



LACTANCIA MATERNA

CONTENIDOS TECNICOS
PARA PROFESIONALES DE LA SALUD



PROTEGE

red de protección social
GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

EDICIÓN AÑO 1997

Editoras:

- * Dra. Cecilia Schellhorn H.
Asesora del Dpto. Odontológico, MINSAL, Odontología Preescolar y Lactancia
Consultora en Lactancia Materna
- * Dra. Verónica Valdés L. Consultora IHANM – UNICEF
Investigadora Universidad Católica de Chile

Miembros de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (*) y otros colaboradores que participaron en la preparación y revisión de este texto:

- Sra. Ximena Achurra, Nutricionista IBFAN (International Baby Food Action Network) (*)
- Dr. Jorge Alvear, Comité de Lactancia de la Sociedad Chilena de Pediatría (*)
- Dr. Eduardo Atalah, Pediatra Sociedad Chilena de Nutrición (*)
- Dr. Carlos Becerra, Programa de Salud del niño y del Adolescente MINSAL (*)
- Dr. Carlos Castillo, Coordinador Comisión Nacional de Lactancia DPP MINSAL (*)
- Dr. Rene Castro, Programa Salud Materna y Perinatal DPP MINSAL (*)
- Sra. Ruth Castro Enfermera, Consultora en Lactancia (*)
- Sra. Anita Licicic, Nutricionista SSM Oriente (*)
- Sra. Cecilia Reyes, Enfermera Programa Salud del Niño y del Adolescente MINSAL (*)
- Sr. Felipe Risopatrón, Oficial de Proyectos UNICEF (*)
- Sra. Judith Salinas, Asist. Social DAP MINSAL, Prof. INTA U. de Chile (*)
- Dra. Haydée Sepúlveda, Pediatra Liga Chilena de Lactancia (*)
- Dra. Patricia Vernal, Neonatóloga Hosp. Roberto del Río, Consultora en Lactancia (*)
- Dr. Rubén Alvarado, Psiquiatra Escuela de Medicina U. de Chile (Cuadros Depresivos)
- Dr. Philip Anderson QF, Universidad San Diego, California, (Medicamentos)
- Sra. Cecilia Guerrero, Enfermera Área de Desarrollo Comunitario INFOCAP (Educación)
- Dra. Morelia Ossandon, Neonatóloga (SIDA y lactancia)
- Dr. Alfredo Pérez, Gineco-Obstetra Esc. Medicina U. Católica
- Sra. Eda Pugin, Enfermera-Matrona UC
- Sra. Verónica Riveras QF, SSM Sur (Listado de drogas)

3° EDICIÓN AÑO 2010

Comité editor

Dra. Gabriela Juez García (*)	Médico Pediatra Neonatóloga. Profesora Titular de Pediatría. Directora de Post título y Post grado. Facultad de Medicina. Universidad Mayor
Sra. Rosa Niño Moya (*)	Matrona Neonatología. Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Chile. Magíster en Bioética UNC/OPS Argentina
Dr. Raúl Ortega Weason (*)	Médico Neonatólogo Hospital El Pino SSM Sur
Dra. Patricia Mena Nannig (*)	Médico Jefe Servicio Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Profesora Asociada Adjunta de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Sra. Miriam González Opazo (*)	Matrona. Departamento Ciclo Vital. Ministerio de Salud. Magíster en Salud Pública

Miembros de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (*) y profesionales que participaron en la preparación y revisión de este texto:

Coordinadoras/es

Sra. Nadra Fajardín Pizarro (*)	Nutricionista. Unidad de Desarrollo Curricular Departamento Técnico Junta de Jardines Infantiles
Sra. Patricia Petit-Breuilh	Matrona Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Chile
Dr. José Novoa Pizarro	Médico Jefe Servicio Neonatología Hospital Padre Hurtado
Sra. Orieta Cabezas Gómez	Matrona Supervisora Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Diplomada en Lactancia Materna
Dra. Patricia Mena Nannig (*)	Médico Jefe Servicio Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Profesora Asociada Adjunta de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Dr. Raul Ortega Weason (*)	Médico Neonatólogo Hospital El Pino Servicio de Salud Metropolitano Sur
Dra. Gabriela Juez García (*)	Médico Pediatra Neonatóloga. Profesora Titular de Pediatría. Directora de Post título y Post grado. Facultad de Medicina. Universidad Mayor
Sra. Rosa Niño Moya (*)	Matrona Neonatología. Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Chile. Magíster en Bioética UNC/OPS Argentina
Sra. Lucila Cerda Muñoz	Matrona. Directora Carrera Obstetricia y Puericultura. Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca. Magíster en Salud Pública, Diplomada en

Sra. Xenia Benavides Manzoni (*)	Docencia Universitaria Nutricionista Unidad de Alimentación y Nutrición. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
Sra. Graziana Bertolucci (*) Dr. Fortunato Bozzo (*)	Liga Chilena de Lactancia Materna Liga Chilena de Lactancia Materna
Sra. Miriam González Opazo (*)	Matrona. Departamento Ciclo Vital. Ministerio de Salud. Magíster en Salud Pública

Colaboradoras/es

Dra. Soledad Díaz Fernández(*)	Médica e investigadora. Especialista en Salud Sexual y Reproductiva. Presidenta Instituto Chileno Medicina Reproductiva (ICMER)
Dr. Carlos Becerra Flores	Médico Jefe Departamento Ciclo Vital. Encargado Programa Salud del Niño y la Niña. Ministerio de Salud
Dr. René Castro Santoro	Médico Encargado Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud
Dra. Mónica Kimelman Jacobus	Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad de Chile. Experta en Salud Mental y Psiquiatría Perinatal
Sra. Ivonne Alhers (*)	Enfermera Docente Universidad de Chile
Dra Morelia Ossandón Medina (*)	Médico Pediatra. Sociedad Chilena de Pediatría
Sra. M ^a Cristina Fernández Urbina	Matrona Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Diplomada en Gestión de Calidad
Sra. Patricia Fernández Díaz	Enfermera Directora de Carrera de Enfermería. Universidad San Sebastián. Sede Santiago. Magíster en Salud Pública
Sra. M ^a del Rosario Maldonado D.	Matrona Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Diplomada en Lactancia Materna
Sra. Andrea González Sánchez	Matrona Clínica UCI Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
Sra. Ruth Meneses Uribe	Matrona Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Diplomada en Lactancia Materna
Emma Sepúlveda Salas	Matrona Clínica UCI Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
Greisny Azócar Garcés	Matrona Neonatología. Hospital San Camilo. San Felipe Diplomada en Lactancia Materna
Paula Soto Troncoso	Enfermera- Matrona. Instructor Adjunto Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile
Carmen Ortega Castro	Matrona Clínica UCI Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Diplomada en Calidad y Diplomada en Atención Personalizada del Parto.
Mónica Ormeño Marambio	Matrona Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Encargada Lactancia Materna "Chile Crece Contigo". Nutricionista, Subdirección del Área de la Mujer. A

Paulina Castillo Martínez	cargo de SEDILE y Sala Cuna del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
Paola Tobar Campos	Matrona Neonatología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río
Ericka Rodríguez de la Barra	Nutricionista Universidad San Sebastián, Concepción
M. Eliana Heldt B.	Matrona, Clínica Francesa-Sanatorio Alemán, Concepción
Biby Ferrada Vergara	Abogada, Educadora de Párvulos, Asesor Jurídico, Servicio Salud del Maule
Nancy Mardones Lillo	Matrona, Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca, Diplomada en Docencia Universitaria, Diplomada en Gestión del Cuidado

www.serviciodesaludaconcagua.cl

PRESENTACIÓN

La lactancia materna es un importante factor positivo en la Salud Pública y las prácticas óptimas de lactancia materna, se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que a su vez, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS.

La Salud Pública chilena tiene una larga y destacada trayectoria de fomento de salud, que ha llevado a los excelentes indicadores de mortalidad materna e infantil, de que gozamos actualmente como país.

La preocupación central por la Salud Materno-infantil durante décadas, ha llevado a estos logros. Sin embargo, la prevalencia de lactancia materna ha sufrido oscilaciones importantes, debido a ser un factor de valor sociológico y de opciones de vida, las cuales son fuertemente influidas por las circunstancias propias de la sociedad de los últimos años, en la cual la familia y la reproducción de la especie humana, han estado en debate con los valores individuales y materiales de otras índoles.

Por otra parte, la evidencia científica abrumadora ha reconocido y fundamentado progresivamente más, la dificultad de emular artificialmente las condiciones de vida de la madre e hijo/a que se dan en situación de lactancia materna. También se ha acumulado y multiplicado la evidencia de las características únicas de la leche humana, para la alimentación del lactante humano y la probabilidad cierta de que se encontrarán mayor cantidad de evidencias, en la medida en que progrese el estudio científico de la leche humana.

Desde antiguo y ciertamente durante los últimos 30 años, las autoridades centrales de Salud en Chile, han permitido y estimulado en forma sostenida aunque variable, las actividades de extensión y fomento de la lactancia materna, culminando recientemente con su relación a la humanización del proceso reproductivo, centrando en la familia el enfoque de decidir y actuar en estas materias, en relación con su cultura y mayor bienestar, desinstrumentalizando estos procesos naturales.

Dentro de este contexto, ha funcionado a lo largo de los años la Comisión Nacional de Lactancia Materna, asesora del MINSAL, la cual ha adherido a las acciones de UNICEF y accediendo también, al apoyo de UNICEF. La confección de un Manual de Lactancia Materna, destinado al equipo de Salud y las acciones de extensión a lo largo del país, se han realizado, con evaluado buen éxito. Se ha trabajado en forma seria e intensa en la escritura de Manuales de Lactancia, de gran valor asistencial y docente, escritos por autores conocedores de los temas, provenientes de Establecimientos de Salud, Universidades y organismos de investigación. Particularmente valioso es el primero de estos manuales, que en los tiempos recientes, fue confeccionado desde cero, después de hacer un estudio de los conocimientos imperantes y de las necesidades de capacitación de los componentes de los equipos de Salud a lo largo de Chile.

Este texto que hoy presentamos, ha sido confeccionado con mucho afecto y dedicación, coordinado por la actual Comisión Nacional de Lactancia Materna. Pretende, como sus predecesores, ser un compendio actualizado sobre lactancia materna, que sirva de base al equipo de salud e intersector tanto para la aplicación de nuevas normas y conceptos en el desarrollo de las actividades que se realiza en los Servicios de Salud, como para integrar estos conocimientos en los programas y proyectos de educación para profesionales, estudiantes de profesiones de la salud, educadores, etc., y en cualquier instancia en que se necesite abordar el tema con la profundidad que se requiere.

Este documento está basado en los contenidos del Manual de Lactancia Materna editado por UNICEF y el Ministerio Salud de Chile el año 1981, perfeccionado y complementado en un nuevo texto Manual de Lactancia Materna, editado el año 1997. Se ha trabajado con los textos mencionados, adaptando conceptos a la fecha actual y con material nuevo, resultante de los estudios realizados durante el tiempo transcurrido y que han enriquecido el conocimiento y han enfrentado nuevos desafíos propios de la época actual; existen nuevas ideas, nueva sociedad, nuevas enfermedades y nuevos recursos y evidencias.

Consideramos que esta actividad de estudio, investigación, extensión y reflexión, ha mostrado notablemente la capacidad de los profesionales de trabajar en equipo, aunando esfuerzos estatales, internacionales, universitarios y personales. Se ha dejado de lado las diferencias, ante el noble interés común del progreso en las acciones de estudio, fomento y terapéutica de objetivos de salud superiores.

Los miembros de la Comisión Nacional de Lactancia Materna agradecemos a los profesores que han participado en revisar antiguos textos y escribir nuevos contenidos para este resultado final, que esperamos sea de real contribución al trabajo diario clínico con madres e hijos/as. También esperamos que sea muy utilizado y agradecemos la confianza de aquellos miembros de los equipos de salud chilenos, que trabajarán con su ayuda, atendiendo a la población de este país.

Finalmente, es importante señalar nuestra gratitud y reconocimiento a nuestras Instituciones empleadoras, hospitales, universidades, servicios de salud, que han colaborado generosamente, aportando el tiempo de cada uno de nosotros, para poder llevar a cabo esta tarea de bien común.

Comité editor
Año 2010, enero.

PRÓLOGO

El desafío de convertir a nuestro país en una nación desarrollada y socialmente integrada implica múltiples tareas para toda la sociedad chilena. Una de ellas es asegurar a todos los niños y niñas, sin distinción, las condiciones que permitan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades en un marco de respeto y garantía de sus derechos fundamentales.

En 1990 el Gobierno de Chile suscribió la Convención sobre los Derechos del Niño, que identifica como fundamentales el derecho a una educación de calidad y a un nivel de vida adecuado. El principio de igualdad de derechos y oportunidades se expresa plenamente en la universalidad del Sistema de Protección Social a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo, implementado a partir de 2007 e institucionalizado por ley en septiembre de 2009 (Ley 20.379).

Las bases para el desarrollo integral de los niños y niñas están contenidas en el concepto "Salud Sexual y Reproductiva" (consensuado en diferentes reuniones internacionales en la década pasada) y en el documento "Continuo de Vida" (Declaración de Nueva Delhi, OMS 2005). Dicho concepto da cuenta de un proceso continuo, centrado en el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, fuertemente asociado al desarrollo de la mujer como sujeto social activo. Asimismo, rescata la función social de la reproducción humana, trascendiendo el tradicional enfoque de la salud materno-infantil.

La protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de vida es primordial tanto para la madre como para su hijo o hija. En ese marco, son fundamentales el control prenatal, la atención adecuada del parto, la lactancia natural prolongada, la estimulación del desarrollo sicosocial del niño, el control de salud infantil, las vacunaciones y los programas de alimentación complementaria. La manera en que un niño o niña inicia su vida es crucial para su familia y para la sociedad en que nace. Por ello, es fundamental favorecer y facilitar el encuentro entre la madre, el hijo o hija y el padre ("el nacimiento como una experiencia familiar").

El rol protagónico que juega la mujer en todo este proceso debe estar acompañado de las mejores condiciones posibles, con el estímulo, apoyo y respaldo permanentes de su entorno personal, familiar y social, así como del personal de salud.

Lo que sucede en estas etapas tiene una repercusión sobre la salud y ambiente del individuo que perdura toda la vida. La interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, económicos, culturales y políticos, así como su relación con el ambiente más inmediato, determinan la susceptibilidad a las enfermedades y fortalece los factores que lo protegen contra éstas.

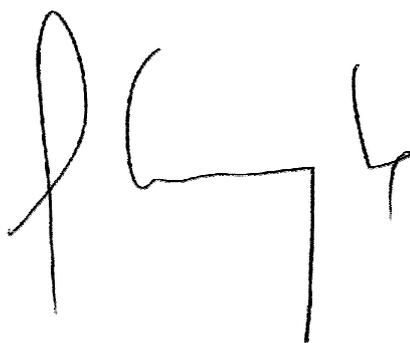
Existe evidencia sobre la importancia de promover el desarrollo integral a edades tempranas (Desarrollo Infantil Temprano). Las experiencias positivas durante la primera infancia tienen efectos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños y niñas en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos. A la inversa, la falta de estimulación y de cuidados de adultos significativos en edades tempranas tiene consecuencias devastadores e irreversibles

en el desarrollo de las funciones cerebrales, pues altera su organización y disposición frente al aprendizaje.

Por otra parte, promover durante estas etapas un cambio cultural con perspectiva de equidad de género en la crianza de los hijos, como ocurre en muchos países desarrollados, que permita visualizarla como una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres (corresponsabilidad) resulta cada vez más necesario. Actualmente, más hombres, particularmente jóvenes, están asumiendo un rol más activo en el proceso reproductivo, lo que contribuye por una parte, a disminuir la fatiga y el estrés de las mujeres, y por otra, permite a los hombres desarrollar y beneficiarse de relaciones afectivas más cercanas y gratificantes con su familia. Hasta ahora, esta situación se manifiesta mayoritariamente en sectores de la población con mayor nivel educativo. Un desafío que debemos asumir como sociedad es que este cambio cultural también se reproduzca en otros sectores sociales.

Finalmente, el personal de salud que participa en el cuidado de la mujer durante la gestación, el parto y en el control de salud del niño y niña, tiene un rol clave para lograr una lactancia exitosa, acompañando a las familias en el proceso de crianza. Para apoyar a la mujer que amamanta a su hijo o hija, los profesionales deben informarse sobre las prácticas que han demostrado ser más efectivas y acompañar a las mujeres para implementarlas. Para ello, es fundamental desarrollar un programa de trabajo intersectorial y multidisciplinario coordinado, que promueva, proteja y mantenga la lactancia materna, con el propósito de mejorar la práctica e índices de iniciación, exclusividad y duración de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional, con hijos e hijas sanos, padres satisfechos con la experiencia de lactancia y personal de salud capacitado.

El equipo de salud tiene la responsabilidad de realizar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en todos los niveles de atención, favoreciendo la lactancia desde el primer contacto con la mujer gestante. En esa línea, el presente Manual de Lactancia Materna busca integrar nuevos conocimientos a los programas existentes, aportar insumos para educadores y educadoras, estudiantes y profesionales de la salud.



ÁLVARO ERAZO LATORRE
MINISTRO DE SALUD

INDICE

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL COGNITIVO

1. Contexto biológico evolutivo e histórico de la lactancia materna en la supervivencia de las especies
2. Relación entre lactancia materna, Nutrición y Desarrollo Infantil
3. Nutrición en el embarazo y lactancia
4. Nutrición de la Nodriz
5. Integración de la lactancia materna en la vida personal de la mujer
6. Apego, Lactancia y Desarrollo Humano
7. Beneficios de la Lactancia Materna

CAPÍTULO II ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

1. Anatomía de la Glándula Mamaria
2. Fisiología de la Glándula Mamaria
3. Anatomía de la Boca
4. Fisiología de la succión – deglución
5. La leche, fluido vivo y cambiante
6. Transmisión de agentes infecciosos a través de la leche materna
7. Lactancia, alcohol, tabaco y drogas ilícitas
8. Información de Bancos de Leche Humana

CAPÍTULO III LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Apoyo clínico al equipo de salud
2. Técnica para una lactancia materna exitosa
3. Extracción y conservación de la leche materna
4. Lactancia materna en el recién nacido pretérmino
5. Lactario
6. Drogas y Lactancia
7. Principales dificultades en la práctica del amamantamiento
8. Clínica de lactancia
9. Lactancia en Salas Cuna y Jardines Infantiles

CAPÍTULO IV ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MADRE Y DEL NIÑO/A

1. Antecedentes
2. Áreas Operacionales de la Estrategia Mundial
3. Cinco pasos para la ejecución de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño/a (IHAN) a nivel país
4. Diez pasos para una lactancia exitosa
5. Grupos de apoyo
6. Criterios Nacionales para la designación de Comunidad Amiga del Niño/a
7. Cumplimiento con el Código Internacional Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
8. Fortalecimiento y sostenibilidad de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño/a (IHAN)
9. Acreditación de Instituciones Amigas de la madre y del hijo/a en Jardines Infantiles
10. El Proceso de designación del Establecimiento Amigo de la Madre y del Niño/a

CAPITULO V - LEGISLACIÓN Y LACTANCIA MATERNA

1. Protección de la Infancia y la Maternidad
2. El derecho de todas las mujeres a amamantar
3. Sistema de Protección Integral a la Infancia: Chile Crece Contigo
4. Agentes de Salud

CAPÍTULO VI LACTANCIA MATERNA A NIVEL INTERNACIONAL

CAPÍTULO VII PREGUNTAS FRECUENTES

BIBLIOGRAFÍA

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL COGNITIVO:

1. CONTEXTO BIOLÓGICO EVOLUTIVO E HISTÓRICO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS ESPECIES

Los conocimientos y práctica actual de la lactancia son el resultado de una larga historia de interacción de factores biológicos, culturales y sociales.

Lactancia y evolución

La lactancia forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano ha sido esencial para su supervivencia como especie y su alto desarrollo alcanzado.

En las especies de menor desarrollo evolutivo, los huevos y/o crías son depositados directamente en el ambiente. Expuestas a múltiples riesgos, las crías requieren un fuerte instinto de supervivencia y la madurez suficiente para saber protegerse y alimentarse desde que nacen. Aún así, sobreviven muy pocas, y la perpetuación de la especie se asegura gracias al elevado número de crías. Es el caso, por ejemplo, de la mayoría de los peces.

Expresan un mayor desarrollo evolutivo aquellas especies que colocan un menor número de huevos en lugares apropiados y protegidos para la incubación, como los reptiles. Algunos reptiles, y mayoritariamente las aves, van más lejos, y además de cuidar el lugar de nidación, protegen a las crías en los periodos iniciales de la vida.

En los mamíferos, la gestación se desarrolla más protegida aún, in útero. Y en la crianza aparece la lactancia, asegurando la nutrición más adecuada para el individuo y la especie en las cruciales primeras etapas de la vida.

Este progresivo aumento en la protección de la gestación y las crías en la evolución, eleva la eficiencia reproductiva, ya que disminuye la necesidad de un alto número de crías o huevos. Además, permite generar cada vez crías más inmaduras, alimentadas y protegidas por sus madres, lo que libera a los individuos de gran parte del rígido sistema instintivo, y abre la posibilidad del aprendizaje. Una alimentación adecuada, un cerebro más inmaduro y menos rígido, y la guía de un adulto, favorecen un desarrollo cerebral más versátil, y asegura la adquisición de conductas y habilidades más adecuadas para la especie y el grupo de pertenencia.

El ser humano representa un nuevo avance evolutivo. En la mayoría de los mamíferos, las crías al nacer deben tener la madurez necesaria para pararse y desplazarse muy pronto junto a su madre y su manada, esencial para su supervivencia. Se requeriría una gestación de 18 meses para alcanzar esta madurez en el ser humano, con un crecimiento de la cabeza que haría imposible el nacimiento.

Al nacer a los 9 meses de gestación, se facilita el nacimiento humano, pero el producto es muy inmaduro comparado con los demás mamíferos. Requiere ser transportado y alimentado en forma especial, mientras completa su desarrollo, emulando a los marsupiales (canguros), que naciendo muy precozmente, completan su desarrollo en la bolsa marsupial.

Esta particular inmadurez del ser humano, es la que explica algunas de las diferencias más importantes que tiene la leche humana al compararla con la leche de otros mamíferos. La leche humana contiene elementos esenciales para completar su desarrollo, ausentes en la leche de los demás mamíferos, las que a su vez tienen concentraciones de nutrientes que son claramente perjudiciales para la alimentación del "inmaduro" lactante humano. (ver composición de la leche humana).

La progresiva mayor presencia de un adulto protector en la crianza, está vinculada en cada especie al desarrollo de conductas de apego entre madre e hijo. Tradicionalmente consideradas como instintivas, estas conductas de apego se relacionan más bien con un desarrollo evolutivo de las estructuras del sistema nervioso central.

El Tronco Cerebral, o cerebro primitivo, coordina todas las actividades corporales (movimientos, respiración, presión arterial, sentidos, etc.) y da respuestas rápidas y precisas, con predominio de respuestas programadas como reflejos e instintos. Tiene la habilidad de la sobrevivencia, pero no hay espacio para los sentimientos ni mucha capacidad de aprender. Es el cerebro de los peces.

Sobre el Tronco Cerebral, se desarrollan nuevos núcleos o grupos de neuronas que formarán parte del segundo cerebro, Sistema Límbico o sistema de las emociones. A través de la producción de hormonas y neurotransmisores modulan las respuestas del tronco, y más adelante, de la Corteza Cerebral o "tercer cerebro". Fundamental resulta su acción durante los periodos de apareo, gestación y crianza, en que además de producir la mayor parte de los cambios fisiológicos que allí ocurren, induce y estimula simultáneamente las conductas de apego necesarias para estos procesos.

Es lo que permite que una madre cocodrilo esté dispuesta a proteger a sus crías en su boca durante la crianza, o devorarlos sin compasión superado este período de apego inducido. Las aves construyen su nido, permanecen con sus huevos y se esfuerzan en alimentar a sus crías, bajo el fuerte estímulo de las estructuras del sistema límbico.

La lactancia en los mamíferos forma parte de este sistema y asegura y prolonga la protección y la formación de vínculos entre los individuos de la especie.

La formación del ser humano, iniciada en una gestación intrauterina relativamente corta y el nacimiento de un producto muy inmaduro, se prolonga y se completa mucho tiempo después, en la lactancia y la crianza social. Esta situación, ha contribuido a la sobrevivencia de la especie humana, favoreciendo precozmente el desarrollo de las estructuras y conductas vinculares, y generando un necesario y largo período de aprendizaje, base de la capacidad humana de pensar, representadas en el surgimiento y desarrollo de su Corteza Cerebral.

La capacidad de vinculación y la capacidad de pensar del ser humano, se desarrollan y estructuran en íntima relación, son inseparables y equivalentes en importancia. Para Humberto Maturana debíamos designarnos Homo Sapiens Amans.

La lactancia entonces, forma parte de un sistema de crianza que ha sido fundamental para el desarrollo del ser humano en lo biológico, psicológico y social. Proporciona una adecuada nutrición, y asegura protección en este período crítico del desarrollo de los inicios de la vida. Favorece la adaptación y el aprendizaje en las conductas iniciales de la vida, y el desarrollo de los sistemas vinculares, esenciales para la supervivencia y convivencia de los individuos y la cohesión de sus grupos sociales. (Ver capítulo Apego y lactancia)

Aspectos históricos

La lactancia materna además de ser un proceso biológico, está determinada por la cultura: es un fenómeno biocultural.

Lactancia y creencias

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias.

- El calostro ha sido un blanco preferente de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado. El propio Aristóteles concluye que no debe ser consumido por el recién nacido. Hoy, aún se escucha decir que es una leche delgada y que no satisface al niño.
- Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento. Se ha señalado, por ejemplo, que la lactancia las debilita. Se les ha prohibido alimentos que pueden dañar la leche o al niño, y se las ha purgado cuando el lactante se ha enfermado. Desde los tiempos de Galeno y Efeso se les ha restringido las relaciones sexuales por corromper la leche. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna.
- Los cánones de belleza en diversas épocas, han destacado el aspecto lúdico de los pechos, o idealizado los pechos pequeños, promoviendo su inviolabilidad, e imponiendo vestidos muy ajustados, influyendo en las madres para que eviten la lactancia.
- Muchas rutinas en la atención del nacimiento, han contribuido a dificultar la lactancia materna. Las drogas y medicamentos para el dolor, el manejo activo del parto, la separación del niño en las primeras horas después del nacimiento, y horarios rígidos de lactancia, etc., son un ejemplo de estas prácticas.

Son innumerables los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia. Pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo. Es así como los pueblos pacíficos, con alta valoración por los valores femeninos y el vínculo, se asocian a lactancias prolongadas y protección de la relación vincular madre hijo.

Lactancia natural y lactancia artificial

Podemos destacar entonces, que muchas mujeres, en diversos lugares y épocas, no han dado pecho a sus hijos, y han debido recurrir a diversas alternativas de sustitución.

Las nodrizas, o mujeres sustitutas de la madre en la lactancia y/o cuidados del niño, ha sido la alternativa más extendida. Hay antecedentes muy antiguos en escritos de Mesopotamia y en la Biblia. Fueron comunes en Grecia, y entre las mujeres nobles del Imperio romano, y alcanzaron gran popularidad en Europa hacia el siglo 18 y 19. En 1780, en París, el 90% de los niños era amamantado por una nodriza, y había incluso una Oficina Gubernamental de Nodrizas.

Sin embargo, algunos estudios de la época, mostraron que la mortalidad aumentaba al triple entre estos niños (300 a 500 por mil) con respecto a los que recibían pecho de sus madres (100 a 150 x 1000 NV). El desarrollo de leches alternativas de animales y algunas creencias sobre la transmisión de características físicas y temperamentales que se producía de las nodrizas a los lactantes, marcó la declinación de este sistema de crianza. Es interesante destacar que al anularse el efecto anticonceptivo de la lactancia, se producían descendencias en alto número, equilibrando la alta mortalidad del sistema.

El uso de leches de otros animales también se conoce desde antiguo. Hay hallazgos de vasijas de 2000 AC con boquilla que probablemente servían de biberón. En Europa se usó cuernos como biberones y la leche mas recomendada fue la de cabra. Sin embargo, también era conocido que la alimentación con leche de animales acababa habitualmente con la muerte del lactante. En el hospicio de Rouen, en el siglo XVIII, la sobrevida de los lactantes con alimentación artificial era de solo el 4%, y en los hospicios de Nueva York, la mortalidad cercana al 100%.

Con los avances de la industria química y el desarrollo de la pasteurización durante el siglo 19, lentamente se consiguieron modificaciones más o menos aceptables de adaptación de la leche de vaca para la alimentación infantil, con productos químicamente similares a ella, y que, administrados en condiciones adecuadas, comenzaron a dar resultados nutricionales aparentemente satisfactorios.

Este avance, unido a una serie de factores sociales, culminó en lo que hoy se conoce como el experimento más grande del mundo a gran escala en una especie animal: la especie humana cambió su forma de alimentación natural, por leche modificada de una especie distinta.

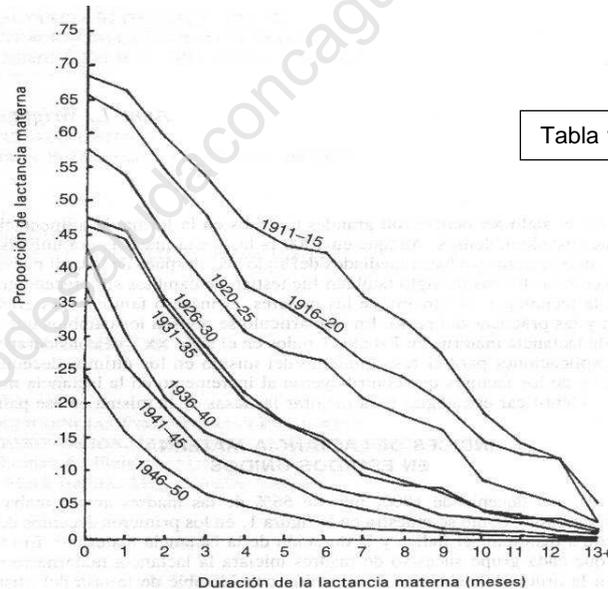
Confluyeron en este proceso:

- Un profundo desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna que existía, unido a mitos, creencias y patrones culturales adversos.
- El enorme despliegue de recursos desplegados por la competencia industrial del naciente mercado.
- La ideología dominante, que ensalzaba el progreso y la tecnología, e imponía la creencia que lo artificial era mejor que lo natural, con el convencimiento que se podría desarrollar una leche igual o mejor que la humana. Se preconizó la "maternidad científica", uno de cuyos paradigmas era la lactancia artificial.

- Una fuerte corriente cultural, asociada a movimientos de liberación femenina, que destacan a la mujer más como símbolo de belleza y erotismo, que por su rol de madre, favorecieron una desvalorización social del tiempo dedicado a la lactancia. El chupete y la mamadera surgieron como símbolos de liberación y status social.
- El ingreso masivo de la mujer al campo laboral, con sistemas y leyes laborales insuficientes para proteger la lactancia, instala el amamantamiento como un problema, cuya solución más recurrida fue la alimentación artificial
- Ante la necesidad de disminuir las altas de mortalidad materna y perinatal, se traslada el nacimiento a los hospitales, y los equipos de salud introducen prácticas de atención que entorpecieron la lactancia: partos muy instrumentalizados, separación de madre hijo al nacer, demora en la primera mamada, uso frecuente de mamaderas y horarios rígidos de alimentación, y la negación a otorgar a las mujeres posibilidades de intervención válida en su parto y en la crianza de sus hijos.
- Políticas inadecuadas e insuficientes de protección y promoción de la lactancia, y notoria falta de investigación.

Como consecuencia, las tasas de lactancia alcanzaron bajísimos niveles y las consecuencias pueden ser consideradas como desastrosas.

En la tabla 1 se observa el descenso progresivo de la lactancia entre 1911 y 1950 en Estados Unidos. (Hirschman C. Butler M: Trends and differentials in breast feeding. An update. Demography 18.41, 1981)



Beneficios de la lactancia

Hoy, que conocemos las innumerables ventajas de la lactancia, podemos estimar la mortalidad y la morbilidad asociadas a su sustitución.

Hoy sabemos con certeza, que es el alimento más adecuado para el desarrollo del lactante, por su equilibrado contenido de nutrientes, específicos en presencia y/o concentración para la especie humana, diseñada para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Conocemos su contenido en inmunoglobulinas, que dan protección específica al lactante y su inmaduro sistema inmunológico.

Sabemos que contiene una diversidad de factores bioactivos, que proporcionan protección contra infecciones (como lactoferrina, caseína, oligosacáridos, ácidos grasos, etc.); enzimas,

hormonas y factores de crecimiento que favorecen el desarrollo de órganos y sistemas; nucleótidos, citocinas, y elementos que modulan la función inmunitaria; y componentes antiinflamatorios.

De modo que los lactantes que toman pecho materno, crecen mejor, tienen menos obesidad, menos infecciones agudas (como otitis, diarreas, infecciones urinarias, etc.) y menos enfermedades crónicas (como diabetes, enfermedad celíaca, enfermedades intestinales crónicas y algunos tipos de cáncer de la niñez). Protege contra la hipoglicemia y la ictericia en el recién nacido.

Sabemos que el acto de mamar estimula el desarrollo facial del niño. Los niños consiguen un mejor desarrollo intelectual cognitivo, y alimentados al pecho se favorecen las relaciones de apego seguro.

La madre que da pecho tiene menos hemorragias postparto, menos cáncer de mamas y de ovario, y se protege contra la osteoporosis. Desarrolla una mejor vinculación con su hijo y mejora su autoestima.

La sociedad se beneficia económicamente del menor consumo de leches de alto costo, del desarrollo de individuos más sanos, y de mejor desarrollo vincular, elementos importantes en los países en desarrollo y en una sociedad convulsionada por la violencia. (Ver beneficios de la lactancia, mas adelante)

A la vista de sus propiedades y beneficios, la leche humana no puede compararse con ninguna leche artificial ni de otros animales, y puede visualizarse claramente la enorme pérdida que significó para la humanidad, un siglo de bajos índices de lactancia.

La lucha por la lactancia

El mundo reaccionó tarde y lento ante esta emergencia. Revertir la situación se ha convertido en un objetivo permanente de los equipos de salud y los gobiernos en las últimas décadas, con grandes esfuerzos, avances, retrocesos, aciertos y errores.

Destacamos algunos hitos en la lucha por la lactancia:

- 1939, Cecily Williams, pediatra que describió el kwashiokor, atribuye al uso generalizado de sustitutos de leche humana, miles de muertes de lactantes.
- 1956, se funda en Chicago La Liga de la Leche, prestigioso grupo de apoyo a la lactancia hasta hoy.
- 1972, se presenta a la FAO/OMS un borrador del Código para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.
- 1973, la OMS, FAO y UNICEF, en encuentros con gobiernos, profesionales de salud y representantes de la industria de fórmulas de alimentación infantil, definió el papel de las partes implicadas
- 1973, El New Internationalist publica The Baby Food Tragedy, acusando públicamente y por primera vez a los fabricantes de sucedáneos (hasta entonces modelo

de progreso médico) de ser responsables directos de miles de muertes de niños en países subdesarrollados, por el consumo generalizado de sus productos tras prácticas de comercialización inapropiadas.

- 1974 y 1978, la 27ª y 31ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relaciona con la promoción indiscriminada de sucedáneos de LM, recomendando medidas correctoras.

- 1977, se crea el Infant Formula Action Coalition (INFACT), para frenar la expansión del mercado de fórmula infantil. Se inician campañas de boicot a diversas industrias (Bristol Myers, Nestlé), dentro y fuera de EE.UU.

- 1981, se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna, conjunto de reglas destinadas a proteger la lactancia materna de las prácticas comerciales poco éticas.

Los documentos de la época destacan que la pérdida de la cultura social de la LM así como los de sistemas sanitarios con rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, y profesionales de la salud, por su falta de preparación y conocimientos, constituían el mayor freno a mejorar los índices de lactancia.

- 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta "Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna,

- 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia, Italia, surge la Declaración de Innocenti instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una "cultura de la lactancia materna". Se recomienda a todos los gobiernos adoptar el Código.

- El mismo año se realiza la Cumbre Mundial de la infancia en New York

- 1991 comienza la INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS, (IHAN)

- 2001 Se presenta el informe (Violando las reglas) por IBFAN, del grupo Baby Milk Action (BMA). En él se declara: Los establecimientos de salud son el canal más usado de las compañías para llegar a las madres a través de donaciones de formulas y materiales promocionales. El código es sistemáticamente no respetado. (Ver capítulo: Lactancia Materna a nivel internacional)

El resultado de esta lucha se vio reflejado en la recuperación de las tasas de lactancia en los años siguientes.

Tabla 2. (Ryan AS: The resurgence of breastfeeding in the United State. Pediatrics 99:E12, 1977)

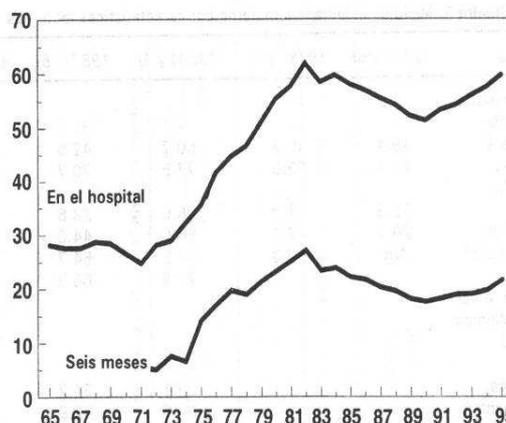


Tabla 2

En nuestro país

La situación en Chile no es muy diferente a la evolución general de la lactancia durante el siglo pasado. A fines de la década del 70, el porcentaje de niños con lactancia exclusiva al sexto mes de vida no superaba el 5 %. Tras una campaña del Ministerio de Salud entre 1979 y 1982, las cifras mejoraron significativamente, pero su posterior declinación, demostró la necesidad de actividades permanentes.

De acuerdo con el compromiso adquirido en la reunión de Innocenti y en la Cumbre Mundial de la infancia, el gobierno y organizaciones nacionales de salud iniciaron programas y actividades para promoción y fomento de la lactancia, al considerarla no sólo un beneficio de salud, sino un real beneficio socio-económico-cultural y como una de las estrategias fundamentales para mejorar la calidad de vida de la familia humana.

A partir de los años 90 se reorganiza la Comisión Nacional de Lactancia Materna, y se adopta la “Iniciativa de Hospitales amigos de la madre y del niño”, como componentes centrales de esta estrategia.

Se elabora el Manual de Lactancia Materna y material educativo impreso y filmado. Se enfatiza la difusión y aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucesdaneos, la modificación de las normas de alimentación infantil en atención primaria, el fortalecimiento de los programas de estudio de pregrado y post grado de los profesionales de la salud y la capacitación de los equipos de salud con conceptos actualizados sobre lactancia materna.

En 1992 se elaboran Las “Metas y líneas de acción en favor de la infancia” proponiéndose lograr un 80% de lactancia exclusiva a los cuatro meses de vida del niño y un 35% de lactancia complementada al año de edad a fines del decenio

La Comisión Nacional de Lactancia Materna realiza encuestas nacionales desde el año 1993, repitiéndose los años 1996, 2000 y 2002, datos que permiten analizar las tendencias. Tabla 3.

**TENDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
CHILE 1993 - 2002**

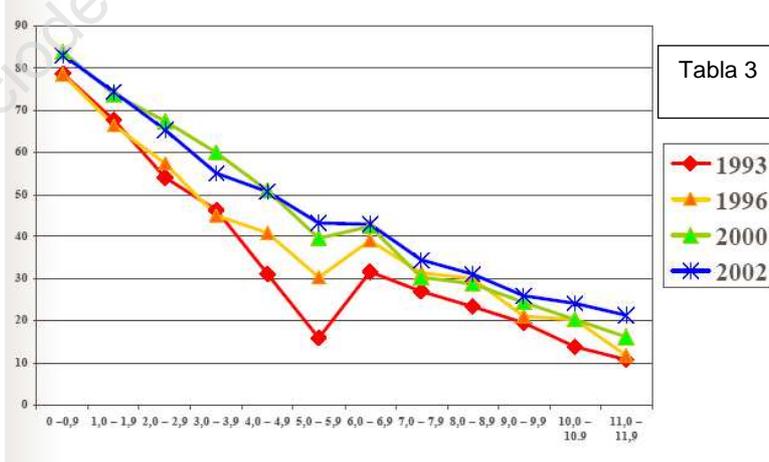


Tabla 3

En 2003 y 2004, se define la lactancia como pilar fundamental en el marco de la intervención nutricional para enfrentar el sobrepeso y obesidad del niño y el adulto.

Desde 2005, el programa de protección a la infancia Chile Crece Contigo ha significado un importante apoyo a la lactancia a través de la promoción del vínculo madre - hijo y cambios en la atención del nacimiento.

Numerosas leyes protectoras han sido dictadas en nuestro país. (Ver capítulo Legislación). Chile ha firmado una serie de convenios internacionales que privilegian el desarrollo de actividades orientadas a mejorar la salud infantil.

Hoy, ampliamente validados por la experiencia mundial exitosa, se hace necesario mantener la estrategia definida en los “Diez pasos para la lactancia materna exitosa” y la “Iniciativa de los Hospitales Amigos del niño” (IHAN), para consolidar y avanzar en el objetivo de lograr que niños chilenos sean amamantados por su madre (lactancia materna exitosa), criados en sus familias (vínculo y apego exitoso), educados en una sociedad que respete y ampare sus derechos (ventajas intelectuales, sociales y de salud desde la infancia a la adultez)

La experiencia y conocimiento científico actual hace urgente extender estos beneficios a niños con problemas de salud especiales (prematuros, prematuros extremos o niños de término en tratamiento intensivo), a ser alimentados con leche extraída de su madre o de dadoras debidamente seleccionadas y procesadas, hasta que puedan amamantar.

Es urgente reconocer que el progresivo deterioro del medio ambiente por contaminación de tierras, cultivos, aguas terrestres y de mar, animales, aire respirado, alimentos de todo tipo, nos contamina: nuestra sangre, nuestras secreciones, nuestra leche materna. Urgentes estrategias mundiales, nacionales y personales deben ser establecidas a la brevedad.

Hoy no podemos invocar a los movimientos femeninos ni las leyes laborales, ni menos ignorancia, para no alcanzar índices satisfactorios de lactancia.

Vivimos un cambio cultural de base dado por una mayor información y mayor educación e ingresos. Hay más facilidades para una buena planificación familiar. Contamos con sistemas de apoyo social efectivos. Estamos cambiando el nacimiento, favoreciendo la relación madre hijo. Nuestras madres quieren dar pecho, y lo natural adquiere valoración social. Son condiciones que favorecen la lactancia y las tareas por realizar.

Ideas para la acción en pro de la lactancia materna

Mucho se ha realizado, mucho hemos tenido que aprender y cambiar. La tarea no ha sido fácil ni está terminada. Quedan tareas pendientes. Algunas ideas para la acción se pueden enfocar en las áreas de:

Educación

- Capacitación permanente y actualizada del equipo de salud en aspectos científicos y técnicos del manejo clínico de la lactancia materna.
- Reforzar el tema de la lactancia materna en el curriculum de formación de pre y post grado en las carreras de salud. Hacer seminarios periódicos de actualización.
- Incluir el tema de la lactancia materna en los diferentes niveles de educación básica, secundaria y superior universitaria y técnica.
- Educación a las madres en el período pre y postnatal sobre aspectos de interés para lograr con éxito tanto la instalación como la mantención de la lactancia.
- Incorporar al padre en la preparación prenatal para la lactancia
- Educación a nivel de grupos comunitarios locales: jóvenes, mujeres que trabajan, industrias, jardines infantiles, grupos religiosos, etc.

- Formación de grupos de ayuda comunitaria que apoyen a las madres durante la lactancia.

Publicidad

- Implementación del Código de Comercialización de productos para lactantes, logrando que se cumplan las disposiciones tanto en impresos para auspicios de eventos científicos, como en la entrega de muestras gratuitas o productos subsidiados en servicios de maternidad y atención infantil.
- Acceder a medios de comunicación masiva (radio, TV, eventos), con programas que promuevan la lactancia materna, las ventajas de ella, los derechos de la madre y del niño con respecto a la lactancia, motivación a los jóvenes, etc.
- Promoción nacional de la lactancia materna a través de organismos y medios de comunicación oficiales.

Legislación

- Lograr una política nacional de lactancia materna que fundamente y apoye las decisiones legislativas que favorecen la lactancia.
- Considerar las leyes que protegen a la madre y al niño en favor de la lactancia. Orientar a las madres para que se acojan a sus beneficios.
- Proponer modificaciones legislativas para prolongar la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes en la madre que trabaja fuera del hogar.
- Proponer una legislación que considere los beneficios de protección y apoyo a la lactancia materna como una responsabilidad social y económica compartida entre el empleador del padre y de la madre, en el caso de trabajar ambos.
- Proponer legislación de protección del medio ambiente en prevención de contaminación que al dañar al organismo humano, hace que hasta la leche materna sea continuadora de la contaminación placentaria a que estuvo sometido el nuevo ser en el útero materno.
- El Código de Comercialización de los productos para la alimentación de los lactantes, debería implementarse como ley, al menos en las disposiciones más importantes para nuestro país.

Nutrición

- Actualizar normas y pautas para la alimentación del recién nacido (normal de término, prematuro, de bajo peso, con alteraciones congénitas o dificultades postnatales).
- Fijar normas y pautas generales para la alimentación de los lactantes, la suplementación de micronutrientes (hierro, calcio, vitaminas, etc.), el destete y la introducción de alimentos complementarios (AMS 47,5)
- Adecuar las pautas de crecimiento y desarrollo del niño alimentado con mamadera (curvas de NCHS) a curvas de crecimiento para niños alimentados con leche materna (OMS)
- Control del estado nutricional de la mujer, previo al embarazo, considerando que toda mujer fértil debe mantenerse en un buen estado nutricional.

- Control del estado nutricional de la madre embarazada y nodriza, según los requerimientos individuales y según la realidad local.
- Suplementación oportuna con vitaminas, hierro, calcio, micronutrientes y otros elementos tanto para la gestación como para la lactancia, adecuándose a las recomendaciones actuales.
- Control periódico de incremento ponderal en la embarazada para evaluar su peso en relación a la edad gestacional, a la talla, al estado nutricional previo al embarazo y a la actividad física que la madre desarrolla.
- Averiguar ingesta de drogas y o alcohol, tanto durante el embarazo como en la lactancia.

Planificación Familiar

- Considerar la planificación familiar como medio de mejorar la calidad de vida de la madre y de sus hijos, evitando interferir con la lactancia
- Prolongar el período intergenésico idealmente hasta 2 años ó más.
- Considerar el LAM (método de la amenorrea de la lactancia) como método de espaciamiento de los embarazos.
- Realizar programas que promuevan la paternidad responsable y la disminución del índice de embarazos en adolescentes.

Coordinación

- Determinar una política integradora y coordinadora por parte de las autoridades.
- Coordinar las acciones de promoción de la lactancia en los diferentes estamentos de la salud.
- Coordinar las acciones de fomento de la lactancia en todas las actividades nacionales.
- Reformular las actividades del equipo de salud.
- Asegurar que cada instalación que otorgue servicios de maternidad practique completamente todos los Diez pasos para una Lactancia Exitosa
- Buscar el apoyo de organizaciones internacional en el diseño de estrategias de acción en lactancia materna, así como monitorización y evaluación global de esas estrategias, y animar y apoyar a las autoridades nacionales en la planeación, implementación, vigilancia y evaluación de sus políticas de lactancia materna

Investigación

- Diagnosticar y evaluar la situación actual de la lactancia materna.
- Realizar un permanente monitoreo para evaluar los resultados.

2. RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL.

Características de la lactancia materna y crecimiento del lactante.

El crecimiento de los niños en lactancia materna está determinado por la adecuada nutrición recibida por el niño, la baja incidencia de infecciones y la excelente relación madre hijo. Lo descrito se ha encontrado en poblaciones de niños amamantados estudiadas prospectivamente, en las cuales el crecimiento de los niños ha sido observado por supervisión periódica de peso, talla y salud. Se ha observado en estudios chilenos serios, que los niños exclusivamente amamantados suben de peso un promedio de 4.5 Kg. en el primer semestre, alcanzando un promedio de 8 Kg. de peso al cumplir seis meses. Los primeros 3 meses, el incremento ponderal es más rápido, alcanzando 800 o más gramos por mes, reduciéndose a menos de 500 g al sexto mes en consonancia con el hecho de que el niño tiene mayor peso total. El percentil 50 de peso según edad en el primer año de vida en los niños amamantados es igual o mayor que el percentil 50 de peso edad de las curvas internacionales de crecimiento infantil. De tal modo que la lactancia materna es capaz de cumplir el objetivo de crecimiento del niño en un elevado porcentaje de los casos según resultados de estudios chilenos y extranjeros. La supervisión de salud es fundamental para suplementar oportunamente la alimentación en el porcentaje de niños que lo necesitan.

Crecimiento del lactante en lactancia materna

El niño amamantado y supervisado en su peso, crece mejor, tiene menos probabilidades de desnutrición, tiene menos morbilidad, menos déficits vitamínicos y de oligoelementos y finaliza el primer año de vida con mejor peso y menos enfermedades que el niño alimentado en forma artificial. Esto ha sido comprobado en Chile por varios grupos de investigación que han estudiado números significativos de lactantes en forma prospectiva y ha ocurrido de la misma forma en niños de clase socio económica baja (Tabla 4) y media.

En los últimos 10 años, OMS ha conducido estudios colaborativos longitudinales y transversales para obtener modelos de crecimiento infantil, en poblaciones de niños amamantados en un gran porcentaje de los casos, por un significativo número de meses. El uso de estos referentes en la evaluación del crecimiento infantil conducirá a una adecuación en la estimación de desnutrición y/o falla de lactancia y a la prevención de obesidad por exigencias desmedidas de alza ponderal, basadas en patrones de crecimiento de niños con alimentación artificial. (WHO Child Growth Standards: Methods and development Growth velocity based on weight, length and head circumference. Geneva: World Health Organization, 2009).

El crecimiento de los niños prematuros es mejor, con menos morbilidad, con mejor pronóstico visual, auditivo y de desarrollo sicomotor cuando son alimentados con leche fresca de su propia madre y no con fórmulas artificiales, aunque éstas estén preparadas especialmente para prematuros, de acuerdo a estudios prospectivos realizados internacionalmente durante la última década.

Las madres de los prematuros con PN menor de 1500 g mantienen la lactancia absoluta en la mitad de los casos y parcial en un tercio adicional antes del alta de sus prematuros, mediante la extracción sistemática de leche para darla a sus hijos por sondas gástricas hasta que son capaces de mamar. La leche materna después de un parto prematuro es más rica en proteínas y sodio que la de las madres de recién nacidos de término, acorde a las necesidades particulares de sus hijos. La leche materna extraída puede ser fortificada en la

cocina de leche, con productos específicos que contienen calorías, proteínas, calcio, fósforo, electrolitos y vitaminas, cuando se estima necesario, porque las necesidades nutricionales del niño menor de 1500 g. son muy altas.

Desarrollo del lactante en lactancia materna

El lactante alimentado por su propia madre desde el nacimiento, lleva un estilo de vida que se caracteriza por : satisfacción de sus necesidades nutricionales en forma flexible, acorde a su propia tolerancia y ritmo; contacto placentero y frecuente con su madre que le otorga singular sensación de seguridad, al mismo tiempo que estimulación sicomotora personalizada y cuidados generales adecuados; recibe leche humana en cantidad flexible, modulada por su propio apetito y la atención de su madre, en frecuencia personal por demanda, compuesta de macro y micro nutrientes proporcionalmente combinados y variables a medida que se va produciendo su crecimiento y evolución etárea; la leche humana lo protege de frecuentes enfermedades que interfieran con su progreso evolutivo.

En concordancia con las características mencionadas, los autores publican evidencias de mejores rendimientos intelectuales, conductuales y sensoriales en los pre-escolares, escolares y adolescentes que fueron amamantados en su edad lactante. (Lucas, Kramer)

Características globales de la lactancia materna.

La cantidad y la calidad de la leche producida por las madres ha sido motivo de investigación prospectiva, una de las clásicas fue realizada en Houston (USA) por Butte et al., que ha mostrado fehacientemente la coincidencia entre las características encontradas en la leche materna y el crecimiento y los niveles adecuados de nutrientes determinados en los niños. Las madres producen un promedio de 750 ml de leche por día, que ha sido medida por interesantes métodos. La leche que producen proporciona a los niños: 120 Kcal., 2 g de proteínas, 14 g de H. de C. y 4 g de lípidos por Kg. de peso por día durante el primer mes de vida; al cuarto mes, el niño está recibiendo 70 Kcal., 1.6 g de proteínas, 12 g de H. de C. y 3 g de lípidos por Kg. de peso por día, Tabla 4, lo cual guarda relación con un crecimiento sostenido del niño, que lo lleva a un peso cercano a los 7 Kg. al cuarto mes. Tabla 5. Los mismos niños muestran adecuado crecimiento en talla y en circunferencia craneana, desarrollo sicomotor normal y niveles normales de albúmina, de carotenos, de hierro, de marcadores de depósitos de hierro, de hemoglobina y de vitaminas en su plasma.

La anemia ferropriva es muy poco frecuente en las poblaciones de niños en lactancia exclusiva. En 114 lactantes chilenos de peso de nacimiento entre 2500 g y 3850 g en lactancia absoluta, cuyas madres tenían Hb normal al mes post parto, se encontró una Hb promedio de 11.8 g% al sexto mes, sólo tres niños tuvieron Hb menor de 10 g% y ninguno tuvo menos de 9 g%. Ello se debe a las proporciones nutricionales de la leche humana y a la ausencia de pérdidas intestinales de sangre, con ahorro de hierro.

El pool de hierro y los niveles plasmáticos de hierro, ferritina, marcadores de depósitos de hierro, hemoglobina y otros indicadores del estado de hierro han sido muy bien estudiados internacionalmente en muestras significativas de lactantes alimentados exclusivamente al pecho hasta los tres, seis y nueve meses de edad. No se ha encontrado ningún déficit de hierro en los niños cuyas madres no tienen tampoco deficiencias.

Los déficits de hierro, de sus depósitos e incluso anemias ferroprivas se presentan en niños amamantados si las madres no tienen un estado normal de hierro, lo cual debe considerarse seriamente durante la supervisión del niño para suplementar el aporte de hierro. La Sociedad Chilena de Pediatría recomienda la adición de hierro medicamentoso a los niños amamantados desde los seis meses y a los niños en lactancia parcial o suspendida desde

los cuatro meses, considerando la prevalencia de anemia ferropriva en madres y lactantes chilenos.

El déficit de vitamina D es muy raro durante la lactancia materna, desde el punto de vista epidemiológico. La leche humana tiene escaso nivel de vitamina D liposoluble y posee vitamina D hidrosoluble, cuyo rol biológico no ha sido aclarado, pero se atribuye a las características de biodisponibilidad el hecho conocido de que casi no existe el déficit de vitamina D en los niños de pecho. La misma biodisponibilidad se describe para la vitamina E, el ácido fólico, el zinc, el cobre y otros oligoelementos. Las cantidades de vitaminas A y C presentes son muy apropiadas para las necesidades del lactante.

TABLA 4. G. Juez y col. ICMER. PROMEDIO DE PESO GR \pm D. S. Clase socio-económica baja.

	LACTANCIA	LACTANCIA PARCIAL
	ABSOLUTA	O ARTIFICIAL
6 MESES	8020 \pm 695	7231 \pm 590
12 MESES	10104 \pm 776	9389 \pm 815
P < 0.002		

ICMER: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

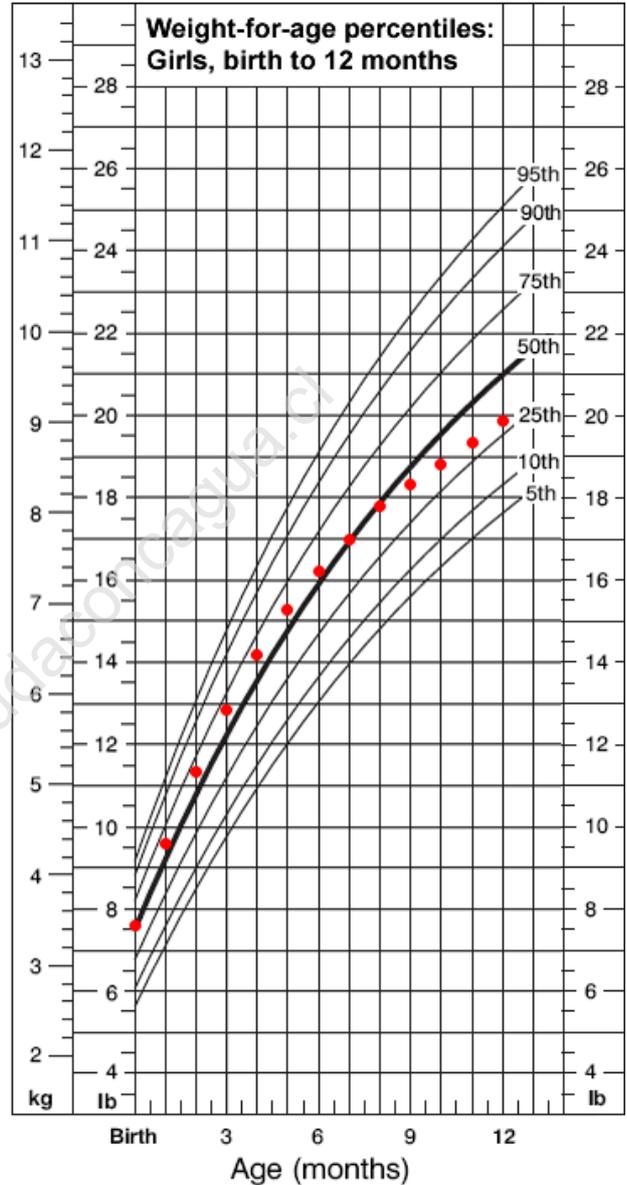
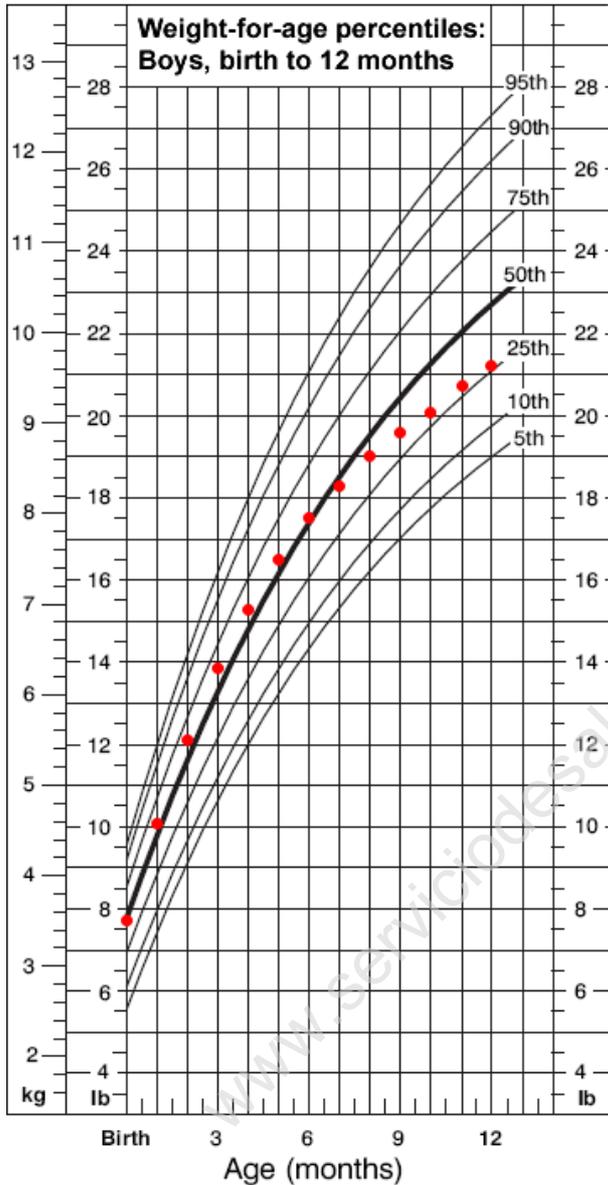
TABLA 5. CRECIMIENTO DE LOS PRIMEROS 4 MESES DE VIDA

EDAD	N	PESO EN G	TALLA EN CM	INCREMENTO
MESES		X \pm DS	X \pm DS	X \pm DS
0	45	3580 \pm 450	50.9 \pm 2.5	
1	45	4760 \pm 520	55.7 \pm 2.3	37.3 \pm 12.4
2	44	5620 \pm 670	59 \pm 2.6	32.3 \pm 13.8
3	42	6300 \pm 300	61.8 \pm 2.4	22.4 \pm 7.6
4	41	6780 \pm 800	63.7 \pm 2.4	18.3 \pm 8.1

FUENTE: ESTUDIO DE HOUSTON U. S. A. Butte et al. 1984.

Average Growth Patterns of Breastfed Infants

The red points plotted on the CDC Growth Charts represent the average weight-for-age for a small set of infant boys and girls who were breastfed for at least 12 months (see references).



Sources:

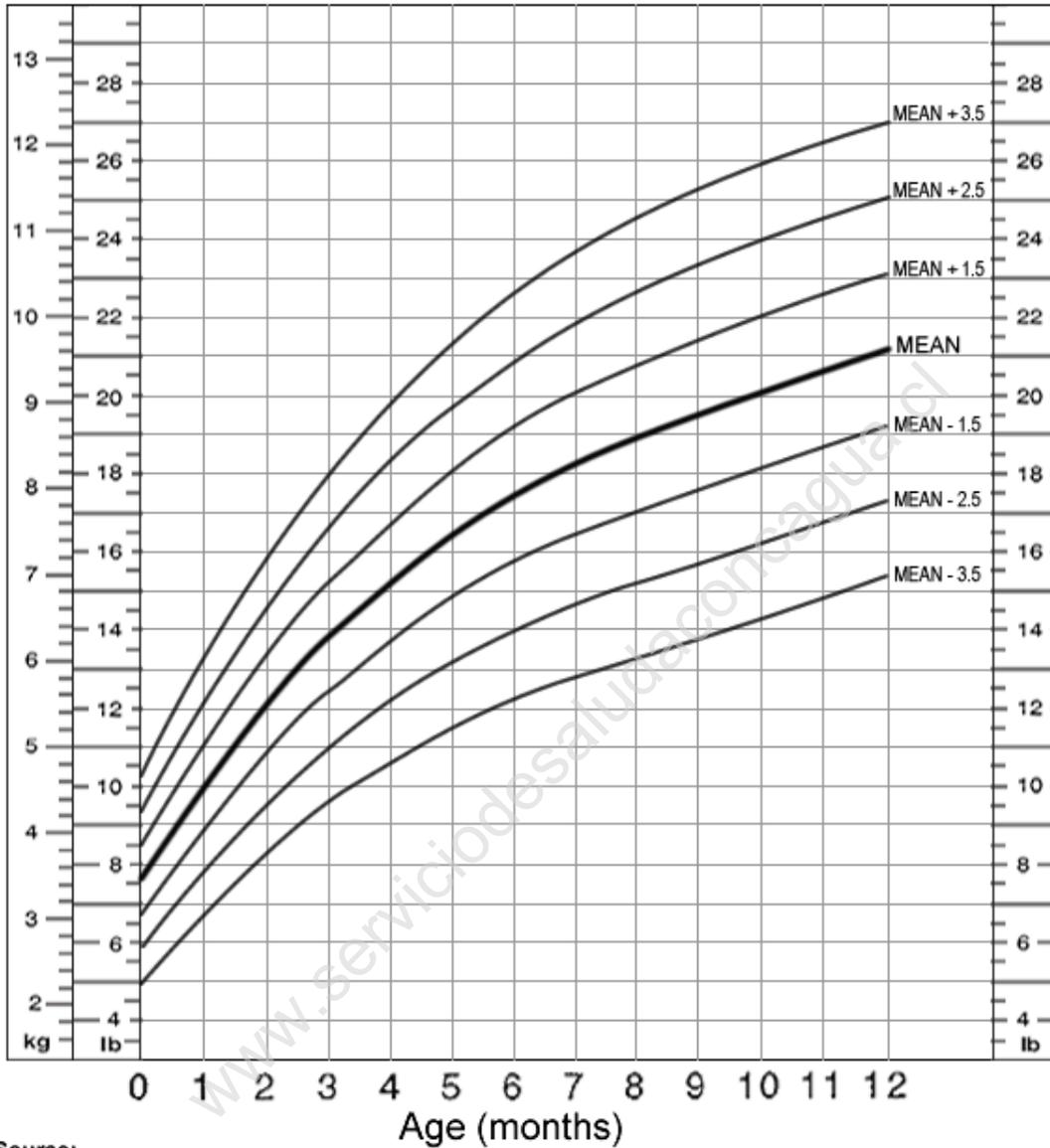
- **Base chart** -- CDC Growth Charts: United States, Published May 30, 2000.

Graphic by kellymom.com, 2004

- **Breastfed baby data points** -- WHO Working Group on Infant Growth. An Evaluation of Infant Growth: a summary of analyses performed in preparation for the WHO Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. (WHO/NUT/94.8). Geneva: World Health Organization, 1994, p.21.

Average Growth of Breastfed Boys

From WHO data for a small set of infant boys
who were breastfed for at least 12 months (see reference below).

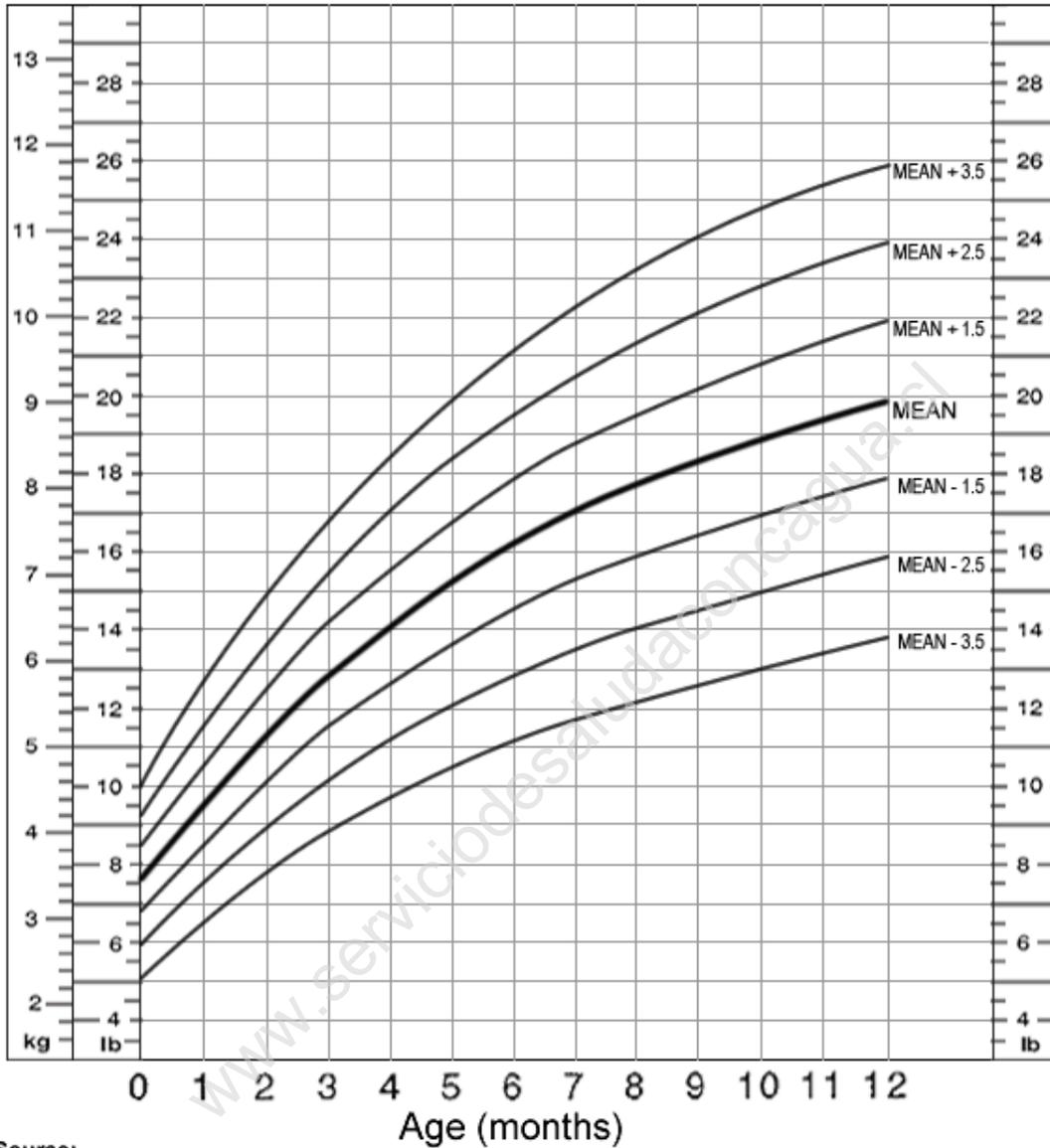


Source:

Figure 14: Weight-for-age of boys in the "12-month breast-fed pooled data set" from: WHO Working Group on Infant Growth. An Evaluation of Infant Growth: a summary of analyses performed in preparation for the WHO Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. (WHO/NUT/94.8). Geneva: World Health Organization, 1994, p. 59.

Average Growth of Breastfed Girls

From WHO data for a small set of infant girls
who were breastfed for at least 12 months (see reference below).



Source:

Figure 15: Weight-for-age of girls in the "12-month breast-fed pooled data set" from: WHO Working Group on Infant Growth. An Evaluation of Infant Growth: a summary of analyses performed in preparation for the WHO Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. (WHO/NUT/94.8). Geneva: World Health Organization, 1994, p. 60.

3. NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Banco Mundial (Marzo 2006): "El énfasis de cualquier programa para combatir la nutrición deficiente debiera tener como población objetiva a mujeres embarazadas y niños(as) menores de dos años."

Requerimientos nutricionales de la mujer embarazada

Una alimentación adecuada y una buena nutrición son esenciales para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el rendimiento y la productividad, la salud y el bienestar de las personas, a lo largo del ciclo vital: desde las etapas más tempranas del desarrollo fetal, el nacimiento, a través de la infancia, niñez y adolescencia, y en la etapa adulta y la vejez. Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva, y más capaz de romper los círculos viciosos de la pobreza y el hambre.

El binomio madre-hijo se considera un grupo vulnerable desde el punto de vista de la salud y la nutrición. La desnutrición materno-infantil causa un daño irreversible al capital humano, afectando el crecimiento y desarrollo físico-mental (talla baja, menores logros escolares, capacidad reducida para la generación de ingresos); este daño se produce en el útero y en los dos primeros años de vida.

Una nutrición adecuada a lo largo del proceso reproductivo – período gestacional y post-parto – asegura un niño más sano; la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, y mantenerla hasta los dos años o más, complementada con alimentación complementaria adecuada para la edad. Se estima que alrededor de un 20% de las muertes en niños menores de 5 años en el mundo, podrían evitarse si se siguieran estas recomendaciones nutricionales.

El estado nutricional materno es uno de los factores más relevantes para el crecimiento fetal. La historia nutricional de la madre comienza en su propia vida intrauterina: una mujer que inicia una gestación después de un período fetal, infantil y adolescente con déficit nutricional, tiene mayores posibilidades de dar a luz un niño con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), a pesar de tener una alimentación adecuada durante la gestación.

El estado nutricional a lo largo del proceso reproductivo - previo a la gestación, durante la gestación y la lactancia - representa un proceso continuo, con sus etapas estrechamente vinculadas entre sí (enfoque de ciclo vital). Hay una relación directa entre la nutrición materna y su influencia en el curso y terminación del embarazo; en el período preconcepcional, es muy importante que la mujer se prepare antes de iniciar una gestación: si tiene sobrepeso, debe bajar y, a la inversa, si le falta peso, debe tratar de subir.

El principio básico del cuidado nutricional de la mujer gestante es preservar su salud actual y futura, y apoyar el crecimiento fetal normal. El crecimiento fetal en el primer trimestre es rápido e intenso y luego se acelera hasta alcanzar el punto máximo en el 5° mes de gestación; la masa neuronal se forma en este período, por lo que una desnutrición fetal podría significar un daño irreversible, que limita las posibilidades del nuevo ser.

El estado nutricional de la madre durante el proceso reproductivo juega un rol muy importante para su propia salud y para su capacidad de producir leche y amamantar a su hijo/a; por ello, es importante educar a las mujeres sobre una alimentación y un estilo de vida saludables antes y durante todo el proceso reproductivo. Los requerimientos energéticos de una mujer gestante aumentan durante la gestación – en promedio, 300 calorías/día - para satisfacer las necesidades de los tejidos maternos más directamente

involucrados en el proceso (placenta, útero y mamas); durante la lactancia, estos requerimientos son mayores (500 calorías/día).

Una consecuencia directa de la malnutrición materna durante el período gestacional, es el nacimiento de hijos pequeños para su edad gestacional: aproximadamente un 30% de los hijos de madres desnutridas pesan menos de 2.500 g al nacer. La proporción de recién nacidos de peso insuficiente (menos de 3000 g) ha sido propuesta como un indicador de la nutrición materna en las comunidades.

Uno de los factores más importantes de la ganancia de peso durante el período gestacional es el peso de la mujer al inicio de la gestación; el Índice de Masa Corporal (IMC) es el mejor indicador de la condición nutricional pregestacional. La nueva gráfica de evaluación nutricional de las mujeres gestantes, incorporada el año 2005, utiliza este indicador.

Tradicionalmente el énfasis sobre nutrición materna y ganancia de peso durante el embarazo se ha centrado en la prevención del Bajo Peso al Nacer; sin embargo, el significativo incremento del sobrepeso y la obesidad maternas observado en nuestro país en las últimas décadas, requiere evaluar los potenciales efectos que esta mal nutrición por exceso puede tener sobre el pronóstico materno e infantil en el corto plazo y, sobre la salud futura de la mujer. A partir del año 2005, el Ministerio de Salud ha desarrollado una intervención nutricional orientada a la prevención de la Obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles, centrada en la mujer y en el niño/a menor de 6 años.

Nutrición Materna: aspectos clínicos

Incremento de peso en la mujer gestante

En 1981, el grupo de expertos FAO/OMS recomienda, que en condiciones normales se debe suplementar con 285 Kcal. /día desde el comienzo del embarazo; si las mujeres están bien nutridas y reducen su actividad física durante el embarazo, ésta suplementación podría bajar a 200 Kcal. /día.

Las recomendaciones de incremento ponderal deben hacerse considerando a cada madre en forma individual, basadas en el peso pregestacional o en el peso que la mujer tiene al tercer mes de gestación, teniendo presente que el objetivo es lograr un estado nutricional favorable para obtener un recién nacido de peso adecuado, sin afectar la condición materna. Un factor importante a considerar es el estado nutricional de la madre antes de iniciar el embarazo. Las mujeres obesas no necesitan acumular grasa adicional, mientras que las delgadas sí lo necesitan. Mujeres bien nutridas, que tienen una dieta variada y equilibrada, con un bajo nivel de actividad física, pueden aumentar de peso en forma normal sin incrementar la dieta que habitualmente consumían antes del embarazo.

En circunstancias normales la grasa empieza a acumularse desde principios del embarazo para satisfacer las necesidades posteriores de energía adicional, particularmente para el proceso de lactancia; si esta reserva no está disponible, en la lactancia se utilizan los propios tejidos de la madre, deteriorando su estado nutricional.

El incremento de peso no siempre refleja una dieta nutricionalmente balanceada.

Las mujeres con desnutrición crónica, con dietas de baja calidad e insuficientes, y que además continúan con actividad física intensa, aumentan poco de peso durante el embarazo, tienen niños de BPN y se aprecia un deterioro de su propio estado nutricional. En estas mujeres, en la medida que sea posible, se recomienda aumentar la ingesta energética

para asegurar que no se produzca un deterioro de su estado nutricional y lograr depósitos de grasa significativos para enfrentar la lactancia.

La expansión inadecuada del volumen sanguíneo materno sería el factor por el cual en la desnutrición materna no se efectúa una adecuada transferencia de nutrientes (por menor perfusión útero-placentaria) y se afecta el crecimiento del feto (Rosso 1980).

Requerimientos nutricionales

En la mujer, la gestación implica diversos cambios y adaptaciones fisiológicas, que permiten el óptimo desarrollo del feto. Por ello, los aportes nutricionales de la mujer gestante deben cubrir, además de sus necesidades propias, las correspondientes al feto en desarrollo y la derivada de la síntesis de nuevos tejidos. Especial atención merecen algunos nutrientes que por sus características, por los bajos aportes de la dieta habitual, o por las necesidades aumentadas durante el proceso reproductivo, pueden ser críticos para la futura madre y su hija(o).

Proteínas

Se ha estimado que el requerimiento adicional para una mujer que aumenta 12.5 Kg durante el embarazo y da a luz un niño de 3.3 Kg. de peso, es de 3.3 g/proteína/día en promedio durante todo el embarazo. Este incremento debe corregirse según el tipo de proteína consumido y de la eficacia con que se convierte en proteína tisular. A diferencia de la energía, los excedentes de proteína en la dieta no son acumulables.

Las mujeres de sociedades desarrolladas consumen con frecuencia dietas que contienen más proteínas que las necesarias; en estos casos no se necesita hacer cambios significativos en la dieta para compensar los mayores requerimientos del embarazo.

En las mujeres con desnutrición crónica es necesario aumentar la ingesta de proteínas agregando aunque sea pequeñas cantidades de proteínas de alto valor biológico, (proteína de origen animal) para evitar el mayor deterioro de la madre y la desnutrición fetal.

Vitaminas y minerales

Estos nutrientes en general se encuentran en cantidades adecuadas en una dieta balanceada, de manera que un aumento general de la ingesta para compensar los mayores requerimientos de energía cubre la cuota adicional de vitaminas y minerales.

Cuando la dieta normal es deficitaria en algunos minerales y vitaminas, la situación puede ser crítica en el embarazo: p.ej. las poblaciones con deficiencias en yodo sufren diversas consecuencias (bocio, bajo peso al nacer, reducción de las funciones mentales y letargia); cuando esta deficiencia es muy marcada pueden producirse trastornos neurológicos y mentales irreversibles en el niño.

También tienen consecuencias para la madre y el feto las deficiencias de vitamina A y tiamina.

Hierro

Las necesidades de hierro durante la gestación están aumentadas, por la expansión del volumen eritrocitario, la transferencia de hierro al feto, y su depósito en nuevos tejidos y placenta. Se requieren alrededor de 1000 mg durante los 9 meses (FAO/OMS 1988); aunque este requerimiento es mayor en el 2° y 3° trimestre, período en el cual no pueden

satisfacerse sólo con el hierro de una dieta normal, aunque éste sea altamente biodisponible, la suplementación con hierro debe iniciarse lo más precozmente posible.

La anemia durante el embarazo (hemoglobina menor de 11 g /dl) tiene un efecto desfavorable sobre la gestación: mayor incidencia de abortos, partos prematuros, bajo peso de nacimiento, mayor mortalidad perinatal. Hay una relación directa entre la concentración de hemoglobina y peso de nacimiento.

La administración de hierro, sea como profilaxis (suplementación), o como tratamiento de Anemia, debe efectuarse precozmente y mantenerse hasta los 3 meses postparto, para así, recuperar el hierro de los depósitos en la mujer, y permitirle enfrentar una gestación posterior sin anemia, con sus depósitos repletos. La dosis recomendada varía según los depósitos orgánicos de la mujer: 120 a 140 mg. /día para mujeres carentes de depósitos, y 30 a 60 mg. /día para las que tienen depósitos.

El ideal es lograr que todas las gestantes lleguen al parto con cifras de hemoglobina superiores a 12 g. /100ml. Las mujeres que inician su embarazo con concentraciones normales de hemoglobina sólo necesitarán cubrir los requerimientos aumentados del embarazo, los cuales son de 5-6 mg/día en el segundo y tercer trimestre.

Cuando la mujer empieza su gestación con anemia es necesario dar dosis terapéuticas de una sal de hierro de buena absorción. Es recomendable aumentar la ingesta de hierro de las fuentes dietéticas, ya que es el hierro medicinal el que causa la reducción de los niveles séricos de zinc.

