se sumaría a los anteriores).

- **¿En el supuesto de parto, quién puede disfrutar el permiso de paternidad y cuándo?**

En el caso de parto, este permiso corresponde exclusivamente al padre (o el otro progenitor u otra progenitora), y puede disfrutarlo en un periodo que va desde la finalización del permiso por nacimiento (que paga la empresa), hasta que finalice el periodo del permiso de maternidad o inmediatamente después de finalizado éste. El trabajador está obligado a comunicar a la empresa que va a hacer uso de este derecho, con la debida antelación. (Recuerda: al permiso de paternidad hay que sumarle el permiso por nacimiento de hijo o hija).

- **En el supuesto de parto, si el padre u otro progenitor u otra progenitora, no desea disfrutar el permiso por paternidad, ¿puede disfrutarlo la madre?**

No, este permiso es un derecho del padre (o el otro progenitor u otra progenitora) únicamente, por tanto la madre no puede hacer uso de él. Si el padre declinara hacer uso del mismo, el derecho se pierde.

- **¿Cuáles son los requisitos para cobrar la prestación del permiso de paternidad?**

Hay que estar dado de alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta y acreditar un periodo mínimo de cotización de 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha del inicio del permiso o alternativamente, 360 días a lo largo de la vida laboral.

- **¿Cuánto va a cobrar el padre durante el permiso de paternidad?**

La cuantía de la prestación económica con cargo a la Seguridad Social es del 100% de la base reguladora por contingencias comunes.

- **¿La prestación de la Seguridad Social es igual que en los casos de baja por maternidad?**

La base reguladora por contingencias comunes es el salario de la persona trabajadora salvo los conceptos no cotizables como transporte o dietas. Tampoco se computan las horas extraordinarias.

Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

Permiso por nacimiento y cuidado de menor (antes permiso de maternidad y permiso de paternidad).

Se equipara la duración de los permisos por nacimiento de hijo o hija de ambos progenitores.

Se crea una nueva prestación para el ejercicio corresponsable del cuidado del lactante.

Desde el 1 de enero de 2021, ambos progenitores pueden disfrutar de 16 semanas de permiso teniendo cada uno de ellos la obligación de disfrutar de seis semanas inmediatamente tras el parto.



8

Lactancia materna y sexualidad



Para entender el cambio tan grande que supone el parto en la vida sexual de una mujer, conviene tener en cuenta lo que ocurre durante la gestación.

La sexualidad durante el embarazo

Durante la gestación no existe peligro alguno por mantener una vida sexual activa, excepto en el caso de que la gestante sufra hemorragias o que haya roto la bolsa de las aguas.

El importante aumento de estrógenos y progesterona que se produce durante el embarazo hace que zonas erógenas como los genitales externos y los pechos estén mucho más irrigadas e inervadas y que su tamaño aumente, lo que conduce a un incremento importante de la sensibilidad. Por lo general, se produce un aumento de la libido (deseo sexual) y una mayor facilidad para alcanzar el orgasmo.

Cuando una mujer embarazada se excita, aumenta el volumen de sangre con oxígeno que llega a toda la pelvis. Ello se traduce en una "merienda" extra para el bebé intrauterino, al que también le llegarán buenas sensaciones transmitidas por sustancias químicas transmisoras de placer y endorfinas.

Tener una vida sexual activa durante el embarazo también ayuda a que el cérvix esté más maduro, blando y entreabierto para el parto.

Pero no sólo de hormonas vive la libido, y los expertos coinciden en que el cerebro es el máximo creador o destructor de deseo sexual.

Ello puede explicar que algunas mujeres sufran precisamente un descenso de libido durante el embarazo, aunque físicamente todo esté preparado para lo contrario.

En general, aquellas mujeres que viven los cambios en su cuerpo con alegría, que se ven guapas y radiantes en el espejo, suelen tener también una vida sexual más activa durante su gestación. En cambio, aquellas mujeres que no se gustan embarazadas y se ven a sí mismas como deformes no viven bien su sexualidad en el embarazo.

Las reacciones de los hombres también son diferentes: a algunos, tanta curva y redondez les dispara la libido. A otros, en cambio, el miedo a dañar a su mujer o al bebé les puede y notan un descenso en su deseo sexual.

Todo cambia cuando nace el bebé

Pero todo cambia en el posparto, cuando la libido baja hasta cotas insospechadas en la mayoría de mujeres. De hecho, ninguna hembra mamífera se pone en celo durante la lactancia; sus pretendientes lo perciben por el olor y ni se acercan. Las únicas especies mamíferas que mantienen relaciones sexuales durante el periodo de lactancia son los humanos y los canguros. En realidad, este descenso del interés sexual por parte de la hembra es una ventaja evolutiva, una reacción que la naturaleza ha desarrollado para preservar el interés de la madre por su cría recién nacida.

Causas hormonales

La causa más importante es hormonal. De tener cifras astronómicas de estrógenos y progesterona segregadas por la placenta, tras el alumbramiento nos quedamos a cero de esas hormonas. En cambio, segregamos prolactina, que es una hormona antagonista de las que hacen tener libido y ser fértil: estrógenos, progesterona y testosterona.

La mujer que amamanta, durante los primeros 6 meses está hormonalmente en una situación parecida a la menopausia. Por eso aparecen signos comunes a la misma, como sequedad vaginal y sofocos de calor.

Causas físicas y la influencia del parto

Al factor hormonal se suman otros, como el sueño y el cansancio que suelen tener todas las mujeres -y también los hombres- que están criando a un bebé.

Cuesta mucho encontrar un momento para las relaciones sexuales, y cuando éste aparece es muy posible que el bebé lo interrumpa con su llanto.

El parto tiene una influencia muy grande en la sexualidad de una mujer. Dar a luz es un suceso muy impactante e intenso. Después de haber tenido sensaciones tan fuertes e intensas en la vagina durante el nacimiento, después de haber sentido en muchos casos un dolor importante durante días o semanas en ella debido a una episiotomía, por ejemplo, es difícil cambiar el "chip" y empezar a pensar que ahora tenemos que sentir placer por esa misma vía.

A menudo, la episiotomía causa dispareunia (relación sexual dolorosa) a largo plazo.

En estas situaciones, es mejor postponer las relaciones sexuales con penetración. Se puede practicar el sexo sin penetración de forma muy variada, y las caricias cobran especial importancia en esta etapa. Usar un lubricante o aceite vegetal para combatir la sequedad vaginal, tener paciencia, cariño y respeto es lo mejor.

Aquellas mujeres que han tenido un parto natural, poco intervenido y sin traumatismos vaginales posiblemente no tengan problema alguno para reiniciar relaciones sexuales, y también es posible que su libido no baje tanto.

En todo caso, aunque se siga dando el pecho, alrededor de los 6 meses la prolactina ya no alcanza valores tan altos como en el posparto inmediato, pues la producción de leche deja de ser un fenómeno endocrino (controlado por las hormonas) y se mantiene gracias a la succión y vaciado frecuente de los pechos. Los niveles basales de estrógenos, progesterona y testosterona vuelven a subir, y también la libido empieza a recuperarse.

¿Y la parte emocional?

Después del parto, la madre ha creado un vínculo intenso con el bebé, las endorfinas segregadas a raudales durante el parto han creado una especie de nube de amor en la cual sólo entran el recién nacido y la madre. Casi toda la energía sexual y afectiva de ésta se dirigen hacia el recién nacido en una relación perfecta de amor mutuo.

En el posparto, la mayoría de madres necesita el amor, afectividad y protección por parte de su pareja. Quieren abrazos y palabras de cariño, pero no les apetece practicar el sexo. El padre puede malinterpretar la demanda de cariño con demanda de sexo, y sentirse mal al ser rechazado. La madre puede intentar solucionarlo evitando el contacto físico y no demandando más cariño. El padre puede reaccionar pensando que la culpa es del bebé, pues desde que nació su mujer ya no es la misma, se ha vuelto distante y el bebé la tiene totalmente absorbida.

En estos casos, el posparto se convierte en una auténtica prueba de fuego para la pareja.

Para superarla, es crucial la comunicación. Él debe saber que existen unos factores físicos y emocionales importantes que hacen que su mujer no sienta deseo sexual, pero que le sigue amando y necesitando más que nunca. Y ella debe saber que él quizás se siente solo y excluido de la nube de amor, quiere ayudar y no sabe cómo hacerlo. El padre puede abrazar y dar cariño sin esperar sexo a cambio, y muy posiblemente ello conduzca a mejorar la relación, y por tanto a aumentar el deseo sexual de su mujer.

También es frecuente que las madres lactantes rechacen la estimulación de los pechos durante la relación sexual, es como si quisieran reservarlos sólo para su bebé.

Debido a la oxitocina que la madre segrega durante el orgasmo, algunas mujeres pueden tener un reflejo de eyeción con salida de leche.

¿Es normal sentir placer sexual mientras se da el pecho?

Algunas mujeres experimentan placer mientras dan el pecho a sus hijos, lo que puede generarles un gran desconcierto e incluso sentimientos de culpa. El tabú del incesto es muy fuerte, y cualquier sensación sexual directamente relacionada con los hijos se interpreta por lo general como algo que debe reprimirse. Pero no hay que perder de vista que la lactancia, al igual que el embarazo, forma parte del ciclo sexual y reproductivo de las mujeres, y el baile hormonal que se produce cuando el bebé succiona el pezón de su madre bien puede desencadenar sensaciones de placer físico. No es de extrañar que así sea. Al fin y al cabo, la naturaleza siempre se ha asegurado de que todas aquellas actividades que son imprescindibles para el mantenimiento de la vida (comer, reproducirnos, dormir) nos resulten sumamente placenteras. La lactancia no es una excepción, y en condiciones normales amamantar es una experiencia muy agradable para ambos, madre e hijo. Algunas mujeres, además, pueden llegar a experimentar sensaciones más intensas e incluso excitación sexual. Saber que es algo perfectamente normal, aunque no demasiado frecuente, puede ayudar a que disfruten de esos momentos sin temor.

En la Edad Media era peor...

En la Edad Media se consideraba impuro mantener relaciones sexuales con una madre lactante, puesto que se pensaba que el semen podía contaminar la leche. Por ello, los maridos de las clases pudientes pagaban una nodriza. De ese modo, podían tener acceso carnal a su mujer a las pocas semanas del parto y éstas tenían a menudo un hijo cada año durante toda su vida reproductiva.

Texto extraído de Alba Lactancia.



Lorena, Juan Gabriel y sus hijos Guillermo y Leo



9

Lactancia materna y anticoncepción

Son numerosos los métodos anticonceptivos compatibles con la lactancia materna. De hecho, la lactancia en sí funciona como método natural de control de la natalidad durante algún tiempo y mientras se den determinadas circunstancias.

9.1. Método de la lactancia y la amenorrea (MELA)

Esto se debe a que los niveles altos de prolactina impiden un nuevo embarazo por ser esta hormona antagonista de las que hacen ovular a la mujer. Es el llamado Método MELA. Para que funcione, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El bebé debe tener menos de 6 meses.
- La madre debe seguir en amenorrea (sin regla).
- La lactancia materna debe ser a demanda y exclusiva (el bebé no toma nada más que pecho, ni agua, ni infusiones), y no ocurre a menudo que esté más de 6 horas sin mamar por la noche, ni más de cuatro horas sin hacerlo de día, y preferiblemente no usa chupete.

Si se cumplen estas condiciones, la posibilidad de embarazo es cero durante las primeras doce semanas post-parto, y de entre el 1-2% durante el segundo trimestre de vida del bebé, según los estudios efectuados al respecto.

La mayoría de mujeres lactantes que cumplen los requisitos del MELA no tienen la primera regla antes de los 6 meses posparto, y algunas mantienen la amenorrea hasta pasado el segundo cumpleaños del niño.

De hecho, hasta 14 días antes de la primera regla no se ovula por primera vez y no hay posibilidad de embarazo. Pero claro, no sabemos que hemos ovulado de nuevo hasta que volvemos a tener la regla...

Pasados los primeros seis meses de vida del bebé, si la madre sigue sin regla, la seguridad contraceptiva del MELA desciende paulatinamente. En los países en vías de desarrollo en los que la lactancia materna funciona como el único método anticonceptivo posible, los nacimientos se distancian de manera espontánea dos o tres años.

En todo caso, el método anticonceptivo de elección dependerá de la situación de la pareja y la voluntad de no volver a tener otro hijo. Hay parejas que no se lo pueden ni plantear, mientras que otras no buscan un nuevo embarazo, pero si viene lo aceptan.

9.2. Métodos hormonales

Existen varios métodos anticonceptivos hormonales compatibles con la lactancia. Podemos usar la progesterona en sus diferentes formas:

- Inyección trimestral.
- Pastillas anticonceptivas de progestágenos
- Implantes subdérmicos
- La pastilla del día después.

La progesterona no reduce la producción de leche. Es importante que la recete una matrona o un ginecólogo después de confirmar que la madre no tiene ninguna contraindicación para tratamiento hormonal.

Las pastillas anticonceptivas hormonales combinadas que contienen estrógenos bajan la producción de leche de modo desigual según las mujeres. Los expertos sostienen que si el niño o niña es mayor y come otras cosas no pasa nada, pero algunas mujeres prefieren no arriesgarse a perder producción.

9.3. Métodos de barrera

- **Preservativo**

El método de barrera más usado es el preservativo, y presenta una seguridad del 100% si se usa correctamente. Todos los fallos vienen provocados por un uso inadecuado del mismo.

- **Diafragma**

El diafragma es un método muy poco usado en España. Requiere tomar medidas en la consulta ginecológica para encargarlo, aprender a usarlo correctamente y, para que sea más eficaz, se recomendaba usarlo junto con una crema espermicida.

- **Dispositivo Intrauterino**

El DIU se coloca en la consulta ginecológica, preferiblemente no antes de que hayan transcurrido tres meses desde el parto, porque la matriz está todavía muy aumentada de tamaño y la posibilidad de expulsarlo es mayor. La mayoría de los DIU que se comercializan actualmente tienen una duración de 5 años y su índice de fallos oscila entre el 1 y el 2%.

El DIU funciona creando un ambiente adverso a los espermatozoides y a la posible implantación de un óvulo fecundado, ya que provoca una reacción inflamatoria a cualquier cuerpo extraño. A algunas mujeres les causa reglas más largas y dolorosas.

9.4. Métodos definitivos

La **ligadura de trompas** y la **vasectomía** deben considerarse métodos definitivos sin posibilidad de vuelta atrás, pues intentar reoperar las trompas o el conducto deferente del testículo tiene una posibilidad de éxito muy baja, además de ser muy cara. Se trata, pues, de una decisión que conviene sopesar con tranquilidad.

La ligadura de trompas requiere ingreso hospitalario, anestesia general y se realiza por laparoscopia. La vasectomía se hace con anestesia local y no requiere ingreso. Su efecto no es inmediato. Puede haber espermatozoides en las 25 eyaculaciones posteriores. **Se recomienda practicar un espermiograma antes de iniciar las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.**

9.5. Métodos naturales

Hablamos ahora de los métodos que se basan en detectar la ovulación con el objetivo de mantener relaciones sexuales con penetración en los días no fértiles y abstenerse o practicar el sexo sin penetración en los días fértiles.

El **método sintotérmico** es el más seguro de los naturales porque combina tres métodos:

- La temperatura basal.
- El método Billings, basado en la observación del moco cervical.
- La autopalpación del cuello cervical.

Para usarlo es preciso disponer de una tabla e ir registrando en ella las diferentes observaciones. Puede ser útil tanto para buscar embarazos como para evitarlos, o simplemente para conocer mejor cómo funciona el propio cuerpo.

- **Temperatura basal**

La temperatura basal se toma cada día del ciclo, considerando como primer día del mismo el primero de la menstruación. Se toma antes de levantarse de la cama, por la mañana, después del período más largo de sueño. En la postovulación inmediata se verá reflejado un ascenso de temperatura que se mantendrá durante 14 días, hasta que venga la siguiente regla. Es decir, que nos informa de cuándo hemos ovulado justo después de ovular.

- **Billings**

El flujo o moco cervical que podemos ver en nuestra ropa interior cambia a lo largo del ciclo del siguiente modo:

Al terminar la regla hay sequedad y flujo escaso; cuando éste surge es blanco y espeso y, poco a poco, a medida que se acerca el día de la ovulación, el flujo se vuelve más transparente y líquido. Cuando estamos a punto de ovular aparece el moco cervical fértil, que es muy característico y parecido a una clara de huevo: transparente, filante y elástico (si lo estiras con los dedos no se rompe).

Visto al microscopio, este moco representa como una autopista fácil para los espermatozoides, mientras que el moco no fértil representa una maraña infranqueable.

Este moco fértil dura 72 horas, y es durante las últimas 24 que se produce la ovulación. Una vez que el óvulo ya no es fecundable, el flujo se va espesando poco a poco, se vuelve menos transparente y pierde su elasticidad hasta que la regla viene de nuevo dos semanas después de ovular.

- **Autopalpación del cérvix**

La técnica de la autopalpación del cuello de la matriz consiste en aprender a palpar y valorar las modificaciones del mismo a lo largo del ciclo.

Para ello, la mujer introduce dos dedos profundamente en la vagina cada noche a lo largo del ciclo para comprobar que:

Al comienzo del ciclo el cuello está bajo, cerrado y duro al tacto.

Cuando la ovulación está cercana, el cuello sube, se entreabre y está algo más blando.

En plena ovulación, el cuello está muy alto (cuesta llegar con los dedos), abierto y blando como un labio bucal.

Después de la ovulación, el cuello vuelve a descender rápidamente, se cierra y se vuelve duro al tacto de nuevo.

Además, pueden observarse cambios de eje en la colocación del cuello del útero respecto a la vagina.

Tras palpar el cérvix y al retirar los dedos, quedarán en ellos restos de moco cervical. Se puede aprovechar este momento para valorar su color, elasticidad y filancia.

Cómo se combinan los tres métodos:

El método Billings, junto con la palpación cervical, nos dice con una fiabilidad muy alta cuándo estamos a punto de ovular y cuándo estamos ovulando para no mantener relaciones sexuales con penetración en esos días, mientras que la temperatura basal nos confirma cuándo hemos ovulado, de modo que nos permite practicar sexo seguro durante el resto del ciclo.

La recomendación más natural sería practicar el método MELA durante los primeros 6 meses de lactancia y usar después el método sintotérmico para detectar una posible ovulación, aunque es más fácil usarlo a partir del momento en que aparece la primera regla.

Texto extraído de Alba Lactancia.





10

El papel de la pareja en la lactancia



La pareja es fundamental en todo el proceso de embarazo, parto y puerperio como principal figura de apoyo de la madre, ya que es la persona más cercana a la misma y con la que suele pasar más horas. Para poder brindar este apoyo es necesario que se informe junto a la madre, acudiendo a las visitas prenatales y a las específicas de preparación al nacimiento y crianza.

Esto es muy importante en el tema que nos ocupa, la lactancia materna, ya que si la pareja conoce todos los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de la lactancia artificial, es muy probable que su preferencia para alimentar al bebé sea la lactancia materna y podrá ser una fuente de apoyo emocional muy importante para la madre, constituyendo un estímulo positivo, alentando a la madre y dándole seguridad y fuerza de voluntad para seguir adelante con el proceso de amamantamiento, incluso cuando surjan problemas en la lactancia materna como pudieran ser las grietas que tanto dolor provoca en la madre.

“ Este apoyo y escucha por parte de la pareja es esencial para que no se recurra a “la opción más fácil”, tirando la toalla ante las adversidades y abandonando la lactancia materna, sino que ayude a la madre a buscar ayuda externa (profesional o grupos de apoyo cercanos) para poder solventar estos problemas que puedan surgir. ”



Vanesa con su hija Ana y su pareja Luis

La lactancia materna necesita tiempo y tranquilidad. En este sentido, la pareja tiene un papel fundamental, sobre todo en las primeras semanas posparto, donde la madre se encontrará inmersa en un "trabajo" que le pedirá disponibilidad las 24 horas del día, que será amamantar con frecuencia al neonato (día y noche), sin olvidar el mantener cubierta sus necesidades básicas en cuanto a alimentación, higiene y descanso.

Para que la madre cuente con este tiempo, sería muy importante que la pareja le proporcionase ayuda práctica, liberándola de las tareas domésticas y/o del cuidado de otros hijos si los hubiese, así tendría un menor nivel de estrés derivado de una menor presión por la realización de otras actividades y podría dedicarle más tiempo al bebé y, consecuentemente, al amamantamiento; además, en caso de surgir algún problema en la lactancia podría manejarlo de una manera más tranquila.

Por otro lado, siguiendo con la necesidad de descanso e intimidad, otra función de la pareja sería la de actuar como "guardián" en las visitas que reciben, marcando los límites de estas (suelen ser una fuente de estrés para madre y bebé) y actuando como "filtro" ante comentarios y actitudes que pueden hacer dudar a la madre de si su bebé está bien alimentado o no con la lactancia materna.

Amamantar sólo puede hacerlo la madre y esto favorece el establecimiento del vínculo entre madre y bebé. Aunque la pareja no pueda amamantar, hay muchos momentos a lo largo del día en el que puede estar con el bebé y establecer un vínculo muy especial como, por ejemplo, durante el baño, el cambio de pañal, el paseo, mientras le realiza un masaje infantil,... En general, el pasar tiempo con el bebé, hablarle, acariciarle, y abrazarle, hará que se establezca una relación única también con la pareja.

La pareja tiene como labor principal el sostén de la diada madre/lactante. Llevar a cabo esta labor en nuestra sociedad actual supone todo un reto, pero es posible y, además, resulta muy gratificante.



Lucía con su hija Candela y su pareja Chari. Autor de la fotografía: Jose Ángel Vidal.



11

Alimentación
y nutrición
de la madre
durante
el embarazo
y la lactancia



Durante el embarazo

¿Hay algo importante que deba saber en el embarazo?

Sí, hay algo importante: en la mesita de noche de toda embarazada debería haber un suplemento con 200 microgramos (mcg) de yodo y 400 mcg de ácido fólico (vitamina B9). Ello previene una larga serie de posibles defectos del bebé.

¿No pueden las gestantes conseguir esos nutrientes con alimentos? Es muy difícil cubrir con la dieta las necesidades de yodo y B9 en el embarazo, ya que aumentan. Y el riesgo es demasiado alto como para que los responsables sanitarios lo dejen en manos de si sabemos hacer malabares con nuestra dieta. La sal yodada (que todos deberíamos tomar) ayudará a cubrir las necesidades de yodo, pero será insuficiente.

Además, no conviene abusar de la sal. Las verduras contribuirán a la ingesta de B9, pero probablemente tampoco serán suficientes. Así que tanto si está usted embarazada, como si planea estarlo en breve, no lo dude: empiece hoy a tomar el suplemento diariamente.

¿Cuánto peso aumentaré?

¿Tiene que comer por 2 una embarazada? Tiene que comer, salvo pocas excepciones, en función su apetito. El apetito (que según la Real Academia es un "impulso instintivo") nos ha hecho sobrevivir durante millones de años, así que a ninguna embarazada se le olvidará comer, como a nadie se le olvida pestañear.

Comer por encima del apetito puede conducir, además, a la obesidad. Y esto nos lleva al peso: ¿cuánto peso hay que ganar? Si usted, como la mayoría de mujeres, tenía un peso normal antes del embarazo, se aconseja que gane un mínimo de 11,5 kg. Pero hay mujeres que sólo ganan 7 kg y otras 18 kg, y las dos pueden tener un niño sano y recuperar su peso previo.

Debe recordar, en cualquier caso, que está totalmente contraindicado restringir las calorías que toma. Los "cuerpos cetónicos" que se generan al hacer dietas bajas en calorías, llegan al feto a través de la placenta y pueden dañar a su frágil Sistema Nervioso.

¿No debería tomar suplementos de hierro?

Depende del país

Mientras que en algunos países (como Estados Unidos o Francia) se suplementa sistemáticamente a toda mujer embarazada con 30-60 miligramos de hierro diariamente, en otros como España, Australia o el Reino Unido, sólo se hace bajo criterio médico. Es una decisión complicada, que suele tener en cuenta el porcentaje de población con alto riesgo de padecer anemia en el país en cuestión.

Efectos secundarios a corto plazo

El consumo de suplementos de hierro (necesario en caso de anemia) trae consigo, a corto plazo, una serie de efectos secundarios. Las molestias gastrointestinales son las complicaciones más frecuentes ante la suplementación con hierro, tales como dolor abdominal, náuseas, vómitos o estreñimiento.

El médico decidirá si conviene reducir la dosis en dichos casos, para disminuir los síntomas. Para mejorar el estreñimiento que suele producirse, nada mejor que hacer más ejercicio y aumentar el consumo de agua, frutas, hortalizas, legumbres y cereales integrales.

Efectos secundarios a largo plazo

Varias investigaciones asocian el consumo de hierro con un mayor riesgo de padecer, a largo plazo, enfermedades cardiovasculares o cáncer, que son las dos primeras causas de muerte en occidente. Esto se debe a que el hierro es un agente oxidante capaz de aumentar la producción de radicales libres, y es por ello que se está empezando a valorar el exceso de hierro como un factor de riesgo.

Recientemente una serie de investigadores del Women's and Children's Hospital, de Adelaida (Australia), en la revista científica "American Journal of Clinical Nutrition" concluían que suplementar con hierro en mujeres embarazadas bien nutridas y sin diagnóstico de anemia puede traer más riesgos que beneficios.

No cabe duda, en cualquier caso, si la mujer entra en el embarazo con una anemia ferropénica previa, o la desarrolla en el curso del embarazo, tendrá serias dificultades para cubrir las demandas de hierro en la gestación. En los países en desarrollo, donde el déficit de hierro es frecuente, la falta de hierro se asocia a partos prematuros, a bajo peso al nacer y a incrementos en la mortalidad.

¿De dónde saco el hierro?

La mejor manera de asegurar un correcto aporte de hierro en la dieta es cumplir estos consejos:

- Disminuir al máximo el consumo de café y té, ya que dificultan que nuestro cuerpo absorba el hierro de las comidas.
- No tomar suplementos de fibra o alimentos ricos en salvado (como algunos cereales de desayuno).
- Alejar los suplementos de calcio de las comidas principales, en su caso, ya que impiden que el hierro se absorba correctamente.
- Tomar alimentos ricos en vitamina C (frutas y hortalizas), y añadir vinagre en las ensaladas, ya que pueden aumentar notablemente la absorción del hierro.
- Remojar, cocer, germinar y fermentar legumbres y cereales aumenta el aprovechamiento que nuestro cuerpo hace de su hierro.
- No tomar un exceso de lácteos (que aportan poco hierro).
- Disminuir al máximo el consumo de alimentos superfluos (refrescos, helados, bollería...).
- Llevar una dieta equilibrada, basada en cereales integrales (pan, arroz, pasta), frutas, hortalizas, pero sin olvidar carnes magras, pescado, legumbres, etc...

