

Actualización de conocimientos para la promoción y manejo de la lactancia materna (II)



J. J. Lasarte Velillas¹, M.^a T. Hernández Aguilar²

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

¹Centro de Salud de Torre Ramona. Zaragoza.

²Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia.

INTRODUCCIÓN

En la primera parte de este artículo, abarcamos los aspectos preventivos que todo pediatra debe conocer para un buen manejo de la lactancia y su promoción, y así vimos las recomendaciones más actuales, la situación de la lactancia, cómo favorecer un buen inicio y cómo evaluar una toma al pecho, así como algunas de las posturas que facilitan el amamantamiento cuando se presentan problemas en el recién nacido.

En esta segunda parte aprenderemos cómo evitar o tratar determinados problemas que cuando aparecen hacen difícil el amamantamiento. El pediatra y la enfermera de pediatría que conoce bien estos temas puede evitar muchos abandonos innecesarios, contribuyendo así al bienestar de sus pequeños pacientes y de las madres de los mismos.

PROBLEMAS DEL PECHO

Pezón plano

El pezón y la areola están constituidos por un tejido elástico que permite la elongación de hasta 2 o 3 veces su longitud en reposo. Esto provoca un fuerte estímulo de succión al llegar el pezón a la unión entre paladar blando y paladar duro. Para asegurar una adecuada transferencia de leche durante el amamantamiento, el lactante introduce en su boca el pezón y un tercio del tejido areolar circundante (más de la parte inferior de la areola). Existe una gran variedad morfológica de pezones, desde el protruyente normal hasta el pezón invertido verdadero. El pezón invertido se debe a un cierto grado de fibrosis y disminución del número de senos lactíferos. Al no

protruir el pezón o retraerse cuando el lactante lo introduce en su boca, la ausencia de estímulo puede dificultar el agarre y favorecer el daño del pezón, e incluso inhibir el reflejo de succión provocando apatía hacia el amamantamiento.

Ante un pezón plano o retraído que resulta de difícil prensa, suele resultar útil enseñar a la madre a ofrecer el pecho comprimiendo ligeramente la areola entre sus dedos pulgar (por encima) e índice (por abajo), al menos a unos 2 cm de la base del pezón, de forma que la zona adopte una forma ovalada similar a la forma de la boca del lactante. Se coloca entonces la zona areolar bajo el pezón en contacto directo con el labio inferior y la barbilla del bebé (el pezón queda a la altura de la nariz aproximadamente). Desde ahí se introduce el resto de pezón y areola dentro de la boca del lactante¹. Esta técnica, conocida como la “técnica del bocado”, suele dar los mejores resultados sujetando al bebé en la postura de balón de rugby o sentado encima del regazo de la madre. En las figuras 1 a 4 se observa cómo la situación en que la boca agarra el pecho: de frente, desde arriba o desde abajo, influye en la cantidad de areola y la zona de areola que queda introducida en la boca del bebé. Se ha utilizado un globo y carmín de labios para representar gráficamente la situación.

Los ejercicios preparatorios durante el embarazo para los pezones planos han demostrado ser inútiles e incluso perjudiciales.

El uso indiscriminado de pezoneras no soluciona este tipo de problemas, ya que acostumbra al lactante a agarrar tan sólo el pezón.

Es imprescindible en cualquier situación evitar los comentarios negativos a la madre acerca de sus pezones. En realidad, no es la forma del pezón la que dificulta la lactan-

cia, los problemas dependen más de la flexibilidad o elasticidad del complejo pezón-areola. No se puede predecir si una mujer con los pezones invertidos lactará o no, pero ya que el pezón invertido puede asociarse con un menor número de conductos galactóforos o anomalía de los mismos, es importante, una vez iniciado el amamantamiento verificar la transferencia adecuada de leche con el seguimiento del bebé.

Congestión mamaria

La congestión mamaria de los primeros días postparto puede aumentar la tensión en la areola y aplanar aún más el pezón, lo que puede condicionar una pérdida de elasticidad (ver figura 5). En ocasiones, el tratamiento intraparto con gran cantidad de oxitocina y fluidos intravenosos, ocasiona la aparición de edema areolar que puede llegar a ocultar el pezón. El edema areolar también puede empeorar si se utiliza un extractor de leche en los primeros días.

La ingurgitación mamaria de los primeros días tras el parto se puede prevenir estimulando el amamantamiento frecuente desde el nacimiento. La aplicación de compresas frías y analgésicos entre tomas disminuye el dolor y la congestión. Antes de la toma, cuando los pechos están tan tensos que impiden al bebé agarrarse, es útil que la madre aplique calor suave y mediante masaje vacíe ligeramente la mama, lo que disminuirá la tensión y facilitará el enganche.