Los factores que ayudan a la absorción del hierro no hemínico están en las carnes rojas, aves, pescados y en varios ácidos orgánicos, particularmente el ácido ascórbico. Algunas sustancias como los lífenoles (taninos y fitatos), ciertas formas de proteínas y algunas formas de fibra dietética alteran la absorción del hierro no-hemínico (FAO/OMS 1988).

Calcio

El embarazo representa un costo total de 30 g. de calcio. Se recomienda una ingesta diaria de 1 a 2 g de calcio. La principal fuente dietética de calcio es la leche de vaca y sus derivados; un litro de leche aporta 1.2 g, lo que satisface las necesidades del embarazo y la lactancia.

Durante el embarazo se producen variaciones tanto en el consumo como en el metabolismo del calcio; en el tercer trimestre aumentan considerablemente los requerimientos debido al proceso de mineralización del esqueleto fetal.

Una baja ingesta de calcio se ha asociado a hipertensión inducida por el embarazo, complicación frecuente, de alto riesgo materno y perinatal, y de parto prematuro. Para prevenir estas complicaciones, actualmente se da gran importancia a la suplementación con calcio.

La leche es considerada un alimento esencial para la gestante. Cuando la madre no tolera la leche pura, entera, puede ingerirla en forma de yogurt, leche descremada o cultivada; si no tolera los productos lácteos en ninguna forma (intolerancia a la lactosa), debe buscar el aporte de calcio en otras fuentes dietéticas: pescados, mariscos, verduras verdes (brócoli, nabos, espinacas, acelgas, etc.) y en un suplemento indicado por el médico.

Riesgo nutricional en gestantes

Se distinguen cuatro categorías de embarazadas con riesgo nutricional:

a) Gestantes adolescentes (menores de 19 años)

En ellas coexisten el propio crecimiento y el crecimiento materno-fetal. Si bien es cierto que la escasa edad de la madre es un factor de riesgo, las condiciones nutricionales, de salud, sociales y del medio que las rodea, son factores más determinantes en el resultado de un embarazo a temprana edad.

b) Gestantes mayores (sobre 35 años)

En las multíparas, puede estar presente la obesidad como un efecto acumulado de sucesivos embarazos con sobrepeso. Tratar de reducir peso durante el embarazo puede perjudicar seriamente el desarrollo fetal y el estado nutricional materno.

c) Bajo peso pregestacional (menos del 10% por debajo del peso ideal P/T-Edad)

Como se ha dicho anteriormente, afecta el desarrollo normal del nuevo ser.

d) Obesidad pregestacional (más del 20% por sobre el peso ideal)

Una madre obesa embarazada debe evitar el aumento excesivo de peso por los riesgos de mortalidad materna asociados a patologías como hipertensión y diabetes.

Recomendaciones para prevenir la anemia en el embarazo

- Usar suplementos de Fe elemental en dosis de 60 mg/día
- Comer más alimentos ricos en hierro: carnes rojas, carne oscura de pavo, pavo, porotos.
- Cocinar en utensilios de hierro.
- Comer frutas y verduras ricas en vit C (aumentan la absorción del hierro)
- Evitar excesos de productos integrales, cereal con salvado o alimentos procesados que contengan fosfatos y EDTA, té, café (contienen sustancias que disminuyen la absorción del hierro).
- Comer varias porciones diarias de alimentos ricos en folatos: verduras de hojas oscuras, legumbres, cereales integrales y frutas cítricas.
- Comer frutas y verduras crudas, o ligeramente cocidas, a fin de conservar el contenido de folatos.

Alimentos ricos en ácido fólico:

- Porotos, garbanzos, habas, lentejas, arvejas secas, semillas de maravilla, jaiba, hígado.
- Cereales secos, fortificados, germen de trigo, pan integral.
- Alcachofa, espárrago, betarraga, brócoli, repollitos de Bruselas, coliflor, maíz, jugo de pomelo.
- Hojas verdes: mostaza, nabo, lechuga oscura, arvejas, chícharos, espinacas, acelgas.

Pautas para tratamiento de la anemia en el embarazo

Se debe definir la anemia según los niveles de hemoglobina en los distintos trimestres del embarazo:

- 1er trimestre: Hb menor de 11g/dl
- 2º trimestre: Hb menor de 10.5 g/dl
- 3er trimestre: Hb menor de 11 g/dl

La anemia es necesario tratarla con suplementos de hierro en dosis terapéuticas:

- Dosis: 120 mg de hierro elemental fraccionado cada 12 horas en 2 tomas.
- Tomarlo 1 hora antes de las comidas, con el estómago vacío.
- No tomarlo con té, porque altera su absorción.
- Deben pasar al menos 3 horas entre una dosis y otra, ya que una dosis ingerida impide la absorción subsecuente de hierro durante 3 a 24 horas, incluso en pacientes anémicos.
- El ácido ascórbico no es indispensable para la absorción del hierro usado en dosis terapéuticas

www.serviciodesaludaconcagua.cr

4. NUTRICIÓN DE LA NODRIZA

Los requerimientos de nutrientes de la mujer que amamanta son mayores incluso a los requerimientos durante la etapa de gestación, aunque parte de ellos se obtienen de depósitos acumulados durante el embarazo. Los mayores requerimientos se deben al traspaso de variados elementos y al costo metabólico de sintetizar leche.

La necesidad adicional de energía para una nodriza con estado nutricional normal es de 500 Kcal. y de 15 g diarios de proteínas. La mayoría de las vitaminas y los minerales en esta etapa se encuentran aumentados entre 25 a 50% lo que significa que, más que aumentar el volumen de alimentos a ingerir, se requiere de una selección adecuada de ellos.

Tabla 6. Ingesta recomendadas de energía, proteínas y micronutrientes en la lactancia según el Instituto de Medicina 2000-2002 y FAO /OMS 2000.

Nutriente	Mujer 19 a 30 años	Nodriza 19 a 30 años	Porcentaje de Aumento (%)
Energía (Kcal.)	2000	2500	25
Proteínas (g)	50	65	30
Vitamina A (ug RE)	700	1300	85
Vitamina D (ug)	5	5	-
Vitamina E (mg)	15	19	27
Vitamina C (mg)	75	120	60
Tiamina (mg)	1,1	1,4	27
Riboflavina (mg)	1,1	1,6	45
Vitamina B6 (mg)	1,3	2,0	54
Vitamina B12 (ug)	2,4	2,8	17
Folato (ug)	400	500	25
Calcio (mg)	1000	1000	-
Hierro (mg)*	18	32 - 48	78 - 166
Zinc (mg)	8	12	50
Yodo (ug)	150	200	33

Uno de los nutrientes críticos en la dieta de las embarazadas y nodrizas chilenas es el ácido docosahexaenoico (DHA), ácido graso de la familia omega-3, que es esencial para el desarrollo del cerebro y la visión en las primeras etapas de la vida. La "Purita Mamá", un nuevo producto incorporado el 2008 al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) fue especialmente formulado considerando las necesidades específicas de la embarazada y nodriza. Su ingesta diaria, asegura un aporte significativo de DHA, aporta

casi el doble de calcio y la mitad de la grasa que la leche entera en polvo, y entrega una fracción importante de las vitaminas y minerales para este grupo de población.

Las Guías Alimentarias contenidas en el Anexo 1, contribuyen en forma importante a planificar una alimentación saludable para esta población, como también el observar la información nutricional contenida en el etiquetado de los alimentos envasados. Se debe tener preocupación en el aporte del tipo de ácidos grasos esenciales la serie omega 3 (EPA y DHA) ya que su síntesis es limitada y su biodisponibilidad depende del aporte a través de los alimentos que se ingieren. Es fundamental el consumo de pescados especialmente grasos y estudios nacionales han demostrado que el consumo de sólo ½ tarro de jurel en conserva durante 2 días en la semana aumenta el contenido de DHA en la leche materna.

En relación a la ingesta de líquidos en la madre que amamanta, no hay evidencias de una relación directa entre la ingesta de líquido y la lactancia y se recomienda que la madre consuma la cantidad de líquido que espontáneamente desee. Un consumo habitual puede fluctuar alrededor de 1,5 a 2,0 litros diarios los que pueden ser aportados a través de la ingesta de leche con bajo contenido de grasas, jugos de fruta naturales, infusiones o simplemente agua.

La influencia de la dieta materna en los cólicos del lactante no es clara y se desconocen las causas que efectivamente podrían ser determinantes en ellos, lo que dificulta su manejo. Algunos alimentos, especialmente de la familia de las crucíferas como repollo, brócoli, coliflor y otros han sido relacionados con estas molestias, por lo que se recomienda no consumirlos especialmente cuando los cólicos se presentan.

La ingesta de alcohol durante la lactancia afecta el sabor de la leche materna y reduce significativamente el volumen de ella aun que no su aporte calórico. El lactante es capaz de detectar rápidamente el sabor a alcohol aunque aparentemente no se traduce en una menor succión. La cantidad de leche ingerida no se reduciría como consecuencia del rechazo del lactante, sino como un efecto fisiológico en la madre. La ingesta de alcohol materno altera también el ciclo del sueño - vigilia del niño/niña aunque se desconocen los mecanismos implicados en tal alteración.

Guías Alimentarias

a) Consumir 3 veces en el día productos lácteos como leche, yogur, quesillo o queso fresco de preferencia semidescremados o descremados.

Estos alimentos además de contener proteínas de alto valor biológico son las principales fuentes de calcio, fósforo y riboflavinas, además de proteínas de alto valor biológico. También proporcionan niacina, folatos, vitamina A y B¹ y son también una buena fuente de vitamina D, nutrientes necesarios para la formación de huesos y dientes, que contribuyen a prevenirnos de osteoporosis.

- La leche entera es una de las fuentes importantes de grasas saturadas y colesterol de la dieta, por esto para lograr una alimentación saludable se recomienda preferir productos que tengan bajo contenido graso, semidescremados o descremados.

El efecto beneficioso de una ingesta adecuada de productos lácteos y por lo tanto de calcio se observa en todo el ciclo de vida de la mujer. Las cantidades consumidas en la infancia y adolescencia determinan la masa ósea máxima de que se dispondrá en el resto de la vida y será uno de los factores determinantes de la susceptibilidad al desarrollo de osteoporosis y sus consecuencias.

En la edad adulta el calcio es necesario para mantener una adecuada mineralización del esqueleto. En el caso de las mujeres embarazadas y madres lactantes los requerimientos de calcio son mayores (1200 mg/día). Se recomienda aumentar el consumo a 4 porciones diarias de leche o derivados enriquecidos con calcio, sólo o en otras preparaciones culinarias.

Los lácteos enriquecidos con calcio y con menor porcentaje de grasa existentes en el mercado representan una nueva alternativa para aumentar los aportes de ese mineral.

b) Comer al menos 2 platos de verduras y 3 frutas de distintos colores cada día

- Los vegetales y las frutas son alimentos fundamentales en una alimentación saludable, proporcionan vitaminas, minerales y fibra dietética.
- Un consumo adecuado de estos alimentos constituyen un factor dietario importante en la prevención de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Algunas sustancias que se encuentran en verduras y frutas se comportan como antioxidantes. (Carotenoides).

c) Comer porotos, garbanzos, lentejas o arvejas al menos 2 veces por semana, en reemplazo de la carne.

- Las leguminosas (legumbres) son ricos aportadores de fibra dietética, carbohidratos complejos y ácido fólico. Un consumo adecuado de folatos en el primer mes de gestación tiene un efecto protector de los defectos congénitos del tubo neural del niño (DTN).
- La fibra presente en estos alimentos como elemento dietario, no nutriente, es importante porque contribuye a reducir el colesterol en la sangre y facilita la digestión. La fibra se encuentra presente en cereales integrales y especialmente legumbres.

d) Comer pescado, mínimo 2 veces `por semana, cocido al horno, al vapor o a la plancha.

Principalmente los pescados grasos como jurel, salmón sardinas y atún aportan ácidos grasos omega 3 los que contribuyen a prevenir enfermedades del corazón, además de disminuir el colesterol sanguíneo.

e) Preferir alimentos con menor contenido de grasas saturadas y colesterol.

- Una forma práctica de disminuir el consumo de grasas saturadas es limitando la ingesta de alimentos procesados como salchichas, paté y embutidos en general como también las frituras.
- El consumo de cantidades elevadas de ácidos grasos saturados contribuye a elevar el nivel de colesterol en la sangre. Para seleccionar alimentos más saludables comparar la información nutricional, leyendo las etiquetas.
- Una ingesta alta en grasas saturadas y colesterol favorece la aterosclerosis.

f) Reducir el consumo habitual de azúcar y sal.

- Se debe disminuir el consumo de azúcar para prevenir la obesidad y las caries dentales.
- Todo alimento envasado contiene sal, azúcar o grasa.
- Al reducir la ingesta de sal se limita uno de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo y mantención de la hipertensión arterial.
- Existen alimentos que contienen en forma natural sodio, de allí la importancia de revisar en el etiquetado la información nutricional de los alimentos envasados.

g) Tomar 6 a 8 vasos de agua al día

- El agua es el componente esencial del organismo, se necesita para los procesos de digestión, absorción y excreción. Transporta los nutrientes, desechos metabólicos y regula la temperatura del cuerpo. Tiene un efecto lubricante y protector de tejidos sensibles. Consumir alimentos y preparaciones con mayor cantidad de agua contribuye a una ingesta mayor de agua y a tener un menor aporte de calorías en la dieta.

5. INTEGRACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA VIDA PERSONAL DE LA MUJER

Introducción

La lactancia se realiza durante el período postparto, que es un estado de transición desde la etapa de estrecha relación que hay entre la madre y su hijo/a durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos. El período postparto es esencial para el desarrollo de los niños, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres. En este período ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo.

Una definición amplia de la duración del postparto debe incluir la duración de la lactancia y los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este proceso. Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, mientras está amamantando permanece en un estado endocrinológico muy diferente al del embarazo y al de su condición pregestacional. Además, se mantiene una demanda nutricional semejante a la del embarazo y su forma de vida experimenta cambios profundos en relación a las demandas de afecto y cuidado de su hijo/a.

Por esto, debe considerarse con especial atención a la madre durante todo el período de lactancia y el tiempo que necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse. Este período es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada. Durante toda esta etapa la madre requiere cuidados especiales, nutrición adecuada a los requerimientos y apoyo del personal de salud.

Cambios fisiológicos

La primera etapa

Los cambios neuro-endocrinológicos que experimenta la madre en la primera etapa postparto permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica. Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche. Se producen grandes cantidades de prolactina (hormona encargada de estimular la producción de leche) y de oxitocina (hormona responsable de la eyección de la leche durante la succión y de estimular las contracciones uterinas que facilitan la involución uterina).

El ovario está deprimido, ya que la hipófisis no produce suficientes gonadotrofinas para estimularlo. Durante las primeras semanas postparto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en otros aspectos de la fisiología de la mujer.

Las etapas siguientes

Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión mantiene la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño/a. La succión mantiene elevados los niveles de prolactina e inhibe la secreción de la hormona luteinizante (que es la encargada de producir la ovulación). Como el ovario está inhibido, no hay secreción de progesterona y los estrógenos se mantienen muy bajos y hay un período de amenorrea e

infertilidad de duración variable a diferencia de las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto.

A medida que disminuye la frecuencia de succión y el/la lactante comienza a recibir otros alimentos se producen nuevos cambios en la fisiología de la madre quien, poco a poco, va recuperando una condición de su aparato reproductivo y de sus órganos endocrinos semejante a la que tenía antes del embarazo. Se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad. La madre se recupera paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia. Por ejemplo, hay una pérdida de calcio en los huesos o pérdida de masa ósea durante el embarazo y la lactancia que se recupera entre seis y doce meses después del destete, cuando la madre reciba calcio suficiente en la dieta. Es importante que el intervalo entre los embarazos sea suficientemente prolongado para permitir esta recuperación, especialmente en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.

Aspectos psicológicos y sociales

La lactancia y el postparto pueden ser una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible, (lo que compite con otras funciones de la mujer dentro o fuera de la casa) y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas.

Un período de cambios

En esta etapa, la mujer experimenta cambios profundos anatómicos, fisiológicos, en la relación con la pareja y con la familia y, en general, en la forma en que se desarrolla la vida diaria. Se puede sentir más vulnerable, ya que los cambios están asociados a nuevas emociones, sentimientos y responsabilidades y a nuevos intereses y prioridades a corto y largo plazo. Esto es muy notable en las primeras semanas en que la madre tiende a tener su atención centrada en su hijo o hija y difícilmente cambia su foco de atención a otros temas. La vida de una mujer y de una pareja jamás vuelve a ser la misma después de haber tenido un hijo/a y al hacerse cargo de la lactancia y de las responsabilidades que eso significa.

En algunos casos, las mujeres experimentan diversos grados de alteraciones psíquicas que pueden llegar a constituir un cuadro serio, como es la depresión postparto. Por estas razones, las mujeres se benefician con el apoyo del personal de salud y de su red social.

Las expectativas

La cultura y la construcción social de lo que son los roles maternos influyen en las expectativas que tiene la mujer y quienes la rodean con respecto a su desempeño. En general, las mujeres tienen muchas expectativas con respecto a lo que significa ser una buena madre: abnegada, tierna, sacrificada, dando lo mejor de sí para sus hijos. La transición a ser madre, que ocurre en el período postparto, es de importancia vital para ella, para su autoestima, su satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de sí misma.

Muchas mujeres se sienten tensas porque tienen temor a no cuidar bien al lactante, no saber cómo amamantarlo, cómo interpretar el llanto, cómo cuidarlo si se enferma.

Algunas mujeres tienen también temor a no tener leche suficiente, ya que no saben cómo se estimula la secreción láctea ni los cambios que experimenta la lactancia a lo largo del tiempo. La respuesta a las demandas de los recién nacidos están muchas veces modificadas por las preguntas: ¿Qué debo hacer?, ¿Hay que dejarlo llorar?, ¿La estaré malcriando?

Como lo expresaron algunas madres entrevistadas después de su primer parto: "Yo me imaginaba que era más fácil, no creía que un niño dependía tanto de una y requería tanta atención. Al principio es más difícil, una no sabe cómo tomarlo, cómo bañarlo", "Yo pensaba que era lindo ser mamá, que todo era puro amor por el niño y todo era color de rosa. La realidad es más fuerte, porque hay que crecer mucho para ser buena mamá y también hay muchas cosas que hacer". Las mujeres entrevistadas expresaron claramente su necesidad de recibir información y orientación sobre la lactancia y cómo cuidar bien al recién nacido, de tener comprensión y apoyo de parte del personal de salud con sus dudas y equivocaciones, y de sentirse acompañadas y apoyadas por sus parejas y familiares cercanos.

El significado de la lactancia para la madre

Una buena lactancia se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, aumento de la autoestima y aprobación social por el desempeño de la madre. Como lo expresaron mujeres entrevistadas durante un programa de fomento de la lactancia: "Yo creía que no valía nada, que no sabía nada. Al aprender que era tan importante para el niño, empecé a valorarme yo también" "Ahora sé algo que no sabía, que puedo aprender y hacer algo bien", "Lo que he aprendido del niño, se lo digo a mi esposo y ahora él está orgulloso de mí", "Lo que más me gusta es darle pecho a mi niña, me pasa algo tan rico.", "Nunca pensé que sería tan bueno, el niño está bien y lo quiero tanto", "Me siento completa, siento al niño tan cerca, estoy tan contenta". En estos aspectos, los proveedores de salud pueden prestar un apoyo enorme a las madres a través de educación y desarrollo de la confianza en sí mismas.

Los costos de la lactancia para la madre

Es oportuno recordar que la lactancia demanda tiempo y esfuerzo de la mujer, se asocia a un gasto nutricional importante para la madre, reduce en forma transitoria las oportunidades laborales y otras actividades de la madre e implica una postergación transitoria del cuidado de otros miembros de la familia y de sí misma. El gasto en energía para producir la leche y la actividad física destinada a cuidar del hijo/a generan cansancio, al que se agrega la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante la noche.

Las madres que amamantan frecuentemente a su hijo/a (más de 7 veces por día) tienen mayor probabilidad de tener una lactancia prolongada. Cada episodio de succión dura alrededor de 20 minutos y, así, la mujer invierte más de dos horas del día tan sólo en alimentar a su hijo/a. La producción de leche implica un gasto de energía que se estima en 800 Kcal. por litro de leche y la madre también aporta los nutrientes que contiene la leche, lo que representa un riesgo nutricional si ella no recibe un aporte adicional.

Los conflictos

En la vida diaria, puede haber conflicto entre la lactancia y el deseo de ser buenas madres para el recién nacido/a y otras funciones de la mujer como cuidar otros hijos si los hay, atender a la pareja, realizar los trabajos domésticos, el trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de autocuidado, necesidad de descanso o demandas

del grupo social. No es raro el conflicto emocional que generan los otros miembros del grupo familiar al enfrentar la dedicación de la madre al recién nacido/a. Tampoco son raros los conflictos de la mujer que tiene que postergar otros intereses o actividades por la demanda de tiempo y energía que representa la lactancia. Además, está siempre presente el cansancio físico debido al gasto de energía que significa la lactancia y a la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante la noche. Las mujeres no tienen que sentirse culpables por sus conflictos de intereses en el período postparto, sino apoyadas por los proveedores de servicios en la búsqueda de soluciones.

Lo ideal es que los conflictos se solucionen sin que se deteriore el cuidado de los recién nacidos y sin que la madre tenga que esforzarse más de lo que puede. Los padres y otros adultos en la familia pueden ayudar en la atención de otros niños y para permitir que la madre pueda descansar en algunos momentos durante el día. Por esto, es importante que el personal de salud destine actividades educativas, no sólo a las madres, sino también a los padres o familiares para que tomen conciencia de las necesidades de las mujeres y de lo que pueden hacer para aliviarlas.

La relación con la pareja y la participación del padre

La relación con la pareja puede cambiar, especialmente después del primer parto. En ocasiones aparecen celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el niño/a ocupa todo su tiempo y lo hace sentirse desplazado a un segundo lugar. Las mujeres consideran inevitable su preocupación centrada en el hijo/a y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja.

Es distinta la relación de pareja cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño/a y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría. Esto constituye un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que, inevitablemente, se producen en la relación. Las mujeres valoran mucho la ayuda y apoyo que reciben de sus parejas en esta etapa. No se trata sólo de ayuda en las tareas concretas ni de que esto beneficie solamente a la madre. Uno de los roles importantes del padre, en la crianza de sus hijos en las primeras etapas del postparto, es la contención afectiva de la madre. Mientras más tranquila y contenta se sienta la mujer, mejor y más fácil será su interacción con su hijo/a. Así, el padre contribuye al bienestar y crecimiento de los recién nacidos, facilitando un ambiente emocional adecuado.

Por otra parte, el padre tiene un papel esencial en el desarrollo psicomotor y social de sus hijos ya que él aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios o diferentes a los que entrega la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de los niños y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea. Además, ambos padres perciben a sus hijos en forma diferente. Así, el niño o niña desarrolla una imagen más completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad. El padre y la madre representan una diferente identidad sexual y tienen diferentes perspectivas según su género, lo es un elemento esencial en la socialización de las niñas y los niños y en el desarrollo de su identidad como personas sexuadas. Idealmente, las diferentes perspectivas de ambos padres deben expresarse en un ambiente colaborativo, donde los conflictos se resuelvan en forma constructiva.

Uno de los grandes problemas en nuestra cultura es la ausencia del padre en el cuidado y educación de sus hijos. En parte, los hombres consideran que su rol esencial es ser proveedores en lo económico y que no les corresponden a ellos las tareas

relacionadas con los hijos o el hogar. En parte, las mujeres los excluyen porque sienten que el hogar es su territorio y argumentan que los hombres no saben hacerlo bien. Para la vida de pareja y el desarrollo de los hijos, es importante que ambos padres compartan los roles y tareas e, incluso, los intercambien con flexibilidad.

Por estas razones, los proveedores de servicios de salud deben apoyar la relación de pareja y el vínculo entre el padre y su hijo o hija. Una manera de hacerlo es estimulando su participación en las actividades de salud de la madre y el niño/a.

La madre sola

Hay que recordar que muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto. Ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes y no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar. Los proveedores de servicio pueden ayudarles en esta etapa, ofreciendo comprensión y apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar.

El grupo familiar

En esta etapa, cambian las relaciones en el grupo familiar. Si hay otros hijos, suelen reaccionar con celos y agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos padres deben estar atentos a estas manifestaciones y responder a las demandas de cariño que así se expresan. Otros adultos de la familia pueden ser de gran ayuda, haciéndose cargo de algunas funciones que entran en conflicto con la atención de los niños, como las tareas domésticas, o encargándose de entregarles afecto y entretención mientras la madre tiene que destinar mucho tiempo al lactante.

Lactancia Materna y Fertilidad

Recuperación de la fertilidad

La aparición de la menstruación revela la reiniciación de la actividad ovárica. Corresponde al equipo de salud que atiende al binomio madre-hijo a lo largo de los controles prenatales y en el puerperio, orientar a la madre en cuanto a lo que significa el primer sangrado y la probabilidad de embarazo, a la importancia que tiene para ella y su familia el distanciar los nacimientos, y recomendar el método anticonceptivo más adecuado para ella y su circunstancia.

Amamantamiento y menstruación

Si la madre reinicia sus períodos menstruales mientras está amamantando, es probable que tenga algunas molestias en los pechos, ya sea durante la ovulación o en los días previos a la menstruación. Aunque hay creencias de que la leche se afecta en este período, e incluso hay culturas en que las madres evitan amamantar mientras están sangrando, no hay una evidencia científica de que haya variaciones significativas de la calidad de la leche cuando se ha recuperado la menstruación.

Amamantamiento y un nuevo embarazo

Cuando una madre que está amamantando tiene una nueva gestación, no es necesario que suspenda la lactancia si el niño aún es muy pequeño para destetarlo. Salvo en el caso de que haya síntomas de parto prematuro o la madre esté muy desnutrida, no hay hasta ahora otra razón médica que indique la suspensión del amamantamiento, pero en general muchas madres no continúan lactando cuando inician una nueva gestación, tal vez pensando que eso es mejor para el nuevo hijo.

Algunas sin embargo, alimentan al niño mayor simultáneamente con el menor hasta edades muy avanzadas; la madre es capaz de producir leche suficiente para ambos.

Clínicamente no hay contraindicación para que la madre los amamante, pero es necesario que ella misma se alimente adecuadamente para satisfacer los mayores requerimientos nutricionales que demanda la situación. Si el niño es mayor, es más conveniente destetarlo para evitar posteriores problemas de celos con el nuevo hermano.

Sexualidad y lactancia

Otra fuente de tensión para las mujeres en las primeras semanas de lactancia es el momento para reiniciar la actividad sexual. Pueden sentirse físicamente doloridas o cansadas. Tienen, en general, mucho temor a otro embarazo. En muchos casos experimentan escaso o ningún deseo sexual y, a veces, una disfunción sexual. Esto se debe a varios factores: a los cambios en los niveles hormonales, a los cambios emocionales, a la atención centrada en el hijo/a, a la falta de sueño y al cansancio. Puede haber dispareunia durante las relaciones sexuales, producida por la falta de lubricación de las paredes vaginales o como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía.

Este desinterés de las mujeres por la vida sexual puede prolongarse por un tiempo variable. En cambio, los hombres generalmente desean reanudar las relaciones sexuales lo antes posible, y pueden sentirse postergados y rechazados al ver a la mujer centrada en el cuidado del recién nacido/a y menos dispuesta para la actividad sexual. En la conducta sexual de este período también influye el temor a tener complicaciones médicas si se reinician las relaciones sexuales y el temor a un nuevo embarazo cuando aún no se ha iniciado un método anticonceptivo. Si la abstinencia es prolongada, puede causar tensión en la pareja.

Es importante que los proveedores de servicios de salud estén conscientes de este fenómeno. Pueden prestar ayuda si estimulan a la mujer a expresar sus dificultades con respecto a su sexualidad, si la acogen y ayudan a la pareja a comprender sus dificultades como algo transitorio y a negociar soluciones positivas para ambos. Los proveedores pueden proponer medidas simples, como que la mujer tenga suficiente descanso y el uso de anticonceptivos que elimine el temor al embarazo. Es importante recordar a la pareja que necesitan tiempo para adaptarse y tiempo para compartir entre ellos, apoyándose mutuamente en esta etapa.

La gestación, el parto, el puerperio y la lactancia significan cambios muy intensos en la vida de la mujer; no sólo cambia su cuerpo, sino también su mente, espíritu, afectividad, emocionalidad, sexualidad y su percepción del mundo y de las situaciones que la rodean.

El cansancio, la preocupación de la crianza o el temor a una nueva gestación pueden disminuir temporalmente el deseo sexual en la mujer; además se necesita un tiempo para que cicatricen las heridas perineales o vaginales que puedan haberse producido en el parto.

Mientras la madre está amamantando, su cuerpo no responde a los estímulos sexuales en la misma forma que antes y eso no significa que sus cualidades femeninas hayan disminuido. Algunas mujeres descubren que el amamantamiento las estimula sexualmente, que puede ser una experiencia sensual agradable, e incluso llegar a tener

orgasmo en algunas ocasiones. No debe sentirse avergonzada ni culpable por ello, sino por el contrario hacer participar de la experiencia a su pareja, y vivenciar esta experiencia como una forma diferente de sexualidad.

El hombre que está consciente del significado de estos cambios, puede buscar nuevas y enriquecedoras formas de acariciar afectuosa y delicadamente a su mujer, prolongando el acto amoroso y llegar a sentir un mutuo e intenso placer aún sin llegar al coito. Si se desea llegar a una relación coital, es recomendable usar alguna crema lubricante para facilitar la penetración, ya que aunque la mujer esté excitada sexualmente, la sequedad vaginal asociada a la falta de estrógenos durante la lactancia, dificulta la penetración y produce dispareunia.

Otra situación especial de la madre que amamanta es que cuando experimenta un orgasmo, ocurre una brusca descarga de ocitocina, que estimula simultáneamente la eyección de la leche. Esta puede ser una experiencia agradable para la mujer, pero en algunos casos, por temor de molestar a su pareja, se frena al llegar al clímax evitando así la secreción involuntaria de leche. En otros casos, el flujo de leche durante el encuentro sexual puede ser una interesante experiencia para ambos y ser una demostración visible de la íntima conexión de sus cuerpos que reaccionan mutuamente.

A veces la mujer que amamanta siente que sus pechos ahora pertenecen a su hijo y no le resulta agradable que su pareja los acaricie; se debe manifestar con sinceridad las sensaciones y deseos, y no forzar las situaciones. La presión sobre los pechos puede ser dolorosa, sobre todo si están llenos, de manera que se debe evitar apretarlos.

Para la mujer es muy importante sentirse valorada, querida y respetada mientras está amamantando. Necesita más que nunca tener a su lado un hombre comprensivo y solidario con ella y con su hijo. Por su parte, el hombre que demuestra su compromiso siendo afectivo y cariñoso, cuidando y protegiendo la maternidad, recibirá con creces el reconocimiento, afecto y lealtad de parte de su mujer, sentando las bases para mantener una mejor relación familiar y de pareja.

La anticoncepción postparto

Dado el temor de muchas mujeres a un nuevo embarazo y a los costos nutricionales de los embarazos muy seguidos, es importante la orientación y consejería sobre los métodos más adecuados para usar en este período. En general, se recomiendan los métodos no hormonales como los dispositivos intrauterinos, la amenorrea de lactancia y los métodos de barrera y los métodos de progestágeno solo iniciados después de las 6 semanas postparto. Es difícil usar los métodos de abstinencia periódica en esta etapa por la irregularidad de los primeros ciclos postparto.

Métodos Anticonceptivos durante la lactancia

Cuando la madre no puede amamantar a su hijo en forma exclusiva, el ciclo normal de producción de hormonas ováricas se reanuda entre las 6 y 12 semanas después del parto, aumentando la posibilidad de un nuevo embarazo (reaparición de la menstruación, retorno al trabajo fuera del hogar). Es el momento de recomendar algún método de regulación de la fertilidad para evitar una nueva gestación, y prolongar el período intergenésico idealmente hasta 2 años.

Anticonceptivos no hormonales

Los métodos de barrera y los dispositivos intrauterinos (DIU) no influyen en la lactancia ni afectan el crecimiento del niño.

Anticonceptivos hormonales

Durante los primeros seis meses de lactancia no deben usarse anticonceptivos hormonales combinados ya que contienen estrógeno, y pueden afectar la composición de la leche y la duración de la lactancia.

Las progestinas solas son muy efectivas en esta etapa, no tienen efectos adversos sobre la lactancia o el crecimiento del niño; pueden ser usados por vía oral o por sistemas de depósito (inyectable, implantes subdérmicos) después de las 6 semanas post parto. Las progestinas inyectables producen niveles de esteroides más altos en la leche que los comprimidos orales o los implantes; el efecto a largo plazo de estos esteroides no ha sido evaluado.

Las progestinas solas por vía oral pueden ser menos efectivas que otros métodos cuando son usadas por mujeres que no están lactando, ya que la eficacia de este método puede verse más afectada cuando se olvidan píldoras que en el caso de los hormonales combinados. Por esta razón es recomendable, si la mujer así lo estima conveniente, continuar con otra fórmula anticonceptiva cuando se inicia el destete.

Métodos de abstinencia periódica

Los ciclos menstruales demoran en regularizarse después de un parto, por lo que es difícil saber cuáles son los días fértiles en la mujer que está amamantando, de manera que la abstinencia basada en el período fértil del ciclo no es confiable (método de Ogino-Knaus).

El reconocimiento de los signos y síntomas de la fertilidad, como en el método de la ovulación o Billings, se puede aprender durante la amenorrea de lactancia para aplicarlo cuando se reinician los ciclos menstruales. La interpretación de la temperatura basal y de los cambios en el moco cervical puede ser más difícil durante la lactancia. Algunos estudios han encontrado tasas de embarazo algo más elevadas en los ciclos después de la amenorrea de lactancia, en comparación con las tasas observadas en mujeres que no amamantan.

Esterilización quirúrgica

No hay evidencias que la esterilización quirúrgica afecte a la lactancia en sí, salvo que haya que separar al niño de la madre.

Amenorrea de lactancia exclusiva – MELA - como método para espaciar gestaciones

El método de la amenorrea de lactancia (MELA) es el conjunto de condiciones que permiten alcanzar un elevado nivel de eficacia anticonceptiva a través de la lactancia exclusiva:

- Estar en amenorrea;
- Estar en lactancia exclusiva sin agregar suplementos a la dieta del lactante;
- Estar en los primeros seis meses después del parto.

Cuando no se cumplen alguna de estas condiciones, es necesario usar algún método anticonceptivo adicional si se desea evitar una gestación; para que la lactancia y la

amenorrea se prolonguen, es importante que la mujer amamante con una alta frecuencia durante las 24 horas. El MELA sólo puede ser considerado cuando las mujeres han decidido amamantar en forma exclusiva por un tiempo prolongado.

Cuando se cumplen las tres condiciones señaladas, la amenorrea de lactancia protege en forma eficaz a las mujeres y la tasa de embarazos en los primeros seis meses post-parto es de 0.5 por 100 mujeres con el uso correcto, y 2 con el uso típico, lo que es comparable a los métodos anticonceptivos más eficaces.

El estímulo de succión del pezón inhibe la maduración y la liberación de óvulos, retardando la menstruación. Es fundamental que este estímulo sea constante e intenso, es decir, que el niño mame frecuentemente de día y en la noche, 7 ó más veces en 24 horas. Cuando se le da al niño un chupete, mamadera, agua o comidas complementarias, o se modifican los horarios de amamantamiento por razones laborales, se reduce la eficacia de la lactancia como método anticonceptivo.

Después de los primeros 6 meses, cuando se inicia la alimentación complementaria o reaparece la menstruación, aumenta la posibilidad de una nueva gestación, aunque permanece baja mientras continúa la lactancia como base de la alimentación.

En la práctica, la respuesta a tres preguntas permite estimar el riesgo de embarazo de la madre durante el período post-parto y orientarla:

- ¿Ha tenido su primer sangrado post-parto?
- ¿Está dando suplementos?
- ¿Tiene su hijo o hija más de seis meses?

Si la respuesta es NO: Informar que no necesita otro método anticonceptivo, pero que puede iniciarlo si lo desea.

Si la respuesta es SI: La mujer tiene más riesgo de embarazo, y se debe recomendar el uso de otro método anticonceptivo y que siga lactando por la salud de su hijo o hija.

Conclusión

La lactancia y el período postparto son fundamentales en la vida reproductiva de una mujer, su hijo o hija y su pareja y la calidad de vida de los recién nacidos y su pronóstico a largo plazo dependen de lo que sucede en esta etapa.

Este período afecta la vida de las mujeres y sus parejas por las razones biológicas descritas, por los cambios que experimentan su vida de relación y sus actividades cotidianas, por aspectos psicológicos y sociales como la adquisición de nuevos roles y responsabilidades y por el conflicto que pueden experimentar en relación a otros intereses y roles en la sociedad. La madre debería disponer de tiempo para la lactancia. El padre y otros miembros de la familia pueden ser un importante apoyo en el cuidado y atención emocional de otros hijos y puede hacerse cargo de algunas tareas domésticas.

La lactancia y la etapa postparto requieren atención especializada. Lo ideal es que los servicios de salud entreguen atención a madres y niños en forma conjunta, ya que lo que le pase a uno de ellos afecta al otro. Los proveedores de salud deben preocuparse tanto por el contenido como por los procedimientos y el estilo que se utilizan atendiendo a los aspectos biomédicos y psicosociales para darle a la madre, al padre y al niño o niña la

atención, educación y apoyo que requieren para vivir esta etapa en forma sana y como una experiencia de crecimiento personal.

Hay aspectos fundamentales como la educación y consejería; el manejo adecuado de la lactancia, incluyendo el monitoreo del crecimiento del lactante y la administración de suplementos cuando son indispensables; los métodos anticonceptivos adecuados para el postparto; el cuidado de la salud de los niños y de las madres, incluyendo los aspectos nutricionales, la prevención de infecciones y su recuperación ginecológica.

La calidad de la atención que se entrega es esencial, tanto desde el punto de vista técnico como de las relaciones interpersonales. Para las mujeres es importante ser tratadas con respecto y dignidad, recibir información oportuna en un lenguaje fácil, poder preguntar sus dudas y expresar sus temores, tener la libertad de elegir el método anticonceptivo y acceso a otros procedimientos que sean necesarios.

Lactancia Materna y Equidad de Género

A diferencia del sexo biológico, que determina la función de las mujeres y hombres en la reproducción, el género es una construcción cultural, aprendida desde el nacimiento, que define las actitudes y conductas que son deseables en los hombres y las mujeres en una sociedad determinada, incluyendo la forma de ser de padres y madres. El sexo biológico con que se nace es, por definición, inherente a cada persona y se vive en su pertenencia a lo largo de la vida. El género, es decir la manera de ser mujer y de ser hombre en el ámbito social y en los proyectos de vida personal, por el contrario, evoluciona, cambia en la medida en que cambia la cultura.

Es importante reconocer, que cada vez más hombres, particularmente jóvenes, asumen sus responsabilidades en el proceso reproductivo contribuyendo así a la equidad de género, a disminuir la fatiga y el estrés de las mujeres y permitiendo a los hombres desarrollar y beneficiarse de relaciones afectivas más cercanas y gratificantes con su familia. Lamentablemente, esta situación se da mayoritariamente en sectores poblacionales con mayor nivel educativo y mucho menos en la población de nivel socioeconómico mas bajo.

En la actualidad, los servicios de salud sexual y reproductiva no solo explicitan, sino que promueven y apoyan el rol de los hombres en la gestación, el parto y la crianza. Y deben continuar abriendo espacios para los hombres, entregándoles información y definiendo actividades que pueden realizar en los controles, consultas, durante el parto y, particularmente, en el ámbito doméstico. Estos servicios deben promover la lactancia natural no como una responsabilidad exclusiva de la madre, sino como una oportunidad para que los hombres le ofrezcan apoyo, compañía, estímulo y le aseguren el descanso que necesita.

Así mismo, la atención de salud puede incentivar y facilitar la participación de los hombres. Una participación activa y menos ligada al rol de padre proveedor y en muchos casos ausente. Participación masculina con respeto de las decisiones de la mujer sobre su propio cuerpo, apoyándola para que pueda llevarlas a cabo.

6. APEGO, LACTANCIA Y DESARROLLO HUMANO

Conceptos claves

La perinatalidad es un periodo clave para orientar apegos seguros y promover una lactancia eficaz: madre y bebé atraviesan una transición de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social que no se repetirán en el curso del ciclo vital.

La necesidad de alimentación y la necesidad de apego constituyen necesidades básicas para la supervivencia de las crías.

El apego de tipo seguro es el mejor predictor de desarrollo saludable evolutivamente. Cautelar la calidad del proceso de vinculación, a nivel de la promoción y prevención primo secundaria es tarea de todos los profesionales que laboran en el escenario perinatal.

Apego

El vínculo de Apego es un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina.

“Primario” significa que la necesidad de vincularse es una urgencia biológica, innata de la misma importancia para la supervivencia de la especie que la alimentación y la procreación. Las evidencias del carácter primario de la vinculación fueron aportadas por Harlow en macacos: él demostró que el mono sacrificaba incluso la alimentación por la necesidad de afecto y por la necesidad de seguridad, en el diseño de madres sustitutas de alambre con biberón y madres sustitutas de peluche.

En humanos el tipo de apego que se consolida a partir de los 12 meses de vida es la culminación del proceso de interacción entre el bebé y la figura primordial de apego, depende por lo tanto de las características de dicha interacción que pueden ser modificadas con intervenciones específicas.

La calidad del proceso de vinculación constituye una urgencia existencial en la medida que determina la salud a lo largo de la vida. En efecto, apegos de tipo seguro se correlacionan con niños sanos que devienen adultos sanos y apegos de tipo ansioso y desorganizado se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia los niños y psicopatología evolutivamente.

Evidencias del carácter primario de la vinculación en humanos.

La primera, es una experiencia histórica efectuada por Federico II del Imperio Santo Romano en el siglo XXIII. La hipótesis del emperador era que los niños que no estaban contaminados por el pecado hablarían espontáneamente el latín. Para ello confinó a un grupo de recién nacidos, con las instrucciones precisas que se les atendiera en todas sus necesidades físicas pero que no se les conversara. Los niños fueron alimentados

con biberón, protegidos del frío y la suciedad. Esta experiencia fue lamentable porque los 40 bebés sometidos a esta dramática experiencia fallecieron.

Posteriormente a fines de los años 40, René Spitz describe las fases del "hospitalismo" en bebés separados de sus madres el segundo semestre de la vida. Describe una primera fase de protesta y de llanto ante la separación. La segunda fase, de tristeza se acompaña de alteración de los ritmos biológicos, alimentación y sueño, estancamiento de la curva de crecimiento ponderal y estatural y psicomotora y enfermedades e infecciones intercurrentes. Posteriormente los niños no se contactan con su entorno y entran en una apatía e inercia que es irreversible si no cuentan con un maternaje sustituto oportuno.

No disponer de una figura de apego altera el desarrollo físico y mental y compromete la vitalidad del menor.

A partir de la incorporación de este conocimiento el hospitalismo se previene con las visitas prolongadas de los padres durante la estadía de los niños hospitalizados. Sin embargo el hospitalismo puede observarse en hijos de madres, que estando físicamente presentes no se involucran afectivamente en la interacción con su hijo, como es el caso de madres con depresión severa. Los aportes neurobiológicos recientes que muestran la estrecha interrelación entre estrés, emociones y sistema inmunitario que desregula tanto el sistema nervioso autónomo como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenocortical explican la morbi mortalidad de los menores que no cuentan con la base segura de una figura de apego que regule su funcionamiento somático y mental.

Fases de la formación del apego

a.- Preconcepcional

Las condiciones de crianza son claves para las futuras relaciones de apego de los individuos. La alimentación, la educación, los cuidados y afecto que recibe un niño(a) son factores que definen las relaciones afectivas que ellos tendrán con sus propios hijos(as). Resulta significativo que las niñas que reciben pecho, tienen más probabilidades de dar pecho a sus hijos más adelante.

El deseo de un hijo(a) surge por vez primera durante los años preescolares, y se observa en los juegos en que niños y niñas imitan roles maternos y paternos en que reproducen la experiencia de su propia crianza, e inician la práctica de lo que serán sus propias conductas.

Las condiciones bajo las cuales se desarrolla la adolescencia, inciden en la elección de la pareja adecuada, y la definición de valores con los cuales las personas enfrentarán la maternidad o paternidad. La planificación sexual y del momento adecuado de iniciar una gestación, son importantes para la vinculación con el ser en formación. Las gestaciones no deseadas enfrentan más dificultades para la formación de una relación de apego con sus hijos(as).

b.- Prenatal

- Primer Trimestre, confirmación y aceptación del embarazo.
- Segundo Trimestre, indicios de un ser separado evidenciado en el crecimiento uterino, cambios corporales, percepción de movimientos fetales y auge del bebé imaginario.

- Tercer trimestre, personificación del bebé, anticipación de conductas de maternaje, incluida la forma de alimentar al futuro bebé y preparaciones concretas para el nacimiento y llegada del bebé.

c.- Nacimiento e Interacción neonatal

d.- Desarrollo del proceso de vinculación Postnatal

Entre 0 y 3 meses el bebé expresa su competencia relacional orientando la mirada, siguiendo la persona con los ojos, dejando de llorar al escuchar la voz, percibir el rostro conocido o percatarse de su proximidad a través del olor.

A partir de los 3 meses focaliza claramente las señales hacia la(s) figura(s) de apego a las que sonríe largamente.

A partir de los 6 meses intenta mantener la proximidad de la figura de apego a través de los medios que su desarrollo psicomotor le permite.

Comienza a protestar frente a la separación y aparecen las reacciones de prudencia y temor frente a los extraños.

A partir de los 12 meses, se consolida un tipo determinado de vínculo de apego seguro / inseguro.

Apego prenatal

La vinculación de una madre y de un padre con su bebé debuta idealmente con el deseo de hijo y se cristaliza a partir de la confirmación del embarazo.

Durante el embarazo los padres vivencian la gestación del bebé real, feto percibido sensorialmente y objeto de observación del equipo médico, y la gestación del bebé imaginario, telón de proyección de la vida psíquica parental impregnado de significado relacional actual y pasado. Este bebé imaginario puede ser representado mentalmente como un bebé reparador de carencias afectivas, un bebé de reemplazo de una pérdida afectiva, un bebé conciliador de un conflicto conyugal, entre otros significados posibles.

El efecto de la vida psíquica y emocional de la madre en la fisiología del embarazo y el feto intuida históricamente permaneció en el mundo mitológico y mágico hasta el progreso de la neurobiología y la psiconeuroinmunología, que muestran como los neurotransmisores conectan funciones mentales y fisiológicas en la madre (nivel intrapersonal) y comunican el estado emocional de la madre al bebé (nivel interpersonal y transgeneracional).

El drama relacional madre bebé se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar el curso del embarazo y el desarrollo del bebé.

Al confirmar el embarazo se debe observar la tonalidad afectiva que suscita: alegría, temor, inquietud, ansiedad e invitar a la madre a verbalizar su reacción. Recoger la historia del embarazo es útil para predecir el grado de aceptación del embarazo: si corresponde al deseo de uno o ambos progenitores, si fue planificado, si se integra o interrumpe el proyecto personal y familiar.

Durante el primer trimestre la calidad del ciclo sueño-vigilia y la facilidad para alimentarse así como la adopción de rutinas que beneficien al bebé son excelentes indicadores de una interacción materno fetal armónica.

Al contrario, síntomas tales como insomnio, hiperémesis gravídica y quejas somáticas diversas expresan el malestar relacional con el feto y/presencia de estresores.

La percepción materna de los movimientos fetales que le permite sentir al bebé como una persona con conductas autónomas da término a la fusión total de la madre con el feto y marca el inicio del proceso de separación necesario para alimentar el apego. La madre suele atribuir intencionalidad a los movimientos fetales y sus percepciones pueden oscilar entre poemas amorosos y pesadillas persecutorias. La descripción de las características de los movimientos fetales, su intensidad y su tonalidad afectiva indican el grado de armonía de la interacción materno-fetal y se integran evolutivamente a la relación. La percepción de los movimientos fetales ligadas a los mecanismos de defensa que la madre interpone en su relación interpersonal con el bebé, se conectan con su experiencia vincular transgeneracional y con su situación actual. Un bebé no deseado, puede inhibir la percepción materna de los movimientos fetales, un bebé concebido en un contexto de violencia puede tener una representación materna amenazante y persecutoria y comenzar así su historia de agresividad in útero.

La representación del bebé imaginario tiene su auge entre el 4 y el 7 mes; madres y padres imaginan y sueñan su apariencia física, su sexo, su carácter; lo imaginan idealmente a la vez que temen una patología. Si el bebé imaginario es concebido como un bebé reparador de carencias afectivas, un bebé de reemplazo de una pérdida afectiva, un bebé conciliador de un conflicto conyugal, existe riesgo relacional por las expectativas desmesuradas otorgadas al bebé desde la vida intrauterina que puede provocar frustración en la interacción con el bebé real desde el nacimiento, por lo que un acompañamiento psicoterapéutico es deseable. Los padres suelen y es deseable que establezcan diálogos verbales y táctiles con el bebé.

En los últimos meses del embarazo, la anticipación de conductas de maternaje incluida la alimentaria y los preparativos para recibir al bebé cobran más importancia, incluyendo la elección del nombre, si aún no se había concretado. La imagen del bebé imaginario pierde nitidez para facilitar la acogida del recién nacido disminuyendo el perfil de confrontación entre el bebé imaginario y el bebé real.

Indicadores de apego prenatal

- Historia del embarazo.
- Tonalidad afectiva de los progenitores.
- Periodicidad de los controles del embarazo.
- Indicadores psicofisiológicos.
- Cuidados durante el embarazo.
- Percepción de movimientos fetales.
- Presencia de bebé imaginario o sueños con el bebé.
- Diálogos sensoriales o imaginarios con el bebé in útero.
- Preparativos para recibir al bebé

Procedimiento diagnóstico del apego prenatal

La entrevista prenatal relacional integrada al control prenatal habitual es el mejor procedimiento para el diagnóstico del apego prenatal.

Acoger las expectativas, emociones, dudas, temores, de los futuros padres debe estar ligado al examen somático del embarazo. La atención prenatal debe incluir el examen somático y la entrevista conversacional en simultaneidad para evaluar la gestación uterina y la gestación psicológica.

En la medida que se abra un diálogo confiable y desprejuiciado de escucha activa los padres darán a conocer los múltiples problemas tales como consumo de drogas, violencia intrafamiliar, carencias afectivas, pérdidas que sabemos impactan el desarrollo vincular y la lactancia.

Discriminar al inicio de la vida del bebé dificultades en el proceso de vinculación permite implementar oportunamente intervenciones preventivas con todas las ventajas de la prevención temprana.

Nacimiento y puerperio inmediato

El nacimiento constituye un espacio clave en la orientación del proceso de vinculación extrauterina madre-bebé hacia el tipo de vínculo deseable, el vínculo de apego seguro. La perinatalidad es una transición de estado para la madre y el bebé que culmina en un cambio de estado fisiológico, psicológico y de rol social en el punto crítico del nacimiento. El bebé emerge a la vida post-natal, la mujer pasa de gestante a madre, el hombre de progenitor a padre y el bebé imaginario se confronta con el bebé real. La necesidad del recién nacido de vincularse a sus padres se articula con la necesidad afectiva de los padres de conocer el bebé real y ser confirmados en su identidad generadora. El contacto piel a piel inmediato brinda el espacio de transición que permite el inicio del reconocimiento recíproco de sus protagonistas en un tiempo emocional que es propio a cada familia.

El bebé dispone desde el nacimiento de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de maternaje, así, los primeros 40-60 minutos de vida el recién nacido permanece en vigilia calma, ávido sensorialmente buscando ser acogido en el ambiente extrauterino que le permitirá seguir desarrollándose.

La puerpera se haya especialmente predispuesta para compartir emocionalmente con su bebé y aprender las conductas de maternaje adecuadas tales como entregar cuidados físicos y afecto las que se eliciten en la medida que se posibilite el contacto con el bebé y tienen mayor probabilidad de efectividad en la medida que se les brinde apoyo personalizado y formativo.

Sostener a los padres en el descubrimiento del bebé real facilita la puesta en marcha de una espiral de interacciones armónicas y gratificantes que confirma la identidad materna y la identidad emergente del bebé recíprocamente.

Contacto piel a piel, apego y lactancia

El cambio de estado confiere a la madre, al recién nacido y al padre el máximo de sensibilidad para que se activen las conductas de vinculación inscritas en el programa genético de los mamíferos.

El contacto piel a piel inmediato, cuando el recién nacido emerge a la vida extrauterina es el activador de excelencia de las bases moleculares de los genes Fos B (Early Interactive Genes) responsable de la puesta en marcha de las conductas de maternaje.

Existe una conexión interesante entre el imprinting olfativo, el contacto piel a piel y el éxito de la lactancia. **El contacto piel a piel estimula la secreción de glándulas mamarias y sudoríparas activando la impronta olfativa de la díada madre-bebé.** El bebé cuyo olfato se ha desarrollado in útero, reconoce el olor de la leche de la madre tempranamente y la madre que tiene la oportunidad de vivenciar el contacto piel a piel reconoce a su bebé por el olor. **El olfato de la madre aumenta su sensibilidad en el período perinatal gracias al aumento de las células del bulbo olfatorio, y tiene su auge en el puerperio inmediato,** para comenzar a declinar a partir de la segunda semana de vida. El bebé recién nacido pocas veces va a succionar, y lo más importante en este primer encuentro es el contacto sensorial.

En una experiencia que es clásica, Kaitz reporta en el año 1992 como madres con los ojos vendados son capaces de reconocer a sus hijos por el olor cuando han gozado de contacto temprano piel a piel. En el caso en que no hubo contacto piel a piel temprano no hay ese reconocimiento olfativo. Para favorecer este reconocimiento olfativo recíproco es deseable que madres y bebé eviten el uso de perfumes y colonias.

El contacto piel a piel posibilita el reconocimiento a través de todos los sentidos conectando íntimamente tacto, olores, sonidos y miradas que impulsan la circulación de afectos.

El contacto corporal es fundamental para fomentar buenos apegos y lactancia. Además de activar las conductas de vinculación, facilita la lactancia aumentando la prolactina y la ocitocina que son las hormonas responsables de la producción y secreción láctea, libera endorfinas, hormonas de la familia de los opiáceos dando sentimientos placenteros y disminuyendo el dolor y el estrés.

Por el contrario, **la separación neonatal se correlaciona significativamente con disminución de la lactancia y con trastornos de vinculación**

El bebé sin ser una “tabula rasa”, transita por un período altamente sensible a las experiencias sensoriales y afectivas. **Las “vivencias” que esas experiencias despierten en él, constituyen el “material” con que construirá sus relaciones interpersonales, y la tipología que finalmente ellas adquieran, dependerá en gran medida de esos eventos primarios.**

Así, las interacciones tempranas van configurando la experiencia subjetiva de la relación interpersonal del bebé y la representación cerebral correspondiente a dicha experiencia.

Todas las sensorialidades visual-táctil-auditiva-olfativa se van inscribiendo e integrándose en el cerebro del bebé, para reconocer la figura de apego y se van inscribiendo en el cerebro de la madre para reconocer a su hijo(a).

No es casual que la distancia focal del recién nacido corresponda a la distancia ojo a ojo que permite el encuentro visual con la madre mientras lo amamanta cobijándolo en sus brazos.

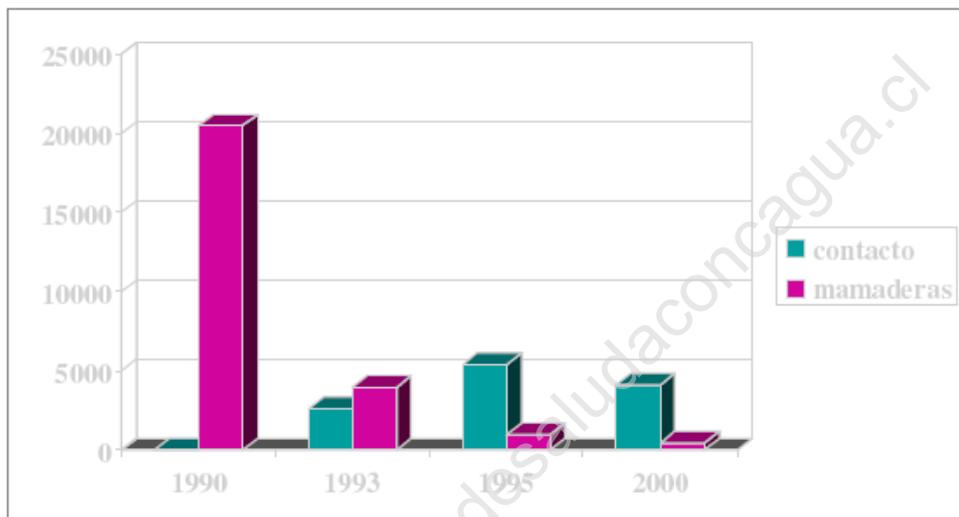
En situaciones clínicas que no permitan el contacto piel a piel es imprescindible activar el apego materno con los otros canales sensoriales, tales como la información acerca del recién nacido y la descripción del bebé. El rol del padre en la transmisión de información es fundamental.

Contacto piel y lactancia

El poder del contacto piel a piel inmediato y extendido ha sido documentado en varios estudios, a partir de los cuales la UNICEF implementó los “Hospitales Amigos del Niño y la Madre” y el Programa de Lactancia Materna.

En la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau, el beneficio del contacto piel a piel inmediato antes del alumbramiento se puede observar a partir del año 1993 y se mantiene hasta la fecha.

Evolución número de mamaderas y contacto piel a piel HBLT



Evolución del porcentaje de realización de contacto piel a piel y mamadera en el Hospital B.L.T.

Contacto piel a piel y prevención de trastornos del apego.

Otra dimensión de las experiencias que constituyen la evidencia de la alta sensibilidad del cambio de estado y la fuerza del contacto piel a piel es la experiencia de O' Cooner. Este autor realiza un seguimiento de niños desde su nacimiento, y evalúa las situaciones de maltrato que sufrieron como expresión de trastornos del apego. En el grupo de niños que tuvo contacto temprano hubo dos niños maltratados y en el grupo control hubo diez. Esta experiencia es estadísticamente significativa. Los autores de esta investigación tomaron como maltrato a conductas de negligencia, abandono y maltrato físico.

Contacto piel a piel y conductas de maltrato hasta los 17 meses

• Contacto	n diadas	n maltrato
• Sí	134	2 (1,4%)
• No	143	10 (7%)
• P 0,05		O' Connor

Prácticas de atención

Frente a la institucionalización del proceso de nacimiento les corresponde a los profesionales de salud posibilitar las condiciones de activación de las conductas de vinculación y orientar procesos de vinculación que tengan más probabilidad de consolidarse en apegos seguros. Para ello se requieren normas de atención, conductas y actitudes profesionales que las promuevan.

El cambio de estado fisiológico, psicológico y social permeabiliza al máximo los límites entre lo psíquico y lo ambiental aumentando la penetrabilidad de los mensajes que se inscriben en el registro somático y simbólico dejando huellas indelebles en la relación madre-hijo.

Gestos y palabras de los profesionales se inscriben en la identidad materna y en la representación del hijo contribuyendo a orientar relaciones seguras o inseguras hacia los hijos.

Mensajes como bebé débil, flaco, flojo porque no succiona o madre que no sabe cuidar, alimentar, calmar, etc., pueden contribuir a generar relaciones disfuncionales así como gratificaciones verbales positivas, las orientan funcionalmente.

Indicadores de la interacción materno-neonatal

Ocurrencia y calidad de las interacciones físicas, verbales y visuales.

Contacto físico:

El contacto cariñoso es aquel en donde se observan eventos interactivos en que la madre acaricia, abraza, besa, acuna, sostiene a su hijo de un modo que denota una emoción de ternura y bienestar compartido madre bebé.

Verbalizaciones:

Las verbalizaciones cariñosas ocurren cuando la madre tiende a hablarle a su hijo, realiza juegos vocales, le canta, u emite algún tipo de sonido vocal tal como hablarle, cantarle, emitir balbuceos u otro con una tonalidad emocional tierna y placentera.

Contacto visual:

Los contactos visuales cariñosos, ocurren cuando la madre busca, mantiene y sigue la mirada de su bebé y responde a la mirada de este último.

Los contactos visuales no cariñosos, ocurren cuando la madre no busca, ni mantiene ni sigue la mirada de su hijo, rehúye y evita su mirada y no responde o reacciona frente a la misma.

Grado de aceptación materna del género, apariencia física y conducta de su bebé.

Se observa la tonalidad afectiva que dichas características del bebé elicitaba en la madre. Se indaga la distancia/cercanía con el bebé imaginario figurado en el embarazo, el grado de desilusión y el grado de aceptación de la pérdida del bebé imaginario ideal si es pertinente.

Grado de facilidad para ocuparse del bebé.**Alimentarlo:**

Se aprecia el grado de facilidad y de bienestar de ambos protagonistas durante este evento interactivo. La madre con facilidad presenta **posturas ajustadas** de lactancia, hay facilidad en acercarlo a su pecho, no se observa muy ansiosa en el momento del amamantamiento, y parece disfrutar con tonalidad afectiva placentera con el amamantamiento al igual que el bebé.

Durante la muda y vestimenta se aprecia bienestar de ambos durante este evento interactivo. La madre con facilidad presenta delicadeza, comodidad en la forma de realizar esta tarea, si hay esfuerzo en la tarea no se observa una ansiedad desmedida.

Observación de la tolerancia de la madre frente al llanto del bebé

El llanto del bebé es un factor de estrés para la madre y el padre.

Calmarlo es gratificante, la dificultad en calmarlo da frustración, ansiedad y puede conducir a conductas de maltrato que ponen en peligro la vida del niño (síndrome de niño sacudido). La tolerancia se aprecia a través de las diversas conductas que el llanto elicitaba en la madre.

- Lo intenta calmar:

- Se aleja o ignora el llanto del bebé

-Se irrita: presenta expresiones faciales de agresividad y rabia, movimientos bruscos hacia el bebé.

Diagnosticar la **Tonalidad afectiva** y la armonía durante las interacciones es fundamental. Se puede detectar a través de la expresión facial, postura corporal, tono de voz, contenido de los comentarios, y signos expresivos

En la tonalidad afectiva placentera la madre tiene expresión facial de alegría, postura corporal abierta que se correlaciona con lactancia satisfactoria, tono de voz calmado y contenido positivo de los contenidos acerca del bebé.

Una interacción armónica presenta las siguientes características observables:

Es una interacción sensible: la madre está alerta a los signos, tanto de malestar y bienestar, que pueda expresar el bebé. Con el tiempo logra interpretar adecuadamente los signos del bebé como el llanto y realizar los gestos que van al encuentro de estas señales.

Es una interacción contingente: Una interacción contingente es aquella en donde la madre rápidamente reacciona frente a los signos sea de angustia del bebé (expresados en el llanto) como de necesidad de interacción placentera.

Es una interacción de tonalidad afectiva placentera

Es una interacción sincrónica: tanto la madre como el bebé están conectados en una misma frecuencia emocional o sea hay sintonización de los estados afectivos de la madre y el bebé.

Según la forma en que se presentan estos indicadores se concluye con la evaluación global de riesgo relacional que se expresa en dos diagnósticos posibles: alto o bajo riesgo relacional.

La estadía en maternidad brinda una ocasión privilegiada para evaluar la interacción entre la madre y el bebé y focalizar intervenciones preventivas en díadas de alto riesgo relacional.

Si se considera que la evaluación entre los 14 y 18 meses de edad de bebés provenientes de díadas madre-bebé de alto y bajo riesgo relacional muestra que las conductas de maltrato se dan en un 76% de díadas de alto riesgo en comparación a un 21% de maltrato en díadas de bajo riesgo relacional es una práctica que debería incorporarse programáticamente.

Comparación de porcentaje de abandono negligencia, y maltrato durante el segundo año de vida en hijos provenientes de díadas de alto y bajo riesgo relacional diagnosticadas en la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago, Chile. 1997. Kimelman

Conductas de maltrato	Díadas alto riesgo	Díadas bajo riesgo
Si	76 %	21 %
No	24 %	79 %
Total	100 %	100 %

Chi cuadrado=8.763

P = 0.0003

Indicadores de la interacción madre-niño/niña durante el control de niño sano.

El control de salud del niño sano ofrece al igual que la estadía en maternidad una oportunidad privilegiada para seguir cautelando el proceso de vinculación.

La evaluación de la interacción madre bebé puede ser efectuada por enfermera y pediatra integrada al control habitual incorporando los siguientes indicadores:

Desvestir/Vestir Delicado: Acción que se lleva a cabo poniendo atención y esmerándose porque el acto siga los ejes naturales del cuerpo y extremidades evitando

que el cuerpo del niño sufra choques o sea sometido a posiciones incómodas, extremas o eventualmente dolorosas.

Desvestir/vestir Brusco: La acción atiende más a la eficacia de quitar o poner la ropa con cierto desmedro de la comodidad y bienestar del niño en el momento.

Llanto Suave: Expresión de malestar que se evidencia por gesticulación facial, intentos de retiro del cuerpo al procedimiento de medición o al extraño, búsqueda y acercamiento a la figura de apego, vocalizaciones quejumbrosas y aparición de lágrimas. No interfiere con los procedimientos de medición.

Llanto Intenso: Se acentúan y adquieren más fuerza los signos del llanto suave. Se agregan alteración del ritmo respiratorio y emisión de sollozos y suspiros. Puede dificultar las mediciones.

Llanto contingente: Ocurre como consecuencia directa de una acción no aceptable por el niño, desvestir, pesar, medir, etc. Cesa al concluir el procedimiento y retornar el niño a una situación conocida o aceptable.

Maniobras para calmar el llanto: gestos o actos de la madre (enfermera u otro), destinados a obtener o recuperar el contacto visual, verbal o físico con el fin de conseguir sosiego o cese del llanto del niño.

Bifocalidad: capacidad de la madre de estar atenta simultáneamente a su hijo y al profesional. Imprescindible para prevenir accidentes.

Diálogos: Interacciones madre bebé en las que a través del contacto visual, vocal o corporal se sintonizan y expresan de modo sincrónico reconocimiento mutuo y afecto.

Juegos: Interacciones madre (u otro) – bebé en las que puede apreciarse alguna actividad que busca elicitación alegría, risa y placer en ambos miembros de la díada.

Distancia madre bebé flexible: Capacidad de la madre para modular el espacio entre ella y su bebé de acuerdo a la actividad y requerimientos del niño.

Distancia madre bebé rígida: Incapacidad de la madre para modular el espacio entre ella y su bebé.

Autonomía del bebé: Se refiere a un repertorio de conductas presentes en el bebé y que le permiten interactuar con objetos y personas sin mediación de la madre o figura de apego primordial.

Rechazo al extraño: Negativa o reticencia del niño a entrar en contacto con una persona desconocida explicable por la angustia que le provoca alejarse de la figura de apego principal. Desvía la mirada, oculta el rostro, pone el cuerpo rígido o puede llorar. (a partir de los 6 meses).

Interacción armónica: Las conductas de ambos protagonistas de la díada se caracterizan por su reciprocidad, sincronía, presencia de diálogos, y distancia flexible. El llanto del bebé es contingente, el consuelo materno eficaz, la bifocalidad está presente y suelen haber juegos.

Las interacciones armónicas predominantes a lo largo de los primeros 18 meses de vida consolidan en apegos seguros.

Las interacciones disarmónicas predominantes a lo largo de los primeros 18 meses de vida consolidan en apegos ansiosos (ambivalentes, evitantes o desorganizados)

Aspectos psicológicos de la lactancia

Asegurar la vitalidad del bebé es sin duda la primera tarea de los padres. Si bien cuidar la supervivencia de la progenie es una tarea común de los mamíferos, la toma de conciencia de esta tremenda responsabilidad es específica a la especie humana.

El darse cuenta de esta realidad especialmente en las primíparas lleva al temor de no lograr ocuparse bien del recién nacido, lo que se acompaña de dosis variables de ansiedad que pueden perturbar la lactancia.

Las madres se preguntan habitualmente si tendrán la leche necesaria para alimentar a su hijo, como saber si han ingerido una cantidad suficiente, si están succionando adecuadamente, si el pezón está bien adaptado a la boca, si se ahogara con la leche que sale muy rápido o se irritara porque sale lentamente, si está aumentando suficientemente de peso, si se está poniendo amarillo por su culpa porque no tiene la leche necesaria.

Las interferencias emocionales más frecuentes están dadas por el temor de dañar al bebé, de no ser una madre "suficientemente buena" en el concepto de Winnicott y, lejos menos frecuentemente, la vergüenza y el pudor de alimentar al hijo con su cuerpo.

Los padres y especialmente la madre deben aceptar la dependencia total del bebé en la medida que la necesidad de nutrición y la necesidad de apego constituyen una urgencia biológica.

Para una lactancia eficaz la madre requiere disfrutar con las apetencias orales del recién nacido y de la satisfacción de gratificarlas con su cuerpo, proceso que puede ser bastante laborioso, influyen en ella los mensajes que ha recibido acerca de la lactancia de su propia madre, la anticipación prenatal para alimentar a su bebé, su experiencia anterior y los conflictos psicológicos y psicopatológicos.

En la anticipación de la identidad materna durante el embarazo la futura madre puede tener una representación sea positiva, gratificante y exitosa del amamantamiento sea negativa, dificultosa y fracasada. La experiencia de ella como bebé y los mensajes transmitidos por la propia madre influyen en la representación materna.

Es recomendable indagar este aspecto en la conversación relacional del proceso de vinculación en curso en los controles prenatales.

La conflictividad psicológica que deriva de un ecosistema inadecuado, escasa red de apoyo, disfuncional a nivel familiar y de pareja suele dar un nivel de ansiedad que puede dar dificultades en el inicio y mantención de la lactancia.

Que los profesionales se conciben como un nodo de la red de apoyo y se hagan las intervenciones necesarias facilita la crianza.

La conducta de amamantamiento es así una conducta interactiva diádica mediada por el eje neuroendocrino.

Las funciones fisiológicas de la madre y el recién nacido están ligadas a través de las emociones que circulan entre ellos. Las emociones expresan la tonalidad afectiva del proceso de vinculación en curso, la situación actual de la madre y las conductas y actitudes de los profesionales tratantes.

La interacción madre – recién nacido durante la lactancia es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo y debiera organizarse en una postura ajustada a los 3 o 4 días o sea al alta de la maternidad debiera estar ajustada.

En tanto conducta interactiva diádica, el amamantamiento evidencia el grado de armonía del dialogo corporal, tónico y cenestésico entre los protagonistas.

La madre transmite mensajes emocionales a través de la postura, el tono muscular y la forma en que sostiene al bebé. Las modificaciones de postura y de tono muscular son captadas por el bebé modulando el ritmo de succión del bebé, la madre debe acoplarse sincrónicamente respetando las pausas del bebé, la intensidad y el vigor con que mama, tolerar el dolor y las sensaciones placenteras que en ocasiones desconciertan e inquietan a madres con estructuras de personalidad rígidas y superyoicas.

A modo de ilustración una madre restringía la lactancia por sentimientos de malestar y vergüenza consecutivos a sensaciones placenteras vivenciadas con connotación erótica durante la succión.

Otra madre expresaba motivación para amamantar pero imposibilidad de secretar leche dada su experiencia con otro hijo.

Las Posturas de lactancia descritas por F.Cukier-Hemery, Lézine y Ajuriaguerra hace 30 años son observables en el diagnóstico del amamantamiento en la población de díadas madres-bebés chilenas, a saber:

- Posturas Ajustadas con lactancia satisfactoria: la posición de ambos es cómoda, los movimientos son armónicos permitiendo la alimentación prolongada y el intercambio de miradas y caricias.
- Posturas Ajustadas con esfuerzo materno con lactancia satisfactoria: la madre mantiene una posición incómoda que la cansa al poco tiempo y dificulta el intercambio de miradas y caricias.
- Posturas Desajustadas con lactancia ineficaz: la adaptación recíproca es imposible, los 2 cuerpos están distantes, casi sin contacto, al menor movimiento de la madre se interrumpe el contacto boca pezón.

El bebé puede estar tónico o pasivo.

Hay una interacción entre las características específicas de la forma de mamar del bebé y las vivencias de la madre, una succión muy vigorosa puede enorgullecer a una madre y puede angustiar a otra por la avidez y demanda del bebé. Al contrario una succión débil puede hacer temer a la madre problemas de alimentación, puede estimular demasiado al bebé en una pausa normal no respetando su ritmo.

Las características con que el bebé mama son variables vigor, frecuencia y regularidad del ritmo de la succión varían individualmente y evolucionan en el tiempo.

Interferencias psicopatológicas

El cambio de estado inherente al nacimiento abre una ventana a los procesos psíquicos que posibilitan la emergencia de conflictos muy antiguos y la posibilidad de intervenciones de gran eficacia. El puerperio es documentadamente el periodo de mayor vulnerabilidad psicológica. Estudios epidemiológicos describen que el riesgo de trastorno mental en el primer mes postparto es 7 veces mayor que antes de embarazarse y que 1 de cada 10 mujeres tendría depresión. En Chile la prevalencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva reportada durante el postparto alcanza entre un 36.7 % entre 8 y 12 semanas y un 48% a las 12 semanas.

La Depresión puerperal se caracteriza porque a la sintomatología de estado en otros periodos de la vida se agrega la sensación de incapacidad para cuidar y alimentar al bebé. Cuestionan la calidad y la cantidad de leche que entregan. Solicitan consultas pediátricas frecuentes, buscando apoyo y seguridad.

Más precoz y frecuente durante el puerperio inmediato es el cuadro clínico de la disforia o blues postparto que es una perturbación emocional transitoria, con mucha ansiedad y temor en las tareas de maternaje e insomnio "subjetivo". El apoyo de los profesionales durante la estadía en la maternidad es esencial.

Si bien el dolor tiene un sustrato biológico y es real, la tolerancia al dolor es influenciada por la dimensión psicológica y la experiencia relacional de la madre.

Algunas madres se quejan de mucho dolor y malestar que imposibilita la lactancia, si esto se acompaña de intolerancia al contacto físico con el bebé, y una hipervigilancia para cuidarlo de eventuales peligros podría corresponder a la reactualización de vivencias traumáticas, a menudo situaciones de abuso sexual no comunicadas y relegadas en la memoria.

Estimular la lactancia en ellas puede desorganizar su precario equilibrio mental y amerita apoyo especializado.

Otras madres tienen dificultades en la secreción láctea pese a que cognitivamente refieren que desean amamantar al bebé, si la relación con el bebé es distante, displacentera triste podría orientar a un duelo en elaboración o no resuelto especialmente por óbitos o mortinatos.

En suma, descifrar el significado de la representación mental y la vivencia evocada por el amamantamiento que actualiza relaciones pasadas traumáticas y pérdidas es esencial para abordar este tipo de dificultades de la lactancia. Requieren atención de especialista.

Conclusión

Se ha expuesto que la necesidad de alimentación y la necesidad de apego constituyen necesidades básicas para la supervivencia de los bebés.

En un maternaje saludable las funciones de otorgar cuidados, nutrición y afectos se ejercen simultáneamente por la figura materna lo que hizo suponer durante siglos que el afecto era secundario a la lactancia.

Actualmente sabemos que la necesidad de vinculación es primaria, tan imprescindible para la supervivencia como la alimentación. Parafraseando a Winnicott "un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación".

Distinguir que el apego no es secundario a la oralidad o sea a la satisfacción de la necesidad de alimentación ha sido un hito fundamental en la formulación de la teoría del apego y la reformulación de la teoría psicoanalítica. En clínica perinatal esta distinción es importante en las patologías en que la lactancia está contraindicada, tales como seropositividad y diversos tratamientos de enfermedades maternas que presentes en la leche son nocivos para el bebé. Informar a las madres que pueden tener un buen apego con sus hijos/hijas alimentándolos con fórmula láctea les alivia disminuyendo el impacto por la imposibilidad de amamantar.

El modelo biomédico de asistencia durante el embarazo, parto, puerperio y control de niño sano ha resultado exitoso para bajar los riesgos de la morbi mortalidad materno

infantil. Incluir el proceso de vinculación afectiva entre una madre y su hijo como tema integrante de la atención, potenciaría los logros biomédicos ya consagrados y contribuiría al desarrollo de ciudadanos más sanos.

7. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad.

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

El prematuro mayor de 31 semanas y mayor de 1.500 a 1.700 gramos puede ser perfectamente bien nutrido por la lactancia exclusiva. Pero, el prematuro de menor edad gestacional y menor que estos pesos, requiere un suplemento de proteínas, calcio y fósforo, aun cuando la leche de estas madres contenga más proteínas.

La literatura médica confirma los beneficios de la lactancia exclusiva sobre la nutrición y desarrollo de los niños y niñas, así como para su salud durante la infancia e incluso en períodos posteriores de la vida. Los niños/as amamantados/as tienen menor riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia, infección urinaria.

En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla.

Un estudio de Ball et al. (1999)³ calcula el exceso en costos del cuidado de la salud para tres patologías frecuentes en niños/as alimentados mediante fórmula infantil, los resultados son:

- Enfermedad del tracto respiratorio bajo: los niños/as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 36,1% y los amamantados en forma exclusiva durante al menos los 3 primeros meses, tuvieron una incidencia de 29,8%.

- Otitis Media: los niños/as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 67,1% y los amamantados en forma exclusiva, durante al menos los 3 primeros meses tuvieron una incidencia de 55,7%.
- Enfermedades gastrointestinales: los niños/as que nunca fueron amamantados tuvieron una incidencia del 63,8% y los amamantados en forma exclusiva durante al menos los 3 primeros meses tuvieron una incidencia de 22,5%.

El ahorro de recursos para las familias de niños y niñas amamantados/as, tanto en alimentación, como en gastos médicos (estudios realizados en Santiago con madres que trabajaban separadas de sus hijos/as, muestran un riesgo de diarrea durante los primeros seis meses de vida, entre 7 y 20 veces mayor entre los que recibían lactancia exclusiva, así como el doble de infecciones respiratorias), aproximadamente el 70% de las licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año, ocurre en el período de los primeros 6 meses de vida¹.

Además es importante considerar que los niños y niñas amamantados/as tienen un mejor desarrollo de las arcas dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños/as que reciben mamadera. Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje.

Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso. La Encuesta Nacional de Lactancia año 2000, muestra un menor riesgo tanto de desnutrición como de obesidad entre los niños y niñas amamantados/as en forma exclusiva los primeros seis meses de vida, que los que recibieron lactancia mixta o artificial.

Estudios, tanto nacionales como internacionales, muestran que los niños con lactancia exclusiva crecen adecuadamente durante el primer semestre de vida, luego de lo cual la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida (OMS-UNICEF).

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

¹ – Rev. Chilena pediatría Vol. 78 Stgo. Oct. 2007.

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

La perinatalidad es un período clave para orientar apegos seguros: madre / hijo/a, atraviesan una transición de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social que no se repetirán en el curso del ciclo vital; el padre y familiares transitan en lo psicológico y social. Esta fase del desarrollo humano es un período dinámico de movilización emocional útil para preparar la parentalidad. El amamantamiento aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo/a, reduciendo el maltrato y la posibilidad de abandono en los niños/as, reduce la depresión postparto y mejora la autoestima de las mujeres.

Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes insulino-dependiente, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, la enfermedad celíaca, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas (Díaz-Gómez et al, 2000)³

Además se han demostrado **beneficios para la salud de la madre**, tales como:

- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.
- Retracción del útero: por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la ocitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo. La ocitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.
- Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.

- Recuperación de los pechos: la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

Beneficios para la familia: el refuerzo de lazos afectivos familiares, prevención del maltrato infantil. No satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El LAM (método lactancia materna y amenorrea) es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

Beneficios para la sociedad: Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbimortalidad infantil.

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.

Además están las ventajas ecológicas, pues la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.