¿Hay algunos alimentos que deba vigilar en el embarazo?

Al desconocerse qué cantidad de alcohol produce malformaciones fetales, la recomendación es "cero alcohol".

El café y las infusiones esconden principios activos con propiedades farmacológicas. Como los fármacos pueden afectar al feto, los expertos en nutrición concluyen "cuantas menos infusiones, mejor".

El altísimo contenido en yodo de las algas (que puede afectar negativamente al tiroides del feto) justifica sobradamente evitarlas durante estos 9 meses.

Nuestra manía de contaminar el medio ambiente ha provocado que el pescado sea hoy portador de mercurio y dioxinas. Como el pescado aporta, por otra parte, beneficios a nuestra salud, el consejo en el embarazo es “ni mucho ni poco”. De 2 a 3 raciones semanales.

Un reciente informe del *Scientific Advisory Committee on Nutrition* aconseja evitar el hígado o derivados (como el paté) en mujeres embarazadas, por su alto contenido en vitamina A, que podría afectar al feto.

Durante la lactancia

¿Hay algo importante que deba saber en la lactancia?

Debes recordar que se aconseja a toda mamá que amamanta que tome cada día un suplemento con 200 microgramos (mcg) de yodo, además de sal yodada, según indica nuestro Ministerio de Sanidad.

En la lactancia aumentan las recomendaciones de este mineral, y es difícil cubrirlas con la dieta. Nada menos que un tercio de la población presenta déficit de yodo. Como ejemplo, 4 raciones de pescado a la semana (dos de blanco y dos de azul) sólo aportan el 5% de las recomendaciones de ingesta de este mineral en la lactancia.

¿Cómo sé que estoy llevando una dieta saludable, siendo una mamá lactante?

Sencillamente tienes que intentar cumplir estos puntos:

1. En cada comida principal: frutas, hortalizas y cereales integrales.
2. A diario: aceite de oliva y no más de 4 raciones de lácteos (preferiblemente desnatados) al día
3. De 3 a 5 veces/semana: legumbres (lentejas, garbanzos, etc.) y frutos secos.
4. 2-3 veces/semana: pescado, huevos o cárnicos (preferiblemente carnes blancas: conejo, pollo, etc.).
5. Máximo 3 veces/semana: carnes rojas (ternera, cordero, cerdo y embutidos en general)
6. Esporádicamente: dulces, refrescos, pasteles...

¿Necesito beber mucha agua si doy el pecho?

Todos sabemos que el agua es muy importante, pero la norma general debería ser, beber en función de la sed.

¿Puedo hidratarme con zumos?

Pese a que conservan las vitaminas, y aunque sean caseros, no se aconseja abusar de ellos. Un exceso de zumos puede conducir al exceso de peso.

●●●●● ¿Y con infusiones?

La Asociación Americana de Dietética lista decenas de infusiones no seguras en el embarazo. Se desaconseja “hidratarse” con ellas por 2 motivos:

- En ellas existen sustancias potencialmente farmacológicas, de las cuales se disponen pocos (o ninguno) datos acerca de su seguridad.
- La percepción de “inocuidad” de estos productos puede hacer que tomemos altas cantidades, potenciándose sus posibles efectos tóxicos.

●●●●● ¿Dar el pecho no hará que pierda mucho calcio?

No hace falta más calcio en el embarazo, ni en la lactancia. Las recomendaciones de los expertos no dejan lugar a dudas: aconsejan a las mujeres adultas que tomen la misma cantidad de calcio antes del embarazo que durante el mismo.

¿Y cuando han dado a luz y están amamantando a su bebé? Pues también se recomiendan la misma cantidad. ¿Por qué? Porque pese a que su cuerpo necesita más calcio para crear el esqueleto y las membranas de la nueva vida que crece en su interior, su metabolismo y su sistema hormonal (el de la mamá) se adapta perfectamente, aprovechando una mayor cantidad del calcio que contienen los alimentos (o, visto de otra manera, disminuyendo la cantidad de calcio que su cuerpo elimina por las heces).

●●●●● ¿No debería beber mucha leche para producir leche? ¿O para no descalcificarme?

Un prestigioso investigador del metabolismo del calcio (el Doctor Hegsted, profesor emérito de Nutrición en la Universidad de Harvard) opina que intentar evitar la osteoporosis sólo con calcio es como pretender ganar un partido de fútbol con un solo jugador. Otra metáfora de su invención: *“asumir que la osteoporosis se debe al déficit de calcio es como asumir que la infección se debe al déficit de penicilina”*.

En cualquier caso, y ya centrándonos en este “jugador”, los lácteos son nuestra principal fuente dietética de calcio, y dicho calcio se absorbe la mar de bien. Eso no significa que no podamos cambiar nuestra fuente de calcio, ni que no haya otros alimentos cuyo calcio no sea absorbible. Al hablar de lácteos, en cualquier caso, hemos de priorizar los desnatados, ya que los lácteos enteros suponen actualmente una de las principales fuentes de grasa saturada (cuyo exceso es perjudicial) en nuestra alimentación.

Otros alimentos que pueden aportarnos calcio (además de otros nutrientes importantes para la prevención de las fracturas) son, cómo no, los reyes de la dieta mediterránea: frutas, hortalizas, legumbres, frutos secos, y cereales integrales (pan integral, pasta integral –macarrones, espaguetis- o arroz integral).

Así que, de nuevo, volvemos al sensato consejo de comer saludablemente, y no sólo para prevenir la osteoporosis, sino el resto de enfermedades típicas de occidente: cáncer, cardiovasculares, diabetes u obesidad.



Me han aconsejado que tome suplementos de Vitamina D, ¿es preciso?

La vitamina D, importantísima para retener el calcio y prevenir las fracturas, podemos obtenerla de la dieta (pescados grasos, principalmente, o alimentos enriquecidos) o podemos sintetizarla exponiendo nuestra piel al sol.

Se considera que cuando la exposición a la luz solar es suficiente, el factor nutricional respecto a esta vitamina no es importante. La exposición de manos, brazos y cara durante 10-30 minutos de dos a tres veces por semana (ó 5 a 15 minutos cada día), es suficiente para cubrir los requerimientos. Estas cifras son mayores para individuos de piel oscura, personas mayores o para los que viven en latitudes norteñas o en áreas muy nubosas.

¿No me voy a quedar anémica al amamantar?

El riesgo de padecer anemia es muy bajo en mamás que amamantan de forma exclusiva a sus bebés (algo que deberían hacer hasta el último día del 6º mes). Esto es así porque la mayoría de mujeres no tienen la menstruación cuando amamantan de forma exclusiva y a demanda.

A partir de entonces el riesgo sigue siendo bajo, hasta llegar a igualarse al del resto de la población, pero nunca dicho riesgo es superior. En resumen: no te vas a quedar anémica por amamantar. O mejor dicho: no te vas a quedar más anémica que si no estuvieras amamantando.

Me han recomendado que tome frutos secos para producir mucha leche y que esté mas buena, ¿es cierto?

No es cierto. Rotundamente. Toma frutos secos porque son la mar de saludables, pero si quieres producir más leche, sencillamente tienes que ofrecerle el pecho más a menudo a tu bebé. Él tomará toda la que necesite. Consulta con una asesora en lactancia si tienes dudas al respecto de la cantidad de leche que produces.

¿No debería tomar cerveza para producir más leche?

Pues no. Tomar cerveza "podría" (no está del todo claro) producir un poquito más leche, pero eso NO significa que el bebé vaya a mamar más (no es el caso). Además, algo que hace que aumente la producción de leche debería ser visto como un fármaco, con sus potenciales riesgos y efectos secundarios, ya que está alterando una función milimétricamente controlada por factores hormonales y neuroendocrinos. Por último, pero no menos importante, el alcohol es una de las principales causas de mortalidad evitable en nuestro país. No hay que promover el consumo de alcohol. Ni con moderación.

Me han contado que algunos alimentos dan mal sabor a la leche ¿Qué alimentos debo evitar?

Los bebés NO rechazan la leche porque la madre coma un alimento determinado. La difundida (y errónea) creencia popular de que alimentos como la alcachofa, el ajo, la cebolla, el brócoli, las alubias o los espárragos, darían "mal sabor" a la leche, está totalmente infundada. Los estudios demuestran que dichos alimentos no afectan en absoluto a la correcta lactancia.

La clave del éxito de la lactancia es, repitémoslo: lactancia materna "a demanda". La cantidad de leche producida depende de la succión del bebé.

¿Qué puedo hacer para recuperar la figura mientras doy el pecho?

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria afirma que normalmente, pasados 6 meses tras la lactancia se recupera el peso habitual, y pasado 1 año se recupera la cintura ¡Sin realizar regímenes!

Pero conviene saber que la lactancia es el único momento de la vida de una mujer en que se moviliza con facilidad la grasa acumulada en las caderas (zona "gluteo-femoral"). Es el mejor momento, por tanto, para hacer algo de ejercicio suave de forma rutinaria si se quiere perder algún centímetro de dicha zona.

Las mujeres que amamantan, en cualquier caso, recuperan más rápido y mejor la figura que las que no lo hacen, sobre todo si la lactancia dura más de 6 meses. Hay que tener en cuenta que la lactancia no es una varita mágica, claro. Cuanto más peso se haya ganado en el embarazo, más deben limitarse los alimentos ricos en grasas, la bollería, pastelería, refrescos y alimentos superfluos en general.

La clave es potenciar el ejercicio físico y una dieta saludable (en la que deben priorizarse integrales, frutos secos, legumbres, frutas y hortalizas).

Si soy vegetariana ¿qué debo saber?

Una dieta vegetariana equilibrada es perfectamente compatible con un buen estado de salud tanto en el embarazo como en la lactancia, tal y como reconocen la *American Dietetic Association* o el prestigioso *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

El crecimiento de los niños de mamás vegetarianas que reciben leche materna o de fórmula en cantidad suficiente, es normal, tal y como indica la Asociación Americana de Dietética en su último documento de postura al respecto. Es crucial, en cualquier caso, una fuente regular de vitamina B-12 si la dieta de la madre no se suplementa.

Las claves para una correcta planificación de la dieta vegetariana para la mujer en la lactancia o en el embarazo son:

1. **Dieta variada** que incluya integrales: Debe consumirse la menor cantidad de alimentos superfluos con poco valor nutricional (ej: refrescos, bollería, azúcar, patatas fritas de bolsa, alcohol...) y se debe priorizar el consumo de integrales, aceite de oliva, frutas, hortalizas, legumbres y frutos secos.
2. **Suplementar con vitamina B12**: Conviene tomar vitamina B12 a partir de alimentos enriquecidos (ej: batidos de soja o cereales de desayuno) o a partir de suplementos. Es aconsejable consultar la web <https://unionvegetariana.org/>, en la que se responde ampliamente a todas las dudas al respecto.
3. **Yodo y ácido fólico (vitamina B9)**: De igual manera que el resto de embarazadas, las vegetarianas deben tomar diariamente un suplemento que contenga 400 microgramos de ácido fólico y un suplemento que contenga 200 microgramos de yodo. Se recomienda sustituir la sal de mesa por sal yodada. Las mamás que dan el pecho (de nuevo, de igual manera que el resto de embarazadas) no hace falta que tomen el suplemento de ácido fólico, pero sí el suplemento de yodo.
4. **Exposición moderada, pero habitual, al sol**: La exposición solar en la cara, manos, y antebrazos entre 5 y 15 minutos al día proporciona cantidades suficientes de vitamina D para la gente de piel blanca (esta vitamina la puede sintetizar nuestra piel).
5. **Ojo a las algas**: Es frecuente que los vegetarianos tomen altas cantidades de algas, que, como se comenta en otro momento en este documento, pueden presentar altísimas cantidades de yodo que podrían perjudicar tanto al feto, como al bebé lactante, pero también a la madre. No conviene tomar a menudo algas.

Texto extraído de Alba Lactancia.



12

Medicamentos y enfermedades maternas en la lactancia



12.1. Medicamentos y lactancia materna

Durante el periodo de lactancia es frecuente que la madre precise **medicación** o desee tomar productos de fitoterapia. Si bien la máxima, aplicable a todas las circunstancias y más aún en el caso de la madre lactante, debería ser la prescripción o consejo de los medicamentos o remedios realmente necesarios, debemos saber que una amplia mayoría de los mismos son perfectamente compatibles con la lactancia materna. Son casos realmente excepcionales los que justificarían una retirada de la lactancia materna para poder administrar ciertas medicaciones a la madre. Su retirada (temporal o definitiva) en todas las demás circunstancias supondría una interferencia innecesaria en la lactancia materna con las implicaciones derivadas en la salud infantil y materna.

Los profesionales sanitarios, con la referencia de las guías existentes, tenemos la responsabilidad de asesorar a las madres en el uso de medicamentos y otros productos durante el periodo de lactancia. Hemos de conocer y dar de conocer a las madres recursos como <https://www.e-lactancia.org/>.

De forma general, podemos decir que tanto paracetamol como ibuprofeno son seguros durante la lactancia (no siéndolo el metamizol), así como la mayoría de los antibióticos, hormonas (salvo los estrógenos, que pueden afectar a la producción láctea), antitiroideos, antiepilépticos y antirreumáticos. En el caso de los inmunosupresores va a depender del tipo y dosis utilizados.

En el caso de tener que someterse la madre a **procedimientos médicos**, debemos indicar que ni los procedimientos odontológicos ni aquéllos relacionados con el diagnóstico por imagen (radiografía, TAC, RMN) suponen un riesgo para el lactante. Únicamente en el caso de precisar administración de isótopos radiactivos para realizarse una gammagrafía habremos de establecer un tiempo de seguridad posterior durante el cual la estará contraindicada la lactancia materna. En este caso resulta de utilidad que la madre se extraiga leche previamente al procedimiento con el fin de administrarla al lactante en este periodo, durante el cual y con el fin de mantener la producción láctea resulta conveniente que se extraiga y deseche la leche.



Conchi con sus hijos Lola y Eduardo

12.2. Vacunas y lactancia materna

La práctica totalidad de las vacunas, sean inactivadas, atenuadas, recombinantes, de subunidades, conjugadas, polisacáridas, toxoides o de ARNm, como en el caso de la vacuna para la Covid-19, son compatibles con la lactancia. Únicamente sería excepción a esta regla la vacuna de la viruela, que ya no se utiliza para la población general, así como la de la fiebre amarilla en el caso de lactantes menores de 6-9 meses. En caso de ser absolutamente imprescindible el viaje a zonas de riesgo, la madre habría de desechar la leche durante las dos semanas subsiguientes a la administración de la vacuna. En el caso de la vacuna de la varicela sí habría que tener una precaución especial, independientemente del tipo de alimentación del bebé, y es la de cubrir las lesiones varicelosas alrededor del punto de inyección en caso de que éstas apareciesen.

12.3. Tóxicos y lactancia materna

12.3.1. Tabaco y cigarrillos electrónicos

Son bien conocidos los riesgos que representan la nicotina y otras sustancias tóxicas del tabaco sobre la salud del lactante (SMSL, mayor incidencia de infecciones respiratorias de vías bajas, obesidad futura, menor talla), y de la madre. Así mismo puede disminuir la producción láctea. Por estos motivos resulta conveniente animar y apoyar a la madre en el camino de la deshabituación tabáquica. Sin embargo, si esto no es posible, los beneficios en el lactante de alimentarse con leche materna seguirían siendo superiores a los riesgos que representa este hábito. Existe una serie de medidas para disminuir la exposición del lactante, como son fumar fuera de la vivienda y del vehículo y cambiarse de ropa y lavarse las manos previamente a coger al bebé. El paso de nicotina es menor dos horas tras fumar. El colecho (que no la cohabitación) estaría contraindicado en este caso.

Los cigarrillos electrónicos, basándonos en el menor paso de nicotina a sangre materna, sería en principio más seguros. Sin embargo, aún no están bien estudiados posibles efectos perniciosos de otros químicos existentes en los mismos.

12.3.2. Alcohol

Durante la lactancia es recomendable no consumir alcohol (únicamente bebidas “sin” con una graduación menor del 1%. Si bien existe controversia acerca de la seguridad de un consumo bajo (una bebida de baja graduación al día), dados las posibles implicaciones en la salud del lactante se recomienda evitarlas al completo y, en el caso de no hacerlo, suspender la lactancia en las 2 horas y media por cada 10-12 gramos de alcohol consumidos.

12.4. Café, infusiones y lactancia materna

El consumo de bebidas que contienen cafeína (café, té, mate, guaraná), así como el de las infusiones de tila y manzanilla se considera razonablemente seguro en la lactancia, siempre que sea en cantidades controladas.

Especial advertencia hemos de realizar para la utilización de productos calificados como naturales, pues muchos de ellos pueden resultar tóxicos para el recién nacido. Como ejemplo podríamos mencionar las infusiones de poleo-menta o la utilización de varios aceites esenciales en la aromaterapia.

●●●●● 12.5. Enfermedades y condiciones maternas o del recién nacido y lactancia

●●●●● 12.5.1. Enfermedades y condiciones maternas

12.5.1.1. Cirugía mamaria

Previamente al embarazo la madre ha podido someterse a distintos tipos de intervenciones quirúrgicas de mama. En el caso de las intervenciones de **aumento, reducción o mamoplastia**, no existe contraindicación para la lactancia, ni a día de hoy se han documentado efectos adversos de las prótesis de silicona en el recién nacido. Sin embargo, es posible que debido a una afectación de conductos galactóforos o fibras nerviosas durante la intervención la cantidad producida de leche sea menor. En estos casos hemos de asegurar un buen aporte al recién nacido mediante el empleo de técnicas de estimulación de la producción materna, así como el suplemento (preferiblemente de leche materna donada) en determinadas situaciones.

La **hipoplasia mamaria** (existencia de escaso tejido glandular, independientemente del tamaño de la mama), detectada en consulta o bien existente de forma previa a una intervención mamaria, puede constituir una causa de hipogalactia, habiendo de llevar a cabo las mismas medidas indicadas en el apartado anterior.

En caso de **mastectomía total unilateral**, la lactancia puede llevarse a cabo de forma exitosa desde la otra mama; en caso de ser parcial podrá ser bilateral, teniendo en cuenta que la mama afecta presentará una disminución en la lactogénesis, especialmente si también ha sido tratada con radioterapia.

12.5.1.2. COVID-19

La enfermedad materna por COVID-19 no contraindica la lactancia materna, no existiendo pruebas de que se transmita por esta vía. Sí se recomienda que la madre tome precauciones que eviten su transmisión al recién nacido, como son el uso de mascarilla y la higiene de manos.

12.5.1.3. Otras infecciones

Ni la **hepatitis B** ni la **hepatitis C** contraindican la lactancia, salvo en caso de presentar sangrado en el área del pezón, durante el cual la madre ha de descartar la leche que se extraiga del pecho, y pudiendo retomar la lactancia tras su resolución. En el caso de el virus de la hepatitis B, al recién nacido se le administrará la correspondiente profilaxis.

El **virus del herpes simple (VHS)** puede provocar enfermedad grave en el recién nacido y se transmite por contacto directo o indirecto con las lesiones cutáneas activas. Por tanto, la lactancia puede continuar siempre que la madre tape adecuadamente las lesiones cutáneas y, en caso de encontrarse éstas en el pecho, sí quedaría contraindicada la lactancia desde el mismo, así como el empleo de la leche extraída del mismo hasta la completa resolución de las lesiones. Igual actuación ha de llevarse a cabo en caso de infección por el **virus del herpes zóster (VZ)**, causante de varicela y herpes zóster, salvo en el caso de que la varicela se presente en la madre entre los 5 días antes del parto y los dos posteriores al mismo, situación que podría dar lugar a un cuadro clínico en el recién nacido y que, según autores, precisaría una completa separación de madre e hijo o la administración a éste de inmunoglobulina como profilaxis.

En el caso de los países desarrollados la **infección por VIH** es una contraindicación para la lactancia materna pues existe riesgo de transmisión del virus. En el caso de los países en desarrollo, los beneficios de lactancia materna (siendo la lactancia artificial menos segura que en los países desarrollados y mayor el riesgo de desnutrición) superan a los riesgos en este supuesto.

La **tuberculosis**, salvo en el raro caso de mastitis tuberculosa, no contraindica la lactancia materna. En el caso de tuberculosis activa estaría indicada la separación de ambos hasta las dos semanas de iniciado el tratamiento materno, pudiendo emplearse la leche extraída durante este periodo.

Mujeres con infección o reciente recuperación de la infección por el **virus del ébola** tienen contraindicada la lactancia materna.

12.5.1.4. Mastitis

La mastitis no representa una contraindicación para la lactancia materna; sí resulta conveniente evitar que el lactante entre en contacto directo con material purulento en caso de existir éste (ver capítulo).

12.5.1.5. Depresión materna

La madre que sufre depresión postparto puede continuar con la lactancia, pero precisa apoyo psicológico y en ocasiones farmacológico, debiendo emplearse aquellos fármacos con un perfil más seguro para el lactante.

12.5.1. Enfermedades y condiciones del recién nacido

La lactancia materna es el mejor alimento para todos los recién nacidos, independientemente de la existencia o no de alguna condición médica. Sin embargo, en determinados casos habremos de prestar una especial atención, como es la existencia de hipotonía muscular o trastornos en la deglución, tal como puede ocurrir en el Síndrome de Down o la prematuridad, defectos palatinos o ciertas enfermedades neonatales que conllevan una inestabilidad hemodinámica al nacer. Dependiendo del tipo y de la gravedad de la patología, se podrá optar por la administración temporal de leche materna mediante otros métodos (jeringa-dedo, sonda nasogástrica...) y resultará fundamental prestar todo el apoyo necesario a la madre lactante, así como controlar la adecuada ganancia ponderal del bebé.



Bea y su hijo David



13

Recursos
sobre
lactancia
materna





- Carlos González. Un regalo para toda la vida: Guía de la lactancia materna. Madrid. Booket. 2012.
- Nancy Mohrbacher, Julie Stock. Lactancia materna. Libro de respuestas. La liga de la leche internacional. Estados Unidos. 2001.
- Carlos González. Bésame mucho. 14th ed. Espasa. 2018.
- Carlos González. Mi niño no me come. Barcelona. Booket. 2012.
- Laura Gutman. Puerperios: Y otras exploraciones del alma femenina. RBA Libros. 2006. Versión actualizada 2022.



Recursos web

Organización Mundial de la Salud:
Worth Health Organization.
Disponible en: <https://www.who.int/es>



UNICEF. Disponible en:
<https://www.unicef.es/>



Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y a la lactancia (iHAN).
Disponible en: <https://www.ihan.es/>



Grupos de apoyo a la Lactancia Materna



Asociación Catalana Pro Lactancia Materna (ACPAM).
Disponible en: <https://www.acpam.org/>



Alba Lactancia Materna. Apoyo a las madres para una lactancia exitosa.
Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/>



Bancos de leche

Asociación Española de Bancos de Leche Humana.

Disponible en: <https://aebhlh.org/>



Bancos de leche en Andalucía:

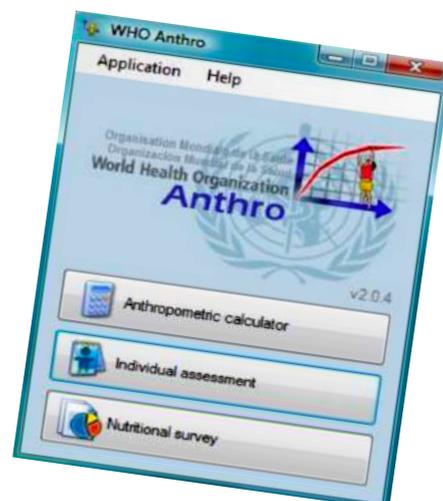
- Banco de leche humana. Hospital Virgen de las Nieves. Granada
- Banco de leche materna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
- Banco de leche materna. Hospital Reina Sofía de Córdoba

Aplicaciones



LactApp es una aplicación móvil desarrollada por IBCLC, que brinda información y apoyo a las madres que están amamantando a sus bebés. Esta aplicación se enfoca en proporcionar consejos, respuestas a preguntas frecuentes y recursos relacionados con la lactancia materna.

OMS AnthroPlus es una aplicación avanzada que le ayuda a realizar un seguimiento del crecimiento de los niños brindándole acceso gratuito a tres útiles herramientas: calculadora antropométrica, evaluación individual y encuesta nutricional. Este programa le brindará una manera rápida y fácil de almacenar y evaluar información detallada sobre el crecimiento de niños entre 5 y 19 años.





14

COVID-19 y
lactancia
materna



14.1. Lactancia materna en contexto de pandemia por COVID-19

La iHAN elaboró un documento titulado “Lactancia materna ante la pandemia de Coronavirus COVID-19. Información para familias con niños y niñas pequeños”. A continuación, se nombran los puntos más importantes.

El virus SARS-CoV-19 no se ha aislado en leche y es improbable que se transmita por la leche materna. Las madres no transmiten el virus durante el embarazo ni el parto.

La COVID-19 se transmite por gotas respiratorias y por los objetos contaminados con ellas. Para evitar transmisión del virus las madres y/o cuidadores con síntomas deben llevar mascarilla y lavarse las manos a menudo.

La lactancia materna protege frente a esta enfermedad.

Tras el nacimiento la inmunidad solo está completa con la leche materna. El amamantamiento protege a los lactantes de enfermedades respiratorias y de que estas se compliquen.

Cuando madre e hijo pasan juntos muchas horas al día, los virus que les rodean son los mismos y las defensas de la leche materna protegen mejor al bebé.

No se recomienda suspender la lactancia materna. Suspender lactancias ante la COVID-19 supone más riesgo que beneficio para madre e hijo.

Tras el parto la infección COVID-19 no obliga a interrumpir el contacto piel con piel ni la primera toma en la primera hora si el estado clínico de madre e hijo lo permiten.

Se recomienda mantener las medidas que se hayan utilizado durante el parto para evitar el contagio al bebé por gotas (mascarilla y desinfección de manos).