En los casos de edema areolar intenso que puede comprimir los conductos e impedir el flujo de leche adecuado, un masaje superficial, aplicando presión con los dedos desde el pezón hacia el borde areolar de forma seriada, permite arrastrar el exceso de líquido subcutáneo hacia la mama y liberar la zona de pezón y areola facilitando el agarre².

Eccema del pezón

En madres afectas de dermatitis o tras el lavado excesivo de la zona, la desaparición de la secreción protectora de las

Figura 1. Técnica de lactancia (I). Cuando la boca encara de frente el pezón, abarca poca cantidad de areola

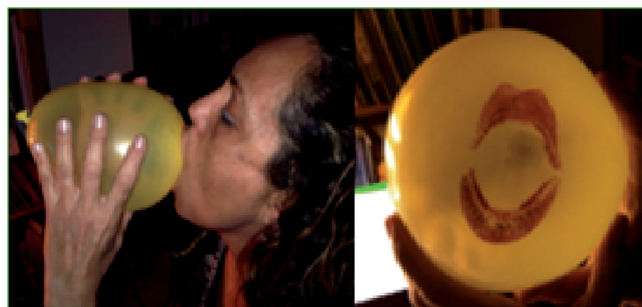


Figura 2. Técnica de lactancia (II). Lo mismo sucede cuando la boca encara el pezón desde abajo

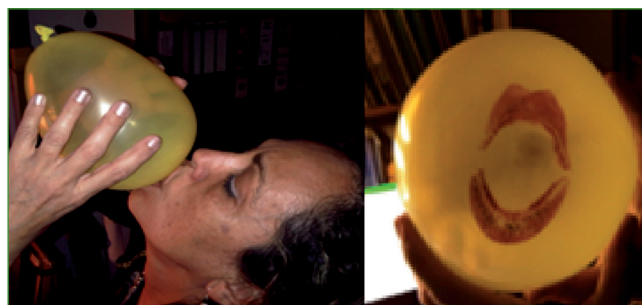
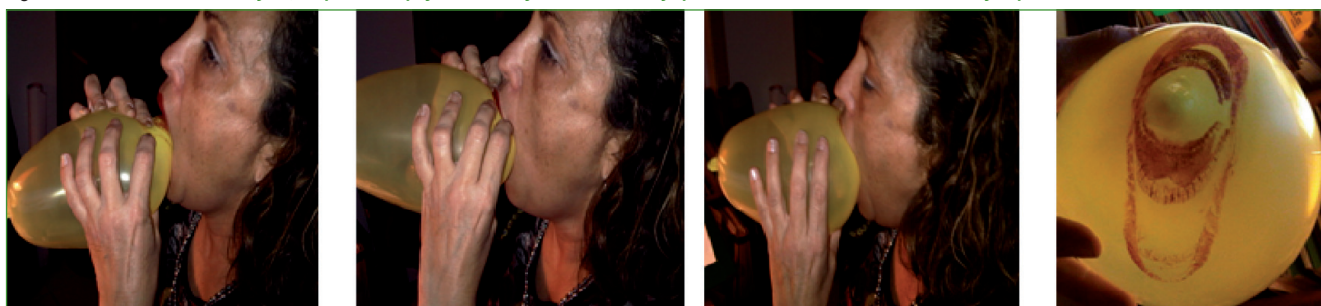


Figura 3. Técnica de lactancia (III). O cuando lo encara desde arriba. En este caso es fácil que quede mayor cantidad de areola de la parte superior que de la parte inferior, dentro de la boca



Figura 4. Técnica de lactancia (y IV). El pecho empuja hacia abajo la mandíbula y queda dentro de la boca del bebé mayor parte de areola de la zona inferior



glándulas de Montgomery puede favorecer la irritación de la piel de pezón y areola. La zona entonces aparece eritematosa e incluso descamada. Puede ser necesaria la aplicación de una crema de corticoides durante unos días, después de las tomas. Como medida preventiva, se desaconsejará el lavado de la zona areolar con jabones y la aplicación de unas gotas de la propia leche tras las tomas o de un preparado de lanolina o aceite de onagra.

Grietas

Los problemas más frecuentes en los primeros días de la lactancia son el dolor en el pezón y las grietas (ver figura 5). Éstas constituyen uno de los principales motivos de abandono de la lactancia. En la mayoría de los casos, la causa subyacente es una mala técnica de amamantamiento que puede prevenirse o corregirse con más facilidad si se detecta precozmente.

El dolor es máximo al principio de la toma cuando el lactante estira del pezón y chupa con avidez, y suele desaparecer casi por completo cuando el bebé suelta el pecho. En ocasiones el lactante puede deglutir algo de sangre, lo que puede provocarle náuseas y vómitos.