Riesgos de la alimentación con fórmula

- a) Existen importantes diferencias entre la leche materna y la de fórmula, tanto en la cantidad como en la calidad de los macro y micronutrientes que el niño recibe. La leche de vaca no contiene lipasa, enzima necesaria para metabolizar y digerir las grasas. La mayor cantidad de caseína en la leche de vaca forma flóculos gruesos de

difícil absorción. La mayor concentración de sus nutrientes produce estreñimiento y sobrecarga renal.

b) Dificultades para la preparación: Muchas veces las instrucciones de preparación impresas en los envases son difíciles de leer y entender. La madre puede no considerar la importancia de la concentración que debe tener el alimento (relación polvo-agua), por lo que la preparación de la fórmula resulta inadecuada. Si se agrega mucho polvo, el preparado tendrá mayor concentración de nutrientes, lo que puede provocar diarrea, deshidratación y mayor carga renal. Si se agrega menos polvo, con el fin de ahorrar alimento, el niño no recibe suficiente aporte de nutrientes ni calorías, causando desnutrición. La leche necesita ser preparada con agua potable, ojalá hervida, lo que no siempre es posible.

c) Mayor riesgo de enfermedades por contaminación de alimentos, más aún si no se toman las precauciones pertinentes, tales como: uso de agua contaminada, manipulación de los alimentos con las manos sucias, mal lavado de los utensilios usados, secado de manos o utensilios con paños sucios o contaminados, transporte de gérmenes por moscas y otros vectores, descomposición fácil de la leche al quedar en el medio ambiente, sin refrigerar, dificultad para la higienización de chupetes y mamaderas, facilita el cultivo de gérmenes y ausencia de factores inmunológico.

d) En la leche procesada (hervida, condensada, en polvo) se destruyen los elementos bioactivos. Desde el punto de vista inmunológico, las leches de fórmula pueden considerarse inertes. Los niños alimentados con mamadera enferman con mayor frecuencia de diarreas, enfermedades respiratorias, otitis y alergias, las proteínas y otras sustancias extrañas al metabolismo del niño, pueden actuar como potentes alérgenos y sensibilizar al niño para toda la vida.

e) Recuperación de la fertilidad y mayor riesgo de un nuevo embarazo: al tener la alternativa de dar al niño alimentación artificial, la madre deja muy pronto de lactar en forma exclusiva, recupera su fertilidad, y si no toma las precauciones para el control de la natalidad, estará en riesgo de un nuevo embarazo.

f) Alimentar a un niño con fórmula tiene un alto costo, no sólo por el elevado valor de las fórmulas, sino por la cantidad de implementos y tiempo que se requieren para su preparación adecuada. Es necesario sumar a lo anterior el alto costo de las enfermedades del niño en consultas y medicamentos, exámenes de laboratorio, deterioro del crecimiento y desarrollo, ausentismo laboral de la madre, etc.

g) Riesgos de usar mamadera: si bien es cierto que en casos calificados la mamadera puede ser un valioso auxiliar para alimentar a los lactantes, ésta no debe usarse regularmente como sustituto del pecho materno, ya que involucra una serie de riesgos. Ninguna mamadera se asemeja a la forma, consistencia, textura, temperatura y funcionalidad del pecho materno.

h) El dar mamadera o un chupete al niño para calmar su hambre o su necesidad de chupar, reduce la producción de leche por falta de estímulo del pezón-areola. La disminución visible de la leche produce ansiedad en la madre, le crea desconfianza

en su capacidad de amamantar y en definitiva una real disminución de la producción de leche.

i) Alteración funcional de la succión-deglución-respiración: el uso de mamadera en el lactante menor puede provocar una serie de alteraciones en el área máxilo-facial y oro-faríngea, ya que el niño debe improvisar patrones funcionales de succión-deglución-respiración para dosificar el contenido extraído y deglutirlo sin atragantarse. La alteración producida se conoce como disfunción motora oral del lactante.

j) Interferencia en la maduración de futuras funciones bucales: un patrón funcional básico alterado genera una distorsión de las futuras funciones, manifestada como deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultades en la fonoarticulación del lenguaje, alteración de la postura corporal, etc.

k) Congestión del sistema adenoideo: el sistema adenoideo de la retrofaringe, compuesto por múltiples ganglios y vasos linfáticos, se congestiona fácilmente cuando el niño tiene una función de succión-deglución anormal.

l) Riesgos de otitis y enfermedades respiratorias: la congestión del sistema adenoideo involucra una congestión de la mucosa respiratoria y de la trompa de Eustaquio. La diferencia de temperatura, en más o menos grados que la leche materna, y el azúcar agregada a la mamadera pueden causar congestión de las mucosas. La mucosa respiratoria y la trompa de Eustaquio congestionadas se hacen insuficientes y por lo tanto vulnerables a la infección, siendo ésta una de las causas frecuentes de enfermedades respiratorias, alergias y otitis media en los lactantes alimentados con mamadera.

m) Hábito de respiración bucal: episodios de congestión de la mucosa respiratoria y del sistema adenoideo, obligan al niño a buscar la alternativa de la respiración bucal para ingresar el aire necesario a sus pulmones. Si estos episodios son frecuentes o prolongados, el niño adquiere el hábito de respiración bucal, con todas las consecuencias que ello acarrea: falta de ventilación adecuada, infecciones respiratorias recurrentes, hipoacusia, alteración del desarrollo de las cavidades paranasales, del desarrollo torácico y de la postura corporal, alteraciones del desarrollo máxilo-facial y de la oclusión dentaria, disfunción labial y lingual, alteración de la fonoarticulación, desarmonía estética facial, fascies típica del respirador bucal, etc.

n) Alteración de la postura cérvico-craneal y del eje vertical del cuerpo: la disfunción linguo-mandibular producida por una función alterada de la succión-deglución-respiración, produce una alteración de la posición de la cabeza y el cuello con respecto a la cintura escapular y el eje vertical del cuerpo.

o) Alteraciones del desarrollo máxilo-dentario: el buen desarrollo de los maxilares y de la oclusión o mordida, dependen en gran medida del equilibrio de las fuerzas de presión-tracción que ejercen los músculos sobre las estructuras óseas con las que se relacionan. Cuando el niño usa una mamadera inadecuada, no hace fuerza de vacío succional, de gran importancia para el equilibrio de las presiones-tracciones musculares internas (de la lengua y velo del paladar) y externas (labios y mejillas).

p) Mayor riesgo de caries: el azúcar o los alimentos azucarados agregados a la leche de la mamadera son la causa del gran número de caries que presentan los niños alimentados artificialmente.

q) Creación de hábitos disfuncionales de succión: la prolongación de la succión, ya sea de chupete o mamadera, más allá del tiempo para el cual está programada como función básica, crea en el niño una dependencia, transformándose en hábitos disfuncionales que alteran en menor o mayor grado el desarrollo morfofuncional de los complejos orofaríngeo y dento-máxilo-facial.

CAPÍTULO II

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

www.servicioasaludacomcagua.cl

En este capítulo se dan a conocer conceptos básicos y actualizados tanto de la anatomía y fisiología de la glándula mamaria, como de la boca y de las funciones de succión-deglución en el lactante, en los cuales se fundamentan las observaciones e indicaciones para el manejo clínico de la lactancia.

1. ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Las mamas

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la 2ª hasta la 6ª costilla y desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. La parte superoexterna se extiende hacia la axila, denominándose prolongación axilar de la mama.

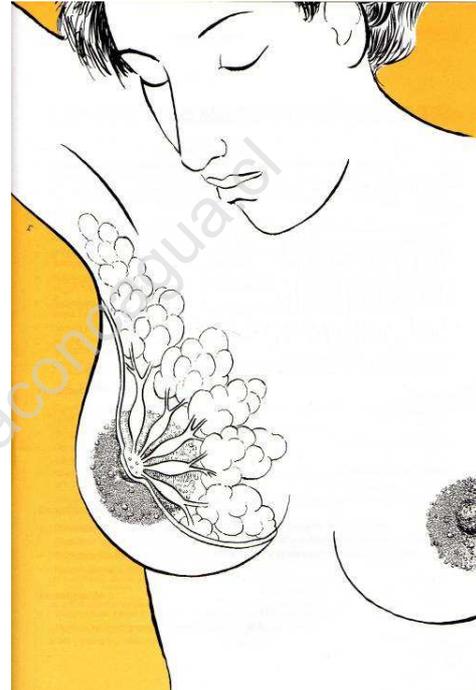
El pecho está compuesto de tejido glandular (secretorio) y adiposo. Tiene como marco de soporte un tejido conectivo fibroso llamado ligamentos de Cooper. Alrededor de dos tercios de la glándula descansa sobre el músculo pectoral mayor; el resto sobre el serrato anterior, separado de estos por la aponeurosis profunda.

La parte más profunda del pecho está separada de la aponeurosis de los músculos pectorales, por un tejido conjuntivo laxo, denominado bolsa retromamaria o espacio submamario, a través del cual entran y salen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Gracias a este tejido la mama tiene cierta movilidad sobre la aponeurosis que cubre el plano muscular.

Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, que en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado, invertido.

El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo.

La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominada areola. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro. Contiene fibras de tipo conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. Algunas mujeres no tienen un

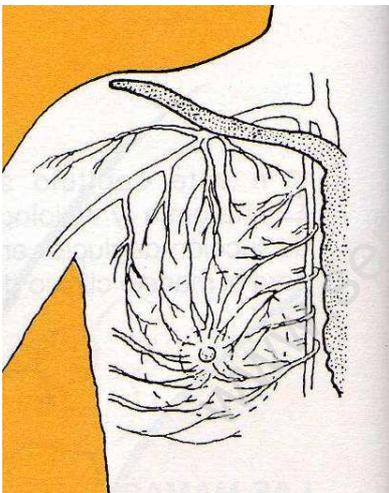


área pigmentada visible, mientras que en otras ésta puede llegar hasta la mitad de la mama.

La aréola tiene numerosas glándulas de Montgomery, las cuales son glándulas sebáceas modificadas que se abren a la superficie de la areola a través de los tubérculos de Morgagni. Estas glándulas se atrofian durante la menopausia. En el periodo de gestación y lactancia se pueden apreciar claramente como solevantamientos bajo la piel. A estas glándulas se les atribuye un rol en la odorización de la mama (rol comunicativo), protección local y ductal contra patógenos, protección de la piel de la acción corrosiva de la saliva y estrés de la succión; además las secreciones de estas glándulas se pueden combinar con la saliva del lactante para favorecer el sello hermético que favorece una succión efectiva.

Estudios actuales de la anatomía de mamas de mujeres en lactancia, con ultrasonido de alta definición, han mostrado que no se aprecia el ensanchamiento del conducto mamario denominado seno lactífero, sino que los conductos drenan directamente al pezón, y aumentan su diámetro durante la eyección de la leche. La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea.

Pueden encontrarse pequeños pezones supernumerarios con vestigios glandulares a lo largo de toda la línea mamaria.



Irrigación de la mama

La irrigación arterial de la mama proviene de la arteria axilar para el cuadrante superoexterno, de la arteria mamaria interna para los cuadrantes internos y de las arterias intercostales para el cuadrante inferior externo. Una extensa red anastomótica se distribuye por toda la superficie de la mama. Está dividido en sistema profundo y superficial.

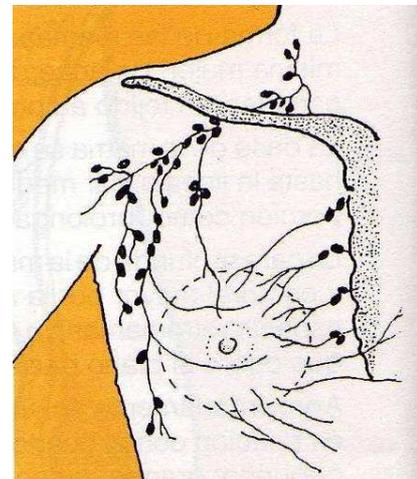
Las venas desembocan en la vena axilar y en la vena mamaria interna. Durante el embarazo y la lactancia se aprecia un aumento de la circulación venosa superficial de la mama; alrededor de la aréola y el pezón se forma un plexo denominado círculo venoso.

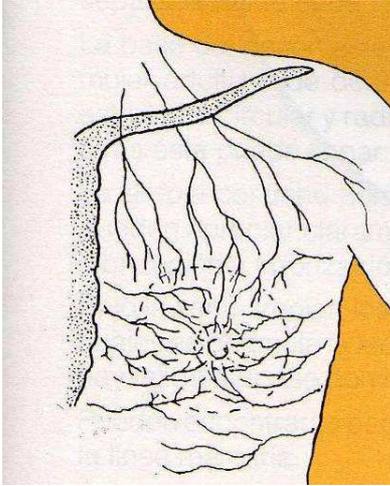
Sistema linfático

La mama tiene una importante red de vasos linfáticos, que adquiere especial importancia en los procesos inflamatorios y neoplásicos.

Forman un plexo intersticial alrededor de los conductos lactíferos, que se anastomosan con el plexo linfático submamario y con el plexo linfático cutáneo, especialmente denso.

El 75% de los conductos linfáticos desembocan en el grupo pectoral de los ganglios axilares y en el grupo subescapular; el 20% en los ganglios paraesternales, junto a las ramas perforantes de las arterias intercostales; el 5% restante alcanza a los ganglios intercostales posteriores, ubicados cerca del cuello de las costillas.





Inervación de la mama

La inervación de la mama procede de las ramas cutáneas anterior y lateral de los nervios torácicos 4º, 5º y 6º. Estos nervios conducen fibras simpáticas que son especialmente numerosas en el pezón y la areola.

Las terminaciones nerviosas se extienden a los vasos sanguíneos, a los conductos mamarios, a las células mioepiteliales y al epitelio secretor. La estimulación adecuada de estas terminaciones nerviosas produce la erección de los pezones y desencadena el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyección de la leche.

La inervación sensitiva de la areola-pezón parece estar influenciada por factores endocrinos, por lo que la sensibilidad de ellos aumenta durante diferentes fases

del ciclo menstrual, en el embarazo y significativamente en los primeros momentos después del parto. El pezón, al igual que la córnea, contiene terminaciones nerviosas no mielinizadas, siendo por ello extremadamente sensible.

La glándula mamaria

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos, pero en el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida. En la mujer están poco desarrolladas antes de la pubertad, momento en que inician un desarrollo considerable, hasta alcanzar una estructura anatómicamente compleja.

El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo, y especialmente en el período posterior al parto y durante la lactancia.

Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte.

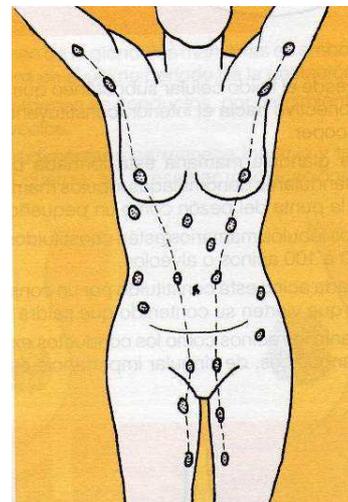
Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa. Es capaz de extraer desde el plasma sanguíneo, y a la vez sintetizar, todos los elementos necesarios para constituir la leche: proteínas, grasas, hidratos de carbono, anticuerpos, vitaminas, sales minerales y agua.

Embriología

La glándula mamaria se origina aproximadamente a la 6ª semana de gestación, a partir de un engrosamiento de un cordón ectodérmico que se sitúa longitudinalmente, en la pared ventral del cuerpo, desde la ingle hasta la axila. Luego este cordón sufre un proceso de regresión, exceptuando el área ubicada entre la 2ª y 6ª costilla, lo que formará la glándula mamaria.

El origen embrionario de la mama a partir de la línea mamaria, explica la presencia de glándulas mamarias supernumerarias a lo largo de ella o pezones accesorios, siendo frecuente la ubicación en la región axilar.

Las etapas iniciales del desarrollo mamario son independientes de cualquier efecto hormonal específico. Sin embargo, en el último trimestre del embarazo, las hormonas sexuales de la placenta ingresan a la



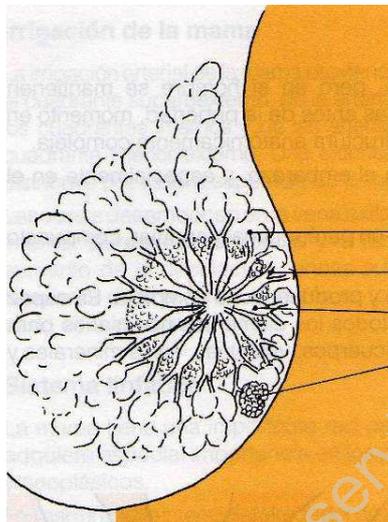
circulación fetal causando la secreción de calostro en el niño ("leche bruja"), 2 a 3 días después del parto. Este proceso cesa unos días o semanas más tarde por lo que no debe ser motivo de preocupación, ni menos de manipulación del pecho infantil.

En la pubertad el crecimiento del pecho está causado por el aumento del tejido adiposo y además por progresiva elongación y ramificación de los conductos lactíferos. Mediado por el aumento de las concentraciones plasmáticas de estrógenos, prolactina, hormona luteinizante, hormona folículo estimulante, y hormona del crecimiento.

Estructura de la glándula mamaria

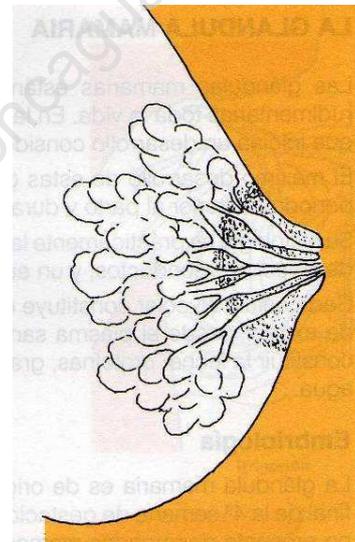
La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar,
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares y
- Tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.



Lóbulos
Conductos lactíferos
Lobulillo

Desde el tejido celular subcutáneo que rodea a la glándula, se dirigen numerosos tabiques de tejido conectivo hacia el interior, constituyendo los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.



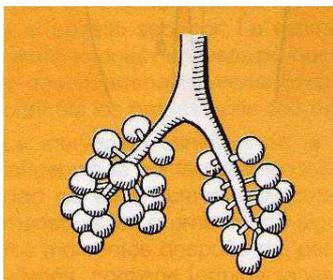
En estudios de anatomía mamaria realizados en madres nodrizas con ultrasonido de alta resolución se encontraron aproximadamente 9 - 12 lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón como un pequeño agujero independiente.

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos.

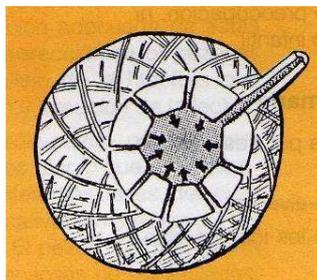
Cada acino está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal.

Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos, de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

Lóbulo



Alvéolo o acino



Célula secretora



2. FISIOLÓGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

- Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- Galactopoyesis o mantención de la producción de la leche.

Mamogénesis

En el crecimiento de la glándula mamaria o mamogénesis se distinguen 4 etapas:

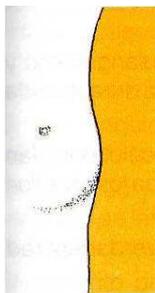
- Etapa prepuberal
- Etapa puberal y adolescencia
- Etapa gestacional
- Etapa postgestacional

Etapa prepuberal

En el período neonatal puede observarse un aumento de volumen de las glándulas mamarias en ambos lados debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último período de la gestación.

Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos.

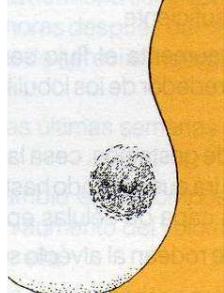
Con anterioridad al inicio de la telarquia, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales.



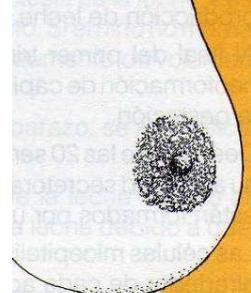
PUBERTAD



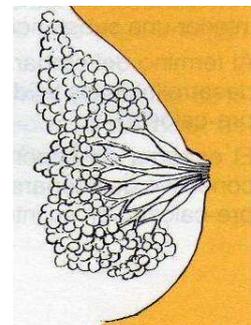
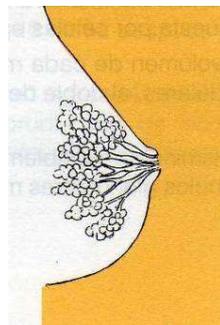
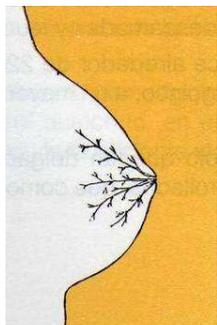
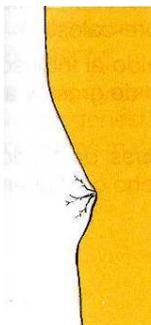
ADOLESCENCIA



EMBARAZO



LACTANCIA



Fisiología de la lactancia

Etapa puberal y adolescencia

En la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria.

Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos.

La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente.

El tejido adiposo de la mama parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular, actuando como reservorio de estrógenos. En cultivos de tejido glandular, la presencia de tejido adiposo estimula el crecimiento de la célula mamaria.

Etapa gestacional

Junto con iniciarse el embarazo, la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche.

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos.

Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente.

Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación.

Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que irá aumentando hasta el término del embarazo. En esta etapa los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas.

Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan, formando una verdadera red alrededor de cada acino.

En la segunda mitad de la gestación se observa también una infiltración leucocitaria del tejido conectivo perialveolar y pericanalicular. Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una substancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (pre-calostro).

Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro.

El estroma de soporte ha disminuido notablemente y sólo quedan delgados tabiques de tejido conectivo que separan los lóbulos glandulares muy desarrollados, que como se ha dicho, contienen pre-calostro en su interior.

Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto.

La preparación de la glándula mamaria para la producción de leche es tan eficiente que aún si el embarazo fuera interrumpido a las 16 semanas, se inicia la lactogénesis.

Cambios en el pezón y la areola

Durante el embarazo se producen cambios notorios en la areola y el pezón. El diámetro de la areola aumenta al igual que se intensifica su pigmentación. La coloración oscura de la areola ayuda a que el recién nacido pueda visualizarla con facilidad además el plexo vascular subareolar de Haller confiere a esta región una mayor temperatura de superficie comparado con el pezón y el resto del pecho. Esta característica térmica puede regular la evaporación local de olores, por ende aumentando la eficacia del estímulo. Es interesante conocer que la característica térmica de la areola puede ser gatillada por el llanto del lactante, resultando en óptimas condiciones para liberación de olor cuando al niño se le ofrece el pecho.

Las glándulas de Montgomery adquieren mayor prominencia y producen secreción sebácea con propiedades antibacterianas, lubricantes y odoríferas.

Hay cambios en el tamaño, forma y textura de los pezones. El notorio cambio de sensibilidad y protractibilidad en los pezones es uno de los primeros signos de embarazo en muchas mujeres.

Los cambios en el pezón son importantes para que el niño pueda succionar eficientemente. Cuanto más protractil es el pezón, más favorece la succión del niño. La movilidad del tejido mamario que está en la zona areolar detrás del pezón, determina su capacidad de estiramiento por la succión del niño y la posibilidad de extraer eficientemente la leche.

La inversión del pezón que incluye la tracción del tejido mamario, es rara; no se debe confundir con el pezón que se aplana con el crecimiento gestacional de la mama.

Etapa post gestacional

Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibitoria que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama.

El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto.

Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella.

El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como "golpe o bajada de leche". Las madres que alimentan a sus hijos con libre demanda e inmediatamente después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión.

Se cree que el evento descrito como "golpe de leche" marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño.

Después del parto se aprecian cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los acinos han aumentado de tamaño; los espacios intercelulares, hasta ahora abiertos, comienzan a cerrarse; el alvéolo se distiende por la secreción de calostro o de leche, las células epiteliales pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan.

Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche.

No todos los acinos en el interior de un lobulillo producen una secreción máxima de leche al mismo tiempo. Este asincronismo de la función secretora permite una producción constante de leche.

Si la glándula no es vaciada oportunamente, el exceso de presión puede producir alteraciones necróticas del epitelio alveolar, daño tisular que disminuye el potencial de producción de leche de la madre en lactancia.

Galactogénesis o producción celular de la leche

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar.

Neville (1989) sostiene que en la lactogénesis se deben considerar 3 etapas:

- Etapa I: Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro).
- Etapa II: Iniciación de lactancia propiamente tal, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto.
- Etapa III: Mantención de la producción de la leche o galactopoyesis.

Etapa I

La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro.

En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios.

Etapas II

La iniciación de la producción de leche propiamente tal, 2 a 5 días después del parto, depende de tres factores: del desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo (mamogénesis gestacional), de la mantención en el plasma sanguíneo de adecuados niveles de prolactina y de la caída de los esferoides sexuales.

El efecto inhibitorio de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario e inhibe el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia.

El efecto inhibitorio de la progesterona es más conocido. Se sabe claramente que inhibe la síntesis de la lactoalbúmina (inducida por la prolactina) y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido.

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150-200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente.

Los niveles plasmáticos basales de la prolactina también descienden después del parto, pero se mantienen significativamente más elevados en la mujer que amamanta que en la mujer no puérpera.

La secreción de prolactina es normalmente inhibida por acción del hipotálamo mediante el PIF (factor inhibitorio de prolactina) que se identifica con la dopamina.

La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactótropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. Las drogas que impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclorpramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia.

La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea.

Se ha descrito otro factor liberador hipotalámico PRF (Prolactin Releasing Factor), identificado y sintetizado como TRH (Thirotropin Releasing Hormone), el cual, junto con ser un factor liberador de tirotropina, es un importante liberador de prolactina por estimulación de las células lactótropas de la hipófisis anterior.

Galactopoyesis o Etapa III

Se denomina galactopoyesis o Etapa III de la lactogénesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (ocitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama.

La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la iniciación de la producción alveolar de la leche. Dos son las influencias conocidas de la prolactina en la producción celular de la leche:

- induce al ARN mensajero de transferencia para la síntesis de la proteína de la leche
- actúa sobre la lactoalbúmina para la síntesis de la lactosa.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas de crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada.

A diferencia de su rol en la iniciación de la lactancia, aún se debate científicamente el rol de la prolactina en la mantención de la lactancia.

El nivel de prolactina plasmática en la embarazada es de 10 ug/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo, pero disminuye abruptamente después del parto. A las 4 semanas post-parto vuelve a subir aproximadamente a 20-30 ug/ml en las mujeres que amamantan, pero en las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ug/ml en el período de 1 a 2 semanas.

Los niveles séricos de prolactina suficientes para mantener la producción de leche varían ampliamente entre las mujeres que amamantan. Algunas mujeres amamantan exitosamente con niveles plasmáticos de prolactina equivalentes a los de las mujeres que no amamantan.

En la lactancia temprana, la succión de los pechos induce a un alza hasta alrededor de 10 veces los niveles iniciales después de 20 a 30 minutos de succión. El nivel plasmático de prolactina se eleva como respuesta a la succión del pezón durante el amamantamiento. Algunos investigadores han informado que este estímulo pareciera ser mayor después de mediodía que en la mañana, sin embargo otros investigadores demuestran resultados diferentes.

Para que se mantengan niveles elevados de prolactina, se recomienda amamantar por lo menos 6 veces en el día y al menos 1 vez durante la noche.

La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas y por lo tanto del nivel de prolactinemia. En un estudio se encontró que la madre con lactancia exclusiva amamanta 118 minutos en 24 horas, en cambio las que daban lactancia mixta sólo lo hacían 79 minutos (Valdés y col., 1993).

Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia

Durante la lactancia hay mecanismos neurohormonales reflejos que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para alimentar al niño según éste lo demande.

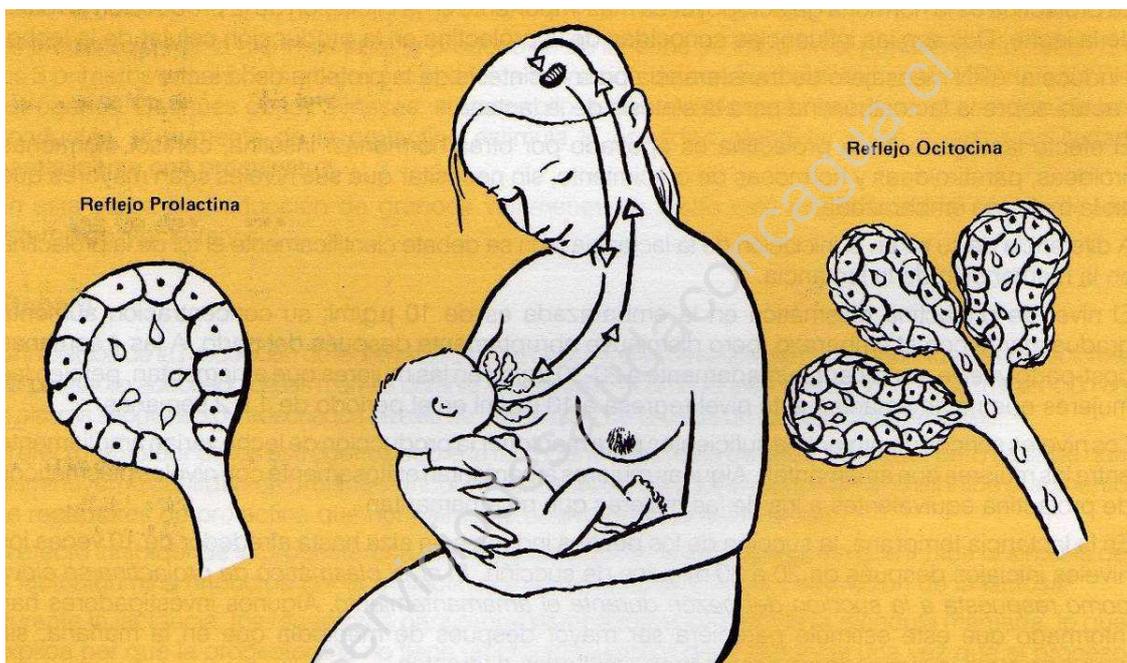
Reflejo liberador de prolactina

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo que entregan dopamina a la hipófisis anterior y frenan la secreción de prolactina.

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche.

Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento de los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un peak entre los 20 a 40 minutos de iniciada la secreción.

El amamantamiento frecuente es necesario para mantener la liberación refleja de prolactina. Esto explica el descenso de la prolactinemia a medida que el niño crece y mama con menos frecuencia.



Reflejo eyectolácteo, de evacuación de la leche o de ocitocina

La leche que se encuentra en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras es producida por la ocitocina, liberada por la hipófisis posterior.

La fuerza de contracción puede ser inicialmente muy fuerte y dolorosa en algunas mujeres, llegando a eyectar la leche a varios centímetros de la mama. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas, por eso es frecuente que una mama gotee mientras el niño chupa del otro pecho.

La liberación de ocitocina aumenta la presión intramamaria y se detecta un mayor flujo sanguíneo. Las mujeres experimentan la eyección de la leche como una sensación de calor y cosquilleo en las mamas o como una sensación de presión.

La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea.

Las fibras mioepiteliales del útero y de la mama tienen receptores específicos para la ocitocina, que aumentan durante el tercer trimestre del embarazo y en los 5 días que siguen al parto.

Las contracciones del útero (entruetos) pueden llegar a ser extremadamente dolorosas en algunas mujeres, especialmente las multigrávidas y en casos severos pueden necesitar aliviar el dolor para que no teman al amamantamiento.

La ocitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento.

El reflejo de vaciamiento de la leche no sólo responde a los estímulos táctiles y mecánicos del pezón-areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales, auditivos u olfatorios, especialmente en los primeros días de lactancia, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado.

La producción de prolactina está más determinada por la fuerza, la frecuencia y la duración del estímulo de succión. La producción de ocitocina en cambio está más influenciada por la actividad de los centros nerviosos superiores (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones subjetivas).

En algunas mujeres la cercanía física o el pensar en el niño pueden desencadenar la contracción de las células mioepiteliales. Esto puede ocurrir en las madres hasta años después que haya cesado la lactancia, aún cuando no haya producción de leche.

Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo de contracción de la ocitocina. Sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico afecte el reflejo de vaciamiento; sólo puede demorarlo ligeramente. Se ha observado que el período de latencia promedio entre el inicio de la succión y la eyección de la leche es de más o menos 58 segundos, con importantes variaciones individuales.

La inhibición temporal o la simple demora en el vaciamiento de la leche es relativamente común. Desafortunadamente los mensajes negativos que reciben las mujeres acerca de su capacidad de amamantar hacen que esta situación sea frecuentemente mal interpretada como un signo de "insuficiencia de leche". La introducción de alimentos suplementarios no hace más que contribuir a hacerla real.

El hecho de que algunas mujeres no liberen la leche aún cuando las mamas están visiblemente llenas, tendría una explicación física y no psicológica. La extrema presión resultante al estar las mamas excedidas de leche, impide que la ocitocina contraiga las células mioepiteliales. El calor, el bombeo o la expresión manual disminuyen la presión permitiendo que opere el reflejo de eyección.

Tanto la ocitocina como la prolactina afectan el ánimo y el estado físico de la madre. Se ha demostrado que la ocitocina es esencial para la conducta materna apropiada de varias especies.

Investigaciones sobre la ocitocina indica que es una hormona inductora del sentimiento de "vínculo", con importante efecto en la relación entre ambos padres y entre la madre y

su hijo, de manera que si se amamanta al niño, se favorece este aspecto tan importante para el equilibrio afectivo-emocional del binomio madre-hijo y de la familia en general. Reflejo de erección y protrusión del pezón y reflejo de ingurgitación areolar.

Permite la erección de los pezones cuando éstos se estimulan a la hora de amamantar, facilitando así su aprehensión por la boca del niño. La capacidad de protracción o protrusión del pezón permite que éste pueda ser alargado para llegar al fondo de la boca y adaptar su forma para acomodarse a las presiones de la lengua contra el paladar cuando el niño succiona. Los conductos debajo de la zona areolar, se ingurgitan y facilitan la iniciación la mamada.



De acuerdo con las últimas investigaciones que describen la ausencia de seno lactífero o reservas de leche, se debe reconsiderar el mecanismo por el cual el niño remueve leche del pecho. Generalmente, se cree que la acción predominante involucrada en la remoción de leche del pecho es la peristalsis. Hemos observado que la leche fluye dentro de la boca del lactante cuando su lengua baja y aplica vacío al pecho. Esto sugiere que el vacío aplicado por el lactante es el principal componente de la remoción de leche. Es evidente que el correcto posicionamiento y acople del niño al pecho es importante para una lactancia exitosa.

Control interno de la secreción láctea en el alvéolo

La velocidad de producción de leche no depende solamente de los niveles de prolactina, sino que de mecanismos de control de la glándula mamaria que están asociados con el vaciamiento glandular. Si la producción de leche fuera constante, la presión intra-alveolar aumentaría más allá de lo conveniente y produciría daño en las células secretoras.

La leche produce un inhibidor de la secreción láctea, que actúa a nivel local si la leche permanece en la glándula (en el lumen alveolar) por un período de tiempo prolongado. Es a través de este mecanismo que una de las mamas puede mantener su producción y la otra dejar de hacerlo. Una remoción adecuada de la leche es absolutamente necesaria para mantener la producción.

Adaptaciones fisiológicas y metabólicas

Son modificaciones transitorias del metabolismo de la madre para asegurar la calidad y la cantidad de la leche producida. Algunos ejemplos:

- Suspensión de la ovulación para inhibir la fertilidad, suspender la menstruación (pérdidas de sangre y hierro) y evitar un nuevo embarazo.
- Retención de agua por efecto de hormonas antidiuréticas (entre ellas la ocitocina) para mantener el equilibrio osmótico de la leche.
- Utilización de las reservas de grasa acumuladas en el embarazo para compensar el aumento del costo energético de la lactancia.
- Mejor aprovechamiento y conversión de los macronutrientes, minerales y vitaminas aportados en la dieta.
- Producción adecuada de calidad de leche en cualquier situación de la madre (edad, paridad, enfermedades, desnutrición) pero en la madre desnutrida y la

- con ingesta hipocalórica persistente puede disminuir el volumen de leche producido.
- Aumento de los niveles de prolactina a través de mamadas más frecuentes cuando la madre no está bien nutrida.
 - Adecuación de los estados de sueño y vigilia de la madre a los horarios del niño.

3. ANATOMÍA DE LA BOCA

La naturaleza ha dispuesto que el ser humano, como todos los mamíferos, se alimente el primer tiempo de su vida mamando del pecho de su madre. Todas las estructuras y funciones, tanto de la madre como del niño se preparan desde las primeras semanas de gestación, de manera que en el momento de nacer todo está dispuesto para asegurar al niño esta función básica de supervivencia.

La boca del niño y el pecho de la madre forman una perfecta "unidad de succión" que trabajan en forma sincronizada y armónica extrayendo la leche y permitiendo que el niño la degluta sin atragantarse. Esta unidad es la continuadora de la función nutricional que dentro del útero realiza la placenta y el cordón umbilical. El niño menor de 6 meses, la succión, la deglución y la respiración constituyen un tríptico funcional interdependiente, de cuya normalidad funcional depende en gran medida el éxito del amamantamiento.

Un amamantamiento adecuado satisface la necesidad instintiva de chupar e incide significativamente en el desarrollo armónico de todas las estructuras buco-máxilo-faciales y otorrinolaríngeas, evitando alteraciones de desarrollo dento-máxilo-facial, afecciones respiratorias altas y las otitis.

Se revisan con bastante detalle aspectos de anatomía y fisiología de la succión-deglución en el lactante; servirán de base para reconocer lo que es un amamantamiento correcto e indicar las intervenciones y correcciones de este proceso cuando sea necesario.

La boca: complejo anatómico-funcional

La boca y todas las estructuras que la componen tienen una formación embriológica muy temprana. Están en íntima relación con la nasofaringe y en conjunto constituyen un complejo sistema morfo-funcional denominado sistema estomatognático.

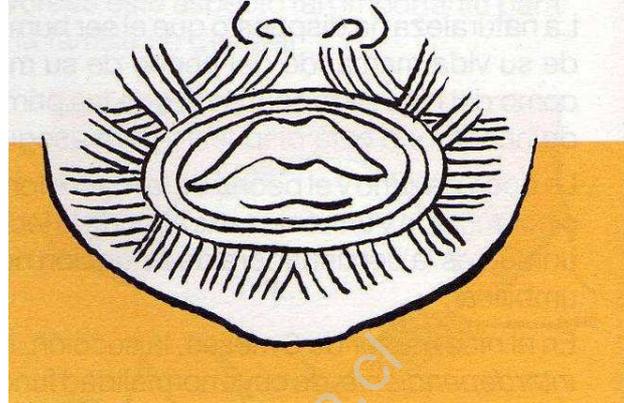
En la octava semana de gestación la cavidad bucal es separada de la cavidad nasal por el paladar, que se ha formado por la unión de las apófisis palatinas del maxilar superior. La lengua, una de las primeras entidades anatómicas diferenciadas, se ubica en el piso de la boca llenando completamente el lecho mandibular. En este momento se pueden apreciar movimientos de la lengua que corresponden a las primeras actividades deglutorias.

La boca en sí es un espacio circunscrito entre el maxilar superior y la mandíbula, que se comunica en su parte posterior con los espacios de la retrofaringe: nasofaringe o suprafaringe, orofaringe o mesofaringe y faringofaringe o hipofaringe.

Los labios

El cuerpo de los labios está constituido por el músculo orbicular, cuyas fibras superiores e inferiores se entrecruzan en las comisuras formando una banda circular continua que actúa como un esfínter. Las fibras comisurales se unen a ambos lados con el músculo buccinador.

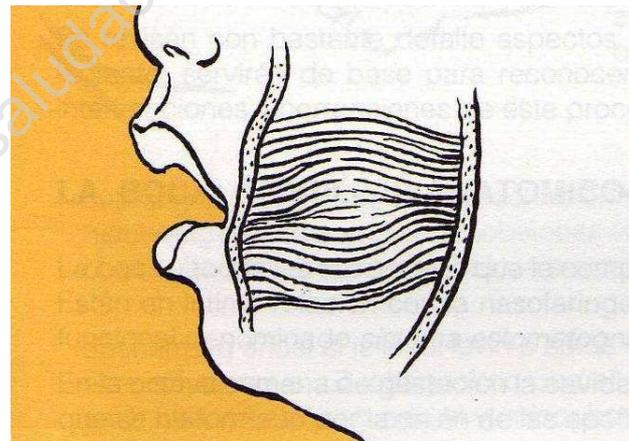
En la parte media del labio superior del recién nacido se encuentra el llamado botón labial del lactante, estructuralmente inervada, que le provee una gran sensibilidad. La mucosa labial en el recién nacido presenta pequeñas papilas mucosas o vellosidades (pars vilosa), que sirven para dar a los labios mayor sensibilidad y mejor adherencia al pecho. Estas papilas desaparecen pronto si el niño no es amamantado.



Las mejillas

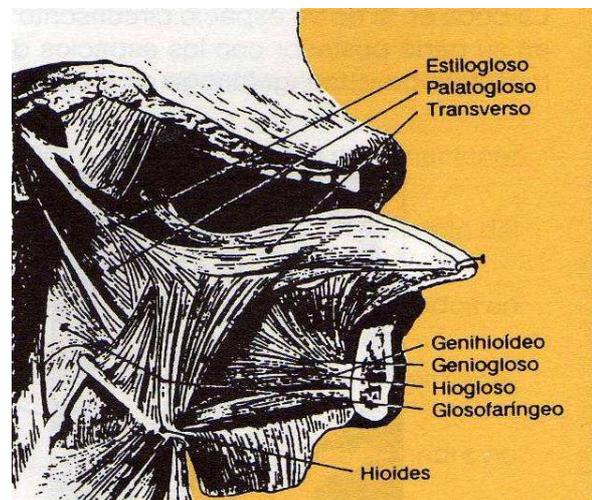
Están constituidas por el músculo yugal o buccinador. Sus fibras anteriores se entremezclan con las fibras comisurales de los labios y algunas de sus fibras posteriores se continúan hacia atrás con el músculo constrictor superior de la faringe, formando una banda circular continua, el cinturón labio-yugal, de gran importancia en las funciones de succión-deglución.

Entre las capas musculares del buccinador se encuentra la llamada bola adiposa de Bichat, masa de tejido graso que en el lactante sirve de cojinete de contención para que la mejilla no se introduzca entre los rodetes maxilares al hacerse el vacío de succión.



La lengua

Participa y actúa como moderadora de todas las funciones del sistema estomatognático. Aparentemente de una estructura simple, está formada por 17 músculos que le permiten cambiar de forma y ubicación según sea la necesidad funcional. Está dotada de una rica inervación sensorio-motora que le permite



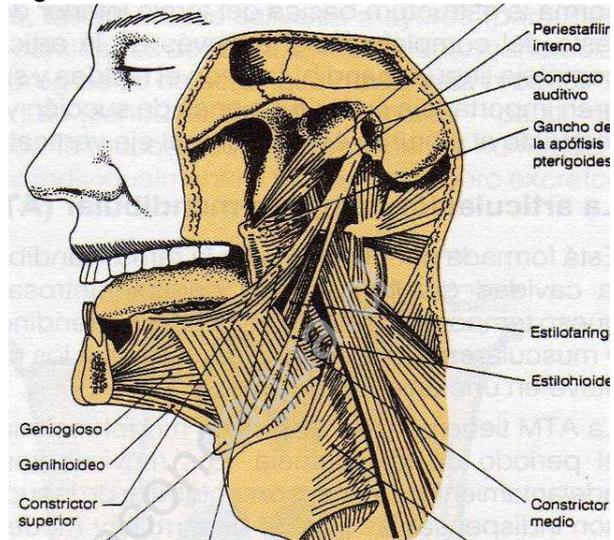
Músculos de la lengua

discriminar sutilmente texturas y sabores y responder en forma refleja a los estímulos

propios de las funciones. Tiene además una gran potencia funcional que, según se ha demostrado, en el período de lactancia es tres veces mayor que en el adulto. La fuerza de expansión y protrusión ejercida por la lengua en el interior de la cavidad bucal, es contrarrestada externamente por el cinturón labio-yugal.

Los músculos

Todos los músculos que participan en las funciones del sistema estomatognático (más de 90) tienen, al igual que la lengua, una alta especialización neuro-sensorio-motora que les permite actuar coordinadamente según sea la necesidad funcional. Otra característica de los músculos máxilofaciales, es que cada uno de ellos tiene su par homólogo en el hemicráneo, con el cual funciona interdependiente y simétricamente.

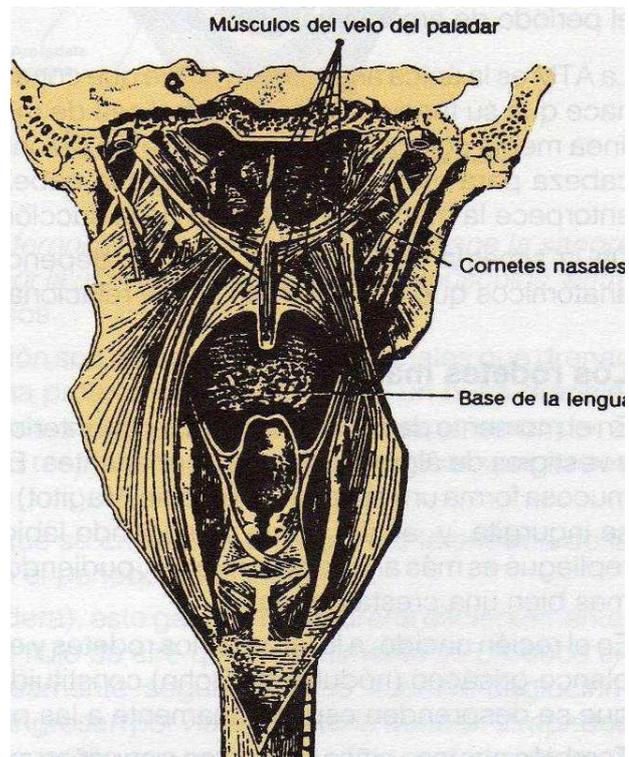


El maxilar superior o maxila

Forma la estructura básica del tercio medio de la cara. Se une a la base del cráneo en diferentes puntos y constituye una sólida protección para los nervios (pares craneanos) y vasos sanguíneos que emergen de ella. Está formado por dos hemimaxilares que se unen en la línea media por un borde de cartilago que se osificará posteriormente.

El paladar duro o paladar anterior vista posterior de músculos del velo del paladar

Forma el techo de la boca y el piso de la nariz. Está constituido por las apófisis palatinas del maxilar superior y la porción horizontal del hueso palatino que se le une a su borde posterior. El cartilago que une a estas estructuras en la línea media permite que el paladar sea modificado por las fuerzas de presión o de tracción que ejerce la lengua desde el interior de la boca y la presión que ejerce la columna de aire que ingresa por la nariz.



El paladar posterior o paladar blando

El paladar blando o velo y la úvula tienen una activa participación en el sincronismo funcional de la succión-deglución-respiración y en la formación

de estructuras del complejo otorrinolaríngeo.

La cara superior del velo del paladar se relaciona a ambos lados con el orificio de salida de la trompa de Eustaquio o tuba auditiva. Los movimientos velares rítmicos producidos en la succión-deglución, permiten que la trompa se abra y colapse oportunamente transmitiendo al oído el juego de diferentes presiones necesarias para su buen funcionamiento.

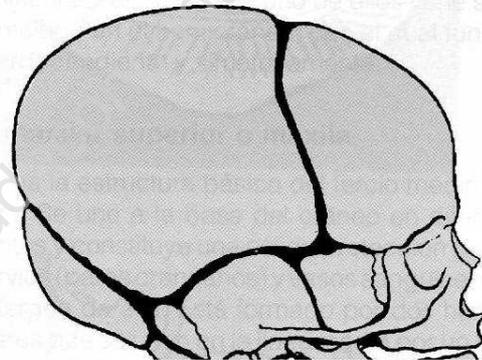
El maxilar inferior o mandíbula

Forma la estructura básica del tercio inferior de la cara. Es un hueso movable que está conectado al resto del complejo facial a través de la articulación témporomandibular. Con la lengua forma el complejo linguo-mandibular; con el hioides y sus anexos, el complejo hioideo-mandibular, ambos de gran importancia en las funciones de succión y deglución y en el equilibrio postural de la cabeza con respecto al cinturón escapular y al eje vertical del cuerpo.

La articulación témporo-mandibular (ATM)

Está formada por el cóndilo de la rama mandibular, la cavidad glenoidea de la porción petrosa del hueso temporal, un menisco, fascículos tendinosos y musculares y una cápsula articular que los constituye en una unidad funcional.

La ATM tiene un gran desarrollo morfofuncional en el período de la lactancia. Los movimientos de adelantamiento y descenso mandibular de la succión son indispensables para el desarrollo y modelado del cóndilo articular y de la porción petrosa del hueso temporal, que contiene en su interior el órgano del oído. Tanto el cóndilo



Esquema cráneo-mandibular de un recién nacido

del maxilar como la cavidad glenoidea del hueso temporal, modifican significativamente su estructura morfofuncional durante el período de amamantamiento.

La ATM es la única articulación doble que conecta los dos lados de nuestro cuerpo. Esta característica hace que su funcionamiento normal sea de movimientos simétricos y equilibrados con respecto a la línea media corporal. Esta es una de las razones fundamentales por la que el niño no debe voltear la cabeza para mamar, ya que al tener la cabeza rotada, la contracción asimétrica de los músculos entorpece la mecánica funcional de la succión-deglución-respiración.

De la simetría de la función articular depende a su vez el modelado simétrico de los elementos anatómicos que la conforman y/o se relacionan con ella.

Los rodetes maxilares

En el momento de nacer contienen en su interior los gérmenes que formarán los 20 dientes temporales y vestigios de algunos dientes permanentes. En el sector correspondiente a los incisivos y caninos la mucosa forma un repliegue (de Robin-Magiot) ricamente vascularizado, que al momento de succionar se ingurgita y actúa como un segundo labio que fricciona suavemente el pezón y la areola. Este repliegue es

más ancho en el maxilar, pudiendo tener hasta 8 a 9 mm, en cambio en la mandíbula forma más bien una cresta aguda.

En el recién nacido, a lo largo de los rodetes y en el paladar se pueden encontrar formaciones de color blanco-grisáceo (nódulos de Bohn) constituidos por restos embrionario de tejido glandular mucoso que se desprenden espontáneamente a las pocas semanas.

También algunos niños presentan pequeñas excrecencias blancas, duras, (perlas de Epstein o perlas de esmalte) que corresponden a restos embrionarios de esmalte. Cuando son de mayor tamaño pueden hacer pensar que son dientes. Desaparecen espontáneamente con el amamantamiento.

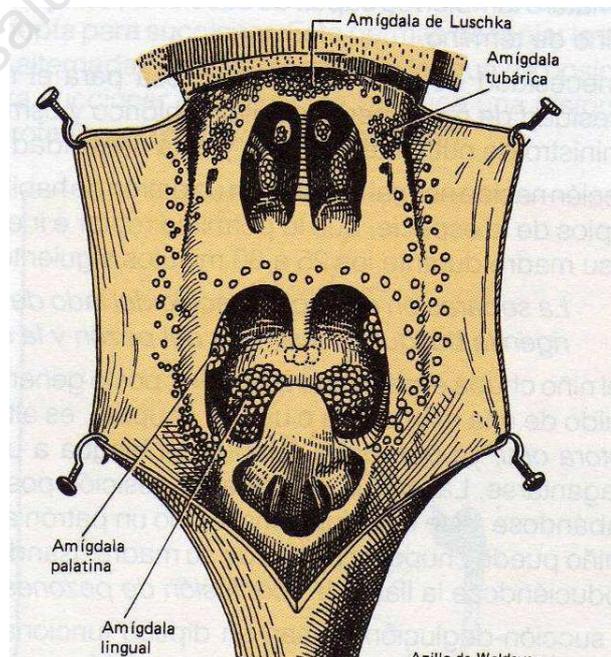
Las glándulas salivales

Mientras el niño está en período de amamantamiento, las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales) producen sólo pequeñas cantidades de saliva. El movimiento mandibular del amamantamiento estimula el desarrollo funcional progresivo de estas glándulas para producir la saliva necesaria cuando se cambie de alimentación. Las glándulas salivales menores —palatinas, yugales y labiales—, distribuidas ampliamente por toda la mucosa bucal, mantienen la humedad y lubricación de las mucosas con el producto segregado individualmente a través de un poro excretor.

Los ganglios linfáticos

Están distribuidos abundantemente en toda la región de la cabeza y cuello, algunos más superficiales: submaxilares, cervicales anteriores y posteriores, mastoideos, retroauriculares y otros internos, ubicados en la retrofaringe: amígdalas faríngea, lingual, palatina, tubárica y otros grupos de ganglios específicos de cada estructura. Constituyen el llamado "anillo linfático de Waldeyer" que protege la entrada de las vías respiratoria y digestivas.

Estos grupos de ganglios se interconectan por una red de vasos linfáticos que se relacionan directamente con la glándula central de este sistema, el timo. En él se producen linfocitos T que colonizan a los ganglios de este complejo linfático, cumpliendo funciones antibacteriana, antiviral y anti-inflamatoria.



Cabe destacar que el fluido linfático no circula por diferencia de presiones como lo hace la sangre en el aparato circulatorio, sino que se mueve y drena por la actividad funcional de los músculos entre los cuales se encuentran ubicados los ganglios y vasos.

Durante el período de lactancia, la succión y la deglución son las actividades funcionales que drenan este sistema, manteniendo su eficiencia como sistema protector. Cuando no hay un buen drenaje, éste se congestiona y queda expuesto a las infecciones, siendo éste uno de los mecanismos por el cual se producen las frecuentes infecciones del tracto respiratorio superior en los niños que no son alimentados con pecho materno.

Se menciona en forma especial el ganglio tubárico, que se encuentra protegiendo la entrada de la trompa de Eustaquio, por la importancia que tiene en el período de la lactancia.

Cuando la succión es disfuncional (succión de mamadera), este ganglio no se drena eficientemente, se congestiona y aumenta de tamaño, obstruyendo el flujo de aire que normalmente se produce en este conducto al expandirse y colapsarse alternadamente según el ritmo succión-deglución-respiración. Al no airearse el conducto, gérmenes que ingresan por vía respiratoria quedan atrapados en su interior, siendo ésta una de las causas de la otitis media que se produce frecuentemente en el lactante. La congestión mantenida por varios días, condiciona a la trompa a adquirir una insuficiencia crónica (otitis recurrente).

4. FISIOLÓGIA DE LA SUCCION - DEGLUCION

La succión

La formación embriológica temprana de las estructuras bucales, permite que el niño ejercite la succión y la deglución mucho antes de nacer. En imágenes fotográficas o ecográficas se ha podido ver que a los cuatro meses y medio de gestación el niño puede succionar su dedo pulgar. Por lo tanto el niño prematuro también es capaz de succionar, aunque no con la organización, fuerza y avidez que lo hace el niño de término.

La necesidad de succión es imperiosa para el niño. Está en íntima relación con el hambre y la necesidad de mantener el equilibrio hídrico y osmolar. Al cortar el cordón umbilical se suspende el suministro de nutrientes y agua, y esta necesidad se intensifica.

El recién nacido normal cuenta con un patrón de habilidades neurosensoriales y reflejos incondicionados, propios de la especie, que le permiten reptar e ir en busca del pecho si se lo deja sobre el abdomen de su madre durante los 25 a 30 minutos siguientes al nacimiento.

La separación del recién nacido del lado de su madre Interfiere en la secuencia de reflejos que rigen la búsqueda instintiva del pezón y la succión, dificultando la iniciación de la lactancia.

Si el niño chupa el pecho de su madre, por lo general no tendrá problemas para hacerlo, pero si recibe líquido de una mamadera o usa un chupete, es altamente probable que se produzca una disfunción motora oral, ya que debe adaptar su lengua a una posición que le permita deglutir el líquido sin atragantarse. La lengua se ubica en posición posterior para succionar sólo el "pezón" del chupete, grabándose este error funcional como un patrón anómalo de succión. Después de esta experiencia, el niño puede chupar el pecho de su madre usando el mismo esquema errado de succión-deglución, produciéndose la llamada "confusión de pezones".

La succión-deglución forman un díptico funcional que se organiza fácilmente en el recién nacido normal de término. La respiración en cambio, recién estrenada en el momento de nacer, necesita de un tiempo determinado para organizarse y luego formar un tríptico funcional interdependiente con la succión y la deglución.

La succión-deglución en el lactante forman las praxias básicas (patrones funcionales) de las futuras funciones orofaríngeas.

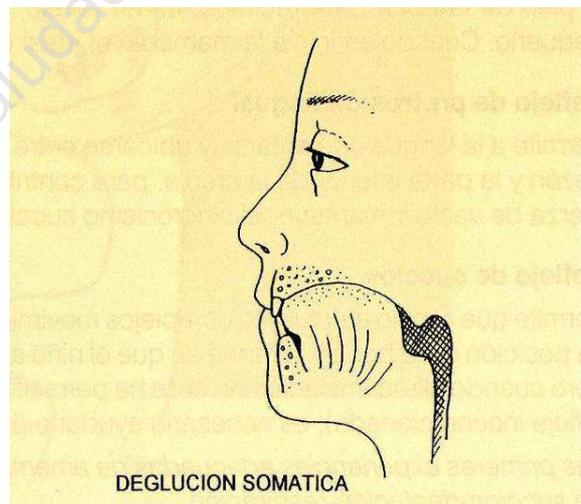
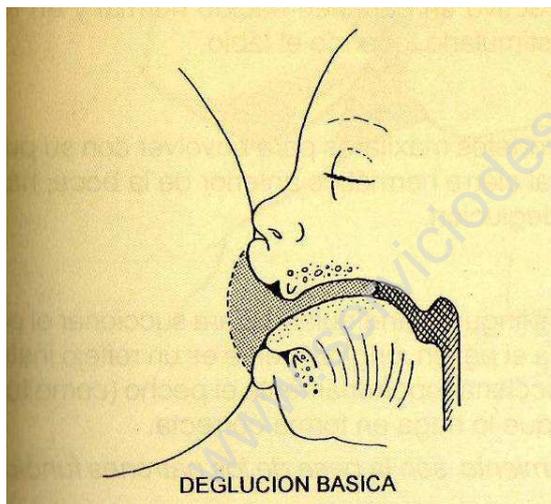
Lo característico de la succión es que constituye una función que está codificada genéticamente para ejercerse por un tiempo determinado, y posteriormente extinguirse en forma progresiva a medida que el niño no necesita de ella porque adquiere nuevas habilidades para alimentarse. La aparición de los primeros dientes, la capacidad de llevarse los dedos o juguetes a la boca para morderlos y el aumento de salivación son signos evidentes del comienzo de la extinción de la succión como única forma de alimentarse.

La prolongación de la lactancia de pecho más allá de los 6 meses, alternada con alimentación proporcionada con cuchara, no altera estos patrones. Sin embargo, la prolongación de la succión como única forma de ingerir líquidos o como hábito de succión varía, más allá del tiempo que está programada como función básica, se considera una disfunción e interfiere en menor o mayor grado en el desarrollo normal de las estructuras morfo-funcionales del sistema estomatognático.

La deglución

Deglución del lactante, deglución infantil o visceral

La deglución en el lactante es una función instintiva, refleja e involuntaria. Está condicionada sólo para tragar líquidos. Necesita de un cierre bucal hermético anterior y de una fuerza negativa de vacío interior. El cierre anterior se hace con el adosamiento íntimo de los labios del niño contra la areola del pecho y la fuerza de vacío, con el leve movimiento de descenso del complejo linguo-mandibular. En la deglución del lactante la lengua permanece en posición adelantada y la punta sobrepasa los rodetes maxilares, manteniendo la posición que adopta para succionar. Esto permite despejar la zona faríngea para que el niño pueda respirar y deglutir alternadamente sin cambiar la lengua de posición. Si el niño no ubica la lengua en esa posición para succionar y deglutir, se produce una distorsión funcional que altera el equilibrio neuromuscular orofaríngeo (disfunción motora oral).



La deglución se modifica notoriamente con el desarrollo. A medida que aparecen los dientes, la deglución del lactante deja de ser un díptico funcional con la succión y progresivamente se transforma en deglución somática o deglución adulta.

La deglución somática o deglución adulta

Después que aparecen los primeros dientes, cambia la percepción sensorio-espacial de la lengua y de los labios. La lengua se ubica en posición retrodentaria y los labios se juntan para hacer el cierre anterior y deglutir sin que se escape el alimento. La nueva percepción sensorio-espacial permite a la lengua percibir el alimento colocado en la parte anterior y llevarlo a la parte posterior, participando en la deglución como órgano deglutorio. Desde el punto de vista funcional, es el momento de introducir alimentos de mayor consistencia y de suprimir la succión como única forma de alimentar al niño.

La aparición progresiva de nuevos dientes incrementa las percepciones sensorio-motoras y marca diferentes etapas de madurez funcional del sistema estomatognático. La adquisición de nuevas habilidades motoras permite a la lengua participar en la masticación (ubicar el alimento entre las arcadas dentarias y retirarse a tiempo para no ser mordida), en la modulación y fonarticulación del lenguaje.

Una succión-deglución eficiente permite desarrollar y madurar las praxias bucales básicas sobre las cuales se instalan progresivamente las nuevas funciones orofaríngeas.

La disfunción del díptico succión-deglución (disfunción motora oral), que puede iniciarse tan temprano como en los primeros días de vida, es la causa de las distorsiones funcionales más frecuentes del sistema estomatognático: la deglución atípica y la respiración bucal, las que a su vez producen en mayor o menor grado alteraciones de desarrollo de las estructuras óseas, de los espacios faríngeos, de la posición de los dientes, de la oclusión dentaria y de la postura cérvico-craneal con respecto al eje vertical del cuerpo.

Reflejos y condiciones del niño que favorecen la lactancia

Reflejo de búsqueda del pezón y de apertura de la boca

Permite que el niño voltee la cabeza y abra la boca afanosamente buscando el pezón cuando algo roza su mejilla o sus labios. Cuando abre su boca para buscar el pezón, la lengua se ubica aplanada en el piso de la boca para recibirlo. Es un reflejo muy activo en el recién nacido normal y en el niño pequeño. Cuando se inicia la mamada, el ideal es estimularlo tocando el labio.

Reflejo de protrusión lingual

Permite a la lengua adelantarse y ubicarse entre los rodetes maxilares para envolver con su punta al pezón y la parte inferior de la areola, para contribuir al cierre hermético anterior de la boca, hacer la fuerza de vacío y mantener el sincronismo succión-deglución.

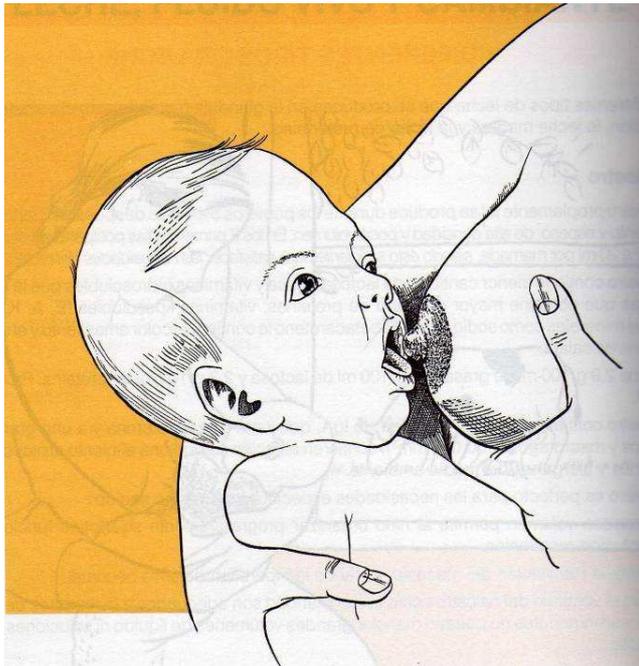
Reflejo de succión

Permite que el niño efectúe los complejos movimientos linguo-mandibulares para succionar el pecho. La posición de la boca y la forma en que el niño agarra el pezón, originalmente es un reflejo instintivo, pero cuando al recién nacido no se le ha permitido succionar oportunamente el pecho (como función refleja incondicionada), es necesario ayudarlo para que lo haga en forma correcta.

Las primeras experiencias adecuadas de amamantamiento son la base de los patrones funcionales de succión-deglución-respiración.

Reflejo de deglución

Permite al niño deglutir en forma refleja el alimento líquido que llega al fondo de su boca (límite del paladar duro-blando).



Reflejo de extrusión

Permite al niño expulsar instintivamente de su boca alimentos que no sean líquidos, o elementos que no tengan la textura del pecho de su madre o el olor y sabor de su leche. Este reflejo también se extingue a medida que aumenta la sensorialidad de la boca y de la lengua para aceptar diferentes texturas y sabores.

Agudeza sensorial

Permite al niño discriminar el olor de su madre, el sabor de su leche, el tono de su voz, la calidad de su contacto corporal y la imagen de su rostro.

Los primeros esquemas de estímulo-respuesta sensorial crean en el niño patrones de interacción social con su

madre, mediante los cuales manifestará sus necesidades.

Reflejo neuro hormonal del hambre

El vaciamiento gástrico produce en el niño la necesidad de recibir más aumento y a la vez más agua. Se manifiesta como una inquietud y una actitud corporal característica y con una intensificación de los reflejos de búsqueda del pezón y de la necesidad de chupar. El llanto por hambre es también muy característico. Este reflejo está interconectado con los reflejos de producción de leche en la madre.

Reflejo neurohormonal de saciedad

Permite al niño suspender la succión activa cuando ya se ha alimentado suficientemente. Puede seguir pegado a pecho haciendo leves movimientos intermitentes de succión o retirarse de él para continuar durmiendo placenteramente. Si se intenta despertarlo para que siga mamando, no abre la boca; si se insiste en ello, voltea la cabeza rechazando ostensiblemente el pecho.

Incremento sensorial progresivo

Permite al niño aumentar sus percepciones sensoriales bucales a medida que crece y se acerca a los 6 meses, preparándose para iniciar el destete y recibir progresivamente otros alimentos de diferente textura y sabor que la leche materna.

5. LA LECHE, FLUIDO VIVO Y CAMBIANTE



La hembra de cada especie de mamíferos produce una leche diferente, especialmente formulada para las necesidades de sus crías. Así por ejemplo es más concentrada en grasa para los que nacen en lugares fríos, como ballenas y focas o más concentrada en proteínas para los que requieren un crecimiento acelerado en las primeras semanas de vida, como los roedores.

La leche humana también tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos. Su especificidad hace que sea el alimento más completo y seguro para el recién nacido y el lactante. Los elementos nutritivos, enzimáticos e inmunológicos que la constituyen y la proporción en que se encuentran, aseguran un crecimiento y desarrollo óptimos del lactante.

La leche materna es además un fluido vivo y cambiante que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño. Modifica su composición en la medida que el niño crece y necesita otros nutrientes y factores de protección. También tiene variaciones a las distintas horas del día, entre cada mamada, en una misma mamada, según la temperatura ambiente, el estado nutricional de la madre, y en muchas otras circunstancias que aún se investigan.

Diferentes tipos de leche

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche del destete.

El calostro

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

Contiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína. Produce 57 Kcal./100 ml.

El calostro contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³), confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente.

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido:

- el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
- facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- tanto el volumen del calostro como la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas.
- las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúan como moderadores del desarrollo del recién nacido.

Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento.

Leche de transición

Es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto.

Se ha constatado que hay una importante variación Individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche.

La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche madura

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia.

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales. Cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño.

Cuando la lactancia está en regresión, la leche involuciona y pasa por una etapa calostrada antes de desaparecer totalmente.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal./ 100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

Leche de madres de pretérmino

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante las primeras semanas.

La leche de madre de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y sodio. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Aparentemente esta diferencia está determinada por la persistencia de la lactogénesis I (tipo calostro) debido a la falta de cierre de las uniones estrechas intercelulares. Esta leche se caracteriza también por una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes, especialmente grasa y proteínas entre las madres.

En un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen en polvo, listos para agregarlos a la leche materna. Se denominan "fortificadores de leche materna". (Ver capítulo de leche materna para prematuro)



Composición de la leche humana madura

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, enzimas y hormonas. Estas sustancias se distribuyen en 5 compartimentos separables según el tamaño de sus partículas:

Fase acuosa: es una solución verdadera, que constituye el 87% de la leche. Contiene las proteínas del suero, lactosa, nitrógeno no proteico, vitaminas hidrosolubles, electrolitos y parte de los compuestos de calcio, magnesio.

Dispersión coloidal: caseína, calcio y fosfato.

Emulsión: constituido por los triglicéridos y los ésteres de colesterol.

Membranas de glóbulos de grasa: proteínas, fosfolípidos, enzimas, minerales traza y vitaminas liposolubles.

Células: macrófagos, neutrófilos, linfocitos y células epiteliales.

Agua

Se considera un importante elemento nutritivo para el lactante. La leche materna contiene 88% de agua. Su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

Proteínas

Entre los mamíferos, la leche humana posee la concentración más baja de proteínas (0,9 g/100 ml), sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 40% de caseína y 60% de proteínas del suero. En la leche de vaca esta relación es de 80% de caseína y 20% de proteínas del suero.

La caseína de la leche humana está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Los diferentes aminoácidos de la caseína tienen una relación muy específica en la leche de cada mamífero.

Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas.

La alfa-lactoalbúmina y la lactoferrina son las principales proteínas del suero en la leche humana. La beta-lactoglobulina es la principal proteína del suero de la leche de vaca y puede aparecer en la leche de mujeres que consumen muchos productos lácteos, pero no forma parte habitual de las proteínas de la leche humana. Es la responsable de las alergias a la leche de vaca.

Las inmunoglobulinas de la leche son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG lo es en el plasma y en él se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA.

La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto.

El calostro tiene 1740 mg/100 ml de IgA y 43 mg/100 ml de IgG. La leche madura tiene 100 mg/100 ml de IgA y 4 mg/100 ml de IgG.

La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente.

La lactoferrina, además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes (*E. coli*), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. En la leche de vaca sólo existe en pequeña cantidad. Cuando se da al niño hierro suplementario, la lactoferrina se satura.

La lisozima, es una proteína específica que se encuentra en concentraciones altas sólo en la leche humana y en la clara del huevo; en la leche de vaca su concentración es baja. Constituye un factor antimicrobiano no específico que contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias. Tiene efecto bacteriolítico contra *Enterobacteriaceae* y bacterias Gram positivas.

Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina es un importante aminoácido libre que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Se encuentra en gran cantidad en la leche materna. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana.

La carnitina es esencial para el catabolismo de los ácidos grasos de cadena larga. Hay dos condiciones en que la presencia de carnitina es indispensable: en el caso de nutrición parenteral por más de tres semanas y en la etapa postnatal temprana. En el individuo adulto es sintetizada por el hígado y el riñón a partir de los aminoácidos esenciales lisina y metionina.

Los niveles de carnitina son más altos en el calostro, sobre 115 mmol/ml, que en la leche madura, 70 a 95 mmol/ml. La carnitina de la leche materna tiene excelente biodisponibilidad, como lo demuestra la alta concentración de carnitina y ketonas corporales encontradas en niños amamantados.

Es interesante observar que la concentración de los aminoácidos libres varía entre el calostro, la leche de transición y la leche madura.

CONCENTRACIÓN DE AMINOÁCIDOS LIBRES EN LA LECHE HUMANA, (mmol/dl)

	Calostro	Leche transición	Leche madura
Acido glutámico			
Glutamina	36-68	88-127	101-180
Taurina	2-9 41-	9-20	13-58
Alanina	45 9-11	34-50	27-67
Treonina	5-12	13-20	17-26
Serina	12	7-8	6-13
Glicina	5-8	6-11	6-14
Acido aspártico	5-6	5-10	3-13
Leucina	3-5	3-4	3-5
Cistina	1-3	2-6	2-4
Valina	3-4	2-5	3-6
Lisina	5	3-6	4-6
Histidina	2	1-11	2-5
Fenilalanina	1-2	2-3	0.4-3.0
Tirosina	2	1	0.6-2.0
Arginina	3-7	1-2	1-2
Isoleucina	2	1-5	1-2
Ornitina	1-4	1-2	1
Metionina	0.8	1	0.5-0.9
Fosfoserina	8	0.3-3.0 58	0.3-0.8
Fosfetanolamina	4	0.4-1.4 16	4
Alfaaminobutirato	1		10
Triptofano	5		0.4-1.0
Prolina			1
			2-3

Ref: Lawrence RA: Breastfeeding. A guide for medical profession. 1989

Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7,3 g/dl. (La leche de vaca sólo 4,8 g/dl)

La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción de calcio, hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. Esta flora produce los ácidos grasos de cadena corta a nivel intestinal, con rol nutricional sobre el colon, como la fibra en el adulto. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bifido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca. De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector.

En la leche humana se han identificado sobre 50 oligosacáridos de diferente estructura, muchos de los cuales contienen nitrógeno; constituyen el 1,2% de la leche madura. En la leche de vaca constituyen solo el 0, 1 %. Los componentes de estos azúcares complejos incluyen glucosa, galactosa, fructosa, n-acetilglucosamina, ácido siálico, y representan una porción significativa del nitrógeno no proteico de la leche humana.

La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantiles mientras

se alimentan con leche materna. De ahí que muchas personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. En los europeos y otras poblaciones persiste la enzima lactasa en los adultos, debido aparentemente a una mutación metabólica.

Grasas

La grasa, junto con el volumen, es el componente más variable de la leche humana.

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. En adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones individuales, tanto en el contenido total de grasa como en la composición de los ácidos grasos.

Hay fluctuaciones diurnas, con más concentración de grasa después de mediodía. También hay importante variación dentro de una misma mamada, siendo la segunda leche 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

La concentración de grasa en la leche es característica de la glándula, pero también se relaciona con el incremento de peso durante el embarazo que determina el tejido adiposo depositado. Este factor tiene influencia marginal en los primeros tres meses pero posteriormente la diferencia es significativa.

La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos que son más pequeños que en la leche de vaca. La membrana globular está compuesta de fosfolípidos complejos. El interior del glóbulo está formado de mono, di y triglicéridos, ácidos grasos libres, glicolípidos, fosfolípidos y esteroides.

La composición de los ácidos grasos de la leche humana varía según la dieta del embarazo y durante la lactancia. Alrededor de 200 diferentes ácidos grasos se han descrito en la leche materna, incluyendo la presencia de ácidos grasos trans, dependiendo de la ingesta de la madre.

En los últimos años ha adquirido gran importancia la presencia de los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga en la leche materna y en la alimentación del lactante. Los ácidos grasos: araquidónico (20:4 n-6) y docosahexaenoico (22:6 n-6) forman parte de los fosfolípidos de las membranas celulares, en la mielinización de las fibras nerviosas y en la maduración de la retina. Se forman a partir de los ácidos grasos esenciales: linoleico (18:2 n-6) y linolénico (18:3 n-3) respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre, tanto durante el embarazo, por el tejido adiposo que se moviliza, como durante la lactancia. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0,4 g/100 ml) que en la de vaca (0,1 g/100 ml).

A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.

La síntesis de las prostaglandinas depende de la disponibilidad de éstos ácidos grasos esenciales. Estas se encuentran distribuidas ampliamente en el tracto gastrointestinal del niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos generales de defensa. La leche humana puede contener cantidades significativas de prostaglandinas que las fórmulas no contienen. También se ha encontrado componentes antivirales y antiparasitarios asociados a los lípidos.

Después del nacimiento, el principal aporte de energía en el niño lo constituyen las grasas. La leche materna proporciona el 40% de las calorías en forma de grasa.

El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares. Esta inmadurez se compensa por las lipasas lingual y gástrica y además por una lipasa específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares. Esta característica metabólica de que un sustrato y su enzima estén en el mismo líquido, no se encuentra más que en la leche humana y en la de los gorilas.

En la leche fresca, la lipasa estimulada por las sales biliares contribuye a la digestión del 30 al 40% de los triglicéridos en un período de 2 horas, situación particularmente importante en la alimentación de los niños prematuros, cuyas sales biliares y producción de lipasa pancreática están aún más deprimidas. Esta lipasa se destruye por el calor, por lo que es necesario usar la leche materna fresca.

La leche humana es rica en colesterol. Sus niveles decrecen progresivamente durante los primeros 36 días, para estabilizarse después de los 50 días post-parto en 20 mg/100ml.

La manipulación de la dieta, no varía el nivel de colesterol en la leche materna, pero sí se ha encontrado que cuando la madre disminuye la ingesta de colesterol, hay una caída del nivel de colesterol en el plasma del niño, asociado con un aumento del ácido linolénico en la leche.

La presencia de colesterol en la leche materna parece tener un rol importante en el mecanismo que impide la acumulación de muco polisacáridos y la formación de placas de ateromas, ambos factores de riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria en el adulto.

Las grasas de la alimentación juegan un rol importante en la saciedad y el control de ingesta. A pesar de ser muy variable el contenido entre leches de diferentes madres, el bebé tiene un rol fundamental en la demanda más precoz y larga o más tardía y corta de la mamada. De esta manera un binomio sano permite que el niño estimule o disminuya la secreción de leche, de acuerdo a sus necesidades, en la mayoría de los casos, especialmente si la madre produce un buen volumen de leche.

Vitaminas

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

Vitaminas liposolubles

La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

- **Vitamina A**

La concentración de vitamina A es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura. Su predecesor, el betacaroteno, es un potente antioxidante.

- **Vitamina K**

La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal.

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.

- **Vitamina E**

El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

- **Vitamina D**

Necesaria para la absorción del calcio y del fósforo. El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos, cubren totalmente sus cuerpos y no se exponen a la luz del día.

Vitaminas hidrosolubles

- **Acido fólico**

Esencial para la síntesis de hemoglobina y de aminoácidos. Interviene en la síntesis de ADN y ARN. La deficiencia produce anemia. La suplementación a la madre con ácido fólico, aumenta los niveles en la leche. Los anticonceptivos orales pueden disminuir el nivel sanguíneo de ácido fólico. La actual fortificación del pan con ácido fólico provee una adecuada cantidad de ácido fólico a la nodriza

- **Niacina, Riboflavina (B2), Tiamina (B1), Piridoxina (B6), Cobalamina (B12)**

Son necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La Tiamina es esencial para la conversión de los carbohidratos dentro del sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia. La deficiencia de Cobalamina produce anemia y daño en el SNC. Los anticonceptivos orales ingeridos por largo plazo pueden disminuir los niveles de Piridoxina en la leche; a su vez, el exceso de Piridoxina puede reducir la producción de leche en la madre que amamanta.

- **Vitamina C**

Interviene en la formación e integridad de los tejidos, en especial en el tejido conectivo y vascular. Aumenta la absorción del hierro.

La concentración de estas vitaminas puede variar en relación a la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas. Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de madres vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitaminas B. Aunque las madres no presenten signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta.

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son más altas en la leche humana que en la leche de los mamíferos rumiantes.

- **Minerales**

Aunque la concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna, en el caso del calcio su concentración en la leche es mayor cuando la madre tiene reservas de este mineral en sus tejidos.

En el caso del flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna y al parecer es la mama la que Inhibe este pasaje, encontrándose en la leche sólo en niveles traza.

Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquier sustituto y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

- **Calcio, Fósforo**

La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad en la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio insolubles en el intestino, los cuales pueden llegar a causar obstrucción intestinal.

- **Hierro**

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro.

El hierro de la leche humana se absorbe en un 49%, el de la leche de vaca un 10% y el de las fórmulas enriquecidas con hierro sólo el 4%.

En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida, la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente. Los niños amamantados por madres bien nutridas tienen suficiente hierro en sus depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de vida. Estudios recientes han demostrado que la introducción temprana de otros alimentos en la dieta del niño amamantado altera esta absorción.

También se ha demostrado que el hierro suplementario dado al lactante puede causar problemas al saturar la lactoferrina. Al disminuir su efecto bacteriostático promueve el crecimiento de gérmenes patógenos que pueden dañar y causar un sangrado en el intestino (detectado microscópicamente), suficiente como para producir una anemia por falta de hierro. Por otra parte, la adición de hierro no hemínico puede reducir la absorción de cobre y zinc.

La suplementación con hierro tiene indicación específica en caso de prematurez, bajo peso de nacimiento, sangramiento neonatal o tratamiento con eritroferesis de la poliglobulia, a partir de los 2 meses. El niño de término, sin antecedentes debe recibir hierro suplementario desde los 4 meses.