En madres que están amamantando y están sanas, la medida más adecuada para proteger su salud y la de sus hijos en cualquier situación, pero también en esta pandemia es que las madres continúen amamantando a sus bebés y niños y niñas pequeños durante el mayor tiempo posible y en exclusiva si es posible durante los primeros 6 meses.

En madres con síntomas leves de enfermedad pueden seguir amamantando. Se recomienda que usen mascarilla y se desinfecten las manos antes. No es necesario lavar el pecho salvo que se haya tocado inadvertidamente con las manos sin lavar.

14.2. Lactancia materna en contexto de pandemia por COVID-19

La iHAN en su Comunicado sobre la vacunación frente a Covid-19 y lactancia materna, considera:

- La vacunación frente a la COVID-19 en madres que amamantan es compatible y segura.
- A las madres que amamantan que pertenezcan a grupos de riesgo susceptibles de recibir la vacuna, se les debe ofrecer sin restricciones y deden tener la posibilidad de tomar una decisión informada.
- No existe ninguna justificación para suspender la lactancia materna como condición para administrar la vacuna contra la COVID-19.



La LM y las prácticas IHAN	<ul style="list-style-type: none">• NO aumentan el riesgo de COVID-19
La implicación con la IHAN	<ul style="list-style-type: none">• Protege la lactancia durante la Pandemia
La Pandemia ha puesto en peligro	<ul style="list-style-type: none">• La LM y la salud materno infantil• La calidad de la asistencia perinatal
La vacuna frente COVID	<ul style="list-style-type: none">• No está contraindicada en la lactancia• Es compatible con la donación de leche.

M.T. Hernández-Aguilar, IHAN Internacional, España 2021



Imagen extraída de Presentación de M^a Teresa Hernández titulada “Lactancia Materna y COVID”:
<https://www.ihan.es/wp-content/uploads/MTHA-LM-Y-COVID-MSBSC-ABRIL-2021-con-referencias-y-firma.pdf>



15

Anexos



Índice de Anexos

- Anexo 1: Signos de hambre del lactante /102
- Anexo 2: Patrón adecuado de micciones y deposiciones y ganancia mínima de peso aproximadas /103
- Anexo 3: Lactancia materna y sueño /104
- Anexo 4: Colecho /108
- Anexo 5: Crisis o brotes de crecimiento /109
- Anexo 6: Cómo conseguir una rápida producción de leche: la extracción poderosa /115
- Anexo 7: El power pumping o método de extracción poderosa /117
- Anexo 8: Trucos para extraer más leche /119
- Anexo 9: Posiciones para un agarre correcto /121
- Anexo 10: Indicadores de un agarre correcto /122
- Anexo 11: Extractores de leche materna /123
- Anexo 12: Cómo colocar bien una pezonera /124
- Anexo 13: Presión inversa suavizante /125
- Anexo 14: Masajes en el pecho ante una obstrucción /127
- Anexo 15: Recogida de muestra de leche para cultivo /128
- Anexo 16: Alimentación complementaria dirigida por el bebé /129
- Anexo 17: Anatomía y fisiología de la lactancia /133
- Anexo 18: Cómo actuar ante un atragantamiento /141
- Anexo 19: Folleto de donación de leche /144
- Anexo 20: Frenillo corto o anquiloglosia /146
- Anexo 21: Protocolo de Mastitis Lactacional /153

Anexo 1. Signos de hambre del lactante



Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad.



Anexo 2. Patrón adecuado de micciones y deposiciones y ganancia mínima de peso aproximadas

A. Patrón adecuado de micciones y deposiciones (indicador de ingesta adecuada). Recomendaciones apropiadas para la edad:

- Día 1:
 - Micciones: una o más, transparentes o amarillo pálido.
 - Deposiciones: una o más, meconio.
- Días 2-3:
 - Micciones: de dos a tres, transparentes o amarillo pálido.
 - Deposiciones: una o más, meconio o deposiciones de transición de color marrón o verdoso.
- Días 3-5:
 - Micciones: de tres a cinco, color claro o amarillo pálido.
 - Deposiciones: 3-4 deposiciones de transición, líquidas y de color amarillento.
- Días 5-7:
 - Micciones: de cuatro a seis, transparentes y amarillas.
 - Deposiciones: de tres a seis, color amarillento, en general líquidas.
- Días 7-28:
 - Micciones: frecuentes y claras o de color amarillo pálido.
 - Deposiciones: de cinco a diez o más, de color amarillo

B. Tabla de pesos según la OMS. Ganancia mínima de peso aproximadas.

- 6 semanas: 20g/día, 140g /semana.
- Menos de 4 meses: 100- 200g /semana.
- 4-6 meses: 80-150 g /semana.
- 6-12 meses: 40-80 g /semana

Se recomienda pesar en la misma báscula, en las mismas condiciones (misma hora, misma ropa, ...).

Fuente: Recomendaciones OMS sobre el peso del lactante



Anexo 3. Lactancia materna y sueño.

Se sabe que el sueño es un proceso evolutivo. Todo niño sano, aunque al principio presente despertares frecuentes o algún problema a la hora de acostarse, va a dormir correctamente algún día.

El sueño va ligado al desarrollo del ser humano, por tanto, siempre cambia, se va modificando conforme el ser humano nace, crece y envejece.

El sueño prenatal

Los bebés en estado fetal, sobre todo en el tercer trimestre de gestación, ya presentan momentos de vigilia seguidos de momentos de inactividad muy semejantes a las fases del sueño que tienen los recién nacidos. Este sueño fetal es independiente del sueño de la madre.

Se han descrito dos patrones del sueño en el bebé antes de nacer: sueño activo y sueño tranquilo.

Etapa de construcción del sueño (de 0 a 7 meses)

A lo largo de sus primeros 7 meses de vida, el sueño de los bebés evolucionará paulatinamente: de las dos fases de sueño que tienen los recién nacidos se pasará a las cinco fases del sueño adulto.

A lo largo de todo este proceso, los cambios en el sueño infantil irán de la mano de otro tipo de cambios, normales en el crecimiento de cualquier ser humano sano, desde el crecimiento físico, la forma de alimentarse, de relacionarse y el desarrollo de actividades motrices, etc.

a) De 0 a 3 meses



Fuente: Alba Lactancia

Los bebés nacen sabiendo dormir. Estadísticamente lo hacen la mayor parte del día, entre 14 horas los más despiertos y 20 horas los más dormilones.

Los recién nacidos necesitan comer con frecuencia para evitar hipoglucemias y crecer. Por tanto, no pueden tener un sueño muy continuado y necesitan pequeñas siestas a lo largo de las 24 horas del día para poder despertarse con frecuencia y comer.

Este ritmo de alimentación se adapta perfectamente a la fisiología de la lactancia materna. Las tomas frecuentes aumentan los receptores de prolactina en la mama y aseguran una buena producción de leche.

La prolactina también tiene el efecto de relajar a la madre e inducirle el sueño, así mientras amamanta descansa. Por otra parte, la leche materna contiene un aminoácido (L-triptófano) que favorece el sueño, además la succión del pecho es relajante y ayuda a dormir. Sueño y lactancia materna se complementan entre sí para un desarrollo óptimo de los bebés.

El **colecho**, madre y bebé durmiendo juntos, facilita no solo la lactancia materna sino el sueño de ambos.

El patrón de sueño en este periodo (pequeñas siestas intercaladas con despertares frecuentes) esta sincronizado con las necesidades del bebe por más de un motivo:

Alimentarse con frecuencia.

- Superar posibles episodios de apnea.
- Mantener la alerta del cuidador.
- Desarrollar la mente.
- Madurar.
- Ejercitar la succión.

Y se caracteriza más específicamente por:

- Es bifásico: sueño activo o REM y sueño lento.
- Es ultradiano: no diferencia entre el día y la noche.
- Es polisecucional: se reparte en varias secuencias a lo largo de todo el día.
- Mayor porcentaje de sueño REM: es en esta fase que cerebro integra los aprendizajes.

El sueño se inicia directamente en fase REM: prioriza la maduración a nivel mental frente al descanso corporal.

La maduración de los bebés durante los primeros meses de vida es impresionante, en ningún otro momento de su vida van a desarrollarse tanto y tan rápido, no solo a nivel físico sino a nivel neuronal. Tanto la lactancia materna como el sueño, se adaptan, ayudan y refuerzan este proceso.

Hacer ingerir a los bebés alimentos de digestión pesada, o pautar horarios para las ingestas para alterar el patrón normal del sueño infantil a esta edad y adaptarlo al sueño adulto, puede ser contraproducente. Lo que favorece el desarrollo natural del sueño es la lactancia materna y el colecho.

a) De 4 a 7 meses



Fuente: Alba Lactancia

Pasado el primer trimestre, los bebés cambian y su sueño también, volviéndose cada vez más parecido al de los adultos. El bebe empieza a dormir algo más de noche que de día y cuando se queda dormido, el sueño empieza en fase no- REM (sueño ligero seguido de sueño profundo, por lo que se puede despertar fácilmente si algún estímulo lo altera). Cuando ya ha llegado a las fases más profundas del sueño, puede permanecer una hora en ella.

El patrón de sueño en este período también se relaciona con las necesidades de los bebés a esta edad son:

- Adquirir el ritmo circadiano.
 - Adquirir las fases del sueño adulto.
- Su alerta será selectiva: reclamará a la madre cuando se sienta solo o entre extraños.
 - Iniciará la alimentación complementaria.

Por tanto, a esta edad el sueño será:

- Circadiano: diferenciará paulatinamente entre el día y la noche.
- Polifásico: tendrá adquiridas casi todas las fases del sueño adulto, podrá unir las con más facilidad e incluso hacer tiradas de más de un ciclo.
- Inestable: las dos fases de sueño del primer trimestre se desarrollan hasta alcanzar las cinco fases del sueño adulto. Las fases van surgiendo paulatinamente a lo largo de un periodo de transición y el bebé necesita adaptarse a ellas.

En nuestro tiempo y cultura, estos cambios suelen coincidir con el inicio de la alimentación complementaria y la reincorporación al trabajo remunerado por parte de las madres, por lo que puede ser un período crítico para las familias. De nuevo, la lactancia materna, y especialmente el colecho, pueden hacerlo todo más llevadero.

●●●●● Etapa de maduración del sueño (de 8 meses a 6 años)

En esta etapa, el sueño madura paulatinamente hasta parecerse al sueño adulto, las horas de sueño se reducen y poco a poco se eliminan los despertares nocturnos.

a) De los 8 meses a los 2 años



Los bebés a esta edad necesitan:

- Seguir incorporando alimentos complementarios a su dieta.
- Superar el periodo de angustia por separación.
- Relacionarse con el entorno: deambulación (afianza el gateo y empieza a andar).
- Superar la irrupción dentaria.
- Realizar la reglamentación esfínteriana.

En este periodo el sueño de los bebés será:

- Temido
- Inquieto

b) De 3 a 6 años

A partir de los tres años suele iniciarse un descenso de los despertares nocturnos que desaparecen aproximadamente a los 5 años.

Entre los 5 y los 6 años los niños se hacen mayores y su sueño será ya parecido al de los adultos.

Es la etapa de los primeros aprendizajes escolares y la consolidación del lenguaje hablado.

Hacia los 3 o 4 años dejan de hacer siesta. Por otra parte, empiezan a pedir cosas que les gustan para rebajar su ansiedad antes de dormir (cuentos, canciones, ...). Tanto si duermen solos o en compañía llega un día en que no sólo no necesitan a nadie, sino que no quieren a nadie más en su habitación.



❖ La duración de la lactancia materna y el sueño infantil

Estudios antropológicos y etológicos, así como distintos testimonios etnográficos, históricos y culturales, nos permiten hacernos una idea de cuál sería la duración de lactancia materna de los bebés humanos desde el punto de vista biológico.

De este modo sabemos que la edad de destete natural correspondiente a los seres humanos estaría comprendida entre los 2,5 y los 7 años.

La construcción del sueño infantil se produce aproximadamente en ese primer período de lactancia que hasta hace poco han respetado la gran mayoría de culturas a lo largo de la historia.

El periodo de maduración del sueño infantil culmina a lo largo del periodo estimado de duración normal de la lactancia materna.

Texto extraído de Alba Lactancia.



Nazaret, Fran y sus hijos Guillermo y Lucas

Anexo 4. Colecho

Es importante que los padres estén informados sobre ciertas circunstancias que pueden acarrear mayor riesgo para los niños si se practica el colecho, principalmente entre los menores de 6 meses de edad, en este sentido el Comité de Lactancia Materna de la AEP y el Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil de la AEP consideran que se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. La forma más segura de dormir para los lactantes menores de seis meses es en su cuna, boca arriba, cerca de la cama de sus padres. Existe evidencia científica de que esta práctica disminuye el riesgo de SMSL en más del 50%.
2. La lactancia materna tiene un efecto protector frente al SMSL y, por otro lado, el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la lactancia materna, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo de SMSL por lo que no debe ser recomendado en:
 - Lactantes menores de tres meses de edad.
 - Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
 - Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
 - Situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el post-parto inmediato.
 - Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
 - Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.

Texto extraído de la AEP.

Importante: ¿Cuándo no dormir con tu bebé?

- Fumar aumenta el riesgo de muerte en la cuna. Deberías asegurarte de que no te quedas dormido con tu bebé en tu cama si tú (o cualquier persona en la cama) eres fumadora, incluso si nunca fumas en la cama.
- Nunca te duermas con tu bebé en un sofá o butaca.
- Quedarse dormida con tu bebé también es peligroso si tú o cualquier persona en la cama no podéis responder por el bebé. Por ejemplo, si:
 - Has bebido alcohol
 - Has tomado alguna droga (legal ilegal) que pueda provocarte somnolencia
 - Tienes alguna enfermedad o condición que afecte a tu conciencia para con el bebé
 - Estás cansado/a de manera inusual hasta el punto de que te sería difícil responder ante tu bebé
- También es más seguro no compartir cama con tu bebé si ha sido prematuro, o de bajo peso, aunque haya nacido a término, o si tiene fiebre alta.

Anexo 5. Crisis o brotes de crecimiento

La producción de leche se regula mediante la demanda del bebé, a más demanda más producción de leche. A pesar de eso, existen situaciones en las que por diversos motivos los bebés parecen no estar satisfechos o incluso parecen estar incómodos mamando.

Este comportamiento suele causar mucha angustia a las madres, y si no conocen estos episodios de modificación de la demanda y del comportamiento del bebé se puede caer en el error de empezar a suplementar al bebé con leche artificial e incluso dejar la lactancia.

Llamamos crisis, brotes o escalones de crecimiento a las situaciones donde el bebé parece no estar conforme con la producción de leche de su madre. Por suerte la mayoría de los bebés experimentan estas situaciones a una edad similar, lo que nos permite entender su comportamiento.

A los 17-20 días de vida

Los bebés suelen ser bastante regulares los primeros días de vida, suelen comer y dormir en ciclos bastante regulares y previsibles.

Llegada la tercera semana de vida los bebés experimentan la primera crisis de demanda y su comportamiento se modifica:

- Quieren mamar de manera continua, lo que puede traducirse en no soltar el pecho o comer cada 30 minutos.
- Lloran desesperados si no tiene el pecho en la boca.
- Regurgitan leche en cantidades considerables, pero quieren seguir mamando.

¿Qué pasa?

El bebé necesita aumentar la producción de leche de su madre, la única manera de conseguirlo es mamar sin tregua durante un par o tres de días, consiguiendo así una producción de leche óptima, una vez logrado el objetivo, el niño volverá a hacer tomas más espaciadas y la lactancia retomará su curso más tranquilo de demanda.

Si el niño ha recuperado el peso del nacimiento (en circunstancias normales, lo recuperan antes de cumplir los 15 días de vida), las deposiciones indican que el bebé está comiendo de manera óptima, la madre puede estar tranquila. Van a ser unos días muy intensos en los que va a necesitar ayuda de sus pareja y familiares.

A las 6-7 semanas de vida

Hacia el mes y medio de vida, los bebés y sus madres viven la segunda gran crisis de lactancia. De nuevo, el bebé necesita más volumen de leche y sabe perfectamente cómo conseguirlo:

- Incremento de la demanda y del número de tomas
- Conducta alterada por parte del bebé cuando está en el pecho: se pone muy nervioso, mama dando tirones, llora en el pecho, arquea la espalda (con el pezón en la boca), tensa las piernas.

¿Qué pasa?

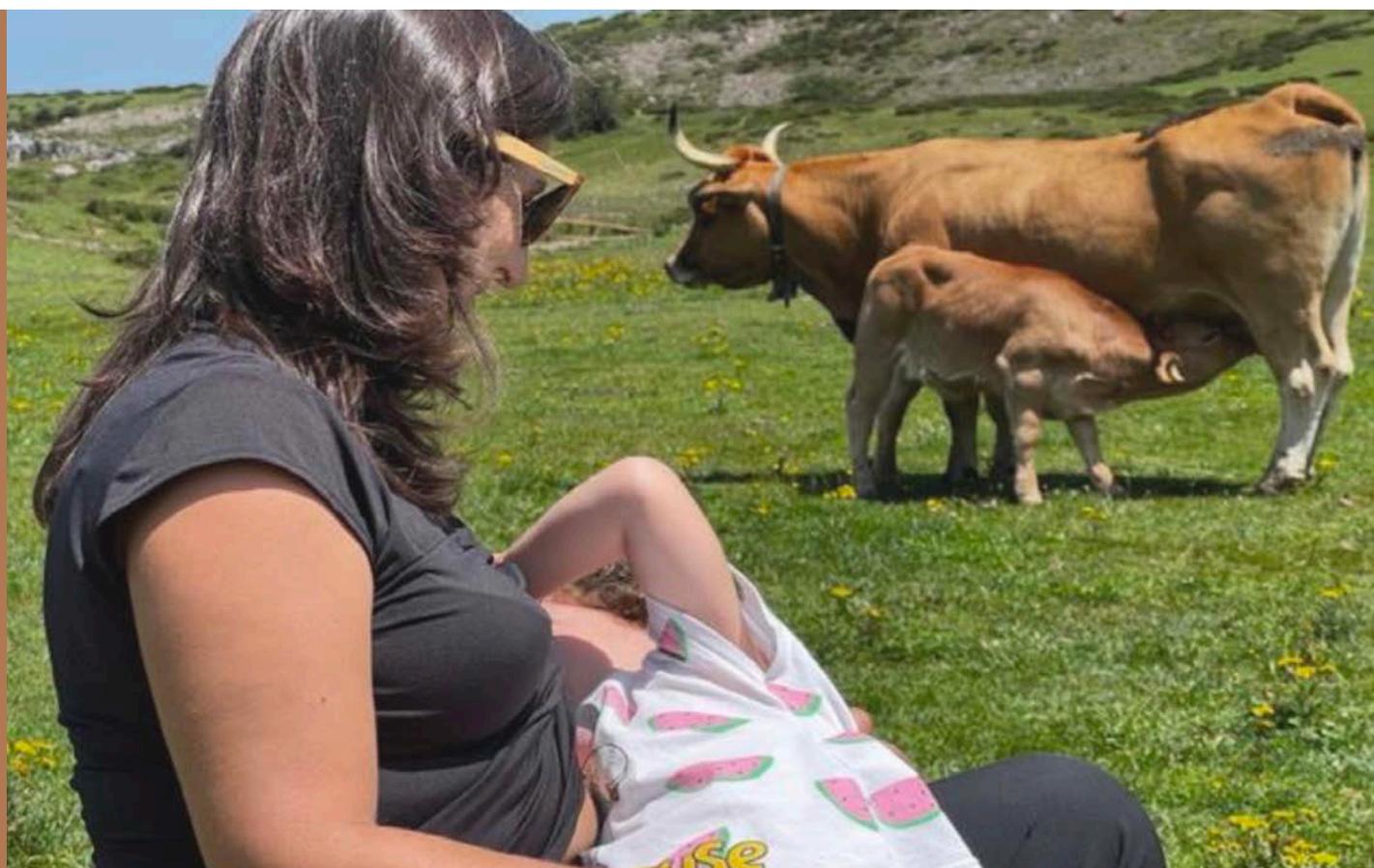
Al parecer, en este momento también se produce un cambio en la composición de la leche, cuyo sabor varía significativamente y de forma transitoria. La leche tiene un sabor más salado, y a algunos niños no les gusta el cambio.

Al igual que en la crisis de los 17 días, una vez normalizada la situación, (lo que puede producirse al cabo de aproximadamente una semana), los niños recuperan el patrón de lactancia anterior a la crisis.

A los 3 meses

La llamada "crisis de los 3 meses" es quizá la más "delicada" y compleja, ya que afecta a la madre y al bebé y la situación tarda un mes, aproximadamente, en encauzarse:

- El bebé ya no pide pecho tan a menudo, algo que la madre puede interpretar de diversas formas: no tiene hambre, no quiere comer o la rechaza.
- El bebé que antes se mostraba encantado de pasar largo rato prendido al pecho hace ahora tomas de escasos minutos.
- La madre nota los pechos blandos, lo que atribuye a una producción insuficiente de leche.
- El bebé hace tomas caóticas, en las que se distrae por cualquier cosa y a menudo rompe a llorar al poco rato de haber empezado a mamar.
- Sólo parece mamar bien y tranquilo cuando está dormido.
- El bebé engorda menos, lo cual es perfectamente normal a medida que crecen, pero puede reforzar la sensación de que pasa hambre.
- A menudo, hay una disminución en la frecuencia de las deposiciones del bebé (si hasta entonces hacían caca varias veces al día, pueden pasar a hacer sólo una o incluso pasar varios días sin ir de vientre). Puesto que las deposiciones también suelen interpretarse como medidores de la ingesta de leche, la madre puede interpretar esta menor frecuencia en las deposiciones como señal de una ingesta insuficiente.



¿Qué pasa?

Llegados a los tres meses los bebés son expertos en el arte de la succión, y en una toma de escasos minutos pueden extraer toda la leche que necesitan.

Además, a partir de los tres meses se producen grandes cambios en su cerebro; las conexiones neuronales se multiplican a toda velocidad y esto les abre un mundo de sensaciones. Hasta los tres meses, su sentido de la vista y el oído es limitado, inmaduro y goza de una funcionalidad reducida.

A partir de los tres meses, sin embargo, la visión mejora de manera espectacular y empiezan a ver más allá de la cara de su madre, por lo que se distraen por cualquier cosa a la hora de mamar: un cuadro colgado detrás de mamá, alguien que está sentado al lado de ésta, una mosca que pasa volando, el propio rostro de mamá, que el bebé mira y a la que sonrío, el momento en que papá entra en la habitación...

Y con el sentido del oído pasa lo mismo: si alguien entra en la habitación y habla, si la tele hace ruido, si pasa una ambulancia por la calle... la sana curiosidad del bebé lo va a impulsar a dejar de mamar para oír qué pasa a su alrededor, y las madres se desesperan por ese comportamiento irregular y aparentemente displicente: *"Mama en 5 minutos o menos, y en ese tiempo se suelta del pecho o se distrae mil veces. Eso sí, por la noche mama de fábula y está mucho rato en cada pecho, como antes, sin soltarse ni ponerse a llorar"*.

Por si fuera poco, a partir de los tres meses los bebés lloran al mamar. Empiezan a succionar, se ponen a bramar con desesperación. Esto no hace más que aumentar la angustia de la madre, puesto que se nota los pechos extremadamente blandos, tiene la sensación de que apenas produce leche y es posible que haya dejado de notar las subidas de la leche. Otra combinación de factores que impulsa a las mujeres a dejar el pecho de forma precoz y no deseada.

La situación tiene una explicación lógica, y por supuesto la madre tiene leche suficiente y la capacidad para fabricar toda la que el niño necesite en un momento dado. Pero el cuerpo materno es muy sabio y modifica el sistema de producción de leche para optimizar el proceso. Ahora la glándula mamaria está preparada para fabricar la leche en el momento que el niño la requiera, y el cuerpo tarda sólo 2,2 minutos en desencadenar el reflejo de eyección y proveer al niño de toda la leche que le hace falta. Lo cierto, sin embargo, es que los niños suelen mostrarse molestos con este cambio. Estaban acostumbrados a encontrar la cantidad de leche que ellos querían nada más ponerse al pecho, pero ahora tienen que succionar, esperar unos minutos y volver a mamar.

He aquí un símil que puede ayudar a entender el proceso: hasta el momento de la crisis, los niños y niñas comían en un buffet con servicio las 24 horas, y nada más sentarse a la mesa ya tenían la comida ante sí. Cuando empieza la crisis, el restaurante mediocre se transforma en uno de lujo, hay que esperar al camarero, hay que leer el menú y esperar a ser servido, lo que se traduce en 2,2 minutos de espera, que les sienta muy mal durante el mes y poco que tardan en aprender que toca esperar 2 minutos para comer. La cantidad de leche que toman es exactamente la que necesitan, no hay problemas de falta de leche.

A consecuencia de todo lo expuesto, la crisis de los tres meses es a menudo el momento en que se inicia la suplementación con leche artificial y el abandono paulatino de la lactancia materna. La sensación de rechazo y de falta de leche se apodera de la madre, aunque en realidad lo que está ocurriendo es perfectamente superable si se entiende y se maneja de forma adecuada.

Todos los factores que intervienen en la crisis de los tres meses la hacen muy compleja, y si no se conocen los mecanismos por los que se produce, el resultado es un abandono precoz de la lactancia con la sensación equivocada de falta de leche o de rechazo por parte del bebé.

Al año de vida

Llegar al año de lactancia es todo un éxito y no en muchas ocasiones no suele ser nada fácil, ya que las madres se suelen ver sometidas a una presión constante por parte de la sociedad y en ocasiones por los sanitarios; que consideran que el bebé ya es demasiado mayor para seguir mamando y opinan que la lactancia interfiere en su relación con la comida y sugieren de manera errónea que si se les deja de dar el pecho van a comer más, pero no es así que al llegar al año y de manera habitual:

- Los bebés dejan de mostrar interés por los alimentos o comen pequeñas cantidades de ciertos alimentos.
- Aumentan la demanda del pecho.

¿Qué pasa?

A partir del año de vida los bebés reducen su velocidad de crecimiento lo que se traduce en un descenso de la ingesta de alimentos, aunque no por eso reducen la demanda de pecho o dejan de mamar.

Eliminar la lactancia para intentar que coman más solamente causa que el niño reciba menos alimentos, puesto que a pesar de lo que se cree la leche materna sigue siendo nutritiva y adecuada para los niños a partir del año.

Cuando la velocidad de crecimiento se incrementa de nuevo, aproximadamente sobre los 15-18 meses los bebés empiezan a comer con mayor interés adaptándose instintivamente sus necesidades.