El agarre defectuoso origina las grietas, al traumatizar el lactante el pezón con sus encías o al comprimirlo con la lengua contra el paladar duro. Estos movimientos anormales pueden verse favorecidos si el lactante ha utilizado tetinas o chupetes o pezoneras precozmente, cuando padece una disfunción oral secundaria a traumatismo facial tras el parto o por otras anomalías neuromusculares.

La anquiloglosia causada por un frenillo sublingual corto es la causa de hasta un 12% de grietas, dolor en el pezón, hipogalactia por vaciado defectuoso y otros problemas de lac-

tancia. El frenillo lingual corto impide al bebé envolver con la lengua la base de la areola y la parte inferior del pezón y éste es traumatizado entre ambas encías durante la succión. La frenectomía en la época neonatal mejora la situación en un alto porcentaje de casos³.

Algunos autores han descrito una alta incidencia de sobreinfección bacteriana en las grietas y aconsejan que la madre reciba tratamiento antibiótico oral durante 7 a 10 días. Una parte esencial del tratamiento de las grietas y de su prevención consiste en corregir los problemas de succión. Es necesario enseñar a madre e hijo cómo conseguir una buena postura al pecho y un agarre eficaz. Si la causa es un pecho muy grande y globuloso, puede ensayarse la “técnica del bocadillo” descrita anteriormente¹. También el método descrito por Colson⁴ (crianza biológica) puede resultar útil.

Obstrucción de conductos y mastitis

En ciertas ocasiones, la retención de la leche materna en el interior de los conductos provoca un aumento de presión intraductal que puede llegar a la extravasación de leche al estroma, originando una reacción inflamatoria local. Esto se traduce en la clínica, inicialmente, por una zona indurada, eritematosa y dolorosa que si no se resuelve puede evolucionar a una mastitis inflamatoria con reacción general (malestar, fiebre y mialgias) y a mastitis infecciosa. El tratamiento consiste en la aplicación de calor local y masaje de la zona afecta hacia el pezón para estimular el vaciado del conducto. Además, conviene aconsejar a la madre que sitúe al lactante de modo que su mandíbula esté encarada hacia la zona afecta para conseguir un mejor vaciado. En la mayoría de los casos el problema se resuelve en pocas horas. Es conveniente insistir en la necesidad de reposo materno en esta fase, junto con el amamantamiento frecuente para evitar recidivas. La afección se asocia a menudo con un aumento de presión externa local (sujetador muy apretado, uso de aros...) y/o con espaciamiento de tomas, por lo que es aconsejable revisar con la madre la concurrencia de alguno de estos factores. En algunos casos se puede asociar a algún otro tipo de lesión mamaria que convendría descartar en el caso de recidivas.

Infecciones del pezón y mastitis infecciosa

La mastitis consiste en la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, acompañada casi siempre de infección. La incidencia se cifra entre un 5 y un 33% de las lactancias, y entre un 3 y un 12% son bilaterales.

Los síntomas pueden aparecer de forma paulatina o bruscamente con signos inflamatorios locales, dolor intenso

Figura 5. Congestión mamaria y grietas en mama y pezón derecho



y sintomatología general (mialgias, fiebre, escalofríos y malestar general). Es frecuente que se presente junto con otros síntomas como ingurgitación, obstrucción, retención, grietas o dolor en el pezón que, aunque pueden ser la causa, frecuentemente son consecuencia, ya que las bacterias implicadas tienen capacidad de provocar obstrucción de conductos y grietas⁵.

En ocasiones, el único síntoma puede ser el dolor durante la toma y después de la misma en forma de “escozor” y “pinchazos” debido a la obstrucción de los conductos originada por la proliferación bacteriana. Estos síntomas, que clásicamente se atribuían a una infección candidiásica del pezón, están originados habitualmente por una infección bacteriana. Aunque en ocasiones los bebés presentan lesiones candidiásicas (*muguet*) esto puede ser debido a compuestos producidos por los estafilococos que estimulan el crecimiento de las levaduras.

Los gérmenes causales más frecuentemente aislados en las mastitis son de los géneros *Staphylococcus* y *Streptococcus* (*S. mitis*, *S. salivarius* y *S. pneumoniae*) en un 75% y un 15% de los casos respectivamente. El *Staphylococcus aureus* suele ser responsable de las mastitis más floridas, pero recientemente se está viendo que el *Staphylococcus epidermidis* es un agente causal mucho más frecuente, aunque para el diagnóstico es necesario un recuento con más de 10.000 col/ml. Otros gérmenes (corinebacterias o diversas enterobacterias, como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* o *Enterobacter* spp.) causan mastitis en menor proporción (3%)⁵.