- **Zinc**

El zinc es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas y para el crecimiento e inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son

pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. El zinc es excretado complejamente unido a una proteína. Si bien el zinc se encuentra en la leche de vaca y también en la de soya, el de la leche humana es mucho más biodisponible.

Existe un trastorno monogénico en el cual la madre tiene niveles normales de zinc pero no es capaz de excretarlo a la leche materna. Estos niños presentan lesiones dérmicas periorificiales en la zona genital y facial, resistentes al tratamiento local; posteriormente se observa menor crecimiento, diarrea e irritabilidad. El cuadro cede en dos o tres días de tratamiento con suplemento de zinc oral al niño.

La leche materna es terapéutica en casos de acrodermatitis enteropática, patología congénita con malabsorción de zinc. En estos niños el zinc de la leche materna se absorbe bien, pero no el medicamentoso o de otras fuentes dietarias, por lo que la enfermedad se manifiesta con el destete.

Elementos traza

En general la concentración de estos elementos en la leche humana es adecuada, de manera que el niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de ellos.

- **Cobre, Selenio**

Estos elementos tienen niveles más elevados en la leche humana que en la de vaca. Se ha encontrado que los niveles de cobre son más altos en la leche de la mañana manteniéndose bastante estables, aún si la madre lo ingiere suplementariamente. También se ha evidenciado que las madres mayores y las múltiparas producen leche con niveles más altos de cobre.

El selenio es un nutriente esencial para el ser humano, ya que forma parte del glutatión peroxidasa, enzima que metaboliza los peróxidos lipídicos.

Los niveles de selenio de la leche humana varían ligeramente en las áreas donde los suelos son deficientes en selenio.

- **Cromo, Manganeso, Aluminio**

La concentración de cromo es más alta en los órganos del recién nacido y declina rápidamente en los primeros años de vida. Posteriormente en el adulto la concentración de cromo es bastante estable y en la leche humana es similar a la del plasma y de la orina.

El manganeso se encuentra en un 81% en el suero de la leche, un 11% en la caseína y un 8% en la porción grasa de la leche.

- **Plomo y Cadmio**

La ingesta dietética de plomo es mucho menor en los niños amamantados, aún cuando el agua potable consumida por la madre exceda el estándar de la OMS de 0,1 mg/100ml.

- **Yodo**

Puede encontrarse en pequeñas cantidades en la leche. El uso tópico de yoduros (Ej.: curaciones de la piel o mucosas de la madre) puede afectar la función tiroidea de los niños amamantados, ya que yodo se absorbe por la piel y mucosas y se concentra en la leche.

El tabaquismo reduce la excreción de yodo en la leche materna ya que los tiocianatos inhiben la bomba sodio-yodo. La reducción del yodo es directamente proporcional a la magnitud del tabaquismo, expresado en concentración de cotinina en la madre. Existe preocupación ya que éste puede ser uno de los factores que determinan las dificultades de aprendizaje en los hijos de madres con consumo de tabaco en el embarazo y/o la lactancia.

- **Sodio y Potasio**

Los niveles de potasio son mucho más altos que los de sodio, similares a las proporciones de los fluidos intracelulares. Los iones Na, K y Cl pueden pasar en ambas direcciones a través de la membrana de la célula láctea secretora: hacia el lumen alveolar y hacia el plasma, de manera que permanecen en equilibrio plasma-lumen alveolar.

Los niveles de sodio en la leche de vaca son 3.6 veces superior a los de la leche humana. La deshidratación hípennatrémica ha sido asociada al consumo de leche de vaca.

Los niveles de electrolitos varían en el día y a medida que progresa la lactancia. Estos cambios no tienen relación con la ingesta de la madre. La restricción de sodio en la dieta de la madre no produce disminución de los niveles en la leche materna.

El sodio de la leche materna aumenta cada vez que se abren las uniones estrechas del epitelio glandular como en la inflamación de la mastitis, en un nuevo embarazo, durante el destete. El aumento de sodio en la mastitis generalmente revierte en 5 días, excepcionalmente persiste si se produce un fenómeno inflamatorio crónico. Algunos niños, muy perceptivos de lo salado, rechazan el pecho durante la mastitis pero lo vuelven a aceptar posteriormente.

Otras sustancias

Estudios recientes comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas.

Hormonas

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: ocitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRH (hormona de liberación de la tirotrópina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno.

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal.

Nucleótidos

Los nucleótidos, compuestos derivados del ácido nucleico, consisten en ácido fosfórico combinado con un azúcar y una purina o un derivado de pirimidina. Los nucleótidos presentes en la leche materna son diferentes a los nucleótidos celulares que forman parte de varios tejidos orgánicos, entre ellos el de la glándula mamaria. Participan en la síntesis y metabolismo del ácido nucleico y también en la síntesis de la leche. Es conocido el efecto del adenosintrifosfato (ATP) en las reacciones de biosíntesis.

Intervienen además en la síntesis de las proteínas, absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento, entre los que se incluyen el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF I, II y III) y el factor de crecimiento de nervios (NGF) entre otros.

La citidina monofosfato (CMF) y el uracilo, son los nucleótidos de más alta concentración en la leche humana. El ácido orótico es el principal nucleótido de la leche de vaca; en la leche humana se encuentra sólo en niveles traza. Se han registrado niveles similares de nucleótidos libres en el calostro y en la leche humana madura (6.1 a 9.0 $\mu\text{mol}/100\text{ml}$).

Enzimas

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantina-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus.

Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular.

Elaboración celular de la leche

Para producir la leche, las células alveolares obtienen sus elementos por 2 mecanismos: por síntesis dentro de la célula misma, o por transporte desde el plasma sanguíneo.

A modo de ejemplo: la caseína es sintetizada a partir de los aminoácidos obtenidos del plasma sanguíneo y de otros sintetizados en la célula alveolar misma, utilizando carbono obtenido de los carbohidratos y de los ácidos grasos.

Los ácidos grasos de la leche se obtienen por captación de triglicéridos y ácidos grasos libres desde el plasma. Cada célula secretora de la glándula mamaria funciona como una unidad completa, produciendo leche con todos sus constituyentes.

Volumen

El volumen de leche producido está determinado por las características de la glándula, la liberación de prolactina y oxitocina, y la succión del niño.

El volumen de leche se reduce significativamente por: el tabaquismo, la desnutrición materna, una ingesta menor a 1800-1500 Kcal. al día en forma persistente, y por la inadecuada remoción de leche: con mamadas cortas, poco frecuentes, con horarios fijos, succión insuficiente. La obesidad materna pregestacional condiciona menor éxito

en la lactancia. El uso de estrógenos, el stress materno, el tratamiento con diuréticos y un nuevo embarazo también reducen los volúmenes de leche producidos. En situación de deshidratación o fiebre materna también se observa disminución del volumen de leche producido, que revierte fácilmente al pasar la condición.

El volumen puede aumentar con una buena, frecuente y prolongada succión. El uso de medicamentos que estimulen la liberación de prolactina está indicado en la relactancia o cuando no hay succión directa al pecho, como en caso del hijo enfermo o prematuro.

La indicación de ingesta de mayor volumen de líquidos no aumenta la producción de leche, ya que la madre presenta sed y consume naturalmente más líquidos.

La dieta materna no influye en general en el volumen de leche producido, salvo que se produzca una reducción mantenida del aporte energético bajo las 1500 Kcal. diarias. Esto explica la tradición que se ha observado en diferentes culturas y épocas históricas de ciertos cereales para aumentar el volumen de leche. Sólo en condición de restricción alimentaria, éstos aumentan la producción de leche.

6. TRASMISION DE AGENTES INFECCIOSOS A TRAVES DE LA LECHE MATERNA.

Bacterias

Mastitis y los abscesos de mama:

La mastitis y los abscesos de mama se han asociado con la presencia de patógenos bacterianos en la leche materna. En general, la mastitis infecciosa se resuelve con la lactancia continuada durante la terapia antibiótica y no supone un riesgo significativo para los lactantes sanos a término.

Los abscesos mamarios, aunque poco frecuentes, pueden penetrar en el sistema ductal y liberar en la leche grandes cantidades de microorganismos, como *Staphylococcus aureus*. En general, no se recomienda proseguir con la lactancia materna mientras exista un absceso mamario. No obstante, algunos expertos sugieren que, en estos casos, la alimentación del recién nacido se puede reanudar una vez que la madre haya recibido el tratamiento adecuado con un agente antimicrobiano y el absceso se haya drenado quirúrgicamente. Aunque se interrumpa la lactancia con la mama afectada, puede continuarse con la lactancia por la mama contralateral indemne.

Tuberculosis:

Las mujeres con tuberculosis tratada satisfactoriamente durante 2 o más semanas y que se considera que no son contagiosas pueden amamantar a sus hijos. Las mujeres con tuberculosis activa presuntamente contagiosa deben abstenerse de amamantarlos y de tener cualquier otro contacto directo con ellos debido a la posibilidad de transmisión a través de la vía aérea. El *Mycobacterium tuberculosis* no suele causar mastitis o abscesos mamarios, pero si se demuestra que el absceso mamario es debido a *M. tuberculosis*, debe interrumpirse la lactancia hasta que la madre deje de ser contagiosa.

Leche extraída y bacterias:

La leche materna exprimida puede contaminarse con una serie de patógenos bacterianos, incluidos *Staphylococcus* sp y bacilos entéricos gramnegativos. Los brotes de infecciones por bacterias gramnegativas en las unidades de cuidados intensivos neonatales se han atribuido en ocasiones a muestras de leche materna contaminada a causa de una recogida o almacenamiento inadecuados. La leche humana que se administra a lactantes de mujeres distintas de la madre biológica debe tratarse de

acuerdo con las directrices de la Human Milk Banking Association of North America. Sin embargo, no se ha demostrado que sea necesario ni es rentable cultivar sistemáticamente o tratar con medios térmicos la leche exprimida que la madre administra a su propio hijo.

Virus

Citomegalovirus (CMV)

El citomegalovirus puede colonizar de forma intermitente la leche materna. Aunque se ha comprobado la transmisión de CMV a través de la leche materna, en general no causa enfermedad en el neonato, presumiblemente por la transferencia pasiva de anticuerpos maternos. Sin embargo, los recién nacidos prematuros tienen un riesgo potencialmente mayor de presentar una enfermedad sintomática y secuelas que los recién nacidos a término.

Los niños nacidos de madres seronegativas para CMV que experimentan seroconversión durante la lactancia y los niños prematuros con bajas concentraciones de anticuerpos maternos adquiridos por vía transplacentaria, pueden desarrollar una enfermedad sintomática con secuelas a causa de la adquisición de CMV a través de la leche materna.

La decisión sobre cómo alimentar a los recién nacidos prematuros de madres seropositivas para CMV debe tener en cuenta tanto los posibles beneficios de la lactancia natural como el riesgo de transmisión de CMV. La pasteurización de la leche parece inactivar el CMV; la congelación a -20 °C reduce los títulos víricos, pero no elimina de forma fiable el CMV.

Hepatitis B

El antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) se ha detectado en la leche de mujeres positivas para el HBsAg. Sin embargo, estudios realizados han indicado que la lactancia natural por parte de mujeres positivas para el HBsAg no aumenta de forma significativa el riesgo de infección en sus hijos.

Los niños nacidos de madres positivas para el HBsAg deben recibir inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y la vacuna contra la hepatitis B, combinación que elimina de forma eficaz cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia.

La inmunoprofilaxis de recién nacidos únicamente con la vacuna contra la hepatitis B también confiere protección.

Hepatitis C

En la leche de madres infectadas con el virus de la hepatitis C (VHC) se han detectado tanto ARN de VHC como anticuerpos contra el virus. Aunque los datos publicados son limitados, la transmisión del VHC por la leche no se ha documentado en madres positivas para anti-VHC y negativas para anti-VIH. A las madres infectadas por VHC debe explicárseles que la transmisión de este virus a través de la lactancia natural es una posibilidad teórica, pero que no se ha confirmado en la práctica.

Según las directrices actuales, la infección materna por VHC no constituye una contraindicación para la lactancia natural. La decisión al respecto debería basarse en una discusión con conocimiento de causa entre la madre y el médico.

Virus Linfotrópico T Humano Tipo I o Virus de la Leucemia Humana de Células T Tipo I (VLTH-I)

Este retrovirus, que es endémico en Japón, el Caribe y algunas partes de América del Sur, se asocia al desarrollo de neoplasias y trastornos neurológicos en adultos. Los estudios epidemiológicos y de laboratorio sugieren que la transmisión de madre a hijo del VLTH-I se produce principalmente a través de la lactancia materna. Se aconseja a las mujeres seropositivas para el VLTH-I que no amamenten a sus hijos.

Virus Linfotrópico T Humano Tipo II (VLTH-II)

Este retrovirus se ha detectado en consumidores norteamericanos y europeos de drogas intravenosas y en algunos grupos de indígenas nativos de América. Aunque se ha descrito de forma inequívoca la transmisión del VLTH-II de madre a hijo, no se han establecido la frecuencia ni el momento de dicha transmisión. Mientras no se disponga de nuevos datos sobre la posible transmisión a través de la lactancia materna, debe aconsejarse a las mujeres seropositivas que no amamenten a sus hijos.

Virus del Herpes Simple Tipo 1 (VHS-1)

Este virus se ha aislado a partir de la leche materna en ausencia de lesiones vesiculares, supuración mamaria o cultivos positivos concurrentes del cuello uterino, vagina y orofaringe de la madre. Se han comunicado varios casos de transmisión del VHS-1 después de la lactancia en presencia de lesiones mamarias. Puesto que el desarrollo de lesiones extragenitales parece ser más frecuente con la infección primaria por el VHS que con la infección recurrente, algunos expertos han recomendado que las mujeres con enfermedad mucocutánea primaria no amamenten a sus hijos hasta que se hayan resuelto todas las lesiones y haya cesado la excreción vírica activa. Sin embargo, dado que la identificación de la infección primaria por VHS es a menudo difícil, la puesta en práctica de dichas recomendaciones puede resultar problemática. Las mujeres con lesiones herpéticas activas en las mamas han de evitar la lactancia natural mientras se mantenga ésta condición; las lesiones activas en otras partes del cuerpo deben cubrirse convenientemente.

Rubéola

En la leche materna se han aislado cepas tanto naturales como vacunales del virus de la rubéola. Sin embargo, la presencia de rubéola en la leche materna no se ha asociado a una enfermedad significativa en los recién nacidos, y es más probable que la transmisión se produzca por otras vías. Así pues, las mujeres con rubéola o que han sido inmunizadas recientemente con la vacuna de virus vivos atenuados contra la rubéola no tienen por qué abstenerse de amamentar a sus hijos.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

VIH/SIDA es una pandemia que afecta a hombres, mujeres y niños. En 1982 se reportaron los primeros casos de SIDA pediátrico, los cuales han aumentado en forma sostenida en todas las regiones del mundo, secundario a la transmisión vertical, que puede ocurrir durante el embarazo, nacimiento o lactancia materna.

Los invaluables beneficios de la lactancia materna han sido opacados por la posibilidad de transmisión del VIH de madre infectada a su niño, motivo por el cual en muchos países se considera a la infección por VIH como factor determinante para la contraindicación de la lactancia materna. Estudios recientes demuestran que este criterio sólo es válido en aquellos países donde el índice de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas y desnutrición es bajo.

Con el aumento en la incidencia de mujeres viviendo con VIH/SIDA, la probabilidad de Transmisión Vertical es alta, entendiéndose por ésta la producida durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El hecho de que el VIH/SIDA afecte a mujeres en edad reproductiva, nos indica que la situación es de alta complejidad, pues implica una serie de decisiones de las madres, desde la decisión de embarazarse, el tipo de parto y luego la alimentación que brindarán a sus hijos; según sus creencias, costumbres y recomendaciones para prevenir la transmisión vertical, asegurando adecuada nutrición al niño.

La Transmisión Vertical constituye la principal vía por la cual los niños contraen VIH, esta transmisión puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio, representando este último un tercio de los casos.

La transmisión de VIH en el período del puerperio ocurre a través de la lactancia materna, lo cual constituye un cambio en el paradigma tradicional de considerarla como la alimentación de elección para proteger la salud de los niños a nivel mundial.

La Transmisión Vertical varía en las diferentes áreas geográficas y en diferentes grupos de población. La tasa de transmisión varía entre un 13% en Europa y un 42% en África, otros autores estiman una tasa promedio de transmisión vertical del 24%. En países desarrollados la transmisión de VIH a través de la lactancia ha disminuido, debido a la accesibilidad que tienen los gobiernos para asegurar la alimentación mediante fórmula y las mejores condiciones sanitarias en comparación con países no desarrollados.

Factores Maternos asociados

Se han identificado diversos factores relacionados con la transmisión de VIH, entre los factores maternos se reconocen:

- La adquisición del virus antes (14%) o después del parto (29%)
- Estado clínico de la madre
- Tipo de parto, siendo el parto vía vaginal el que presenta mayor exposición al riesgo de transmisión de VIH
- Menor edad materna, menor escolaridad.
- En relación a paridad y al orden de nacimiento de los hijos, se encontró que existe mayor riesgo a menor número de paridad y mayor riesgo en el segundo hijo.

Lactancia Materna y Transmisión Vertical de Infección VIH

No todos los hijos de madres con VIH/SIDA que son amamantados al nacer adquieren la infección por VIH. Se sabe que los niveles del virus VIH presentes en la leche materna son comparativamente más bajos que los que se encuentran en el plasma sanguíneo. La tasa de transmisión durante el primer mes es sustancialmente más alta que en los meses posteriores, pues incluye calostro rico en células y linfocitos con la consecuente mayor carga viral, además de la inmadurez del sistema inmune del recién nacido.

Un estudio realizado en India dio a conocer el plan de alimentación de madres a sus hijos. Se utilizaron diversos modelos de alimentación infantil, entre ellos la lactancia

materna exclusiva o mixta (lactancia materna más agua, té, otras hierbas o cereales), la lactancia artificial o de fórmula, la leche obtenida de vaca, cabra, entre otras, el uso de nodrizas y de bancos de leche.

A las mujeres que elegían lactancia materna se les aconsejaba que esta fuera exclusiva; ya que la lactancia mixta implicaría un daño en la mucosa de la pared gastrointestinal, lo que provocaría un aumento del riesgo de transmisión del VIH por esta vía.

De esta manera, se observa una incidencia en niños alimentados con lactancia materna mixta de un 24.1% versus un 14.6% en niños con lactancia materna exclusiva. La lactancia exclusiva hasta los tres meses o más fue asociada con una significativa disminución del riesgo de transmisión de VIH, en comparación con la lactancia mixta. Se recomienda la lactancia materna exclusiva pues se ha demostrado que la leche materna contiene factores inmunes con efecto antiviral y anti VIH in vitro y factores protectores de la mucosa gástrica que mantienen su integridad e impiden el paso del virus.

Recomendaciones para Prevención de Transmisión Vertical de VIH a través de la Lactancia

Entre los años 1987 y 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las recomendaciones sobre la lactancia materna en las mujeres con VIH/SIDA. A las mujeres embarazadas que vivían en países y regiones donde las causas principales de mortalidad son las enfermedades infecciosas, como las diarreas e infecciones respiratorias y la desnutrición, se les aconsejó seguir alimentando a sus hijos mediante lactancia materna; en cambio en los países donde las enfermedades infecciosas no son la primera causa de muerte se les recomendó no brindar lactancia materna y utilizar una alternativa segura para la alimentación de sus hijos.

Entre 1994 y 1997, se apoyaron estas recomendaciones, estimando que el riesgo de transmisión de VIH atribuible a la lactancia materna se encontraba entre el 4% y 22%. Luego en 1997 y 1998, la OMS publicó la revisión de las recomendaciones anteriormente descritas, en la cual reconoció que más de la mitad de las transmisiones verticales ocurrían mediante la lactancia materna y se aconsejó lactancia mediante fórmula para disminuir el riesgo de morbilidad infantil, solamente si se les aseguraba el acceso ininterrumpido a ésta y seguridad en la preparación. Además, se recomendó que las mujeres embarazadas tuvieran acceso a los test para determinar su estado serológico y a consejerías, para apoyar la toma de decisiones informadas.

Conociendo esto, se crearon guías para la prevención de la transmisión vertical de VIH. UNAIDS, OMS & UNICEF definen las siguientes prácticas para las mujeres con VIH/SIDA con la finalidad de prevenir la transmisión vertical:

- Acceso temprano al adecuado cuidado prenatal
- Consejería voluntaria y confidencial
- Test VIH para las mujeres y su pareja
- Uso de terapia antiretroviral AZT en mujeres VIH (+) durante las últimas semanas del embarazo y parto.
- Proveer cuidados durante el trabajo de parto
- Consejería para la embarazada con VIH, informando sobre los beneficios de la lactancia materna, el riesgo de transmisión a través de lactancia materna y sobre los métodos alternativos de alimentación infantil

- Apoyo para las mujeres con VIH que eligen no lactar.

Es necesario considerar que no todos los hijos de madres infectadas con VIH alimentados con lactancia materna adquieren la infección por VIH. Esto depende de muchos factores como son la carga viral de la madre, grietas en el pezón, mastitis, incorporación de otros tipos de alimentación junto con la lactancia materna, inmadurez del sistema inmune del recién nacido, entre otros.

Para realizar una pesquisa precoz de la infección por VIH resulta necesaria la participación y apoyo por parte de los profesionales de la salud, garantizando a todas las madres embarazadas seguimiento, tratamiento y prevención de la transmisión vertical.

Las mujeres embarazadas deben recibir en el documento de consentimiento informado para realizar estudio VIH, información referida a la disminución del riesgo de infección del hijo con el protocolo de tratamiento. Debe estar claramente especificado en el documento de consentimiento informado que la posibilidad de infección disminuye de 25,5% a 8,3% si se realiza un adecuado tratamiento.

Es fundamental, que como país logremos que la totalidad de las mujeres embarazadas se realicen el estudio VIH durante el control del embarazo, para poder tomar las medidas para disminuir la transmisión vertical de infección VIH. Esto debería ser considerado un indicador de calidad del control del embarazo.

En resumen, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha aislado de la leche materna y puede transmitirse a través de la lactancia natural. El riesgo de transmisión puede ser mayor en las mujeres que se infectan por VIH durante el período de lactancia (es decir, después del parto) que en aquellas con infección preexistente. En poblaciones como la de Chile, donde el riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas y malnutrición es bajo, y donde existen fuentes alternativas de alimentación segura y eficaz, hay que aconsejar a las mujeres infectadas por VIH que se abstengan de amamantar a sus hijos y de donar leche. Es necesario asesorar a todas las mujeres embarazadas y animarlas a que se sometan a una prueba para el VIH. En las regiones en las que las enfermedades infecciosas y la malnutrición son causas importantes de mortalidad en las primeras etapas de la vida, la Organización Mundial de la Salud recomienda que las madres amamenten a sus hijos con independencia del estado de la madre respecto al VIH.

Si eventualmente se iniciara la lactancia materna, dos intervenciones deben siempre realizarse:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.
- Profilaxis antirretroviral ampliada para el niño (nevirapina sola o nevirapina con zidovudina) son eficaces en la disminuir la transmisión.

7. LACTANCIA, ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILÍCITAS

La información sobre el abuso de sustancias y lactancia es muy incompleta. De partida los estudios experimentales en animales no son extrapolables. Los efectos a mediano y largo plazo están determinados generalmente por el consumo durante el embarazo y la lactancia. Además hay que separar lo que significa un consumo habitual de la situación del consumo ocasional y las medidas que se pueden tomar.

El efecto de estas sustancias durante la lactancia debe considerar su influencia en:

- la fisiología de la lactancia
- los efectos sobre la actitud de la madre
- los efectos sobre el lactante.

Si bien la recomendación del equipo de salud siempre es de evitar el consumo de estas sustancias, hay que considerar las posibilidades reales de abstenerse totalmente y los beneficios de la lactancia en condiciones de consumo, según la sustancia y la magnitud del consumo.

En general, salvo en los casos de adicción permanente a drogas ilícitas o el alcoholismo, se recomienda mantener la lactancia con las precauciones correspondientes.

Alcohol

El consumo de alcohol durante el embarazo es de alto riesgo, ya que los efectos fetales son graves. El acetaldehído, metabolito tóxico pasa rápidamente por la placenta y el umbral de riesgo es muy variable y continuo, por lo que el consumo seguro prácticamente no existe.

Durante la lactancia, el acetaldehído no pasa a la leche, pero los niveles de alcohol son similares a los plasmáticos en la madre. Por lo cual, amamantar dos y media hora de consumido una bebida alcohólica (17 gramos de alcohol que corresponde a 360 ml de cerveza, 150 ml de vino o 45 ml de licor) no producirá efecto alguno en el lactante, pero si puede afectar la fisiología de la lactancia.

El consumo de alcohol inhibe la liberación de oxitocina y estimula la liberación de prolactina en la mamada siguiente. Esto produce que la ingesta real del niño es un 20% menor que lo habitual, pero la madre siente sus pechos más llenos. Esta sensación es lo que probablemente ha llevado a considerar ciertas bebidas alcohólicas como galactogogos, creencia que se ha dado en diferentes culturas y diferentes épocas. La reducción del vaciamiento puede ir determinando disminución de la lactancia con el consumo habitual.

En el caso de consumo ocasional se recomienda suspender la lactancia 2 ½ horas por cada 17 gramos de alcohol consumidos. En el caso de una adicción alcohólica, el lactante puede requerir una medida de protección por el riesgo que determina la conducta materna, además del potencial riesgo de intoxicación.

Otros efectos del consumo de alcohol son la disminución de la duración del sueño total en el niño y un menor grado de desarrollo al año, en lo cual no puede descartarse un efecto prenatal.

Tabaco

El consumo de tabaco en el embarazo parece estar más controlado socialmente, ya que se mira mal a la embarazada fumando. La madre que ha sido fumadora y se ha abstenido en el embarazo es fácil que vuelva a fumar si su pareja también fuma, si está preocupada por recuperar peso, o cuando manifiesta la necesidad de recuperar "su vida". Muchas madres piensan que si se fuma fuera del lugar en donde está el niño, no habrá efecto sobre éste, aunque otras tienen la preocupación de transmitirles la adicción. El efecto del consumo de tabaco sobre la fisiología de la lactancia y sobre riesgos potenciales en el niño son de gran significación.

Basta fumar 5 cigarrillos al día para reducir significativamente el volumen de leche producido. El tabaquismo reduce los niveles basales de prolactina, sin modificar el pico de liberación de prolactina frente a la succión. El volumen lácteo producido en la madre de término es un 30% menos, en la madre de prematuro es de un 50 %.

Los tiocianatos del cigarrillo inhiben la bomba de sodio-yodo en la glándula mamaria, con lo que se observa una reducción a la mitad en la cantidad de yodo en la leche materna. Produciendo disminución de la disponibilidad de yodo para el lactante. El efecto es proporcional al grado de tabaquismo. Si la madre es una gran fumadora debe considerarse la posibilidad de evaluar la nutrición de yodo en el bebé, midiendo la yoduria para un eventual suplemento.

Estudios sobre el sueño del bebé con consumo de tabaco antes de amamantar muestran una reducción del sueño activo, lo que podría estar relacionado con los trastornos de aprendizaje descritos en hijos de madres con consumo de tabaco. La nicotina inhibe directamente la actividad pontocólculo occipital e indirectamente las neuronas promotoras del sueño del área preóptica ventrolateral.

El cigarrillo contiene una cantidad de sustancias tóxicas cuyo efecto en el lactante no se ha estudiado, entre otras: amoníaco, arsénico, metano, cadmio, monóxido de carbono, formaldehído, butano y cianuro.

Otros efectos atribuidos al tabaquismo son cambio de sabor de la leche, rechazo de amamantar por el lactante, producción de "cólicos", mayor riesgo de muerte súbita. Además disminuye la interleukina 1 alfa, aumenta la leptina y la beta endorfina.

Anfetaminas

(Éxtasis, ectasi, XTC; tiza, cristal X)

Todas estas sustancias se acumulan en la leche por lo cual frente al consumo aislado debe suspenderse la lactancia por 48 horas, extraer y eliminar la leche. Se ha descrito irritabilidad, alteración del patrón del sueño, muerte en lactantes con madres consumiendo anfetaminas. En caso de intoxicación a través de la lactancia se produce agitación extrema, inconsolabilidad, y movimientos oculares rotatorios por ceguera cortical transitoria.

Marihuana

Excretada en la leche humana, los niveles alcanzan 8 veces los niveles plasmáticos; algunos de los componentes tienen vida media muy larga. Frente al consumo ocasional se recomienda suspender la lactancia por 24 horas. En consumo crónico la lactancia se suspende por 14 a 30 días. Uno de los aspectos preocupantes es la conducta materna y la percepción de cuidado en el bebé. Se ha reportado disminución del volumen de leche y alteraciones del desarrollo motor al año de edad.

Cocaína

Es excretada en la leche materna por lo que en caso de consumo aislado la lactancia debe suspenderse por 24 horas. Se ha descrito intoxicación a través de la lactancia con irritabilidad, vómitos, diarrea, hipertensión, midriasis, taquicardia, agitación psicomotora y convulsiones.

Opiáceos

Heroína, morfina, meperidina, oxicodona

Pasa cantidad significativa a la leche materna. En el caso de la heroína, se absorbe escasamente por vía enteral. Se inhibe la eyección de leche. En consumo aislado suspender lactancia por 24 horas.

El lactante puede presentar síntomas de intoxicación: somnolencia, apnea, depresión respiratoria, bradicardia; o de privación: temblores, inquietud, vómitos y mala tolerancia alimentaria.

El uso de metadona para el manejo de la adicción es compatible con la lactancia

Substancias volátiles

Tolueno, benceno,

Vida media muy corta, salvo madre profundamente intoxicada no pasan a la leche pero reducen marcadamente el apetito e inducen desnutrición materna.

Tabla: suspensión de lactancia en consumo ocasional

Substancia	Período
Alcohol	2 ½ horas por unidad
Tabaco	3 horas
Anfetaminas y similares	24 a 48 horas y descartar leche
Cocaína	24 horas y descartar leche
Opiáceos	24 horas y descartar leche
Marihuana	24 horas
Substancias volátiles	-

8. INFORMACIÓN DE LOS BANCOS DE LECHE MATERNA

Existen algunas condiciones, como el parto prematuro, que pueden impedir la lactancia natural. En estos casos, puede alimentarse al recién nacido con leche obtenida de la propia madre o de donantes individuales no relacionadas.

La posibilidad de transmisión de agentes infecciosos a través de la leche humana exige una evaluación y selección apropiadas de las donantes, así como técnicas cuidadosas de recogida, procesamiento y almacenamiento de la leche.

En la actualidad, existen directrices dadas por la Human Milk Banking Association of North America en colaboración con la FDA y los CDCP. Dichas directrices incluyen la evaluación sistemática de todas las donantes para la detección de anticuerpos contra Virus de Inmunodeficiencia Humana Tipo 1 y Tipo 2, VLTH-I, VLTH-II, HBsAg, hepatitis C y sífilis.

La leche donada se dispensa exclusivamente con prescripción, después de someterse a tratamiento térmico a 56 °C o más durante 30 minutos y comprobar que los cultivos bacterianos no revelan crecimiento.

El tratamiento térmico a 56 °C o más durante 30 minutos elimina de forma fiable las bacterias, inactiva el VIH y reduce los títulos de otros virus, pero, en un pequeño estudio, el calentamiento a 56 °C no erradicó por completo el CMV. La pasteurización de Holder (62,5 °C durante 30 minutos) inactiva con fiabilidad el VIH y el CMV, y elimina o reduce significativamente los títulos de casi todos los demás virus.

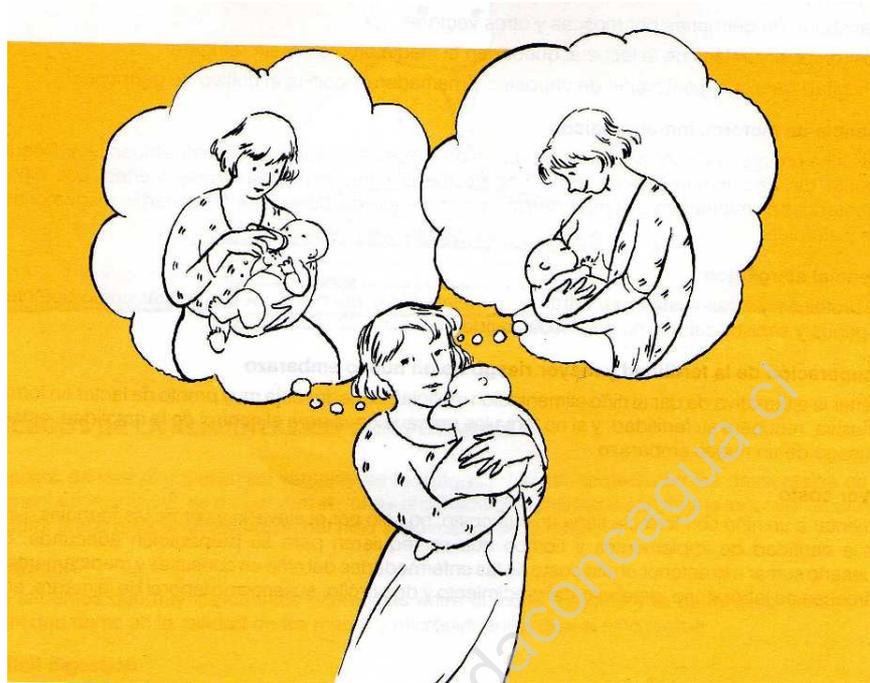
La congelación a -20 °C erradica el VLTH-I y reduce la concentración de CMV, pero no destruye la mayoría de virus o bacterias restantes.

CAPÍTULO III

LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

www.serviciodesaludacontegua.cl

1. APOYO CLÍNICO AL EQUIPO DE SALUD



Una madre que da pecho a su hijo responde a la influencia de una amplia constelación de factores, y que ocurren durante todo el ciclo vital. Resulta significativo en este sentido, que las niñas que reciben pecho en su primer año de vida, tienen más posibilidades de dar pecho ellas mismas cuando sean madres. El apoyo clínico a la lactancia puede y debe iniciarse precozmente, idealmente en la primera hora de vida y cubrir todas las etapas de la vida.

Periodo Preconcepcional

Las condiciones de crianza como la alimentación, la educación, los cuidados y afecto que recibe un niño(a), van definiendo sus potencialidades como futuros padres o madres. Padres, pediatras y profesionales de la salud juegan un rol importante vigilando su desarrollo, manteniendo una comunicación fluida, o estimulando algunas formas de jugar. En los juegos, los niños preparan sus roles de adulto, y en sus relaciones establecen las bases de la relación con sus hijos. Visitar a los familiares en proceso de lactancia, recordar las particularidades de la lactancia de cada uno de los hijos/as y sobrinos, o promover que las muñecas tomen pecho en el juego del papá y la mamá, pueden ser conductas que permiten a los niños ir desarrollando una postura frente a la lactancia.

La educación sexual, las condiciones bajo las cuales se desarrolla la adolescencia, el delicado equilibrio entre la libertad y el apoyo a los adolescentes, influyen en el desarrollo de su autoestima, en la elección de la pareja adecuada, y en la definición de valores con los cuales enfrentarán la maternidad o paternidad.

La planificación sexual y del momento adecuado de iniciar una gestación, son importantes para la vinculación con los hijos/as por venir. Las gestaciones no deseadas enfrentan más dificultades para la formación de una relación de apego con sus hijos/as

y con la lactancia. La promoción de una gestación deseada y planificada, debe estar en la agenda de educadores y profesionales de la salud.

Periodo prenatal

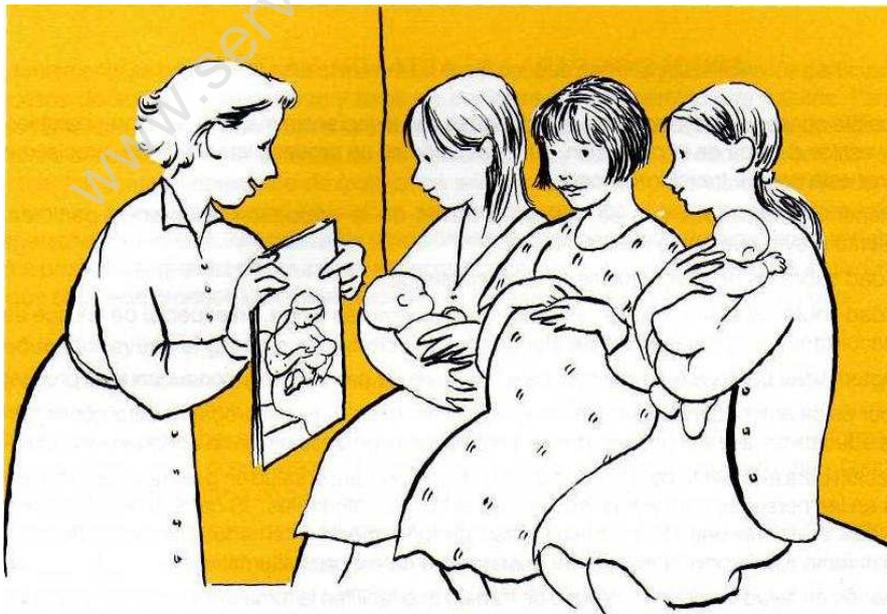
Apoyo educativo a la mujer gestante

Durante la gestación, junto con controlar periódicamente el estado de salud de la madre y el niño, los profesionales de la salud deben tener un conocimiento cabal sobre la lactancia para que puedan motivar a las madres a amamantar y a superar los temores o dificultades que se puedan presentar.

La madre está dotada de una intuición natural que le permite enfrentar situaciones particulares de su pequeño hijo con bastante acierto y de la cual el personal de salud siempre tiene algo que aprender. Las observaciones e intervenciones deben ser hechas con prudencia y respeto para que ella las reciba como apoyo y no como una crítica a su forma de actuar. El manejo debe respetar las condiciones individuales de madre-hijo en cuanto a salud y a su realidad sociocultural.

Durante la gestación la madre debe prepararse psicológicamente para amamantar a su hijo. Eso la motivará a aprender todo lo referente a lactancia, a cuidar su estado nutricional, a evitar riesgos para el niño que está en gestación y a prepararse adecuadamente para cumplir esta función. En este período ella está extraordinariamente receptiva a todo lo que sea en favor de dar a su hijo una mejor atención. Es una circunstancia muy propicia para el fomento y la promoción de la lactancia.

Los conocimientos se pueden entregar en forma sencilla y práctica. Los consejos y recomendaciones deben darse de acuerdo a las condiciones específicas de la madre: primigesta, múltipara, experiencia anterior sobre lactancia, actitudes, creencias, conocimientos, circunstancias sociales, tabúes, hábitos y prácticas alimentarias en la familia, preferencias, aversiones, etc.



Conocimiento de las mamas y los cambios en el embarazo y la lactancia

Es necesario que toda mujer observe y reconozca a qué se deben los cambios en las mamas durante el embarazo y la lactancia: modificaciones en la forma, tamaño, color y textura de la piel, pezones y areola, aparición de las glándulas de Montgomery, mayor sensibilidad de los pechos, etc.

Es el momento de asegurar a la madre que el tamaño de los pechos no tiene relación con la capacidad de producir leche, que la lactancia no deforma los pechos y que por el contrario, un amamantamiento eficiente permite que éstos se vacíen oportunamente, evitando riesgos de congestión y mastitis, además de eliminar la grasa de reserva que se había acumulado en el período de embarazo.

Utilizando material de apoyo (láminas, modelos de mamas, etc.) se puede explicar claramente en qué consiste la glándula mamaria y el proceso de producción de la leche.

Ventajas de la lactancia para ella y para su hijo/a

El profesional de salud que asesora a la madre debe exponerle a ella, y en lo posible al padre, las ventajas de la lactancia natural, así como las desventajas y riesgos de la mamadera y las fórmulas. Si la madre trabaja fuera del hogar, es el momento de darle a conocer la alternativa de usar leche extraída.

Reconocer experiencias previas

De gran importancia es conocer las experiencias previas que tiene la madre sobre la lactancia, ya sean propias, familiares, de personas cercanas, etc. y si son negativas, hacerla descubrir las causas y la forma de prevenirlas.

Técnica de amamantamiento

Esta es una técnica que es necesario aprender. En el período prenatal se puede enseñar en forma teórico-práctica con muñecos o con observación directa de otras madres que están amamantando. También se debe enseñar la técnica de extracción, manejo y conservación de la leche extraída.

Observar, evaluar y estimular la comunicación madre hijo

Hoy sabemos que los fetos tienen sus sentidos funcionando en la segunda mitad de la gestación y a través de ellos, y de las sustancias que comparten madre e hijo a través de la sangre, establecen una comunicación que les permite compartir experiencias y sentimientos. Las vivencias de la vida intrauterina tienen importancia en la formación del niño. Los fetos expuestos a situaciones de stress tanto fisiológico como psicológico, tienen más posibilidades de desarrollar patología (desde diabetes e hipertensión, hasta trastornos emocionales y mentales) y menos posibilidades de un desarrollo emocional e intelectual armónico.

El personal de salud debe detectar las dificultades que pueden afectar el desarrollo del vínculo entre madre e hijo, como una gestación no aceptada, problemas de pareja, duelos, separaciones, cambios, etc. Algunas situaciones pueden requerir ayuda especializada de psicólogos o asistentes sociales. Las madres con dificultades para establecer un vínculo adecuado con su hijo tienen además, menos probabilidades de darles pecho mas adelante.

En los controles de salud se puede promover la comunicación madre e hijo detectando y conversando los problemas, y estimulando actividades de comunicación como juegos, cantos, bailes, recordar sueños y comunicar pensamientos. Los padres pueden ser invitados a participar.

Incorporar al padre en la preparación prenatal

Se debe promover la participación activa del padre en las diversas etapas del proceso reproductivo. El control de la gestación es una instancia muy apropiada para ello, fortaleciendo su rol parental y estimulando la vinculación con su hijo/a. Además, su presencia y compañía en los controles del embarazo y talleres educativos, significan un importante apoyo afectivo y emocional para la mujer. Hoy se promueve la participación del padre en el parto de su mujer, para lo cual debe ser preparado previamente en el período prenatal.

Planificación del parto

La madre puede participar con su médico o matró/a en la decisión de la forma en que nacerá su hijo, teniendo claro que la cesárea sólo se debe dejar para casos clínicamente justificados. Si la situación lo permite, puede acordar con su médico o matró/a la elección de la clínica, en base a las expectativas que tenga con respecto al sistema de parto y las normas institucionales para el manejo del recién nacido (habitación conjunta, Salas Cuna, alimentación con mamadera, horarios para la alimentación del niño, momento de la primera mamada, etc.

Apoyo clínico a la mujer gestante

Examen mamario. Diagnóstico de las mamas y pezones

En el primer control prenatal debe hacerse un detenido examen de las mamas. Se observa la forma, el tamaño, asimetrías, indicios de cirugía previa, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas a la palpación. Si hay sospechas de alguna anomalía, referir a la paciente para un examen especializado. Si hay glándulas supernumerarias, evaluarlas, y si está indicado, extirparlas antes del segundo trimestre. En cuanto a los pezones, se debe observar si son pequeños, alargados, planos, umbilicados, simétricos, y la textura de su piel. Luego, se observa su protractilidad.

Es necesario observar y comentar con la madre sobre las modificaciones que se han producido en los pechos preparándose para la lactancia y darle la oportunidad de consultar sobre alguna duda presente e insistirle que el tamaño de ellos no está en relación con la cantidad de leche que pueden producir. Si hay secreción de calostro, explicarle el significado que éste tiene, que se considera un hecho normal y que no es conveniente manipular los pezones para extraerlo (riesgo de infección).

Recordemos que el mecanismo principal de la extracción de leche es la succión con apoyo de los labios del niño en la areola, por lo que el pezón cumple un rol más bien pasivo de alargarse y depositar la leche más profundo en la boca del niño. Aunque son más frecuentes las dificultades, una lactancia puede desarrollarse exitosamente en madres con pezones planos y/o umbilicados. Un énfasis excesivo en "el problema del pezón" puede afectar negativamente la lactancia, sin que se pueda ofrecer tratamientos efectivos.

Cuidado prenatal de los pechos

El cuidado de los pechos se refiere al aseo habitual de la madre, a la adecuación del tamaño y forma del sostén a medida que éstos aumentan de tamaño. Es conveniente insistir en que no está indicado usar jabones, cremas o lociones sobre la areola y el pezón, porque interfieren con la lubricación natural de las glándulas de Montgomery. La manipulación de los pezones puede provocar contracciones uterinas por un mecanismo neuro-reflejo.

Si hay presencia de glándulas o pezones supernumerarios, o una prolongación axilar muy notoria, explicar su significado y los cuidados especiales que se deben tener si se activan durante la lactancia.

Diagnóstico nutricional de la embarazada.

El incremento ponderal de la madre puede dar una pauta de su dieta, sin embargo una encuesta detallada de la ingesta diaria permitirá indicar las correcciones cuando corresponda.

Se debe explicar a la madre que el niño en gestación necesita diariamente el aporte de los elementos nutritivos para su desarrollo y que además ella debe acumular grasas de reserva para el período de lactancia. La ingesta energética de la embarazada debe ajustarse a su estado nutricional y a la intensidad de su trabajo.

Si una mujer está desnutrida o tiene una actividad física intensa, debe aumentar su ingesta calórica con suplementos dietéticos.

Si una mujer está bien nutrida, para evitar el sobrepeso, se le aconsejará que no sobrepase la ingesta energética normal.

Después de informar a la madre con respecto a lo que se considera una alimentación adecuada, es conveniente entregarle una lista de alimentos clasificados según los nutrientes que contienen, para que ella busque alternativas de dietas equilibradas.

Recomendaciones para corregir la dieta

Si en la encuesta nutricional se diagnostica alguna carencia específica, (hierro, calcio, yodo, etc.) es necesario hacer las correcciones de acuerdo a las posibilidades y preferencias de la madre.

Evaluar consumo de drogas, alcohol, tabaco, cafeína

Cualquier droga o medicamento puede afectar potencialmente al niño en gestación, sobre todo en el primer trimestre del embarazo. Si por razones de salud (epilepsia, diabetes, hipertensión, alergias, etc.) la madre consume algún medicamento en forma habitual, su médico tratante debe analizar y evaluar la situación.

Se debe advertir claramente a la madre los riesgos de la automedicación ya que es frecuente que se usen ciertos medicamentos sin prescripción médica (analgésicos, antiinflamatorios, tranquilizantes menores, etc.)

El alcohol, si se ingiere diariamente, aunque sea en pequeñas dosis, puede afectar al feto, de manera que es preferible evitarlo. El tabaco, aún en pequeñas dosis (3 a 4 cigarrillos diarios), constituye un riesgo comprobado para el feto (hipoxia, prematuridad, bajo peso, etc.). Es necesario advertir a la madre que su hijo puede ser igualmente afectado si ella permanece en una atmósfera donde otros fuman (fumador indirecto).

Tanto la cafeína como la teína son excitantes del sistema nervioso, por lo tanto la madre debe consumirlos con moderación. Cinco tazas de café o té en el día afectan el sistema nervioso del niño. Si la madre tiene alguna adicción específica, el manejo clínico no es fácil y los riesgos están en relación al tipo de droga ingerida. El embarazo puede ser una buena motivación para tratarla.

Ejercicio físico diario

La madre embarazada debe proponerse una rutina de ejercicios diarios. Puede hacer una caminata al aire libre de unas 10 cuadras, o si ella prefiere, hacer un esquema de ejercicios específicos para flexibilizar el aparato locomotor y estimular la circulación sanguínea y linfática.

La ropa durante el embarazo

El sostén debe adecuarse al tamaño de los pechos. No se recomiendan los que presionan demasiado los contornos de la mama o la prolongación axilar. La ropa en general debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos.

Pre Parto

Durante el trabajo de parto se van preparando las condiciones fisiológicas y emocionales adecuadas para el nacimiento y el inicio de la lactancia.

La ocitocina, además de provocar las contracciones, tiene un conocido efecto vincular, que al actuar durante un tiempo prolongado y en aumento progresivo, va preparando a madre e hijo para la separación y re-encuentro del nacimiento. Esta hormona además, estimula la liberación de endorfinas, que inducen sensación de bienestar e inhiben el dolor.

El proceso está dirigido fundamentalmente por estructuras del sistema límbico e involucra a muchas otras sustancias y hormonas, como adrenalina, prostaglandinas, ACTH, etc. La corteza se “apaga” durante el trabajo de parto, y la madre entra en un estado de conciencia especial. Bajo estas condiciones, la madre puede sentirse muy vinculada con su hijo, y con el apoyo de estas hormonas, puede enfrentar mejor el dolor, y el trabajo de parto se desarrolla más fácilmente. El miedo, ansiedad, stress, o un ambiente inadecuado “despiertan” las alertas corticales (generalmente comandado por la liberación de adrenalina), alteran el equilibrio hormonal, entorpecen el trabajo de parto, y el dolor puede transformarse en sufrimiento, al perder sentido y dirección.

Apoyo en el Trabajo de Parto

La atención hospitalaria del nacimiento, ha permitido un marcado descenso de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, introdujo condiciones y procedimientos que afectan el desarrollo fisiológico del parto normal, el proceso de vinculación, y la lactancia. Las madres suelen sentirse solas y temerosas, en un lugar desconocido, expuestas a rutinas y procedimientos que pueden ser amenazantes.

Con la evidencia actual muchas prácticas han sido eliminadas, por innecesarias o perjudiciales, como el enema y el rasurado púbico. El ayuno obligado durante el trabajo de parto se va relajando, las fleboclisis de rutina no se justifican, y los monitores se restringen a los casos complicados. La libre movilidad de la madre va reemplazando a la permanencia obligada en cama durante el trabajo de parto. Se promueve el acompañamiento y un trato respetuoso.

Todo esto permite que la madre esté siempre conectada y comunicada, dueña del proceso que vive, con positivas consecuencias para el trabajo de parto y el proceso de vinculación, y beneficios psicológicos y de salud para madre e hijo.

Acompañamiento

Se permite y se estimula el acompañamiento de la madre por el padre o una persona significativa. La presencia del padre fortalece los lazos afectivos y da seguridad a la

mujer. La madre necesita compartir con él este momento y sentir que asumen juntos la responsabilidad del hijo que está por nacer.

El Personal debe apoyar y tranquilizar a la madre durante el proceso de parto, favoreciendo la deambulaci3n controlada, t3cnicas b3sicas de relajaci3n, respiraci3n, en mujeres con una evoluci3n fisiol3gica del trabajo de parto.

La preocupaci3n por la deshumanizaci3n de las experiencias del parto ha llevado a la intenci3n de volver a implementar el apoyo continuo y personalizado de mujeres para mujeres durante el trabajo de parto (Klaus 2002). Entre sus elementos comunes se incluyen: apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad y elogios), informaci3n sobre el progreso del trabajo de parto y consejos sobre t3cnicas de control, medidas que le brinden comodidad (caricias, masajes, baos o duchas tibias, facilitar la adecuada ingesta y eliminaci3n de fluidos), y representaci3n (ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos a los dem3s)², cumpliendo un rol relevante la profesional matrona/3n en este modelo de atenci3n.

Es importante ser afectuosos, acompaasr a la madre, explicarle lo que va a suceder en cada paso del parto, sostenerla cuando es necesario, aclararle dudas, estar atentos a sus necesidades, hablar con ella de frente mir3ndola a los ojos, le da estimulo, seguridad y reconocimiento cuando avanza en el proceso. Estas medidas tienen por objeto que ella se sienta tranquila, relajada y sin temor de enfrentar el parto, con un efecto sicofisiol3gico beneficioso, que se traduce en un parto m3s participativo, m3s consciente y m3s relajado.

Las madres que reciben apoyo continuo, tienen un trabajo de parto significativamente m3s corto, requieren menor cantidad de drogas y anest3sicos y menor cantidad de ces3reas, tienen un 3xito significativamente mayor en la lactancia que las madres de un grupo control, al tener menos ansiedad post-parto, mejor relaci3n con su hijo, m3s apoyo y comprensi3n del padre hacia la lactancia.

Alimentaci3n

Salvo la anestesia para una operaci3n ces3rea, no hay contraindicaci3n para alimentarse durante el trabajo de parto. Lo m3s probable es que la madre opte por la ingesta de l3quidos principalmente, y escasos alimentos s3lidos. No se justifica una fleboclisis de rutina, que impide el movimiento de la madre.

La madre no debe pasar por per3odos de ayuno, entreg3ndose una ingesta oral de l3quidos o dieta liviana de acuerdo a su estado cl3nico y respetando los deseos de la mujer.

Movimiento

Se debe alentar a la madre a que camine durante el trabajo de parto, lo que tiene beneficios para el desarrollo del trabajo de parto, y el manejo del dolor.

² Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisi3n Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 N3mero 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Monitores

El ideal es que el monitoreo fetal se realice auscultando y palpando el útero manualmente para que haya un contacto más personal de la madre con la persona que la atiende. Los monitores electrónicos deberían ser sólo un apoyo para confirmar los signos percibidos manualmente, y reservado para los trabajos de parto complicados, pero no ser usados en forma rutinaria.

Inducción y cesárea

La ocitocina endovenosa administrada en las inducciones, obliga al uso de fleboclisis, no libera endorfinas y no tiene efecto vincular, desconectando a la madre y aumentando el dolor. La anestesia es habitualmente requerida en forma precoz, con lo que se altera profundamente la comunicación madre-hijo, y se generan las condiciones para un muy probable parto operatorio.

En los nacimientos por cesárea, no se vive el proceso preparatorio del parto, por lo que la adaptación del recién nacido es más difícil, la madre tiene más dolor postparto, afectando la lactancia.

Medicación

El uso de anestesia, analgésico o sedante debe evaluarse cuidadosamente, ya que pueden afectar la capacidad de la madre de tener un parto natural y de participar conscientemente en el proceso. Alteran la fisiología normal del parto o nacimiento, y aumentan los partos operatorios (cesáreas y fórceps).

La anestesia dificulta el movimiento de la madre; obliga al uso de fleboclisis para administrar ocitocina artificial, y un monitor para controlar los latidos. Desconecta a madre e hijo, y puede provocar somnolencia y relajación excesiva, interfiriendo con el inicio de la lactancia. Además, la mayoría de los medicamentos analgésicos y sedantes pueden pasar al feto y demorar varios días en eliminarse, lo que se aprecia en la respuesta disminuida de sus reflejos y en una somnolencia que dificultan el inicio de la lactancia.

Alternativas al manejo del dolor

Para el manejo del dolor, antes de recurrir a los medicamentos, se recomienda favorecer todas las condiciones que estimulen un fuerte apego de la madre con su hijo, y no alterar las condiciones fisiológicas del trabajo de parto, y sus mecanismos naturales de inhibición y control del dolor. Un ambiente positivo de acogida, protección y seguridad, en un lugar agradable y conocido, y un acompañamiento de confianza, contribuyen a una madre tranquila y segura.

Mantener condiciones apropiadas de privacidad, sin interrupciones, evitando los estímulos que distraen a la mujer (música, conversaciones, ruidos no deseados, preguntas innecesarias, etc.)

Permitir el libre movimiento y expresión de la mujer, brindarle ayuda, apoyo y calor humano en cada momento, tanto del equipo de salud como de la pareja. Entregarle información oportuna.

Uso de medios no farmacológicos para el dolor, recomendados por la Organización Mundial de la Salud, como caminar, cambiar de postura, uso del balón kinésico, masajes, música, inmersión en agua, etc.

Parto

En muchos lugares se están usando salas de preparto y parto únicas para evitar el cambio de sala que requiere una nueva adaptación a un lugar desconocido y amenazante. En todo caso, el ambiente de la sala de parto debe ser tranquilo, sin ruidos ni estridencias, con una iluminación tenue e indirecta y una temperatura agradable. Los colores pastel y con tendencia al rosado pueden hacerla más acogedora para el recién nacido.

Posición de parto

La mujer debe poder elegir la mejor posición para su parto, para lo cual se debe ofrecer alternativas como sillas de parto, cordeles, etc. La posición de litotomía durante el parto es la menos recomendable ya que dificulta las contracciones del útero, comprime los grandes vasos abdominales, presiona el coxis y los huesos ilíacos, impidiendo su desplazamiento y movilización normal. La fuerza de gravedad en las posiciones verticales, ayudan naturalmente a una mejor expulsión del niño ampliando el diámetro pelviano.

Acompañamiento en el parto

La presencia del padre o persona significativa contribuye a reforzar la actitud positiva y confiada de la madre para colaborar en el proceso, pueden hacerle masajes en la espalda, tomarle la mano, mirarla a los ojos, preocuparse de que se sienta cómoda, que no sienta frío, sostenerla firmemente cuando sea necesario ayudar a la expulsión, no abandonarla ni distraerse en detalles ajenos a ella y registrar todos los detalles del parto para luego comentarlos con la madre. En conjunto con el personal del área, pueden participar y ayudar para que el niño sea puesto al pecho para hacer su primera mamada en la sala de parto.

Pujo dirigido

Una madre en control del proceso puede pujar cuando lo sienta necesario. Los pujos dirigidos y mantenidos no se recomiendan actualmente.

Episiotomía

La episiotomía de rutina no se requiere en un parto bien dirigido. El dolor y la inmovilidad postparto que provocan también afectan la lactancia.

El nacimiento

Es la culminación de un proceso largamente preparado. La ocitocina alcanza sus niveles más altos post parto y contribuye a la retracción uterina, al inicio de la lactancia, y junto a la prolactina y ACTH entre muchas otras, contribuye a un estado de especial propensión para establecer relaciones vinculares. Las catecolaminas liberadas en el último momento del parto mantendrán en alerta a madre y recién nacido por alrededor de 1 hora. En el período de postparto inmediato hay un período sensible o período crítico para el establecimiento del sentimiento de apego o vínculo. Durante este período madre e hijo deben permanecer en una relación de profunda intimidad y contacto que les permita conocerse mutuamente.

Estas condiciones fisiológicas especiales desencadenan además, la liberación de numerosas sustancias que favorecen la adaptación, la termorregulación y la lactancia (Insulina, hormonas, citoquinas, enzimas gastrointestinales, etc.)

“La primera puesta al pecho en los Recién Nacidos normales puede ser inmediata al momento de nacer, antes del alumbramiento, idealmente dentro de la primera hora de vida, respetando el momento que madre e hijo lo decidan.

Se deberá facilitar el contacto madre – hijo/a y todo procedimiento que no sea estrictamente necesario debe ser diferido al menos 60 minutos para no alterar este apego precoz³”.

Apego

Habitualmente la madre siente una gran necesidad de ver y tocar a su hijo recién nacido. En un parto normal o en una cesárea con anestesia de conducción no hay razón para impedir que lo haga. La madre hace un cotejo de la imagen de su hijo "imaginario" con su hijo real, reconoce sus rasgos físicos, intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos, y aparece en ella un profundo sentimiento maternal de afecto y necesidad de protección, base del sentimiento de vínculo o apego.

El niño al nacer respira y siente frío por primera vez, recibe luz intensa, siente ruidos y que lo tocan. En este momento de tensión, al contacto con su madre se calma, siente el calor del cuerpo, y reconoce el olor y la voz. El niño está dotado de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus necesidades y esperar de ella una respuesta congruente para satisfacerlas. Con sus padres se siente acogido y protegido, e inicia con ellos un diálogo de gestos, sensaciones, emociones y sentimientos.

Los niños que tienen la oportunidad de vivir plenamente el apego al nacer, se adaptan mejor, tienen menos problemas en los primeros días (como regulación de temperatura, hipoglicemia, ictericia, etc.), y una mejor lactancia, que se inicia más precozmente y es más prolongada. En los meses siguientes tendrán menos enfermedades, y un desarrollo sicomotor mejor. En lo psicológico desarrolla una autoestima positiva, identidad integrada, mejor rendimiento educacional, mayor empatía, capacidad para enfrentar el estrés y un adecuado desarrollo social.

En la madre produce una íntima satisfacción en su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma. Madres y padres que tienen la oportunidad de compartir este momento con sus hijos les brindarán mejores cuidados.

El contacto de piel a piel y el primer contacto visual de madre-hijo son de extraordinaria importancia para el "apego", el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo-emocional y para el éxito de la lactancia. El equipo de salud debe procurar que la madre permanezca en íntimo contacto con su hijo, ojalá piel a piel, durante las primeras horas postparto, ayudarla prudentemente a que reconozca sus habilidades y evitar las interferencias en esta relación.

Primera mamada

Después del parto se intensifican en el niño los reflejos de búsqueda del pezón y de succión, y en la madre se desencadena el reflejo de ocitocina para expulsar la placenta, contraer las paredes uterinas y protruir el pezón y el cono areolar para facilitar el acoplamiento de la boca del niño en la primera mamada.

El niño normal, de término, tiene destrezas neurosensoriales y motoras suficientes para reconocer el olor de su madre (el pezón secreta una sustancia odorífera que estaba en el líquido amniótico y que el niño reconoce), visualizar el pezón-areola y acoplarse para

³ Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. MINSAL 2008

succionar vigorosa y armónicamente. Si después de nacer es dejado sobre el abdomen de su madre, el intenso reflejo de búsqueda del pezón, hace que el niño repté instintivamente buscando el pecho si se los deja tranquilos durante más o menos 40 minutos. Si esto no sucede, la madre lo puede acercar para que trate de encontrarlo. Antes de los 20 minutos el niño generalmente sólo boquea y lame el pecho, sin llegar a acoplarse al pezón y succionar. Luego, cuando lo visualiza, efectúa un pequeño impulso con las piernas y brazos, y después de algunos intentos de ubicación, se acopla perfectamente y succiona. Si la madre es primípara o no ha tenido esta experiencia anteriormente, aunque haya recibido instrucciones en el período prenatal, es necesario que una persona la asista, la ayuden en esta instancia, interfiriendo lo menos posible, para que el niño haga un buen acoplamiento.

La madre sentirá el efecto de la succión en las contracciones uterinas (entuerros). Es el momento para recordarle la importancia de estas primeras mamadas para estimular la secreción de ocitocina y de prolactina y la iniciación de la lactancia.

Pasados esos primeros minutos, de gran actividad motora, el recién nacido se retira del pecho y adopta una actitud característica que se ha denominado "estado de alerta tranquilo". Luego de unos 60 minutos, si está cómodo, se dormirá plácidamente.

La madre siente una gran tranquilidad al darse cuenta que todo está bien y podrá reposar relajadamente junto a su hijo para recuperarse de las exigencias del parto.

Contacto de piel a piel, glicemia, regulación térmica

Es frecuente la variación en los niveles de glicemia en el neonato durante las primeras 24 horas de vida. En las 12 últimas semanas del embarazo, el feto acumula glucosa en el hígado en forma de glucógeno. Este será utilizado para las necesidades energéticas del niño en las primeras 12 horas postparto. Los procesos metabólicos requeridos para mantener la temperatura corporal son los que consumen la mayor cantidad de esa energía. Cuando el niño no permanece en contacto piel a piel con su madre, la regulación de su temperatura se hace difícil, el consumo de energía es superior a la reserva y se produce una discreta hipoglicemia.

La hipoglicemia neonatal produce una desorganización neuromotora en el niño, manifestada clínicamente con temblores y movimientos de extensión de brazos y manos, una ligera dificultad para alimentarse y un llanto constante, actitudes que obviamente dificultan el inicio de la lactancia. Mientras el niño no regule su temperatura, el ideal es que permanezca siempre en contacto íntimo con su madre, ya que ella misma tiene variaciones térmicas para transmitir calor a su hijo. Se ha registrado aumento de alrededor de 1 grado de temperatura en una zona específica del tórax y abdomen de la madre, que comprende un óvalo extendido desde los dos pechos hasta la región umbilical.

El contacto piel a piel con su madre y el calostro son suficientes para regular la temperatura en un niño recién nacido de término sano, sin necesidad de desgaste metabólico del glucógeno de reserva. Los niveles de glicemia en los niños que reciben pecho desde el nacimiento y permanecen con sus madres pueden ser hasta 10mg % más altos.

Ritmos basales

El contacto piel a piel de madre e hijo no sólo interviene en la regulación de la temperatura corporal, sino que además ayuda a organizar el ritmo cardíaco y respiratorio del niño, evitando la bradicardia y los episodios de apnea.

Por otra parte, las primeras mamadas del niño constituyen el estímulo fisiológico apropiado para organizar armónicamente los patrones funcionales de respiración-succión-deglución.

Dificultades

Numerosas situaciones pueden interferir este momento.

Las drogas como tranquilizantes, barbitúricos, petidina, derivados de la morfina, o anestésicos administrados durante el trabajo de parto, interfieren con el estado de alerta del niño y con sus habilidades instintivas para buscar el pecho, por lo que se debe minimizar su uso.

En los nacimientos nacidos por cesárea, las madres están menos preparadas fisiológicamente para vivir el postparto (al igual que en las inducciones), y tienen menos posibilidades de atender al recién nacido. El niño puede tener más problemas de adaptación y la lactancia retardarse. Siempre se puede y debe procurarse el encuentro madre-hijo. En las cesáreas se pueden colocar en contacto piel a piel, ayudar liberando las manos de la madre, e iniciar la lactancia lo antes posible.

En los partos o nacimientos con dificultades, el apego debe posponerse si el niño o la madre requieren atención especial. La información adecuada de lo que está sucediendo, y el regreso a la normalidad lo antes posible, pueden minimizar las pérdidas.

Atención médica del recién nacido

La atención del recién nacido debe propender a no interferir en estos complejos y delicados procesos naturales. Para ello se recomienda no separar bruscamente al niño del lado de su madre, sino dejarlo sobre su pecho en contacto de piel a piel y cubierto con un paño después de secarlo. Esto le permite temperarse con la temperatura corporal de su madre, seguir percibiendo sus latidos cardíacos y ritmo respiratorio y de esa forma adaptarse progresivamente a este nuevo ambiente tan diferente al vientre materno.

Hoy no se aspira al recién nacido (ni aún en presencia de meconio si el niño tiene un buen esfuerzo respiratorio), no se recomiendan colirios y se pospone la vitamina K para después de la primera hora de vida.

El aseo del niño se puede postergar. El vernix o unto sebáceo que cubre el cuerpo del recién nacido, protege y lubrica su piel, le ayuda a mantener la temperatura corporal y evita la pérdida insensible de agua a través de la piel.

El niño debe ser supervisado y evaluado permanentemente por el personal de salud. El Apgar del niño se toma 1 minuto después del parto y se repite 5 minutos después, y no es necesario interferir el apego. El control de peso y talla y examen físico completo del recién nacido pueden posponerse.

Se debe practicar la observación conjunta de la madre. La permanencia de la madre en una camilla angosta no debe ser excusa para alejar al niño de ella.

Postparto en la sala

Habitación conjunta

Madre y niño deben permanecer juntos día y noche. La tranquilidad de tener al niño a su lado y el amamantarlo a libre demanda, favorecen en gran medida la bajada de la leche y la disposición de la madre para tener una lactancia exitosa. Se debe otorgar condiciones de privacidad y respeto para que madre e hijo adquieran en conjunto los nuevos ritmos de alimentación, sueño, cuidados y afecto. El personal debe mantener una actitud siempre de apoyo positivo, evitando descalificaciones o juicios sobre las mamas, pezones, características del niño o formas de enfrentar la lactancia.

Lactancia

Las condiciones básicas para el éxito de la lactancia son que el niño se alimente con régimen de libre demanda desde el primer momento, y que la madre maneje una técnica de amamantamiento correcta.

Las posiciones de ella y del niño, el acoplamiento boca-pecho, duración y frecuencia de las mamadas, la prevención de la congestión de los pechos, el reconocimiento de las dificultades y su correcta interpretación y solución, son conceptos que deben reforzarse cuando la madre inicia la lactancia regular en la sala de puerperio.

El calostro

Como el calostro en los primeros días es de escaso volumen, existe la idea que éste es demasiado poco alimento para el niño. El equipo de salud no debe perder oportunidad de insistir en la importancia que éste tiene para el recién nacido, asegurando a la madre que éste siempre es adecuado en cantidad y calidad para el niño, que no se requiere otro líquido o alimento, y que el niño debe mamar frecuentemente las primeras 48 horas para extraer todo el calostro que ha preparado la glándula mamaria para esos primeros días.

Nota: El recién nacido debe recibir sólo el calostro de su madre. No se le debe dar suero glucosado, agua, ni fórmula, sin una causa médica.

Trabajar las creencias erradas

Durante el puerperio, el personal de salud debe estar atento y dispuesto a comentar con la madre las creencias o costumbres que ella tenga sobre la lactancia, para reforzar las que sean positivas y corregir las que no sean favorables para el éxito de la lactancia.

Superación de problemas frecuentes en la sala de puerperio

En la sala de puerperio suelen presentarse los primeros problemas con el amamantamiento y las madres no siempre tienen la calma suficiente para enfrentarlos. El personal de salud que apoya la lactancia debe estar presto a solucionarlos y no permitir que la madre pierda la confianza en que ella es capaz de tener una lactancia exitosa.

Las secreciones buconasales son frecuentes en las primeras 24 horas, especialmente en el niño que ha nacido por cesárea. La madre debe aprender a reconocerlas y a eliminarlas antes de poner al niño al pecho, ya que le dificultan la respiración y por lo tanto el amamantamiento.

El recién nacido tiene un esquema de succión en salvas de 4 a 5 mamadas, luego descansa 5 a 10 minutos o más y vuelve a mamar. El niño hipotónico o que está bajo efecto de medicamentos usados en el proceso del parto, succionará débilmente y es

probable que se duerma antes de mamar lo suficiente. En estos casos es recomendable desabrigar al niño y mantenerlo en contacto de piel a piel con su madre. También se le puede estimular con masajes suaves en la espalda (de caudal hacia cefálico) y esperar con paciencia a que manifieste nuevamente deseos de mamar. No es conveniente mover demasiado al niño o cambiarlo de un pecho a otro constantemente, pero sí despertarlo para amamantar cada 2 horas. Esto también se recomienda para el niño de pretérmino o de bajo peso de nacimiento (BPN).

El niño/a hipertónico tiene dificultades para el acoplamiento y para acomodarse en una buena posición, resistiéndose a mamar a pesar de tener necesidad de hacerlo. La madre debe buscar la forma de superar el problema de acuerdo a las características particulares del niño, siguiendo las indicaciones básicas que le da el personal de salud. Los pechos deben ser revisados frecuentemente, buscando algún signo de congestión. Las grietas o el dolor de los pezones indican una mala posición de amamantamiento y/o una disfunción motora oral que será necesario corregir inmediatamente.

La disfunción motora oral puede estar presente si al niño se le ha dado mamadera, chupete o si hay alguna característica anatómica bucal que no favorezca un buen acoplamiento. Es el momento de diagnosticarla y enseñar a la madre como superarla.

Si la madre tiene pezones planos o invertidos, o si el niño tiene fisura labio-palatina, habrá que preocuparse especialmente que el niño aprenda a mamar antes de la bajada de la leche, aprovechando la flacidez de la mama y la protrusión del cono areolar.

Cuando se da el alta, es necesario asegurarse que la madre ha captado claramente lo que debe hacer después en casa para lograr que el niño se alimente adecuadamente.

La permanencia en el hospital es un buen momento para detectar dificultades en la relación madre hijo que se expresan especialmente en la lactancia.

Evaluación de la lactancia

Una lactancia adecuada nos muestra un niño tranquilo, satisfecho, con peso adecuado, y orinando.

No hay forma directa y práctica de saber la cantidad de leche que produce la madre. Una costumbre muy difundida y errada es intentar ordeñar leche y determinar escasez o abundancia de leche, la cual debiera ser abolida, teniendo presente la fisiología de la producción y eyección de leche.

Alta post-natal

Cuando la madre se va de alta debe tener claras las ventajas de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y llevarse las indicaciones para que ésta sea exitosa. Se debe enseñar a la madre a reconocer si tiene suficiente leche y también a reconocer el amamantamiento correcto. Siempre es conveniente entregarle indicaciones por escrito, ya que por las condiciones emocionales del momento, su percepción y su memoria están alteradas.

Es fundamental reforzar sus conductas positivas y la confianza que debe tener en su capacidad de producir todo el alimento que el niño necesita para un óptimo crecimiento y desarrollo bio-sicoemocional.

Al dar el alta, se debe ofrecer a la madre un sistema que facilite la consulta de urgencia en caso de presentar algún problema que arriesgue la lactancia.

La bajada de la leche

Si el puerperio en el hospital dura uno o dos días, lo más probable es que la madre se vaya a casa sin que haya tenido la "bajada de la leche". Es una situación que hay que

advertírsela, ya que la bajada de la leche puede demorarse hasta 4 a 5 días, existiendo el riesgo de que introduzca una mamadera con fórmula para acallar al niño que empieza a mostrarse molesto y con deseos de mamar con frecuencia. Insistir nuevamente: "el calostro es el único alimento que el niño debe recibir".

Por lo general la madre que amamanta frecuentemente (cada 2 a 2 1/2 horas) en los primeros 2 a 3 días, no nota la bajada de la leche y no tiene riesgo de congestión de los pechos. Por el contrario, las madres que amamantan según régimen de horario fijo, tienen más molestias cuando sus pechos se llenan de leche y una alta probabilidad de presentar congestión.

Post-parto tardío o periodo post-perinatal

Recomendaciones para la mantención de la lactancia

La madre que está dispuesta a amamantar, es probable que no tenga dificultades para continuar con la lactancia hasta los 6 meses. Aunque la tentación de las mamaderas y chupetes está siempre presente, si la madre ha entendido claramente los riesgos que significan, tendrá el valor y la convicción suficiente para no recurrir a ellos.

El régimen de libre demanda, día y noche, facilita la organización de la lactancia, pero requiere de una gran dedicación de la madre hacia su hijo. La frecuencia de las mamadas estará de acuerdo a las necesidades de crecimiento del niño, siendo variable en los distintos periodos.

Lo importante es no introducir ningún alimento, agua, ni chupete de entretención mientras se tenga el propósito de mantener la lactancia materna exclusiva.

Una lactancia correcta considera la posición adecuada del niño y de la madre, el horario y la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la demanda, mínimo 6 veces en el día y al menos una vez en la noche. Al establecerse la lactancia, la duración y frecuencia de las mamadas disminuye.

Recuperación del peso de nacimiento del niño

El niño debe recuperar su peso de nacimiento dentro de los primeros 10 días. Si esto no ocurre, se debe revisar la técnica de amamantamiento, observando especialmente el acoplamiento boca - pecho y la frecuencia y duración de las mamadas. Cuando se hace el amamantamiento con la técnica correcta y según las necesidades del niño, el incremento pondero-estatural será el óptimo para ese niño según sus propias características genéticas. Este es el indicador más seguro de una lactancia adecuada.

Recomendación nutricional para la madre

La dieta de la madre que amamanta debe ser adecuada a sus necesidades. La asesoría nutricional debe incluir pautas escritas de alimentación, ya que en general son pocas las personas que manejan conceptos claros sobre nutrientes o dietas equilibradas.

Recuperación del peso normal en la madre

Se debe asegurar a la madre que lo normal es bajar 1 Kg./mes si da de mamar tan frecuentemente como se le ha indicado, y que para conservar la figura, puede hacer ejercicios físicos apropiados para fortalecer los tejidos. No es recomendable que baje de peso más de lo indicado porque arriesga su estado general.

El reposo de la madre

El reposo de la madre durante la lactancia es importante para que pueda resistir las exigencias de este período y mantener una buena disposición para amamantar en

forma exclusiva. El ideal es que duerma y descanse cuando lo hace su hijo, para lo cual necesitará del apoyo de otros miembros de la familia que asuman algunas tareas rutinarias del hogar. También debe aprovechar el momento de la mamada para sentarse cómoda y descansar.

El regreso al trabajo

Si la madre trabaja, nuevamente hay que motivarla para que continúe con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, cuando se reintegre al trabajo.

Si no le es posible acudir a amamantar con la frecuencia que se requiere, instarla a que use la alternativa de extraerse la leche para darla al niño. (Ver técnica de extracción y manejo de la leche)

Planificación familiar

Respetando los aspectos culturales e Ideológicos, es necesario orientar a la pareja para que asuma responsablemente la planificación familiar y la madre no se exponga a un nuevo embarazo demasiado pronto. Es una excelente oportunidad para enfatizar que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses posterga o retrasa el retorno de la fertilidad.

Si no es posible usar el método natural de la Amenorrea de Lactancia (LAM), se debe recomendar algún método anticonceptivo que no afecte la lactancia.

Cuadros depresivos del embarazo y el puerperio

Los períodos del embarazo y el puerperio son especialmente sensibles a los cambios emocionales. Hay una serie de manifestaciones presentes en las madres que se consideran inherentes a dichos estados fisiológicos: labilidad emocional, irritabilidad, decaimiento, desánimo, somnolencia y/o insomnio, ansiedad expectante, miedos exagerados, indecisión, dificultad para enfrentar situaciones cotidianas, etc.

En un número significativo de mujeres estos síntomas se hacen más intensos y persistentes en el período postnatal, constituyéndose en una variada gama de trastornos sico-emocionales reconocidos como cuadros depresivos del puerperio. Según la severidad de los síntomas y el momento en que se presentan, se pueden distinguir 4 situaciones clínicas diferentes:

- Falta de "apego" o vínculo afectivo entre madre e hijo
- Disforia del parto ("post natal blues")
- Depresión post-parto
- Sicosis puerperal

El equipo de salud debe reconocer y diferenciar estos cuadros, dada la importancia que tienen en el proceso grávido- puerperal, en el comportamiento de la madre con su hijo, en la relación con su pareja, con su familia y con su entorno laboral-social. Las madres que presentan cuadros depresivos, tienen más dificultades para la instalación y mantención de la lactancia. La clínica de lactancia es una oportunidad para detectarlos.

Por otra parte, el fracaso de la lactancia podría potenciar el estado depresivo, ya que la madre puede disminuir aún más su autoestima al no sentirse competente para la maternidad y la lactancia.

Falta de vínculo madre-hijo, ver: apego y lactancia en capítulo I.

Disforia del parto

Se conoce también como "postnatal blues" o "maternity blues", Es un cuadro que se presenta en mayor o menor grado en la mayoría de las mujeres (más del 60%).

Se inicia entre el 3º y 4º día post parto y por lo general es un cuadro autolimitado que rara vez dura más de 10 días. Los síntomas se presentan con mayor intensidad al final de la primera semana postparto. Los más característicos son: labilidad emocional, llanto fácil sin causa aparente, tristeza, sentimiento de gratitud hacia la propia madre, sentimiento de pérdida, desánimo, fatiga, ansiedad, falta de concentración.

Si bien este cuadro no requiere tratamiento, porque se espera que desaparezca dentro de unos días, la madre que lo sufre tiene un profundo sentimiento de infelicidad que debe ser considerado, ya que la no comprensión de la situación puede alterar significativamente las relaciones entre madre e hijo y el resto de la familia. Además, un período disfórico mal manejado, puede ser la base de una depresión posterior.

El equipo de salud debe considerar la labilidad emocional de este período y no desvalorizar los sentimientos de la madre. La ambivalencia emocional es el síntoma más característico del estado de disforia. Muchas veces expresan: "tengo tantas cosas que agradecer y por las que tendría que estar feliz, pero ahora sólo tengo deseos de llorar". Si ella tiene pena y deseos de llorar, no debe reprimírsela ni hacerla sentirse culpable por ello. Basta con escucharla, hacerle un gesto cariñoso, decirle que esta hipersensibilidad postparto es producida por un proceso hormonal propio de este período, que le sucede en menor o mayor grado a la mayoría de las mujeres, que es un recurso de la naturaleza para que la madre esté más alerta a las necesidades de su hijo, y que en todo caso es una situación muy positiva.

La familia también debe estar enterada de esta situación, ya que es importante respetar los sentimientos de la mujer y no hacer un juicio o una calificación apresurada de la situación. Se debe procurar que la madre descanse y se alimente bien y además, liberarla temporalmente de responsabilidades o decisiones que la agobien.

De extraordinaria importancia es facilitar el establecimiento de una buena lactancia, ya que muchas veces basta esto para devolver a la madre la autoestima y la confianza en su capacidad de enfrentar la vida con su hijo.