A los dos años de vida

Las recomendaciones gubernamentales relacionadas con la protección y la promoción de la lactancia materna animan a todas las madres a mantener la lactancia junto con alimentos un mínimo de dos años. Cada vez más madres llegan a esta etapa de lactancia y sorprendentemente a los dos años espera la última gran crisis de lactancia:

- Los niños demandan el pecho de manera continua, con unos requerimientos e intensidad similar a las de un recién nacido.
- Demandan el pecho de manera nerviosa y a veces inquisitiva.
- Si la madre les niega el pecho o intenta aplazar la toma el bebé no se lo toma nada bien.

¿Qué pasa?

Se considera que a los dos años los bebés experimentan una etapa de desarrollo similar a las de un adolescente, una etapa centrada en el no y la autoafirmación.

Son capaces de hacer muchas cosas por sí mismos y se desenvuelven con soltura ante las situaciones diarias, pero a la vez esta independencia les causa muchas inseguridades y la mejor manera de saber que todo va bien es mamar, es pedir el pecho a cada momento.

Suele durar unos meses, hasta que el bebé adquiere más seguridad en sí mismo, entonces la demanda se normaliza y reduce.



❖ Falsas crisis: 4 meses y 8 meses

Cuando el bebé se muestra más demandante o se despierta más por las noches la lactancia suele ser declarada culpable. Y esto es justo lo que sucede a los 4 y a los 8 meses:

- 4 meses: Los bebés empiezan a despertar más por la noche, si dormían varias horas de noche seguidas aumenta la demanda de pecho y piden cada dos horas de noche.
- 8 meses: Se despiertan angustiados, llorando en plena noche, reclaman el pecho y se calman rápidamente al mamar.

¿Qué pasa?

Ninguna de estas dos está relacionada con la producción de leche ni con la lactancia, de hecho, el pecho sirve para ayudar al bebé a superar los momentos angustiosos que experimentan.

A los 4 meses los bebés incorporan fases de sueño que al nacer no tenían. Esto produce que aumenten sus despertares ya que se mantiene más tiempo en un estadio de sueño ligero. Este proceso se confunde con hambre y la madre tiende a pensar que el bebé demanda más pecho por esa razón.

A los 8 meses los bebés inician la tapa llamada "angustia por separación" donde empiezan a entender que son un ser independiente de su madre, lo que les produce una desazón terrible y creen que van a "perderla" si la pierden de vista. Por las noches despiertan llorando y nervioso quieren tener el pecho en la boca todo el rato para evitar así que su madre desaparezca.

Ambas situaciones requieren tiempo y maduración por parte del bebé, dejar la lactancia o iniciar la suplementación con leche artificial no resuelve el problema.



Conchi y su hija Lola

••••• Consejos para superar las crisis

- Jamás, bajo ningún concepto, hay que forzar a un niño a mamar ni insistir demasiado para que tome el pecho, puesto que el resultado puede ser justamente el contrario y provocar un rechazo real donde hasta entonces no existía más que una crisis pasajera.
- Cuando un niño está en plena crisis, puede resultar muy útil darle el pecho en penumbra y en silencio, puesto que cuantos menos estímulos externos haya, más tranquila será la toma.
- No esperar a que el niño lllore para ponérselo el pecho, pues es posible que para entonces su ansiedad se traduzca en desesperación.
- Paciencia, mucha paciencia. Tal como ha llegado, la crisis se irá.

Texto extraído de Alba Lactancia.



Eli y su hija Ángela



Anexo 6. Cómo conseguir una rápida producción de leche: la extracción poderosa

En el curso de la lactancia materna pueden producirse situaciones que hagan imprescindible obtener con urgencia leche materna para poder suplementar al bebé. En este apartado encontrarás información sobre cómo aumentar de forma rápida y eficaz la producción de leche materna.



Razones para querer conseguir una rápida producción de leche materna:

Las circunstancias por las que una madre toma la decisión de suplementar a su bebé con su propia leche pueden ser muy variadas. He aquí algunos ejemplos:

- El bebé ha perdido peso de forma excesiva, por lo que es necesario darle un suplemento y la madre decide hacerlo con su propia leche y evitar el uso de leche artificial.
- La madre decide restablecer la lactancia materna tras un período sin amamantar, bien sea por decisión propia o por necesidad.
- Madres de bebés prematuros o enfermos ingresados en el servicio de neonatología a las que se les solicite un rápido aumento del suministro de leche materna en poco tiempo para sus hijos.
- **Bebés en huelga de lactancia materna transitoria**, durante la cual sus madres han realizado pocas extracciones, con lo que se ha reducido considerablemente su producción y que más adelante desean recuperar dicha producción para hacer lactancia materna diferida mientras el bebé supera la huelga y vuelve al pecho.



Técnica de la Extracción Poderosa

La técnica Extracción Poderosa ha sido acuñada por la IBCLC Catherine Watson (Nueva York, EEUU) con el objetivo de ayudar a las madres a aumentar rápidamente su producción de leche materna. Esta técnica consiste en hiperestimular el pecho con sacaleches, preferiblemente doble, realizando extracciones de 10 minutos en total (5 minutos por pecho si el sacaleches no es doble) cada hora o cada 45 minutos durante al menos veinticuatro horas y dejando un descanso nocturno no superior a las cuatro horas. Lo normal es que en las primeras extracciones los resultados sean nulos o mínimos.

Es importante saber que el esfuerzo de extraer leche materna hoy es para recoger resultados mañana o pasado mañana, no para el momento. Por lo general, con la técnica Extracción Poderosa se obtiene un volumen aceptable de leche materna antes de que hayan transcurrido 48 horas desde el inicio del proceso. Las cantidades suelen doblarse de un día para otro.

Cómo funciona:

La hiperestimulación o extracción poderosa con sacaleches produce frecuentes picos de prolactina que disparan la eficacia de las glándulas mamarias y aumentan rápidamente la producción de leche materna. Por ello siempre es más eficaz sacarse leche con mucha frecuencia, poco rato cada vez, que extraerse leche durante mucho rato y pocas veces en total.

Un esfuerzo considerable:

El esfuerzo que supone realizar la extracción poderosa, aunque puede ser corto en días, es muy intenso en dedicación, ya que mientras dure el proceso la madre apenas tendrá tiempo para hacer otra cosa. Necesitará mucha motivación, estar bien informada y contar con el apoyo de la familia y del entorno.

Durante unos días deberá dedicarse exclusivamente a sacarse leche, amamantar y cubrir sus necesidades más básicas de alimentación, higiene y sueño. Alguien debe cuidar de ella y del resto de necesidades del hogar.



●●●●● **Cómo proceder: el uso del sacaleches y la suplementación del bebé con leche materna**

Si se decide realizar esta técnica, para conseguir aumentar la producción de leche rápidamente, hay que conseguir un **sacaleches** eficaz, preferiblemente eléctrico, a ser posible de extracción doble. Es importante que la copa se adapte al diámetro del pezón, de forma que éste no quede aprisionado ni tampoco muy holgado.

Se empieza usando el sacaleches durante 10 minutos en total cada hora o cada 45 minutos. Si se usa un sacaleches simple puede ser más efectivo cambiar de pecho, cada pocos minutos, hasta completar el total de 10. Durante la noche, las extracciones pueden ser cada 4-6 horas para que la madre pueda conciliar el sueño.

La leche materna extraída se puede administrar al bebé mediante la **técnica de dedo-jeringa** u otra que minimice la posible **confusión tetina-pezón**.

Al mismo tiempo, hay que amamantar directamente al bebé a demanda y con una frecuencia no inferior a 8 tomas a lo largo de veinticuatro horas, siempre procurando que el agarre sea indoloro y eficaz. Para ello es recomendable utilizar al máximo la **posición ventral o biológica**. Es importante que madre y bebé permanezcan muy cerca el uno del otro, día y noche.

A partir del momento en que se obtienen 15-20 ml/hora, pueden empezar a distanciarse las extracciones, estableciéndose sesiones de 20 minutos en total cada 2 horas.

Cuando se obtengan volúmenes de 40 ml cada dos horas, las extracciones pueden espaciarse hasta mantener de 6 a 8 extracciones de 30 minutos en total durante 24h.

Advertencia importante:

Es más difícil conseguir buenas cantidades cuando el bebé mama con frecuencia y los pechos están blandos. En cambio, en el caso de que el bebé no esté mamando, ya sea porque no se coge al pecho o porque está enfermo o ingresado, las cantidades de leche que se obtienen son superiores.

Podemos usar el sacaleches antes, durante o después de que el bebé esté mamando, dependerá de nuestra comodidad. Es cierto que saldrá leche con más facilidad si se extrae de un pecho mientras el bebé mama del otro, pues él estimula el reflejo de salida de leche mejor que el aparato. Un bebé mamando siempre es más eficaz que un sacaleches.

●●●●● **Cuando ya se ha conseguido:**

Una vez que el bebé ha recuperado el peso esperado o la madre ha recuperado una buena producción de leche, se pueden reducir paulatinamente las extracciones y la consiguiente administración de leche materna para continuar con la lactancia materna exclusiva y directa. Es buena idea comprobar durante el proceso que el bebé sigue ganando peso y orina con frecuencia.

●●●●● **¿Y si no funciona?**

Se puede concluir que esta técnica no funciona si se han realizado durante 48 horas extracciones prácticamente cada hora excepto 4-6 horas durante la noche y no se ha logrado más de 100 ml/día en total.

La extracción poderosa es tan eficaz que si no funciona hay que sospechar una **hipogalactia (baja producción de leche)**. En estos casos, hay que consultar lo antes posible al médico para que evalúe el problema y solicite las pruebas diagnósticas oportunas a fin de establecer la causa y pautar el tratamiento adecuado. Para más información, puedes consultar también a tu comadrona o a las asesoras del grupo de apoyo a la lactancia de tu localidad.

Texto extraído de Alba Lactancia.

Anexo 7. El *power pumping* o método de extracción poderosa

Te explicamos cómo estimular y aumentar tu producción de leche materna de forma sencilla y eficaz con la ayuda de un sacaleches.

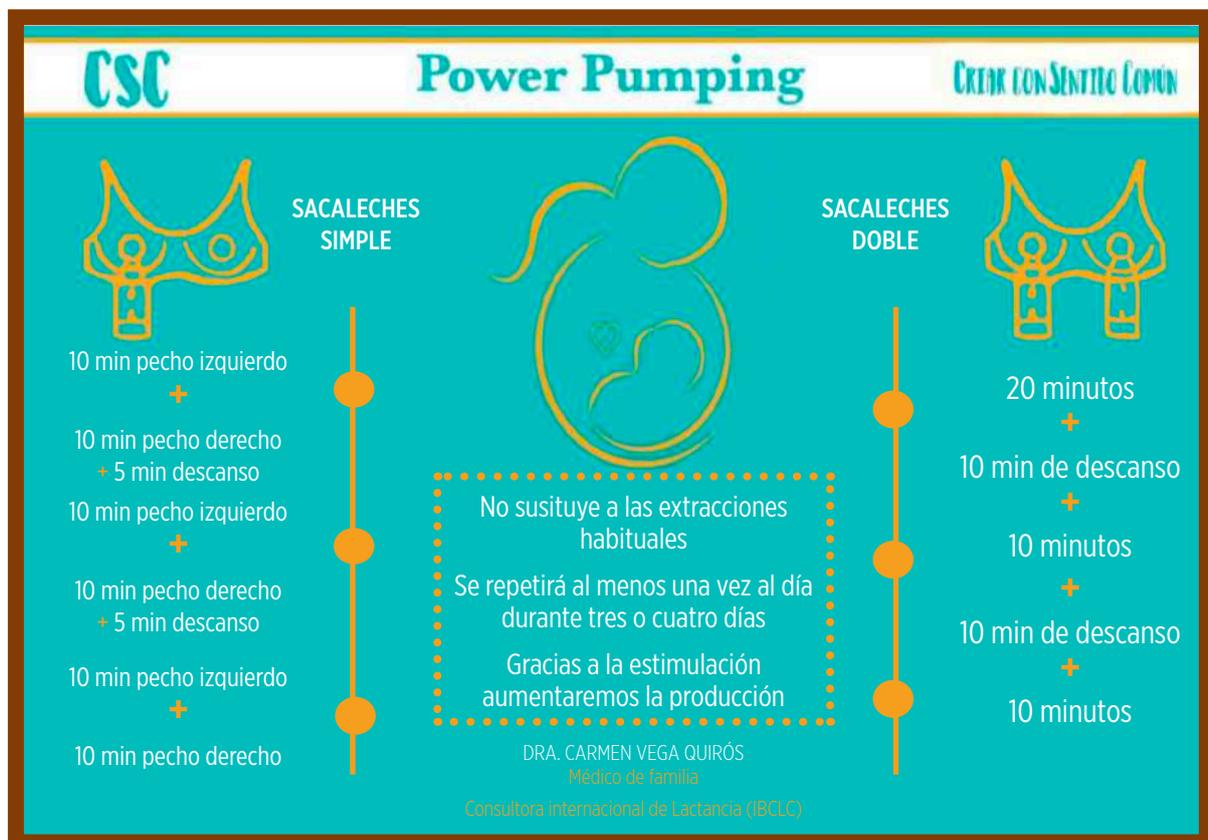
En algunas ocasiones las madres lactantes debemos extraernos leche porque estamos separadas de nuestros bebés por un ingreso, porque es prematuro, por la incorporación al trabajo, para ausentarnos, para suplementar al bebé o incluso para hacer una relactación (pasar de lactancia mixta o artificial a **lactancia materna exclusiva**).

Los motivos pueden ser diversos, así que independientemente de ellos os quiero hablar de una técnica que **aumenta la producción de leche**. Con lo cual nos puede servir para conseguir **extraer más cantidad de leche materna**, o también para **estimular nuestra producción de leche** para nuestro bebé, en el caso de que lo necesitémos. Esta técnica se conoce como *power pumping*.

¿En qué consiste el *power pumping*?

La técnica de *power pumping* trata de simular con un extractor mecánico una crisis de lactancia o crisis de crecimiento del bebé. Durante estas crisis, como norma general, el bebé está más demandante, hace tomas más caóticas para poder **aumentar la producción de leche** de su madre, lo cual consigue al cabo de varios días. Tienes más información de las crisis en este enlace: <https://consultalactanciasevilla.es/criisis-de-lactancia-que-tengo-que-saber/>

Para poder simular estas crisis con el extractor, lo que vamos a hacer son extracciones cortas e intermitentes. Es importante tener en cuenta que, cuando el objetivo es estimular el pecho (relactación, inducción a la lactancia, etc.), siempre van a ser más eficaces las extracciones cortas y muchas veces al día, que no extracciones largas (más de 20 minutos) y pocas veces.



Fuente: Carmen Vega Quirós. Médico de familia. Consultora internacional de Lactancia (IBCLC)

¿Cómo la llevo a cabo?

La pauta de estimulación/extracción dependerá de si el sacaleches es simple o doble, pero en ambos casos, estaremos aproximadamente una hora, entre extracciones y descansos.

Esta pauta debe mantenerse al menos durante 3 días, y debe procurarse realizarla siempre a la misma hora. De madrugada es más eficaz (de 00.00 a 5 de la mañana), así que en la medida de lo posible es conveniente realizarla a estas horas, cuando la hormona encargada de la producción de leche (la prolactina) está más elevada. Pero si no es posible, podemos realizarla a cualquier hora del día.

Al cabo de esos 3-4 días, ya notaremos un aumento de producción de leche. No debemos agobiarnos si las primeras veces sacamos poca cantidad. Lo importante es que paulatinamente, las cantidades extraídas irán siendo mayores. Además, podemos repetir la técnica las veces que sea necesario.

Por supuesto, no olvides verificar que el sacaleches funciona correctamente y que el embudo del mismo es del tamaño adecuado a tu pezón.

Pautas a seguir:

Si el sacaleches es simple, la pauta de extracción/descanso sería la siguiente:

- Extracción 10 minutos de un pecho y 10 minutos del pecho izquierdo
- Descanso 5 minutos
- Extracción 10 minutos de un pecho y 10 minutos del pecho izquierdo
- Descanso 5 minutos
- Extracción 10 minutos de un pecho y 10 minutos del pecho izquierdo

Total: 1 hora y 10 minutos.

Si el sacaleches es doble, la pauta de extracción/descanso sería la siguiente:

- Extracción ambos pechos: 20 minutos
- Descanso 10 minutos
- Extracción ambos pechos 10 minutos
- Descanso 10 minutos
- Extracción ambos pechos 10 minutos

Total: 60 minutos.

Texto extraído de Criar con Sentido Común.

Anexo 8. Trucos para extraer más leche

La extracción de leche materna es algo que todas las madres deben afrontar en algún momento de la lactancia. Ya sea para salir unas horas de casa o para volver a trabajar y dejar leche para el bebé.

¿A quién no le gustan los trucos?

Y más si estos trucos sirven para conseguir más leche, así que aquí os damos algunas ideas para obtener más leche en cada extracción:

1. Las marcas: algo a tener en cuenta

Al igual que en otros artículos: coches, electrodomésticos... existen en el mercado diversas marcas de sacaleches con rendimientos diferentes. Es cierto que la madre que tenga facilidad para sacarse leche lo va a conseguir hasta con el peor sacaleches del mercado, pero hay marcas que cuidan más sus sacaleches y que permiten imitar la succión del bebé mediante la reproducción de los ciclos de succión y la potencia de extracción. Por contra, los sacaleches menos eficaces solo realizan el vacío de manera continua (tirando repetidamente del pezón) lo que puede producir dolor. Así que, siempre que sea posible, valorar y comparar algunas marcas no está de más.

2. La talla importa

Relacionado con el punto anterior, los sacaleches más efectivos disponen de diferentes medidas de copas. Las mujeres no tenemos una medida de pezón estándar; existen mujeres con los pezones pequeños, grandes, muy grandes... Y para cada tipo es necesario contar con la copa adecuada. Una copa inadecuada puede entorpecer la extracción y dañar el pezón. Para saber qué copa es la adecuada es necesario medir el diámetro de la cara del pezón en reposo y añadir 2mm.

3. El espacio ideal

Disponer del mismo espacio para realizar la extracción no es siempre posible, aunque puede ayudar a conseguir un poco más de leche. Crear una rutina nos va a facilitar que nuestro cuerpo se acostumbre a las extracciones.

4. Dos cosas a la vez

Cuando los bebés son pequeños se puede aprovechar el tiempo y facilitar la extracción, dando el pecho a la vez que se usa el sacaleches.

El reflejo de eyección que se consigue cuando el bebé mama de un pecho, facilita la extracción con el sacaleches del pecho contrario. Esta técnica deja de funcionar cuando los bebés se hacen más mayores porque les llama la atención el sacaleches, el ruido que hace... y resulta imposible hacer las dos cosas a la vez.

Si tu bebé tiene menos de tres meses, puedes aprovechar el rato que le das el pecho para extraer leche del pecho contrario. De esta manera, el reflejo de salida de la leche que produce el bebé al mamar, y que repercute en los dos pechos, te permite extraer leche con más facilidad.

5. Una hora después

Aproximadamente una hora después de que el bebé haya mamado, es posible que a la madre le resulte más simple conseguir leche. El pecho es una fábrica y trabaja de manera incansable para que siempre que el bebé pida, haya leche. El bebé puede sacar leche con mucha más eficacia que un sacaleches, aunque sea el mejor del mercado, así lo complicado para el sacaleches es conseguir un reflejo de eyección (salida) de la leche. Si dejamos pasar un rato para realizar la extracción podremos sacar un poco más de leche.

6. Los preliminares

Es muy necesario realizar un buen masaje en los pechos antes de empezar la extracción. Un buen masaje previo de los pechos estimula el reflejo de eyección (salida) de la leche antes de empezar con la extracción y esto favorece que sea más fácil recolectar leche.

7. Repetición, repetición, repetición

Para conseguir más leche es mejor sacarse leche varias veces al día que hacerlo una sola vez al día durante más tiempo. De esta manera, si a lo largo de la jornada aprovechamos para realizar extracciones de 5-7 minutos cada hora o cada dos horas, vamos a conseguir más leche que usando el sacaleches una hora seguida en todo el día.

8. Oler, ver, tocar

El reflejo de eyección (salida) de la leche no solo se produce por la succión del bebé. La oxitocina se activa por los estímulos: olfativos, visuales y táctiles... así: tocar, oler y ver cosas del bebé deberían facilitar la extracción de leche.

9. Para las madres que tienen a sus bebés prematuros en el hospital les va a ser mucho más simple conseguir leche si tienen a su bebé al lado.

10. Todo a la vez

Se ha demostrado que una manera muy útil de conseguir más leche es hacerlo todo a la vez:

- Empezar con un buen masaje en los pechos
- Seguir con la extracción del sacaleches
- Realizar compresión mamaria mientras se usa el sacaleches
- Terminar con la extracción manual
- No controlar, estar pendiente de la cantidad de leche que va saliendo durante la extracción, no ayuda a que la madre está relajada. Así que es mejor, si es posible, distraerse durante la extracción: ver la televisión, escuchar música, leer... A algunas mujeres, el ruido del sacaleches las pone nerviosas. Si resulta molesto, lo mejor es evitarlo. De manera que ponerse auriculares y escuchar una música que nos guste mucho, va a favorecer que todo sea más relajado y simple.

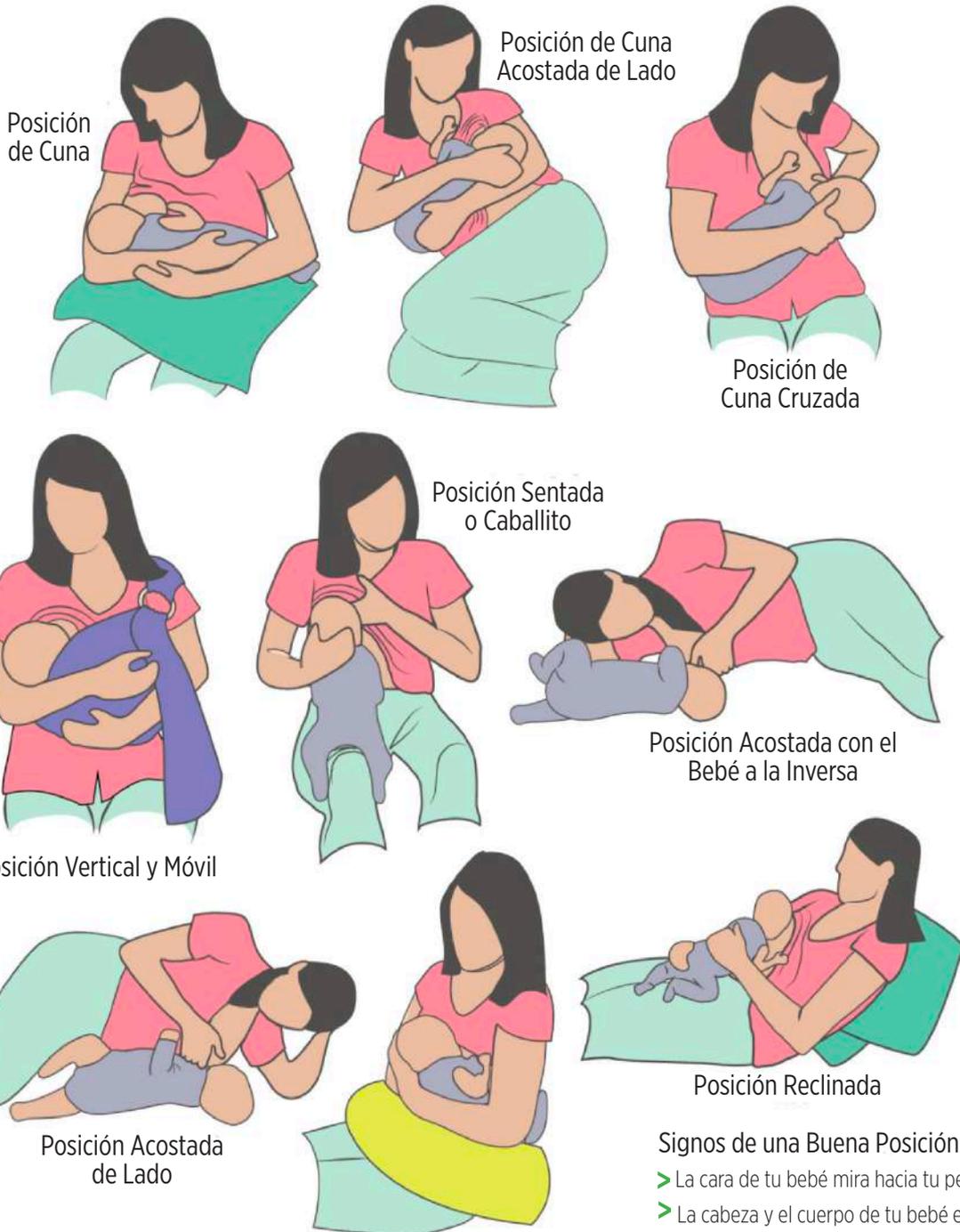
Texto extraído de LactApp.



Angela, Jesús Manuel y su hija Blanca

Anexo 9. Posiciones para un agarre correcto

9 Posiciones para Amamantar tu Bebé



Signos de un Buen Agarre

- > La boca de tu bebé está bien abierta.
- > Los labios de tu bebé están evertidos.
- > El mentón y la nariz de tu bebé están cerca de tu pecho.
- > Se ve más areola por encima de la boca de tu bebé que por debajo (agarre asimétrico).

Signos de una Buena Posición

- > La cara de tu bebé mira hacia tu pecho.
- > La cabeza y el cuerpo de tu bebé están en línea recta.
- > Mantienes el cuerpo de tu bebé cerca de ti.
- > Si tu bebé es un recién nacido, envuélvelo en un abrazo. No lo sujetes de la nuca y los hombros mientras no pueda sostener bien la cabeza.

Visita www.primerospasosweb.com para más información y consejos sobre la lactancia

Fuente: Carlos Rubilar, González Natalia. Puericultura post-natal.

Anexo 10. Indicadores de un agarre perfecto



Lorena y su hijo Guillermo

Anexo 11. Extractores de leche materna



Fuente: Medela

Anexo 12. Cómo colocar bien una pezonera



Fuente: Lyndsey Hookway. IBCLC y enfermera pediátrica.

Vídeo sobre Cómo colocar bien una pezonera: https://www.youtube.com/watch?v=eJ_b09sTI7c

Pequeño Ajuste correcto Grande

Pezón Areola

Pezón Areola

¿Cómo medir correctamente el pezón?