Depresión post parto

El cuadro puede aparecer desde la segunda semana del puerperio hasta 5 meses o más después del parto. Los cuadros más severos se inician más precozmente, en la 2º ó 3º semana de puerperio. Cuando una depresión se inicia tempranamente puede confundirse con una disforia, pero ya se ha dicho que la característica de la disforia es su duración no más allá de 10 días. Por otra parte, el inicio temprano puede deberse a un estado disfórico no considerado o tratado inadecuadamente.

Los síntomas son más específicos y profundos que los de una labilidad emocional:

- deseos de llorar frecuentemente, sin causa precisa
- ansiedad y preocupación sin causa precisa
- irritabilidad. Miedo y sobresaltos frecuentes
- sentimientos de culpa
- sentimientos de incapacidad, descontento e insatisfacción consigo misma
- desmedro de la autoimagen física
- alteraciones del sueño: somnolencia exagerada o insomnio
- ideas suicidas y temor de hacer daño al niño

- temor de no pertenencia de su hijo
- temor a enfermedades o deformaciones en el niño
- pesimismo hacia el futuro
- dificultad para reír y para ver el lado positivo de las cosas.

Hay factores que están asociados al desencadenamiento de este cuadro:

- mala relación y/o falta de compromiso de la pareja
- embarazo adolescente
- embarazo en mujer mayor de 35 años
- historia familiar con antecedentes depresivos
- actitud negativa frente al embarazo

Hay además situaciones clínicas del embarazo y el parto que actúan como factores estresantes y que inciden en la prevalencia de la depresión:

- inducción del parto
- cesárea de urgencia
- anestesia peridural en el parto vaginal
- peso insuficiente del recién nacido
- presencia de patología y hospitalización del niño
- dificultades con la lactancia.

Se observa una declinación significativamente mayor de la lactancia a partir de la 3ª semana postparto en las madres con depresión puerperal. Cuando se está frente a un cuadro depresivo, el manejo comprende tres medidas:

- Apoyo psicológico a la paciente: es necesario establecer con ella una relación de confianza que facilite la expresión libre de sus sentimientos y emociones, poner énfasis en la afectividad positiva y apoyar el desarrollo de habilidades para asumir el rol materno y los cuidados del niño. Cuando el cuadro depresivo es leve, que es el caso de la mayoría, por lo general estas medidas son suficientes.
- Intervención sobre el grupo familiar: la comprensión del cuadro depresivo por parte de la familia, especialmente de la pareja, es fundamental para lograr una regresión de los síntomas.
- Uso de psicofármacos: el uso de fármacos está indicado en los cuadros depresivos más graves o cuando éstos se prolongan por varios meses, optándose por fármacos que no afecten al recién nacido y la lactancia.

Sicosis puerperal

Constituye un grupo heterogéneo de cuadros clínicos similares a la esquizofrenia, trastornos maníaco-depresivos, cuadros confusionales o bien la combinación de ellos. Su incidencia se ha estimado en 1 ó 2 por mil nacimientos.

Puede aparecer una o dos semanas después del parto, con síntomas similares a una depresión o incluso a los síntomas disfóricos de los primeros días. Es necesario que el equipo de salud esté atento a cualquier manifestación o antecedente que haga sospechar que estos primeros síntomas son el pródromo de un cuadro de mayor gravedad y derive a la paciente a tratamiento de especialidad.

En el caso de psicosis la madre está imposibilitada para atender a su hijo, por lo que es necesario separarlo de ella y buscar una alternativa adecuada para su alimentación y atención.

Procedimientos

A. Contacto Precoz madre, padre e hijo/a

Objetivo general:

Promover una buena relación madre – padre e hijo/a y fomentar el amamantamiento precoz

Objetivos específicos

- Amamantar antes de la primera hora de vida, de preferencia en sala de partos
- Formar lazos afectivos entre la madre, el niño y su progenitor

Procedimiento

Una vez que el niño(a) ha establecido llanto vigoroso, se procede a pinzar y cortar el cordón y posteriormente se realiza la evaluación inicial del niño(a) por observación.

Si es un recién nacido de término o mayor que 35 semanas, AEG, vigoroso, rosado con examen físico por visualización normal y sin antecedentes de riesgo, se arropará, y se coloca en contacto piel a piel sobre el abdomen y/o tórax de la madre, estimulando la libre interacción entre ambos y el padre o acompañante, cubriéndolo con una compresa limpia, para mantener su temperatura y luego se debe iniciar aproximación a lactancia con apoyo del Equipo de Salud en el área de Puerperio Inmediato, realizando control de signos vitales y observación general⁴.

Si se dan las condiciones, se favorece la primera puesta al pecho. Mientras esto sucede se continúa la observación del niño. Más tarde, se realizarán los procedimientos de rutina.

Se debe realizar una evaluación permanente del recién nacido, su color, respiración, tono muscular y movimientos, apego, durante el período que esté con su madre en el contacto inicial.

Sólo si la madre no está en condiciones inmediatas de recibir al niño, éste puede quedar, por el menor tiempo posible, en el mismo Sector de Reanimación o de Atención Inmediata en una cuna, donde será observado y controlado.

Posteriormente, ambos se internarán en el Sector de Internación Conjunta Madre–Hijo (Puerperio).

Se debe tratar de que los Recién Nacidos no permanezcan innecesariamente en el Sector de Atención Inmediata y que estén con su madre antes de la primera hora de vida.

Equipamiento

- Sala de partos a temperatura ambiente 24° a 28°
- Termómetro mural en Sala de Partos
- Paño de secado en paquete de partos
- Paño para cubrir el dorso del recién nacido

Recomendaciones

En esta etapa se debe considerar que puede haber madres que reaccionen tomando distancia, rechazando o no queriendo tocar al recién nacido, por lo que la madre debe

⁴ Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. MINSAL 2008

estar previamente informada de este procedimiento y el equipo conocer sus aprensiones, si las tuviera.

B. Lactancia Materna en el niño hospitalizado después del parto

- a) Informar a la madre y al padre, en que lugar quedará hospitalizado su hijo (a) y las razones de su hospitalización.
- b) Señalizar la ubicación de la unidad de Neonatología y sus accesos
- c) Mientras la madre permanezca sin poder levantarse, informarle sobre el estado de su hijo. Y si sus pechos están congestionados enseñar técnica de extracción de leche materna para evitar la mastitis.
- d) Se debe enseñar especialmente a las madres cesarizadas, si han pasado más de 24 horas de separación con su hijo:
 - Lavado de manos
 - Masaje suave de mamas
 - Extracción manual de leche materna, presionando la areola con movimiento rítmico (apretar y soltar) desde dentro hacia fuera.
- e) Informar a la madre de la existencia de un lactario, su ubicación y accesos.
- f) Una vez que la madre se pueda movilizar y teniendo la precaución de que haya sido visitada por el médico o matrona, indicar los horarios en que puede ir al lactario, señalando las funciones del mismo.
- g) Toda madre hospitalizada que tenga a su hijo (a) hospitalizado, deberá ser enviada al Lactario, donde se le enseñará técnicas de higiene para ingresar a la Neonatología y técnicas de extracción de leche materna, de ésta forma podrá alimentar a su hijo con leche producto de la extracción o al pecho directo si está indicado.
- h) Pasan por el lactario también aquellas madres que no pueden lactar, de modo de seguir cumpliendo las normas de entrada a Neonatología, y llevar un control de las madres que visitan a su hijo.
- i) Indicar además el horario de atención de los médicos neonatólogos para dar información a los padres y el Horario de visita al niño de padres y abuelos

2. TÉCNICA PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo. No sólo considerando su composición, sino también el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su hijo amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, la madre y para la sociedad.

Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente, idealmente durante la primera media hora de nacido en sala de Parto y/o Recuperación de la madre.

Una vez que el niño(a) pasa a un periodo de somnolencia, se recomienda que permanezca con su madre, aunque no muestre interés por mamar. Pasado este periodo tan pronto despierte el recién nacido se debe ofrecer el pecho.

Casi todas las mujeres son capaces de alimentar a su hijo exclusivamente con su leche. Si bien hay diferencias significativas en los volúmenes y en la concentración de grasa de leche de diferentes madres, existe una gran capacidad del niño de estimular la producción de acuerdo a sus necesidades. Por otra parte, las causas que contraindican la lactancia materna (algunas enfermedades o medicamentos...) son de baja frecuencia. Hoy en día, casi todas las enfermedades maternas tienen algún tratamiento que se puede hacer sin tener que suspender la lactancia.

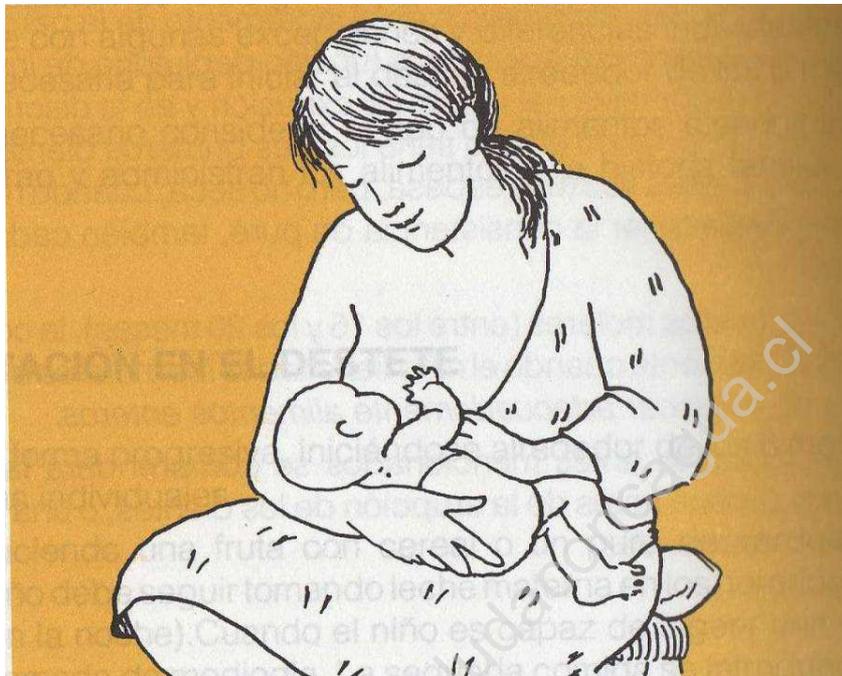
El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces toma el pecho de la madre, más leche se produce.

La cantidad se ajusta a lo que el niño toma y a las veces que vacía el pecho al día. La calidad también varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo. Durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti infecciosas; 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; pero no siempre su contenido graso y por lo tanto de energía es suficiente en los primeros 6 meses.

Es importante, sobre todo al principio, que no se ofrezca al Recién Nacido chupetes ni mamaderas.

Un chupete de entretención no se succiona de la misma forma que el pecho, por lo que el recién nacido puede "confundirse" y posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia (se utiliza distinta musculatura de succión con el chupete y el biberón que en el proceso de succión del pecho). Esto puede ser la causa de problemas tales como grietas en el pezón, mastitis.

Duración y frecuencia entre las tomas o mamadas



El tiempo que cada recién nacido necesita para completar una toma es diferente para cada niño(a) y cada madre, también varía según la edad de éste y de una toma a otra.

La composición de la leche no es igual al principio y al final de la mamada, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio contiene la mayor parte de las proteínas; la leche del final de la mamada es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una es muy variable, por lo tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho "a libre demanda". Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el niño(a) es el único que sabe cuándo ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la mamada. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien suelte espontáneamente el pecho. En general, cuando la leche tiene un contenido graso más bajo el bebé mama más tiempo que cuando la leche tiene un contenido graso alto.

Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos.

En este último caso, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en éste pecho. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternadamente cada uno de ellos, para evitar el acumulo de leche que puede ocasionar el desarrollo de una mastitis.

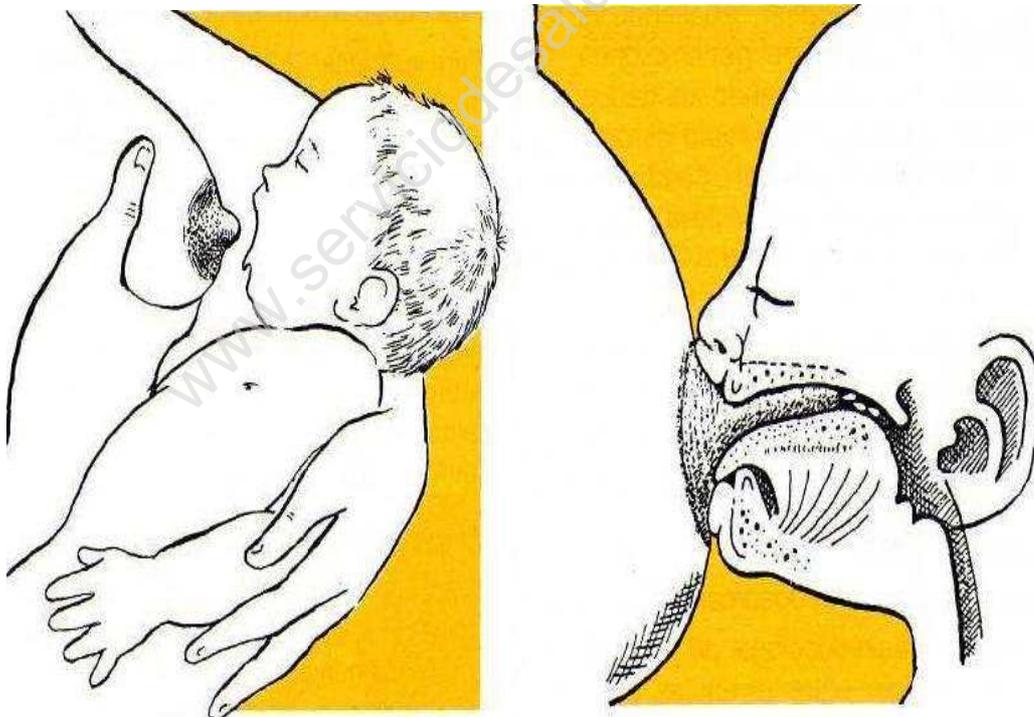
Se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro.

Aunque el niño tome el pecho muy a menudo o permanezca mucho tiempo asido en cada toma, ello no tiene porqué facilitar la aparición de grietas en el pezón si la posición y el acople del niño son correctos.

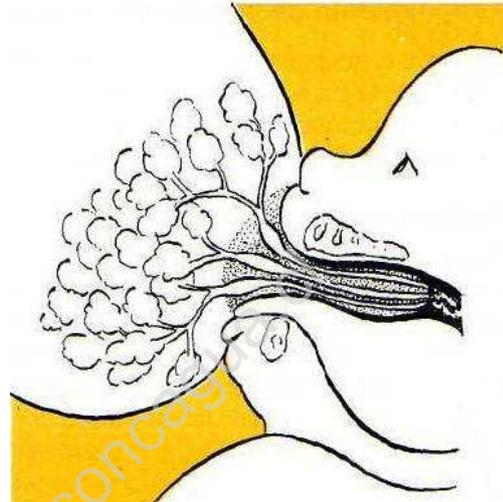
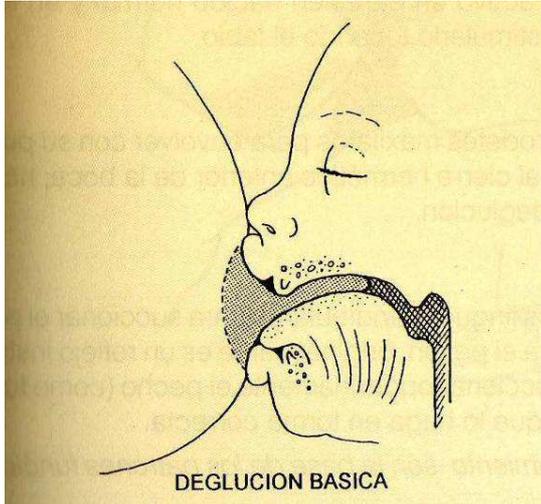
La mayoría de los problemas con la lactancia materna se deben a una mala posición, a un mal acople o a una combinación de ambos. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón.

Lactancia y reflejo succión – deglución

Tomar el pecho es diferente que tomar la mamadera; la leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección o “subida de la leche”) y una extracción activa por parte del bebé (la succión del bebé).



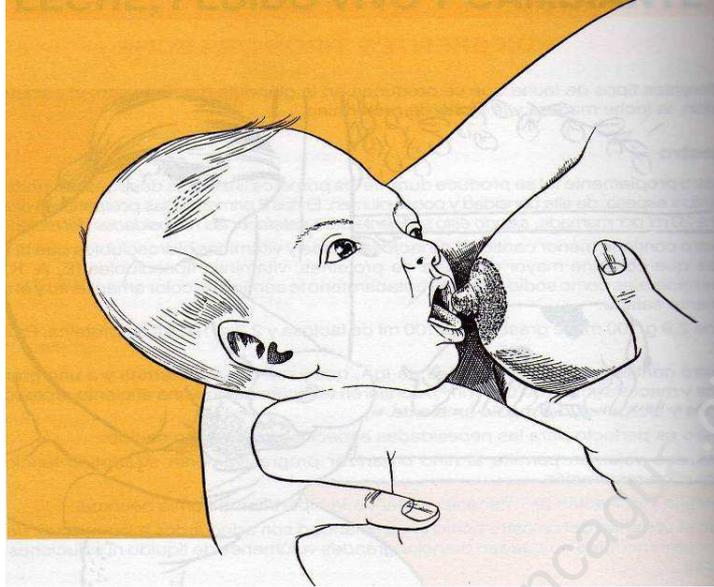
El niño, para una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con éste, la cual está formada aproximadamente por un tercio de pezón y dos tercios de tejido mamario.



En la succión del pecho, la lengua del recién nacido realiza un movimiento en forma de ondas peristálticas (de adelante hacia atrás), que ayuda al vaciamiento. Para que esto sea posible, el recién nacido tiene que estar acoplado al pecho de forma eficaz.

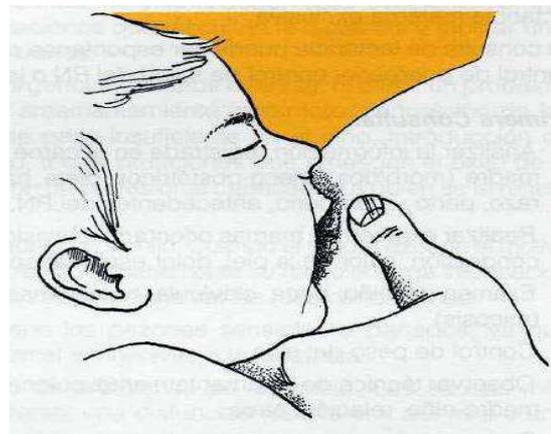
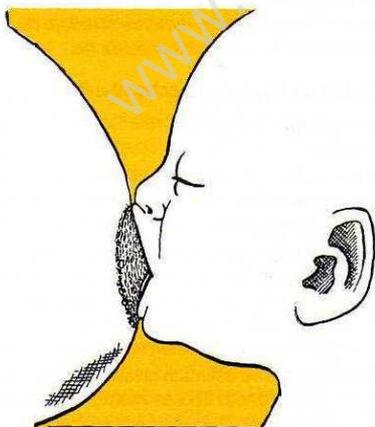


Técnicas para la lactancia



Madre y niño, independientemente de la postura que se adopte, deberán estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre (“ombligo con ombligo”).

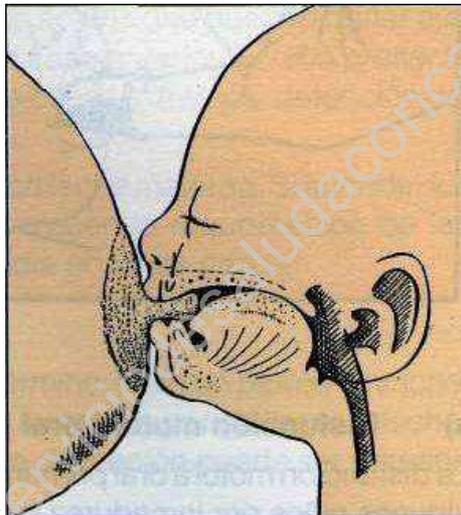
Una mala posición puede ser la responsable de molestias y dolores de espalda. El acople se facilita colocando al bebé girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido o excesivamente flexionado o extendido, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón. En posición sentada, es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo, no en el hueco del codo. Es útil dar también apoyo a las nalgas del niño y no solo a su espalda.



Una vez que el niño está bien posicionado, la madre puede estimularlo para que abra la boca rozando sus labios con el pezón y a la vez desplazar al bebé suavemente hacia el pecho. El niño se acoplará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de su boca, de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca bien abierta.

El niño debiera introducir en su boca tanto pecho como sea posible y coloque su labio inferior alejado de la base del pezón.

En caso de senos grandes puede ser útil sujetarse el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, para que los dedos de la madre no dificulten el acople del niño al pecho. De la misma forma, hay que tener la precaución de evitar que el brazo del niño se interponga entre éste y la madre.



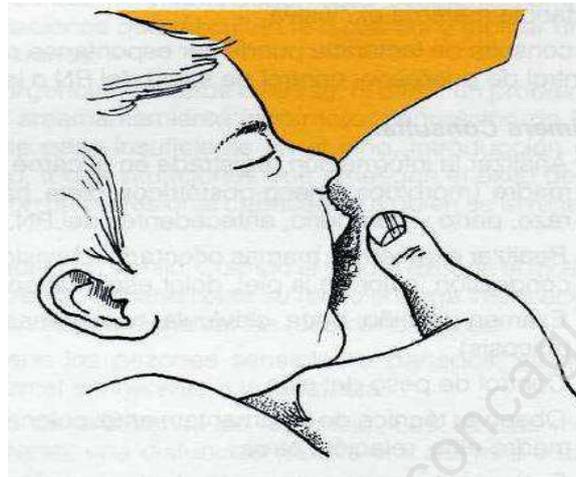
Si el niño está bien acoplado, su labio inferior quedará muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca, la cual estará muy abierta.

Casi siempre es posible observar que queda más areola visible por encima del labio superior del niño que por debajo de su labio inferior. La barbilla del niño toca el pecho y sus labios están evertidos (hacia afuera). De esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y ordeño sean eficaces. Normalmente se nota que el bebé “trabaja” con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas, y que sus mejillas no se hunden hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas.

Tampoco es conveniente presionar el pecho con los dedos en forma de “pinza” ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de su boca. Si la nariz está muy pegada al pecho puede que

la cabeza se encuentre demasiado flexionada. Bastará desplazar al bebé ligeramente en dirección hacia el otro pecho para solucionar el problema.

Posiciones para amamantar.



Es importante que cada mamá conozca varias posiciones para amamantar, las formas de sostener el pecho y las técnicas de lactancia materna. De esta forma podrá escoger la que más le acomode a ella y a su niño.

Si la madre y su niño encuentran una posición confortable y le resulta bien la lactancia, no se debe intervenir. Como se dice, “no es necesario reparar lo que no se ha roto”.

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común: el vientre y la cara del recién nacido están enfrentados a su mamá. Con los cambios de posición, el niño comprime distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando el dolor y las grietas del pezón, retención de leche, taponamiento de conductos y mastitis. A la madre que tiene un niño recién nacido no se le debe recomendar una posición familiar o impuesta, la posición que funciona a una madre puede no siempre funcionar con la otra.

Se recomienda utilizar la posición más cómoda para la madre y su hijo en forma particular.

Posiciones del niño con la madre sentada

Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda. Es más cómodo para ella apoyar los pies sobre un pequeño piso y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho.

Madre sentada y niño acunado, clásica



Esta es una de las posiciones más conocidas, el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de "C" la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la madre o rodeando su cintura

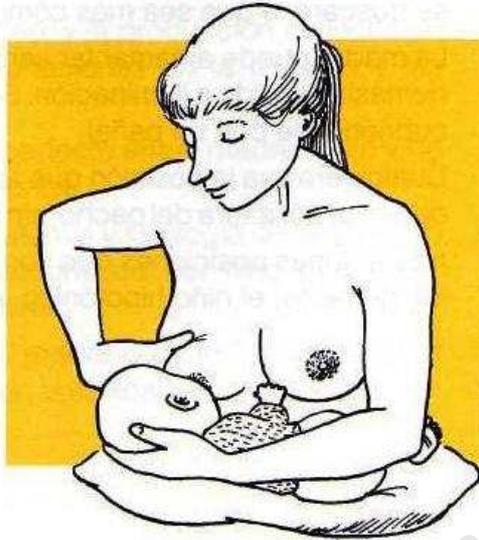
Posición de caballito



La madre sentada y el niño enfrenta el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que esta el niño, la mano en forma de "C" y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

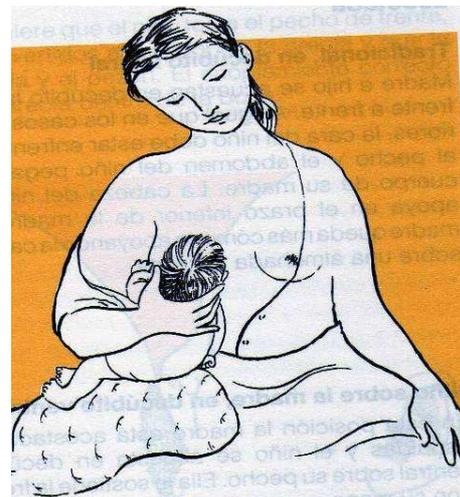
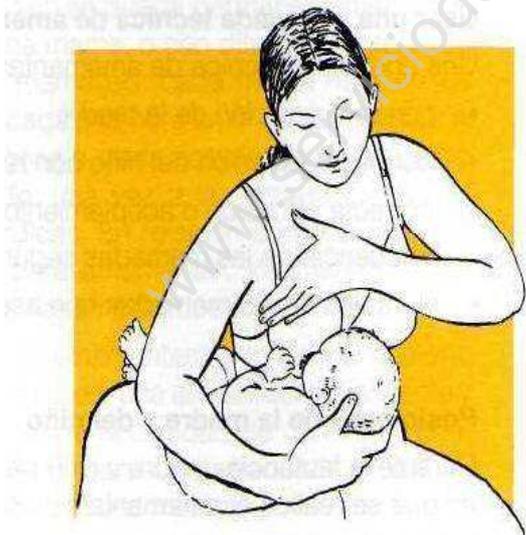
Esta posición esta recomendada para los niños híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes

Posición en reversa



La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula.

Posición en canasto o pelota



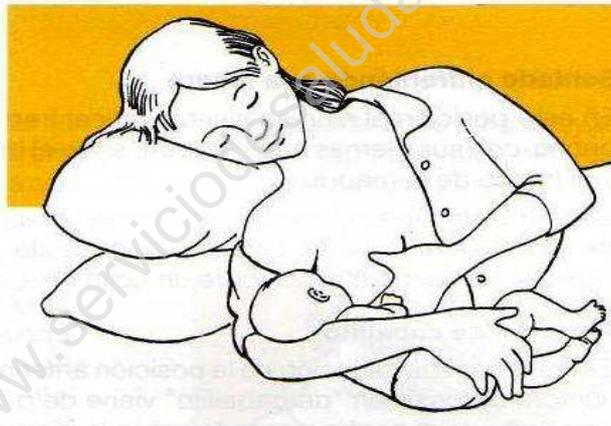
En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca.



Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.

Posiciones Con La Madre Acostada

Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral

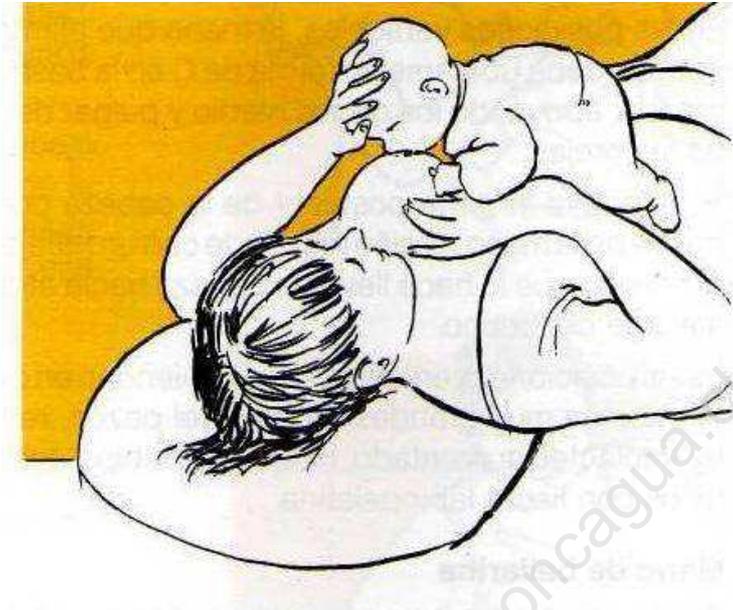


La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre.

Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño.

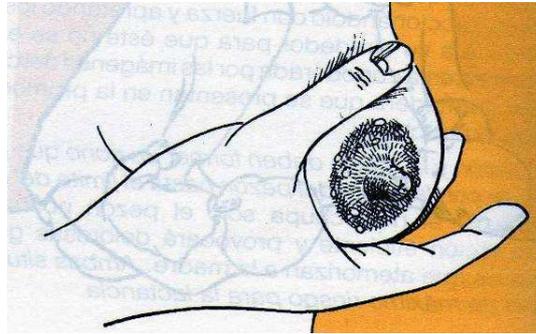
Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que recién tienen su bebé, logran mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas.

Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral



La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión. Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda.

3. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA



Existen situaciones en las cuales la madre no puede alimentar directamente al pecho a su bebé, es necesario ofrecerles la posibilidad de continuar usando su propia leche para alimentarlo, para esto es necesario enseñarle las técnicas de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna.

La extracción de leche materna puede realizarse con varios fines:

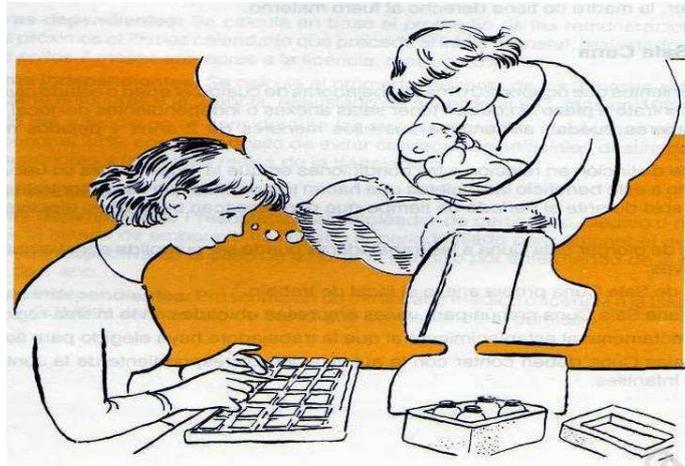
- Alimentar al niño recién nacido prematuro.
- Aliviar la congestión mamaria y permitir la protracción adecuada del pezón.
- Mantener la producción de leche en caso de separación de la madre y el niño (Viaje, enfermedad, hospitalización, trabajo).
- Alimentar al niño con leche extraída cuando la madre sale o se reintegra al trabajo.
- Alimentar al niño cuando este tiene dificultades para mamar.
- Evitar el contagio mutuo, en caso de infección de la boca del niño o de la mama de la madre (monilias, herpes).
- Permitir el alivio cuando hay grietas del pezón , evitando por unas horas la succión directa

Existen diferentes métodos para la extracción de la leche, esta puede ser en forma manual o a través de bombas de tipo manual o eléctrica.

En la técnica manual se "ordeña" la glándula, estimulando la expulsión o eyección de la leche de los lóbulos y conductos por medio de un masaje rítmico y suave que la madre puede regular, de manera que no le cause daño ni dolor. Este tipo de es una técnica que se debe enseñar a todas las madres.

En la extracción mecánica o eléctrica la leche es extraída por una fuerte succión al vacío ejercida por una presión negativa que produce el émbolo o el sistema mecánico que utilice la bomba.

Preparación para la extracción



Las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, no están preparadas para recibir a su hijo o amamantarlo, por lo que la tecnificación del amamantamiento y la separación desfavorece la interacción madre e hijo.

Si la madre se va a incorporar al trabajo, se recomienda iniciar la extracción de leche 15 días antes, para entrenarse en la técnica e iniciar el almacenamiento de leche.

La madre que amamanta y se extrae leche, debe mantener las uñas cortas y sin esmalte para facilitar la higiene de ellas y sin accesorios como anillos y reloj.

Pasos a seguir

- Reunir el material a utilizar para la extracción (mamaderas, bomba de extracción, pañal de tela).
- Buscar un lugar tranquilo y agradable.
- Lavar muy bien las manos con jabón de preferencia líquido y abundante agua, secar las manos con toalla desechable.
- Lavado de mamas con abundante agua y luego cubrir con pañal para su secado (en caso de niños hospitalizados).
- Efectuar masaje en forma circular en el sentido de las manillas del reloj, luego en forma de peineta suavemente, esto ayuda a la descongestión.
- Hacer rodar suavemente los pezones entre los dedos, esto ayuda a desencadenar el reflejo de eyección.
- Cuando los pechos están congestionados, se puede estimular el flujo de leche con compresas tibias sobre ellos.

Es un estímulo para la madre pensar en el niño, mirar su foto, tener una prenda de vestir de su bebé; esto ayuda al reflejo de eyección.

Los envases elegidos para almacenar la leche deben ser de vidrio o de un plástico duro que resista el agua caliente o la esterilización y tener tapa de cierre hermético, sobre todo si la leche se va a usar para darla a un niño prematuro u hospitalizado.

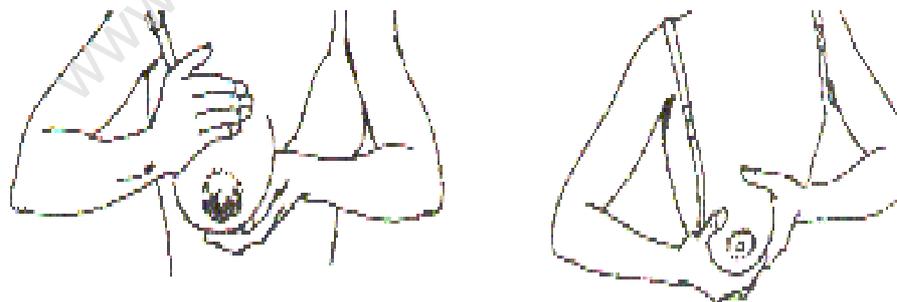
Los envases deben etiquetarse con letra clara, fecha, hora (que especifique si es de la mañana o de la tarde/noche) y volumen de leche extraída, si va a ser enviado a sala cuna o SEDILE, con el nombre del niño en lugar visible, o guardada en el refrigerador o freezer de su hogar.

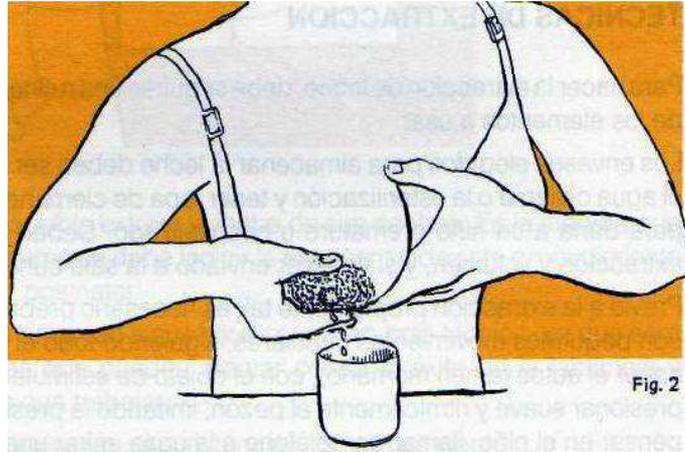
Las madres que estén resfriadas deben utilizar mascarillas durante la extracción de leche.

Técnica de extracción manual



- **Realizar masaje de la mama.**

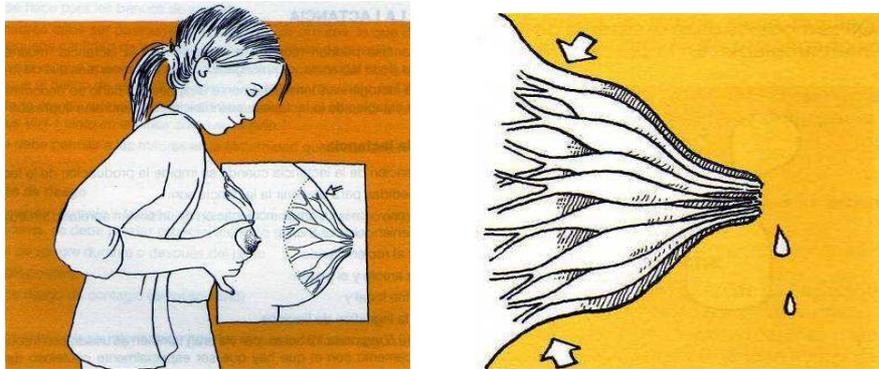




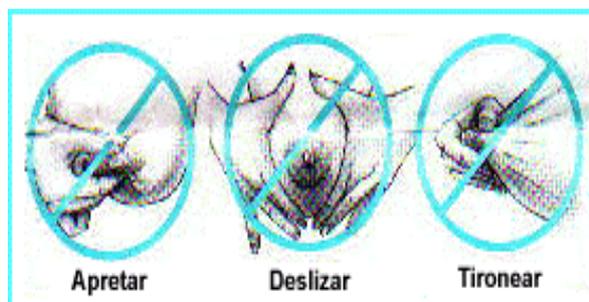
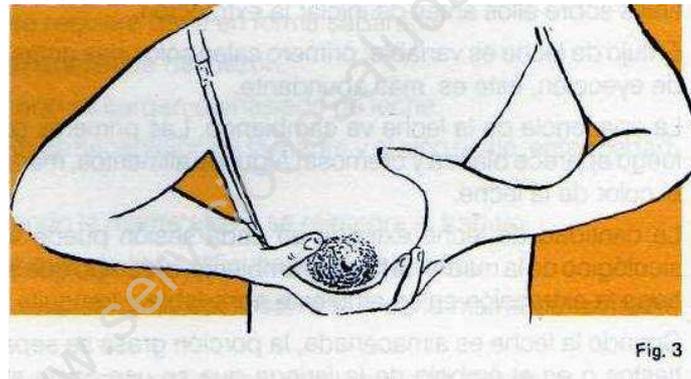
- La extracción se realiza directamente al envase limpio o estéril si el niño esta hospitalizado.
- Sostener el frasco recipiente, apoyándolo en una mesa para que se mantenga en una posición estable.
- Inclinar el cuerpo, acercando el pecho al recipiente.
- Con la mano libre, tomar el pecho rodeándolo con los dedos en C: el pulgar por encima, apoyado detrás de la areola, y el resto de los dedos por debajo, cuidando que el índice quede también por detrás de la areola.
- Presionar la base de la mama, empujándola contra la pared del tórax, para exprimir la leche que está en los alvéolos y conductos.



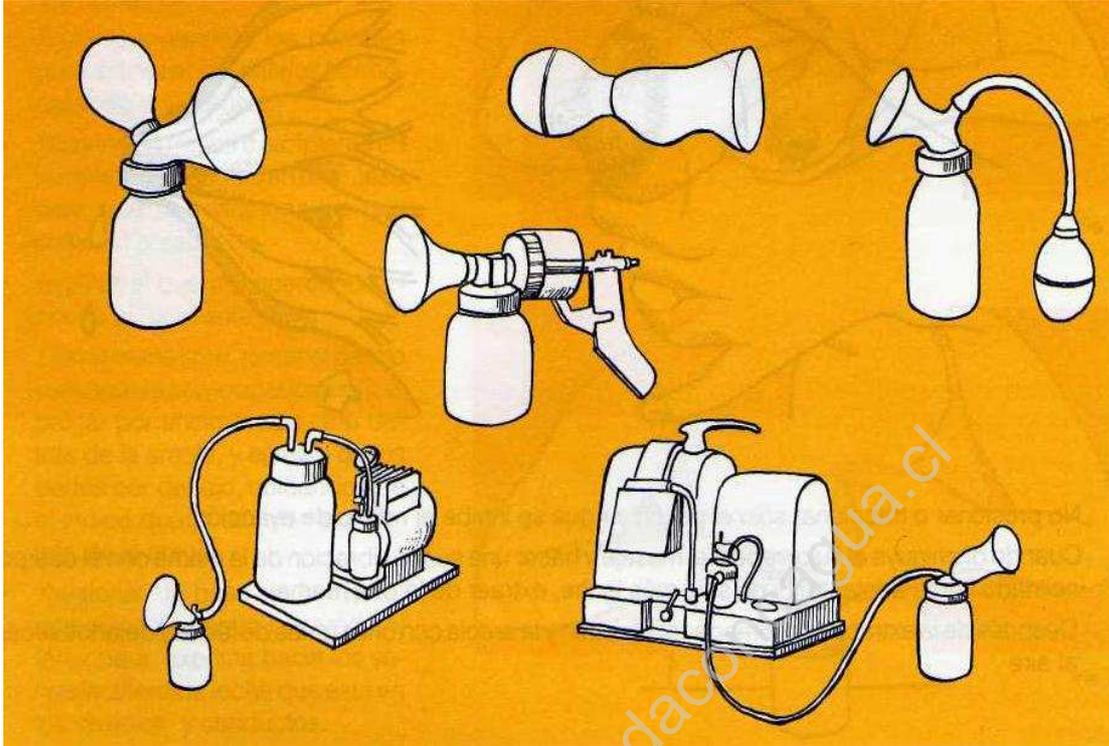
- Comprimir la mama con el dedo pulgar por encima en el límite externo de la areola, o a 3 ó 4 centímetros de la base del pezón cuando ésta es muy amplia.
- Presionar el dedo pulgar in situ, sin que resbale hacia el pezón ni frotar la piel.
- Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica: presionar, soltar, presionar.
- Si la leche no fluye enseguida, no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente. En cuanto se haya estimulado el reflejo de eyección, saldrá gota a gota o varios chorrillos de leche por algunos minutos.



- Masajear en forma circular en el sentido de las manillas del reloj, cambiar la presión de los dedos por todo el contorno de la areola, para exprimirlos secuencialmente.
- Cuando disminuya el flujo, repetir el masaje, si no sale más leche, extraer de la otra mama.
- Se debe enseñar a la madre que es necesario rotar la posición los dedos alrededor de toda la areola, para vaciar todos los conductos que aun contengan leche, vaciando completamente la mama.
- Se debe repetir el masaje y repetir la extracción, se recomienda no dejar pasar más de cuatro horas, para simular la succión del bebé, como se haría al amantar en forma directa.



Extracción de Leche Materna con Bomba



Extracción con Bomba Manual.



En el mercado hay disponibles distintos tamaños y modelos de bombas de extracción manual de leche.

Extracción con Bomba Eléctrica.



Actualmente existen bombas de extracción eléctrica pequeñas y transportables, ideales para la madre que trabaja, pueden ser con batería o para conectar a la red eléctrica, la leche extraída se deposita en botellas desmontables que vienen incluidas en el sistema.

Los modelos más sencillos usan el principio de succión al vacío y los más sofisticados usan el principio de succión-inyección.

Presionando y soltando alternadamente la base de la areola, por succión-inyección, se simula mejor el masaje rítmico que el niño hace en el proceso de amamantamiento y posibilitan la extracción simultánea de las dos mamas. La bomba eléctrica es más cómoda para la madre ya que el vacío que se produce se hace en forma suave y sincrónica, incluso en algunas es regulable.

Los modelos más completos son grandes y pesados, de alto costo, de manera que se usan más bien en hospitales y clínicas de lactancia.

Técnica de extracción con bomba

- 1.- La preparación de los pechos es similar a la que se indica para la extracción manual, adecuándose a las circunstancias y al tipo de bomba que se usará.
- 2.- Si la bomba no trae un regulador automático de presión de succión, la madre debe regularlo manualmente, evitando una fuerza de succión mantenida por un tiempo demasiado prolongado ya que puede producir daño en los pechos.
- 3.- Todos los elementos de la bomba que han estado en contacto con la leche deben ser cuidadosamente lavados después de cada extracción, primero con agua fría y luego con agua caliente y detergente.
- 4.- Una vez al día los utensilios deben hervirse por 10 minutos.

Frecuencia de la extracción

La frecuencia de la extracción va a estar determinada por el uso que se dará a la leche extraída, si la madre no está con su hijo porque trabaja o el niño está hospitalizado.

Idealmente la frecuencia de extracción de leche debe ser cada 4 horas

Extracción de leche para alimentar al niño y/o mantener la producción de leche

Para alimentar a un niño ya sea de término o prematuro y mantener la producción de leche en caso de separación temporal de madre-hijo, la extracción debe hacerse con la frecuencia que el niño es amamantado, es decir, unas 6 a 8 veces al día y al menos 1 vez en la noche. No hay que olvidar que mientras más leche se extrae, más leche se produce.

Extracción de leche para descongestionar los pechos

Cuando el objetivo de la extracción es descongestionar los pechos, ésta debe hacerse cada vez que sea necesario reducir el exceso de presión en ellos. Habitualmente basta extraer una pequeña cantidad para que la madre sienta alivio.

Extracción de leche para facilitar la protracción del pezón-areola y el niño pueda acomodarse al pecho sin dificultad

Cuando los pechos están demasiado llenos se dificulta el acoplamiento de la boca del niño, especialmente si los pezones son pequeños, planos o umbilicados. En estos casos es necesario extraer un poco de leche antes de iniciar la mamada para "ablandar la zona areolar", aumentar la protracción del pezón y permitir que este se introduzca en la boca del niño.

Conservación y Manejo de la leche materna extraída

Conservación de la leche materna:

Los envases para almacenar la leche deben ser de vidrio o plástico duro que resista el agua caliente y la esterilización, deben tener tapa con cierre hermético.

Es recomendable distribuir la leche en envases y porciones iguales a lo que el niño consume cada vez.

Se debe colocar etiqueta al frasco indicando fecha, hora (que especifique si es de la mañana o de la tarde/noche), cantidad de leche; y si el niño va a la sala cuna o está hospitalizado se debe registrar el nombre del niño.

Tiempo recomendado de conservación de leche materna

Método	Niño de término/ Pre término
Tº Ambiente	12 hrs
Refrigerada (no en puerta de refrigerador)	72 hrs
Refrigerador de 1 puerta (congelador)	14 días
Refrigerador de 2 puertas (congelador)	3 meses

Manejo de leche extraída

- El manejo de la leche es diferente si se va a utilizar en un niño de término sano a un niño de término y/o prematuro enfermo hospitalizado
- La leche materna del prematuro tiene mayor cantidad de proteínas que la leche de madre del niño de término , pero la cantidad de proteínas, calcio y fósforo, es absolutamente insuficiente para los altos requerimientos del prematuro, por este motivo se hace necesario el uso de fortificantes.
- Es importante considerar que al momento de administrar la alimentación al niño, el envase debe agitarse suavemente para optimizar el uso del fortificante.
- La leche debe ser almacenada en frascos separados para dar las porciones equivalentes a una mamada cada vez que se necesite alimentar al niño.
- Verificar el correcto etiquetado de los frascos.

Descongelación de la leche materna

- Se debe escoger la leche más antigua para descongelar.
- Es ideal que la descongelación se realice en forma gradual, se debe dejar dentro del refrigerador en las bandejas al fondo, este proceso se puede hacer durante la noche anterior.
- La leche descongelada no puede volver a congelarse, debe usarse durante el mismo día o eliminarse.
- No se debe usar microondas para descongelar.

Para conseguir una temperatura adecuada para la administración de la leche al niño, esta debe ser calentada de la siguiente forma:

- La leche materna se debe entibiar sumergiendo la mamadera en una fuente con agua caliente, no hirviendo y agitando.
- No se debe hervir ni esterilizar, el calor excesivo destruye enzimas y proteínas.

- No se debe usar microondas para calentar, ya que se calienta en forma no homogénea y se corre el riesgo de quemar al niño(a).
- La administración de la leche a temperatura ambiente no ha mostrado efectos adversos en los prematuros

Transporte de la leche materna

- Para transportar la leche materna se debe utilizar una caja aislante con unidades refrigerantes.

Limpieza de utensilios para la extracción (mamaderas o frascos, sacaleche)

- Lavar con detergente y enjuagar con abundante agua, bajo el chorro de agua, para sacar los restos de detergente
- Aplicar un chorro de agua hirviendo sobre ellos.
- Dejar que se sequen cubriendo con toalla desechable o un paño limpio
- Guardar en un lugar exclusivo para estos implementos.

Una vez al día posterior al lavado sumergir los utensilios en una recipiente con agua y hervir por 3 minutos, luego dejar que se sequen

Manejo de la leche si no hay refrigerador

- La leche no debe guardarse más de 6 a 8 horas si no hay refrigerador.

Opciones para dar la leche extraída al niño

Para dar la leche extraída se debe usar lo que sea más adecuado a la edad del niño(a) y a la habilidad de la persona que lo alimenta.



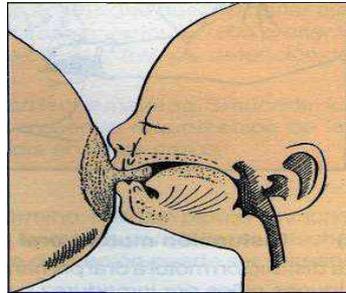
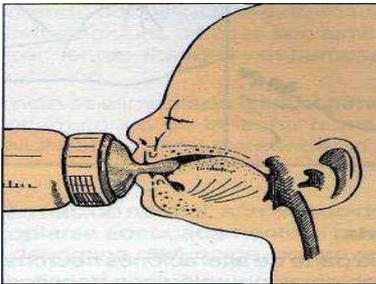
Taza o vaso

Para usarla/o bien se requiere de un cierto entrenamiento, tiempo y paciencia.

Tiene la ventaja de estar siempre a mano, ser muy fácil de lavar y no interferir con el patrón normal de amamantamiento. Para darla hay que tener al niño en brazos, en posición sentada, acercarle la taza junto a los labios, apoyar taza en labio inferior, esperar que él niño adelante la lengua hasta el borde y "succione" lentamente el contenido con el labio superior.

La persona que alimenta al niño debe procurar una óptima interacción con él, ya que esto le reportará beneficios para su desarrollo afectivo-emocional. Si el niño aún se amamanta, idealmente la persona que le da la leche en vaso no debe ser la madre, para que el niño mantenga la asociación de ella con el amamantamiento y le resulte más gratificante, cómodo y natural alimentarse del pecho.

Mamadera



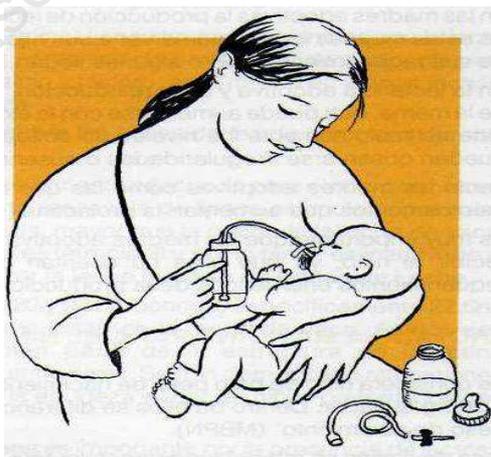
El chupete debe ser lo más parecido a la forma de la areola-pezón del pecho para permitir que los labios evertidos y la punta de la lengua protruida se apoyen en su contorno.

La punta del chupete debe gotear el líquido en la base de la lengua (límite del paladar duro-blando); debe tener 2 a 3 agujeros tan pequeños, o una ranura en X o en Y, que no permitan gotear el líquido si la mamadera se pone vuelta hacia abajo.

El niño debe hacer un "trabajo de ordeñamiento", ejerciendo los movimientos mandibulares y linguales como si estuviera mamando, para satisfacer y agotar la necesidad de succionar, deglutir coordinadamente y estimular el desarrollo armónico de las estructuras orofaríngeas.

La mamadera debe darse con el niño acunando para mejor apego e interacción con la persona que lo alimenta.

Uso de Suplementadores



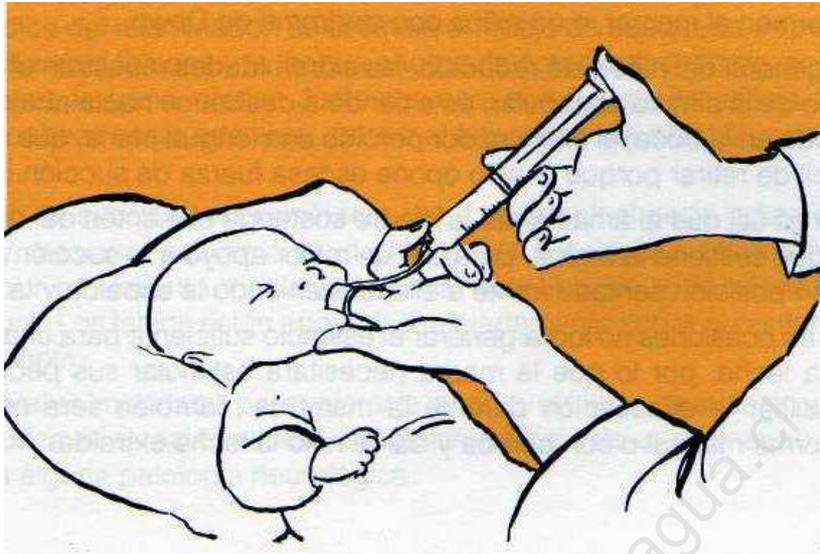
Hay muchos casos en que es necesario facilitar el amamantamiento a niños que no tienen posibilidad de hacer una buena succión. Es el caso de niños prematuros o de bajo peso de nacimiento que tienen poca fuerza para succionar, niños con un daño

neurológico que afecta la organización de las funciones de succión-deglución, o niños con alteraciones morfológicas de la boca (labio leporino y/ o fisura palatina) que requieren de una técnica diferente de alimentación, manteniendo el amamantamiento como base de ella. Cuando el niño no es capaz de extraer toda la leche que necesita en cada mamada, o se quiere estimular la producción de la madre con la succión del niño, se recurre a un depósito auxiliar que suministra leche junto al pezón cuando el niño mama. Este consiste en un frasco o mamadera que contiene la leche extraída o fórmula, del cual sale un pequeño conducto o tubo que se adosa al pezón. Cuando el niño succiona el pecho, succiona también el tubo recibiendo una mayor cantidad de leche de la que él puede extraer por sí solo en cada mamada.

El suplementador se usa también para reinducir la lactancia en el caso de haberla suspendido temporalmente y para inducir la lactancia en madres adoptivas.



Suplementador Al Dedo



Su función es administrar la leche materna extraída por la madre (manos limpias) con una sonda que se acopla al dedo que se introduce en la boca del niño(a) para que realice el ejercicio de succión y deglución, en caso de que esta por algún motivo no pueda darle al pecho directo.

Si debe ser administrada por otra persona, abuela, tía, esta debe realizar un buen lavado de manos y utilizar un guante para proteger su dedo, al cual acopla su sonda para que el niño(a) realice el ejercicio correspondiente.

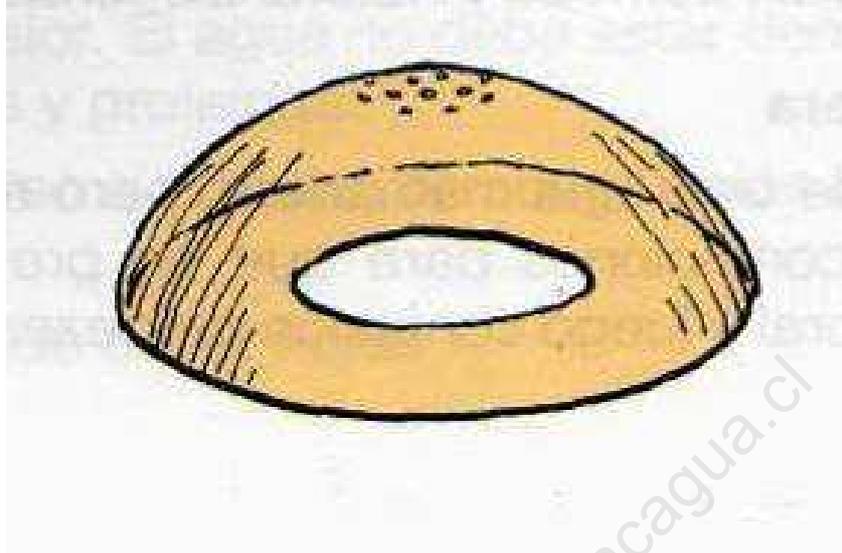


Otros implementos usados por madres que amamantan

Escudos, cápsulas o amapolas

Consiste en una argolla ancha que idealmente debe ser de silicona, suave que impida la adherencia al pecho como ventosa, que cubre la areola dejando un espacio circular libre donde se introduce el pezón. Esta pieza debe ser ventilada y calzar con una

cúpula que deja un espacio de aire entre el pezón y la ropa de la mujer. Inicialmente, fueron creadas para recibir la leche que gotea entre mamadas y no mojar la ropa.



En oportunidades se utiliza en casos de grietas o erosión de la punta del pezón para evitar el contacto directo y el roce con la ropa.

El uso de las amapolas mantiene la humedad, lo cual puede llegar a producir micosis.

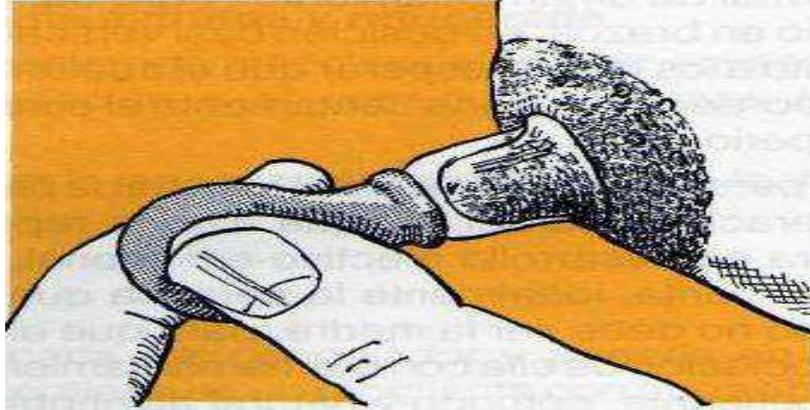
Se ha visto que el contorno exterior de la amapola a veces presiona en forma mantenida los conductos lactíferos, lo que puede producir obstrucción, retención de leche y lesiones de la piel. No se recomienda dormir con esta cápsula por mayor riesgo de lesiones.

La leche que se junte en la amapola NO debe ser administrada al niño(a) por ningún motivo.

Formador de Pezón

Consiste en un sistema de succión del pezón, controlado manualmente que permite alargar pezones cortos e incluso umbilicados. También es muy útil en caso de pezón rígido o duro, permitiendo con el ejercicio de succión- relajación mayor flexibilidad de los tejidos.

Además de la forma comercial con campana y pera de succión, se puede utilizar un sistema artesanal muy fácil de armar con una jeringa desechable de 10 ml en la cual se corta el primer centímetro de la jeringa y se introduce el embolo en sentido inverso al uso tradicional, permitiendo que la misma madre ejerza presión de aspiración logrando el efecto en el pezón.



Cubre-pezón Usar con precaución en casos especiales cuando el niño no puede succionar por alteraciones anatómicas irreversibles.



Obturadores para fisura palatina

Aún en casos de fisuras muy amplias es posible amamantar, por lo que no se recomienda el uso de obturadores

Actualmente hay consenso que el niño fisurado puede alimentarse desde el primer momento con pecho materno. Se ha comprobado que el niño aprende a mamar eficientemente si se usa la técnica de amamantamiento correcta: posición caballito, afirmar la mandíbula con la mano en posición de bailarina.

4. LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO



La Academia Americana de Pediatría desde 1997 reconoce los beneficios que ofrece la LM en el cuidado y desarrollo de los prematuros.

La alimentación ideal del recién nacido prematuro es la que consigue un crecimiento óptimo y similar a la que tenía en útero.

Para esto, los nutrientes deben ser digeribles, absorbibles y que no tengan sobrecarga metabólica. La leche materna tiene los compuestos adaptados para sus requerimientos.

La leche materna disminuye la incidencia de ECN, de sepsis tardía y la incidencia y gravedad de la retinopatía, reduce la intolerancia de nutrientes a corto plazo, protege contra infecciones, minimiza los procesos alérgicos, consigue un buen desarrollo sicomotor y establece un adecuado vínculo madre-hijo, el cual es primordial en esta etapa. Es muy importante que el equipo de salud estimule precozmente la extracción de leche materna, ojalá en las primeras 4 a 6 horas postparto, Es tarea nuestra lograr mantener la producción de leche facilitando los recursos necesarios para ello.

La influencia de un ambiente adecuado para el recién nacido de pretérmino se ve favorecido por el adecuado vínculo padres-hijo agregando a esto una adecuada lactancia materna.

Algunos niños maltratados tienen antecedentes de un apego insuficiente, en muchos casos asociados a la prematuridad o a otras patologías neonatales al requerir un tiempo prolongado de hospitalización, por ende a la separación precoz de los padres.

La leche materna es el alimento mejor tolerado por el prematuro, consiguiendo un vaciado gástrico más rápido y menor residuo alimentario que en los alimentados con fórmula.

Sin embargo, la lactancia materna no enriquecida, no proporciona nutrientes suficientes, en especial proteínas, calcio y fósforo, para asegurar el crecimiento y la acumulación de nutrientes que se observan intraútero. Los prematuros alimentados con leche materna

tienen un menor contenido mineral óseo que los recién nacidos a término (RNT), aún cuando los prematuros tienen una tasa de mineralización diaria más alta que éstos, pero no es suficiente para alcanzar el contenido mineral óseo de los RNT. La utilización de fortificadores como suplemento a la LM, parece demostrar que consigue un incremento en el peso a corto plazo así como de la longitud y del perímetro craneal, además de alcanzar un contenido mineral óseo adecuado.

La lactancia materna fortificada se recomienda tras el alta hospitalaria en el RNPT hasta los 2 meses de edad corregida, por lo menos, ya que mejora la talla y el crecimiento craneano. La madre debe extraerse leche unas tres veces al día y agregar el fortificante. Además se suplementa hierro y vitaminas. Es importante que potencemos su prolongación siempre que sea posible, por sus múltiples ventajas a las que se añade a largo plazo un mejor desarrollo cognitivo.

Si el volumen de leche materna no es suficiente, la fórmula a suplementar debe contener proteínas, calcio y fósforo en mayor concentración que las fórmulas para el niño de término, como las fórmulas para prematuro

Ventajas de la leche materna para el pretérmino

A) Valor nutricional

- Mayor contenido de proteínas y de sodio.
- Aporte de aminoácidos esenciales y condicionalmente esenciales (taurina, cisteína, carnitina y tirosina)
- Moderado aumento en el contenido en energía y grasa.
- Aporte de ácidos grasos esenciales elongados con una proporción adecuada, que mejora la composición de las membranas celulares del cerebro, retina y los eritrocitos.
- Concentraciones adecuadas de colesterol para la formación de membranas
- Alta biodisponibilidad de hierro (40-50 %)
- Mejor relación Ca: P (2:1) que favorece la absorción
- Mejor disponibilidad de sus minerales traza

B) Ventajas para el sistema gastrointestinal y renal

- Baja carga renal de solutos
- Presencia de lipasa estimulada por sales biliares que ayuda a la digestión intestinal de las grasas
- Mayor vaciamiento gástrico
- Presencia de factores tróficos y de maduración sobre el sistema gastrointestinal.
- Mejor absorción de las grasas por su actividad lipolítica

C) Factores inmunológicos

- Presencia de oligosacáridos que participan en el sistema defensivo
- Factores inmunológicos que previenen enterocolitis necrotizante y antialérgicas

D) Mejor relación madre-infante temprana a través del “Plan Canguro”, con mejor estimulación del desarrollo psicomotor.

El beneficio social y emocional de la lactancia como contacto inicial del niño y su familia, conforma otra de las grandes ventajas de su utilización. Estudios recientes han demostrado un coeficiente intelectual superior en 0.8 puntos en los niños pretérmino alimentados con leche materna, frente a los que nunca la recibieron. (Lucas A. Y col. 1992).

Se ha reconocido en la "leche pretérmino" una composición diferente, comparada con la leche de madres con niños a término durante los 30 - 40 días después del parto, (Atkinson y cols. 1978), esta diferencia radica en una mayor concentración de nitrógeno total, nitrógeno proteico, Sodio, Cloro, Magnesio, Hierro, Cobre, Zinc y mayor contenido de Inmunoglobulina A. (Lemons, JA. Y cols. 1982).

Las desventajas de la utilización de la leche materna en niños prematuros o de bajo peso están relacionadas básicamente con deficiencias teóricas de nutrientes como: Sodio, Calcio, Fósforo, Proteína, y Vitaminas.

Dentro de las propuestas para resolver estas dificultades cuantitativas de la leche humana, se ha propuesto la fortificación de la leche materna con Proteína, Calcio, Fósforo (Schanler R. 1991), y la suplementación de Hierro, Vitaminas A, D, E, K, Acido Fólico y Vitamina C. A pesar de esto los requerimientos de los prematuros alimentados con leche materna siguen siendo controversiales.

El niño debe recibir leche materna en las siguientes 48 horas de la extracción, por sonda orogástrica o nasogástrica, vaso, cuchara (Lawrence, R. 1989). Existen otros aspectos de la leche materna y su utilización en niños prematuros y de bajo peso al nacer, que ha sido necesario esclarecer. La evaluación de las diferentes formas de obtener la leche materna para los niños hospitalizados, ha permitido establecer que la mejor es la leche fresca de la propia madre del niño.

Para lograr una Lactancia Materna exitosa, en el niño prematuro es necesario estimular precozmente la Succión no Nutritiva, una vez iniciada la alimentación con sonda nasogástrica u orogástrica.

Se ha demostrado que la Succión no nutritiva (SNN) o repetitiva actividad de la boca en presencia del pezón de la madre dentro de la boca del niño (Wolf, P. 1968), cumple un papel fisiológico importante en lactantes con menos de 1500 gramos. La SNN acelera la maduración del reflejo de succión, facilita la transición a la alimentación enteral total, reduce el tiempo de tránsito intestinal y produce aumento de peso más rápido, con lo cual se acorta el tiempo de hospitalización. (Bernbaum. J. 1983)

La utilización de vaso o cuchara para alimentar niños hospitalizados es una práctica difundida ampliamente con el fin de disminuir la parición del problema "confusión de pezón o patrón" frecuente en niños con períodos prolongados de hospitalización y alimentados con chupo, con lo que aumentan las dificultades en el entrenamiento inicial para amamantar (Osorno, J. 1992).

Son fundamentales para el éxito de la lactancia en prematuros, la motivación, educación y apoyo a la madre y su familia durante la hospitalización del niño, con el fin de que se mantenga la producción de leche mediante extracción manual cada 3 horas y para que asista al hospital e inicie el acercamiento al niño antes de iniciar el amamantamiento, en las unidades de recién nacidos.

Para determinar cuando iniciar el amamantamiento se puede realizar una evaluación cuantitativa y cualitativamente. Dos criterios han sido propuestos recientemente para realizar la evaluación cuantitativa si la vía oral es exitosa, en niños prematuros hospitalizados, independientes de la edad gestacional, peso y volumen ofrecido:

- Proficiencia o Provecho % de leche tomada en los primeros cinco minutos/ leche total indicada considerándose exitosa una proficiencia mayor de 35%.
- Eficiencia Mililitros de leche recibidos en un minuto. Considerándose exitosa una eficiencia mayor de 1.7 ml/minuto (Sheena H. Y Cols. 1995).

La forma cualitativa de evaluar la actividad oral, incluye la observación del estado de alerta del niño, las respuestas táctiles, el control motor, la actividad oral motora, el control fisiológico y la coordinación de la succión/deglución/respiración. Una forma sencilla de realizar la evaluación de esta actividad, es introduciendo el dedo índice del examinador en la boca del niño, previamente protegido con un guante de látex (Marmet, CH. 1984).

Con el niño en estado de alerta, se observa inicialmente la posición, simetría y tonicidad de sus labios, la lengua no debe ser visible, se estimula el reflejo de búsqueda, tocando los bordes laterales, superior e inferior de los labios e introduciendo el dedo suavemente para colocar la pulpa del dedo en la línea divisoria entre el paladar duro y el paladar blando, con movimientos suaves del dedo hacia delante y hacia atrás, se espera que el niño inicie la succión para determinar la presencia o ausencia de signos de succión normal en las diferentes estructuras de la boca: labios, lengua, maxilar inferior y paladar (Glass, R. P. Y Wolf, L. S. 1994).

Aunque se reconoce el papel que juega la madurez en el desarrollo de la actividad oral motora, Meier y otros autores, consideran que la coordinación succión/respiración en prematuros sanos, puede aparecer tempranamente y es observable a partir de las 32 – 33 semanas de gestación (Glass, R. Y Wolf, L. 1994). Es esta una de las razones por las cuales se hace necesario el entrenamiento precoz de la madre y el niño, en las técnicas de amamantamiento de prematuros, antes del egreso del niño de las unidades de recién nacidos. (Chantal, L. Y cols. 1995).

Dependiendo del tiempo de hospitalización del bebé, y si la madre decide en su caso extraer leche durante un corto período o amamantar al bebé durante varios meses, su leche es una parte esencial del plan de tratamiento de su bebé.

Muchas personas creen que el nacimiento prematuro del bebé limita la capacidad de producción de leche de la madre, pero esto no es cierto. Sin embargo, el estrés, las incomodidades y el cansancio que usualmente acompañan al nacimiento de un bebé prematuro pueden provocar que la producción de leche sea lenta al principio.

El equipo de salud informará debidamente a la madre de la importancia de empezar lo antes posible después del parto y de iniciar el uso de un sacaleches eléctrico en el hospital, tan pronto como lo permita la situación de la madre, como parte de los cuidados que el personal de neonatología y maternidad debe ofrecer a la madre. La tranquilizará explicándole que es normal que en los primeros días después del nacimiento del bebé muchas madres únicamente produzcan unas cuantas gotas de leche cada vez que utilizan un extractor de leche. El personal deberá animar y apoyar a la madre para que ésta no se desaliente fácilmente y le hablará de la importancia del calostro y de que estas gotas que ahora ella produce, son como un medicamento para el bebé, pues lo protegen contra infecciones.

Además, este lento comienzo por lo general se convierte en una producción apropiada de leche para el quinto o sexto día después del nacimiento del bebé. A partir de entonces la madre debe disponer de información correcta sobre cómo mantener la producción de leche en casa, una vez le han dado el alta en el Hospital para llevarse a su bebé en las condiciones idóneas

Para ello la madre debe conocer que es preciso:

A. Empezar lo antes posible después del parto.

B. Iniciar el uso del sacaleches en el Hospital.

Las sesiones de extracción deben iniciarse tan pronto como lo permita la situación de la madre, como parte de los cuidados que el personal de maternidad debe ofrecer a la madre. Hay que recordar todos los aspectos al prepararse para la extracción de leche, posición cómoda, ambiente tranquilo, manos lavadas, disponer de recipientes estériles y un refrigerador o congelador para guardar la leche etiquetada y fechada, preparación del pecho con calor y un masaje suave, confianza y apoyo.

El personal de la unidad de Neonatología debe asegurarse de que la madre aprenda a usar la bomba correctamente.

C. Empezar poco a poco, aumentando el tiempo de extracción a lo largo de la primera semana.

D. Extraer la leche de forma más regular en cuanto se observe la subida de la leche.

E. Sacar la leche al menos 5 veces en 24 horas.

F. Permitir un período de sueño sin interrupciones de al menos 6 horas.

La producción óptima se produce con al menos 5 sesiones de extracción al día. Aunque se cumplan la frecuencia y duración mínimas recomendadas, es conveniente aumentar la frecuencia de extracción para incrementar la producción cuando se acerca el momento del alta y el lactante ha de tomar exclusivamente el pecho. El volumen de leche aumenta en cuanto se coloca al bebé directamente al pecho (evitar chupetes y poner al bebé a mamar en cuanto muestre indicios de querer succionar).

G. Se recomienda que los centros de salud provean de bombas manuales extractoras de leche a las madres de los recién nacidos prematuros con el fin de mantener la producción de leche en el hogar

Método Madre Canguro (MMC)



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

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



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

En Trieste (Italia), en octubre de 1996, tuvo lugar un taller sobre el MMC en el que, entre otros asuntos, se habló de su implantación en hospitales de tercer nivel de países desarrollados. Allí se definió el MMC como el contacto piel con piel entre madre y recién nacido prematuro de la forma más precoz, continua y prolongada que fuera posible, junto con la lactancia materna, para que madre y recién nacido se beneficien de sus ventajas. Se acordó que era candidato al MMC el prematuro de cualquier edad gestacional, de cualquier peso y con cualquier tipo de enfermedad, mientras el método fuera tolerado por el binomio madre-hijo y por la Unidad Neonatal. La posibilidad de practicar el MMC se debe ofrecer a todas las madres, padres y es particularmente beneficioso para las madres adolescentes y para aquellas con problemas sociales. La madre puede ser sustituida por cualquier otro familiar que ella indique, si la Unidad Neonatal lo considera razonable. La Unidad Neonatal debe adoptar una política de puertas abiertas, debe ofrecer a la madre una silla cómoda y la información adecuada sobre el MMC, debe incorporar un protocolo de lactancia materna y de MMC en prematuros, y su plantilla debe estar adiestrada en la práctica de ambos protocolos.

5. LACTARIO

El lactario es un recinto delimitado físicamente, destinado exclusivamente a la extracción y/o recepción de leche materna. Este debe brindar a las madres un ambiente de tranquilidad seguridad y privacidad.

Su objetivo es que a través de la extracción y recepción de leche materna, contribuir al fomento de lactancia materna, facilitando a la madre la alimentación de su hijo/a cuando por diversas razones de salud o laborales no pueden ser amamantados directamente.

Este recinto debe ubicarse preferentemente en los servicios de neonatología, cerca del SEDILE o pediatría en establecimientos asistenciales, para reducir el riesgo de contaminación o pérdida durante su transporte, ya que en SEDILE se conservara la leche extraída.

En centros no asistenciales se tendrá especial cuidado el lactario, estará en un lugar alejado de focos de insalubridad (Reglamento Sanitario de los alimentos RSA, Art. 26 del D. S.977/96 del MINSAL).

Este recinto debe ser de construcción sólida (RSA Art. 24 y 25 del D. S.977/96 del MINSAL).

Debe tener paredes, cielo y suelo lisos que permita una periódica y adecuada higiene, con temperatura y ventilación que la hagan confortable y sin riesgos de contaminación y contar con un equipamiento mínimo que incluya un sillón o silla ergonómica con apoya brazos, mesa de superficie lisa y lavable, perchero, lavamanos equipado adecuadamente y cómodo con regulación de agua fría-caliente para el lavado de manos, provisto de un sistema dispensador de jabón y medios higiénicos para secarse las manos, tales como toallas de un solo uso (Art. 33 del D. S. 977/96 del MINSAL), receptáculos para material de desecho, mamaderas de vidrio, tapas y cubre chupetes estériles, extractores de leche con accesorios desmontables y esterilizables; elementos de escritorio para etiquetado e identificación correcta de los recipientes con leche extraída, elementos que permitan el aseo y desinfección del mesón o mesa y equipos, entre cada extracción, se sugieren amonios cuaternarios.

Estos recintos deberán tener una iluminación natural o artificial adecuada, que no deberá alterar los colores, y que permita la apropiada manipulación y control de los alimentos. (Art. 34 el D. S. 977/96 del MINSAL). En lo posible debe contar con música ambiental.

En centros asistenciales además se debe contar con batas manga corta limpias, para facilitar el lavado de manos, para la extracción cómoda de la leche, usar cubre cabello y mascarillas desechables (en caso de madres resfriadas), no se debe conversar mientras se extrae la leche, debe haber un depósito individualizado para disposición del vestuario sucio, un refrigerador de tránsito para almacenar las leches maternas a la espera de ser enviadas a SEDILE, un cooler (o sistema de transporte cerrado) para el transporte a

SEDILE de las leches maternas recolectadas, estantería con puerta de superficie lisa lavable para guardar los insumos propios del recinto.

En establecimientos no asistenciales deben contar con un sistema de refrigeración para la conservación de la leche materna. (Art. 37 y 71 del D. S. 977/96 del MINSAL).

Se debe contar con personal capacitado para la supervisión permanente de una correcta técnica de extracción, higiene, cuidados, conservación de la leche materna y fomento de la lactancia, asesorar a la madre en los casos que se requiera. Este funcionario será responsable de llevar el registro de todas las actividades diarias realizadas en el lactario, con el fin de mejorar continuamente la calidad de este servicio.

Este recinto debe estar disponible permanentemente para las madres de los recién nacidos hospitalizados, excepcionalmente madres con congestión mamaria del puerperio también podrán usarlo como último recurso para la descongestión mamaria.

6. DROGAS Y LACTANCIA

La mayoría de los medicamentos y otras sustancias químicas se excretan en la leche materna. Al prescribir un medicamento a una madre que amamanta conviene primero evaluar si el tratamiento es realmente necesario en este período.

De ser necesario un tratamiento durante la lactancia se debe considerar algunos factores que minimizan los riesgos para el lactante:

- Dosis y duración del tratamiento: este puede ser un factor primordial frente a la decisión de mantener o no la lactancia.
- Edad del niño: la capacidad para metabolizar las drogas es mucho menor en niños prematuros y recién nacidos durante las primeras semanas de vida. Por esta razón los medicamentos que se indican a una madre después del parto deben seleccionarse cuidadosamente.
- Cantidad de leche que consume el niño: la cantidad de droga que recibe un niño en lactancia exclusiva es mucho mayor que la dosis que puede recibir un niño en lactancia parcial.
- Absorción oral de la droga por el niño: los medicamentos que se prescriben sólo en forma parenteral, como la insulina, no pueden ser absorbidos por el niño por lo que no implican riesgo.
- Potenciales efectos a largo plazo: las hormonas y psicofármacos potentes pueden no causar efectos inmediatos al lactante, pero sí afectar el posterior crecimiento y desarrollo del niño.
- Toxicidades no relacionadas con la dosis: el niño puede presentar reacciones alérgicas a determinados medicamentos.
- Posible interferencia con la lactancia: Algunas drogas pueden interferir con el proceso de producción de leche como por ejemplo, los anticonceptivos que contienen estrógenos.

SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN LA MADRE QUE AMAMANTA

(Philip O. Anderson, PharmD, Director del Servicio de información de Drogas, UCSD Medical Center, San Diego, USA, 1994)

CONTRAINDICADOS

No deben usarse estas drogas durante la lactancia. Si son indispensables para la salud de la madre, se debe suspender la lactancia en forma temporal o definitiva.

Amantadina	Sales de oro
Amiodarona	Salicilatos (altas dosis)
Antineoplásicos	Yodo** (incluso de uso tópico).
Bromuro	Suplementos de Yodo son seguros
Cocaína	Medio de contraste yodado (suspender lactancia temporalmente)
Sulfonamidas de acción prolongada	Radiofármacos (suspender lactancia temporalmente)

POTENCIALMENTE PELIGROSAS

Usarlas con precaución, especialmente si se amamanta a un recién nacido

Acebutolol	Sales de Litio
Alcohol (especialmente en grandes dosis)	Metimazol
Atenolol	Nadolol
Antihistamínicos/descongestionante asociados*	Narcóticos (en adictos o uso terapéutico en los primeros 10 días postparto)
Benzodiazepinas (la mayoría)	Nicotina/cigarrillos*
Clortalidona*	Nitrofurantoína
Clindamicina	Antibacterianos quinolonas (ej. ciprofloxacina)
Clonidina*	Reserpina
Anticonceptivos con estrógenos*	Sotalolol
Ergotamina	Diuréticos tiazidas de acción prolongada o altas dosis**
Ethosuximida	
Fenobarbital	

* La droga además puede inhibir la lactancia

** Sólo usar si no se cuenta con medicamentos alternativos, evaluando cuidadosamente la droga y los riesgos de suspender la lactancia

PROBABLEMENTE SEGUROS EN DOSIS HABITUALES

No existe suficiente información para asegurar que estas drogas no tienen efectos adversos en el niño amamantado. Si ocurren pueden ser infrecuentes o leves. Se debe tener presente la potencial reacción alérgica o idiosincrática del niño.