Después de amamantar o extraer la leche, pruebe los diferentes tamaños y escoja aquel que mejor se adapte a su pezón. Si la medición se realiza con el pezón en reposo, añada 2 mm más.

El tamaño de embudo correcto asegura una extracción eficaz y cómoda. Medela dispone de 5 tamaños diferentes: 21, 24, 27, 30 y 36 mm.

Si no tenemos disponible alguna de las tallas, por favor contáctanos.

16 mm 20 mm 21 mm 24 mm 27 mm 30 mm 36 mm

AJUSTE CORRECTO DEL PEZÓN EN EL EMBUDO

Fuente: Medela

Anexo 13. Presión inversa suavizante

La presión inversa suavizante (PIS) es una intervención sencilla y de gran utilidad en el caso de ingurgitación. Consiste en la aplicación de presión positiva sobre un radio de dos a cuatro cm de areola en la zona que rodea la base del pezón, con el objeto de desplazar ligeramente la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho.

Esta técnica puede ser aplicada por un profesional de la salud o por la misma madre u otra persona. El mejor momento para aplicar la PIS es inmediatamente antes de poner al bebé al pecho y durante el número de tomas que resulte necesario:

Es posible que la madre prefiera aplicarse la técnica ella misma; el profesional de la salud también puede hacerlo, siempre que tenga consentimiento de la madre, de una de las siguientes maneras:

- Colocándose frente a ella.
- Desde detrás, pasándole las manos por encima de los hombros.
- Colocando los dedos encima de los de la madre para reforzar la presión.

El tiempo necesario de aplicación de la técnica para ablandar el tejido areolar dependerá de la dureza o del estado de hinchazón del mismo.

- Es frecuente que la aplicación de la PIS dé lugar a la aparición de “depresiones” o “fóveas” en el tejido, que se vuelven a rellenar por el edema en cuanto deja de aplicarse la presión.
- En casos de edema agudo, acostar a la madre boca arriba ayuda a retrasar la reaparición de la hinchazón, proporcionando así más tiempo para el agarre.
- De forma suave pero firme, presiona sobre la areola, justo en la base del pezón.
- La presión no debería causar dolor. Para evitar dolor o incomodidad, aplica menos presión durante intervalos más largos.
- Mantén la presión en dirección al tórax durante 60 segundos o más (10-20 minutos o más si resulta necesario; éste es un buen momento para dar instrucciones).

Puede utilizarse cualquier combinación de dedos (ver [diagramas](#)).

- Es posible que las madres encuentren que el método de uñas cortas y punta de los dedos curvada sea el más efectivo.
- Los métodos de una mano son convenientes si la otra mano está ocupada.
- Puede que los profesionales de la salud encuentren más conveniente el uso de los métodos de aplicación de presión con los dedos rectos o con los pulgares.
- Tras la utilización de la PIS, la extracción manual adicional para ablandar aún más la areola resulta más fácil, más cómoda y más productiva.

Método de dos manos y un solo paso



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

Método de dos manos y dos pasos



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

Método de dos dedos pulgares y dos pasos



1- Coloca los dos pulgares rectos con la base de las uñas a la misma altura y al lado del pezón



2- Desplaza los dedos 90 grados. Repite la acción por encima y por debajo del pezón

Fuente: Guía de Práctica Clínica en el SNS.

Ver: <https://blog.lactApp.es/presion-inversa-suavizante/>

Anexo 14. Masajes en el pecho ante una obstrucción

- Dibuja con los dedos círculos sobre la zona obstruida, entre 3 y 5 veces, como si fuera “la cabeza” del número 9.
- Realiza una presión suave al iniciarlos, es posible que te duela, así que ejerce la presión oportuna sin pasarte.
- Después de realizar los 5 círculos, dibuja “la cola” del nueve en dirección al pezón, aumentando el grado de presión realizado en la zona de los círculos.
- Seguir realizando los masajes a lo largo de la toma, aumentando, si el dolor lo permite, la presión que se realiza. Sin llegar a que sea extremadamente dolorosa.
- Cada dos/ tres horas dar de mamar o extraer leche al fin de evitar que se inflame más.
- Lo normal es que el bulto disminuya después de cada toma y se vuelvan a llenar, así que hay que ir realizando los masajes e ir vigilando la evolución.
- Vídeo disponible en:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=F52ph92LI8&feature=emb_logo

Fuente: LactApp



Laura y su hijo Bruno

Anexo 15. Recogida de muestra de leche para cultivo

La recogida de muestra de leche para cultivo se debe realizar:

- Antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano.
- Antes de una toma y si es posible 2 horas después de la toma anterior, siendo preferible a primera hora.
- Limpieza de areola mamaria y pezón con jabón neutro si se han usado pomadas, pezoneras o similar.
- Mediante expresión manual y con las manos limpias y secas.
- Evitar las bombas extractoras (pueden estar contaminadas con enterobacterias y bacilos gramnegativos no fermentadores)
- Desechar las 4-5 primeras gotas de leche
- Envases estériles de boca ancha, uno por mama, empezando primero por la más afectada.
- Volumen: 1-2 ml. Procesar en < 1 hora o refrigerar a 4°C, no > 24 horas

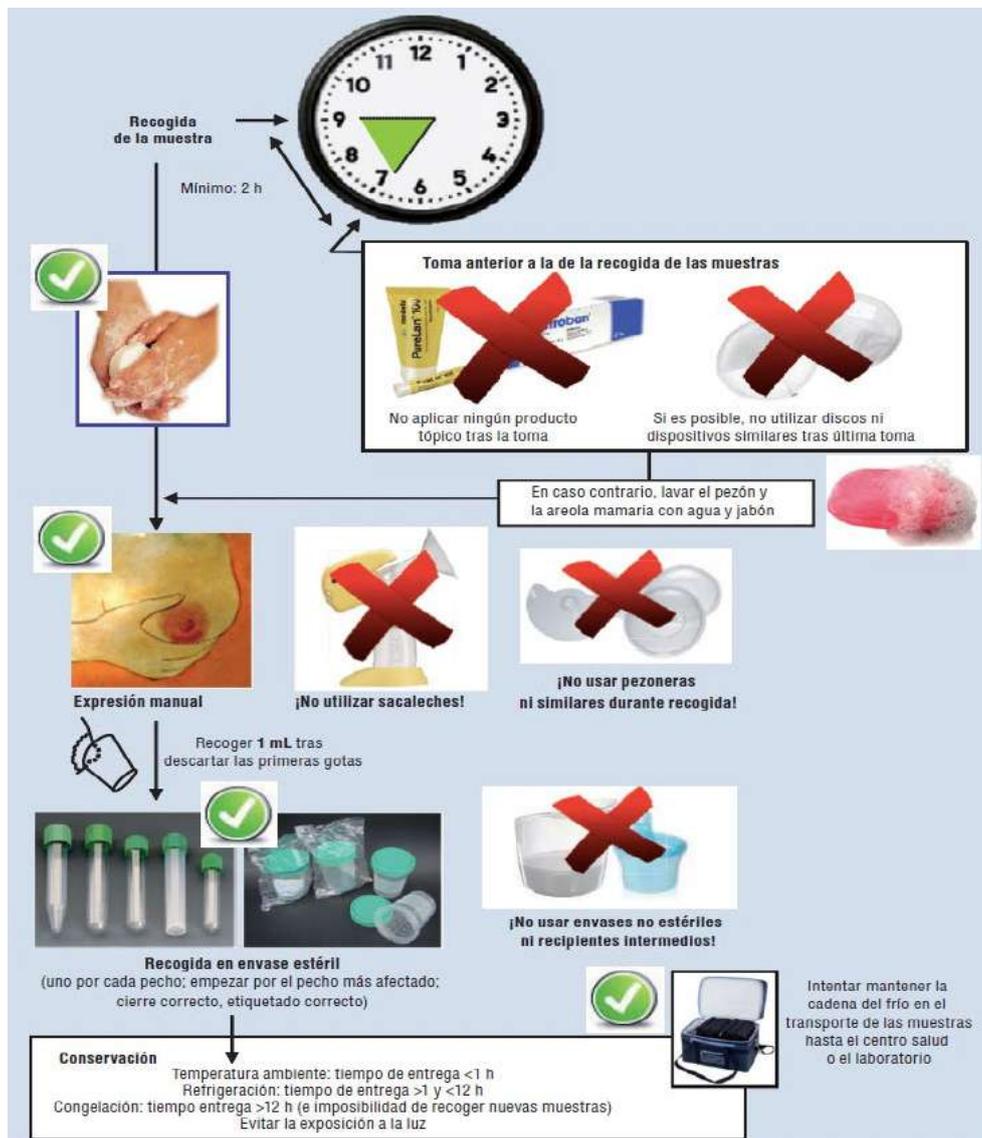


Figura 1. Esquema de los principales pasos que seguir para la recogida de muestras de leche destinadas a un análisis microbiológico Fuente: Junta de Andalucía. Manual de toma de muestras de la UGC de Microbiología.

Anexo 16. Alimentación complementaria

LÁCTEOS

- La lactancia materna se aconseja mantener un mínimo de 2 años y, a partir de ese momento, hasta que madre y bebé deseen.
- En caso de lactancia artificial, la leche tipo 1 es aconsejable hasta el año de vida, existiendo la opción de pasar a leche tipo 2 en el lactante de más de 6 meses. A partir del año y hasta cumplir los 3 años se aconseja leche entera.
- Desde los 6 meses se pueden tomar alimentos que contengan entre sus ingredientes pequeñas cantidades de leche de vaca o queso.
- Se recomienda esperar hasta los 9 meses para introducir el yogur, preferentemente no azucarado.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA

CS Marchena

Hasta el primer año de vida, la lactancia materna (o en su caso, la artificial), continúa siendo el alimento principal para el bebé

¿Cuándo está preparado/a para tomar sólidos?

- Es capaz de sentarse con apoyo.
- Tiene interés y capacidad para coger alimentos con las manos (en caso de ser alimentos enteros ha de ser él/ella quien se los introduzca en la boca).
- Ha desaparecido el reflejo de extrusión (consistente en expulsar la comida con la lengua hacia afuera).
- Es capaz de mostrar interés o rechazo por la comida (por ejemplo moviendo la cabeza hacia delante o hacia atrás).

¿De qué manera se los podemos introducir?

COMIDA TRITURADA
COMIDA NO TRITURADA
COMBINACIÓN DE AMBAS

- En todo caso se aconseja comenzar a introducir alimentación no triturada antes de los 10 meses.
- El bebé ha de estar siempre vigilado mientras come.
- La alimentación no triturada desde el comienzo parece ofrecer ciertos beneficios, pero hemos de saber qué tipo de alimentos utilizar. Más información en www.enfamilia.asped.es: "alimentación complementaria dirigida por el bebé".
- Es altamente recomendable que, independientemente de la forma de alimentación escogida los padres, comiencen la actitud a tomar en caso de atragantamiento. Más información en www.enfamilia.asped.es: "atragantamiento".

RECOMENDACIONES GENERALES

- Separar la introducción de los alimentos 2-3 días entre ellos, para en caso de alergia poder identificar el alimento responsable.
- No introducir alimentos nuevos en caso de infección.
- Evitar añadir sal o azúcar.
- No introducir la miel antes de cumplir el año (alimentos o productos farmacéuticos), por el riesgo de contaminación por esporas de *C. botulinum* (botulismo).
- Esperar hasta los 5 años para introducir los principales alimentos causantes de obstrucción de la vía respiratoria: frutos secos (si es recomendable su ingesta en forma molida), palomitas, uvas, gominolas, salchichas.



GRUPOS DE ALIMENTOS (a partir de los 6 meses, en cualquier orden)

CEREALES Y TUBÉRCULOS:

- Preferiblemente no procesados.
- Introducir el gluten poco a poco y, durante el primer año de vida, alternar cereales con y sin gluten para no abusar de éste.
- A partir del primer año comenzar la introducción gradual del cereal integral.
- SIN GLUTEN: arroz, maíz, quinoa, patata, tapioca...
- CON GLUTEN: trigo, centeno, cebada, espelta, avena (pan, pasta, cous-cous...).
- FRUTA:** mejor entera o triturada, pues en zumo eliminamos el componente de fibra.
- HUEVO:** bien cocinado.

VERDURA:

- Aconsejables: puerro, zanahoria, calabacín, guisantes, judías verdes, batata, cebolla, brócoli, pepino.
- Evitar hasta el año las verduras de hoja verde como acelgas, remolacha, lechuga, apio, espinacas, col, calabaza, borrajas, nabo. A partir del año limitar su consumo y evitar las hojas más externas, por su alto nivel de nitratos.

LEGUMBRES: introducir las al comienzo sin piel, para evitar flatulencias.

CARNE: blanca (aves de corral, cerdo). Posteriormente introducir pequeñas cantidades de carne roja (vacuna, ovina, caprina).

PESCADO: alternar pescado blanco con azul bajo en mercurio (sardina, boquerón, salmón, trucha).

Fuente: Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez. Marchena.

●●●● Anexo 16 bis. ¿Qué quiere decir alimentación complementaria dirigida por el bebé?

La alimentación complementaria dirigida por el bebé (también llamada en inglés *BLW baby-led weaning*) se refiere a que es el bebé quien dirige el proceso de cambio hacia la alimentación variada.

La madre que amamanta sabe cuándo su hijo quiere comer, porque el niño hace gestos de búsqueda. Luego, cuando el niño no quiere más, deja el pecho por sí solo. Los bebés amamantados aprenden a regular la cantidad que comen en función de sus necesidades, lo que les protege frente a la obesidad. Además, van probando lo que come su madre y se adaptan en seguida a la comida normal de la familia.

Si mientras es pequeño se le permite que ponga el horario, ¿por qué no probar a hacer lo mismo cuando se trata de otros alimentos? Progresivamente se ha convertido en una tendencia muy bien aceptada por los padres, porque les resulta mucho más sencillo. Así, le van ofreciendo alimentos de los que toma la familia, que el niño coge con su mano y los mordia. Aquí no hace falta una persona adulta dando papillas con una cuchara. El resto del tiempo, el bebé sigue tomando el pecho o el biberón.

●●●● ¿Qué ventajas tiene?

La primera es la comodidad: el bebé come alimentos que ya hay en la mesa. No hace falta comprar otros, ni guisarlos de modo especial. Come al mismo tiempo que la familia.

La segunda: que se va acostumbrando a las comidas de su casa, de su cultura.

Además, los bebés tienen mucho interés por la comida del plato de su madre, quizá su instinto les dice “ella lo come, es comestible y seguro que está bueno”. Así suele ser más fácil.

El bebé come a su ritmo, según adquiere habilidades. Nunca se le fuerza. Esto disminuye muchos conflictos familiares.

Se evita el paso intermedio de papillas y purés (aunque no es incompatible) y una nueva transición cuando ya toque pasar a la comida casera.

●●●● Bases fisiológicas

El sabor de la leche materna cambia según la dieta de la madre. Por eso los bebés amamantados ya están acostumbrados a los cambios de sabor y algunos les resultan familiares.

Los bebés amamantados autorregulan la cantidad de leche que comen y eso les protege frente a la obesidad.

Hacia los 6 meses, la mayoría de los bebés ya se mantienen sentados y pueden coger objetos con la mano y llevárselos a la boca. Sobre esa edad, muchos también pueden aplastar con labios y encías los alimentos blandos y tragarlos.

Si les da una arcada, el alimento regresa a la parte anterior de la boca y lo vuelven a aplastar hasta que ya pueden tragar.

Cada uno sigue su propio ritmo. No le viene impuesto desde fuera (el calendario del pediatra o la cantidad de puré o papilla que otros deciden...).



❖ ¿Cuándo se puede empezar?

Alrededor de los 6 meses, cuando el bebé se sostiene sentado casi sin apoyo y puede tener en la mano un trozo de alimento del tamaño de un dedo y llevárselo a la boca.

❖ ¿Cuáles son los alimentos que se pueden usar?

- Verduras cocinadas al vapor o ligeramente cocidas, asadas o fritas. Pueden estar enteras (judías verdes, ramitos de brócoli o coliflor) o cortadas en trozos del tamaño de un dedo (calabacín, zanahoria, calabaza, patata, berenjena, etc.).
- Frutas y verduras crudas, cortadas en forma de "palitos": pera, plátano, mango, ciruela, aguacate, pepino... Carne guisada, cocida o a la plancha, cortada en tiras o con una parte larga para poder agarrarlo: pollo, ternera, pavo, cordero, cerdo, hamburguesa...
- Otros: taquitos alargados de queso, pan o tostadas, colines, tortas de arroz, bolas de arroz o arroz cocinado de cualquier forma, mini sándwiches (las dos partes de pan se pegan con queso de untar, jamón de york..) macarrones, etc.

Más adelante podrá ir probando todas las demás comidas.

Se deben evitar los platos preparados o alimentos a los que se les haya añadido azúcar o sal, y conviene ofrecer un poco de agua durante estas comidas.



Bea y su hija

¿Hay que tener alguna precaución?

Sí: el atragantamiento. Por eso se deben evitar los alimentos duros y pequeños como los frutos secos, las aceitunas, la zanahoria o la manzana crudas. Y los niños han de estar acompañados mientras comen.

Además, los bebés prematuros o los que tienen alguna dificultad en su desarrollo puede que tarden más en conseguir esas habilidades y necesitarán comer con ayuda durante más tiempo.

También hay que tener precaución con los niños que padezcan alguna enfermedad crónica o con riesgo de desnutrición.

Puede que los bebés alimentados con fórmula artificial, cuyo sabor no cambia, tengan algunas dificultades, pero eso no significa que no puedan seguir este método.

Para recordar

- El bebé sabe cuánta cantidad de comida necesita. No hay que meterle prisa ni obligarle a comer.
- Es bueno darle el pecho tan a menudo como lo pida y completar su dieta con trozos de alimentos fáciles de manipular.
- Si toma biberones, conviene mantener al menos 4-5 tomas al día.
- Es un método un poco “sucio”, pero menos estresante que el tradicional.
- Favorece la autonomía del bebé, su adaptación a las comidas normales y disminuye el riesgo de sobrealimentación y obesidad futura.

Artículo publicado el 7-7-2014, revisado por última vez el 24-11-2017.

Este texto, perteneciente a la Asociación Española de Pediatría, está disponible bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial- Compartirigual 3.0 España. Para más información puede consultar las *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria*.

Más referencias sobre el tema e información sobre los autores en:

- <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/alimentacion-complementaria-dirigida-por-bebe>.

- En el grupo buscando el hashtag #BLWvideos

Anexo 17. Anatomía y fisiología de la lactancia

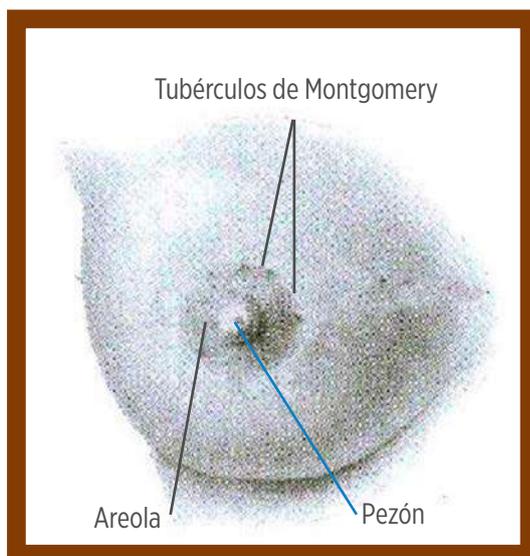
ANATOMÍA

Las mamas o glándulas mamarias son dos órganos semiesféricos situados en la pared anterior del tórax por delante de los músculos pectorales, entre la tercera y la séptima costilla.

Embriológicamente empiezan a formarse en la sexta semana de gestación como una invaginación del ectodermo, la capa superficial del embrión. Al nacer son idénticas en niños y niñas, y las hormonas maternas (estrógenos) pueden provocar tumefacción mamaria y secreción láctea transitoria (leche de brujas). También puede producirse un aumento alrededor de los 2 a 3 años, como consecuencia de un proceso benigno denominado telarquia, que suele desaparecer a los 3 – 5 años.

En la cresta mamaria puede haber (2 - 6% de mujeres) pezones de más (supernumerarios, politelia), que pueden tener algo de tejido glandular (polimastia), con posibilidad de molestias al inicio de la lactancia (secreción y tumefacción); por lo común, al no vaciarse dejan de secretar y de dar problemas. Puede haber amastia (falta de pecho), hipoplasia (pecho poco desarrollado) y amazia (pezón sin tejido mamario).

A partir de la pubertad en las mujeres la mama se desarrolla en 4 estadios (2 a 5 de Tanner) con la ramificación y extensión de los conductos galactóforos, hasta alcanzar su tamaño definitivo, que es muy variable y de él no depende la capacidad de amamantamiento. En cada ciclo menstrual la mama aumenta y disminuye de tamaño (tensión menstrual). Durante el embarazo se desarrolla mucho y se forman nuevos alvéolos.



Aspecto externo

El tamaño y la forma de la mama son muy variables. Dependen del contenido en tejido graso y conectivo, por lo que hay poca relación entre el tamaño y la capacidad para producir leche.

Se pueden distinguir dos partes esenciales en la mama: el pezón y la areola mamaria.

El pezón

Prominencia situada en el extremo de la mama, cuyo papel va a ser importante, sobre todo en los primeros días. De formas muy diversas, tiene entre 0,5 a 2 cm de largo, con 10 a 25 poros galactóforos. Está formado por tejido muscular liso de forma radial, una gran red arteriovenosa y gran

cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas y motoras, que provoca erección del mismo tras el estímulo, por acúmulo de sangre y contracción muscular.

Fuera de la succión, el tejido muscular ejerce de esfínter para evitar el goteo continuo de leche. Durante la succión, aproxima los conductos galactóforos entre sí y acorta su longitud por delante del seno galactóforo, con el objeto de que resulte más fácil vaciar al ser exprimidos por la lengua.

Los defectos estructurales suelen ser infrecuentes, pero hay diferentes formas de pezones que, si no se advierte a la madre, puede presentar problemas para la lactancia. Solamente en casos extremos, la madre no podrá amamantar al niño a causa de una deformidad en el pezón.

Pueden faltar uno o ambos pezones o existir pezones supernumerarios a lo largo de la línea de la axila.

El pezón más favorable para la lactancia, es blando en reposo y tiene poco más de un cm de altura y anchura. Es bastante frecuente que resulte poco prominente, pero que sobresalga al estimularlo.

El pezón plano, apenas sobresale con la estimulación, pero con dedicación y tras unos días de succión, tendrá la forma adecuada para poder alimentar al bebé sin problemas.

En otras ocasiones, el pezón, al ser succionado, se introducirá hacia la mama en vez de sobresalir. Se le denomina pezón invertido. Su readaptación será muchas veces difícil, pero al final será capaz de amamantar.

Existen pezones muy anchos o muy largos, que pueden dificultar la deglución.

La areola mamaria

Es la porción de la piel que rodea el pezón, más pigmentada, de 2,5 a 10 cm de diámetro. La areola se oscurece durante el embarazo (para que el niño la encuentre con la vista).

Tiene gran cantidad de células sudoríparas y sebáceas, pero no tiene pelo. En el borde de la areola se encuentran los tubérculos de Montgomery, puntos de salida de las glándulas de Morgagni, mezcla de glándula sebácea y mamaria en miniatura. Segregan un producto graso y leche, lo que lubrica y protege la piel, siendo esta zona la de menor contaminación bacteriana de todo el tegumento. De ahí la inutilidad y peligro de aplicar cremas o lavados frecuentes. Además el niño también encuentra la areola y el pezón con el olfato.

A veces, un conducto galactóforo atraviesa una glándula sebácea, desembocando en un conducto común, originando una prominencia ostensible bajo la piel.

La hipertrichosis puede dar lugar a la aparición de pelo alrededor de la areola, que no dificulta la succión, pero puede depilarse sin problema alguno.

Estructura interna

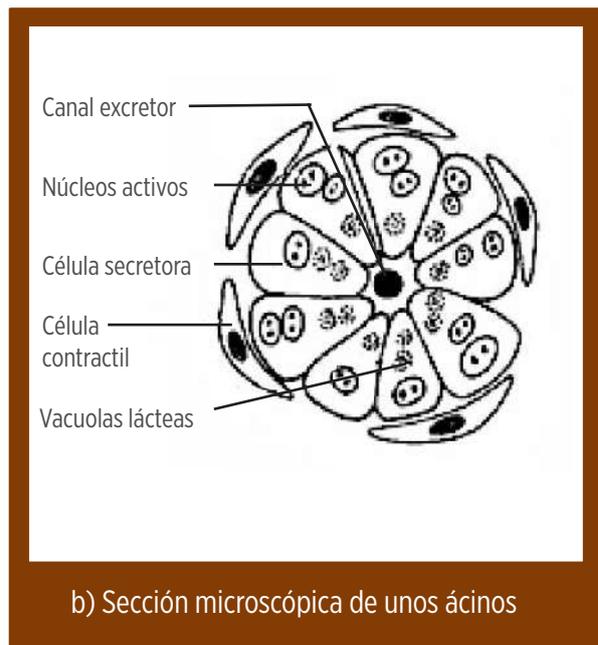
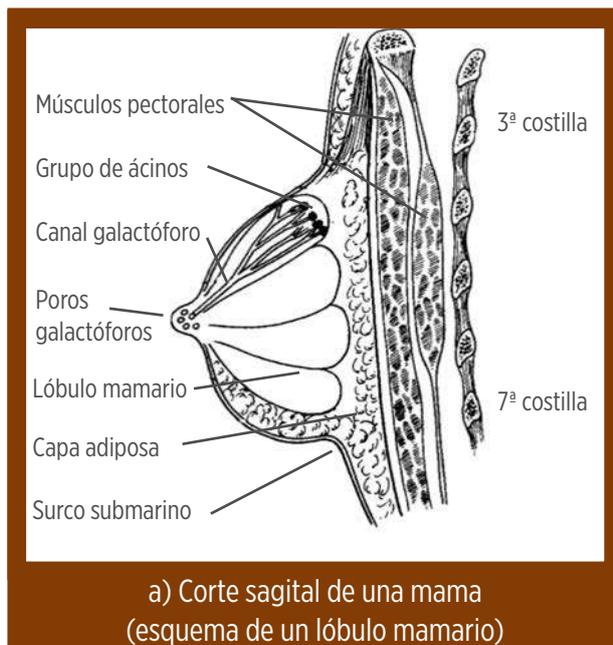
La mama está formada por: tejido graso, tejido conjuntivo y parénquima glandular.

La mayor parte de la mama se compone de tejido graso, por lo que su tamaño no guarda relación con la secreción láctea.

El tejido conjuntivo de sostén es el que se encarga de fijar toda la estructura a los músculos pectorales.

El parénquima glandular propiamente dicho, está formado por 15 a 20 lóbulos mamarios, que drenan en un canal galactóforo de unos 2 mm de diámetro (1 a 4 mm) y que se subdividen cada uno a su vez en unos 20 a 40 lobulillos más pequeños con sus canales, al final de los cuales hay entre 10 y 100 alvéolos o acinis mamarios por cada lobulillo. Cada canal galactóforo tiene, muy cerca de la salida al pezón, bajo la areola una dilatación de entre 5 y 8 mm, el seno galactóforo donde se acumula la leche durante la mamada. Luego se hacen más estrechos hasta salir al exterior por orificios de 0,5 mm, en número de 10 a 25 (algunos conductos galactóforos pueden fusionarse antes de abocar al exterior). Recientes trabajos ultrasonográficos encuentran una media menor de conductos galactóforos finales que abocan al exterior (media de 9, con rango entre 4 y 18) y una ausencia de senos galactóforos bajo la areola, viendo que los conductos galactóforos se empiezan a ramificar a menos de 1 cm del exterior del pezón: posiblemente las dilataciones que se forman en esta bifurcación inicial se habría confundido en el pasado con los llamados senos galactóforos.

Los conductos están rodeados de células mioepiteliales que se acortan y estiran durante la succión.



El alveolo mamario está formada por células cúbicas o secretoras de leche alrededor de un canal excretor y rodeadas por células mioepiteliales o contráctiles (musculatura involuntaria) que tras el parto desarrollan receptores donde actúa la oxitocina.

Los alvéolos y conductos que drenan a un mismo conducto forman un lóbulo. En cada mama se estima que hay 15 o 20 lóbulos.

Toda la mama esta perfectamente irrigada (arterias, venas, linfáticos) e innervada (plexo braquial e intercostales) con la misma disposición radial que los lóbulos y conductos, convergiendo todo en pezón areola, de ahí la importancia de evitar incisiones transversas en las intervenciones quirúrgicas (estética, abscesos): para minimizar el daño las incisiones deberán ser radiales. La red capilar, dispone de abundantes células plasmáticas que aportan las inmunoglobulinas.

❖ FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA

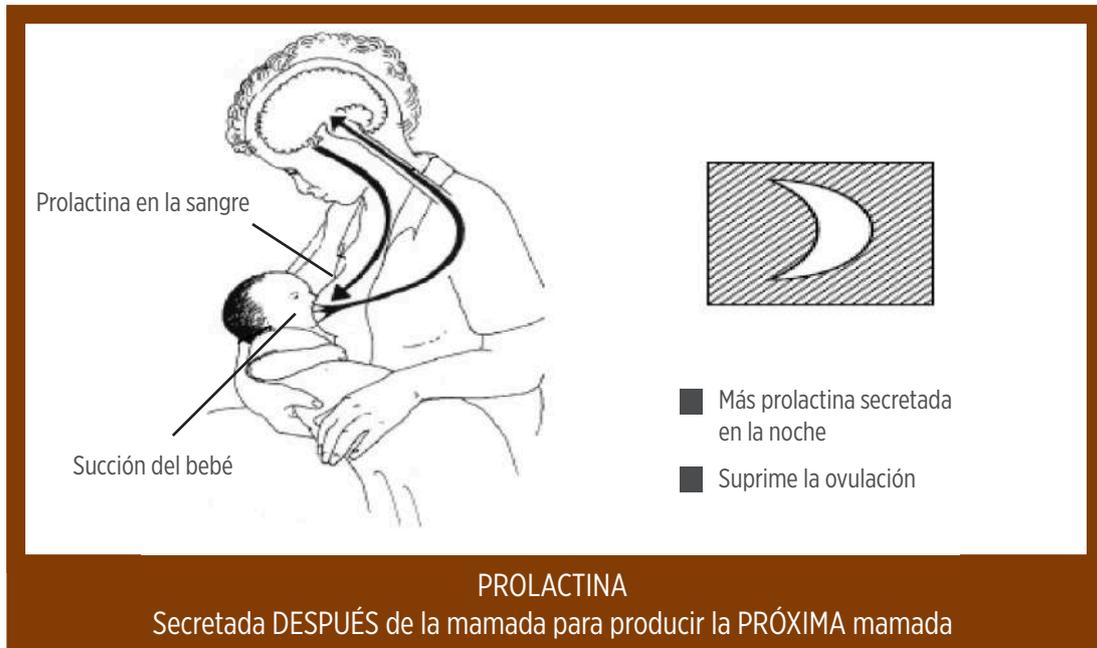
Desde la primera semana del embarazo, la mama se prepara para la lactancia, aumentando el tamaño del árbol de conductos. La porción distal de cada ramo crece y se ramifica, desplazando el tejido adiposo. A partir el 5o - 6o mes, el aumento del tamaño depende del inicio de la función de las células alveolares y del acumulo de secreción en los alvéolos y los conductos. La mama está preparada para la lactancia. La progesterona, la prolactina, el lactógeno placentario y la HGC son responsables del desarrollo alveolar y del inicio de producción de calostro durante el embarazo, siendo inhibida la producción de leche por la progesterona. A esta etapa se la denomina **Lactogénesis I**.

La instauración de la lactancia, denominada **Lactogénesis II** se inicia con la caída de niveles de progesterona tras el parto, lo que permite actuar a la prolactina: el pecho produce leche en los dos-tres primeros días independientemente de la estimulación del pezón, pero si no se empieza a estimular, no se establece el mantenimiento de la lactancia o Lactogénesis III y la secreción de leche se detiene. Esta fase de mantenimiento depende de un reflejo neuroendocrino materno doble y tres reflejos infantiles. Estos reflejos son tan poderosos que está documentada la lactancia en mujeres que no han dado a luz.

El reflejo neuroendocrino doble

El bebé con la succión, estimula el pezón, produciéndose un impulso nervioso que hace que la hipófisis produzca dos hormonas: la prolactina y la oxitocina:

- La prolactina hace que las células cúbicas del alveolo mamario produzcan leche.
- La oxitocina hace que las células mioepiteliales del alveolo mamario se contraigan y salga la leche.



Lactogénesis. Reflejo de producción de leche:

La prolactina se produce en la hipófisis anterior de mujeres y hombres. También se la conoce como hormona luteotropa o luteotropina, pues en ciertas especies desempeña un papel importante en el mantenimiento del cuerpo lúteo del ovario.

El nivel basal aumenta mucho en el embarazo y en las madres lactantes. La progesterona de la placenta inhibe la secreción láctea.

Su secreción aumenta:

- Con el estímulo del pezón y areola, y en general cualquier estímulo cutáneo (menos cuanto más lejos del pezón sea).
- Con el vaciado de la mama.
- Con el ejercicio físico y las relaciones sexuales.
- Durante la noche (ritmo circadiano).
- Fármacos como neurolépticos y fenotiazinas, metoclopramida e histamina.

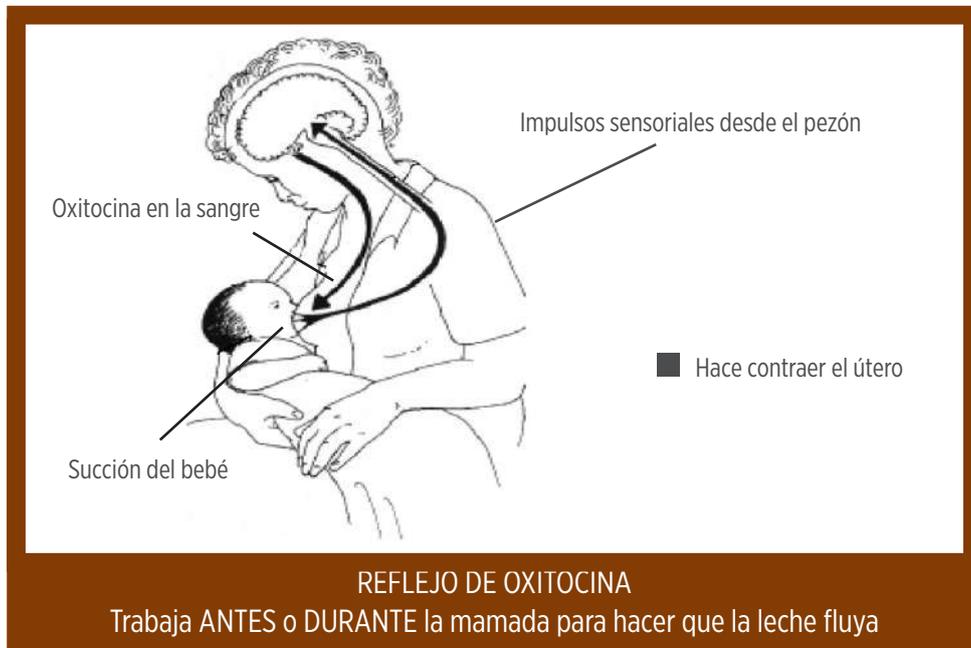
Es inhibida por una hormona parecida a las catecolaminas, el Factor Inhibidor de la Prolactina o PIF y por fármacos como L-Dopa, ergotaminicos, clomifeno, IMAO y prostaglandinas E y F2alfa.

También se ha comprobado que la succión frecuente del pezón agota la respuesta, consiguiendo liberaciones más bajas si el intervalo entre los episodios de succión es inferior a dos horas. Sin embargo, no está demostrado la relación entre los niveles de prolactina y la cantidad de leche fabricada.



Efectos:

- Actúa sobre células secretoras, estimulando la secreción de la leche.
- Inhibe la ovulación.
- Es "maternizante": inyectada a ratas vírgenes muestran conducta materna hacia crías a las que normalmente atacarían.
- Es sedante, adormecedora.



Lactopoyesis. Reflejo de eyección de leche:

La oxitocina es una hormona formada por las células del hipotálamo y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis, cuya acción estimula la contracción del músculo liso.

La estimulación del pezón provoca su producción, pero el reflejo se puede condicionar y desencadenar con estímulos positivos, como son oír llorar al niño, pensar en él, verlo, verlo en foto, pensar en darle de mamar, e inhibir con estímulos negativos (miedo, ansiedad, disgusto...). Esta inhibición es transitoria y se reestablece cuando desaparecen.

Existe además un reflejo de inhibición local mediado por una hormona (factor inhibidor local) que está en la misma leche que explica el que si un pecho tiene mucha leche se inhibe la producción en el mismo.

La producción también es estimulada por la actividad sexual.

La oxitocina provoca:

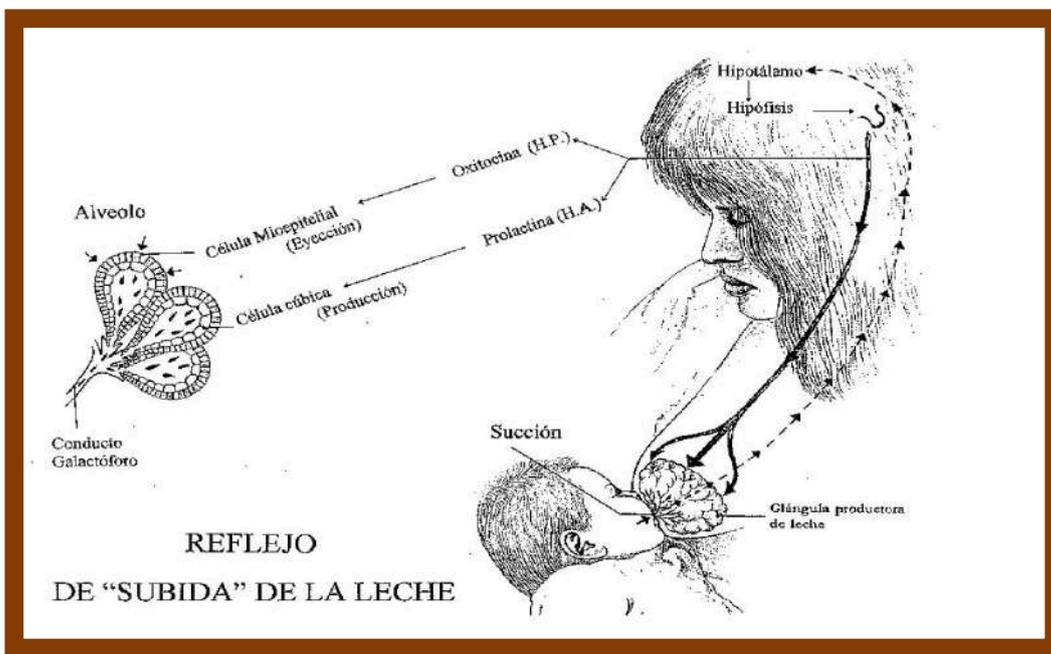
- Contracción de la célula mioepitelial del alveolo mamario con lo que ocurre la expulsión de leche del alveolo mamario hacia el canal galactóforo (la leche no sale porque el niño succiona, sino porque la madre la expulsa). Suele producir una sensación de hormigueo en el pecho ("apoyo" o "golpe de leche"). Actúa en los dos pechos a la vez, por lo que el otro pecho gotea.
- Es la responsable de las contracciones en el útero (entuetos).
- Contracción - erección del pezón.
- Contracción de la vagina.

Estos aspectos comunes entre lactancia y actividad sexual son responsables de una sensación placentera totalmente normal (aunque algunas mujeres mal informadas pueden sentirse confusas).



Control de la producción de leche dentro del pecho

Se preguntará por qué a veces un pecho deja de producir leche, mientras que el otro continúa produciéndola, aunque la oxitocina y la prolactina van igualmente a ambos pechos.



Existe una sustancia en la leche materna que puede reducir o inhibir la producción de la leche. Si se deja mucha leche en un pecho, el inhibidor detiene a las células para que éstas no secreten más.



Esto ayuda a proteger al pecho de los efectos dañinos que se producen cuando está muy lleno. Esto es necesario si se interrumpe la lactancia por alguna razón.

Si se retira la leche materna ya sea por succión o por extracción manual o mecánica, se retira también el inhibidor. Entonces el pecho produce más leche.

Esto ayuda a entender por qué:

- Si un bebé deja de succionar de un pecho, ese pecho deja de producir leche.
- Si un bebé succiona más de un pecho que del otro, ese pecho produce más leche y se pone más grande que el otro.
- Se puede dar de mamar de un solo pecho como se hace en algunas culturas: el pecho del que no se mama deja de secretar a pesar de la prolactina y oxitocina
- Para que un pecho continúe produciendo leche, la leche debe ser retirada.
- Si un bebé no puede succionar de uno o ambos pechos, la leche debe ser retirada mediante extracción para permitir que la producción continúe.

REFLEJOS INFANTILES

Reflejo de búsqueda

El niño busca y se orienta hacia el pezón por medio de estímulos táctiles, visuales (areola más oscura) y olfatorios (secreción de glándulas de Morgagni). Este reflejo está presente desde el nacimiento y es el primero que se desencadena. Cuando el lactante percibe la leche por el olfato, mueve la cabeza en ambas direcciones e intenta hallar su origen. Cuando establece contacto con el pezón en su mejilla, el estímulo táctil y el color más oscuro de la areola permite su localización.

No hay que ayudar al niño empujándolo con el dedo en la mejilla hacia el pezón, pues provocará el estímulo táctil contrario al deseado y el niño se dirigirá al pezón contrario.

Reflejo de succión

Una vez el pecho en la boca, se desencadenan movimientos coordinados de la mandíbula y la lengua. El niño no succiona, sino que ordeña. En primer lugar, es necesaria la contracción involuntaria de los músculos lisos que envuelven los alvéolos. Esto depende de la liberación de oxitocina y crea un gradiente de presión que empuja la leche hacia los conductos distales.

Posteriormente, el niño presiona la mama con la lengua contra el paladar, al tiempo que hace un movimiento de adelante hacia atrás con la punta de la lengua.

Reflejo de deglución

Este movimiento de presión junto con el de deglución, aspirando el contenido lácteo hacia el interior, es el que consigue el vaciado de los senos y los conductos galactóforos, disminuyendo la presión al final del sistema y haciendo progresar la leche desde los alvéolos hasta el pezón.

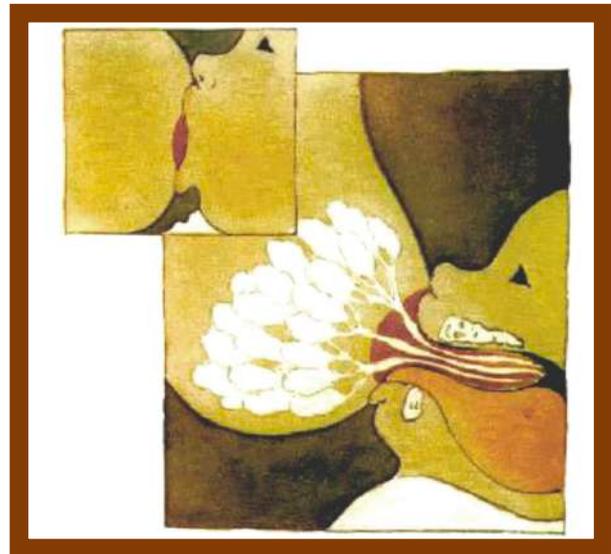
Es necesario saber que, una técnica deficiente, ya sea debido a la falta de experiencia de la madre o del personal sanitario, provocará un rechazo del niño a la lactancia.

Durante los primeros momentos después del parto, tras un periodo de actividad, se produce un periodo de llanto y posterior descanso, que precede a otro en el que el niño busca el pecho de su madre y es capaz de succionar. Esta succión es la que desencadenará la producción y eyección de leche. Dado que, a diferencia de otros mamíferos, en la especie humana la producción abundante de leche tarda en aparecer, cuanto antes se produzca el estímulo, menor será la pérdida de peso que sufrirá el bebé por este motivo.

Es necesario que el niño introduzca una parte importante de la mama en su boca, pues, si sólo introduce el pezón, no podrá ordeñar los conductos galactóforos. Por este motivo, los pezones grandes son más problemáticos que los planos.



Reflejos infantiles



El niño envuelve la areola con su lengua, masajeándola contra el paladar para sacar la leche. El pezón queda al fondo de la boca. Los labios abiertos se apoyan sobre el pecho.

La boca de un lactante que succiona bien, parecerá estar colocada de forma asimétrica respecto de la areola de la madre, es decir, habrá una mayor proporción visible por encima del labio superior que por debajo del inferior.

También es importante la posición de la cabeza del niño respecto al pecho, que debe ser de frente al pecho, sin torcer la cara o flexionar el cuello, lo que provocaría que el niño estirará el pezón provocando dolor y, posteriormente, grietas. Un error frecuente es empujar la cabeza del niño hacia el pezón, lo que provoca que el niño estire la cabeza alejándose del pecho.

La introducción de biberones o chupetes, provocará que el niño succione menos durante la lactancia, o rechace la toma, por lo que es conveniente que no se le ofrezcan durante los seis primeros meses.

Fuente: Anatomía y Fisiología de la lactancia. Jose María Paricio Talayero

Si se estima útil, el contenido de este documento puede ser distribuido o traducido libremente.

Se sugiere y agradece citar procedencia. JM Paricio, <https://apilam.org/>

••• Anexo 18. Cómo actuar ante un atragantamiento

••• ¿Qué es?

El atragantamiento ocurre cuando un objeto o alimento se introduce en la vía respiratoria y la obstruye, de forma que no deja que el aire entre en los pulmones y causa una crisis de sofocación.

Cuando un niño se está ahogando o asfixiando significa que un objeto (generalmente un alimento o un juguete) se le ha quedado en la tráquea (la vía respiratoria) e impide que el aire vaya a los pulmones con normalidad.

En la edad escolar ocurre por pequeños objetos como el tapón de un bolígrafo, piezas de juguetes, frutos secos, caramelos...

••• ¿Qué hay que saber?

El atragantamiento suele ocurrir de forma rápida e inesperada, creando mucha angustia. Es importante saber cómo actuar ante esta situación.

Cuando el niño se atraganta, de forma instintiva suele llevarse ambas manos al cuello, con sensación de ahogo. Se sujeta la garganta, parece aterrado. Además, comienza con tos o con arcadas para intentar expulsar el cuerpo extraño. Tampoco puede hablar.

En las formas más graves los labios y la cara se ponen morados y se pierde el conocimiento.

La mayoría de las veces el alimento u objeto solo bloquea la tráquea parcialmente y lo más probable es que sea expulsado tosiendo y la respiración se vuelva a restablecer. Algunas veces el objeto puede obstruir completamente la tráquea y no dejar el paso de aire. Entonces el cerebro deja de recibir oxígeno y la asfixia puede convertirse en una emergencia que pondría en peligro la vida del niño. Una obstrucción completa de la vía aérea puede producir una parada cardiorrespiratoria.



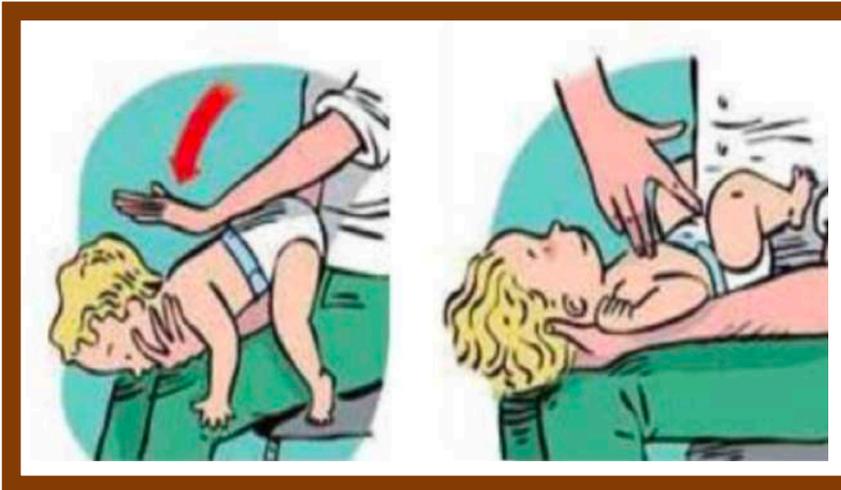
Pasar el dedo por la boca del niño o lactante para retirar los restos

Imagen tomada de <http://reanimacion-cardiopulmonar.blogspot.com/es/>

••• ¿Cómo puedo actuar?

- Es importante tratar de mantener la calma para poder actuar de forma adecuada.
- Si el niño tose hay que dejarle toser, animándole a que siga haciéndolo. Probablemente el niño se encontrará bien después de un buen ataque de tos.
- No se le debe golpear la espalda ni intentar sacarle el cuerpo extraño de la boca a ciegas. Darle agua o miga de pan no lo solucionará porque la obstrucción está en la vía aérea.
- No deje al niño solo e intente estar tranquilo hasta que termine el episodio.
- Si la tos es débil o tiene mucha dificultad para respirar hay que actuar. Lo primero es pedir ayuda llamando al teléfono de emergencias 112.

- Si el niño está consciente y es menor de un año hay que mirar la boca.
- Si vemos el objeto lo sacaremos, pero con mucho cuidado de no empujarlo hacia adentro (haciendo un gancho con el dedo por la cara interna de la mejilla).
- Si no lo vemos o no podemos sacarlo hay que girar al niño y ponerlo sobre nuestras piernas con la cabeza algo más baja que el cuerpo y darle cinco golpes secos en la parte alta de la espalda, entre los omóplatos. Después le damos la vuelta y comprobamos si respira. Miramos la boca de nuevo y si no se ve nada y el niño no puede respirar hacemos cinco compresiones en el centro del pecho con dos dedos de la mano. El lugar donde se comprime es justo debajo de la línea imaginaria que une ambos pezones.



Niño menor de un año. Cinco golpes en la espalda y, si no respira, cinco compresiones torácicas.

Fuente:
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

- Si el niño está consciente y es mayor de un año, tras dar cinco golpes en la parte alta de la espalda, se hacen cinco compresiones en la boca del estómago. Es lo que se conoce como maniobra de Heimlich. Nos colocaremos detrás de él, con el niño de pie y rodeando su cintura con los brazos. Colocaremos el puño de una mano en la zona del estómago que está entre el ombligo y el tórax. Cogemos el puño con la otra mano y realizaremos una compresión fuerte hacia dentro y hacia arriba.

“ Estos ciclos –observar la boca, cinco golpes en la espalda y compresiones torácicas o abdominales– deben repetirse tantas veces como sea necesario, hasta que el niño expulse el objeto, respire mejor o pierda la conciencia. Si el niño pierde el conocimiento hay que actuar como ante una parada cardiorrespiratoria.”



Niño mayor de un año: cinco compresiones abdominales. Maniobra de Heimlich

Fuente:
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Recursos

Direcciones web útiles

- Asfixia por aspiración: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/seguridad/cho king_esp.html
- Aspiración de un cuerpo extraño: <http://www.familiaysalud.es/podemos-pre venir/preven- cion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/aspiracion-de- un-cuerpo>
- Atragantamiento: <http://enfamilia.aeped.es/prevenccion/atragantamiento #video-player>

Vídeos educativos recomendados

- Vídeo de atragantamiento en niños: http://www.youtube.com/watch? v=co_9rTsvErg
- Vídeo de atragantamiento en lactantes: <http://www.youtube.com/watch? v=SrSuzb9uOZY>

Bibliografía

De la Torre Espí, M. Cómo actuar frente a un accidente infantil. En: Sociedad Espa- ñola de Urgencias de Pediatría [en línea].

Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/hojas_padres/prevenccion.pdf



Angela con su hija Blanca, Paula con su hija Celia y Vanesa con su hija Ana

Anexo 19. Folleto informativo de Donación de Leche

¿Cómo se realiza la extracción, conservación y transporte de la leche a donar?

Todas las donantes recibirán información oral y escrita sobre la extracción, conservación y transporte de la leche. La extracción se puede realizar en casa o en el hospital (en caso de tener al hijo ingresado). La leche extraída se congelará inmediatamente y se almacena en el domicilio hasta un máximo de 15 días. El Banco de Leche no dispone de servicio de recogida por lo que han de ser las donantes las que lleven la leche al Banco. La leche se puede entregar a cualquier hora y día de la semana.

¿Cómo contactar con el Banco de Leche?