Inhibidores de la ECA (ej. Captopril, Enalapril)	Metoclopramida (10 a 14 días)
Antibióticos aminoglicósidos	Antiinflamatorios no esteroideos (preferir ibuprofeno)
Agentes anticolinérgicos*	Propiltiouracilo
Anticonvulsivos (excepto Etosuximida y Fenobarbital)	Fenotiazinas
Antihistamínicos	Quinidina
Bloqueadores de Receptores H ² Histamina (preferir Famotidina)	Salicilatos (uso ocasional)
Drogas antituberculosis	Tetraciclinas (menos de 2 semanas)
Drogas antituberculosis	Terfenadina
Azatioprina (inmunosupresión post-transplante)	Diuréticos tiazidas de acción corta
Barbitúricos	Antidepresivos tricíclicos (excepto Doxepina)
Butirofenonas (ej. Haloperidol)	Verapamilo
Espironolactona	

SEGUROS EN DOSIS HABITUALES

Aunque un medicamento o droga sea calificada de inocua, siempre se debe tener presente la reacción alérgica o idiosincrática

Acetocumarol	Laxantes no absorbibles (Phillium, Docusato)
Antiácidos	Lidocaína
Cafeína	Sulfato de Magnesio
Cefalosporinas	Metildopa
Anticonceptivos, Progestina pura	Metilergonovina (tratamiento leve)
Corticosteroides	Metropolol
Descongestionante nebulizador nasal	Paracetamol
Digoxina	Penicilinas
Eritromicina	Propranolol
Heparina	Teofilina
Insulina	Reemplazo tiroideo
Inhaladores (broncodilatadores y corticoides)	Vacunas
Labetalol	Vancomicina
	Warfarina

* La droga además puede inhibir la lactancia

** Sólo usar si no se cuenta con medicamentos alternativos, evaluando cuidadosamente la droga y los riesgos de suspender la lactancia

7. PRINCIPALES DIFICULTADES EN LA PRÁCTICA DEL AMAMANTAMIENTO.

Como funcionarios de la salud que trabajamos con lactancia debemos estar familiarizados con los problemas que se presentan con el amamantamiento. Cualquier consulta de lactancia debe considerarse y ser atendida como una urgencia para evitar posibles complicaciones.

La madre y el lactante deben permanecer controlados frecuentemente, cada 24 -72 horas, hasta que la situación se normalice.

Generalmente los problemas obedecen a causas multifactoriales que afectan a la madre y/o a niño y deben ser pesquisados y analizados para lograr tener un buen resultado.

Dificultades Maternas

Psicosociales:

Suelen derivar de la falta de apoyo que tiene la mujer cuando proviene de una familia disfuncional y no hay pertenencia a grupos o redes de apoyo (especialmente en los grupos de Ayuda de Madre a Madre) de su localidad o comunidad que de alguna manera suplan a la familia extendida, para que la ayuden a superar sus conflictos.

Las principales dificultades que se presentan son:

Ansiedad por falta de apoyo moral y afectivo, económico y social:

Estas Mujeres suelen presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto y la lactancia. Si a esto agregamos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de amamantar provoca temor, dudas e incertidumbre, podemos tener un abandono precoz de la lactancia materna o dificultad en la instalación de esta en forma efectiva ya sea por falta de contención, insatisfacción económica de las necesidades básicas y social por privación de las redes de apoyo social.

Problemas conyugales

Si la pareja no es participativa y comprensivo, desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo (Labores domésticas, sociales, laborales por exigencias que provocan una sobrecarga y sexuales).

Depresión Materna.

El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del recién nacido, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistentes o la apreciación de ella de esta situación, la no comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., provocan ocasionalmente una depresión en la madre, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia.

Generalmente las madres no reconocen sus síntomas depresivos. El facultativo que la atiende debe realizar un interrogatorio prudente, pero instándola a que se exprese

libremente para lograr pesquisar el problema (se sugiere aplicación de la escala de Edimburgo a partir del 2º mes de vida del niño, o antes si se pesquiza alguna alteración antes para realizar la intervención que corresponda).

Ser madre adolescente

Las mujeres adolescentes que son madres por lo general eligen terminar sus estudios una vez que ha nacido su hijo. Las abuelas suelen ayudarlas haciéndose cargo de sus nietos, alimentándolos tempranamente con fórmulas, lo que quiebra la relación de la madre con el niño.

El equipo de salud debe reafirmar los valores de la maternidad y apoyar a la adolescente en su rol de madre a pesar de las dificultades con que se enfrenta frecuentemente. Es necesario motivarla para que amamante a su hijo, considerando que la experiencia le aportará muchos beneficios a ella como mujer y a su hijo, que le ayudará a sentir un gran amor por ese pequeño niño que tanto depende de ella, la necesidad de leche materna que tiene el niño, la importancia de esta y las formas de administrarla aun cuando la madre no este presente (por ejemplo extracción y posteriormente darle al niño con suplementador al dedo).

Esta asesoría también debe abarcar aspectos más personales, como la forma de relacionarse con su familia, la conveniencia de suspender momentáneamente sus estudios o actividades y consejos sobre nutrición para una buena lactancia, sin alterar su propio desarrollo

Madre soltera

La madre soltera requiere de un gran apoyo de las personas o grupo que la rodean. Generalmente el padre de ese hijo no asume su responsabilidad, la mujer asume sola el proceso de embarazo, parto y post-parto con lo que le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal” se deben investigar los factores de riesgo y tratar que estas mujeres se incorporen a su familia y a redes de apoyo, en beneficio de la lactancia, si es necesario, derivarlas a clínicas de lactancia para educarla y planificar el apoyo que se le pueda prestar a la madre para que logre una lactancia exitosa o adecuada para su realidad en beneficio de su hijo.

Dificultades de la madre de orden clínico

Dolor

Principal síntoma de los problemas de lactancia (no debe doler).

Se debe observar si la madre presenta dolor, pues muchas mujeres piensan que el dolor es normal en los pechos al dar de mamar, ello no lo refieren como problema, lo cual no es real.

La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplamiento de la boca-pecho al mamar (El niño introduce solo el pezón en su boca y no la areola como corresponde, con lo cual el ejercicio de succión, se ejerce solo en el pezón produciendo dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) produce dolor aún con una buena posición de amamantamiento ya que depende del acople.

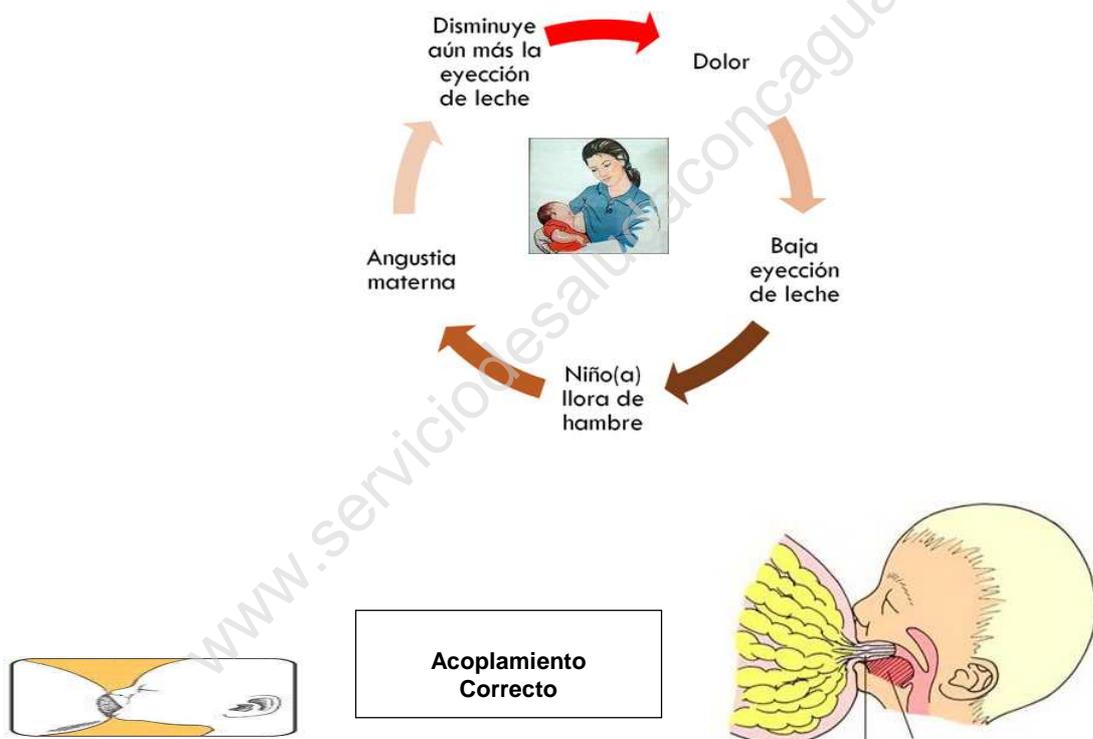
También podría producirse dolor en un principio, pero leve, debido a las terminaciones nerviosas de la areola, lo cual debemos avisar a la madre, pues puede ocurrir en un

principio (en la primera experiencia de lactancia) pero pasa luego pues rápidamente se hacen insensibles.

Otra situación que frecuentemente puede provocarnos dolor es la micosis (infección de la piel del pezón y/o la areola) la cual trataremos mas adelante.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la oxitocina, lo que provoca que el R.N. no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que manifiesta con inquietud y llanto provocando que la madre se angustie, lo que inhibe aún más la eyección láctea entrando en un círculo vicioso que puede llevar al fracaso la lactancia, por ello debe manejarse mediante la corrección de la técnica de amamantamiento

El amamantar no debe producir dolor si el acoplamiento y la posición del niño son correctos y los pezones están sanos.



Pezones planos o invertidos

Si la mujer tiene pezones planos que no fueron corregidos durante el embarazo, como puerpera requerirá de especial atención por parte del equipo de salud en la maternidad. Es de vital importancia lo ideal, en estos casos que el recién nacido haga su primera mamada en la sala de parto, cuando el pezón y la areola se han protruido gracias al efecto de la oxitocina y aprovechar las primeras 24 a 48 horas de la etapa de calostro, en las que la mama está blanda y el pezón-areola tienen forma cónica, de esta forma el niño aprenda a introducir los pezones correctamente dentro de su boca.

Si no ha sido posible colocar al niño al pecho en las primeras 24 horas y las mamas están muy llenas, previo al ofrecimiento del pecho al niño, debe extraerse un poco de

leche de la mama para ablandar la zona areolar lo que ayudará a que el niño pueda tomar el pezón y con ello lograr un buen acople. No se recomienda usar el "tensador de pezones" para hacerlo protruir antes de poner el niño a mamar pues su acción podría ser nocivo para la mama.

Se debe procurar y prohibir el ofrecimiento al niño chupetes, mamaderas o pezoneras, pues la experiencia oral con uno de estos objetos, largos y duros es muy diferente a mamar en un pezón blando y con las dimensiones adecuadas mayoritariamente de acuerdo al tamaño del niño. Los pezones invertidos son un desafío para la madre y el equipo de salud, pero con una buena educación y supervisión muchas mujeres logran superar el problema y amamantar con éxito, como podemos ver, esto no es una contraindicación para la lactancia sino un reto para el equipo de salud.

Cuando el pezón invertido es unilateral debe procurarse con mucha dedicación y paciencia a que resulte, mediante el estímulo del mismo niño, mientras no pueda acoplarse bien a este pecho debe procurarse la extracción de la leche de ese lado y dársela con suplementador cuando tome del pecho que no tiene el problema o con sonda al dedo materno idealmente.

Grieta o fisura del pezón



Las grietas y/o fisuras del pezón se producen cuando la técnica de amamantamiento no es correcta,

Suele ser por presión o tracción exagerada del pezón o roce de la lengua en la punta del pezón en caso de succión disfuncional o mal acoplamiento.

La grieta superficial o fisura se presenta como una irritación severa o pequeña solución de continuidad del tejido que cubre el pezón y/o la areola, producida por presión o tracción exagerada del pezón, o por el roce de la lengua en la punta del pezón cuando el niño succiona en forma disfuncional (disfunción motora oral, problemas neurológicos transitorios (hipertonía), prematuridad, dolor facial por fórceps, uso de chupetes o mamaderas en el recién nacido inmediato)



Si la grieta es leve o reciente, se corrige tomando las medidas para lograr la técnica adecuada, cuidando que la boca del niño esté de frente al pecho y que el pezón y la aréola queden dentro de la boca del niño. Después de cada mamada, se cubre la aréola y el pezón con leche materna y se dejan secar al aire, expuestos al sol o al calor seco, ampolleta o sol, por algunos minutos, también si los medios lo permiten se pueden usar lanolinas u hojas de Matico (no usar cremas cicatrizantes). Habitualmente en 24 horas la situación se ha superado. Es importante insistir a la madre en que no tendrá problemas más adelante si la técnica de lactancia es realizada correctamente.

- Se recomienda amamantar con mayor frecuencia, para evitar congestión.
- Comenzar cada alimentación con el lado menos afectado.
- Estimular reflejo de eyección de leche, previo a la succión.
- Extracción manual de leche si la areola está tensa.
- Amamantar en posición que permita control de la cabeza y la mama.

Si la grieta es profunda, extensa y dolorosa, se debe suspender la lactancia directa durante 2 ó 3 días, realizar extracción manual de leche o bomba cada 4 horas, administrar la leche extraída con suplementador a la mama sana, al dedo, cuchara o vasito durante estos días, citar a la madre a control antes de volver a amamantar directamente para asegurar que lo haga con una buena técnica y en una buena posición para lo cual debemos probar distintas posiciones del niño al mamar, por ejemplo el niño sentado enfrentando a la madre entre otras.

Se debe recalcar que el uso de cremas o lociones cicatrizantes no están indicadas, pues al mantener la humedad del pezón y retirarlas sólo retardan la cicatrización, por ello son aconsejables las cremas de lanolina o el matico.

En las grietas que no se curan, debemos sospechar de una sobreinfección micótica o una persistencia de la succión disfuncional.

Por ello es necesario examinar la boca del niño buscando una micosis y comprobar si la succión es correcta mediante la introducción en la boca del niño de un dedo con guante, si esta no es correcta debemos realizar ejercicios, los cuales enseñaremos a la madre para que posteriormente realice ella, sin guantes pero con las manos limpias, los que consisten en colocar la primera falange del dedo índice (si el tamaño de la boca del niño lo permite o sino de otro mas pequeño) apoyado en el paladar y suavemente masajear la lengua hacia abajo y afuera.

Toda madre con grietas debe permanecer con control periódico hasta que se resuelva su problema, pues existe el riesgo de complicaciones como podría ser una mastitis.

Micosis



Es una infección producida mayoritariamente por el hongo o monilia *Candida albicans* (candidiasis o moniliasis).

Se ubica en la zona del pezón y de la areola que se caracteriza por el color rosado, en casos severos podría comprometer los conductos mamarios.

Ocasionalmente pueden encontrar grietas entre el pezón y la areola, lo que genera un círculo vicioso por la humedad que se mantiene, sin lograr sanar ninguna de las dos situaciones, caso en el cual debemos manejar la grieta y dar tratamiento antimicótico local a la madre (en ambas mamas luego de alimentar a su hijo), a lo menos 10 a 14 días de tratamiento, si vemos que a la semana el cuadro se presenta nuevamente, se puede repetir el tratamiento.

El bebé suele presentar micosis en su boca, Algora y también requiere tratamiento.

Esta infección mamaria es de difícil diagnóstico ya que la apariencia de los pechos es similar al estar ambos comprometidos, como síntoma característico debemos tomar el dolor quemante y persistente de los pezones y la areola que nos refiere la madre. El pezón y la areola se ven levemente hinchados y de un color rosado violáceo que es muy diferente al color café oscuro que tenían antes de infectarse. También puede presentarse sólo como la lesión de la piel, sin más síntomas, o producir un dolor muy intenso, quemante y punzante, durante y después de la mamada.

Todo objeto que haya estado en contacto con las zonas contaminadas se considera como contaminado y puede ser fuente de reinfección (chupetes, juguetes, dedos del niño, ropa de la madre, etc.) por lo cual hay que educar a la madre en relación al tema.

Congestión mamaria



Puede ser primaria o secundaria.

- Primaria ("bajada de leche"), comienza después de las 24 horas postparto la manifestación es que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, lo que es resultado de un aumento de la vascularización y de la producción de leche, pero no hay problemas en la extracción de leche. Suele producirse por mamadas infrecuentes o insuficientes en relación al aumento de la producción de leche por la mama. Como prevención debemos supervisar la buena técnica de lactancia y/o amamantamiento y hacer que el niño mame más frecuentemente. También podemos utilizar el vaciamiento efectivo, idealmente por el niño, si este no lo consigue debemos recurrir a la extracción de la leche "sobrante" ya sea de forma manual o con la asistencia de una bomba específica para ello.

Si la congestión compromete la aréola, debemos extraer la leche manualmente o con bomba, para ablandar la zona areolar con lo que conseguiremos que el niño pueda acomodarse bien y resulte una mamada efectiva para él.

- Secundaria, suele estar asociada a vaciamiento inadecuado o poco frecuente de la mama o por reflejo de eyección inhibido, existe edema del intersticio de la mama, en casos extremos incluso a la obliteración de los conductos, lo cual impide la salida de la leche. La(s) mama(s) se encuentra(n) muy dura(s), dolorosa(s), caliente(s) y en algunas ocasiones, enrojecida(s). El manejo incluye el uso de analgésicos antiinflamatorios (Ibuprofeno), calor local, aplicación de compresas tibias y/o hojas de repollo frías antes y/o después de amamantar, para favorecer el vaciamiento y extracción frecuente manual o con bomba. El cuadro cede al disminuir el edema, lo que permite que la leche fluya fácilmente. Para vaciar la mama es conveniente estimular y descongestionar areola antes de amamantar.

De esta forma desencadenamos el reflejo de eyección con lo cual es más fácil vaciarla ya sea por extracción manual, con bomba o idealmente amamantando al niño. La congestión secundaria suele demorar dos o tres días en desaparecer y la mejor forma de conseguirlo es a través del amamantamiento frecuente y efectivo.

Retención de leche

Suele evidenciarse como nódulos mamarios sensibles, en ocasiones recurrentes, que no causan mayores molestias.

Son producidos por mal vaciamiento del área que drena uno o más conductos, puede ser debido a una compresión externa, mal posición al amamantar o al dormir, sostén apretado, cápsula colectora de leche no adecuada, o a una obstrucción interna de la mama, variación anatómica con estrechez de un conducto o tapón de leche espesa por exceso de grasa, que puede ser agravada por un mal vaciamiento por parte del niño por un periodo prolongado entre mamadas. Al examen físico sólo se observa un nódulo mamario sensible a la palpación.

Para evitar este problema es recomendable:

- Realizar masaje.
- Colocar calor local en toda la mama al amamantar.
- Utilizar diferentes posiciones al amamantar, para favorecer un mejor vaciamiento.
- Evitar la compresión externa de la mama.

En las madres excretoras de tapones de leche espesa, se ve mejoría al limitar la ingesta de grasas poliinsaturadas en su dieta y agregar lecitina.

Si en la zona se presenta mucho dolor y enrojecimiento se debe descartar una mastitis, pues la retención de leche puede ser un factor pre disponente para la producción de una mastitis

Mastitis



Infección del tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, cuyas causas más frecuentes son: Grietas del pezón, congestión mamaria o conducto obstruido no tratado, vaciamiento incompleto de las mamas, la retención de leche, saltarse una mamada, estrés y la fatiga materna son factores contribuyentes (madre que trabaja (tanto en casa como fuera de casa), madre de gemelos) El cuadro clínico se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado, generalmente en una mama con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre alta y calofríos. **“Síntomas de gripe en una madre que amamanta, es Mastitis hasta que se demuestre lo contrario”**

Además de la presencia de grietas, otros factores predisponentes para una mastitis, incluyen el factor estrés y la fatiga materna, son de primordial importancia, pues hacen que la mastitis sea más frecuente entre las madres que amamantan gemelos o cuando regresan al trabajo, hace que la mastitis presente una incidencia cercana al 2,5% de las madres que amamantan.

Se debe evitar que la infección evolucione hacia un absceso mamario, que es el máximo riesgo en las madres que dejan de amamantar.

Manejo de la mastitis

- No suspender lactancia (se puede suspender pecho directo x grietas y se indica extracción de leche y dar al niño idealmente por suplementador al dedo)
- Amamantar con mayor frecuencia si no hay grietas
- Vaciamiento frecuente completo de mamas sin que este contraindicado que el niño continúe mamando (la infección está en el tejido extraglandular)
- Para disminuir la inflamación, hoja de repollo frío
- Extraer gotas de leche de tal forma de descongestionar areola
- Ofrecer primero el pecho comprometido
- Manejo de grietas
- Reposo en cama por lo menos 24 a 48 horas
- Analgésicos y antiinflamatorios
- Líquidos abundantes en respuesta a la sed

“En la duda tratar”, según indicación médica, lo sugerido:

- ATB por 10 a 15 días: Cloxacilina o Flucloxacilina 500 mg cada 6 hrs. (germen más frecuente estafilococo dorado), Eritromicina 500 mg cada 6 horas.* AINE Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas o Naproxeno 550 mg cada 12 horas
- **Evaluar uso de Eritromicina profiláctica

La recurrencia de la mastitis suele deberse generalmente a un tratamiento incompleto de antibiótico, menos de 10 días. Debe insistirse siempre en completar el tratamiento por 10 días, a pesar de que hayan desaparecido los síntomas agudos, destacando además la importancia del reposo y el vaciamiento completo de las mamas.

Existen casos aislados de recurrencia de mastitis a pesar de tratamientos adecuados; en estos casos es recomendable derivar a medico para efectuar un tratamiento de 15 días de antibiótico Cloxacilina y luego dejar tratamiento profiláctico con Eritromicina 250mg o Trimetoprim 40mg - Sulfametoxazol 200mg todas las noches, durante 2 a 3 meses.

Absceso mamario

Suele ser consecuencia de una mastitis tratada inadecuada o tardíamente

Generalmente es de manejo quirúrgico, aunque ocasionalmente puede vaciarse en forma espontánea a través de un conducto. Si el drenaje es efectuado en la cercanía de la aréola se puede inhibir la producción láctea del lado afectado evitando el vaciamiento periódico de la mama comprometida y posteriormente se puede reinducir. Se debe mantener a la madre y niño en control frecuente hasta que se resuelva el problema, pues durante el período agudo, la producción de leche suele ser insuficiente.

Crisis transitoria de la lactancia

Frecuentemente las madres consultan entre el 2° y 3° mes de vida del niño(a) ya que el niño que antes quedaba satisfecho con las mamadas regulares, cada tres o cuatro horas, en esos momentos parece quedar con hambre, se presenta irritable, pide mamar con más frecuencia, incluso durante la noche.

La madre siente que tiene menos leche, las mamas vacías o que su leche ya no satisface a su hijo.

Al momento de pesar al niño se observa un incremento normal de peso. Esto es la llamada crisis transitoria de la lactancia.

Esta "crisis" es causada porque el niño a esta edad casi ha duplicado su peso de nacimiento por lo cual requiere de mayor volumen de leche y la única forma de obtenerlo es mamando con mayor frecuencia para generar un mayor estímulo a la glándula mamaria a lo que la madre responde incrementando la producción.

Luego de 5 a 7 días se produce una regulación de la producción láctea y se vuelve a la frecuencia anterior de mamadas.

Manejo: Idealmente a las madres se les debe advertir que esta situación es normal y transitoria para que no recurran a suplementos alimenticios lácteos maternizados, pensando que "se les está cortando la leche".

- Amamantar transitoriamente con mayor frecuencia y de ambos pechos.
- Vigilar alimentación y sobrecarga maternal por el estrés de esta situación.

En el primer semestre de vida del niño estas crisis pueden repetirse más de una vez.

Obstrucción de Conductos

Se produce por la estrechez de un conducto mamario, este tipo de obstrucción puede ser de tipo interna o externa, lo que se traduce en retención de leche en un área determinada.

Manejo:

- Calor local.
- Masajes previo y durante la mamada.

Cirugía mamaria previa

Para aumentar el tamaño de las mamas, los implantes se colocan por detrás de la glándula mamaria, por ello en general no interfieren con la lactancia.

En caso de cirugía reductora se corre el riesgo de comprometer algunos conductos lactíferos e interferir con la inervación de la areola y el pezón.

En algunas oportunidades las mujeres que han tenido este tipo de cirugía podrán presentar dificultades para mantener una adecuada producción de leche.

A estas madres se les recomienda amamantar frecuentemente dependiendo de sus posibilidades y extraerse manualmente o por bomba después de la mamada para incrementar el estímulo de producción láctea. Si el niño requiriese de suplemento, el ideal es hacerlo por medio de suplementador de acuerdo a la técnica de inducción de lactancia.

Mamas supernumerarias

Consiste en la presencia de tejido mamario en una zona inhabitual del cuerpo de la mujer (línea mamaria), siendo más frecuente la axilar. Puede ser una glándula completa, con conductos de salida, con lo que puede haber secreción láctea; mayoritariamente sólo hay tejido glandular y se presenta como un aumento de volumen que suele ser doloroso al tercer día post- parto. Debe descartarse que se trate de una adenopatía.

Para el alivio de las molestias se recomienda el uso de analgésicos y frío local.

Si no se vacía, la glándula supernumeraria se torna improductiva en pocos días. Una forma de evitar las molestias en próximas lactancias es que la mujer opte por la remoción quirúrgica de estas después del destete.

Dificultades del niño (a)

Niño renuente a mamar por dolor

En ocasiones el niño se ve incómodo al momento de mamar en una posición determinada o manifestar un rechazo al pecho al momento de la mamada.

Esta situación puede deberse a alguna lesión de tipo dolorosa de causa congénita como la tortícolis, úlcera sublingual producida por dientes natales, o a alguna lesión producida por alguna maniobra del parto como podrían ser los hematomas externo o interno de la articulación temporomandibular provocado por un fórceps o presión manual, fractura o luxación de la clavícula, cefalohematoma.

Se hace necesario hacer un cuidadoso examen físico y detectar cualquier lesión para luego buscar una posición y/o técnica adecuada de amamantamiento que evite las molestias al niño.

Niño reticente a mamar por reflejo de eyección inhibido

La experiencia de amamantar, que produce inseguridad, tensión, estrés y el dolor al amamantar pueden provocar trastornos en el reflejo eyectolácteo, lo que impide un buen vaciamiento mamario lo cual provoca, una disminución de la producción láctea.

El niño, que suele comenzar a mamar ávidamente, se frustra al no obtener la cantidad de leche necesaria para satisfacer su hambre; puede manifestarse ansioso e irritado ponerse rígido, retirarse del pecho echando la cabeza hacia atrás, llorar y no quiere intentar un nuevo acercamiento.

La continua exposición a esta experiencia hace que el niño se condicione a rechazar el pecho cada vez que va a comenzar una nueva mamada, lo cual aumenta más la tensión y estrés de la madre. Esta situación se ve agravada cuando se recurre al uso de

suplementos vía mamadera, ya que de esta forma el niño extrae la leche con el mínimo esfuerzo, lo cual hace que se cree un círculo vicioso que debe ser manejado.

En estos casos el manejo debe realizarse primero que nada revisando la técnica de amamantamiento y solucionando si existe la causa del dolor y la ansiedad de la madre.

Si se aprecia una disminución significativa de la leche, puede recurrirse a la reinducción de la lactancia, mediante un suplementador, esto hace que el niño reciba leche al mamar, satisfaciéndose al pecho materno y facilita el reflejo eyectolácteo.

Niño reticente a mamar por reflejo de eyección excesivo



Consiste en un rechazo al amamantamiento por parte del niño(a), debido que al iniciar la mamada, la madre presenta una gran descarga láctea.

A que atraganta al niño, o produce una deglución de una gran cantidad de leche que provoca distensión gástrica dolorosa, condiciones que hace desagradable la experiencia de amamantamiento para el niño(a).

La forma de manejar esta situación es:

La madre debe estar atenta a retirar al niño del pecho cuando observa que éste, no es capaz de manejar el volumen de leche que sale de la mama.

- Es conveniente: poner al niño en posición ventral, sobre la madre en decúbito dorsal o sentado de frente a la madre en posición de caballito.
- La madre, también puede extraerse un poco de leche antes del inicio de la mamada.

Intolerancia aparente a la lactosa

En ocasiones, debido a la eyección láctea excesiva, puede producirse una situación clínica que debe reconocerse y tratar adecuadamente. Cuando el niño inicia la mamada se produce una descarga excesiva de leche, lo que hace que ingiera un gran volumen de la primera leche en ambos pechos, como es conocido, esta leche contiene más cantidad de lactosa y menos grasa.

El niño no tiene su intestino delgado preparado para digerir esta cantidad excesiva de lactosa por ello el niño presentará molestias propias producidas por el exceso de este disacárido, las cuales suelen ser:

- Irritabilidad.

- Inquietud.
- Regurgitaciones.
- Cólicos.
- Deposiciones frecuentes y líquidas.
- Diuresis normal.

El niño llora frecuentemente por hambre o dolor cólico además de no presentar el aumento ponderal de peso esperado.

Esta sintomatología suele interpretarse como una intolerancia a la lactosa, y es una de las más frecuentes causas de suspensión de la lactancia en forma definitiva. La solución a este problema consiste en hacer un adecuado manejo de la técnica de lactancia, amamantamiento, utilizada por la madre del niño (a) que permita a este recibir también la segunda leche que como ya sabemos esta compuesta por más grasa y más calorías cada vez que mame.

Una de las mejores prácticas para lograrlo es amamantar en un primer periodo de tiempo sólo de de una mama en cada mamada. El echo de espaciar las mamadas, al dar cada vez de una sola mama, reducirá la producción de leche y con ello la eyección láctea excesiva disminuirá, debido a esto mismo, se sugiere que el niño(a) sea amamantado en posición de caballito o en decúbito ventral sobre la madre. Dentro de los problemas que se presentan con la lactosa y que es necesario reconocer, tenemos que puede ocurrir una intolerancia temporal a esta en cualquier situación que provoque daño el ribete en cepillo intestinal produciendo una pérdida de la enzima lactasa (intolerancia a proteína de la leche de vaca contenida en las fórmulas, rotavirus, Giardia lamblia).

Debido a la ausencia de la enzima que metaboliza la lactosa, esta es fermentada por las bacterias intestinales, produciéndose deposiciones extremadamente ácidas que suelen dañar aún más el ribete en cepillo. En este caso las manifestaciones clínicas suelen ser similares al caso anteriormente analizado. El niño(a) presenta dolor abdominal, deposiciones frecuentes, líquidas y espumosas, y en casos extremos, puede llegarse a la detención del crecimiento y correr riesgo de deshidratación.

Esta situación es escasamente frecuente cuando el niño es alimentado con leche materna exclusiva. Si ocurre, los factores de crecimiento y antiinflamatorios de la leche humana con sus propiedades favorecen la recuperación de las células intestinales, por ello NUNCA debe suspender la lactancia materna en estos casos.

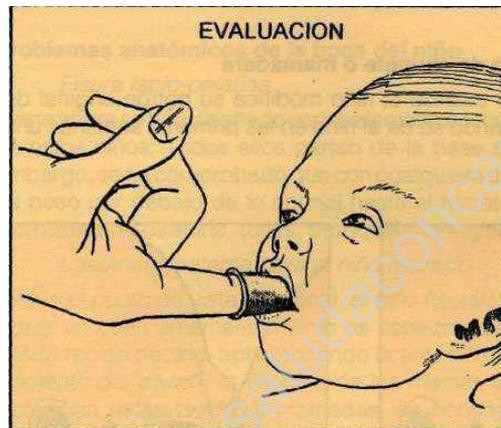
Disfunción motora oral

El recién nacido normal, a pesar de ser de pretérmino, presenta un patrón funcional motor oral característico que permite el acople adecuado al pecho de su madre para la extracción de la leche cuando mama.

Cuando este patrón se altera se denomina disfunción motora oral, esta puede ser primaria o secundaria.

Para realizar su diagnóstico se requiere hacer una evaluación motora oral del niño(a).

Evaluación motora oral del recién nacido



El primer paso a realizar es hacer una evaluación motora general para observar el comportamiento neuromotor corporal previo a la evaluación motora oral.

Debe examinarse al niño en reposo, ver la posición flectada de las extremidades, a la cual vuelven espontáneamente cuando se las extienden. Cuando se suspende al niño(a) en decúbito ventral, tiende a levantar la cabeza. Si se sostiene entre las manos del examinador tomado por la región axilar, el niño(a) normal tiene el tono necesario para no deslizarse; en el caso del niño(a) hipotónico o inmaduro, este no opone resistencia, sus brazos se levantan y tiende a deslizarse.

Es requisito para la evaluación motora, general y oral, que el niño este despierto y tranquilo, el ideal es realizarla una hora después de la última mamada, para evitar que esté con hambre.

El examen motor oral se efectúa con el niño en brazos.

Se Toca en forma suave y repetida el labio inferior con el dedo índice del examinador, estimulando el reflejo de búsqueda y la apertura de la boca. Normalmente el niño abre la boca con la lengua ahuecada como una cuchara, que se apoya en el piso de la boca sobrepasando la encía inferior. Con eso y como parte del reflejo de búsqueda del

pezón, el niño(a) dirige la cabeza hacia adelante, buscando en este caso el dedo (pecho cuando se amamanta).

Para que se produzca la estimulación del reflejo de succión, el examinador tiene que introducir el dedo índice o meñique con el pulpejo hacia arriba presionando suavemente el paladar. Cuando la succión es normal, la lengua envuelve el dedo con un movimiento ondular, de afuera hacia adentro, lo tracciona firmemente hasta llevarlo al límite del paladar duro. Los labios se encuentran apoyados relajadamente sobre el contorno del dedo y este no tiende a irse hacia adentro.

Esta evaluación motora oral es muy importante para valorar la fuerza y avidez de succión que presenta el niño(a), debería incluirse como un examen de rutina en todo recién nacido, en especial si éste es prematuro, de bajo peso de nacimiento o se sospecha o presenta alguna patología neurológica.

a) Disfunción motora oral primaria

Esta forma parte de alteraciones neuromotoras que presentan generalmente algunos niños por inmadurez o problemas neurológicos ya sean de tipo transitorios o permanentes, o por anomalías anatómicas de la boca del niño. Las manifestaciones neuromotoras generales, características que presenta el niño(a) más frecuentes son:

I) Hipertonía:

El niño(a) presenta una posición de extensión, con las extremidades tensas y la cabeza hacia atrás, los músculos del cuello anterior traccionan la mandíbula hacia abajo y atrás, los labios tienden a invertirse. Cuando mama el niño(a) muerde el pezón con las encías, aprisionándolo lo que provoca dolor a la madre. Al observar el pezón después de la mamada, este se ve blanco y deformado, con signos evidentes de compresión.

Para manejar la hipertonía el ideal es poner al niño con su cuerpo flectado, sentado frente a frente de la madre, esta postura favorece la relajación de la musculatura facial del niño.

También es aconsejable realizar masajes ejerciendo presión sobre la encía inferior antes de cada mamada, ya que esto puede colaborar a disminuir y aliviar la hipertonía de la boca durante el amamantamiento.

II) Hipotonía:

Frecuentemente se presenta en los niños de pretérmino, de BPN o en niños con síndrome de Down que presentan escasa vitalidad y se duermen rápidamente al mamar.

En general el niño presenta un tono corporal reducido, las extremidades presentan una flexión disminuida al sostener al niño(a) de la cintura escapular, éste se desliza hacia abajo presenta una succión débil, al introducirle el dedo en la boca, puede percibirse una lengua plana, que no le envuelve el dedo y que es muy fácil de retirar pues el niño no opone fuerza para succionar. En este caso es útil que mientras la madre amamanta al niño, sostenga el mentón de este con el dedo índice de la mano con que sostiene su mama, lo que da un mejor apoyo a la succión (posición en mano de bailarina), y colocar al niño(a) sentado(a) frente a ella, sosteniendo la espalda y la cabeza.

La succión débil en general no logra generar el estímulo suficientemente para una buena producción y evacuación láctea.

La madre deberá estimular sus pechos para lograr un aumento de la producción y con ello facilitar la evacuación de esta durante la mamada, puede ser necesario terminar el vaciamiento mamario en forma manual o con bomba y dar al niño la leche extraída ojala con suplementador en la mamada siguiente.

b) Disfunción motora oral secundaria por uso de chupete o mamadera

Se produce cuando el niño modifica su patrón original de succión-deglución, esto puede ocurrir cuando al niño en las primeras semanas de vida se le da una mamadera o se utiliza un chupete de entretención.

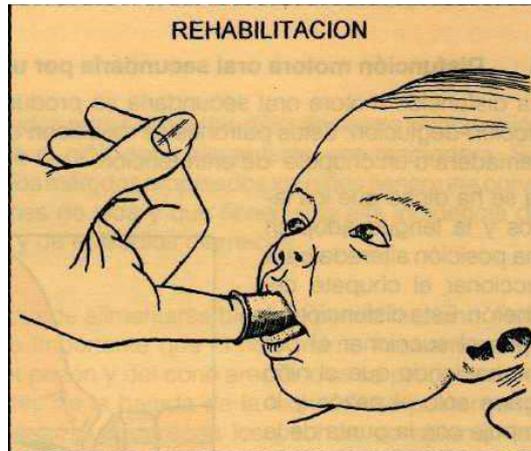
Es conocido que los labios y la lengua alteran su posición para succionar el chupete de la mamadera, lo cual se repite al succionar el pecho materno, haciendo que el niño tome sólo el pezón empujándolo con la punta de la lengua en vez de envolverla como es la función normal.

Por ello los labios se cierran verticales en la base del pezón y en lugar de evertirse alrededor de la areola, las encías comprimen firmemente el pezón para evitar que se escape lo cual puede producir la erosión en la punta del pezón y/o una fisura circular en la base de este, provocando dolor a la madre, lo que inhibe el reflejo de eyección con lo que se dificulta la extracción de la leche.

La forma de corregir esto es haciendo masajes con el dedo índice (pulpejo hacia arriba) en la boca del niño, ejerciendo presión sobre la lengua y retirando el dedo paulatinamente.

Este ejercicio debe repetirse las veces que sea necesario durante el día hasta lograr que la lengua del niño envuelva el dedo y sobrepase la encía inferior.

Durante el periodo en que el niño no sea capaz de mamar efectivamente, la leche de su madre debe recibirla con vasito, cuchara, suplementador al dedo o jeringa (mientras se estimula la succión) no debe usarse, chupetes ni mamaderas, es recomendable que la leche administrada con una de estas técnicas sea dada por otra persona, cosa que el niño asocie el pecho solo con su madre.



Problemas anatómicos de la boca del niño

a) Fisura labio-palatina

En la actualidad existe una serie de elementos y métodos para ayudar en el reto que significa la alimentación de los niños(as) que presentan este problema pues se ha comprobado que cualquier método empleado con estos niños(as) mantiene una curva de peso por debajo de lo normal hasta aproximadamente el tercer mes de vida, además de presentar una alta incidencia de morbilidad respiratoria, (otitis, bronquitis, laringitis) y episodios diarreicos.

Lactancia materna para el niño fisurado



Funcionalmente, el niño(a) fisurado puede alimentarse bien del pecho materno.

Para que esto ocurra es importantísimo que el niño(a) mame en forma frecuentemente desde el periodo de recién nacido para aprovechar la erección del pezón y del cono areolar producido en el momento del parto y la flacidez que presentan las mamas antes de la bajada de la leche, el postergar o distanciar las primeras mamadas, hace que se congestionen y endurezcan las mamas con lo cual se aplanan los pezones y se borra el cono areolar, con lo cual el niño(a) no puede realizar un buen acoplamiento lo que dificulta significativamente la función de succión, por ello lo más importante en el manejo de estos niños(as) es comprobar si este es capaz de un correcto sellado, consiguiendo una succión y presión negativa adecuadas.

El niño(a) con fisura palatina debe ser amamantado en posición vertical, idealmente "caballito". Si empleamos una buena técnica con una posición adecuada, el mismo cono

areolar cierra la fisura, permitiendo una adecuada extracción de láctea con una deglución sin atragantamiento ni reflujo nasal. Generalmente las prótesis suelen interferir con la lactancia en vez de ayudarla, por esto actualmente no se recomienda su uso.

Como ayuda la madre puede realizar un masaje circular en la base de la mama, antes de cada mamada, una vez que el niño(a) se acople, esta debe comprimir suave y rítmicamente la zona de los senos lactíferos al compás de la succión del niño(a), para facilitar la eyección láctea y adaptar la areola a la fisura de su hijo(a) produciéndose un cierre más eficiente, en caso de que esto no ocurra, la madre puede colaborar para que se efectúe un cierre efectivo con uno de sus dedos en la fisura y de esta forma conseguiremos una lactancia efectiva, que permita que lleguemos a la cirugía con un niño(a) bien nutrido.

Nutritivamente, según estudios recientes se ha comprobado que los niños(as) fisurados alimentados al pecho materno presentan un incremento ponderal similar al de un niño(a) normal alimentado en iguales condiciones.

Inmunológicamente, la leche materna no provoca irritación en las mucosas, protegiendo dichas estructuras, evitando congestión, infecciones respiratorias superiores y otitis.

Idealmente la madre debe egresar de la maternidad con una lactancia bien instalada, con la convicción y seguridad de que su hijo necesita solo del apoyo de ella y estar consiente de que debe ser constante para que su hijo(a) se desarrolle como cualquier otro niño(a) normal.

Es función del equipo de salud promover la lactancia, colaborando y apoyando a la madre y a la familia de este niño(a) para superar las dificultades que se presentaran e informarles que la primera cirugía reconstructiva para su hijo(a) se hará oportunamente, siempre que este esté sano.

Hay que hacer notar que no existe contraindicación de amamantamiento durante el periodo de post operatorio inmediato para un niño fisurado al cual se le ha practicado cirugía correctora de su defecto oral, pues la fisiología de la succión acompañada de la presencia de leche materna, favorecen el cierre y la cicatrización de las suturas, debe considerarse también, que la succión satisfecha previene el llanto lo que constituye un riesgo menor de posibles aberturas de las suturas.

Labio leporino unilateral: La madre debe dirigir el pezón al lado no afectado, utilizando diferentes posiciones, por ejemplo, Posición caballito, y se puede sellar la hendidura del labio con la propia glándula mamaria o con el dedo de la madre.

Labio leporino bilateral: En este caso se aconseja la posición balón de futbol o caballito. Si no se consigue un amamantamiento eficaz se puede aconsejar a la madre que debe alimentarlo con leche extraída con vasito, cuchara o chupetes especiales.

b) Síndrome de Pierre Robin

Suele presentarse solo, como una falta de desarrollo mandibular o micrognatia, pero mayoritariamente se acompaña de una fisura palatina posterior.

La mayor dificultad para amamantar se presenta cuando hay una microglosia y la fisura velar mantiene a la lengua en forma permanente en posición retraída. En estos casos, la complicación mayor suele ser la dificultad respiratoria y el riesgo de asfixia provocado por la caída de la lengua en la retrofaringe (glosoptosis, suele ser necesario fijar quirúrgicamente en forma temporal la lengua efectuando una linguo-queiloplastía.

En el caso de un Pierre Robin leve, con una lengua que protruya lo suficiente, se puede intentarse amamantar, ayudando para ello con la posición de la mano de bailarina debajo del mentón, empujando suavemente la región retromandibular con la mano que afirma la cabeza y siguiendo el ritmo de la succión.

En los casos más severos, se hace necesario administrar la leche materna extraída con una mamadera adecuado a la condición del niño(a), manteniéndolo en posición vertical.

c) Frenillo sublingual corto (anquiloglosia)



Esta alteración menor, suele dificultar la protrusión de la lengua para abrazar al pezón y sobrepasar la encía inferior para adherirse a la areola y lograr una buena succión.

Cuando la lengua, no es capaz de protruir más allá de la encía inferior e interfiere con la lactancia esta indicado seccionarlo.

d) Otras características morfológicas del niño desfavorables para la lactancia

Existen características anatómicas de la boca del niño(a), como macrostomía, microstomía, macroglosia, paladar ojival, premaxilar protruído, posición progénica de la mandíbula, etc.

Suelen ser condiciones morfológicas congénitas que dificultan la lactancia, en cada una de ellas se requieren de una adaptación particular de la técnica y posturas de amamantamiento.

8. CLINICA DE LACTANCIA

Dentro del programa de Salud Materna y Perinatal se han dado las orientaciones para la creación de la clínica de Lactancia Materna, ya que en todos los servicios de atención materno-infantil deben contar con una “Clínica de Lactancia” para el apoyo a las madres que presentan problemas para amamantar posterior al alta.

Función de la Clínica de Lactancia

La clínica de lactancia es una atención otorgada en Establecimientos del Nivel Primario al binomio madre-niño(a) con el objetivo de mantener, inducir o recuperar la lactancia materna.

Esta consulta de lactancia puede ser espontánea o derivada por algún miembro del equipo de salud desde control de puerperio, control de salud del RN o lactante, morbilidad de la madre y/o del niño.

Objetivos

- Brindar un servicio accesible para la resolución de problemas en relación con el proceso de amamantamiento
- Aumentar el número de niños(a) que reciben lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida.
- Apoyar a la mujer en el amamantamiento a través del refuerzo de la técnica adecuada para la lactancia.
- Tratar en forma oportuna los problemas que la madre y/o hijo presenten que dificulten o inhiban la lactancia.
- Derivar en forma oportuna a centros de mayor complejidad a las madres con patologías asociadas o relacionada con el amamantamiento, que no pueden ser resueltos en este nivel.
- Apoyar a la madre que trabaja para mantener la lactancia exclusiva por el mayor periodo posible.

Requerimientos

Capacitación y actualización permanente del equipo de salud para satisfacer las necesidades de las consultantes.

Problemas atendidos en una consulta de lactancia

- Niño que no recupera su peso de nacimiento en los primeros 10 días de vida
- Dolor en los pezones: comúnmente causado por grietas y micosis mamaria, entre otras.
- Disfunción motora oral y/o mala técnica de amamantamiento
- Congestión mamaria, Mastitis, Absceso mamario
- Pezones planos o invertidos
- Mamas supernumerarias activas
- Madres con fracasos en lactancias anteriores lo cual las predispone malamente para esta nueva experiencia
- Gemelos
- Niños de bajo peso de nacimiento (PEG)
- Niños prematuros
- Niños con ictericia neonatal (primeros 3 a 4 días)
- Niños con ictericia después de los 15 días de nacido
- Problemas de eyección láctea como reflejo de eyección excesivo Reflejo de eyección inhibido
- Necesidad de suplementación precoz
- Inducción y reinducción de lactancia interrumpida
- Niños con alteraciones maxilo-faciales: Como fisurados, Pierre Robín, macrostomía
- Niños amamantados con mal progreso de peso, antes de suplementar
- Madres enfermas y/o que necesitan usar medicamentos
- Madres que van a regresar al trabajo
- Crisis transitorias de lactancia
- Capacitación en técnica de extracción de leche y manejo de la leche extraída
- Inducción de lactancia en madres adoptivas
- Madres con depresión
- Orientación nutricional a la madre y en caso necesario derivación si corresponde.
- Reinducción de la lactancia

Características de una clínica de lactancia

- Esta debe funcionar en forma permanente, para satisfacer los requerimientos de las madres que la necesiten, idealmente debería funcionar como una Urgencia y no puede diferirse ya que al diferir un problema de lactancia corremos el riesgo de que se presenten complicaciones propias de un amamantamiento incorrecto: congestión de los pechos, mastitis, absceso mamario, Incremento de peso insuficiente en el niño, introducción de fórmulas y/o chupetes, recuperación de la fertilidad, todas situaciones que arriesguen el éxito de la lactancia. Por ello, todo consultorio debe contar con a lo menos un profesional capacitado a quien se le refiera la madre con problemas de lactancia, el cual a la vez debe capacitar al resto del equipo para que llegue el momento en que ojala todos estén capacitados.
- Debe contar con la participación de un equipo multidisciplinario capacitado en lactancia, los profesionales que se desempeñan en un servicio materno-infantil deben estar capacitados para identificar y reconocer situaciones que dificultan la lactancia e indicar una Intervención oportuna que ayude a la madre a superarlas, en beneficio del binomio madre-hijo.
- Atención del binomio madre e hijo en forma de consulta espontánea y/o programada según necesidad. Cuando la madre consulte, ella expondrá el motivo de su consulta, relatará lo que ella percibe como problema, debe escucharse atentamente pues generalmente su relato entrega Información sobre sus creencias y vivencias, siendo éstas de gran valor para orientar las recomendaciones que se le darán.
- Se deben registrar antecedentes y seguimiento del paciente (binomio) mientras hagan uso del servicio de esta.
- Contar con normas establecidas de funcionamiento.
- Deben existir formularios de registro de las actividades realizadas y de promoción de la lactancia.
- La planta física debe contar con la privacidad, comodidades básicas y suficientes para que el binomio pueda mostrarse relajado y el profesional pueda realizar la evaluación e intervenciones pertinentes para cumplir con el objetivo de la clínica de lactancia (Luz, sin ruidos, ambiente de relajó).

Dentro de la planta física debemos contar con: Lavamanos, escritorio, sillas con respaldo (a lo menos 2), posa pies (para facilitar la lactancia), archivadores, mesa para el examen pediátrico y materiales para antropometría del niño (podómetro, pesa, huincha de medir), guantes, mamaderas, sondas para la implementación de suplementadores, material para curaciones simples.

Actividades de la Consulta

- Revisar y Analizar la información registrada en el carné perinatal o del niño: antecedentes generales de la madre (mórbidos, gineco-obstétricos, dieta, hábitos, estado nutricional); antecedentes del embarazo, parto y puerperio; antecedentes del RN.
- En este periodo se considera que la madre está psicológicamente muy sensible, los profesionales que intervienen en la consejería de lactancia deben tener una conducta acogedora y prudentemente afectuosa. Durante la primera intervención siempre debe hacerse un reconocimiento de lo que la madre está haciendo bien y/o mal, sin desvalorizar ni criticar, deben corregirse los detalles que interfieren con la lactancia en forma sutil para no herir susceptibilidades maternas.
- Evaluación de mamas orientado a revisión del pezón, piel de la areola, congestión, color de la piel, dolor espontáneo y/o al amamantar.
- Evaluación del niño: boca, clavícula, hematomas (cabeza, rostro), revisar genitales y zona perianal (micosis)
- Control de peso del niño
- Observar y evaluar técnica de amamantamiento del niño(a) en forma directa e indirecta: colocación del niño al pecho, posición, actitud e interacción del binomio.
- El dolor de los pezones es signo patognomónico de problemas de lactancia, siendo las causas más frecuentes: una mala técnica de amamantamiento, disfunción motora oral del niño o una micosis mamaria.
- Evaluar de la técnica de amamantamiento: posición de la madre, posición de la mano que ofrece el pecho, posición corporal del niño con respecto a la madre, acoplamiento boca-pecho (posición de labios y lengua), ritmo de succión, forma de retirar del pecho, signos de compresión del pezón.
- Corregir y/o reforzar técnica de amamantamiento
- Enseñar técnicas de extracción y conservación de leche de acuerdo a necesidad y recursos de la madre. En toda clínica de lactancia debe implementarse un módulo educativo sobre técnicas de extracción, conservación y manejo de la leche extraída. Las técnicas de extracción de leche deben ser conocidas y aprendidas por todas las madres que amamantan, pues constituyen una alternativa ideal para mantener la lactancia materna exclusiva en caso de separación de madre-hijo, en especial cuando la madre se reintegra al trabajo.
- Realizar diagnóstico de acuerdo a evaluación del paciente para la toma de decisiones en el inicio y mantención de la lactancia con dificultades o si ha suspendido parcial o totalmente la lactancia y desea reiniciarla.
- Elaborar un plan de acción

- Indicar de acuerdo a cada caso: reforzamiento de técnicas, tratamiento y/o solución a los problemas encontrados, indicaciones nutricionales a la nodriza, referir según necesidad a otro integrante del equipo (Médico, Nutricionista, Asistente Social, psicólogo)
- En las consultas siguientes debe evaluarse el cumplimiento del plan propuesto y hacer los ajustes necesarios de acuerdo a los resultados observados.
- Siempre debe evaluarse a la madre y al niño en conjunto para pesquisar si hay patología asociada. De ser necesario, se debe derivar a Médico, Nutricionista, Asistente Social, psicólogo
- Idealmente siempre debe entregarse material educativo a la madre, el cual debe estar orientado a las necesidades físicas y emocionales de esta para mantener el amamantamiento.
- Cada sesión debe ser registrada en la Ficha Clínica de la paciente o en una ficha específica, la cual posteriormente deberá adosarse a ficha de la madre al no disponer de esta en forma inmediata.
- Citar a las consultas de seguimiento según necesidad, incluso dejando en claro a la paciente que si lo necesita puede hacerlo en forma espontánea sin cita previa.
- Organizar actividades con grupos de madres para el intercambio de experiencias, lo cual hace que las madres no se sientan solas o que no sirven para la lactancia al compartir sus experiencias con otras mujeres en su misma situación.
- La clínica de lactancia debe contar con un registro de las madres que acuden a consultar para realizar un seguimiento del proceso de lactancia, idealmente hasta que se realice el destete. Si la madre se siente apoyada por el equipo de salud y ve que este se interesa por su situación, con seguridad recuperará su confianza y con ello su capacidad de amamantar exitosamente a su hijo.

Con los datos que se obtienen los servicios de salud podrán evaluar las acciones de fomento y mantención de la lactancia a nivel local y nacional.

9. LACTANCIA EN SALAS CUNA, JARDINES INFANTILES Y EMPRESAS

Tendencias actuales de la práctica de amamantamiento

En nuestro país, como en muchos otros, existe una marcada tendencia a reemplazar la leche materna por fórmulas lácteas sucedáneas de ella. El abandono de la práctica de amamantar se relaciona con las dificultades que tiene la madre para iniciar y continuar la práctica de alimentar a su hijo al pecho, ya sea por desconocimiento, como suele ocurrir con las madres muy jóvenes, o bien por los distintos roles que recaen sobre la mujer: cuidados y alimentación del niño, trabajo doméstico, trabajo productivo remunerado fuera del hogar.

Se suma a ello la falta de acompañamiento de las personas que rodean a la madre para apoyarla en el amamantamiento: si trabaja fuera del hogar, el empleador y los compañeros de trabajo de la madre son indiferentes a la necesidad de espacio y tiempo requeridos para mantener la lactancia materna. Y cuando está en su hogar, las innumerables actividades que debe realizar no le permiten destinar tiempo a su hijo en forma tranquila, de manera de nutrir al bebé no sólo con su leche, sino que con todos los estímulos que proporciona el estrecho contacto madre-hijo.

Asimismo, los adelantos tecnológicos y la modernidad han producido cambios culturales, mitos y prejuicios respecto del amamantamiento, que inducen a la madre a optar por los sucedáneos de leche materna, la que es difundida con una variada publicidad por los distintos medios de comunicación existentes.

Es por ello que la protección, promoción y fomento de la lactancia materna requiere de la intervención de diversos sectores sociales, entre ellos Salud y Educación, como asimismo de los empleadores en el caso de la mujer que trabaja, y de la colaboración de los demás miembros de la familia, especialmente su pareja.

a) La Junta Nacional de Jardines Infantiles se suma a la protección y promoción de la lactancia materna

Durante la década del 90, la Junta Nacional de Jardines Infantiles inicia un acompañamiento más estrecho a la madre que amamanta, para proteger la continuidad de la lactancia materna.

Esta temática además de ser coherente con los derechos de los niños y niñas y las Políticas Nacionales en favor de la Infancia, responde a los requerimientos de las Bases Curriculares de la Educación Parvularia, en el sentido de potenciar el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas, concibiendo al organismo humano como un sistema abierto y modificable, donde las experiencias tempranas tienen una gran importancia en la arquitectura del cerebro y por consiguiente en la naturaleza, profundización y extensión de las capacidades a la vida adulta.

Existen innumerables experiencias que demuestran que la lactancia materna aporta beneficios sustanciales a la salud de los niños en el primer año de vida, en las áreas de su desarrollo físico y emocional, propiciando de esa manera la construcción de aprendizajes tempranos en que se cimentarán sus capacidades en la vida adulta.

Cuando el niño /a ingresa a la sala cuna, se inicia una nueva vinculación donde el personal a cargo asume un papel de "refugio afectivo" que le aporta la necesaria

seguridad para su futura conducta de independencia. En ese contexto, se procura mantener la diada madre hijo para no perder el apego, que se ve favorecido por la cercanía del niño con su madre a través del amamantamiento, que llena en el niño sus necesidades de afecto y alimentación.

Sin lugar a dudas, la cercanía que tiene la familia con la sala cuna y con el Jardín Infantil en general, el conocimiento y compromiso del personal son factores claves que han permitido desde este nuevo espacio, generar una estrategia que permita apoyar la mantención de la lactancia materna en los niños y niñas que asisten al nivel sala cuna.

Cual es la estrategia asumida por JUNJI para proteger y promover la lactancia materna?

JUNJI, en un trabajo intersectorial con la Comisión Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud y UNICEF, realiza un aporte a la protección y promoción de la lactancia natural, adaptando los requisitos de la iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño, a los 10 pasos del Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna.

La promoción de la lactancia materna en los Jardines Infantiles tiene el propósito de proteger la continuidad de la lactancia materna en los niños y niñas que asisten al nivel sala cuna, y dar a conocer la importancia de la lactancia materna al personal, familia, niños y niñas a través de distintas estrategias.

De esta forma, es importante que el personal del Jardín Infantil conozca, a través de un diagnóstico, cual es la tendencia de la práctica de amamantamiento en los niños que asisten a la sala cuna, cómo logran las madres mantener el amamantamiento cuando se encuentran en su lugar de estudio o trabajo, qué conocimientos poseen al respecto, qué apoyo tienen de su familia, o de otros actores que se relacionan con ella, para mantener la alimentación al pecho.

A partir de la realidad existente, el siguiente paso es invitar a la comunidad educativa a participar de las actividades de apoyo a la lactancia materna, sensibilizándoles frente al tema y generando un compromiso escrito, donde se declaran las acciones a desarrollar por el Jardín Infantil, las que deben estar expresadas claramente, y ser difundidas y conocidas por todos los agentes educativos del Jardín Infantil.

Sin lugar a dudas, quienes lideren la actividad de protección y promoción de la lactancia materna, deben estar en conocimiento del tema y ser sensibles a las necesidades de la madre y el niño o niña, para acompañarlos, generando las condiciones para el amamantamiento en la sala cuna, como por ejemplo con la adecuación de un ambiente confortable para amamantar, en un horario flexible, motivándola a dejar su leche extraída para darla a su hijo cuando lo requiera, manteniendo con ella una estrecha comunicación, respondiendo a sus inquietudes para alentarla a que continúe amamantando a su hijo.

Asimismo es importante que todo el personal esté capacitado en temas fundamentales para abordar la lactancia materna, orientar y reforzar contenidos educativos, y desarrollar actividades educativas con los niños y sus familias.

Para promover la lactancia materna en sala cuna se requiere el desarrollo de actividades claves, y que se señalan en: **los 10 pasos del jardín infantil amigo lactancia materna (JIALMA).**

Los Jardines Infantiles que desarrollan esta estrategia y la cumplen en forma exitosa pueden postular a una acreditación como Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna (JIALMA), reconocimiento otorgado por la UNICEF, CONALMA (Comisión Nacional de Lactancia Materna) y JUNJI.

Para optar a la acreditación, el Jardín Infantil debe postular y acceder a los procedimientos de verificación del cumplimiento de los 10 pasos consistente en entrevistas, análisis de registros y observaciones en terreno. Si se cumplen los 10 pasos JIALMA, el establecimiento recibirá una placa distintiva que destaca la labor realizada (Ver capítulo Acreditación).

Lactancia materna en sala cuna

Ley de protección a la maternidad

La protección a la maternidad se encuentra regulada en el Título II, Libro 1 del Código del Trabajo, de la Protección a los trabajadores. Las normas están incluidas en los artículos 194 a 208 y establecen una serie de derechos a favor de la madre, y en algunas situaciones a favor del padre.

Entre los derechos de maternidad a favor de la mujer podemos mencionar el derecho a Sala Cuna y el derecho a dar alimento a la hija o hijo, normativas que indudablemente favorecen el desarrollo y vínculo de la madre-hijo, a través del amamantamiento y la cercanía que estimula y gratifica los sentidos del niño o niña.

Protección de la lactancia materna en salas cunas.

Con el propósito de proteger y fomentar la lactancia materna de los niños y niñas hijos de madres que trabajan fuera del hogar o estudian, la Sala Cuna debe disponer de un recinto exclusivo para que la madre amamante a su hijo, como asimismo para extraer su leche y conservarla en el refrigerador de la Cocina de Leche del establecimiento.

Ubicación e infraestructura de la sala de amamantamiento.

La Sala de Amamantamiento debe localizarse en un lugar alejado de focos de insalubridad, como servicios higiénicos y lugares de acopio de desechos y preferentemente estar ubicada cerca de la Sala de Actividades del nivel Sala Cuna.

Este recinto debe brindar a la madre un ambiente físico que permita una adecuada higiene, temperatura, ventilación, y a su vez, confortabilidad, seguridad, privacidad y la tranquilidad necesaria para que no haya interrupciones que la distraigan al momento de realizar el amamantamiento o la extracción de su leche. Los colores y la iluminación del recinto deben ser suaves; en lo posible contar con música ambiental.

Equipamiento y utensilios.

Debe contar con lavamanos (Capítulo 5, Art. 4.5.8. Ordenanza General de Urbanismo y Construcción, MINVU) y elementos indispensables para la higiene de las manos, como es el dispensador de jabón, medios higiénicos para secarse las manos, tales como toallas de un solo uso o aire caliente, receptáculos para material de desecho.

El equipamiento debe estar constituido por, al menos, un sillón o silla ergonómica con apoya brazos, con cojines apropiados, perchero.

Dado que este espacio también puede ser utilizado para que la madre se extraiga su leche, debe contar con una mesa de superficie lisa y lavable. También tener acceso al refrigerador o frigobar de la Cocina de Leche de Sala Cuna para conservarla. (Art. 37 y 71 del DS 977/96 del MINSAL).

Se deberá proveer de elementos de escritorio para etiquetado e identificación correcta de los biberones con leche extraída.

Se deberá resguardar que el recinto este en optimas condiciones higiénicas.

La Cocina de Leche de la Sala Cuna proporcionará a la madre un biberón con tapa y cubrechupete estéril para que la madre vacíe en este recipiente su leche, procediéndose en forma inmediata a su identificación (etiquetado) y entrega a la manipuladora de alimentos para su refrigeración.

Personal

La manipuladora de alimentos de la Cocina de Leche de Sala Cuna debe estar capacitada respecto de los procedimientos de extracción y conservación de la leche materna.

Estas actividades deben ser supervisadas y asesoradas por la persona responsable del establecimiento.

Otros

Se recomienda contar con material informativo respecto de extracción y conservación de la leche materna.



b) Lactancia materna en otro tipo de establecimientos: Empresas, Establecimientos Educacionales, Instituciones Públicas y Privadas

➤ Introducción

Actualmente, son muy claras las ventajas de la Lactancia Materna, como también existe legislación que protege la práctica de ella, no obstante, contar con un lugar en el cual la madre se pueda extraer leche en un marco de privacidad puede contribuir más aún al éxito de la lactancia de mujeres que trabajan en empresas, universidades, instituciones públicas, privadas y estudiantes.

➤ Objetivo

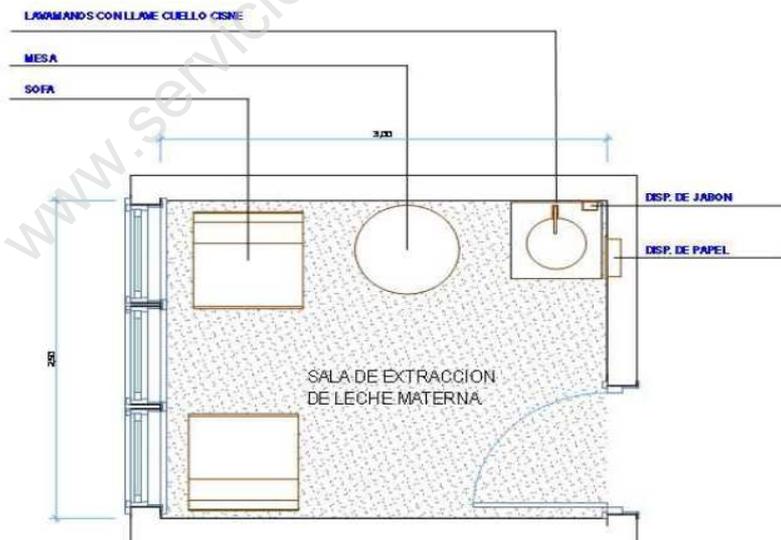
Apoyar el proceso de Lactancia Materna proporcionando un espacio físico, privado, higiénico, cómodo y acogedor para que la madre pueda amamantar a su hijo/a o extraiga su leche.

➤ Desarrollo de Propuesta

1. Requerimientos de planta física: espacio habitable con ventilación e iluminación natural y artificial, calefaccionado

➤ Implementación

- Sillón cómodo.
 - Estación para lavado de manos: agua potable, lavamanos con llave cuello de cisne y aireador, dispensador de jabón, jabón, papel absorbente para secar las manos, basurero con pedal
 - Mesa
- Material educativo: afiches y trípticos de Lactancia Materna
 - Música Ambiental para generar un espacio de relajación para la madre
 - Plano Arquitectónico



Diseño.
Marcela Melo Rodríguez
Arquitecto UDD.
Arquitecto Paisajista PUC de Chile

Conclusión: Proporcionar un lugar para que la madre se extraiga la leche cuando su hijo/a no está con ella, contribuirá a mantener la duración de la Lactancia Materna.

CAPITULO IV

ACREDITACION DE INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MADRE Y DEL NIÑO/A



**Iniciativa Hospital Amigo del Niño/a y de la Madre
Implementación a nivel de país**

1. ANTECEDENTES

Cuando se concibió la Iniciativa Hospital Amigo del Niño a principios de la década de los 90, en respuesta al llamado de acción para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna de la Declaración de Innocenti de 1990, muy pocos países habían nominado Autoridades o Comités para supervisar y regular los patrones de alimentación infantil. Ahora en día, después de casi 15 años de trabajo en apoyo de la alimentación óptima para el lactante y el niño pequeño, 156 países evaluaron y nominaron en algún momento por lo menos un establecimiento como “Amigo del Niño/a”. La IHAN era medible y mostraba impacto, sin embargo era evidente que solo un esfuerzo integral, multisectorial, para proteger, promover y apoyar la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño, incluyendo protección legal, promoción social y apoyo por el trabajador en salud y el sistema de salud – podía ayudar a alcanzar y mantener los cambios de actitud y práctica necesarios para permitir que cada madre y familia otorguen el mejor comienzo de la vida a cada recién nacido.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS/UNICEF del 2002 (EMALNP) solicita nuevamente apoyo – con urgencia – a la lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses, y lactancia continuada además de la introducción oportuna de alimentación complementaria apropiada por 2 años o más.

Fechas clave en la historia de la lactancia y la IHAN

- 1979 Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, Ginebra.
- 1981 Adopción del Código Internacional de Mercadeo de los Sucedáneos para la Leche Materna
- 1989 Proteger, promover y apoyar la lactancia materna. El rol especial de los servicios de Maternidad. Una Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF– Convención sobre los Derechos del Niño
- 1990 Declaración de Innocenti – Cumbre Mundial a favor de la Infancia
- 1991 Lanzamiento de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño
- 2000 Reunión de Expertos de la OMS sobre VIH y Alimentación Infantil
- 2001 Consulta de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia exclusiva
- 2002 La AMS respalda la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño
- 2005 Declaración de Innocenti 2005
- 2006 Revisión de los documentos de la IHAN

2. ÁREAS OPERATIVAS DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL

- a) Nombrar a un o una coordinadora nacional de Lactancia y establecer un Comité de Lactancia.
- b) Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa
- c) Tomar medidas para poner en práctica el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- d) Aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras
- e) Elaborar, aplicar, supervisar y evaluar una política integral que cubra todos los aspectos de la alimentación del lactante y del niño pequeño
- f) Velar por que el sector de la salud y otros sectores conexos protejan, fomenten, y apoyen la lactancia natural exclusiva durante 6 meses, y la continuación de la lactancia natural hasta que el niño tenga dos años o más, al mismo tiempo que dan acceso a las mujeres al apoyo que necesitan - en la familia, la comunidad y el lugar de trabajo - para alcanzar este objetivo;
- g) Fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia
- h) Proporcionar asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles, lo cual incluye emergencias y la infección con VIH de los padres
- i) Estudiar qué nuevas leyes u otras medidas se necesitan, para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

En el año 2005, el vigésimo-quinto aniversario de la Declaración de Innocenti, se realizó una evaluación de progreso y desafíos, culminando con una segunda Declaración de Innocenti 2005 referida a la alimentación del lactante y del niño pequeño, resaltando la importancia del inicio temprano de la lactancia materna, sugiriendo medidas a tomar para fortalecerla y delineando actividades a ejecutar de manera urgente en relación a las nueve áreas operativas de la Estrategia Mundial, entre las cuales se destacan: Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa, Guías para la atención en los servicios de maternidad presentado en la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia.

El Rol Especial de los Servicios de Maternidad (OMS, 1989) han sido aceptados como los criterios mundiales mínimos para obtener la nominación de Hospital Amigo del Niño/a.

3. CINCO PASOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA IHAN A NIVEL PAÍS

Cada paso incluye actividades sugeridas.

PASO 1: Establecer, revitalizar, o planificar una reunión Nacional de Lactancia, Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño para evaluar sus funciones relacionadas con la IHAN. De acuerdo a la Estrategia Mundial, debe ser multisectorial.

La autoridad nacional debe llevar a cabo una vigilancia de los nueve objetivos operacionales, realizados en cuatro áreas mayores:

- Norma y legislación nacional,
- Estándares del sistema de salud y para los trabajadores en salud, reformas y acciones multisectoriales relacionadas,
- Acción comunitaria y multisectorial,
- Situaciones especiales.

Los roles primarios son

- Contar con estrategias y planes nacionales para cumplir con las actividades de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (ALNP)
- Vigilar la implementación de actividades en áreas específicas, tales como la IHAN y el Código
- Monitorizar y evaluar el estado de los programas y las actividades, así como los, resultados en términos de cambios en comportamientos alimentarios.

Los roles y responsabilidades específicos del Comité Nacional incluyen:

- Coordinación y colaboración entre Ministerios, estimulando un proceso de reevaluación sostenible
- Incorporando apoyo para lactancia y alimentación complementaria en los mecanismos vigentes.
- Estableciendo metas basadas en los estándares internacionales.

En general:

- La meta para el inicio precoz debería ser que los recién nacidos sean colocados en contacto piel a piel con sus madres a los minutos de nacidos, permaneciendo así por 60 minutos o más, alentando a todas las madres a amamantar cuando sus recién nacidos muestren signos de estar listos para hacerlo.
- La meta para la lactancia materna exclusiva, determinada por el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas, 2004, deber ser incrementar las tasas de lactancia exclusiva a un mínimo de 60% el 2015, con el objetivo final de aproximarse al 100%.
- El objetivo para la alimentación complementaria determinada por el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas el 2004, a partir de los 6 meses a los 23 meses o más, es que la lactancia continúe para aportar 350 - 500 calorías al día, con 3-5 comidas adicionales utilizando alimentos complementarios ricos en nutrientes, según se describe bajo "alimentación óptima".

- Vigilar los estándares de capacitación de los trabajadores en salud y regulaciones que protejan la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño, como el currículum de pregrado, trabajando con organizaciones profesionales para mejorar los estándares de práctica y legislación para implementar el Código de Comercialización y la protección de la maternidad.
- Adaptar criterios para la expansión de la Iniciativa hacia la comunidad y otros enfoques de expansión.
- Incorporar los principios de ‘amigo del niño/a”, en cualquier y en todos los programas relacionados con la salud.
- Proveer vigilancia técnica y revisar de acuerdo a necesidad las evaluaciones del Grupo de Coordinación de la IHAN – incluyendo como se realizan las autoevaluaciones, evaluaciones y reevaluaciones de al menos una vez cada 3 a 5 años.
- Vigilar la ética en los procesos de designación y asegurar evitar el conflicto de interés, ya sea con un fabricante, programa de entrenamiento, u otro que pueda sesgar las evaluaciones y designaciones.
- Realizar, por lo menos anualmente una evaluación de la información estadística del establecimiento referida a la lactancia materna y la alimentación complementaria en los establecimientos designados y en otros escenarios.

PASO 2: Identificar o restablecer - metas y estrategias nacionales de la IHAN

El primer paso es asegurar que las metas formen parte de un programa nacional o regional.

Si no hubo modificación reciente de las metas, considerar efectuar una línea de base rápida o una revisión de la literatura a nivel de país, que indague datos sobre lactancia, alimentación complementaria, actividades de apoyo, número y ubicación de establecimientos previamente designados y estado de la IHAN en dichos establecimientos para obtener información sobre estado y los estándares de práctica actuales.

El concepto de IHAN ya no se limita solamente a los Diez Pasos en las maternidades, sino que ha sido adaptada para incluir muchas posibilidades de expansión a otros componentes del sistema de salud, incluyendo atención materna, pediatría, clínicas y centros de salud y a otros sectores y lugares como la comunidad, sector educativo.

PASO 3: Identificar, designar o desarrollar un Grupo de Coordinación de la IHAN

Esto puede o no ser considerado como un rol adicional del Comité Nacional de Lactancia, Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

El Ministerio de Salud, designará los miembros del Comité Nacional, éste Comité es responsable de la coordinación del proceso y procedimientos para la designación del establecimiento, puede o no llevar a cabo las evaluaciones para la designación,

dependiendo del número de establecimientos en el país, la estructura del grupo, y los recursos disponibles.

El Comité Nacional debe asegurar que los Comités Regionales de la IHAN utilicen los procedimientos estandarizados.

El Comité Nacional es responsable de adquirir los afiches de designación de la IHA del catálogo de UNICEF o bien de algún recurso local generador de imágenes, también es responsable de obtener las placas de designación con la inscripción en lenguaje local. Las especificaciones de las placas están disponibles en la UNICEF o en la OMS.

Los Comités Regionales de la IHAN deben estar calificados por el Comité Nacional, para llevar a cabo las evaluaciones y recomendar la Designación del establecimiento. "Designación" significa el reconocimiento formal del Comité Nacional de conformidad con los Criterios de Evaluación de la IHAN.

PASO 4: La Autoridad Nacional

a) Asegura que el Grupo de Coordinación de la IHAN cumple con su responsabilidad de proveer, directa o indirectamente, a través de los Comités Regionales de la IHAN, la evaluación inicial o reevaluación de los establecimientos

b) Ayuda a planificar la capacitación

Una vez establecidas las necesidades e identificado al personal experto, se planifica la capacitación y la revisión curricular. En base a los resultados de la evaluación, se debe desarrollar un plan de capacitación, con una carga horaria de 20 horas en cada establecimiento y actualización en forma periódica.

Debe asegurarse entrenamiento especial para los trabajadores/as quienes posteriormente serán los consultores expertos en lactancia. La capacitación debe ser responsabilidad de personas capacitadas y con habilidades adecuadas.

c) Se asegura que el sistema nacional de información en salud incluya el registro de alimentación de todos los menores de 2 años

Asegurar que el sistema nacional de información incluya un registro referido a la alimentación de los menores de 2 años.

d) Desarrolla e implementa un plan de monitoreo y evaluación.

La Autoridad Nacional es responsable de guardar los registros y apoyar la planificación necesaria para asegurar que los establecimientos implementen los criterios de la IHAN. Debe revisar todos los datos disponibles y asegurar que se realice un análisis de la información y que esta información se utilice para mejorar el programa y avanzar en las metas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

PASO 5: Grupo de Coordinación de la IHAN coordina las evaluaciones y re evaluaciones de establecimientos y la designación de Hospital Amigo.

La evaluación y designación de “Hospital Amigo del Niño” puede comenzar luego que los establecimientos hayan llevado a cabo la autoevaluación y consideren que cumplen los “Los Diez Pasos”.

Las designaciones deben fundamentarse en una evaluación de acuerdo a las guías nacionales, debe monitorizarse, y cuando sea necesario, proponer un periodo de prueba. Una vez nominado el establecimiento, la designación durará por un periodo no mayor a 3 años. La fecha de designación, así como el periodo de nominación debe estar inscrita en la placa.

Si el establecimiento no cumple con los pasos, se le puede otorgar una oportunidad adicional para que alcance los estándares de práctica. Si el establecimiento no cumple algunos pasos o los Criterios Globales, pueden ser revaluados en esos pasos específicos. Si las áreas en las que fallaron son cruciales, debe planificarse una reevaluación completa. La segunda reevaluación, (ya sea parcial o completa) determinara si debe retirarse la nominación, o si puede recibir una nueva placa con nueva fecha de término.

Debe reevaluarse necesariamente antes de la fecha de expiración de la designación. La Autoridad Nacional debe mantener los registros actualizados sobre el estado de cada maternidad en el país, y debe realizar un esfuerzo para que el 100% de estos establecimientos sean designados.

Si un establecimiento tiene designación expirada, o se ha observado/reportado que el cumplimiento de los 10 pasos se habría deteriorado, el Comité Nacional debe programar una reevaluación, se debe mantener un registro de las fechas de expiración y deben efectuar los arreglos para realizar la evaluación con anticipación.

Entre evaluaciones, si un profesional de salud u otros refieren deterioro, debe notificarse al Hospital y pedir una explicación. Si el Comité Nacional encuentra que la respuesta es inadecuada, se debe organizar una visita provisional.

Si una designación expira, o si se demuestra que el establecimiento no cumple durante el tiempo en que la designación es válida, la autoridad nacional puede quitar la placa y retirar al hospital de la lista de nominados como Hospitales Amigos, hasta que nuevamente se reevalúe y se devuelva la nominación. Se puede otorgar un plazo, con el apoyo de un equipo asesor si fuera necesario, luego se programa la reevaluación antes de retirar la placa.

Las especificaciones de las placas están disponibles en la red interna de UNICEF.

4. DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Todo Establecimiento Hospitalario y Centro de Salud debe:

PASO 1: Disponer de una política escrita relativa a la lactancia materna que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud.

- Elaborar una política o norma escrita sobre lactancia Materna o alimentación infantil que aborda los 10 pasos y protege la lactancia materna apegándose al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, en cada lugar teniendo como referencia el documento " Protección, Promoción y apoyo de la lactancia natural".
- Difundirla a todo el equipo de salud que brinda atención en salud, en forma impresa, donde se atiende a mujeres embarazadas, madres, niños/as. Las áreas incluyen atención prenatal, trabajo de parto y parto, salas de maternidad, áreas de atención infantil, observación de recién nacido/a sano/a y unidades de atención infantil especial.
- Nombrar una Comisión y un Coordinador del Programa en cada lugar.
- Difundir los aspectos relacionados con el "Código de Comercialización y Sucedáneos de la Leche Materna"
- Extender la difusión de estas políticas a otras organizaciones comunitarias, jardines infantiles, etc., pertenecientes al área de influencia.
- Apoyar la difusión de esta política a través de medios audiovisuales y de comunicación.

PASO 2: Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.

El jefe de Servicio de Maternidad o Centro de Salud informa que todos los miembros del personal de atención en salud que tienen algún contacto con mujeres embarazadas, madres y niños/as han recibido orientación sobre la política de lactancia materna/alimentación infantil.

Institucionalizar la capacitación en lactancia materna en el 100% del personal del establecimiento, y que cada persona haga suya la política institucional de promoción, protección y apoyo de la lactancia Materna.

Las actividades prácticas no deben ser inferiores al 20% de las horas totales.

Se recomienda repetir la capacitación cada seis meses

Extender esta capacitación a todas las instituciones interesadas del área de influencia.

PASO 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.

- A todas las embarazadas que asistan al control prenatal se les deberá informar como mínimo:
 - La importancia y ventaja de la leche materna
 - Como prepararse para la lactancia
 - Las técnicas de amamantamiento
 - El inicio temprano de la lactancia materna
 - El alojamiento conjunto con el bebé
 - Alimentación a demanda
 - Alimentación frecuente para ayudar a asegurar suficiente leche
 - Buena posición y agarre
 - La importancia de la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
 - Importancia del contacto piel a piel
- Toda la educación entregada a las embarazadas y puérperas deben ser consensuadas con el equipo de salud, incluyendo grupos de apoyo y personal voluntario.
- Se sugiere conectar a las embarazadas con los grupos de apoyo a la Lactancia Materna.

PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto

Este paso se interpreta como: Colocar al bebé en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento por al menos una hora y animar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos/as para ser amamantados/as, ofreciendo ayuda si fuese necesario.

- El personal deberá ayudar a la madre a iniciar la Lactancia Natural durante el período sensible, comprendido durante la primera hora posparto, evitando interferencias en la relación Madre – Hijo.
- Esta misma práctica deberá ser aplicada a los casos de operación cesárea, en que el estado de la madre y el niño o niña lo permitan.
- Insistir en que si no hay indicación médica, no existe justificación científica para la separación madre- hijo y por lo contrario, está demostrado lo iatrogénico de esta práctica.

PASO 5: Mostrar a las madres como amamantar, y como mantener la lactancia aun en caso de separación de su bebés

- Mostrar a las madres todas las técnicas de amamantamiento: posiciones, frecuencia de mamadas, mecanismo de succión, etc. Esta enseñanza debe ser individual (por las características de cada una) y grupal (para que las dudas de algunas sirvan para todas las demás).

- Enseñar a todas las madres como realizar la extracción manual de su leche reforzándolo con información gráfica.
- A las madres con niñas / niños que deben ser separados de ellas por cuidados especiales, se les debe enseñar como mantener su producción de leche a través de la extracción periódica por lo menos seis veces al día.
- Facilitar a las madres con recién nacidos o lactantes hospitalizados, alojamiento, en hogares de la institución
- Todo el personal del equipo de salud del establecimiento deberá manejar adecuadamente esta información para poder apoyar y enseñar a las madres en esta práctica.

PASO 6: No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado

- A los y las recién nacidos no se les debe administrar ningún alimento o bebida, que no sea leche materna a no ser que esté médicamente justificado, indicado por escrito y sólo en casos individuales, Para ser un criterio médico aceptado deberá tomarse como referencia las normas de la OMS-UNICEF: “ Razones médicamente aceptables de suplementación”
- En los niños/as con cuidados especiales deberá ser suministrada, siempre que sea posible, la leche extraída de su propia madre.

PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto – permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día.

- Todos los recién nacidos de partos normales deberán estar en habitación conjunta con sus madres.
- Los recién nacidos de cesáreas deberán ser considerados de igual manera, salvo que existan complicaciones. Se recomienda facilitar la permanencia de un acompañante de apoyo.
- Los casos de complicaciones o patologías maternas deberán ser considerados en particular, con la intención de mantener a los niños / as en alojamiento conjunto con su madre, salvo que existan contraindicaciones expresas. Se recomienda medicamentos compatibles con la lactancia materna.
- No deberán existir nurseries, ni áreas de transición para recién nacidos normales.
- Se recomienda revisar los criterios de separación del niño y niña y de su madre en los casos de patología neonatal de baja complejidad, para que pueda ser manejada con alojamiento conjunto.

PASO 8: Alentar la lactancia a demanda

- Es fundamental orientar a las madres sobre la importancia de amamantar a demanda del niño y la niña, sin horarios, cada vez que quiera, tanto de día como de noche. La mayoría de los recién nacidos / as se alimentan entre 8 y 12 veces por día.
- Aconsejar a la madre que despierte al niño o la niña si duerme demasiado o si sus pechos están muy cargados.

PASO 9: No dar biberones, chupetes de distracción a los niños/as que amamantan

- Es fundamental que en las maternidades no se utilicen biberones ni chupetes para recién nacidos/as.
- En recién nacidos / as normales es importante que toda necesidad de succión sea satisfecha con el pecho de la madre, no se ofrezcan chupetes.
- En niños y niñas que requieren cuidados especiales, se favorecerá la alimentación de su madre, y siempre que sea posible, directamente del pecho.
- Se debe tener en cuenta métodos alternativos para dar la leche al o la recién nacido: cucharita, gotario, jeringa, vasito.

PASO 10: Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital o clínica

- Un grupo de apoyo a la Lactancia Materna es un grupo de mujeres (generalmente embarazadas y madres en período de amamantamiento) que se reúnen con el fin de intercambiar información, reflexionar y darse apoyo en todo lo que se refiere a la lactancia materna.
- Es conveniente que estos grupos sean coordinados por mujeres que previamente hayan recibido capacitación y tengan experiencia positiva de amamantamiento.
- Facilitar el trabajo de los grupos de apoyo en los Servicios de Salud.

Criterio global Atención Amigable a la Madre

Se incorporan nuevos Criterios Globales con prácticas amigables de la madre para la atención del parto y alumbramiento. Estas prácticas son importantes, para el bienestar físico y psicológico de las mismas madres, y se ha demostrado que mejora el comienzo de la vida de sus hijos e hijas, incluyendo la lactancia.

Una revisión de las Políticas Hospitalarias indica que requiere prácticas del trabajo de parto y parto amigables para la madre, incluyendo:

- Animar a las mujeres a tener compañía de su elección para que les brinde apoyo continuo físico y/o emocional durante el trabajo de parto, si lo desean
- Permitir a las mujeres beber y comer alimentos livianos durante el trabajo de parto, si lo desean
- Animar a las mujeres a considerar el uso de métodos naturales de alivio del dolor a menos que sea necesario usar analgésicos o drogas anestésicas debido a complicaciones, respetando las preferencias personales de las mujeres
- Animar a las mujeres a caminar y moverse durante el trabajo de parto si lo desean y colocarse en la posición que deseen dar a luz, a menos que se requiera específicamente una restricción debido a complicaciones y la razón es explicada a la madre
- Atención que no involucre procedimientos invasivos como la ruptura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del parto, alumbramiento con instrumentos u operaciones cesáreas a menos que sea específicamente requerido para una complicación y la razón es explicada a la madre

Terapia intensiva neonatal y unidades pediátricas amigas de los niños/as

Los siguientes pasos se derivan de los sugeridos en Australia que se basaron en la IHAN:

Pasos para una lactancia óptima en Pediatría

1. Tener una norma escrita de lactancia y entrenar al personal en las habilidades necesarias.
2. Cuando se valora a un lactante, ya sea en control de niño sano o por enfermedad verificar las prácticas de alimentación y ayudar en el manejo o inicio de lactancia si se requiere.
3. Proveer a los padres con información verbal y escrita acerca de la lactancia.
4. Facilitar lactancia irrestricta o, si es necesario, extracción de leche de las madres independientemente de la edad del bebé.
5. Dar a los bebés amamantados otros líquidos o alimentos cuando sea oportuno o cuando estén médicamente indicados, y si están médicamente indicados, utilice solo métodos alternativos de alimentación que faciliten retorno a la lactancia.
6. Si se necesita la hospitalización, asegurar que la madre permanezca en alojamiento conjunto con su bebé las 24 horas del día.

7. Administrar medicación y programar procedimientos que alteren al mínimo su alimentación.

8. Proveer información y contactos para el apoyo comunitario disponible.

9. Mantener el monitoreo apropiado y los registros de datos que permitan una evaluación de calidad, visitas para evaluar el progreso, reuniones y retroalimentación.

5. GRUPOS DE APOYO PARA LA LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud insta a las mujeres a amamantar hasta que sus niños tengan dos años de edad, y la Academia Americana de Pediatría recomienda que las mujeres amamanten por 6 a 12 meses.

En Chile se motiva a las madres a que proporcionen leche materna exclusiva, por lo menos hasta los 6 meses; sin embargo en algunos casos, existen mujeres que se desalientan frente a problemas de lactancia, y se vuelcan a la alimentación con mamadera mucho antes de éste plazo sugerido, aludiendo entre otros motivos, el temor a no producir suficiente leche, por no contar con apoyo suficiente; a diferencia de las mujeres que son aconsejadas por madres experimentadas en lactancia, que generalmente perseveran.

Los programas deberían apuntar a apoyar a las nuevas madres con mujeres con las que ellas puedan relacionarse, puesto que la idea del apoyo de pares, se fundamenta en un proceso natural de historia de la humanidad, que ha sido interrumpido por el moderno estilo de vida, donde múltiples generaciones no comparten más el mismo domicilio, las madres jóvenes pueden vivir lejos de sus propias madres, y podrían haber sido alimentadas con biberón ellas mismas, por lo tanto, es una instancia de retomar lo que las mujeres han hecho para las mujeres por siglos.

Las posibles opciones de ayuda para las madres incluyen:

- Apoyo de familiares y amigos, siendo con frecuencia, la fuente de apoyo más importante, considerando comunidades donde las tradiciones de lactancia materna son fuertes y los miembros de la familia viven cerca. Sin embargo, algunas ideas tradicionales, pueden ser erróneas. Muchas mujeres, especialmente en las ciudades, tienen poco apoyo. O puede que tengan amigos o parientes que las motiven a darle mamadera a su bebé.

- Ayuda de los agentes de salud comunitarios.

Los agentes de salud comunitarios frecuentemente están en una posición de privilegio, ya que viven cerca de las madres nodrizas, pueden verlas más seguido y dedicarles más tiempo, lo que hace que sea útil capacitarlos en algunas habilidades de consejería en lactancia y hablarles sobre las necesidades de la nueva madre.

- Grupo de apoyo a la lactancia materna.

Un grupo de este tipo puede ser organizado y liderado por un agente de salud, con un grupo de madres que creen que la lactancia materna es importante, o por madres que se juntan en la consulta prenatal o en el servicio de maternidad y que quieren seguir reuniéndose y ayudándose mutuamente.

Dinámica probable:

- Un grupo de madres nodrizas se reúne semanalmente o cada 15 días, en una de sus casas, o en recinto de la comunidad.
- En cada oportunidad pueden elegir un tema distinto y discutirlo; por ejemplo: “Las ventajas de la lactancia materna” o “Cómo superar las dificultades”.
- Dichas mujeres comparten experiencias y se ayudan mutuamente motivándose con ideas prácticas sobre cómo resolver las dificultades que se presenten y aprendiendo un poco más sobre el funcionamiento de sus cuerpos.
- El grupo requiere de un líder que posea información precisa y actualizada en lactancia materna para que las capacite y/o actualice, que corrija cualquier idea errónea y sugiera soluciones para superar las dificultades. Esta persona podría ser un profesional de salud, hasta que personas del grupo, hayan aprendido suficiente y deseen representar este papel.
- Se necesita acceso a un canal de información al cual se pueda consultar en caso de que se necesite ayuda. Esta fuente nuevamente puede ser un profesional de salud capacitado en lactancia materna, a quien pueden ver cada vez que es necesario.
- Las integrantes del grupo también necesitan materiales actualizados sobre lactancia materna y su líder puede ayudar a obtenerlos.
- Motivar a las madres que pueden ayudarse unas con otras, inclusive en otros momentos; visitándose entre ellas, cuando estén preocupadas o deprimidas, o cuando no sepan qué hacer, pudiendo además, proporcionar una fuente importante de contacto a madres aisladas socialmente.
- Los grupos de apoyo a la lactancia materna también refuerzan la confianza de la madre en sí misma para amamantar y reduce sus preocupaciones, entregándole la ayuda adicional que necesita, haciendo que la ayuda provenga de mujeres como ella, lo cual muchas veces, no pueden hacer los servicios de salud.

Sugerencia de Propuesta Metodológica del Grupo de apoyo

➤ Las sesiones pueden organizarse con:

Presentación: tiempo dedicado a recibir y dar acogida a las madres, a sus hijos y a presentar a los nuevos miembros del grupo.

Duración aproximada: 15 - 20 minutos.

Tema: desarrollo de los temas en pertinencia con la lactancia, con actividades metodológicas que fomenten la participación grupal. El contenido de las sesiones debe ser dinámico y de acuerdo a las características, motivaciones, preferencias e intereses del grupo.

Duración aproximada: 45 minutos.

Preguntas y comentarios: espacio para las preguntas, dudas, problemas y comentarios de las madres entorno a su lactancia. Su objetivo es escuchar, resolver, aclarar y dar soluciones a dichas instancias, utilizando diferentes recursos que existen en el grupo, como por ejemplo, madres con experiencia en el tema.

Duración: 30 minutos.

- Las técnicas didácticas pueden considerar:
 - Enseñanza grupal
 - Enseñanza individualizada
 - Resolución de problemas
 - Refuerzos positivos

- Las estrategias de aprendizaje a emplear, serían:
 - Exposición informal
 - El juego
 - La demostración
 - Coloquios
 - Charlas
 - Lluvia de ideas
 - Pregunta espejo
 - Reuniones con madres mayores y embarazadas.

- La distribución de las/los asistentes:
Es más adecuado ubicarse en forma de semicírculo, ya que permite de esta forma la integración y participación de todos los miembros del grupo.

- En las sesiones de trabajo pueden desarrollarse contenidos respecto de:
 - ¿Cómo dar el pecho?
 - Mitos sobre lactancia materna
 - Cuidados de la madre
 - Los cuidados del bebé
 - Integrando a los padres y/ familiares
 - Problemas con la lactancia y soluciones
 - Trabajo y lactancia
 - Las leyes y la lactancia
 - Tema libre.

Es importante conocer el nivel de conocimientos, las preferencias y características del grupo para poder diseñar la metodología didáctica.

A la hora de poner en marcha un programa es fundamental diseñar una metodología didáctica que responda a las características del grupo al que va dirigido, con el objetivo de poder influir positivamente, y la metodología grupal participativa fomenta el aprendizaje madre a madre, siendo éste uno de los objetivos principales del grupo de apoyo.

Algunas recomendaciones generales para saber escuchar en los grupos de apoyo a la lactancia.

Hito 1. Romper el hielo.

Saludar a la madre, presentarse con el nombre, preguntar el de ella, para establecer comunicación, puede hacerle algunas preguntas abiertas sobre cómo está ella, cómo está el bebé, cómo le está yendo con la lactancia. Animar a la madre a hablar de ella misma y del bebé. Paralelamente observe de una manera general a la madre y al bebé, perciba si la madre se ve contenta, si porta alguna mamadera en su bolso. Tómese el tiempo necesario para ver lo que la madre hace, y así se pueda entender su situación claramente y evitar forzarla.

Hito 2. Repetición.

Es importante que la madre tenga la seguridad que es escuchada, por lo tanto cada ciertos intervalos del diálogo se puede repetir lo que la madre ha dicho, motivándola con esto a que siga conversando con usted.

Es necesario considerar que se debe decir de una forma levemente distinta, es así como si la madre le manifiesta: "Mi bebé estuvo llorando mucho anoche". Usted podría repetir: "¿Su bebé la mantuvo despierta llorando toda la noche?".

Hito 3. Empatía.

Identifíquese con la madre y hágalo notar, muestre que entiende cómo se siente la madre, mirando las cosas desde ese punto de vista, es decir si ella le dice: "Mi bebé quiere mamar a toda hora y estoy muy cansada para eso", por ningún motivo usted debe responder "¿Con qué frecuencia está mamando?", o "¿Qué otra cosa le da usted?", lo requerido en esta situación es que usted diga: "¿Se siente muy cansada todo el tiempo?". Esto muestra que usted entiende que ella efectivamente se siente cansada, es decir, muestra empatía y valora el esfuerzo y preocupación de la madre.

Hito 4. Evitar enjuiciar.

Es relevante prevenir que la madre sienta que está equivocada, o que no es competente en el cuidado de su bebé. Palabras enjuiciadoras son aquellas como: correcto, incorrecto, mal, bien, bueno, suficiente, adecuadamente. Si usted usa estas palabras al preguntar, puede hacer sentir a la madre culpable.

Hito 5. Usar comunicación no verbal.

La comunicación no verbal, puede convertirse en una muy útil herramienta, por lo tanto tenga presente:

- Mantenga su cabeza al mismo nivel que la madre.
- Mire a la madre a los ojos
- Ponga atención, inclinándose ligeramente hacia ella.
- Quite las barreras, como por ejemplo no escriba durante el diálogo.
- Tómese su tiempo no mirar el reloj durante el diálogo.
- Haga contacto físico apropiado, saludarse con la mano es acogedor.
- Asienta con la cabeza, además de conversar.
- Evitar las interrupciones y el ruido.

Hito 6. Reforzar la confianza y dar apoyo,

Dado que en algunas oportunidades la madre que amamanta puede perder la confianza en sí misma. Esto puede llevarla a ofrecer a su bebé alimentos artificiales. Es necesario poseer habilidad para orientar a cada madre a que decida de manera informada qué es lo mejor para ella y su bebé; lo que aumenta la confianza en sí misma y puede ayudar al éxito con la lactancia, con mayor fortaleza a resistir las presiones de las otras personas.

Hito 7. Buen lenguaje verbal

Otorgue siempre una información pertinente, en lenguaje sencillo, corto, y en el momento oportuno, o sea, lo que es útil para ella AHORA, y lo que puede hacer actualmente; y no lo que podría requerir en unas semanas. Además la información tiene que ser entregada de forma positiva, que no parezca que la está criticando. Esto es especialmente importante si se intenta corregir alguna idea equivocada, sugiriendo otras opciones, para que ella tenga la sensación de estar en control de su situación, reforzando la confianza en sus propias habilidades.

Hito 8. Respeto

Acepte lo que la madre piensa y siente, aunque exista algo con lo cual usted no está de acuerdo, es más, si usted le dice: "No se preocupe, o no hay nada de qué preocuparse" usted le está haciendo percibir que está mal que ella se agobie por lo que está haciendo, y por lo tanto, ella puede creer que usted no la entiende, reduciendo la confianza en sí misma y en usted, como su interlocutora. Asegúrese de que la madre entiende lo que usted dice y hace, para que lo pueda hacer ella misma, ya que el objetivo es ayudarla a alimentar a su propio bebé, de nada sirve que usted pueda hacer que el bebé succione, si su madre no logra hacerlo. Por lo mismo, agradézcale a la madre por su tiempo, participación y cooperación.

Hito 9. Elogiar

Se debe distinguir y mostrar las buenas prácticas realizadas por la madre y su bebé, ya que la estimula y la hace más perceptiva a que ella acepte sugerencias más tarde. Saber reforzar a las madres les permite acariciar a sus bebés con ternura y sin temores, demostrando siempre su amor, lo que les permitirá aprender a vivir en armonía, y tranquilidad.

Hito 10. Prudencia

Saber cuando referir a las mujeres por ayuda adicional para un óptimo apoyo a las madres y bebés con necesidades especiales, prevenir riesgos y complicaciones, asegurando que puedan continuar amamantando o alimentando al bebé con leche materna.

6. CRITERIOS NACIONALES PARA LA DESIGNACIÓN DE COMUNIDAD AMIGA DEL NIÑO/A

De acuerdo al Paso 10 de la Iniciativa, para asegurar el apoyo comunitario, existe la necesidad de involucrar a la comunidad más activamente en el apoyo a la Alimentación Óptima del Lactante y del Niño Pequeño. El concepto de "Comunidad Amiga del Niño" emergió del reconocimiento que el Paso 10 era el que con menor probabilidad podía efectivizarse de manera completa en la práctica. En algunos países, existen criterios reconocidos para los Servicios Comunitarios de Salud Amigos del Niño. Este enfoque es aplicable donde no toda la población tiene acceso expedito a los establecimientos y puede funcionar mejor en lugares donde los servicios comunitarios tienen acceso total a las madres y niños.

Los componentes del Modelo Nacional de Comunidades Amigas del Niño presentados son la base de una discusión con la comunidad acerca de sus necesidades, considerando los Criterios Globales de la IHAN (los Diez Pasos, el Código, atención materna amigable, alimentación infantil y VIH) Deberían desarrollarse criterios localmente, con la participación de líderes comunitarios políticos y sociales, tanto varones como mujeres, comprometidos para llevar a cabo un cambio en apoyo a la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño, así como la participación de todos los establecimientos, o unidades locales que proveen servicios de salud, son designados como "Amigos de los Niños", y que apoyan activamente tanto la lactancia inmediata como la exclusiva de (0 a 6 meses)

La planificación de una comunidad amiga del niño debería incluir:

1. Liderazgo comunitario
2. Representación de establecimientos de salud, especialmente aquellos designados como "Amigos del Niño"

Los criterios de Comunidad Amiga del Niño podrían incluir:

1. Todos los trabajadores/as en salud locales tienen un entrenamiento apropiado para proporcionar apoyo a la lactancia materna y apoyo a la madre
2. Todas(os) las y los trabajadores saben donde y como referir a madres-niños para atención adicional.
3. Estructura disponible en la comunidad para apoyar a las madres
4. Sistema de apoyo de madre a madre o similar, en la localidad.
5. No existen prácticas, distribuidores, o servicios que violen las determinaciones del Código Internacional en la comunidad.
6. El gobierno local o la sociedad civil convoca, crea y apoya la implementación de al menos un cambio o/y una actividad adicional en la política o normativa social que permita el apoyo activo a las madres y sus familias

7. CUMPLIMIENTO CON EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

El Código fue adoptado en 1981 por la Asamblea Mundial de la Salud para promover una nutrición adecuada y segura para los lactantes, mediante la protección y promoción de lactancia y asegurando el uso adecuado de los sucedáneos para la leche materna, cuando estos sean necesarios. Uno de los principios elementales del Código es que los establecimientos de salud no deben utilizarse con el propósito de promover sucedáneos de la leche materna, biberones o chupetes.

El Código se aplica a los sucedáneos de la leche materna, incluyendo fórmula infantil, otras leches, otros productos lácteos, alimentos y bebidas, incluyendo la alimentación complementaria en biberón, para su uso parcial o total como sustituto de la leche materna, biberones y chupetes.

Debido a que la lactancia exclusiva debe extenderse hasta los 6 meses, muchos alimentos o bebidas que se muestran aptos para el bebé en este periodo es un sustituto de la leche materna, y de esta manera esta bajo el espectro del Código.

Abastecimiento de sucedáneos de la leche materna

La investigación ha provisto de evidencia que claramente muestra que las técnicas de mercadeo de los sustitutos para la leche humana influyen en los trabajadores de salud y en el comportamiento de las madres, relacionado con la alimentación infantil. Se ha demostrado que las prácticas de mercadeo prohibidas por el Código Internacional de Sucédáneos para la Leche Materna son dañinas para los recién nacidos, incrementando la posibilidad de que se les administre la fórmula y otros ítems cubiertos por el Código, con la declinación de la práctica óptima de lactancia.

En 1991 el Directorio Ejecutivo de UNICEF hizo un llamado para terminar con la dotación de fórmula gratis y/o a bajo costo en todos los hospitales y salas de maternidad para fines de 1992. Es un requerimiento que el establecimiento cumpla con el Código para alcanzar la nominación de Hospital Amigo del Niño/a.

Los puntos principales del Código son:

- No hacer propaganda de sucedáneos de la leche materna y otros productos al Público
- No entregar muestras gratis a las madres
- No realizar promoción en los servicios de Salud
- No aceptar donaciones de sucedáneos de la leche materna gratuitos ni otros productos en ninguna parte del sistema de salud
- Ningún personal de las compañías tiene contacto con madres o les aconsejan
- No dar regalos ni muestras personales a los trabajadores/as en salud
- Ninguna foto de lactante, ni otras fotos que idealicen la lactancia artificial, en las etiquetas de los productos.
- La información a los trabajadores de salud debe ser científica y factual.
- La información sobre alimentación artificial debe explicar los beneficios de la lactancia y los costos y peligros asociados a la lactancia artificial.

De acuerdo al Código, cualquier persona que trabaje en el sistema de salud, profesional o no profesional, incluyendo trabajadores voluntarios, no pagados, en la práctica pública o privada, es un trabajador en salud.

Las responsabilidades de la trabajadora o trabajador en salud de acuerdo al Código son:

1. Favorecer y proteger la lactancia.
2. Asegurar que el establecimiento de salud no está siendo utilizado para la exposición de productos en el espectro del Código, como carteles, pósters de estos productos.
3. Rechazar cualquier regalo de los fabricantes o distribuidores de leche.
4. Rechazar muestras (únicas o en pequeñas cantidades) de fórmula u otros productos bajo el espectro del Código, o equipamiento, utensilios para su preparación o uso, a no ser que fuera con el propósito de evaluación profesional o investigación a nivel institucional.
5. Jamás entregar muestras a mujeres embarazadas, madres de lactantes y niños pequeños o a los miembros de la familia.
6. Revelar cualquier contribución realizada por un fabricante de leche o distribuidor ya sean becas, viajes de estudio, fondos para investigación, asistencia a conferencias
7. Estar conscientes que el apoyo y otros incentivos para programas y profesionales que trabajan en salud del lactante y del niño pequeño, no debe crear conflicto de intereses.

8. FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO/A:

Antecedentes

Desde que UNICEF y la OMS lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1991-1992, la Iniciativa ha crecido con más de 20.000 hospitales designados en 156 países alrededor del mundo en los últimos 15 años. Durante este tiempo, un número de reuniones regionales sirvieron de guía y proveyeron de oportunidades para establecer vínculos y recibir retroalimentación de profesionales de países involucrados con la implementación de la Iniciativa. Dos de las reuniones más recientes se llevaron a cabo en España, en ambas reuniones ofrecieron recomendaciones para actualizar los Criterios Globales, instrumentos de evaluación relacionados, el “curso de 18 horas” en vista de la experiencia con la IHAN desde su inicio, la guía provista por la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y los desafíos planteados por la pandemia del VIH.

De la misma forma la importancia de enfocar la “atención amigable a la madre” en la Iniciativa fue planteada por varios grupos.

Como resultado del interés y la necesidad imperiosa de actualizar los documentos de la IHAN, UNICEF en estrecha coordinación con la OMS, se efectuó la revisión de los materiales en 2004-2005 (Genevieve Becker, Ann Brownlee, Miriam Labbok, David Clark y Randa Saadeh). El proceso incluyó un “cuestionario de necesidades del usuario”, que muchos países respondieron, se elaboró un borrador, que fue revisado por expertos en todo el mundo y se validó en escenarios de países industrializados y países en vías de desarrollo.

Items a considerar para el Fortalecimiento y Sostenibilidad de IHAN

A. Curso para Tomadores de decisión adaptado del curso de la OMS “Promoción de la lactancia en establecimientos de salud un curso corto para administradores y diseñadores de políticas”

Este curso es utilizado para orientar a los/as tomadores de decisión (directores, administradores, y diseñadores/as de políticas claves en cuanto al impacto positivo, que pueden obtener al implementar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y obtener su compromiso para promover y sostener el estado de “Amigo del Niño”.

Descripción del curso

El curso comprende ocho Sesiones que se pueden presentar en un periodo de un día y medio a dos días. Cada Sesión contribuye al resultado final: desarrollar un plan de acción para implementar los “Diez pasos para una lactancia exitosa”.

Son ocho sesiones, en las cuales se incluyen dos planes de sesiones y materiales didácticos alternativos para su uso en situaciones de alta prevalencia de VIH.

Sesión 1: La situación nacional de la alimentación infantil permite a los participantes revisar la situación actual de la alimentación infantil en su propio país, y considera las prácticas que afectan las tasas de lactancia.

Sesión 2: Beneficios de la lactancia, analiza las ventajas de la lactancia y las desventajas de la alimentación artificial

Sesión 3: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño describe la historia y antecedentes de la IHAN y su proceso de evaluación.

Sesión 4: Las bases científicas para los “Diez pasos para una lactancia exitosa” revisa la investigación que apoya las recomendaciones para la política.

Las bases científicas para los “Diez pasos para una lactancia exitosa en escenarios con alta prevalencia de VIH” similar a la Sesión 4, con el contenido añadido de VIH y alimentación infantil útil para estos escenarios.

Sesión 5: Convertirse en Hospital Amigo del Niño, analiza las estrategias para la conversión exitosa y manejo de los establecimientos Amigo del Niño y otorga la oportunidad para discutir las barreras y soluciones potenciales.

Convertirse en Hospital Amigo del Niño para escenarios con alta prevalencia de VIH es similar a la Sesión 5, con contenido añadido sobre como implementar la IHAN en estos escenarios.

Sesión 6: Costos y ahorros, permite a los participantes analizar la inversión en la promoción de la lactancia en sus propios establecimientos de salud y en los ahorros que se pueden lograr.

Sesión 7: Evaluación de políticas y práctica, otorga a los y las participantes una oportunidad para sus propios establecimientos, utilizando el “Instrumento de Autoevaluación de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño” de la OMS/UNICEF

Sesión 8: Desarrollo de planes de acción permite a los participantes preparar un plan por escrito para el cambio en su propio establecimiento de salud y programas.

B. Promoción y Apoyo a la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño/a: Curso de 20 horas para el personal de la maternidad. UNICEF/OMS 2008

Puede ser utilizado por los establecimientos para fortalecer el conocimiento y las habilidades de su personal para la implementación exitosa de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa.

Contenidos de las sesiones

Sesión 1: IHAN: un capítulo de la Estrategia Mundial

Sesión 2: Habilidades de Comunicación

Sesión 3: Promoviendo la lactancia materna durante el embarazo – Paso 3

Sesión 4: Protegiendo la lactancia materna

Sesión 5: Prácticas de atención del Parto y Lactancia - Paso 4

Sesión 6: Cómo llega la leche desde el pecho hasta el bebé

Sesión 7: Ayudando con la lactancia - Paso 5

Sesión 8: Prácticas que apoyan a la lactancia - Pasos 6, 7, 8,

Sesión 9: Producción de leche

Sesión 10: Lactantes con necesidades especiales

Sesión 11: Si el bebé no puede mamar - Paso 5

Sesión 12: Afecciones del pecho y pezón

Sesión 13: Inquietudes respecto la salud materna

Sesión 14: Apoyo continuo en lactancia para las madres - Paso 10

Sesión 15: Convirtiéndose en Hospital Amigo del Niño

Sesión de Clausura

Práctica Clínica 1 – Observando y ayudando al amamantamiento

Práctica Clínica 2 – Conversando con la embarazada

Práctica Clínica 3 – Observar la expresión manual y uso del vaso

C. Monitoreo y Autoevaluación del Hospital

Instrumentos de Autoevaluación de: Hospital, Centro de Salud y Jardín Infantil, se pueden utilizar por directivos y por el personal inicialmente, para ayudar a determinar si sus hospitales, centros de salud y jardines infantiles están listos para solicitar la evaluación. (www.minsal.gov.cl)

D. Evaluación Externa y Reevaluación

Evaluar si los hospitales cumplen con los Criterios Globales y de esta manera cumplen con los Diez Pasos, y luego reevaluar regularmente para asegurar que mantienen los criterios requeridos.

9. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MADRE Y DEL HIJO/A EN JARDINES INFANTILES

JUNJI, en un trabajo intersectorial con la Comisión nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud y UNICEF, ha realizado un aporte a la protección y promoción de la lactancia natural, adaptando los requisitos de la iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño, a los 10 pasos del Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna.

La promoción de la lactancia materna en los Jardines infantiles tiene el propósito de proteger la continuidad de la lactancia materna en los niños y niñas que asisten al nivel sala cuna, y dar a conocer la importancia de la lactancia materna al personal, familia, niños y niñas a través de distintas estrategias.

De esta forma, es importante que el personal del jardín Infantil conozca, a través de un diagnóstico, cual es la tendencia de la práctica de amamantamiento en los niños que asisten a la sala cuna, cómo logran las madres mantener el amamantamiento cuando se encuentran en su lugar de estudio o trabajo, qué conocimientos poseen al respecto, qué apoyo tienen de su familia, o de otros actores que se relacionan con ella, para mantener la alimentación al pecho.

A partir de la realidad existente, el siguiente paso es invitar a la comunidad educativa a participar de las actividades de apoyo a la lactancia materna, sensibilizándoles frente al tema y generando un compromiso escrito, donde se declaran las acciones a desarrollar por el Jardín Infantil, las que deben estar expresadas claramente, y ser difundidas y conocidas por todos los agentes educativos del jardín Infantil.

Sin lugar a dudas, quienes lideren la actividad de protección y promoción de la lactancia materna, deben estar en conocimiento del tema y ser sensibles a las necesidades de la madre y el niño o niña, para acompañarlos, generando las condiciones para el amamantamiento en la sala cuna, como por ejemplo con la adecuación de un ambiente confortable para amamantar, en un horario flexible, motivándola a dejar su leche extraída para darla a su hijo cuando lo requiera, manteniendo con ella una estrecha comunicación, respondiendo a sus inquietudes para alentarla a que continúe amamantando a su hijo.

Asimismo es importante que todo el personal esté capacitado en temas fundamentales para abordar la lactancia materna, orientar y reforzar contenidos educativos, y desarrollar actividades educativas con los niños y sus familias.

Para promover la lactancia materna en sala cuna se requiere el desarrollo de actividades claves, y que se señalan en: **Los 10 pasos del Jardín Infantil Amigo Lactancia Materna (JIALMA).**

Los Jardines Infantiles que desarrollan esta estrategia y la cumplen en forma exitosa pueden postular a una acreditación como Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna (JIALMA), reconocimiento otorgado por la UNICEF, CONALMA (Comisión Nacional de Lactancia Materna) y JUNJI.

Para optar a la acreditación, el Jardín Infantil debe postular y acceder a los procedimientos de verificación del cumplimiento de los 10 pasos consistente en entrevistas, análisis de registros y observaciones en terreno. Si se cumplen los 10 pasos JIALMA, el establecimiento recibirá una placa distintiva que destaca la labor realizada.

10 pasos Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna (JIALMA)

PASO 1. Existencia de una política de promoción de la lactancia materna, e incorporación del tema de lactancia en el plan anual de cada nivel de atención.

PASO 2. Capacitar a todo el personal del Jardín Infantil, de manera que esté en condiciones de implementar la Política de Promoción de la Lactancia Materna. Cada equipo de trabajo del Jardín Infantil realizará las acciones pertinentes para participar en un programa de capacitación, que aborde los contenidos educativos propuestos como básicos para apoyar la lactancia materna desde el jardín Infantil como son:

- Beneficios de la lactancia materna para el niño, la madre y la sociedad
- Técnicas de amamantamiento, posición de la madre y el niño
- Como reconocer el amamantamiento correcto
- Técnicas de extracción y conservación de la leche materna
- Disposiciones legales que protegen la maternidad y la infancia: Derecho a sala cuna, derecho a alimentar al hijo o hija.
- El apego

PASO 3. Informar a todas las familias de los párvulos sobre los beneficios de la lactancia materna.

Se recomienda utilizar una amplia línea de estrategias para difundir la importancia de la lactancia materna en todas las familias, a través de afiches, cartillas, proyección de video en reuniones de nivel, documentos informativos en el diario mural, entrevistas, etc.

PASO 4. Enfatizar acciones educativas en madres que se encuentran amamantando, embarazadas y familiares de los niños y niñas interesados en el tema.

Especial importancia reviste la orientación que se dé a la madre embarazada para que conozca los beneficios de optar por el amamantamiento de su hijo o hija, como un apoyo a la acción que desarrollan los profesionales de la salud en el control periódico de la embarazada.

De igual forma, es necesario darles a conocer al momento de ingresar su hijo o hija al nivel sala cuna, que tiene la posibilidad de amamantarlo en los horarios que se requieran, como asimismo ofrecer la posibilidad de recibir su leche extraída para alimentar al niño o niña cuando la madre no puede estar presente.

Los equipos de trabajo pueden invitar a madres y personas interesadas a constituir un grupo, con el cual se desarrolle en forma especial el proceso educativo relacionado con la lactancia materna.

PASO 5. Favorecer aprendizajes significativos con el niño y la niña, respecto de la lactancia materna.

Cada equipo de trabajo del Jardín Infantil debe elaborar estrategias para desarrollar el tema de la lactancia materna con los niños y niñas, incorporándolo a la planificación habitual de actividades.

La incorporación de aprendizajes significativos en los niños y niñas puede realizarse a través de actividades que se vayan creando en forma conjunta, como por ejemplo:

- La observación de una madre amamantando, en forma presencial o a través de video.
- La observación de la naturaleza, donde puede observarse como cada mamífero alimenta a su cría.
- Juegos socio dramáticos
- Títeres
- Narración por parte de los niños y niñas de observaciones o experiencias relacionadas con el amamantamiento.
- Testimonios elaborados por la madre en conjunto con su hijo
- Juego de Rincones que cuenten con láminas relacionadas con el tema, álbumes, muñecas, fotografías de la madre con su hijo alimentándolo al pecho.
- Actividades pedagógicas relacionadas con el tema: dibujos de los niños, rimas, canciones, donde la familia puede aportar con sus creaciones.

Estas actividades tienen el propósito de incorporar desde la más temprana edad pautas de crianza que privilegien lo natural desde el comienzo de la vida, a partir de la lactancia materna, a fin de que cuando adultos reconozcan y apoyen esta forma de alimentación en los primeros años de vida, como la mejor alternativa para el crecimiento y desarrollo de las nuevas generaciones.

PASO 6. Generar condiciones a nivel del Jardín Infantil para la mantención de la lactancia materna.

Este paso es fundamental para asegurar que el niño o niña sea amamantado exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses, sin agregar fórmulas lácteas u otros líquidos, y mantener el amamantamiento después de los 6 meses complementado con comidas.

La mantención de la lactancia materna requiere de una motivación permanente de las personas que rodean a la madre, es decir, su familia y especialmente en quienes ella ha confiado el cuidado de su hijo o hija, como es el personal del Jardín Infantil.

Cuando la madre acude a la sala cuna para amamantar a su hijo, previamente se le debe indicar que cuenta con todas las facilidades para adecuar los horarios según sus

necesidades y la de su hijo, como asimismo, que puede dejar su leche extraída para darla a su niño o niña cuando la requiera.

Respecto al lugar de amamantamiento, se debe dar especial importancia a asegurar para la madre y su hijo, un ambiente físico y psicológico acogedor y estimulador de la lactancia materna.

Si bien son los profesionales del equipo de salud donde se atiende la madre y su hijo quienes orientan a la madre sobre la técnica de amamantamiento y la técnica de extracción de la leche materna, es importante reforzar esos conocimientos en el Jardín Infantil, o si el caso lo requiere, referirla al servicio de salud correspondiente.

Lo anterior amerita que el personal del Jardín Infantil domine los aspectos relacionados con las técnicas de amamantamiento, técnica de extracción y conservación de la leche materna.

PASO 7. Promover la mantención de la Lactancia Materna en forma Exclusiva hasta los seis meses de edad y su mantención después de esa edad, incorporando comidas.

Los Jardines Infantiles no deben entregar ningún otro tipo de alimentación a los lactantes menores de seis meses, salvo expresa indicación de profesionales del Servicio de Salud donde se controla el niño o niña, indicada en el carné de control de niño sano o receta médica.

PASO 8. Evitar el uso del chupete

El uso del chupete de entretención y en las maderas interfiere en la mantención de la lactancia materna, debido a que el niño o niña adopta una mecánica de succión diferente al utilizado para extraer la leche del pecho materno.

PASO 9. Promover la formación de grupos de Apoyo a la lactancia materna, al interior de la Comunidad Educativa.

Se debe formar un equipo de trabajo permanente que incorpore personal y familias, personas y organismos de la Comunidad dispuestos a fomentar la lactancia materna y a motivar y apoyar a las madres en el amamantamiento.

La función principal de este equipo es dialogar con las madres embarazadas y que se encuentran amamantando, motivándolas para optar y continuar con la lactancia materna, aportando o creando material informativo, apoyando la difusión de actividades que realiza el jardín infantil a favor de la lactancia materna.

PASO 10. Establecer coordinación con Consultorios y otros Organismos de la Comunidad para el desarrollo de acciones conjuntas respecto al tema.

Es importante que el jardín Infantil dé a conocer a los profesionales de la salud del Consultorio correspondiente las acciones que realiza a favor de la lactancia materna, para realizar un trabajo de mutua colaboración.

La coordinación con los servicios de salud permite obtener apoyo para referir a las madres con dificultades en el amamantamiento a sus Clínicas de Lactancia y solicitar el apoyo de profesionales o recursos audiovisuales que faciliten el desarrollo de actividades educativas y de difusión.

Sistematización de la experiencia

Tal como se señala anteriormente, para promover la lactancia materna en sala cuna se requiere el desarrollo de actividades claves, que en su conjunto permiten conocer las principales dificultades que tienen las madres de una comunidad determinada para mantener la práctica de amamantamiento y apoyarlas a través del desarrollo de los 10 pasos JIALMA.

Las actividades que se describen en los 10 pasos pueden ser complementadas con otras acciones, siendo importante que se mantenga el sentido y la intencionalidad de cada paso, lo que no debe entenderse como una estructura rígida, sino que debe ser flexible y acorde a la realidad cultural de cada comunidad.

Es importante mantener registros de la experiencia desarrollada que permitan su evaluación y de esta forma mantener, modificar o mejorar las acciones realizadas.

En este sentido, se recomienda el manejo de registro de las actividades desarrolladas en cada paso, cuyos antecedentes servirán para proyectar nuevas actividades, como asimismo servirán de medio de verificación para los evaluadores que visiten el establecimiento cuando este postule a la acreditación como Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna.

La acreditación de Jardines Infantiles como amigos de la lactancia materna

Para postular al proceso de Acreditación, el jardín Infantil debe demostrar que cumple efectivamente los 10 pasos establecidos. Para ello, es necesario realizar un proceso de autoevaluación con un instrumento estandarizado, y de acuerdo a sus resultados, proceder a mejorar las prácticas que aún no se encuentren totalmente logradas, o bien, si existe un óptimo cumplimiento proceder a postular como Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna.

10. EL PROCESO DE DESIGNACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO AMIGO DE LA MADRE Y DEL NIÑO/A

El proceso de transformarse en un establecimiento amigo del niño/a y de la madre, comienza con la autoevaluación del Hospital o Centro de Salud. Esta autoevaluación inicial incluye un análisis de las prácticas que facilitan o entorpecen la lactancia, y ayuda a identificar las acciones necesarias para hacer los cambios requeridos. De esta manera se establece la secuencia de la triple A (Apreciación, Análisis y Acción), que caracteriza al desarrollo de otros Programas de UNICEF.

Cuando el establecimiento decida que alcanzó la meta, una evaluación externa confirmará objetivamente si el establecimiento cumplió completamente o casi completamente, con los “Criterios Globales” de la IHAN y puede recibir la designación de Hospital Amigo del Niño y la correspondiente placa.

La IHAN se inicia a nivel nacional, UNICEF, OMS, grupos de lactancia.

El Criterio Global y el Instrumento de Autoevaluación están disponibles para todos los interesados en el sitio Web MINSAL, UNICEF y la OMS y alientan a los establecimientos a unirse o continuar participando en la Iniciativa.

Una vez que el establecimiento ha utilizado el Instrumento de Autoevaluación para ver si cumple con los pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño/a y ha estudiado los Criterios Globales para determinar si una evaluación externa dará los mismos resultados, decidirá si es no tiempo de una evaluación externa.

Si el establecimiento determina que está listo para una evaluación externa, el próximo paso sería una visita de pre-evaluación, opcional o solicitada al Comité Regional de Lactancia Materna, durante la cual se verificará si el establecimiento está listo para una evaluación completa, utilizando el **Instrumento de Autoevaluación y los Criterios Globales** (disponibles en: www.minsal.cl – Protección de la Salud – lactancia materna).

Esto puede ser realizado en una visita como un paso intermedio muy útil, puesto que muchos establecimientos sobreestiman su cumplimiento con los Criterios Globales.

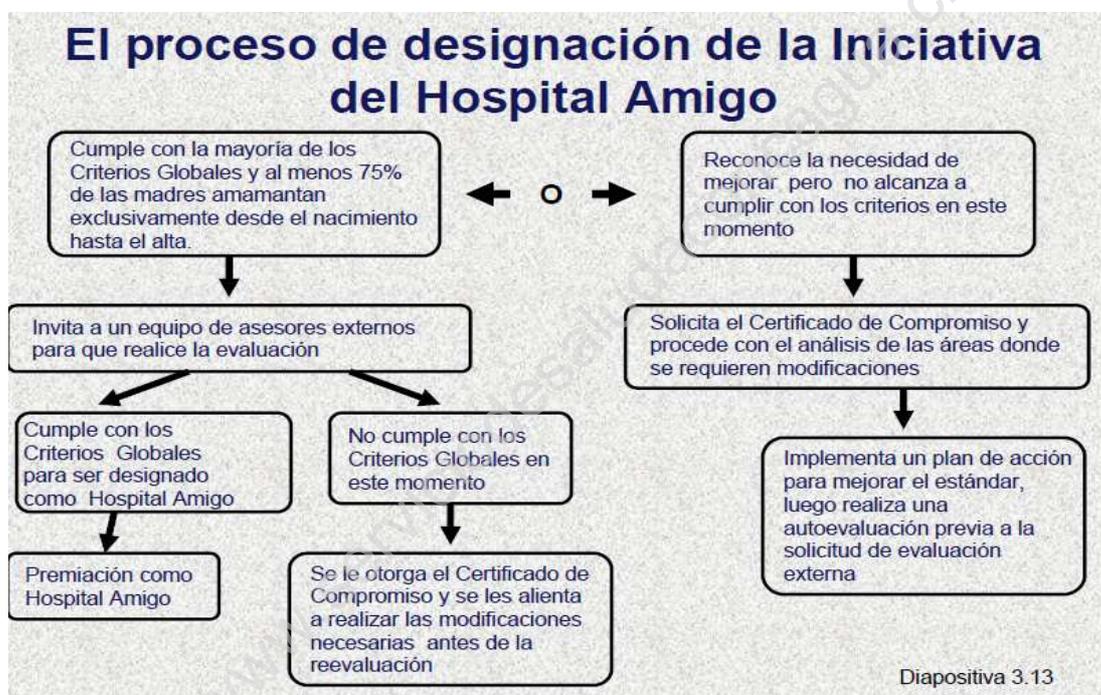
Si un establecimiento ha utilizado el Instrumento de Autoevaluación, ha estudiado los Criterios Globales, recibió retroalimentación en una visita pre-evaluatoria y determinó que aun no cumple los criterios de IHAN y reconoce la necesidad de mejorar, debiera analizar sus deficiencias y desarrollar un plan para trabajar en ellas.

El próximo paso, debe ser la solicitud de evaluación externa. El grupo de coordinación de IHAN puede revisar los resultados de la aplicación del Instrumento de Autoevaluación, los documentos de respaldo que requiera, y los resultados de la pre-evaluación, si se realizó alguna, para determinar si el establecimiento está listo.

La evaluación externa determinará si el establecimiento cumple con los Criterios Globales de un Hospital Amigo de la Madre y del Niño/a. Si cumple, el grupo de coordinación de la IHAN, debe otorgar el Premio Global de la IHAN y la Placa por un periodo específico.

Si el establecimiento, por el contrario, no cumple con los Criterios Globales, se le debe otorgar un Certificado de Compromiso para convertirse en Hospital Amigo, y debe alentarse y/o apoyarse para un mayor análisis de las áreas problemáticas y tomar las acciones necesarias, para luego invitar a una nueva evaluación. Si esta segunda evaluación es completa o parcial, enfocándose en los criterios que el establecimiento no ha cumplido a cabalidad, dependerá de la decisión de los asesores y el grupo de coordinación de IHAN en el momento de la evaluación original.

Las reevaluaciones para Hospital Amigo, deben ser programadas, después del tiempo especificado en la Placa de Nominación. Si el establecimiento pasa la reevaluación, se le otorgará una renovación. Si no, necesita trabajar en los problemas identificados y luego aplicar nuevamente para la reevaluación.



Fuente: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral., 2008 - OMS, OPS, UNICEF

Procedimiento de Acreditación

Etapa 1. Aplicación de la Pauta de Autoevaluación de los 10 Pasos para Hospital, Centro de Salud o Jardín Infantil.

Este instrumento se encuentra en la página web: JUNJI; Ministerio de Salud y debe ser aplicada por una comisión, de acuerdo a la organización convenida.

Metodología de Aplicación de la Pauta de Autoevaluación.

- Realizar previamente una revisión del documento “10 pasos para Establecimientos Amigos de la Lactancia Materna”, y documentos técnicos en relación al tema (Establecimientos de Salud, Jardines Infantiles)
- Revisar y realizar un análisis en conjunto, como equipo de trabajo, de la Pauta de Autoevaluación y sus instrucciones.

Etapa 2. Postular a la acreditación al Comité Regional y/o Comisión Nacional de Lactancia Materna.

Los establecimientos que presentan la mayoría de las consultas respondidas afirmativamente, se encuentran en condiciones de postular a la evaluación del cumplimiento de los 10 Pasos, por integrantes del Comité Regional y/o Comisión Nacional de Lactancia Materna.

Para ello se deberá llenar el registro de postulación que se adjunta, y hacerlo llegar al Comité Regional de la SEREMI DE SALUD respectiva, junto con la Pauta de Autoevaluación con todos los antecedentes del Establecimiento y los resultados evaluativos.

Etapa 3. Evaluación por Integrantes del Comité Regional de Lactancia Materna.

Los establecimientos que postulan a la acreditación como amigos de la lactancia materna recibirán una visita de evaluadores autorizados de la SEREMI de Salud, quienes verificarán el cumplimiento de los 10 pasos a través de observaciones en el establecimiento, revisión de registros, planes, programas y material educativo, y entrevistas a personal del establecimiento.

Etapa 4. Resultados del Proceso

Los representantes del Comité Regional de lactancia materna de la SEREMI, a la luz de los antecedentes recopilados por los evaluadores, comunican a CONALMA, la nómina de establecimientos que cumplen con los requisitos para ser distinguidos con la placa, otorgada por UNICEF-CONALMA.

Etapa 5. Ceremonia de Acreditación

Es un acto de entrega de la placa de acreditación como Hospital, Centro de Salud o Jardín Infantil Amigo de la lactancia Materna.

CAPITULO V

LEGISLACIÓN Y LACTANCIA MATERNA

www.serviciodesaludaconcagua.cl

1. PROTECCION DE LA INFANCIA Y LA MATERNIDAD

Introducción

La Lactancia Materna ofrece múltiples beneficios biopsicosociales y la prolongación de este proceso es una medida eficiente, económicamente viable y de gran beneficio humano para la madre, su hijo y el padre, enriqueciendo la vida familiar y la sociedad, de allí la existencia de leyes que protegen la maternidad en varios países del mundo.

Alcanzar o superar el periodo de lactancia exclusiva, propuesto de una duración de 6 meses, tiene un impacto positivo en la salud, tanto para la madre como en el recién nacido por los múltiples beneficios directos e indirectos.

La mujer que trabaja dispone de una legislación que la ampara en su derecho de ser madre y continuar en su puesto de trabajo. Estos derechos se generan por el sólo hecho de la maternidad, sin que se requiera de una autorización previa u otra formalidad.

La Protección a la Maternidad, está regulada en el Código del Trabajo Chileno, en el Libro II, ("De la protección de los trabajadores") Título II, ("De la protección de la Maternidad"), en los artículos 194 al 208, tienen su sustento en el reconocimiento de los Derechos Fundamentales de la Constitución Política de Chile, N° 1 y N° 2 del artículo 19 que reza: "La Constitución asegura a todas las personas: 1° El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona", a su turno el N° 2 asegura La igualdad ante la Ley y guarda relación con: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 18 de Diciembre de 1979 y ratificada en Chile en 1989, la participación del Padre en el cuidado de sus hijos y la plena igualdad de sexos (Carta Fundamental. Ley de Reforma Constitucional 19.611 de 1999: "las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos").

Nuestro país ha dado grandes pasos en materia laboral en orden a dar un marco práctico donde hacer efectiva estos principios.

En este contexto surge la moción parlamentaria del actual texto del artículo 206 del Código del Trabajo, que fue introducido por la Ley 20.166 en febrero del año 2007.

La modificación tiende a la universalidad en el derecho, en cuanto a que este derecho no fuera solo otorgado a aquellas mujeres cuyos hijos asistían a sala cuna, sino que a todas las mujeres.

Los derechos aquí conferidos pretenden amparar y fortalecer la creciente inserción de la mujer al mundo laboral y que ha comenzado a asumirse a si misma como un sujeto de cambio y a percibir y a definir sus propios intereses, dentro del marco general de la democratización de la sociedad.

La mujer que trabaja tiene un conjunto de derechos que se generan por el solo hecho del proceso de la maternidad que está viviendo.

El apoyo que reciba la madre de parte de su familia, el entorno y las prácticas institucionales que favorecen la lactancia materna son definitivos en la decisión de la madre al elegir el tipo de alimentación que dará a su hijo.

Objetivos del código del trabajo.

Se señalan los siguientes objetivos que contribuyen a mantener y prolongar la Lactancia Materna:

- 1.- Proteger la vida del que está por nacer, el recién nacido y finalmente al niño, puesto que comienza con la madre embarazada y se extienden al periodo después del nacimiento del hijo/a.
- 2.- Proteger y beneficiar a la mujer trabajadora.
- 3.- Reconocer los derechos humanos que corresponden a la madre y al padre con una nueva gestación.

En nuestro país la asistencia materno infantil se fortaleció en el Servicio Nacional de Salud, sin duda, con la entrega de leche a la embarazada, la extensión de la asignación familiar al periodo prenatal desde 1956, la prolongación del reposo maternal postnatal de 45 a 84 días, derecho que nace de la ley 13.350, de 1959, sólo para las madres obreras con criterio de equidad; sin embargo por iniciativa parlamentaria se incorpora a las empleadas de casa particular en 1961.

Posteriormente se han realizado diversas modificaciones a lo estipulado en el Código del Trabajo en materia de protección a la maternidad.

La aplicación de estas normas se extiende a todos los servicios que puedan incluir mujeres como trabajadoras y que para ellas se requiere la protección de su maternidad, independiente del lugar donde se desempeñe, a todas las mujeres que estén acogidas a algún sistema previsional y del tipo de empleador:

- Servicios de la administración pública
- Servicios semifiscales
- Servicios de administración privada
- Servicios municipales.
- Servicios autónomos o independientes.

Beneficios que aporta el Código del Trabajo a la Lactancia Materna

Protección de Salud para la Madre y el Niño

- Actividades pro lactancia Materna:
- Control de Salud Materna
- Control de Salud Infantil

Protección para la madre que realiza trabajo remunerado.

- Descanso de maternidad pre y postnatal
- Derechos del padre
- Licencia para cuidado del hijo por enfermedad
- Subsidios de descanso maternal y de permiso por enfermedad del hijo menor
- Protección laboral

Derechos que protegen la Maternidad en Chile

La Ley Laboral de Chile, reconoce los derechos que protegen la maternidad durante el período de gestación o bien después del nacimiento de un hijo o hija.

Los beneficiarios de los derechos por maternidad son:

- La mujer
- El hombre
- La niña o niño
- El trabajador o la trabajadora que tiene a su cuidado un menor.

Derechos por Maternidad

a. Derecho al Fuero Maternal.

La mujer trabajadora que se encuentre embarazada y hasta un año después de expirado el descanso postnatal, gozará de fuero maternal; el empleador no puede poner término al contrato de trabajo sin autorización judicial, quien podrá conceder esta autorización en los casos de concurrir las causales señaladas en el art. 159 N° 4 y 5 y en las del art. 160 del Código del Trabajo.

Si el empleador desconoce el estado de embarazo y pusiera término al contrato de trabajo, este debe reincorporar a la trabajadora a sus labores, con la presentación del certificado médico o de matrona que acredite el embarazo, dentro de un plazo de 60 días hábiles del despido.

El fuero maternal es un derecho irrenunciable

b. Derecho al descanso Pre y Postnatal

Este derecho le corresponde a la mujer embarazada de gozar de un período de descanso de 6 semanas anterior al nacimiento del hijo/a y 12 semanas después del parto. El médico o matrona que atiende a la mujer debe extender en forma gratuita un certificado que acredite la fecha que debe iniciar el descanso prenatal.

Descanso prenatal suplementario.

Si durante el embarazo se presenta enfermedad, certificada por médico, los servicios de salud pueden otorgar descanso suplementario. Si el parto se produjera después de las 6 semanas siguientes a la fecha en que se hubiera iniciado el descanso prenatal, el reposo se prorroga hasta el parto.

El descanso postnatal se contabiliza a partir de la fecha del parto, la cual debe ser comprobada con la certificación del médico o la matrona de este hecho.

Descanso postnatal prolongado

En caso que se produzca alguna enfermedad como consecuencia del parto, que le impida a la madre incorporarse al trabajo en el plazo señalado, podrá ampliarse el periodo de descanso por la persona que otorga la atención médica a la trabajadora acompañado de la correspondiente certificación.

Los derechos de descanso prenatal y postnatal son de carácter irrenunciable, de tal forma, que la trabajadora no puede realizar labores de su trabajo.

No tienen derecho a este beneficio la trabajadora independiente sin previsión y la dependiente sin contrato de trabajo.

c. Permiso por enfermedad grave del hijo o hija.

- **Hijo o hija menor de un año.**

La madre trabajadora tendrá derecho a permiso laboral y el pago de remuneraciones correspondiente cuando la salud de un hijo menor de un año requiera de atención en el hogar con motivo de enfermedad grave, circunstancia que deberá ser acreditada mediante certificado médico otorgado por los servicios médicos que tengan a su cargo la atención médica del menor. En el caso que ambos padres sean trabajadores, cualquiera de ellos y a elección de la madre, podrá gozar del permiso y subsidio.

También tiene derecho a este permiso y al subsidio, la trabajadora o el trabajador que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a un año, por tuición judicial o cuidado personal como medida de protección.

- **Hijo o hija menor de 18 años.**

Corresponde cuando la salud de un menor de 18 años requiera la atención personal de sus padres, con motivo de un accidente grave o de una enfermedad terminal en su fase final o enfermedad grave, aguda o con riesgo de muerte, situación que deberá ser acreditada a través del correspondiente certificado médico encargado de la atención del menor.

La madre trabajadora tendrá derecho a un permiso laboral equivalente a 10 jornadas ordinarias de trabajo, las que podrá distribuir según su elección. Si ambos padres son trabajadores dependientes, gozará del permiso destinado al cuidado del menor aquel que la madre elija.

- **Menor de edad inferior a seis meses**

La trabajadora o el trabajador que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a seis meses, tendrá derecho a permiso y subsidio hasta por doce semanas si tiene la tuición judicial o el cuidado personal del menor como medida de protección.

d. Derecho de la mujer trabajadora para dar alimento a su hija o hijo que asiste a sala cuna.

Las madres trabajadoras tendrán derecho a dar alimento a sus hijos/as menores de 2 años, disponiendo a lo menos de una hora al día. Este derecho podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas que se acuerda con el empleador:

- En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo
- Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.
- Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

Este periodo se considerará como hora trabajada para los efectos de remuneraciones. Este derecho no puede ser renunciado por la trabajadora que tenga hijos menores de dos años, aun cuando no goce del derecho a sala cuna (Ley Num. 20.166).

e. Derecho al Subsidio por descanso Pre y Postnatal.

La mujer durante el periodo de descanso de maternidad (Descanso pre y postnatal o descansos suplementarios o ampliados), gozará de un subsidio equivalente a la totalidad de las remuneraciones y asignaciones que percibía mientras trabajaba, con las deducciones de previsión y los descuentos legales que correspondan (Artículo 198 del

Código del trabajo). El período de subsidio coincide con el tiempo que dura el descanso pre y postnatal.

f. Derecho al Subsidio por enfermedad grave del hijo o hija menor de un año.

La madre trabajadora tendrá derecho al pago de remuneraciones correspondiente al 100% de su renta líquida y asignaciones cuando la salud de un hijo menor de un año requiera atención en el hogar. Este subsidio es financiado por el Fondo Unico de Prestaciones Familiares y se paga a través del Servicio de Salud, Isapre o Caja de Compensación, según el sistema de afiliación usado por la Empresa.

g. Derecho a sala cuna en empresas donde trabajan 20 o más mujeres de cualquier edad.

Las empresas que ocupan 20 o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil, deberán tener salas anexas e independientes del local de trabajo en donde las mujeres puedan dar alimento a sus hijos menores de 2 años y dejarlos mientras estén realizando actividades laborales.

El mantenimiento de las salas cunas será de costo exclusivo del empleador, quien deberá tener una persona competente a cargo de la atención y cuidado de los niños.

El empleador puede otorgar sala cuna a sus trabajadoras en las siguientes modalidades:

- Disponer de sala cuna propia anexa al local de trabajo.
- Construir o habilitar sala cuna común para atención de niños de trabajadoras de varias empresas ubicadas en la misma área geográfica.
- Pagar los gastos de sala cuna directamente al establecimiento al que la mujer trabajadora haya elegido para llevar sus hijos menores de dos años.

El empleador designará la sala cuna que cuente con la autorización de la Junta Nacional de Jardines Infantiles y pagará el valor de los pasajes por el transporte que deba emplearse para la ida y regreso del menor al respectivo establecimiento y el de los que debe utilizar la madre en el viaje para ir a alimentar a su hijo/a.

h. Derecho a la integridad física durante el embarazo: limitaciones o prohibiciones para el trabajo de la mujer en estado de embarazo.

Durante el periodo de embarazo, la trabajadora que habitualmente realice trabajos que pueden ser considerados como perjudiciales o riesgosos para su salud, deberá ser trasladada a otro trabajo que no sea perjudicial para su estado, sin reducción de sus remuneraciones.

Los trabajos que se consideran perjudiciales para la salud de una mujer embarazada son:

- Los que obliguen a levantar, arrastrar o empujar grandes pesos.
- Los que exijan un esfuerzo físico, incluido el hecho de permanecer de pie por largo tiempo.
- Las actividades que se ejecuten en horario nocturno.
- Las actividades que se realicen en horas extraordinarias de trabajo
- Las actividades que la autoridad competente declare inconveniente para el estado de gravidez.

Derechos del Padre.

La Ley N° 19.250 establece algunos permisos y subsidios por maternidad a favor del padre, otorgándole responsabilidad y derechos.

- **Derecho y Subsidio de maternidad.**
Tiene derecho a subsidio el trabajador que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a un año a quien se le otorgó la tuición judicial o el cuidado personal como medida de protección.
- **Descanso por el periodo de cinco días en el caso del nacimiento de un hijo/a.**
El padre goza del derecho de descanso por el periodo de cinco días en el caso del nacimiento de un hijo. El permiso puede ser utilizado por el padre de la forma que estime conveniente.
El derecho otorgado al padre tiene carácter de irrenunciable.
- **Derecho de postnatal y fuero maternal y beneficios remuneracionales si la madre fallece durante el parto o en el descanso posterior a éste.**
En caso que la madre fallezca durante el parto o durante el permiso posterior a éste, el derecho de postnatal o lo que reste de él para el cuidado del hijo, corresponderá al padre, quien además gozará del fuero maternal y de los beneficios remuneracionales que establezca el legislador.
- **Permiso en caso de enfermedad grave del hijo/a menor de un año.**
El padre gozará del derecho al permiso para atender a su hijo en caso de enfermedad grave siempre que la madre así lo elija. El padre gozará de todo este derecho en caso que la madre hubiere fallecido o él tuviere la tuición del menor por sentencia judicial.

Estos beneficios protegen a la mujer trabajadora y al niño/a menor de dos años, disminuyendo los riesgos de salud, protegen el embarazo y el parto, favorecen el éxito de la lactancia materna, el crecimiento normal del niño y permiten la atención del niño por su madre o padre en caso de enfermedad grave.

2.- EL DERECHO DE TODAS LAS MUJERES A AMAMANTAR

Amamantar es el derecho de toda mujer y es esencial para satisfacer el derecho de todo niño y de toda niña a una alimentación adecuada y gozar del derecho al más alto estándar de salud.

- Toda mujer tiene derecho a amamantar a sus hijos e hijas y contar con las condiciones óptimas para el amamantamiento, como es el espacio físico, los plazos, los tiempos y la tranquilidad para hacerlo sin ningún tipo de presión.
- Derecho a lograr una lactancia exitosa, que permita una relación de cercanía y apego con su hijo/a, con efectos benéficos a futuro.
- Las mujeres y la niñez tienen los mismos derechos que el resto de las personas.
- La Lactancia Materna es parte esencial de los derechos humanos: el derecho a la alimentación y la salud.

- Derecho al acceso a los servicios de salud durante la gestación, parto, puerperio y período de lactancia.
- Derecho de la mujer a la información veraz, a la intimidad y a la libre opción de la maternidad y la lactancia, sin presiones
- Derecho de las mujeres a mantener la lactancia materna aún si se encuentran trabajando fuera del hogar
- Derecho a la Seguridad Social y a servicios de calidad que apoyen la lactancia materna
- Derecho a recibir ayuda efectiva y a no ser separadas de sus hijos/as a no ser que sea estrictamente necesario y exigir ambientes que apoyen la lactancia.
- Derecho a recibir información adecuada y oportuna para tener una lactancia materna exitosa y atención inmediata en caso de presentar problemas relacionados con la lactancia
- Derecho a la protección de la maternidad.
- Amamantar contribuye al derecho a la salud de todas las mujeres al reducir el riesgo de contraer enfermedades.

Estos derechos se encuentran contenidos en Acuerdos Internacionales que los gobiernos deben respetar:

- Convención de los Derechos del Niño/a.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

La Lactancia Materna es un derecho de las madres, y es un componente fundamental de los procesos para garantizar el derecho de todos niños a la alimentación, la salud y la atención. El acto de amamantar es un componente esencial de la crianza infantil, contribuyendo al sano crecimiento y al desarrollo psicosocial.

Apoyar la Lactancia Materna implica un cambio cultural y de valores, ya que la familia y la sociedad asumen los costos sociales y psicológicos, una sociedad que permita relaciones de respeto y armonía entre los seres humanos y con la naturaleza. La maternidad implica un compromiso y responsabilidad social, por tanto, la legislación debe garantizar la protección a la maternidad, apuntando a un desarrollo integral de la mujer, y, en el caso de la mujer trabajadora, a compatibilizar armónicamente la relación familia y trabajo.

3. SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA: CHILE CRECE CONTIGO

Promulgación ley 20.379

La Presidenta de la República, Michelle Bachelet, promulgó el 1º de Septiembre 2009, la Ley 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

El Sistema de Protección Integral de la Primera Infancia “Chile Crece Contigo” está destinado a acompañar, otorgar protección y apoyo integral a los niños, niñas y sus familias, desde la gestación y hasta que ingresan al sistema escolar.

El fundamento central es perfeccionar la protección de la maternidad y la paternidad, como es el derecho al amamantamiento y otros derechos de niños y niñas del país, especialmente de los sectores sociales más desprotegidos y que tienen limitaciones para ejercer sus derechos.

Chile Crece Contigo proveerá a los niños y niñas acceso a los servicios y prestaciones de carácter universal que atiendan a sus necesidades y apoyen su desarrollo en cada etapa de su ciclo vital, durante la primera infancia. Adicionalmente, se contribuirá a generar condiciones básicas en el entorno psicoemocional y físico en que se desenvuelven niños y niñas, de manera de favorecer su desarrollo armónico e integral, conforme a la evolución en su ciclo de vida.

Chile Crece Contigo le ofrece apoyos diferenciados a todos los niños, niñas y sus familias, a cada uno de acuerdo a sus necesidades particulares.

- Programa educativo para toda la ciudadanía.
- Perfeccionamiento de la legislación y normativas de protección a la maternidad y paternidad.
- Acompañamiento a los niños y niñas desde el primer control del embarazo, hasta su ingreso al sistema escolar (nivel de transición mayor o pre kinder).
- Apoyo diferenciado y garantías para niños y niñas de los hogares del 40% de menores ingresos o con situaciones de especial vulnerabilidad.

Rol Social Chile Crece Contigo

***Garantizar los derechos universales a todos los niños y niñas.**

- Atención especial: niños en vulnerabilidad social.
- Hijos de madres trabajadoras

***Protección de la Maternidad**

***Protección de las condiciones de trabajo de las mujeres.**

***Protección de la familia**

***Protección del desarrollo infantil en todas sus etapas, considerando factores de riesgo:**

- Educación
- Salud
- Apoyo psicosocial

4. AGENTES DE SALUD

Deberes de las Instituciones de Salud.

Las Instituciones de Salud deben:

- Asegurar la estabilidad y continuidad de las actividades que fomenten la lactancia materna.
- Controlar y evaluar periódicamente las actividades señaladas para la promoción de la lactancia materna.
- Asegurar que las mujeres embarazadas, los lactantes y las madres que lactan reciban:
 - a. Nutrición adecuada para la mantención de una óptima salud física y psicológica.
 - b. Información, educación y acercamiento a los grupos de apoyos de Lactancia Materna, profesionales de la salud, agentes comunitarios y públicos preparados en lactancia materna.

- c. Formación sistemática y continua del profesional sanitario sobre Lactancia Materna.
- d. Ofrecer a las madres hospitalizadas que amamantan todas las medidas necesarias para el inicio de la Lactancia Materna.
- e. Ofrecer facilidades y asesoramiento a las madres para amamantar a sus hijos hospitalizados.

Obligaciones de las Instituciones de Salud

- Los agentes de salud deben apoyar, proteger y fomentar la lactancia materna en forma permanente
- Rechazar beneficios, donaciones y obsequios de los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna.
- No aceptar la promoción de sucedáneos de la leche materna y artículos o utensilios relacionados.

Deberes de las instituciones de educación

-Las Instituciones de Educación deben ofrecer apoyo y respetar los derechos de las estudiantes que amamanten a su hijo en etapa escolar.

-Las Carreras del área de la Salud y Educación, de nivel superior y técnico profesional deben incluir y desarrollar en sus programas contenidos educativos básicos relativos a Lactancia Materna.

- Los programas de Salud Sexual y Reproductiva deben entregar contenidos y desarrollar habilidades en las estudiantes y profesionales para el manejo de la Lactancia Materna con las usuarias en los diferentes niveles de atención de salud.

- Las carreras del área de la Salud deben desarrollar líneas estratégicas para la promoción y fomento de la Lactancia Materna en la comunidad.

CAPÍTULO VI

LA LACTANCIA MATERNA A NIVEL INTERNACIONAL

www.serviciodeatencionadaconcepcion.cl

Una visión cronológica del Fomento, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna desde el Mundo a Chile.

La valoración de la lactancia materna, no ha sido una constante en la historia de la humanidad, a pesar de ser esencial en la existencia del hombre y de la sociedad.

En situaciones extremas, como guerras y desastres, la figura del niño/a y su madre pueden desdibujarse y aún desaparecer, sin que en tales circunstancias se considere su existencia como un elemento digno de especiales consideraciones.

El mundo occidental en que estamos insertos desde el descubrimiento de América sufrió un vuelco dramático en el Siglo XX, época de grandes conflictos.

La Carta Fundamental de las Naciones Unidas del año 1945, dió lugar a explícitas formulaciones de los Derechos del Niño en el año 1954, en que se hace mención al derecho de los padres a alimentar y educar a sus hijos, procesos en que es fundamental la Lactancia Materna.

En 1956 el biberón era la norma de la alimentación infantil. La práctica del amamantamiento escasamente podía darse en las grandes ciudades, donde la mujer joven había perdido el referente cultural que por siglos se transmitió de madre a hija. Este vacío dió paso a la necesidad de apoyo para amamantar y siete madres forman el primer grupo de apoyo madre a madre en la ciudad de Chicago, conocido hasta hoy como La Leche League (www.lalecheleague.org) o Liga de La Leche en America Latina.

Los grupos de apoyo madre a madre para la lactancia materna son pequeños grupos de embarazadas y /o mamás amamantando que se reúnen periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna.

La reunión la dirige una mamá que tiene experiencia personal en el amamantamiento de sus hijos/as, ha recibido el entrenamiento que le proporciona la organización y su acreditación de Líder.

Las Líderes de La Liga de La Leche son parte de una tradición que se remonta a los inicios de La humanidad.

Una madre que apoya a otra en el arte femenino de amamantar.

En el grupo de apoyo, todas aprenden de todas intercambiando conocimientos, alentándose mutuamente, reflexionando sobre su propia situación y afianzándose en sus decisiones. Esto contribuye a reforzar la confianza en sí mismas fortaleciendo sus propias capacidades maternas.

Durante miles de años la cultura de lactancia materna se transmitía de madres a hijas y el entorno social contribuía a que la mayoría de los niños fueran amamantados, pero el sistema tradicional que reforzaba la lactancia materna comenzó a debilitarse a partir de la segunda década del siglo XX y la alimentación infantil con la introducción de las leches artificiales o industrializadas, cambió el amamantamiento por el biberón.

Con el tiempo esta situación ocasionó cierta alarma entre algunos científicos, miembros del equipo de salud y sectores de la comunidad, lo que dió paso a estrategias de rescate a la lactancia materna. .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocan en 1979 a una reunión sobre alimentación del lactante y niño pequeño en Ginebra que contó con la participación de delegados gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y representantes de industrias de alimentos infantiles. De esta reunión surge la necesidad de establecer un Código para controlar las prácticas inapropiadas de comercialización de los sucedáneos de la leche materna incluyendo biberones y chupetes.

El Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna es un instrumento cuyo objetivo es contribuir a proteger la salud y nutrición de los lactantes, promoviendo y protegiendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos sobre la base de información adecuada y mediante métodos adecuados de comercialización.

La aplicación del Código es un primer paso para eliminar las presiones creadas por la publicidad y la promoción comercial.

En 1981, teniendo presente que el amamantamiento es el único método de alimentación natural del lactante, que debe ser protegido y fomentado activamente por todos los países, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código en base al reconocimiento de que la comercialización indebida de los sucedáneos de la leche materna, puede conducir al uso de prácticas erróneas de alimentación infantil, causando mal nutrición, enfermedad y muerte. Además el uso de estos productos tiene que ser regulado y recomendado sólo cuando no exista otra alternativa.

En 1986, la Asamblea Mundial de la Salud emite una nueva resolución que prohíbe las donaciones y ventas subsidiadas de sucedáneos de la leche materna.

Posteriormente a la vigencia del Código se han realizado sucesivas investigaciones sobre su aplicación en los países miembros de la OMS, responsabilidad asumida por la Red Internacional para la Alimentación Infantil (IBFAN) www.ibfan.org una organización no gubernamental presente en más de 70 países y los resultados de sus investigaciones alertan sobre las trasgresiones al Código.

En el mes de Julio de 1989, se publica la declaración conjunta de la OMS y UNICEF sobre "Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Natural: La función especial de los servicios de maternidad" en la cual se establecen los Diez pasos para una lactancia exitosa:

1. Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro de salud
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia y como realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si se ha de separar del niño.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo veinticuatro horas al día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar chupetes a los niños alimentados a pecho.
10. Fomentar el establecimiento de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Dos años más tarde, en 1991, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) www.unicef.org y la Organización Mundial de la Salud (OMS www.who.int) lanzan a nivel mundial la Iniciativa conjunta Hospital Amigo de los Niños (IHAN) www.ihan.org.es para ser aplicada en todos los hospitales del mundo, y de esta manera ayudar a las mujeres a elegir informadas y dar el apoyo necesario para el logro de su decisión.

En la actualidad se dispone de nueva información que confirma la importancia crítica que revisten la lactancia materna y las prácticas orientadas a respaldar el amamantamiento, en particular durante las situaciones de emergencia y la pandemia del VIH.

Los materiales relacionados con la Iniciativa para Hospitales Amigos de Los Niños han sido actualizados y modificados de acuerdo con los conocimientos y la experiencia acumulados durante un decenio y también conforme a los avances que se produjeron en este lapso.

El nuevo conjunto de materiales de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24850.html se ofrece con el propósito de que se lo tenga en cuenta con vistas a su implementación en los países.

La Sección 1 (Antecedentes e implementación) presenta los nuevos enfoques para la ejecución en el país y en los hospitales, y en la misma se hace hincapié en los temas relacionados con la sustentabilidad y las opciones en materia de expansión e integración. Además de ello, se han realizado modificaciones importantes de los materiales de capacitación.

La Sección 2 (el curso para las personas a cargo de la toma de decisiones) ha sido actualizada a fin de que se concentre en los materiales revisados sobre la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños, contiene los resultados de las investigaciones más recientes y ofrece lineamientos con respecto a la puesta en práctica de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños en entornos con alta prevalencia de VIH.

La Sección 3 (el curso para el personal de maternidad) contiene información técnica actualizada y secciones de práctica clínica adicionales. También hace hincapié en las prácticas de apoyo durante el trabajo de parto y el alumbramiento, el contacto directo con la piel de la madre, la preparación para el alta, diversas consideraciones sobre el VIH y los requisitos que se deben cumplir para obtener la certificación de "amigo de los niños".

La Sección 4 (las herramientas para que los hospitales lleven a cabo su autoevaluación y vigilancia) contiene los Criterios Mundiales actualizados, una herramienta de autoevaluación mejorada y diversas herramientas de vigilancia.

La Sección 5 (las herramientas de evaluación y reevaluación externa) contiene herramientas actualizadas de recopilación de datos, nuevos módulos dedicados al Código, el VIH y las actividades relacionadas con el trabajo de parto y el alumbramiento definidas como "amigas de los niños", diapositivas en formato PowerPoint para la capacitación de los asesores y una herramienta de computación que sirve para calcular y presentar los resultados.

De 1990 a 1992 los gobiernos y las Naciones Unidas han respaldado la importancia del amamantamiento para los niños/as, madres y la sociedad en cuatro documentos importantes:

- La Declaración de Innocenti (Agosto 1990) sobre la protección, el fomento y apoyo de la lactancia materna.
- La Convención sobre los Derechos del Niño (Septiembre de 1990)
- La Declaración de la Cumbre mundial a favor de la Infancia (30 de Septiembre de 1990)
- La Declaración Mundial sobre Nutrición y el Plan de Acción para la Nutrición (Diciembre 1992)

La campaña mundial patrocinada por Organizaciones Internacionales a favor del amamantamiento, motiva que en la reunión de Organizaciones no Gubernamentales del 15 de Febrero de 1991 en Nueva York, se forme una red internacional de personas y organizaciones pro-amamantamiento, la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action-WABA), www.waba.org.my, una Iniciativa Global que trabaja en conjunto con UNICEF cuyo objetivo común es promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

WABA actúa para ayudar a implementar la Declaración Innocenti y como parte de su plan de acción para facilitar y fortalecer la movilización social a favor de la lactancia materna, WABA concibió una estrategia promocional global unificadora. Se sugirió dedicar un día a la lactancia materna, que se marcaría en el calendario de eventos internacionales. Esta idea de la celebración durante un día, posteriormente se convirtió en una semana.

Esto ha sido reconocido como la Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM) que se celebra cada año del 1º al 7 de agosto para conmemorar la Declaración Innocenti. La SMLM se celebró inicialmente en 1992. En la actualidad cuenta con la participación de más de 120 países y ha sido ratificada por UNICEF, OMS y FAO.

La coordinación general de la SMLM se realiza en la Secretaría de WABA en Penang, Malasia, la cual incluye la selección del tema y eslogan, la identificación de especialistas en temas específicos y la preparación y difusión de los materiales de la SMLM como el anuncio del calendario, carteles, carpetas de acción y pancartas. Estos materiales de apoyo sirven para estimular la acción entre grupos locales, gobiernos, ONU y otras agencias, además de otras organizaciones temáticas que realizan sus propias actividades de la SMLM en sus áreas y países.

Los grupos de La Liga de La Leche y de IBFAN forman parte integral de WABA y celebran y promueven cada año la Semana Mundial de Lactancia Materna.

Con el año 1980 comienza a incentivarse la práctica de la lactancia natural a nivel mundial con énfasis en los países en vía de desarrollo.

En nuestro país se inicia el primer Programa Nacional de Lactancia Materna con desarrollo de material educativo y un plan de capacitación a nivel nacional que lamentablemente no logró mantener el objetivo inicial.

El 10 de Diciembre de 1985, por decreto Exento N° 35 se crea la Comisión Nacional de Fomento de la Lactancia Materna con el propósito de asesorar al Ministerio de Salud en el estudio y coordinación para el fomento de la lactancia materna en el país.

En el decenio de los 90, una de las principales metas planteadas por el Comité Interministerial Económico Social de Chile consiste en aumentar el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva y para el logro de estas metas se propone el reforzamiento del programa de Lactancia Materna con especial énfasis en la educación de las madres y el cumplimiento y apoyo legal al Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.

En 1991, el Ministerio de Salud incluye la lactancia materna como una de las prioridades en salud infantil, por lo cual se crea la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM) para implementar planes y políticas de promoción de lactancia materna.

Con fecha 16 de Abril de 1992 por Resolución Exenta N°273 se constituye este grupo de trabajo que a partir de la experiencia desarrollada en el país desde la implementación del Programa Nacional de Lactancia Materna en 1979, se propone contribuir a mejorar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y complementada a los 12 meses y contribuir a la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna,

En el año 1997 la Comisión Nacional de Lactancia Materna con el apoyo de UNICEF, publica el Manual de Lactancia Materna con contenidos técnicos para profesionales de la salud con la información mas actual sobre el tema, para su uso como material de apoyo a todos los equipos de salud del país en los consultorios y hospitales.