El Banco de Leche se encuentra en la Unidad de Neonatología en la primera planta del Hospital de la Mujer, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. El horario para la entrevista es de lunes a viernes laborables de 9.30 a 14 horas. Es recomendable que se ponga en contacto con los profesionales del banco de leche para informar de la hora a la que acudirá para la entrevista. Para cualquier aclaración, póngase en contacto con nosotros:

Teléfono: **955013867/ 955012393**

E-mail: **bancodeleche.hvr.sspa@juntadeandalucia.es**

*En nombre de los niños hospitalizados,
de sus padres y en el nuestro propio
¡Gracias por su generosidad!*

¡Donar leche salva vidas!



¿Quieres ser donante de leche?

¿Qué es un Banco de Leche Humana?

Es un centro especializado donde la leche humana donada por madres seleccionadas se recibe, se procesa, se almacena y se distribuye a niños hospitalizados que no disponen de leche de su madre.

¿Cuáles son los objetivos de los Bancos de Leche Humana?

Proporcionar leche humana a los lactantes hospitalizados que carecen de leche de su madre, especialmente prematuros y enfermos, apoyar a las madres que quieran amamantar a sus hijos con el objetivo final de promocionar la lactancia materna.

¿Qué organismos internacionales apoyan la existencia de Bancos de Leche Humana?

La OMS, UNICEF y las Sociedades Científicas implicadas en el cuidado y alimentación de los niños (Academia Americana de Pediatría, Sociedad Europea de Nutrición Pediátrica) establecen que cuando no hay leche materna de la propia madre, la donada es la mejor alternativa para niños enfermos o prematuros.

Fuente: Banco de Leche Materna Donada. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

¿Por qué es mejor la leche humana donada que la fórmula artificial?

Porque se tolera mejor, protege a los recién nacidos enfermos o prematuros contra los problemas intestinales graves y disminuye el riesgo de infección en lactantes hospitalizados que carecen de leche de su madre, especialmente los prematuros

¿Es segura la leche humana donada?

Sí, porque siguiendo las recomendaciones internacionales, se seleccionan las donantes con criterios rigurosos, se pasteuriza la leche y se analiza para garantizar su calidad.

¿Cómo es el Banco de Leche Materna Donada del Hospital Virgen del Rocío?

Forma parte de la Unidad de Neonatología del Hospital Virgen del Rocío. Está atendido por personal especializado y dotado con los medios técnicos necesarios. La leche donada se prescribe por criterio médico a los niños hospitalizados en nuestro centro u otros centros de la Comunidad de Andalucía a los que se distribuye regularmente leche materna donada. La dispensación es siempre gratuita.

¿Quién puede ser donante de leche?

Cualquier mujer que esté amamantando a su hijo satisfactoriamente, sea sana, lleve un estilo de vida saludable y además quiera donar leche de forma voluntaria y altruista.

¿Qué situaciones contraindican la donación de leche?

El consumo de tóxicos (drogas, tabaco, alcohol o cafeína en exceso), la ingesta de ciertos medicamentos o productos de parafarmacia, algunas infecciones, cirugías o transfusiones de productos sanguíneos recientes.

¿Qué pasos hay que seguir para ser donante de leche?

Basta con acudir al Banco de Leche Humana para realizar una entrevista en la que la futura donante rellenará y firmará una encuesta de salud y estilo de vida y un consentimiento informado. Además hay que hacerle un análisis de sangre para descartar infecciones como VIH, hepatitis o sífilis. Para inscribirse como donante es preciso acudir con el DNI y la tarjeta sanitaria. Todos los datos de las donantes serán tratados confidencialmente.

¿Cuándo es recomendable comenzar la donación?

Una vez que la lactancia de su hijo esté bien establecida; en general pasadas 3-4 semanas desde el parto.

¿Afectará la donación a mi lactancia?

No. Su hijo no se quedará sin leche aunque la esté donando, al contrario, el hecho de que se extraiga leche para donarla aumentará su producción.

¿Hay que donar una cantidad de leche mínima?

No. Puede donar la cantidad de leche y durante el tiempo que desee. Se prefieren las donaciones frecuentes y abundantes.

●●●●● Anexo 20. Frenillo lingual corto o anquiloglosia

Desde el año 2008, aproximadamente, se está hablando mucho de la anquiloglosia o frenillo lingual corto como un factor perturbador de la lactancia materna. Esto ha conllevado un posicionamiento general en contra o a favor de su diagnóstico y tratamiento, pero ¿Realmente se trata de una moda?, ¿Por qué ahora parece que todos los bebés tienen el frenillo corto?, ¿Hay que intervenir y cortar el frenillo o se soluciona solo?, ¿El frenillo corto solo entorpece la lactancia o puede ocasionar problemas a posteriori?

Vamos a intentar dar respuesta a todas estas preguntas.

●●●●● ¿Qué es la anquiloglosia o frenillo lingual corto?

Anquiloglosia significa literalmente “lengua atada o anclada” y es una definición muy gráfica de lo que les pasa a los bebés que nacen con el frenillo de la lengua corto: la lengua se encuentra sujeta al suelo de la boca y no puede realizar los movimientos necesarios para que el bebé pueda mamar de manera eficaz y sin comprometer el bienestar de su madre.

●●●●● ¿Dónde está localizado el frenillo lingual y para qué sirve?

El frenillo lingual se encuentra debajo de la lengua, insertado, de manera ideal, dentro de la lengua. Sin embargo, cuando en etapas embrionarias se desarrolla la cavidad oral y los músculos hiogloso y geniogloso, en ocasiones estos dos músculos se separan mal, quedando el frenillo fuera de la lengua. Esta situación hace que la lengua se mantenga sujeta al suelo de la boca, impidiendo en diferente medida los movimientos de la lengua que permiten al bebé realizar la transferencia de leche: protrusión, elevación, peristaltismo, acanalamiento y lateralización. Todos estos movimientos son necesarios para que el bebé pueda mamar de manera placentera y eficaz y para que posteriormente, al iniciar la alimentación complementaria, pueda realizar los movimientos necesarios para ensalivar y tragar el bolo digestivo con facilidad.

El frenillo no tiene ninguna función específica cuando está situado fuera de la lengua por lo que seccionarlo, si es necesario, no perjudica en nada al bebé.

●●●●● Pero ¿qué pasa hoy en día, que todos los bebés parecen tener el frenillo corto?

Para empezar, no debemos olvidar que la lactancia materna es cosa de dos y, en muchas ocasiones, los bebés con frenillo lingual corto no manifiestan ninguna dificultad para agarrarse, succionar y deglutir la leche, ya que la ductilidad y plasticidad del pecho de la madre les permite realizar un agarre válido consiguiendo así una transferencia de leche óptima.

Sin embargo, en los últimos años, parece que se haya producido una epidemia de frenillos cortos y todos los bebés los tengan, y que esa sea la causa de todos los problemas y dificultades que se pueden producir durante la lactancia.

En realidad, ni todos los bebés tienen frenillo, ni todos los que lo tienen deben padecer dificultades. Si un bebé tiene un frenillo lingual corto y ello no afecta a la lactancia no deberíamos prestarle más atención.

Pero lo cierto es que muchas de las madres que buscan ayuda en los grupos de apoyo acaban descubriendo que su bebé ha nacido con un frenillo lingual corto.



Ahora no hay más niños con frenillo corto que hace dos décadas. De hecho, podemos constatar su existencia desde la antigüedad ya que son citados en textos griegos, romanos, mozárabes... En los cuales se refleja el reconocimiento que un frenillo lingual corto podía crear perturbaciones en la lactancia y también producir dificultades del habla en la etapa adulta.

Así pues, se conocía su existencia y los libros recogen explícitamente técnicas para seccionarlos.

¿Entonces por qué se olvidó la existencia de los frenillos linguales?

Cuando hace unos siglos una mujer tenía dificultades para amamantar a su hijo o bebé no aumentaba de peso tenía diversas opciones: pedir a una mujer de la familia con más experiencia o a una amiga que alimentara a su bebé (lo que convirtió a muchos adultos en hermanos de leche, creando un vínculo casi de consanguinidad) o alimentar al niño con leche modificada de otros mamíferos, lo que suponía un gran riesgo para la salud del bebé.

Las mujeres más acomodadas podían pagar los servicios de una nodriza que amamantara su bebé.

La aparición y generalización de las leches artificiales como modo de alimentación infantil supusieron una pérdida de la cultura de la lactancia materna, y por consiguiente se "olvidó" la posible trascendencia de un frenillo lingual corto.

En los últimos años el aumento de madres que desean amamantar y el interés de la ciencia por la composición de la leche materna han propiciado que se hayan retomado y estudiado de manera científica las implicaciones de un frenillo lingual corto.

¿Qué problemas puede ocasionar el frenillo corto?

La anquiloglosia puede perjudicar tanto a la madre como al bebé.

Para la madre, el mayor inconveniente de dar de mamar a un niño con frenillo corto es el dolor: se producen grietas por la fricción y por la excesiva presión intraoral negativa a la que se ve sometido el pezón, infecciones bacterianas causadas por un mal drenaje de los conductos y favorecidas por la presencia de las grietas, isquemias por la compresión del pezón contra el paladar. Todo ello hace que la experiencia de dar el pecho resulte dolorosa y desagradable. O mastitis de repetición por las heridas causadas y el mal drenaje de la glándula.

No todas las glándulas mamarias reaccionan del mismo modo ante una succión ineficaz. Hay casos en los que la madre sufre falta de leche (hipogalactia) y hasta que se corta el frenillo o se estimula la producción (con el uso de un extractor, por ejemplo), la cantidad de leche producida es insuficiente. Por el contrario, hay madres cuyas glándulas mamarias parecen querer compensar el problema disparando la producción, lo que hace que padezcan ingurgitaciones constantes y subidas de leche entre tomas.

Además, las tomas pueden ser interminables, ya que los bebés con anquiloglosia no sueltan el pecho por sí mismos y suelen mostrarse llorosos e irritables. La madre se siente cansada y frustrada, lo que puede conducir al abandono precoz de la lactancia, incluso por parte de madres muy motivadas.

En otras ocasiones, la succión no es dolorosa pero si inefectiva. Para la madre esto resulta desconcertante, ya que el niño mama aparentemente bien pero se muestra muy demandante y no gana suficiente peso. Estas madres pueden llegar a pensar que su leche no es buena o que no son capaces de producir suficiente cantidad, cuando en realidad el problema es otro.

Para los bebés, las consecuencias de un frenillo corto pueden variar mucho, y aunque a corto plazo pueden afectar negativamente a la lactancia, a medio y largo plazo causan también otros trastornos.

Hay niños con anquiloglosia que no aumentan de peso debido a la succión ineficaz, que se traduce en una escasa producción de leche. Otros aumentan con normalidad o de manera espectacular.

La glándula mamaria actúa a menudo de forma compensatoria. Ante un bebé que mama de forma ineficaz o caótica, puede reaccionar fabricando mucha leche y dando lugar a una producción excesiva (hipergalactia). Cuando esto ocurre, los bebés toman mucha leche de inicio, más rica en lactosa, lo que la hace difícil de digerir y puede dar lugar a deposiciones verdes, malolientes y explosivas, muy diferentes de las deposiciones típicas del lactante amamantado, que son de color mostaza y con un olor dulzón que recuerda al del yogur.

Este exceso de lactosa también los hace más propensos a sufrir regurgitación, puesto que deben tomar más volumen de leche para obtener las mismas calorías que recibirían si mamaran de forma eficaz, y molestias intestinales (gases, cólicos).

Al nacer, todos los bebés tienen el paladar alto y cerrado, pero a medida que la lengua se mueve eficazmente en la cavidad oral, éste se va abriendo y descendiendo. Si la lengua no tiene capacidad de elevación debido a un frenillo corto, este cambio no se produce, lo que afecta a toda la estructura maxilofacial.

Al quedar el paladar más elevado, las coanas (aberturas posteriores de las fosas nasales) ven reducido su diámetro, lo que hace que los bebés con frenillo corto respiren más por la boca que por la nariz, duermen con la boca abierta y ronquen durante el sueño. Los problemas respiratorios se deben a la entrada de aire a los pulmones directamente por la boca. Ese aire no es filtrado por las fosas nasales, lo que facilita la entrada de partículas dañinas. Y es más frío, lo que les predispone a sufrir bronquitis y neumonías. También son propensos a sufrir otitis, debido a un mal drenaje de la trompa de Eustaquio. Asimismo, hay estudios que relacionan la anquiloglosia con una mayor incidencia de las apneas del sueño.

La maloclusión dental es otro problema derivado de la anquiloglosia y se manifiesta cuando empiezan a salir los dientes. Éstos pueden nacer desplazados o encabalgarse, lo que unido a la deformación del paladar puede requerir costosas intervenciones odontológicas.

Cuando los niños con anquiloglosia crecen, surgen problemas logopédicos (dislalias o trastornos de articulación fonética) en la pronunciación de las consonantes /r/, /rr/, /l/, /t/, /d/, /n/, /s/ y /z/.

Por último, la anquiloglosia es responsable asimismo de problemas de tipo social que no por leves dejan de afectar la calidad de vida de quien los sufre: las personas con frenillo corto no pueden hacer cosas tan sencillas como lamer un helado o besar con la lengua.

••••• ¿Cómo puedo saber si mi hijo tiene un frenillo lingual corto? ¿Cómo se diagnostica la anquiloglosia?

Hay que evaluar el grado de movilidad de la lengua, incluida la capacidad de la misma para extenderse más allá del labio inferior, elevarse hasta el paladar estando la boca bien abierta y efectuar movimientos transversales de una comisura de la boca a la otra sin necesidad de deformarse (lateralización). La elevación parece ser el movimiento lingual que más influye en la lactancia, por lo que debería pesar más que los demás parámetros a la hora de evaluar la anquiloglosia.



La valoración del tipo de frenillo se realiza de manera visual o digital, hay señales que nos indican que el bebé puede tener el frenillo de la lengua corto:

- **Retrognatia:** pese a que la retrognatia (mandíbula inferior más corta de la superior) es fisiológica en los bebés y se modifica con su crecimiento, los bebés que tienen anquiloglosia acostumbran a tener una retrognatia evidente.
- **Callo lingual:** el callo, o callos, de la lengua indican que el bebé debe hacer mucha fuerza para agarrarse el pecho y eso le ocasiona ampollas por el roce.
- **Movimientos irregulares de la lengua:** cuando el bebé llora podemos observar que la lengua no se mueve de manera simétrica, se alza o se comba de diferentes zonas
- **Chasquidos:** los bebés con anquiloglosia pueden succionar haciendo ruidos con la lengua, chasquidos, muy característicos que indican que de vez en cuando la lengua no puede mantener el agarre.
- **Paladar ojival:** la lengua, en reposo, no puede situarse en la posición correcta lo acaba modificando las estructuras orales. El maxilar superior se estrecha formando un V, y el paladar paralelamente se hunde, lo que le confiere un aspecto profundo.

Pero si se requiere una valoración y evaluación más rigurosa del frenillo lingual corto se puede usar la Herramienta de Hazelbaker [\[pdf\]](#). La tabla fue desarrollada por la doctora Alison Hazelbaker para ofrecer una evaluación cuantitativa de la anquiloglosia y poder recomendar así la necesidad, o no necesidad, de liberar la lengua mediante frenotomía.

La Herramienta mide tanto en funcionalidad como la apariencia de la lengua. De este modo, puntuaciones inferiores a 8 en aspecto y 11 en funcionalidad señalan la necesidad de intervención.

❖ Clasificación en cuatro categorías de la anquiloglosia

La clasificación de los frenillos [\[pdf\]](#) por parte de la Dra. Elizabeth Coryllos y Catherine Watson Genna nos permite tener además una escala de clasificación global que nos facilita el entendimiento.

Frenillo tipo 1 anterior:



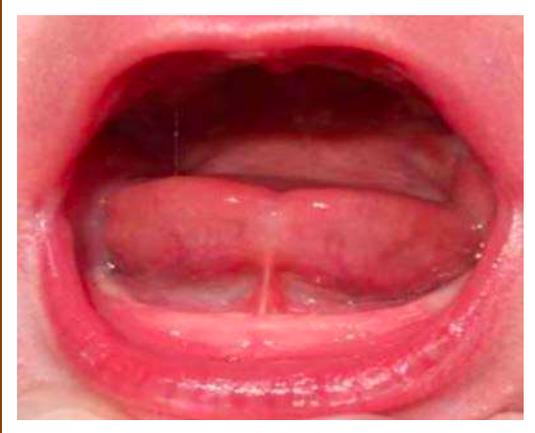
La inserción del frenillo se produce en la punta de la lengua. Cuando el bebé llora, la lengua tiene forma de corazón o parece bífida, ya que el frenillo tira de la punta de la lengua hacia el interior de la boca.

Frenillo tipo 2 anterior:



La inserción del frenillo se produce unos milímetros más atrás que el tipo 1. La lengua no se suele ver bífida, pero cuando el bebé llora, se puede observar que la punta de la lengua desciende hacia abajo.

Frenillo tipo 3 posterior:



Este tipo de frenillo podría definirse como una combinación de los tipos 2 y 4, puesto que existe una pequeña membrana visible en la cara posterior de la lengua pero también un anclaje submucoso, por lo que no basta con seccionar la membrana para liberar la lengua del suelo de la boca. Este tipo de frenillo puede resultar difícil de observar a simple vista, pero basta pasar un dedo de lado a lado bajo la lengua en reposo del bebé para advertir su presencia. La lengua puede presentar un aspecto normal y realizar el movimiento de extensión con relativa facilidad, pero al hacerlo se combará por la periferia y se deprimirá en el centro, y el bebé no podrá elevarla hasta tocar el paladar con la boca totalmente abierta. En función del grosor y fibrosidad del componente submucoso, la lengua también puede presentar un aspecto apelotonado y compacto.

Frenillo tipo 4 posterior:



El frenillo como tal no se aprecia a simple vista, ya que se halla oculto bajo una capa de tejido mucoso, y restringe casi totalmente la movilidad de la lengua, por lo que ésta se halla muy anclada al suelo de la boca y puede presentar un aspecto compacto. El movimiento de la lengua suele ser asimétrico. A menudo, se aprecia un paladar ojival o estrecho, consecuencia directa de la escasa movilidad de la lengua.

¿La clasificación de los frenillos indica la gravedad?

Es importante señalar que tener un tipo u otro de anquiloglosia no supone, a priori, mayor o menor dificultad para mamar. Sin embargo, esta clasificación nos permite usar una nomenclatura común y entender así de qué tipo de frenillo hablamos.

¿En qué puede afectar un frenillo lingual a la lactancia materna?

Un frenillo lingual puede causar (o no) las siguientes dificultades al bebé durante su lactancia y en otros ámbitos de su vida: Succión ineficaz, mala transferencia de leche, agarres compensados que suponen una escasa ganancia de peso y que a la madre le pueden acarrear dolor durante el amamantamiento, grietas, mastitis de repetición...

A medida que el niño crece, se puede dar una mala oclusión dental, dificultades logopédicas, -itis de vías respiratorias de repetición al ser respiradores bucales...

Esto no implica que un bebé con anquiloglosia vaya a sufrir todas estas dificultades, puede sufrir alguna o ninguna. Nunca sabemos, a priori, qué dificultades puede causar un frenillo hasta que las dificultades se manifiestan.



¿Qué hacer si nuestro bebé tiene un frenillo lingual corto?

Una madre que ha detectado uno de estos tipos de frenillo se pregunta ¿Hay que intervenir siempre? Valorar un frenillo como único causante de las dificultades es una visión sesgada, de la misma manera que lo es evaluar sólo el agarre y la postura del bebé al mamar.

Así pues, antes de intervenir el frenillo, sería necesario revisar siempre todos los aspectos básicos para el buen transcurso de la lactancia: valorar el agarre y la postura de la madre para ver si podemos conseguir así mejoras significativas: boca bien abierta con los labios evertidos, la nariz y el mentón tocando el pecho, la madre y el bebé muy pegados, buscar la alineación oreja-hombro-cadera del bebé, intentar posturas



de agarre biológico, mantener un agarre palmar del pecho, realizar alguna intervención de fisioterapia para mejorar la succión, etc.

También se puede añadir que a medida que el bebé crece, también lo hace su boca, y puede que se solucione así el dolor o los posibles problemas con la lactancia.

Si tras todo esto, y con la ayuda de una asesora, IBCLC o comadrona experta, las dificultades no mejoran, el siguiente paso sería valorar si es oportuno intervenir la anquiloglosia.

En caso de que fuera necesario, la intervención más habitual para intervenir la anquiloglosia se denomina frenotomía. En función del tipo de anquiloglosia y de la edad del bebé, ésta intervención se puede realizar de forma ambulatoria por un profesional con experiencia o bien de forma quirúrgica por un cirujano.

Actualmente ya se ha acumulado evidencia científica suficiente que sugiere que la frenotomía se asocia con mejoras de la lactancia materna, especialmente para la madre (desaparición o disminución del dolor al amamantar, etc), pero no se puede afirmar que sea una panacea en todos los casos en que se ha practicado, ya que liberar la lengua del bebé no significa que éste automáticamente vaya a empezar a succionar correctamente, aunque esté mejor equipado para hacerlo que antes de la intervención. En cualquier caso es importante realizar, tras la frenotomía, ejercicios de fisioterapia para mejorar la succión y evitar que la lengua pueda, en algunos casos, volver a quedar anclada.

En resumen:

Podríamos resumir que el frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia y, a posteriori, otros trastornos, por lo que resulta necesaria una evaluación específica del frenillo corto en las parejas madres/bebés que presenten obstáculos en la lactancia.

Cuando observamos una toma, deberíamos ir mucho más allá de la simple verificación de un buen agarre y una buena postura, puesto que la lengua es uno de los primeros motores de la lactancia y debe funcionar perfectamente a fin de conseguir una lactancia materna placentera y eficaz tanto para la madre como para el bebé.

Texto e imágenes extraídos de Alba Lactancia.



A continuación, se muestra infografía sobre ejercicios a realizar en caso de frenillo lingual corto. Para visualizar vídeo sobre cómo realizar los ejercicios, haz click [aquí](#).

EJERCICIOS EN CASO DE FRENILLO LINGUAL -POR FUERA DE LA BOCA-	EJERCICIOS EN CASO DE FRENILLO LINGUAL -POR DENTRO DE LA BOCA-
 <p>BARRIDO POR LA MEJILLA</p> <p>Llevar un dedo desde la oreja hasta la comisura de la boca.</p>	 <p>MASAJE EN EL PALDAR</p> <p>Masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia el otro.</p>
 <p>PRESIÓN EN LAS MEJILLAS</p> <p>Con los dedos índice y pulgar, presionar en círculos por las mejillas.</p>	 <p>MASAJE EN LA LENGUA</p> <p>Masajear suavemente la lengua hacia un lado y hacia el otro.</p>
 <p>REFLEJO DE BÚSQUEDA</p> <p>Estimular el reflejo de búsqueda mediante ligeros toques alrededor de los labios.</p>	 <p>REFLEJO DE SUCCIÓN</p> <p>Colocar el dedo índice en el medio de la lengua y estirar y encoger el dedo para estimular el reflejo de succión.</p>
 <p>TRAZAR CÍRCULOS</p> <p>Con el dedo índice y con presión media, trazar círculos alrededor de la boca.</p>	 <p>POR DENTRO DE LAS MEJILLAS</p> <p>Con el dedo índice, masajear suavemente por dentro de las mejillas desde dentro hacia afuera de la boca.</p>
 <p>PELLIZQUITOS</p> <p>Con el pulgar y el índice dar como pellizquitos suaves en el labio de arriba y en el de abajo. En los pellizquitos hay que tirar del labio un poco hacia afuera.</p>	 <p>BARRIDO POR DENTRO DE LA BOCA</p> <p>Bajar por dentro de la mejilla derecha, pasar por la encía de abajo, y subir por dentro de la mejilla izquierda.</p>
 <p>RODEANDO LOS LABIOS</p> <p>Pasar el dedo rápidamente del labio de arriba al de abajo.</p>	<p>FUENTE: PASTOR-VERA, T., ET AL. ANQUILOGLOSIA Y PROBLEMAS DE SUCCIÓN. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR: TERAPIA MIOFUNCIONAL OROFACIAL, SESIONES DE LACTANCIA MATERNA Y FRENOTOMÍA. REVISTA DE LOGOPEDIA, FONIATRÍA Y AUDIOLOGÍA (2016).</p>

Fuente: Pastor-Vera, T., et al. Anquiloglosia y problemas de succión, tratamiento multidisciplinar: terapia miofuncional orofacial, sesiones de lactancia materna y frenotomía. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología (2016).



Anexo 21. Protocolo de Mastitis Lactacional

1. Introducción

- La mastitis lactacional es la inflamación de uno /varios lóbulos de la glándula mamaria, durante el periodo de lactancia. Es más frecuente durante los tres primeros meses, si bien puede presentarse en cualquier momento de la misma. Generalmente es unilateral (3-12% bilateral).
- Inicialmente suele acontecer un problema en el drenaje lácteo, generalmente debido a la compresión de algún ducto a consecuencia de un traumatismo en el pezón, lo cual se traduce en una clínica de **ingurgitación mamaria y obstrucción**.
- Si esta circunstancia no se resuelve, a las 12-24 horas se establece una **mastitis aguda infecciosa**, con la clínica característica de dolor, eritema, fiebre y malestar general.
- El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus* sensible a la oxacilina, siendo otras posibles etiologías *Staphylococcus aureus* resistente a la oxacilina, *Streptococcus* grupo A y B y ocasionalmente enterobacterias.
- Se trata de un proceso que afecta al 2-10% de las mujeres lactantes, pero que en escasas ocasiones precisa hospitalización. Es más frecuente en mujeres con antecedentes de esta misma patología.
- La mastitis lactacional aún es causa frecuente de interrupción de la lactancia debido a la desinformación tanto de familias como de profesionales, por lo cual la importancia del conocimiento de su adecuado manejo radica tanto en la necesidad de resolver eficazmente la situación como de evitar abandonos injustificados de la lactancia materna.
- Recientemente ha surgido el controvertido concepto de **mastitis subaguda** en humanos (anteriormente documentado en otros mamíferos). Englobaría aquellos casos con sensación subjetiva de escasa producción láctea, acompañada de tomas largas y escasa ganancia ponderal, con aparición de dolor profundo en la mama durante la toma o tras la misma, sin las manifestaciones clínicas propias de la mastitis aguda y habiéndose descartado otras causas de mastalgia.
- Según algunos autores sería superponible a los estadios iniciales descritos para la mastitis aguda lactacional.
- En este caso el germen principalmente asociado es el *Staphylococcus epidermidis* y otros *Staphylococcus* coagulasa negativos, siendo otras posibles etiologías bacterianas del grupo *Streptococcus* o *Corynebacterium*, entre otras.