En el año 2007, La Comisión Nacional de Lactancia Materna inicia la revisión y actualización del Manual de Lactancia Materna para la nueva edición.

www.serviciodesaludacolcagua.cl

CAPÍTULO VII

PREGUNTAS FRECUENTES

1.- Mi hijo aumenta poco de peso

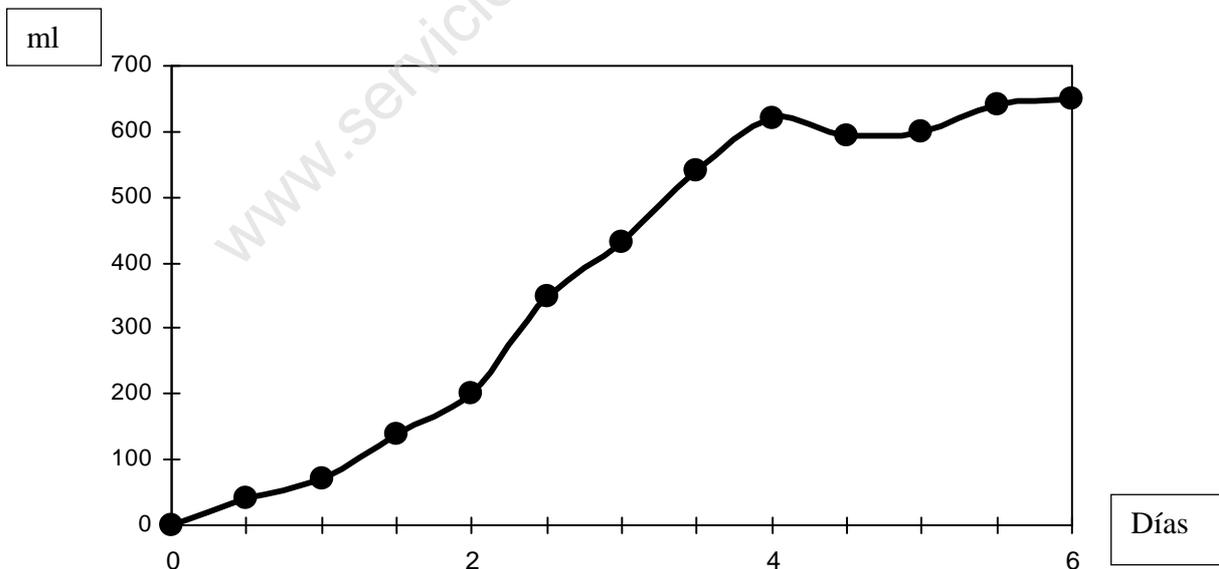
Esta es una preocupación frecuente en las madres de bebés que están amamantando, por lo cual es relevante tener presente que la mayoría de las gráficas de peso y longitud que se usaban, se elaboraron con datos de niños/as que en su mayoría fueron alimentados con leche artificial y actualmente constituyen sólo una orientación, puesto que los bebés alimentados con leche artificial son más gorditos que los amamantados; por esto mismo la OMS ha confeccionado gráficas a partir de niños/as alimentados/as óptimamente al pecho, que son más adecuadas para valorar el crecimiento de los lactantes. Sin embargo, por basarse en datos estadísticos, alrededor de la mitad de los niños normales están por debajo de la media, instándonos a complementar con una adecuada valoración clínica del niño/a, en que se incluye información de su estado general, respuesta psicomotriz, si moja al menos 4-5 pañales diarios, y si sus ganancias de peso se acercan a:

Edad	Cantidad
0 - 6 semanas	20 gr/día
< 4 meses	150-200 gr/sem
4 - 6 meses	80-150 gr/sem
6 - 12 meses	40-80 gr/sem

Para este seguimiento del crecimiento y desarrollo, el control del recién nacido por neonatólogo y matrona/matrón, y control de niño sano por pediatra y enfermera/enfermero, son muy importantes. El seguimiento del crecimiento longitudinal y craneano es fundamental.

2.- ¿Tendré leche suficiente?

Generalmente las madres producen la cantidad necesaria de leche requerida por los bebés.



En situaciones excepcionales, si una madre no produce suficiente leche, lo habitual es que se trate de alguno de los siguientes casos:

La posición del niño o el agarre del pecho no están correctos, por lo cual el bebé no vacía bien las mamas y éstas disminuyen la cantidad de leche producida. Suele asociarse además dolor al amamantar y aparición de grietas en los pezones, lo que hace necesario corregir la posición.

Hay leche pero la madre no percibe “la subida de la leche” y duda que tenga suficiente. En este caso si el bebé extrae la leche necesaria eficazmente, estará tranquilo y feliz y moja 4-5 pañales diarios, con orina clara.

Existe mayor demanda de leche por el crecimiento del bebé, se debe recomendar poner al bebé a mamar siempre que él quiera y la madre perciba que tiene hambre, (no otras necesidades, como sueño o aseo). Es necesario asegurarse que se toma el pecho con la boca, abarcando el pezón y la aréola, ya que así vacía bien los depósitos de leche, incluyendo la leche del final, que tiene más grasa con adecuado aporte de calorías. La estimulación de la piel del pecho asegura el funcionamiento de las hormonas de la lactancia, sobre todo las primeras semanas.

Si los pechos igual quedan muy ocupados, es beneficioso extraerse la leche sobrante de la mamada para vaciar mejor los pechos y estimularlos a que fabriquen más.

3.- ¿Hay que darle agua al bebé que se amamanta?

Los bebés amamantados al pecho consumen en la leche el líquido que requieren para satisfacer sus necesidades fisiológicas, dado que la leche está compuesta por una mayor proporción de agua, cercana al 90% y un 10% son sólidos, entre los que se cuentan lípidos para otorgar energía, proteínas, vitaminas, y hormonas, con una densidad calórica de 67Kcal por 100 ml.

4.- ¿Se puede fumar tabaco o beber alcohol mientras se amamanta?

Es imprescindible considerar que la nicotina inhibe significativamente la producción de leche, los tiocianatos inhiben la adecuada excreción de yodo a la leche y se afecta el ritmo de sueño, disminuyendo la fase REM. Además ocasiona mayor riesgo a las enfermedades respiratorias, bronquitis y asma. Fumar aparentemente también aumenta el riesgo de muerte súbita del bebé, y la leche materna de una madre no fumadora brinda una mayor y mejor protección a las infecciones y contrarresta en parte los efectos perjudiciales del humo del tabaco.

Respecto del alcohol, la mayor cantidad pasa entre los 30 y 60 minutos después de haber bebido, una dosis mayor de 0,5 gr/Kg puede producir sedación y disminución de la producción de leche; esto equivale a 200cc de vino, 500cc de cerveza o 60cc de licor. No se debe beber alcohol mientras se amamanta, pero si se consume una dosis como las mencionadas debe evitarse amamantar en las siguientes 3 horas del consumo. La madre puede sentir sensación de mayor cantidad de leche, porque los pechos quedan más llenos, pero esto se relaciona con una disminución del 20% del vaciamiento de la glándula en la mamada.

5.- ¿Se puede seguir amamantando en presencia de un nuevo embarazo?

El embarazo origina niveles de estrógeno placentario y otras hormonas que disminuyen la producción de leche y modifican su sabor, asemejándose más al calostro, algunos bebés rechazan esto y se destetan, y otros lo rechazan primero pero "se reenganchan" después y la succión remonta la producción de leche. Si aparecen contracciones, hay que tener presente que la succión estimula la producción de oxitocina, por lo que en algunos casos será necesario suspender la lactancia.

Cuando nace el nuevo bebé la madre posee mamas que funcionan mejor, ya que hay dos bebés succionando, lo que produce más leche. La madre no suele sentir ingurgitación de los primeros días pues el bebé más grande ayuda al vaciamiento, lo que a su vez ayuda a la rápida subida de la leche, de modo que el 2º bebé suele perder menos peso los primeros días. Si el bebé más pequeño es algo lento para succionar, y mama después del primero, encontrará que "ya ha bajado la leche". Finalmente ambos bebés pueden mamar a la vez o por turnos. El mayor ya come otras cosas, de modo que no va a privar al menor de su principal alimento, ya que es él como más pequeño quien tiene la preferencia.

Sin embargo, no es rutinario recomendar la continuación de la lactancia durante un nuevo embarazo, por los grandes requerimientos nutricionales a la madre por parte de ambos procesos simultáneos: embarazo y lactancia y/o lactancia de dos hijos.

6.- Si se entra a trabajar de nuevo, ¿se puede seguir dando leche materna?

La reincorporación al trabajo o estudio puede tener que producirse antes de que la lactancia esté bien consolidada y se debe proporcionar como equipo de salud, los lineamientos necesarios, para mantener y prolongar la lactancia materna, al menos hasta los 6 meses de vida del bebé, por lo tanto es necesario informar a la madre de los derechos para amamantar a su bebé, que permiten un tiempo libre de su horario laboral para estos fines.

Planificar durante la última quincena de permiso post natal, el inicio de la alimentación con leche materna extraída, incluyendo al papá, otro miembro de la familia o cuidador que le ofrecerá regularmente la alimentación, para que el bebé mantenga la costumbre, y además enseñar técnicas de extracción de leche manual o por bomba y las técnicas de almacenamiento de la leche extraída.

7.- ¿Qué se puede hacer cuando hay dolor a los pezones?

El mal acople del bebé al seno y posición inadecuada son las causas principales de este problema, por lo que se debe verificar el buen acople del bebé y ajustar los errores, ya que un mal vaciamiento genera mamas congestionadas, lo que puede causar obstrucción de los conductos mamarios en el seno materno.

Los énfasis se deben hacer en:

- Verificar la posición del cuerpo del bebé y la forma en que se prende al seno y succiona. Para minimizar el dolor, el bebé debe tener la boca bien abierta y tener la mayor parte posible de la aréola dentro de la boca. Una vez que el bebé esté en la posición correcta, se comienza a notar una mejoría inmediata.
- No retrasar la alimentación, e intentar relajarse para que el reflejo de bajada de la leche ocurra naturalmente.
- Extraer con la mano un poco de leche antes de comenzar la alimentación, para que el bebé no se prenda con más fuerza, esperando que llegue la leche.
- Si el dolor de los pezones es intenso, es necesario cambiar de posición cada vez que se amamanta. Esto hace que se ejerza presión en una parte distinta del pezón en cada alimentación.
- Luego de la lactancia, se deben extraer unas pocas gotas de leche y frotarla sobre los pezones. La leche materna humana posee propiedades curativas y emolientes naturales que los aliviarán, como también se puede dejar que los pezones se sequen con el aire luego de amamantar y usar una camisa de algodón suave, para disminuir el exceso de humedad que entorpece la cicatrización.

- Evitar el uso de sostenes o vestimentas que sean demasiado apretadas o que ejerzan presión sobre los pezones.
- Evitar el uso de productos que contengan astringentes u otros químicos para evitar que deban ser quitados antes de amamantar. Lo único que se necesita hacer para mantener los pezones y senos aseados es lavarlos con agua limpia.
- Sugerir descanso necesario, consumo de alimentos saludables e ingesta de suficiente líquido para ayudar al proceso de curación.
- Descartar existencia de infección por hongos o Candidiasis que puede formarse en los pezones debido al exceso de humedad. Entre los signos de candidiasis se encuentran la picazón en la piel, la piel descamada y seca, sensible o rosada. La infección también puede ocurrir en la boca del bebé, por tener contacto con los pezones y se manifiesta con pequeñas manchas blancas en el interior de las mejillas, encías o lengua, que no se pueden remover. También puede aparecer una irritación en el área genital, que no tiene relación delimitada con el área del pañal. En este caso es fundamental el tratamiento médico.

8.- ¿Qué se puede hacer cuando los pechos están congestionados?

Es habitual que las mamas se tornen más grandes, pesadas y algo sensibles cuando comienzan a producir mayores cantidades de leche entre el 2º y 6º día, posterior al nacimiento del bebé. A veces esta plenitud puede convertirse en congestión, y las mamas se perciben duras, sensibles, dolorosas, hinchadas, con calor y enrojecimiento local e inclusive en algunos casos aplanamiento del pezón. A veces la congestión causa una fiebre leve, y puede confundirse con una infección de la mama, pero sólo es acumulación de leche que aminora el paso de la circulación, y cuando la sangre y la linfa se desplazan por el seno, el líquido de los vasos sanguíneos puede filtrarse dentro de los tejidos del mismo.

En este caso se debe revisar y descartar:

- Mal acople o mala posición
- Tiempos de alimentación limitados o poco frecuentes
- Administración de agua, jugo, fórmula o leche materna por biberones con además un uso excesivo de chupete
- Modificación de los horarios de lactancia para reincorporación al trabajo o a los estudios:
- Cambiar de patrones de lactancia del bebé al comenzar a dormir durante la noche o a lactar más frecuentemente durante cierta parte del día y con menor frecuencia durante otros horarios
- Presencia de bebé con succión débil que es incapaz de lactar en forma efectiva
- Existencia de fatiga, estrés, o anemia en la madre.
- Reserva de leche muy abundante
- Lesiones en el pezón
- Anormalidades en la mama

Para disminuir la congestión, se debe corroborar que el bebé esté acoplado y posicionado correctamente en la mama, y estimular el amamantamiento frecuente y la alimentación por todo el tiempo que desee el bebé. Durante los primeros días se debe despertar al bebé cada 2 o 3 horas para amamantarlo, lo que mantiene un flujo constante y evita que la mama se llene demasiado.

- Evitar los biberones suplementarios y el uso del chupete.
- Si es necesario por las condiciones de las mamas, realizar masaje y aplicar calor antes de alimentar.
- Las compresas frías entre las alimentaciones ayudan a aliviar el dolor.
- Aconsejar a las madres que se reincorporan al trabajo, la extracción de leche en los mismos horarios en los que amamantaba el bebé en el hogar.

Chequear el uso de un sostén de la talla correcta, con buen soporte y que no sea demasiado ajustado.

9.- ¿Que se puede hacer si el bebé deja de mamar?

A veces el bebé que tenía tiempo amamantándose, de pronto pierde el interés en lactar y comienza a rechazar el pecho. Esto puede significar que le están pasando varias cosas al bebé, y está tratando de comunicar que puede estar cursando:

- Dolor en la boca debido a la dentición, o causado por una infección por hongos como la candidiasis.
- Infección del oído, que causa dolor al succionar.
- Dolor causado en una determinada posición al lactar, ya sea por una lesión en el cuerpo del bebé o por sensación de dolor en la zona en que ha sido vacunado
- Estar enfadado debido a una separación prolongada de la madre o a un cambio importante en la rutina
- Estar distraído durante la lactancia e interesarse en otras cosas a su alrededor
- Resfrío o congestión nasal que dificulta la respiración al lactar
- Uso desmedido de fórmulas lácteas con biberón o por el uso excesivo del chupete
- Enfadado por escuchar personas, discutiendo o hablando en forma agresiva con otros miembros de la familia durante la lactancia
- Reacción al estrés, a la sobre-estimulación o a haber tenido que esperar repetidamente cuando deseaba lactar.

Por lo tanto frente a esta situación se hace necesario:

- Extraer leche materna en los mismos horarios en los que el bebé solía lactar para prevenir la congestión y la obstrucción de los conductos mamarios.
- Utilizar temporalmente otro método de alimentación para darle la leche materna al bebé, tal como un vasito, una cuchara, o un suplementador a caída libre.
- Mantener una cuenta de los pañales mojados del bebé para asegurarse de que esté consumiendo suficiente leche materna, (mínimo 6 por día).
- Seguir ofreciendo el pecho al bebé. Si el bebé se muestra frustrado, parar e intentar de nuevo más tarde. Intentarlo cuando el bebé esté durmiendo o tenga mucho sueño.
- Probar distintas posiciones de lactancia.
- Enfocar toda la atención en el bebé y confortarlo con más caricias y mimos.
- Amamantarlo en una habitación tranquila, sin distracciones y meciéndolo.

- No hay que confundir este rechazo con la gran eficiencia al mamar que muchos bebés adquieren, con lactancia de sólo algunos minutos a los 4 a 5 meses.

10.- ¿Qué hacer frente al llanto del bebé cuando amamanta?

El llanto es una manera de comunicación del lactante que indica una necesidad de sueño, cansancio o, simplemente, de contacto, de estar en brazos. Responder precozmente al llanto y tomarlos en brazos mejora los cólicos más que el tipo de alimentación o cualquier otra intervención y no malcría al niño.

Si los episodios de llanto del bebé se deben a presencia de cólicos, suelen durar alrededor de 2-3 horas al día más de 3 días a la semana y que aparecen por la tarde-noche. El bebé estira y encoge las piernas, y muestra una expresión de dolor.

Las causas no están bien determinadas y se pueden relacionar con alergias, gases, hipermotilidad intestinal, sobrecarga de estímulos. Siempre hay que descartar alguna enfermedad y comprobar que la técnica de lactancia es correcta ya que esto puede ser causa de llanto. En pocos casos el llanto puede ser consecuencia de alergia a las proteínas de la leche de vaca, u otro alimento que toma la madre, en este caso, la madre puede suspender la ingesta de lácteos durante una semana. Si el problema persiste, es necesaria una evaluación médica dirigida.

11.- ¿Qué puedo hacer si el bebé muerde mi pecho?

A veces, los niños muerden el pecho. Como es doloroso, hay que intentar que dejen de hacerlo. La mejor manera es a base de 3 instancias:

- 1.- Decir ¡No! Seco y claro a modo de mensaje verbal.
- 2.- Poner cara seria mirándole a la cara.
- 3.- Quitarle el pecho de la boca, pero sin retirarlo del regazo.

Los mensajes no verbales, como los gestos, refuerzan al verbal y ayudan al bebé a comprender, ya que es pequeño y no sabe que su mordida duele. Luego se le ofrece de nuevo y se dice "no muerdas". Generalmente es necesario repetirlo, pero en pocas sesiones aprenden la lección.

Algunos bebés se asustan y lloran si el "¡no!" es muy seco y la cara muy seria. Se les puede abrazar para consolar, pero sin dar el pecho inmediatamente de consuelo. Esperar a que se tranquilicen antes de ofrecerles el pecho, para repetir el mensaje, si es necesario, un poco más suavemente.

12.- ¿Puedo hacer deporte si doy pecho?

La práctica de ejercicio y actividades deportivas son perfectamente compatibles con la lactancia. El ejercicio moderado es saludable, no habiendo cambios en la composición de la leche ni disminución de su producción, que incluso puede aumentar. Sin embargo el ejercicio intenso, podría disminuir la concentración de algunos factores de defensa contenidos en la leche como la IgA y el azúcar natural de la leche, vale decir la lactosa, y además aumentar la de otros productos como ácido láctico y proteínas, con el posible cambio de sabor de la leche, aunque esto suele ser bien tolerado por el lactante. Aunque no se ha demostrado que el ejercicio disminuya la producción de leche, practicar ejercicio intenso de forma continuada sólo sería aconsejable en mujeres previamente entrenadas, por ejemplo, en deportistas profesionales.

La natación no está contraindicada, una vez pasado el puerperio inmediato. El frío puede inhibir la eyección de leche, pero sólo momentáneamente.

Algunos deportes pueden producir molestias en los pechos, como el aeróbico, tenis, atletismo, para prevenir esta situación, se recomienda practicar deporte después de amamantar y usar un sujetador firme sin que apriete demasiado. Para las mujeres que desean perder peso, la combinación de ejercicio moderado y una dieta equilibrada es

una opción muy aceptable; y para quienes no son deportistas, pero desean hacer algo de ejercicio, lo más sencillo es caminar al menos 45 minutos, diariamente, a ritmo sostenido que evidencia un aumento de la frecuencia cardíaca.

13.- ¿Es posible amamantar, si la madre recibe tratamiento para el hipotiroidismo?

La tiroxina no interfiere en la lactancia y la dosis requerida es indicada a la mujer embarazada por un médico endocrinólogo, la que será monitoreada durante la gestación y readecuada después del parto. En algunos casos está recomendado un suplemento de yodo, alrededor de 200 microgramos al día, según prescripción médica, durante toda la lactancia, para aportar yodo al niño/niña y apoyar el desarrollo neurológico del bebé.

14.- ¿Cómo se puede descongelar la leche materna almacenada para darle al bebé?

Se recomienda dejarla en la nevera el día anterior, luego idealmente dejarla 1 hora a temperatura ambiente y llevarla a entibiar a baño maría sin fuego. En caso contrario y por urgencia, se retira del congelador, se coloca bajo el chorro de agua fría de la llave, ya que la temperatura del agua del grifo no altera las propiedades de la leche y finalmente se entibia a baño maría.

15.- ¿Cómo se puede saber cuando hay que cambiar al otro pecho porque el pecho ya está vacío?

Hay algunos signos que pueden indicar que el bebé ya está terminando de mamar, como que se va quedando cada vez más adormilado, abre las manitas; las piernas y los brazos se relajan y se estiran, y succiona con menos fuerza. Si no se suelta espontáneamente, se puede meter el dedo meñique en su boca, para separarlo y ofrecerle el otro pecho.

16.- ¿Se puede dar de beber agua a un bebé de 6 semanas?

La leche materna contiene agua, si el bebé tiene sed, pedirá el pecho, tomará un poco hasta calmar su sed, no necesita más agua que eso; al contrario, es más importante que cuando lo reclame tome todo el pecho que desee, que además de calmarle la sed, le aporta nutrientes, que el agua no le brindará; no olvidar además que el estómago del bebé es pequeño y si se llena de agua no le cabe la leche de su madre que es su verdadero alimento, ya que es tan buena que lleva todo lo que el bebé necesita, como: mayor proporción de agua (90%), 10% son sólidos (lípidos > energía), proteínas, vitaminas, hormonas, inmunoglobulinas, y una densidad calórica de más o menos 67%.

17.- ¿Qué se debe hacer si el bebé que se alimentaba sin problemas cada 3 o 4 horas, al tomar el pecho comienza a dar cabezazos, suelta el pezón, lo vuelve a coger con ansias, lloriquea, y se agita?

En estos casos es muy importante mantener la calma, intentar contener y tranquilizar al bebé y realizar un ajuste en el horario de mamadas, haciéndolas más seguidas, cada 2 o 1 hora si es necesario, mientras se reorganiza la producción del volumen de leche demandado por el bebé; no se debe olvidar que mientras más seguido se succione el pecho, mayor será el estímulo de producción láctea.

18.- ¿Cuándo y cómo se presenta la mastitis?

La mayor frecuencia, está dada en la segunda y tercera semanas postparto. Aunque el riesgo de aparición está presente durante las primeras 12 semanas post parto.

19.- ¿cuál es el tratamiento para la mastitis abscedada?

En la etapa Abscedada se presenta:

Compromiso del estado general

Fiebre alta

Calofríos

Tumefacción de la mama afectada, además de intenso dolor, calor y rubor, con eventual eliminación de material purulento.

Se recomienda:

Consultar a un médico, para evaluación y eventual tratamiento antiinflamatorio y antibiótico, ya que está indicado cuando:

Los recuentos celulares y de colonias bacterianas indican infección.

Los síntomas son graves desde el comienzo

Los síntomas no mejoran 12-24 horas tras mejorar el vaciamiento de la leche.

Los antibióticos son indicados según sensibilidad del agente y administrarse aprox. durante 10-14 días y evaluar respuesta al tratamiento.

Deben usarse dosis altas de Amoxicilina 1 gr. cada 6 horas y evaluar respuesta, idealmente tomar cultivo.

En muy pocas ocasiones, puede requerir el absceso de vaciamiento quirúrgico.

20.- En los bebés prematuros ¿la leche que debe tomar es siempre la de la mamá o hay casos donde sólo son fórmulas artificiales?

La leche materna es la mejor opción para alimentar al bebé, ya que posee superioridad nutricional y ausencia de injuria físico- química y antigénica.

Proporciona además apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y prevención de morbimortalidad. Sólo por indicación médica, frente a patologías específicas que curse el bebé prematuro, requerirá de la indicación de una fórmula láctea, dirigida a su afección.

21.- Cuando dan de alta al bebé: ¿debe tomar leche en mamadera o del pecho materno?

La matrona o matrn, deben supervisar directamente la alimentación en el bebé, comprobando que se realiza correctamente antes de ir a su hogar.

Constatar que los padres conocen la forma de despertar un neonato somnoliento.

Pesquisar los signos de amamantamiento ineficaz y enseñarlos a los padres.

Evitar los suplementos como suero, agua, fórmula.

Asesorar a la madre y padre en la mantención de la lactancia materna de su bebé, al pecho materno idealmente hasta los 6 meses de vida, que es lo recomendado por la OMS/OPS.

22.- Durante el proceso de lactancia y para incentivar la participación del papá en el proceso de apego ¿le influye al bebé que lo acostumbren a tomar pecho y también mamadera con leche materna? ¿Es bueno o malo?

De acuerdo a la evidencia científica actual publicada, siempre será positivo que el bebé se alimente exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de vida y si es al pecho de su madre mucho mejor, puesto que el uso de chupetes aumenta la exposición al riesgo de patologías dentarias y caries a futuro. La participación del padre es fundamental, ya que la madre que amamanta, necesita de mucho apoyo y colaboración de parte de él, para poder alimentar a su bebé tranquila y no tener que estar sobre exigida con todas las cosas de las tareas hogareñas y laborales, es por lo tanto un trabajo en equipo, para cuidar responsablemente y con amor al bebé.

23.- ¿Cuál es la mejor manera de incentivar la participación del papá en la lactancia?

Siempre es necesario que se mantenga lo más cercano posible a la madre viviendo y compartiendo las actividades y experiencias en el embarazo, parto y crianza. Esto significa que pueda acudir a los controles y educaciones prenatales de estimulación del bebé y cuidados del embarazo, estar presente en el trabajo de parto ayudando a la madre con un parto natural, presenciar el nacimiento de su hijo, participar del contacto piel a piel después que el bebé, lo realizó con la madre y participar en la atención de las primeras horas de vida de su bebé, todo esto se realiza , como parte del Sistema de Chile Crece Contigo y es un derecho que posee la familia, para proteger la primera infancia otorgando un escenario más amigable y de compromiso recíproco con las personas involucradas.

24.- ¿Existe algún consejo para evitar el dolor, la irritación y el sangramiento de los pezones al comienzo de la lactancia?

Siempre se debe:

- Limpiar el pezón antes de alimentar al bebé con la leche de la madre.
- Verificar una postura correcta de la madre, vale decir, sentada o acostada, pero con la espalda y pies bien apoyados, para ofrecer una posición de descanso, donde siempre, se lleva el niño hacia el cuerpo de la madre, y no la madre doblando su columna para alcanzar a su bebé
- Constatar un buen acoplamiento del bebé al pecho de su madre, como lo mencioné más arriba, todo el pezón y la areola dentro de la boca del bebé, nariz y mentón apoyados en la mama, y el abdomen y tórax del bebé apoyados al cuerpo de su madre permitiendo que el cuello le quede derecho y sostenido.
- Se pueden hacer uso de cojines de lactancia para ayudar a sostener al bebé, logrando comodidad de madre e hijo/a
- .Antes de retirar al bebé del pecho, se debe introducir el dedo meñique por la comisura labial del niño/a, para avisarle que suelte el pecho y así poder retirarlo, sin traccionar el pezón.
- Después de terminar de amamantar, limpiar el pezón con la leche de la madre y dejar secar al aire antes de tapar la mama con el sostén, a esto se llama parche de leche y hace de barrera protectora entre cada alimentación.

25.- ¿De qué depende el sentir dolor al comenzar a amamantar?

La lactancia es un evento fisiológico, para el que la mujer está biológicamente preparada, por lo tanto se espera que sea una experiencia agradable maravillosa.

El dolor aparece con temores por malas experiencias previas.

Presión por mitos que le han comentado.

Falta de apoyo de sus seres queridos y del personal de salud.

Falta de conocimiento de una buena técnica de lactancia.

26.- ¿Existe algún remedio o consejo para evitar los cambios como estrías, flacidez, aumento o disminución de la talla?

Lo fundamental es el uso de un sostén acorde al tamaño de las mamas, con tirantes gruesos que puedan sostener el peso de éstas al estar llenas de leche y evitar el dolor de la espalda por el esfuerzo.

La altura a la que debe quedar el seno materno con el sostén que se está usando, es que el pezón se ubique a nivel del punto medio del brazo, entre la distancia que existe desde el hombro al codo, de modo de evitar que el tejido se vea exigido por el aumento de tamaño, el aumento de peso y la fuerza de gravedad ejercida sobre él.

Lo otro importante es que el sostén debe ser de algodón, para evitar excesos de humedad que sólo agregarían complicaciones como una infección por hongos a la madre y su bebé.

27.- ¿Cómo se produce la leche?

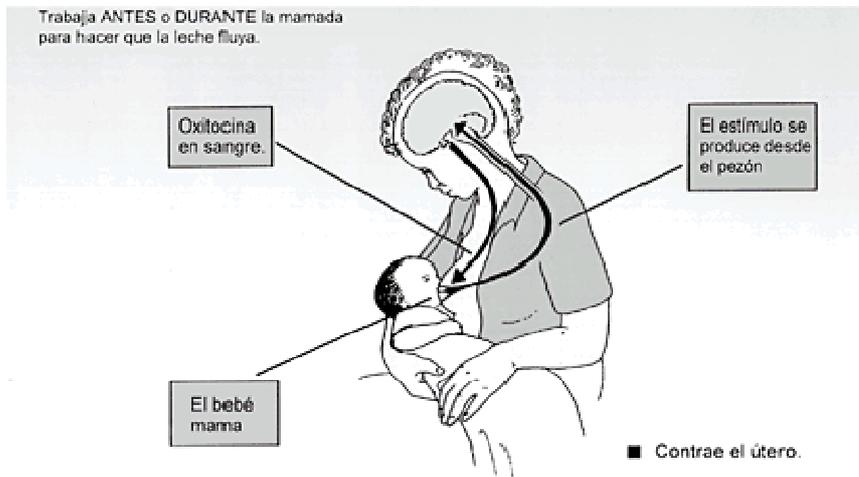
Cuando se estimula la areola se segrega en la glándula hipófisis una hormona que se llama prolactina, que estimula la producción de leche, es por tanto la hormona responsable de que las células de la glándula mamaria produzcan leche. Es importante recordar que inhibe la ovulación y que se produce más durante la noche. El reflejo de prolactina responde positivamente a la succión, ya que a mayor estímulo de la areola, se produce mayor cantidad de leche. Es importante tener esto en cuenta, ya que no es necesario comprimir el pezón con los dedos, para verificar si hay leche en la mama, lo más recomendable, es estimular al bebé, para que succione el pecho materno.

28.- ¿Cómo toma el niño la leche?

La leche sale del pecho de la madre de dos formas:

Una, por el reflejo de oxitocina: al estimular la areola con la boca, en la hipófisis se produce también oxitocina. Se llama también reflejo de salida de la leche.

Esta hormona hace que se contraigan los músculos situados alrededor de los alvéolos donde se produce la leche, haciendo que al mismo tiempo miles de gotas salgan a los canalículos de la glándula mamaria (conductos galactóforos) que conducen la leche hasta los senos lactíferos y a través del pezón a la boca del niño; (el útero también se contrae). Muchas mujeres lactantes ante diferentes estímulos como los táctiles en el pezón y la areola, auditivos al llorar el niño o visuales, del bebé, tienen salida espontánea de la leche, goteando de ambos pechos.



La otra forma en que se obtiene la leche del pecho, es la compresión con la boca del niño de los senos lactíferos, presionándolos de tal forma que sale más leche y de forma más eficaz. La Fisiología de la Succión nos muestra que la boca no chupa. Entre el paladar y la lengua se comprime una parte del pecho que se mantiene dentro de la boca en el que están situados los senos lactíferos. Al estar dentro de la boca, es difícil ver la areola cuando el niño está bien agarrado al pecho.

Para que esta compresión sea eficaz la boca tiene que estar muy abierta y la lengua tiene que estar por debajo de la areola, de tal forma que si el pezón estuviera fuera de la boca éste se situaría a la altura de la nariz.

La presión de la lengua y el paladar y los movimientos ondulatorios de la lengua de delante hacia atrás, hace que la leche salga a través del pezón a la garganta.

La colocación de la boca en el pecho es fundamental.

COLOCACIÓN AL PECHO

Correcta

Incorrecta



29.- ¿Cómo puedo saber que está bien cogido al pecho

Una vez en la postura y la colocación de la boca adecuadas, la madre sabe que está bien cogido/a y sacando leche, porque no siente molestias en el pecho y el ritmo de movimiento de la boca del bebé, es al principio rápido y cuando se produce el reflejo de la oxitocina, la boca se llena de leche, los movimientos de la boca se hacen más lentos y amplios con succiones en frecuencia de de 6 á 10 veces y luego reposo entre ellas.

Se escucha tragar y se ve como al mamar menea las mandíbulas ampliamente con lo que se le pueden mover las orejas.

30.-¿Cuándo y cuanto tiempo debe de mamar?

El pecho no tiene horario, cada bebé tiene hábitos y modelos que va siguiendo. Probablemente si el niño/a está bien cogido en un período entre 15 a 30 minutos soltará el pecho quedándose dormido. Es esperable que al principio pida de mamar cada hora y media a dos horas y posteriormente estos intervalos podrían ir espaciándose.

Si el/la niño/a quieren mamar en todo momento y no se sueltan nunca del pecho habría que valorar la posición del bebé, sobre todo si la madre tiene molestias en el pezón, cuando mama. Durante el primer mes el bebé debe de mamar por lo menos 6-8 veces al día.

31.- ¿Cómo se puede tener más leche?

Cuanto más se estimula y vacía el pecho, más leche produce. Si se necesita producir más leche, se debe poner al bebé a mamar. Si la posición es correcta satisfará todas sus necesidades a su tiempo. . El aspecto psicológico puede jugar un papel muy importante en estos casos. Es importante tener presente que generalmente es el niño quien regula la producción de leche con su succión..

32.- ¿Hasta cuando he de amamantarlo?

La decisión de amamantar es de la madre y ella y su hija/o debiera decidir hasta cuando durará la lactancia materna. La Academia Americana de Pediatría recomienda que la lactancia materna sea exclusiva los 6 primeros meses de vida y junto con otros alimentos por lo menos un año. Luego mientras la madre y el niño quieran. La OMS en su asamblea de mayo de 2001 recomendó que la lactancia fuera exclusiva los primeros seis meses y luego por lo menos dos años.

33.- ¿Cuándo he de dar algo más que la leche?

Como hemos dicho antes, la OMS no recomienda más que leche materna durante los 6 primeros meses, fundamentalmente porque la introducción de sólidos a los 3 o 4 meses aumenta el riesgo de diarrea. La Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica recomienda que los sólidos no se inicien antes de los 4 meses ni después de los 6 meses.

La Academia Americana de Pediatría sugiere que el niño está listo para tomar otros alimentos cuando:

- Es capaz de estar sentado por sí solo
- Pierde el reflejo de extrusión (reflejo que tienen los lactantes pequeños evitando con la lengua que entren cosas distintas de la leche)
- Muestra interés por la comida de los adultos, lo que generalmente se observa a los 4 y medio a 5 meses
- Saben mostrar hambre y saciedad con sus gestos.

Todo esto, siempre por evaluación e indicación del pediatra.

34.- ¿Qué he de comer para poder amamantar?

En algunas oportunidades se han puesto condiciones a la mujer sobre lo que debía y podía comer para amamantar a un bebé, pero estas indicaciones sólo generalizan una realidad que es muy diferente en cada una de las personas, ya que por ejemplo no es necesario que la mujer deba que bebe leche de vaca para producir mas leche., de

hecho ningún otro mamífero toma leche para amamantar a sus crías y la calidad de esta es perfecta. El riesgo de la ingesta excesiva de leche está en que se puede provocar en el bebé alergias a las proteínas de la leche de vaca a través de su madre. Tampoco es verdad que necesite comer por dos, puesto que para producir suficiente leche y de la mejor calidad, la mujer que amamanta necesita solo 500 calorías extras; el resto de la energía para producir la leche la obtiene de los depósitos grasos que ha ido haciendo durante el embarazo., por lo tanto cuando la madre come lo necesario, el bebé con el amamantamiento favorece la disminución del peso materno.. Tampoco existen de primera instancia alimentos prohibidos. Es posible que al tomar algunos alimentos el olor de la leche varíen, lo que puede hacer que el bebé en un primer momento note algo extraño e incluso rechace el pecho. Los bebés que han tomado pecho, se habitúan de esta forma a los olores y sabores de otros alimentos por lo que luego, en general, los aceptan mucho mejor.

35.- En los bebés prematuros ¿la leche que debe tomar es siempre la de su mamá o hay casos donde sólo son fórmulas artificiales?

La leche materna es la mejor opción para alimentar al bebé, ya que posee superioridad nutricional y ausencia de injuria físico- químico y antigénico.

Proporciona además Apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y prevención de morbi mortalidad. Si el prematuro tuvo un peso de nacimiento menor de 1500 g, es fundamental el agregado de fortificante, con proteínas, calcio y fósforo.

36.- Cuando dan de alta al bebé: ¿debe tomar leche en mamadera o del pecho materno?

- La Matrona o Matrón, deben supervisar directamente la alimentación en el bebé, comprobando que se realiza correctamente antes de ir a su hogar.
- Constatar que los padres conocen la forma de despertar un neonato somnoliento.
- Pesquisar los signos de amamantamiento ineficaz y enseñarlos a los padres.
- Evitar los suplementos como suero, agua, fórmula.
- Asesorar a la madre y padre en la mantención de la lactancia materna de su bebé, al pecho materno idealmente hasta los 6 meses de vida, que es lo recomendado por la OMS/OPS.

37.- ¿La madre debe tener algún tipo de cuidado para que los bebés eructen, o son los mismos que para un bebé normal?

Si se maneja una buena técnica de amamantamiento, con un bebé que introduce el pezón y la areola en su boca, apoya la punta de su nariz y mentón en la mama y al succionar sus mejillas no se hundan, la posibilidad que trague aire que lo haga eructar es baja, por lo que no es requisito con un buen amamantar que los bebés deban eructar, ya que no tragan aire.

38.- Durante el proceso de lactancia y para incentivar la participación del papá en el proceso de apego ¿le influye al bebé que lo acostumbren a tomar pecho y también mamadera con leche materna? ¿es bueno o malo?

De acuerdo a la evidencia científica actual publicada, siempre será positivo que el bebé se alimente exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de vida y si es al pecho de su madre mucho mejor, puesto que el uso de chupetes aumenta la exposición

al riesgo de patologías dentarias y caries a futuro. La participación del padre es fundamental, ya que la madre que amamanta, necesita de mucho apoyo y colaboración de parte de él, para poder alimentar a su bebé tranquila y no tener que estar sobre exigida con todas las cosas de las tareas hogareñas y laborales, es por lo tanto un trabajo en equipo, para cuidar responsablemente y con amor al bebé.

39.- ¿Cuál es la mejor manera de incentivar la participación del papá en la lactancia?

Siempre es necesario que se mantenga lo más cercano posible a la madre viviendo y compartiendo las actividades y experiencias en el embarazo, parto y crianza. Esto significa que pueda acudir a los controles y educaciones prenatales de estimulación del bebé y cuidados del embarazo, estar presente en el trabajo de parto ayudando a la madre con un parto natural, presenciar el nacimiento de su hijo, participar del contacto piel a piel después que el bebé, lo realizó con la madre y participar en la atención de las primeras horas de vida de su bebé, todo esto se realiza , como parte del Sistema de Chile Crece Contigo y es un derecho que posee la familia, para proteger la primera infancia otorgando un escenario más amigable y de compromiso recíproco con las personas involucradas.

40.- ¿Existe algún remedio o consejo para evitar los cambios como estrías, flacidez, aumento o disminución de la talla de los pechos? ¿Qué se puede hacer?

Lo fundamental es el uso de un sostén acorde al tamaño de las mamas, con tirantes gruesos que puedan sostener el peso de éstas al estar llenas de leche y evitar el dolor de la espalda por el esfuerzo.

La altura a la que debe quedar el seno materno con el sostén que se está usando, es que el pezón se ubique a nivel del punto medio del brazo, entre la distancia que existe desde el hombro al codo, de modo de evitar que el tejido se vea exigido por el aumento de tamaño, el aumento de peso y la fuerza de gravedad ejercida sobre él.

Lo otro importante es que el sostén debe ser de algodón, para evitar excesos de humedad que sólo agregarían complicaciones como una infección por hongos a la madre y su bebé.

Dudas más frecuentes en torno a la lactancia materna y legislación.

El trabajo es un derecho de la mujer actual que le permite ser independiente económicamente y realizarse como persona. Algunas mujeres deciden dejar de trabajar cuando son madres, pero ser una buena madre no es incompatible con trabajar fuera de casa, tanto si se amamanta como si no.

Además de fortalecer el vínculo afectivo entre la madre y el bebé, hoy se sabe que la lactancia materna otorga múltiples beneficios a ambos.

41. ¿Cómo protege la ley a la mujer trabajadora que amamanta?

En el momento actual según la legislación de nuestro país, Código del Trabajo, Ley N° 20.166: Extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aun cuando no exista sala cuna, (Diario Oficial, 12 Febrero 2007)

"Artículo 206.- Las trabajadoras tendrán derecho a disponer, a lo menos, de una hora al día, para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este derecho podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el empleador:

a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.

- b) Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.
- c) Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

Este derecho podrá ser ejercido preferentemente en la sala cuna, o en el lugar en que se encuentre el o la menor. Para todos los efectos legales, el tiempo utilizado se considerará como trabajado.

El derecho a alimentar consagrado en el inciso primero, no podrá ser renunciado en forma alguna y le será aplicable a toda trabajadora que tenga hijos menores de dos años, aun cuando no goce del derecho a sala cuna, según lo preceptuado en el artículo 203.

Tratándose de empresas que estén obligadas a lo preceptuado en el artículo 203, el período de tiempo a que se refiere el inciso primero se ampliará al necesario para el viaje de ida y vuelta de la madre para dar alimentos a sus hijos. En este caso, el empleador pagará el valor de los pasajes por el transporte que deba emplearse para la ida y regreso de la madre”.

42. Jurisprudencia Administrativa

La Dirección del Trabajo se ha pronunciado en esta materia haciendo la siguiente interpretación: “el derecho que nos ocupa, ha sido concebido por el legislador para que sea ejercido en forma universal por todas las madres trabajadoras con hijos menores de dos años, constituyéndose de esta forma en otro derecho protector de la maternidad. Asimismo, se tuvo en consideración para su establecimiento, todos los beneficios que reporta, tanto para la madre como para el hijo, el hecho de que este último pueda ser alimentado por un período más prolongado de tiempo directamente por aquella”.

Dictamen N° 2248/047 del 19/06/2007, Directora del Trabajo.

¿Puedo renunciar a este derecho?

El derecho a alimentar a su hijo menor de 2 años, no podrá ser renunciado en forma alguna y le será aplicable a toda trabajadora que tenga hijos menores de dos años, aun cuando no goce del derecho a sala cuna.

En general los derechos laborales, en especial todas las relativas a la Protección a la Maternidad y a las que favorecen la Lactancia del hijo menor de dos años, ya sea para empleados públicos o privados, según lo establece el artículo son irrenunciables, así se establecen el artículo 5° del Código del Trabajo, que señala “Los derechos establecidos por las leyes laborales son irrenunciables, mientras subsista el contrato de trabajo” y a su turno, artículo 206, del mismo cuerpo legal indica: “El derecho a alimentar consagrado en el inciso primero, no podrá ser renunciado en forma alguna y le será aplicable a toda trabajadora que tenga hijos menores de dos años, aun cuando no goce del derecho a sala cuna, según lo preceptuado en el artículo 203”.

El artículo 206 señala expresamente las formas en que este derecho debe ser ejercido por la trabajadora y en ningún caso podrá impedirse su ejercicio o ejercerlo en una forma distinta a la estipulada pues ello importaría una renuncia a ese derecho.

Jurisprudencia Administrativa

En cuanto a ello la Dirección del trabajo ha señalado lo siguiente: “Ahora bien, el contexto de la norma en análisis permite sostener que el derecho que ella contempla puede ser ejercido a través de alguna de las tres alternativas que la misma establece, todas encaminadas a que el beneficio se ejerza diariamente por la trabajadora, sin que

exista otra forma de dar cumplimiento a él, razón por la cual, en opinión de la suscrita, no resulta procedente que las partes acuerden una alternativa distinta como la propuesta por el recurrente.

Suscribir el acuerdo planteado en la presentación, significaría una renuncia por parte de la trabajadora al derecho en comento, el que acorde a lo señalado en párrafos anteriores, no puede ser renunciado en forma alguna". Dictamen N° 2248/047 del 19/06/2007, Dirección del Trabajo; Dictamen. N°0421/006 del 28/01/2009, Dirección del Trabajo

43. ¿Qué sucede en el caso de amamantar hijos gemelos?

Si la trabajadora tiene hijos de una misma edad o nacidos en parto múltiple o de distinta edad menores de dos años, el tiempo máximo de una hora que tiene derecho para alimentar a sus hijos es por cada hijo menor de dos años.

44. ¿Cuánto tiempo puedo ocupar para trasladarme a alimentar a mi hijo/a?

El período de tiempo a que se refiere la ley de protección de la lactancia se ampliará al necesario para el viaje de ida y vuelta de la madre para dar alimentos a sus hijos.

Si bien la ley no señala un tiempo determinado que deba demorar el desplazamiento, si lo limita "al necesario" para el viaje de ida y vuelta de la madre para acudir al lugar donde se encuentra el hijo. Este período de tiempo no se entiende comprendido dentro de la hora en que la madre tendrá para amamantar a su hijo, pues el tiempo de desplazamiento será adicional.

Indica, al respecto el artículo 206: "Tratándose de empresas que estén obligadas a lo preceptuado en el artículo 203, el período de tiempo a que se refiere el inciso primero se ampliará al necesario para el viaje de ida y vuelta de la madre para dar alimentos a sus hijos. En este caso, el empleador pagará el valor de los pasajes por el transporte que deba emplearse para la ida y regreso de la madre.

45. ¿Que sucede en el caso que la trabajadora tenga convenida una jornada parcial de trabajo?

En el caso que la trabajadora tenga convenida una jornada parcial de trabajo que realiza, por ejemplo, sólo en la mañana, la jurisprudencia administrativa de la Dirección del Trabajo ha señalado que no resulta jurídicamente procedente otorgar el permiso en forma proporcional a la jornada pactada, de forma que la dependiente debe gozar del referido permiso por el tiempo que determina la ley, esto es, de una hora al día, debiendo ejercerse de alguna de las formas antes señaladas

Jurisprudencia Administrativa

"El derecho que consagra el inciso 1° del artículo 206 del Código del Trabajo, para que la madre disponga de una hora al día para dar alimento a sus hijos menores de dos años, es aplicable a toda trabajadora que tenga hijos menores de esa edad, aún cuando no goce del derecho a sala cuna. La forma en que este beneficio se puede ejercer, es acordando con el empleador cualesquiera de las tres modalidades consagradas en dicho inciso. En el evento de que no existiera acuerdo en cuanto a la alternativa propuesta por la trabajadora, titular de este derecho irrenunciable, se configuraría el incumplimiento de este precepto por parte del empleador, factible, de acuerdo a las reglas generales, de ser sancionado por nuestro Servicio en virtud de las facultades que le son propias, sin perjuicio de:

- Ratificar el régimen que la trabajadora haya elegido.

- Las trabajadoras contratadas a tiempo parcial, tienen derecho al permiso para alimentar a sus hijos que se establece en dicho precepto y el tiempo que abarca el mismo, no corresponde otorgarlo en forma proporcional a su jornada.
- A la madre trabajadora que presta servicios para dos empleadores distintos, le asiste el derecho de exigir a ambos el permiso para dar alimento a sus hijos". Dictamen N° 2248/047 Dirección del Trabajo 19-jun-2007.-

46. ¿Se puede modificar este beneficio acumulando las horas y devueltas en una determinada jornada, en caso de necesidad de la empresa (sistema de turnos)?

La respuesta es NO, porque la ley es categórica "las trabajadoras tendrán derecho a disponer, a lo menos, de una hora al día, para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este derecho podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el empleador:

- a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo.
- b) Dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones.
- c) Postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo"

El derecho a amamantar solo se podrá ejercer en alguna de las 3 formas establecidas en el artículo 206 del Código del Trabajo, y no podrá ser objeto de ninguna modificación, toda vez que la enumeración hecha por la Ley es taxativa.

Cualquier modificación en su ejercicio se entenderá como una contravención.

"El artículo 206 señala expresamente las formas en que este derecho debe ser ejercido por la trabajadora y en ningún caso podrá impedirse su ejercicio o ejercerlo en una forma distinta a la estipulada pues ello importaría una renuncia a ese derecho".

Jurisprudencia Administrativa

"No resulta ajustado a derecho un acuerdo entre empleador y trabajadora que tenga por objeto que ésta haga uso del derecho a alimentar que contempla el inciso 1° del artículo 206 del Código del Trabajo, en forma acumulada una vez a la semana".

De esta suerte, teniendo en vista lo que se ha pretendido proteger con la dictación de esta norma, no cabe sino concluir, en opinión de esta Dirección, que siendo la trabajadora la titular del beneficio, a ella le corresponde la elección de la fórmula que le resulte más adecuada, de manera que en el evento de que no existiera acuerdo con el empleador en cuanto a la alternativa propuesta por ésta, se configuraría, lógicamente, el incumplimiento de dicho precepto por parte de este último, factible, de acuerdo a las reglas generales, de ser sancionado por nuestro Servicio, en virtud de las facultades que le son propias, sin perjuicio de ratificar el régimen que la trabajadora haya elegido."

Teniendo en consideración lo señalado anteriormente es posible concluir que los fundamentos que tuvo en vista el legislador para el establecimiento del beneficio en estudio, se verían desvirtuados si la trabajadora en vez de hacer uso de él en forma diaria, lo hiciera en forma acumulada una vez a la semana. Dictamen N° 0421/006: 28/01/2009, Dirección del Trabajo.

47. ¿Quién fiscaliza el cumplimiento del beneficio otorgado por el Código del trabajo?

La fiscalización del cumplimiento de las disposiciones de este beneficio corresponde a la Dirección del Trabajo y a la Junta Nacional de Jardines Infantiles.

48. Estoy amamantando y voy a volver a trabajar, ¿cómo lo hago? ¿Afectará a mi producción de leche el estrés laboral?

La lactancia la mantiene conectada a su bebé, aún cuando no está cerca físicamente. Idealmente es seguir con la idea de amamantar y/o sacarse la leche y dejarla almacenada en refrigerador para ofrecerla en aquellos momentos en que la mamá se encuentra trabajando.

www.serviciodesaludaconcagua.cl

BIBLIOGRAFÍA

www.serviciodesaludapuncagua.cl

Capítulo I

1. Juez G., Díaz S., Casado M.E., Durán E., Salvatierra A.M., Peralta O. y col. Growth Pattern of selected urban Chilean infants during exclusive breast-feeding. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1983. 38: 462-468.
2. Stuart-Macadam P, Dettwyler KA. *Breastfeeding, Biocultural Perspectives*, New York, 1995.
3. Casado M.E. Lactancia Exitosa: descripción del manejo del binomio madre-hijo. *Rev Chil Pediatr* 1989; 60 (Supl 2); 9-13.
4. Díaz S., Casado M.E., Miranda P., Schiappacasse V., Salvatierra A.M., Herreros C. y col. Lactancia, amenorrea e infertilidad. *Rev Chil Pediatr* 1989; 60 (Supl 2); 14-18.
5. Dewey K., Heinig J., Nommsen L., Peerson J. and Lonnerdal B. Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: the DARLING Study. *Pediatrics* 1992; 89: 1035-1041.
6. Casado M.E., Reyes M.V., Schiapasse V., Miranda P., Aravena R., Herreros C., Juez G. y Díaz S. Crecimiento de los niños según la forma de amamantar. *Rev. Chil Pediatr*. 1998. Vol. 69 (1); 8-15.
7. Butte NF, Garza C, Smith EO, Nichols BL. Human Milk Intake and Growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984 Feb; 104 (2): 187-195.
8. Hanson L., Ahlstedt S., Andersson B., Carisson B., Fallstrom S., Mellander L. et al. Protective factors in milk and the development of the immune system. *Pediatrics* 1985; 75 (Suppl): 172-176.
9. *Clinics in Perinatology* Vol. 14 N° 1 March 1987.
10. Report of the task force on the assessment of the scientific evidence relating to infant-feeding practices and infant health. *Pediatrics* 74 (suplemento) 579-762, 1984.
11. George D.E. and Lebenthal E. Human Breast milk in comparison to Cow's milk in Comparison to Cow's milk. In Lebenthal Textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infants. Reven Press, New York. 1981, p. 295-320.
12. Steichen J.J., J¿Krug-Wispe S.K. and Tsang R.C. Breastfeeding the low birth weight Preterm Infant. *Clinics in Perinatology* Vol. 14 N° 1 March 1987, p. 131-171.
13. Wagner C. L. and Purohit D.M. Guest Editors. Clinical Aspects of Human Milk and Lactation. *Clinics in Perinatology*. 1999. June. 251-547.
14. Harris P, Gutiérrez H, Arnaiz P, Moore R, Hirsch T, Romero MI, Villarroel L, Guiraldes E.: ³Effect of type of feeding and morbidity due to infectious diseases in the first six months of age². Abstract. *Pediatric Research* 1993; 33:118A.
15. Laurence R.A. The management of Lactation as a Physiologic Process. *Clinic in Perinatology* 14 N° 1. March 1987 p. 1-9.
16. George D.E. and Lebenthal E. Human Breast milk in comparison to Cow's milk in Comparison to Cow's milk. In Lebenthal Textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infants. Reven Press, New York. 1981, p. 295-320.
17. Steichen J.J., J¿Krug-Wispe S.K. and Tsang R.C. Breastfeeding the low birth weight Preterm Infant. *Clinics in Perinatology* Vol. 14 N° 1 March 1987, p. 131-171.
18. Suplemento 2 del Volumen 60 de la Revista Chilena de Pediatría. Lactancia Natural 1989.
19. Juez G., Díaz S., Peralta O., Casado M. I., Salvatierra A.M., Durán E., Henández M., Croxatto H.B., Lactancia Materna Exclusiva Crecimiento del Lactante en un grupo seleccionado de niños chilenos. *Rev. Chil. de Pediatr*. 55 N° 4, Julio-Agosto 1984, p 225-230.

20. Jaimovich E., Campos C., Hodgson M.I., y López J.M., Lactancia Materna y Crecimiento Pondoestatural durante el primer año de vida. *Rev. Chil. Pediatr.* 58 (3): 206-212, 1987.
21. Hertrampf E., Dinamarca M., Llaguno S., Stekel A., Nutrición de hierro y Lactancia Natural en lactantes chilenos. *Rev. Chil. Pediatr.* 58 (3): 193-197, 1987.
22. Radrigán M.E., Juez G., y Coronel F., Alimentación en el primer año de vida. *Rev. Chil. Pediatr.* 60 (supl 1): 9-19, 1989.
23. Faden H., and Ogra P.L., Breast Milk as an immunologic vehicle for immunocompetence, In Lebanthal E. Ed. *Textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy.* Raven Press, New York (c) 1981, p. 355-361.
24. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igumnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S. [Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial.](#) Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group *Arch Gen Psychiatry.* 2008 May;65(5):578-84.
25. Growth velocity based on weight, length and head circumference. Geneva: World Health Organization, 2009.
26. Salud Reproductiva en el Período Postparto: Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud. (ed) S. Díaz. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chile, 1997.
27. Circadian variation of basal plasma prolactin, prolactin response to suckling and the length of amenorrhea in nursing women". S. Díaz, M. Serón-Ferré, H. Cárdenas, V. Schiappacasse, A. Brandeis and H.B. Croxatto. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 68:946-955, 1989.
28. Luteinizing hormone pulsatile release and the length of lactational amenorrhoea". S. Díaz, H. Cárdenas, A. Zepeda, A. Brandeis, V. Schiappacasse, P. Miranda, M. Serón-Ferré and H.B. Croxatto. *Hum. Reprod.* 10:1957-1961, 1995.
29. Early difference in the endocrine profile of long and short lactational amenorrhea". S. Díaz, H. Cárdenas, A. Brandeis, P. Miranda, V. Schiappacasse, A.M. Salvatierra, C. Herreros, M. Serón-Ferré, and H.B. Croxatto. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 72:196-201, 1991.
30. S Díaz, G Rodríguez, O Peralta, P Miranda, ME Casado, AM Salvatierra, C Herreros, A Brandeis, HB Croxatto. Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing chilean women. *Contraception* 38:53-67, 1988.
31. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea in urban chilean women". S. Díaz, R. Aravena, H. Cárdenas, M.E. Casado, P. Miranda, V. Schiappacasse, H.B. Croxatto. *Contraception* 43:335-352, 1991.
32. Cambios en el estado nutricional de la nodriza durante lactancia exclusiva. A. Arteaga, S. Díaz, M. Villalón, M. Valenzuela y A.M. Cubillos. *Arch. Latinoamer. Nutr.* 31:766-781, 1981.
33. López JM, González G, Reyes V, Campino C, Díaz S: Bone turnover and density in healthy women during breastfeeding and after weaning. *Osteoporosis Int* 6:153-159, 1996.
34. Brewer MM, Bates MR, Vannoy LP: Postpartum changes in maternal weight and body fat depots in lactating vs nonlactating women. *Am J Clin Nutr* 49:259-265, 1989.
35. Martorell R, Merchant K: Reproductive stress and women's nutrition. En: ACC/SCN Symposium Series. Geneva, May 1992. The Lavenham Press Ltd., Lavenham, Suffolk. pp. 23-32.

36. Merchant K, Martorell R, Haas JD: Consequences for maternal nutrition of reproductive stress across consecutive pregnancies. *Am J Clin Nutr* 52:616-620, 1990.
37. D'Addato F, Andreoli C, Andreoli F, Basunti GP, Repinto A: Neuroendocrine factors in postpartum blues. *Minerva Psichiatr* 32:83-87, 1991.
38. Jadresic E: Trastornos emocionales del embarazo y del puerperio. *Rev Chil Neuropsiquiat* 30:99-106, 1992.
39. Alvarado R, Peruca E, Rojas M, Vera A, Olea E, Monardes J, Neves E: Cuadros depresivos en el embarazo y variables asociadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 58:135-141, 1993.
40. Fleming AS, Klein E, Corter C: The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 33:685-689, 1992.
41. Vera H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning* 24,1:40-49, 1993.
42. R. Alvarado, A. Zepeda, S. Rivero, N. Rico, S. López and S. Díaz. Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. *Stud. Fam. Plann.* 30:133-141, 1999.
43. Díaz S, Croxatto HB. Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993;5:815-22.
44. Anticoncepción en el período post - parto. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). 2006.
45. World Health Organization, Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health
46. Ilabaca Juan, E. Atalah S. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. *Rev. Chil. Pediatr.* 73 (2); 127-134, 2002
47. Ilabaca Juan, E. Atalah S. Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. *Rev Chil Pediatr* 73 (6); 583-589, 2002
48. Organización Mundial de la Salud. División De Salud Y Desarrollo Del Niño. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural Ginebra, 1998 WHO/CHD/98.9
49. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. N° 5 © 2004 (Madrid)
50. Ossandón Morelia, J. Ilabaca M., C. Gajardo O. N. Castillo B., L. Namur R. Fomento de la lactancia materna, Programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. *Revista Chilena de Pediatría* Vol. 71; N° 2, 2000
51. Vिलlee, Claude A. Biología. 8ª edición 1996
52. The Pediatric Clinics of North America. Breastfeeding 2001. Volumen 48 N° 1 y 2, 2001

Capítulo II

53. Chávez A, Alvarez A, Wu HE & Comité Nacional de SIDA pediátrico. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. *Rev Chilena Infectol* 2000; 17: 297-30.
54. Coutoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L & Coovadia H.M. Influence of infant feeding patterns on early mother to child transmission of HIV-1 in Durban South Africa: A prospective cohort study. *Lancet* 1999; 354(9177): 471- 477.
55. Ekpini ER, Wiktor SZ, Satten GA & Adjorlolo- Johnson T. Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Lancet*. 1997; 349(9058):1054-1060.
56. Peckham CS, Senturia YD, Ades AE & Newell ML. Mother to child transmission of HIV infection The European Collaborative. *Lancet* 1988; Nov 5;2(8619):1039-43.
57. Miotti PG, Taha ET, Kumwenda N, Broadhead R, Mtimavalye L, Vander Hoeven L. HIV Transmission Through Breast Feeding: A study in Malawi. *JAMA* 1999; 282(8):744- 149.
58. Coutoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L & Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003; 92:890-895.
59. Nduati R, Richardson B, John G & Mbori - Ngacha D. Effect of Breastfeeding On Mortality among Hiv-1 Infected Women: A Randomized Trial. *Lancet* 2001; 357(9269):1651- 1656.
60. Mbori-Ngacha D, Nduati R, John G, Reilly M, Richardson B & Mwatha A. Morbidity and Mortality in Breastfed and Formula - Fed Infants of HIV-1 Infected Women: A Randomised Clinical Trial. *JAMA* 2001; 286(19):2413-2420.
61. Van de Perre, Philippe 1995. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1: the breast-feeding dilemma. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2): 483-7.
62. Haider R, Ashworth A, Kabir I & Huttely S. Effect of community - based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices I Dhaka, Bangladesh: A randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:1643-1647.
63. Msellati P, Hingst G, Kaba F, Viho I, Wellffens-Ekra C & Dabis F. Operational issues in preventing mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan Côte d'Ivoire 1998-1999. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999;79(7):641-647.
64. Ovalle A, Vizueta E, Casals A, Northland R, Gonzalez R & Labbé. Infección por virus de inmunodeficiencia humana en la embarazada. Importancia del conocimiento de la infección en el embarazo y factores de riesgo en la transmisión perinatal. *Rev Méd Chile* 2003; 131(6):633-640.
65. [Horvath T](#), [Madi BC](#), [Iuppa IM](#), [Kennedy GE](#), [Rutherford G](#), [Read JS](#). Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. [Cochrane Database Syst Rev](#). 2009 Jan 21;(1):CD006734.
66. Red Book, 27 ed, Report of the Committee on Infectious Diseases 2006, pag123-128.
67. When does mother to child transmission of hepatitis C virus occur?. [Mok J](#), [Pembrey L](#), [Tovo PA](#), [Newell ML](#); [European Paediatric Hepatitis C Virus Network](#). *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005 Mar;90(2):F156-60.
68. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. <http://www.unaids.org/en/default.asp> en Abril 2005.
69. ONUSIDA. Epidemiological fact sheet. <http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/fact> en Febrero 2006.
70. UNAIDS. Mother to child transmission 2004.

http://www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/mothertochild.asp en octubre 2005.

71. CONASIDA. Boletín epidemiológico VIH/SIDA. Resumen de caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en Chile al 31 de Diciembre del 2003. <http://www.minsal.cl/iniciativas/Conasida/conasida.htm> en Diciembre 2005.
72. Chavez A, Alvarez A, Wu HE & Comité Nacional de SIDA pediátrico. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. *Rev Chilena Infectol* 2000; 17: 297-30.
73. Humphrey. Is breast not best? Feeding babies born to HIV-positive mothers: bringing balance to a complex issue. *Nutr Rev* 2001; 59(4):119-127.
74. Coutsooudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L & Coovadia H.M. Influence of infant feeding patterns on early mother to child transmission of HIV-1 in Durban South Africa: A prospective cohort study. *Lancet* 1999; 354(9177): 471- 477.
75. Ekpini ER, Wiktor SZ, Satten GA & Adjorlolo- Johnson T. Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Lancet*. 1997; 349(9058):1054-1060.
76. Peckham CS, Senturia YD, Ades AE & Newell ML. Mother to child transmission of HIV infection The European Collaborative. *Lancet* 1988; S.N.
77. Miotti PG, Taha ET, Kumwenda N, Broadhead R, Mtshayalye L, Vander Hoeven HIV Transmission Through Breast Feeding: A study in Malawi. *JAMA* 1999; 282(8):744-149.
78. Coutsooudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L & Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003; 92:890-895.
79. De Souza RC, Cordeiro de Araujo L & Medina-Acosta E. O desafio da prevencao, da transmissao vertical de HIV no Municipio de Campos dos Goydacaques, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio De Janeiro* 2005; 21(4):1153-1159.
80. John-Stewart, Mbori-Ngacha, Ekpini, Janoff, Nkengasong, Read et al. *JAIDS. J Acquired Imm Defic Syndr* 2004; 35(2):196-202.
81. Suryavanshi N, Jonnalagadda S, Erande AS, Sastry J, Pisal H & Bharucha KE. Infant Feeding Practices of HIV Positive Mothers In India. *J Nutr* 2003;133(5): 1326-1331.
82. Nduati R, Richardson B, John G & Mbori - Ngacha D. Effect of Breastfeeding On Mortality among Hiv-1 Infected Women: A Randomized Trial. *Lancet* 2001; 357(9269):1651- 1656.
83. Mbori-Ngacha D, Nduati R, John G, Reilly M, Richardson B & Mwatha A. Morbidity and Mortality in Breastfed and Formula - Fed Infants of HIV-1 Infected Women: A Randomised Clinical Trial. *JAMA* 2001; 286(19):2413-2420.
84. Van de Perre, Philippe 1995. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1: the breast-feeding dilemma. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2): 483-7.
85. Shapiro RL, Lockman S, Thior I & Stocking L. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV - infected women: Results from de pilot phased of a randomized trial to prevent mother to child transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention* 2003;15(3): 221-230.
86. Sibeko L, Dhansay MA, Charlton KE, Johns T & Gray-Donald K. Beliefs, Actitudes And Practices Of Breastfeeding Mothers From A Periurban Community In South Africa. *J Hum Lact* 2005; 21(1):31-38.
87. Ioannidis JP, Taha TE, Kumwenda N, Broadhead R, Mtshayalye L & Miotti P. Predictors and impact of losses to follow-up in a HIV -1 perinatal transmission cohort in Malawi. *Internat J Epidemiol* 1999; 28:769-775.

88. Haider R, Ashworth A, Kabir I & Huttely S. Effect of community - based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices I Dhaka, Bangladesh: A randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:1643-1647.
89. Msellati P, Hingst G, Kaba F, Viho I, Wellffens-Ekra C & Dabis F. Operational issues in preventing mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan Côte d´ Ivoire 1998-1999. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999; 79(7):641-647.
90. Ovalle A, Vizueta E, Casals A, Northland R, Gonzalez R & Labbé. Infección por virus de inmunodeficiencia humana en la embarazada. Importancia del conocimiento de la infección en el embarazo y factores de riesgo en la transmisión perinatal. *Rev Méd Chile* 2003; 131(6):633-640.
91. Gottlieb D, Shetty AK, Mapfungautsi RM, Bassedd MT, Maldonado I & Katzenstein DA. Infant Feeding Practices of HIV- Infected and Uninfected Women in Zimbabwe. *AIDS Patient Care and STDs* 2004; 18(1):45-52.
92. [Horvath T](#), [Madi BC](#), [Iuppa IM](#), [Kennedy GE](#), [Rutherford G](#), [Read JS](#). Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. [Cochrane Database Syst Rev](#). 2009 Jan 21;(1):CD006734.
93. Red Book, 27 ed, Report of the Committee on Infectious Diseases 2006, pag123-128.
94. Mennella, J, Pepino Y, Teff K. Acute Alcohol Consumption Disrupts the Hormonal Milieu of Lactating Women. *J Clin Endocrinol Metab* 90: 1979–1985, 2005.
95. Nichter M, Nichter M, Adrian S, Goldade K, Tesler L, Muramoto M. Smoking and Harm-Reduction Efforts Among Postpartum Women. *Qual Health Res* 2008; 18; 1184
96. Golding J. Unnatural constituents of breast milk-medication, lifestyle, pollutants, viruses. *Early Hum Develop* 1997; 49:S29-S43
97. Mennella J, Yourshaw LM , Morgan L. Breastfeeding and Smoking: Short-term Effects on Infant Feeding and Sleep. *Pediatrics* 2007;120;497-502
98. D.T. Ramsay, J.C. Kent, R.A. Hartmann and P.E. Hartmann. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J. Anatomy* (2005). 206 525:534.
99. Benoist Schaal, Sébastien Doucet, Paul Sagot, Elisabeth Hertling and Robert Soussignan. Human breast areolae as scent organs: morphological data and possible involvement in maternal – neonatal coadaptation. *Wiley InterScience* (2005) pág 100 – 110.
100. Donna T. Geddes. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. *Journal Midwifery womens health*. 2007; 52: 556 – 563
101. Anatomía Humana. Latarjet, Ruiz Lizard, 4º edición, Tomo II, Editorial Panamericana. Año 2005.
102. La mama, Diagnóstico y tratamiento. Juan Arraztoa E. 2º edición, Editorial Mediterráneo, año 2004.
103. Laurberg, P, Nohr S, Pedersen K, Fuglsang E. Iodine Nutrition in Breast-Fed Infants Is Impaired by Maternal Smoking. *J Clin Endocrinol Metab* 89: 181–187, 2004
104. Jansson L, Choo R, Velez ML, Lowe R, Huestis M. Methadone Maintenance and Long-Term Lactation. *BREASTFEED MED* 2008; 3:34-37
105. Troese M, Fukumizu M, Sallinen B, Gilles A, Wellman J, Paul, J, Brown E, Hayes M. Sleep fragmentation and evidence for sleep debt in alcohol-exposed infants. *Early Hum Develop* 2008;84:577-585.
106. Recomendaciones técnicas para el fomento y protección de la lactancia materna. Comisión de Lactancia Maternidad-Neonatología

Capítulo III

107. Aguirre-Vidaurre, E. (2007). Propuesta para la creación de la clínica de lactancia materna en la Universidad de Costa Rica. *Enfermería en Costa Rica*. vol 28 (2)
108. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. MINSAL 2008
109. Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Ayrat, A., Duc, C., Berchotteau, M., Bouchon, N., Schelstraete, C., Vittoz, J., Francois, P., Pons, JC. (2005) Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 115 (2)
110. Lamontagne, C., Hamelin, A-M., St-Pierre, M. (2009) An Assessment of the Impact of Breastfeeding Clinic Attendance on Women's Breastfeeding experiences *J Hum Lact*; 25(42)
111. Lawrence, R., Lawrence, R. (2007) *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica*. (6° ed.) España.
112. Organización Mundial de la Salud OMS (2003) Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>
113. Secretaría de salud de México. (2006) Clínicas de lactancia en hospitales infantiles y generales. Lineamiento técnico. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7807.pdf>
114. Schellhorn, C., Valdés, V. (1995). *Lactancia Materna: Contenidos técnicos para Profesionales de la salud*. Minsal, Unicef y Comisión Nacional de Lactancia Materna
115. Valdés, V.; Pérez, A. (1990). *Lactancia Materna: Fisiología, Manejo y Promoción*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
116. Valdés, V.; Pérez, A.; Labbok, M. (1996). *Lactancia para La madre y el niño*. Institute for Reproductive Health, Georgetown University: Editorial Mediterráneo.
117. Lawrence, R. (1996). *La Lactancia Materna*. Madrid. Ediciones Mosby/Doyma,
118. Valdés, V., (s.f.) *Galactogogos*. [Diapositiva] Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
119. MINSAL Manual de Lactancia Materna "De la teoría a la práctica". Editorial Médica Panamericana.
120. Aguilar, M., *Lactancia Materna*. España. (s.n)
121. Correa, G., (2001). Anomalías congénitas corregibles quirúrgicamente, diagnóstico y manejo. *Rev. chil. pediatr.* 72(3)
122. Heiman, H., Schanler, R., Beneficios de la leche materna en prematuros. USA Division of Neonatal-Perinatal Medicine, Schneider Children's Hospital at North Shore, North Shore University Hospital. (s.n) Recuperado de: <http://www.prematuros.cl/webenero07/lechematerna.htm>
123. Castillo, N., Moreno, R., Fernández, M., Moncada, M. Evolución en la lactancia materna en el Programa Hospital Amigo 1998 – 2003. Recuperado de: <http://www.prematuros.cl/>
124. Yale Medical Group. (s.f). *La Lactancia en el Recién Nacido de Alto Riesgo*. Recuperado de: <http://ymghealthinfo.org/content.asp?pageid=P05452>
125. Charpak, N., Figueroa, Z., El método madre canguro. Recuperado de: http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebé/EL_METODO__MADRE_CANGURO_.asp
126. Fernández, P., Caballero, e., Medina, G., (2009). *Manual de Enfermería Neonatal*. Santiago. Chile. Mediterráneo.

127. Aguilar, M. (2004). Lactancia Materna. Recuperado de: <http://www.uylibros.com/verlibro.asp?xprod=0&id=47889&idcat=15&idsubcat=9&idarea=58>
128. UNICEF_ Ministerio de Salud. (1997) Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para profesionales de la salud.
129. Ministerio de Educación. (2004). Bases Curriculares de la Educación Parvularia.

Capítulo IV

130. WHO/UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. Section 1:Background and implementation. Geneva, World Health Organization, 2008
131. Hospital Amigo del Niño/a y de la Madre. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. México año 2000.
132. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Aplicación del proceso enseñanza – aprendizaje. Cuidados de enfermería. Interamericana McGraw – Hill. Madrid, 1993.
133. García M^a M. Evaluación de programas Salud Materno-Infantil: Andalucía 1984-1994. Granada: Escuela andaluza de Salud Pública; 1996.
134. Beccar C. Lactancia materna. Guía profesional. 2^a ed. Argentina: Doyma Argentina; 1993.
135. Criado E, Esquillas MC, San Román P. Lactancia materna: Retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. Estrategia educativa. Revista Rol de Enfermería 1998 Febrero; 234: 56-63.
136. García J, Sanz M, Hernandez M^aA, Hontoria I, Lallave P, Vizcaino I. Grupo de lactancia materna: encuesta de satisfacción. Disponible en: URL: <http://www.aamatronas.arrakis.es/boletin2.htm>.
137. Morrow AL et al Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. Lancet. 1999 Apr 10;353(9160):1226-31.
138. Colomer Revuelta C, Escribá Agüir V. ¿Qué influye en las decisiones sobre la lactancia? An Esp Pediatr 2000; 53: 167-168.
139. Jovani Roda L, Gutierrez Cuisant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Pegueroles I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. An Esp Prdiatr 2002; 57: 534-537.

Capítulo V

140. Ministerio del Trabajo: Código del Trabajo
141. WABA: Alianza Mundial Pro Lactancia Materna –www.waba.org.my
142. Atalah, Eduardo: Situación Actual de la Lactancia en Chile. Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Lactancia Materna
143. Van Esterik Penny: Lactancia Materna. Un Asunto Feminista. Revista Mujer Salud/ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Vol 4/2008, pág 57-64
144. Castro Holanda: Desde la Caverna: El poder de la mujer en la Lactancia Materna. Revista Mujer Salud/ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Vol4 / 2008, pág 65 – 69
145. Ramos Sainz, María Luisa: La Lactancia Materna Un Reto Personal. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, 6^a Edición, 2007
146. Chile Crece Contigo: <http://www.chilecrececontigo.cl>
147. Elgueta N. S.; Guzmán P. P.; Masalán P. Lactancia Materna: Impacto de la Consulta de apoyo a la madre que trabaja. Rev.latino-am-enfermagen. 1998; 6(3):

61-70OMS: Estrategia mundial: La Lactancia Materna, fundamental para la Supervivencia Infantil. Comunicado de prensa conjunto UNICEF/OMS [Internet 2 pantallas] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr19/es/print.html>

148. Grande Murillo José M.: Salud y Mujer en el Ambito Laboral. El Graduado. Boletín Informativo del Ilustre Colegio oficial de Graduados Sociales de Madrid. 2006. Año XVI. (50):68-70
149. Healthy Mothers, Healthy Babies: Lactancia y Trabajo. Rev por el Departamento de Salud de la Florida, Negociado de WIC y Servicio de Nutrición, 2000. Madre [consultado 30 de junio 2007] Disponible en:
http://www.doh.state.fl.us/family/WIC/Documents/breastfeeding_basics/work_340_7-00_spa.pdf

Capítulo VII

150. Águila. R. Alfredo, Burgos. M. Jaime y col. "Neonatología". Capítulo 14: Lactancia Natural. Muñoz. C. Hugo. Pág. 100 a 107. Edición Servicio de Neonatología
151. Comisión Nacional de Lactancia Materna. "Lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud". Chile, año 1995.
152. Moore. Keith, Dalley. Arthur. "Anatomía con orientación clínica". Pág. 74 a 80. Editorial Médica Panamericana. Cuarta edición. Año 2002.
153. Tamez. Raquel, Silva. María. "Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: Asistencia del recién nacido de alto riesgo". Capítulo 13: Amamantamiento materno. Pág. 119 a 130. Editorial Médica Panamericana. Segunda edición. Año 2003.
154. Rodríguez R Schaefer L Nuevos conceptos de la lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud, Bol Of Sanit Panam 1993; 111(1): 1-15.
155. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD Protective effect of breast feedin aganist infection BMJ, 1990; 300: 11 -16
156. Victoria CG, Smith PG,, Vaughan JP, et al Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectiuos diseases in Brazil. Lancet, 1987; 2:319- 322
157. Wilson AC, Forsyth JS, Greene AS, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood diet: seven year follow up cohort in children of Dundee infant feeding study BMJ 1998;316:21-25
158. Bautista L, Duración de la lactancia materna en la república Dominicana, Bol Oficina Sanit panam 1999; 120(5):414-424
159. Marandi A, Afzali HM, Hossaini AF, The reasons for early weaning among mothers in Teherán, Bulletin of the World Health Organization,1990, 71(5):561-569
160. Forman M. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. Pediatrics 1984;74(4 Suppl 2):667-94.
161. Lawrence, R.A. La lactancia materna. Mosby / Doyma Libros, S.A. Madrid 1996
162. Aguayo, J. La lactancia materna. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2001
163. ACPAM. Manual práctica de lactancia materna.. Barcelona, 2004
164. Almroth S, Mohale M, Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. Acta Paediatr 2000;89:1408-13
165. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuiik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E, for the PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention

- Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20
166. Shariff F, Levitt C, Kaczorowski J, Wakefield J, Dawson H, Sheehan D, Sellors J. Workshop to implement the baby-friendly office initiative. Effect on community physicians' offices. *Can Fam Physician* 2000;46:1090-7
 167. Valdes V, Pugin E, Schooley J, Catalan S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *J Trop Pediatr* 2000;46:149-54
 168. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000090
 169. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge M. Oxytocin for promoting successful lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD000156
 170. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2002*. Oxford: Update Software. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J (2000). *Breastfeeding. A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 46:439-456.
 171. Rosenblatt JS. Psychobiology of maternal behaviour: contribution to clinical understanding of maternal behaviour in humans. *Acta paediatrica* 1994, 397:3-8.
 172. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatric in review* 1998;19:4-12.
 173. Gómez Papí A, Baiges Nogués T, Batiste Fernández MT, Marca Gutierrez, MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Método Canguro en sala de partos en Recien nacidos a término. *An Esp Pediatr* 1998; 48:631-633.
 174. Avoa A, Fischer PR. The influence of perinatal instruction about breastfeeding on neonatal weight loss. *Pediatrics* 1990;86:313-315.
 175. Williams AF. Hypoglycaemia of the Newborn: a review. Division of Child Health and development. World Health Organization. 1997; WHO/CHD 97.1:35.
 176. Martín-Calama J, et al. The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose and breastfeeding duration. *Journal of Human lactation* 1997; 13:209-213.
 177. Nylander G, et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: Positive long-term effects- *Acta obstetrica gynecologica Scandinavica*. 1991;70:205-209.
 178. Neifert M, Lawrence R, Seacat L. Nipple Confusion: toward a formal definition. *Journal of Pediatrics*. 1995;126S:125-129.
 179. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breastfeeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86:171-175.
 180. Figueras Aloy J., García Alix.A. Alomar Ribes.D. Blanco Bravo.M.T. Esqué Ruiz.J.R. Fernández Lorenzo. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. *Anales Españoles de Pediatría*. 2001; 55:141-145.
 181. Aguayo Maldonado J. *La Lactancia materna*. Serie Manual Universitario 52. Universidad de Sevilla. 2001.
 182. Lawrence R. *Lactancia Materna Manual para profesionales*. Barcelona 1996. Mosby Doyma

Nota: complementar con bibliografía descrita en el Manual de Lactancia Materna año 1997

www.serviciodesaludaconcagua.cl