2. Objetivos

2.1. Primario

- El objetivo principal de este protocolo es mostrar las pautas a seguir para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la mastitis lactacional según las recomendaciones basadas en la evidencia.
- Este documento servirá como guía a los profesionales que atienden a la madre lactante, tanto pediatras, matronas y enfermeros como médicos de familias y de urgencias, de modo que exista un criterio unificado.
- Asimismo, el esquema resumido de diagnóstico y manejo será entregado a los profesionales de manera que pueda ser utilizada como guía rápida en el manejo de esta patología ([anexo 2](#) de este protocolo).

2.2. Secundarios

- Favorecer el mantenimiento de una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del lactante y posteriormente hasta un mínimo de 2 años, manteniéndose desde ahí el tiempo que deseen el niño/niña y su madre.
- Evitar el abandono de la lactancia materna por motivos de desconocimiento, explicando las razones por las cuales resulta totalmente seguro y deseable continuar con la lactancia materna en estas circunstancias.
- Evitar la utilización de antibióticos que no están indicados en esta patología, bien sea por no cubrir en su espectro a los gérmenes más frecuentemente implicados, bien por poseer un espectro de acción innecesariamente amplio.
- Fomentar la utilización de recursos como <https://www.e-lactancia.org/> para comprobar el grado de seguridad en la utilización de un medicamento durante el periodo de lactancia.

3. Ámbito de aplicación

Este escrito está orientado para ser utilizado tanto en Atención Primaria como en los distintos servicios de Urgencias.

4. Población diana

Este protocolo va dirigido a todas las madres en periodo de lactancia.

5. Personal que interviene

Pediatras y matronas serán el personal de referencia en este tema, las cuales informarán y resolverán dudas tanto de las madres/padres como de los profesionales que lo puedan requerir.

Todo el personal médico (médicos/as de familia y de urgencias) será el encargado de poner en práctica este protocolo.

6. Material

El recurso material utilizado será el esquema resumido de manejo de la mastitis lactacional, el cual se basa en las recomendaciones científicas más sólidas y actualizadas. El mismo irá siendo revisado y actualizado a medida que los conocimientos en este ámbito vayan siendo ampliados ([anexo 2](#)). También, el folleto explicativo de como recoger muestra de leche para cultivo, ([anexo 1](#) de este protocolo).

7. Procedimiento

7.1. Preparación de la paciente

- En caso de **sospecha clínica** de mastitis lactacional, se llevarán a cabo o indicarán a la paciente las medidas no farmacológicas recomendadas.
- Comprobación de técnica de lactancia (ver [postura y enganche adecuado al pecho](#)), explicar la importancia de realizar tomas frecuentes, iniciando en el pecho afectado.
- Masaje de la mama de la zona obstruida al pezón y calor local en breve periodo de tiempo previos a la toma, vaciado manual o con extractor tras la misma si es necesario, frío tras la toma (compresas frías).
- Posición del bebé que favorezca el drenaje (barbilla sobre la zona afectada).
- Procurar un buen descanso e hidratación.
- Métodos farmacológicos AINES (ibuprofeno), analgésicos si es necesario.
- Tranquilizar, informando que la leche infectada no supone un riesgo para el lactante y que la medicación es compatible.
- Realizar un diagnóstico diferencial: ingurgitación/obstrucción.
- Se citará a la paciente en 24 horas para comprobar si se resuelven los síntomas.
- En caso de persistir los mismos a **las 24 horas** se indicará por parte de su médico de familia el tratamiento antibiótico empírico indicado (ver [anexo 2](#)).
- En caso de persistir la clínica **48-72 horas** tras la instauración del tratamiento antibiótico, y tras descartar la existencia de una complicación local o general, se procederá a realizar una toma de muestra de leche materna ([anexo 1](#)) para su envío al laboratorio de Microbiología, con el fin de establecer una antibioterapia dirigida tras conocer el resultado del cultivo.
- En la paciente con clínica de **mastitis subaguda**, además de instaurar las medidas no farmacológicas, se procederá a la toma de muestra en la primera consulta ([anexo 1](#)), instaurándose el tratamiento antibiótico dirigido en el momento de disponer de los resultados del cultivo en caso de que la clínica no se haya resuelto.

7.2. Ejecución

- En las clases de educación maternal la matrona explicará el concepto de mastitis aguda, los síntomas que la acompañan y el manejo inicial de la misma, que podrá realizar la paciente hasta recibir atención médica.
- El manejo de este cuadro clínico se realizará preferentemente en la consulta de medicina de familia de la paciente, en conjunción con la matrona.
- En caso de no ser posible recibir atención médica en 24-48h, será el Servicio de Urgencias el encargado del manejo inicial, con el posterior seguimiento en consultas de la paciente.
- Las pediatras estarán igualmente disponibles para asesorar en todos los aspectos relativos a esta patología.

Acceso al PDF del Código Internacional de Sucesos de la LM: <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2024/02/codigopaho.pdf>



7.3. Precauciones

- En toda valoración de la paciente con sospecha clínica de mastitis hemos de descartar la existencia de complicaciones locales (absceso) o generales (sepsis), que precisan estudios complementarios y manejos hospitalario.
- Especialmente en casos de clínica dudosa o mala evolución hemos de valorar otros diagnósticos diferenciales como galactocele o cáncer de mama inflamatorio.
- En el caso de pacientes con antecedentes de mastitis recurrente, factores de riesgo para *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (anexo 2) o paciente con alergia a penicilina la toma de cultivo (anexo 1) se hará en el momento del diagnóstico.
- En el caso de presentar clínica grave, tras descartar complicaciones que pudieran precisar derivación hospitalaria y realizar una toma de muestra se comenzará con antibioterapia empírica de manera inmediata.
- Hasta el momento no existen evidencias sólidas de la efectividad de los probióticos en la prevención o tratamiento de los cuadros de mastitis lactacional. Si bien compatibles con la lactancia, su coste económico y el posible retraso asociado en la instauración de otros tratamientos de eficacia más probada no hacen de momento recomendable su utilización.
- A la hora de interpretar el resultado de un cultivo es importante valorar no solo el germen sino su concentración en la leche materna, especialmente en el caso de la mastitis subaguda, pues sus agentes causales son flora saprófita. Para *S. aureus* y otros agentes piogénicos se considera significativa una concentración superior a 500 UFC/mL, para *Staphylococcus coagulasa negativo* y *Streptococcus* mayor de 5000 UFC/mL
- En el programa de educación maternal y en el seguimiento y apoyo de la madre lactante se reforzarán las técnicas y conocimientos adecuados acerca de la lactancia materna, lo cual se traducirá en una menor incidencia posterior de problemas de drenaje lácteo y mastitis lactacional.
- Resulta importante insistir en la conveniencia de continuar con la lactancia materna en estos casos, pues la leche continúa siendo igualmente nutritiva y no genera ningún tipo de infección en el niño/a. A veces el lactante rechaza ese pecho por el cambio de sabor de la leche, que se vuelve **más salada**. En este caso se le ofrecerá la del otro pecho, asegurándonos un buen drenaje del pecho afecto mediante extracción manual o extractor.
- Es recomendable recordar la existencia del recurso on-line <https://www.e-lactancia.org/> para consultas acerca de la seguridad de los fármacos empleados en la madre lactante.
- Se informará de la existencia de **grupos de apoyo** a las madres lactantes, los cuales además de proporcionar apoyo en el inicio y mantenimiento de la lactancia podrán ayudar a resolver dudas acerca de problemas que puedan surgir durante la misma, con asesoramiento relativo a las medidas no farmacológicas a tomar en los estadios iniciales, así como la necesidad de buscar atención médica para valorar necesidad de tratamiento antibiótico o pruebas complementarias.

8. Evaluación

Se valorará periódicamente la adecuación de las prácticas de manejo de la mastitis lactacional, se hará anualmente, en mayo coincidiendo con la Formación Continuada para profesionales: afecciones del pecho, obstrucciones, mastitis, perla....

Fecha de elaboración y fecha de revisión Ed1

Este documento fue elaborado en agosto de 2020, siendo fruto de una revisión de artículos y documentos de sociedades científicas. Se revisará anualmente para su actualización, en mayo.

Los autores y revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este protocolo.

Autores del protocolo: Ana Porras González, M. Dolores Sevillano Giraldo

Revisado por la comisión de lactancia materna del CS de la zona básica de Marchena en mayo de 2022. Próxima revisión: mayo de 2023, revisión anual

Responsables del protocolo: M. Dolores Sevillano Giraldo, Ana Porras González.

Bibliografía

- Espínola-Docio, B., Costa-Romero, M., Díaz-Gómez, M., Paricio-Talayero, JM. Mastitis. Puesta al día. Arch Argent Pediatr 2016;114(6):576-584.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Boakes E., Woods A., Johnson N., Kadoglou N. Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices. Eur J Breast Health. 2018 Jul; 14(3): 136–143.
- Mastitis y absceso mamario lactacional. Guía PRIOAM. Manuela Aguilar¹, Carmen Chacón², Elena Chaparro³, Isabel Delgado Pecellín³, Elena Díaz⁴, Elena Flores⁴, María José Gómez¹, Marta Moleón Ruiz⁵, Pilar Serrano⁶. 4 agosto, 2018.
- Delgado S, García- Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. 54. Padilla B (coordinadora). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
- Lactational mastitis. UpToDate.
- <https://www.e-lactancia.org/>

Anexos

- Toma de muestras
- Esquema resumido de manejo

Anexo 1. Recogida de muestra de leche para cultivo

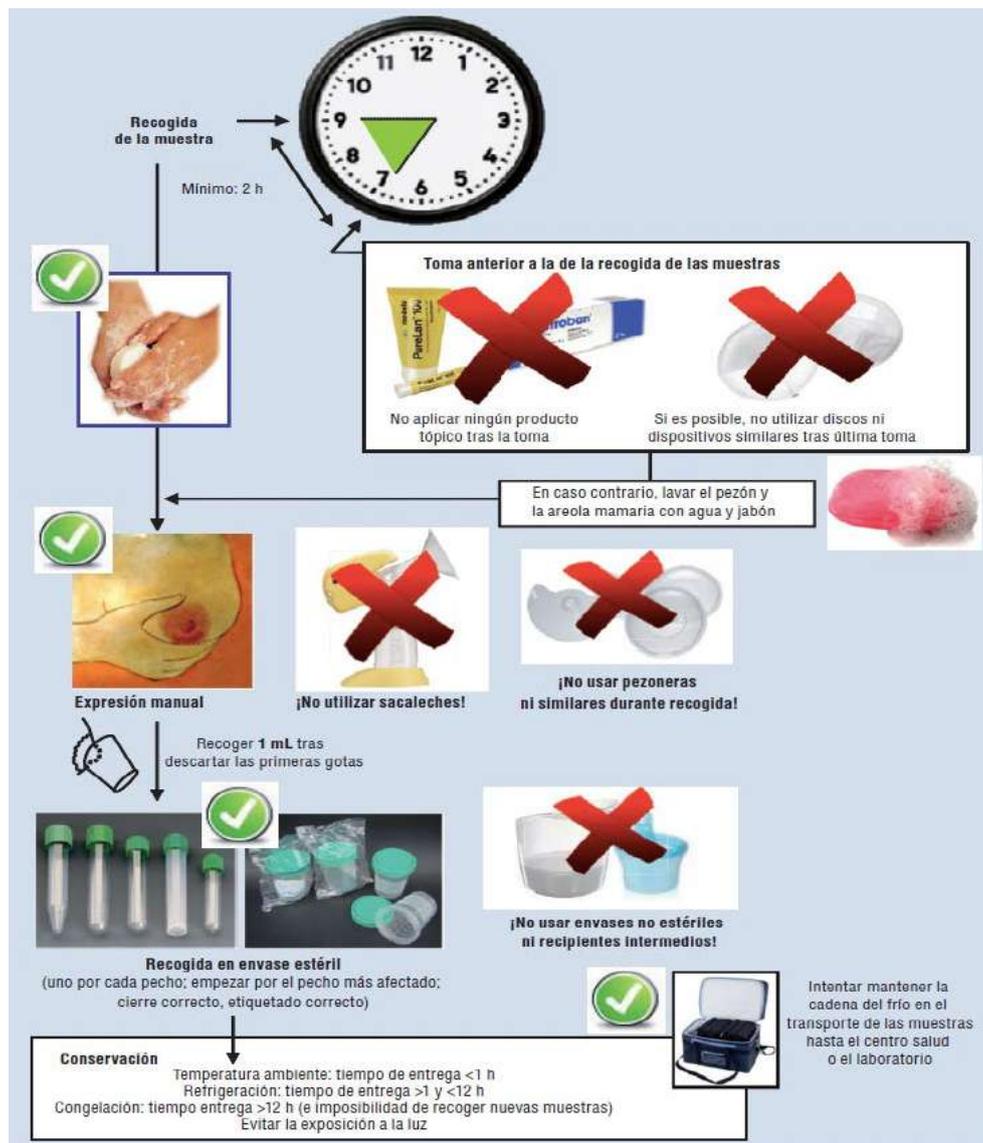


Figura 1. Esquema de los principales pasos que seguir para la recogida de muestras de leche destinadas a un análisis microbiológico

La recogida de muestra de leche para cultivo se debe realizar:

- Antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano.
- Antes de una toma y si es posible 2 horas después de la toma anterior, siendo preferible a primera hora.
- Limpieza de areola mamaria y pezón con jabón neutro si se han usado pomadas, pezoneras o similar.
- Mediante expresión manual y con las manos limpias y secas.
- Evitar las bombas extractoras (pueden estar contaminadas con enterobacterias y bacilos gramnegativos no fermentadores)
- Desechar las 4-5 primeras gotas de leche
- Envases estériles de boca ancha, uno por mama, empezando primero por la más afectada.
- Volumen: 1-2 ml.
- Procesar en < 1 hora o refrigerar a 4°C, no > 24 horas

Anexo 2. Esquema resumido de manejo

FORMA DE PRESENTACIÓN	0d.	24 h.	72 h.	5 d.
AGUDA (signos inflamatorios locales, síntomas pseudo-gripales, fiebre)	-MEDIDAS GENERALES ¹ -DESCARTAR ABSCESO MAMARIO O SÍNTOMAS SÉPTICOS: DERIVACIÓN HOSPITALARIA . CULTIVO en casos de: -Clínica grave (e inicio de ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA (10-14 días) . -Mastitis recurrente. -FR SARM. ² -Alergia a penicilina.	- Si no mejora: inicio de ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA (10-14 días) - Continuar con las MEDIDAS GENERALES .	- Si no mejora con el tto atb empírico: toma de CULTIVO - EN CASOS REFRACTARIOS A ANTIBIOTERAPIA ORAL ADECUADA VALORAR DERIVACIÓN HOSPITALARIA (necesidad de TTO ATB IV o drenaje quirúrgico de posible absceso).	Resultado del CULTIVO: ANTIBIOTERAPIA DIRIGIDA.
SUBAGUDA (dolor profundo en mama Durante o tras la toma que no se resuelve tras comprobar la técnica)	- DESCARTAR: anquilosis, eccema del pezón y Sd.Raynaud. - MEDIDAS GENERALES. -Toma de CULTIVO .			

¹ (Medidas generales)

- Comprobar técnica.
- Tomas y vaciado frecuentes (barbilla lactante en cuadrante afecto).
- Masaje previo y calor local breve previos a la toma. Frío local tras la toma.
- Vaciado manual o con extractor tras la toma. Evitar sujetadores que compriman.
- Descanso adecuado
- AINES (ibuprofeno).

² (Staph aureus resistente a meticilina)

- Adquisición nosocomial.
- Inmunodeprimidas.
- UDVP.
- Tratamiento antibiótico previo.
- Falta de respuesta al tratamiento.
- Infecciones necrotizantes.

MASTITIS SIN Factores de Riesgo para SARM	MASTITIS CON Factores de Riesgo para SARM	MASTITIS en paciente ALÉRGICA a β -lactámicos
CEFADROXILO ¹ 1g/12h. 10-14 días	COTRIMOXAZOL ¹ 160/800 mg./12h. 10-14 días	COTRIMOXAZOL ¹ 800/160 mg/12h. 10-14 días
COTRIMOXAZOL ¹ 800/160 mg/12h. 10-14 días	CLINDAMICINA ² 450 mg/8h. 10-14 días	CLINDAMICINA ² 450 mg/8h. 10-14 días

¹ MUY BAJO RIESGO PARA LACTANTE. Compatible con LM, no precisa seguimiento del lactante.

² BAJO RIESGO PARA LACTANTE. Compatible con LM. Se recomienda seguimiento del lactante.

<https://www.e-lactancia.org/>

Revisado en Mayo 2022
 Ana Porras (pediatra/microbióloga clínica)
 María Dolores Sevillano (matrona con certificación ICBL) CS Marchena



16

7 pasos
para una feliz
lactancia
natural

- PASO 1** Disponer de una Normativa de Lactancia Materna que todos conocen y cumplen.
- PASO 2** Tener un Plan de Formación para el personal, que les capacite para poner en práctica la Normativa de Lactancia Materna.
- PASO 3** Asegurar que todas las mujeres embarazadas reciben información sobre el amamantamiento y la mejor manera de ponerlo en práctica.
- PASO 4** Ayudar a las madres en el inicio de la lactancia, asegurando su primera visita en el centro de salud en las primeras 48-72h tras el alta de la Maternidad.
- PASO 5** Ofrecer apoyo para mantener la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y alimentación complementaria adecuada desde entonces hasta los dos años o más.
- PASO 6** Proporcionar una atmósfera de acogida a las madres y lactantes.
- PASO 7** Fomentar la colaboración entre los profesionales sanitarios y la comunidad a través de talleres de lactancia y el contacto con los grupos de apoyo locales.

“ Promueve y difunde las prácticas relacionadas con la estrategia del parto normal. Ofrece apoyo y orientación de la máxima calidad también a las madres que no amamantan. ”



Fuente: Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez de Marchena (Sevilla).

“Respetar el Código Internacional de comercialización de sucedáneos y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.”

Una guía rápida sobre lo básico del código de la OMS

¿Qué cubre el código?

- Leche de fórmula
- Cualquier alimento o bebida que pueda sustituir la leche materna, por ejemplo: téis o alimentos destinados a bebés menores de seis meses, o fórmula destinada a cualquier edad
- Biberones
- Tetinas

¿Quién se espera que siga el Código?

- Fabricantes, distribuidores y minoristas de cualquiera de los artículos anteriores
- Trabajadores de la salud, tanto profesionales como voluntarios
- Instalaciones dedicadas al cuidado de la salud: hospitales, clínicas, etc.

¿Qué debe aparecer en las etiquetas?

- Las etiquetas deben estar escritas en el idioma local
- La información debe incluir los riesgos asociados a la alimentación artificial
- Las etiquetas no deben usar lenguaje o imágenes que den la idea de algo ideal o positivo, por ejemplo: un bebé feliz durmiendo o un escudo protector que sugiera que el bebé está en una burbuja protectora contra la enfermedad

¿Qué ES permitido dentro del Código?

- ✓ Uso de fórmula preparada de forma segura, para los bebés que la necesiten
- ✓ Venta de productos con información técnica, por ejemplo: “botella de 125 ml de policarbonato”
- ✓ Información científica y objetiva para los profesionales de la salud, por ejemplo: contiene ciertas proteínas
- ✓ En todas las etiquetas se requiere incluir información precisa sobre la preparación segura de la fórmula

¿Qué NO es permitido dentro del Código?

- ✗ Promoción dirigida a los padres: publicidad, muestras gratuitas
- ✗ Promoción dirigida a los profesionales de la salud: regalos, muestras gratuitas
- ✗ Promoción en las instituciones de salud: carteles, fórmula gratuita, regalos
- ✗ Promoción de productos inadecuados para bebés (tales como la leche condensada azucarada)



Para más información, ver código completo en el siguiente enlace: <https://www.ihan.es/docs/oms/codigopaho.pdf>

Vídeos y bibliografía recomendada

Carlos González, la alimentación de tu bebé.

Consejos y recomendaciones en TodoPapas Loves

<https://youtu.be/3HfLkSZHIkM>



Mi niño no me come: Consejos para prevenir y resolver el problema (Familia) 5 junio 2012



Se Me Hace Bola (CLAVE) 7 marzo 2013

Alimentación Saludable en Niños - Julio Basulto (Dietista- Nutricionista).

<https://youtu.be/tnW0je2fXC4>

Gill Rapley y Tracey Murkett.

El niño ya come solo (2012)



EL NIÑO YA COME SOLO: Consiga que su bebé disfrute de la buena comida (MADRE Y BEBÉ) 19 enero 2012



Guía para familias que inician la Alimentación Complementaria con Baby Lead Weaning – Juan Llorca.

Video de extracción manual de leche materna: Maniobra de Marmet.

https://www.youtube.com/watch?v=_cYNXehhf_w



17

Bibliografía



- Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Vitoria-Gasteiz, 2017.
- Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; Vitoria-Gasteiz, 2017.
- Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. "Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries". Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center), 2007.
- Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 14–9.
- Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 1–2.
- Acreditación IHAN ZB Marchena. AGS de Osuna 8.
- Curva de peso y percentiles:
<https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/la-evolucion-del-lactante-amamantado/>.
- Bowatte G, Tham R, Allen K, Tan D, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 85–95.
- Grummer-Strawn, Laurence M. RN. Summarising the health effects of breastfeeding - Grummer-Strawn - 2015 - *Acta Paediatrica* - Wiley O. 2015.
- Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 3–13.
- Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 30–7.
- Giugliani ERJ, Horta BL, Loret De Mola C, Lisboa BO, Victora CG. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 20–9.
- Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 54–61.
- Tham R, Bowatte G, Dharmage S, Tan D, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 62–84.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 96–113.

- Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 14–9.
- Lodge C, Tan D, Lau M, Dai X, Tham R, Lowe A, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015. p. 38–53.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Disfruta de la lactancia materna: recomendaciones para la lactancia materna. Consejería de Salud. Sevilla. 2011.
- Lactancia materna exclusiva. OMS. Accesible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna/> y acreditación IHAN ZB Marchena. AGS de Osuna 7.
- Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Accesible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>.
- Guía de Lactancia. Materna. “Lo mejor que le puedes dar”. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Actualización 2018.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Acreditación IHAN ZB Marchena. AGS de Osuna 13.
- Espínola-Docio, B., Costa-Romero, M., Díaz-Gómez, M., Paricio-Talayero, JM. Mastitis. Puesta al día. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(6):576-584.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Boakes E., Woods A., Johnson N., Kadoglou N. Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices. *Eur J Breast Health*. 2018 Jul; 14(3): 136–143.
- Mastitis y absceso mamario lactacional. Guía PRIOAM. Manuela Aguilar¹, Carmen Chacón², Elena Chaparro³, Isabel Delgado Pecellín³, Elena Díaz⁴, Elena Flores⁴, María José Gómez¹, Marta Moleón Ruiz⁵, Pilar Serrano⁶. 4 agosto, 2018.
- Delgado S, García- Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. 54. Padilla B (coordinadora). *Procedimientos en Microbiología Clínica*. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
- Lactational mastitis. UpToDate.
- <https://www.e-lactancia.org/>
- L. Landa Rivera, M. Díaz-Gómez, A. Gómez Papi et al., “El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:53-60. https://www.aeped.es/sites/default/files/1-colecho_unicef.pdf



- American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of Human Milk. Pediatrics 2012; 129. Melissa Bartick MD. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. Pediatrics Vol, 125, N°. 5. May 1, 2010 <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/e1048.long>
- Klaus MH. The frequency of suckling. A neglected but essential ingredient of breastfeeding, Obstet Gynecol Clin North Am. 1987; 14(3):623-33
- Acreditación IHAN ZB Marchena. AGS de Osuna 9.
- Lasarte JJ, Lozano MJ. Técnica del amamantamiento. En Comité de Lactancia Materna De la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2008, pp 75-82.
- Labbok MH. Breastfeeding: Population-Based Perspectives. Pediatric Clin North Am 2013; 60:11-30.
- Lactancia materna a demanda. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP.
- Revista Pediatría Atención Primaria: <https://pap.es/articulo/11667/tallerde-lactancia-materna-tetaller>.
- Lactancia materna y sueño. <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-y-sueno/>.
- La Liga de la Leche de Guatemala: Crisis o brotes de crecimiento...un reto para la lactancia. ¿Cómo superarlo? <https://www.ligadelalecheguatemala.org/post/2018/07/02/crisis-o-brotes-de-crecimiento-un-reto-para-la-lactancia-c%C3%B3mo-superarlo>
- Crisis o brotes de crecimiento. AlbaLactancia. Accesible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninoscrecen/crisis-o-brotesde-crecimiento/>
- Un regalo para toda la Vida, 2006 (Dr. Carlos González), pp112-114 Ed. Booke.
- Lawrence Ruth. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid: Elsevier; 2007.
- Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. J Anat. 2005 Jun;206(6):525-34.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Uso del chupete y lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. 2011.
- Chupete y lactancia. LactApp. Septiembre de 2019. Visitado el día 12/11/2019 en la página <https://blog.lactapp.es/pros-y-contras-del-chupete/>
- CDC (Centers for Disease Control and prevention). "Breastfeeding in special circumstances". Rev. 2021. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-specialcircumstances/index.html>

- Comité asesor de vacunas de la AEP. "Lactancia materna y vacunas". 2018, actualizado en 2021. <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/lactancia-materna-y-vacunas>
- Comité de lactancia materna de la AEP. "Guía rápida de compatibilidad entre medicamentos y lactancia materna para profesionales". Ed. 2008. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/guia-rapida-compatibilidad-entre>
- Carlos González. Un regalo para toda la vida: Guía de la lactancia materna. Madrid. Booket. 2012.
- Nancy Mohrbacher, Julie Stock. Lactancia materna. Libro de respuestas. La liga de la leche internacional. Estados Unidos. 2001.
- Carlos González. Bésame mucho. 14th ed. Espasa. 2018.
- Carlos González. Mi niño no me come. Barcelona. Booket. 2012.
- Laura Gutman. Puerperios: Y otras exploraciones del alma femenina. RBA Libros. 2006. Versión actualizada 2022.





Asociación
Andaluza
de
Matronas
Ceuta y Melilla