El diagnóstico de infección puede hacerse mediante un recuento leucocitario y cultivo de leche extraída de la mama afecta. El recuento total de bacterias en la leche de madres sanas es inferior a 2.000 bacterias/ml. *Staphylococcus epidermidis* se encuentra en concentraciones inferiores a 600-800 bacterias/ml, *Staphylococcus aureus* (<20% de mujeres) inferiores a 300-400 bacterias/ml y los estreptococos inferiores a 500 bacterias/ml.

El tratamiento de la mastitis requiere antiinflamatorios (ibuprofeno, naproxeno) y/o analgésicos (paracetamol) por vía general. No debe suspenderse el amamantamiento y es necesario asegurar el vaciado frecuente y completo de la mama afecta. Esto contribuye a la evolución adecuada del cuadro y no supone riesgo para el lactante. Si es necesario, debe terminar de vaciarse el pecho manualmente o con sacaleches. La aplicación de frío local y masaje entre tomas alivia el dolor, y el reposo en cama hasta la mejoría de los síntomas es imprescindible. Si en 24 horas no se observa mejoría del cuadro se iniciará tratamiento con antibióticos adecuados para el

espectro bacteriano causal. Normalmente, *S. epidermidis* es sensible a ciprofloxacino y trimetoprima-sulfametoxazol⁶. La duración del tratamiento debe ser de 10-14 días para evitar recidivas y, si no hay mejoría, se cambiará el tratamiento según los resultados del cultivo. La mastitis es una experiencia frustrante y una de las principales causas de abandono, por lo que la madre debe recibir el apoyo necesario para superar el problema sin recurrir a la interrupción de la lactancia. La mastitis recurrente después de haber descartado y corregido un defecto de técnica de amamantamiento, o la falta de cumplimiento del tratamiento, obliga a descartar una enfermedad mamaria subyacente: galactoceles, quistes o neoplasia mamaria. Ocasionalmente, la infección se abscesifica y es necesario el drenaje quirúrgico. El drenaje mediante punción guiada por ecografía permite un abordaje menos invasivo y con buenos resultados. El absceso tampoco contraindica la lactancia, aunque la lactancia del pecho afecto deberá posponerse hasta que el dolor y el drenaje de la herida lo permitan; mientras tanto, es necesario vaciar la mama manualmente o con sacaleches para favorecer la curación y evitar recidivas.

Síndrome de Raynaud del pezón

Las mujeres afectas sufren episodios de vasoespasmo seguidos de vasodilatación en la zona del pezón después de iniciada la toma y tras finalizar. Una primera fase de palidez es seguida de eritema y cianosis con dolor lacerante y pulsátil. La mayoría de las mujeres que lo presentan no sufren la sintomatología en otras zonas. El desencadenante a menudo es un mal agarre del pecho por el lactante y el frío. La mayoría de los casos mejoran tras corregir la postura, aplicando calor local inmediatamente tras la toma, evitando succiones demasiado prolongadas y ofreciendo el pecho en un ambiente cálido. Si no se observa mejoría puede utilizarse nifedipino oral (10 mg/8 h o 30 mg/día).

CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE AMAMANTADO

Uno de los principales motivos de preocupación en la madre y en los familiares es cómo saber si el lactante toma suficiente y si está ganando peso adecuadamente.

Los 2 únicos signos fiables de que un bebé está tomando la leche que necesita son el peso y la diuresis⁷. Otros métodos propuestos para comprobar la cantidad de leche que la madre produce, como la doble pesada y el “biberón de prueba”, no resultan útiles.

Una escasa ganancia ponderal es un síntoma inespecífico que puede obedecer a una ingesta de leche insuficiente y también a otras enfermedades, aunque frecuentemente tan solo se trata de una variación de la normalidad. Para su valoración, es preferible utilizar las gráficas de la OMS.

El control del peso debería realizarse siempre en la consulta, ya que su valoración debe ser precisa y ser utilizada conjuntamente con la exploración clínica y la evaluación de otros signos y síntomas que pueden (no siempre) indicar una falta de leche:

En el bebé:

- no queda satisfecho tras la toma;
- llora a menudo;
- quiere tomas frecuentes;
- hace tomas muy largas;
- rechaza el pecho;
- hace deposiciones duras, secas, escasas e infrecuentes.

En su madre:

- los pechos no aumentaron de tamaño durante el embarazo;
- no se notó “crecida” tras el parto;
- no le sale leche cuando se exprime.

Actuación ante el lactante que gana poco peso

Es habitual que los recién nacidos pierdan un 5-10% del peso de nacimiento y en algunos casos un poco más durante los primeros días. En general, puede hablarse de un retraso de crecimiento si el recién nacido continúa perdiendo peso pasado el 10.º día de vida, no ha recuperado el peso del nacimiento a las 2 semanas o está por debajo del P10 de incremento de peso al mes de vida.

La ganancia promedio de peso durante las primeras semanas es de unos 20 g/día, pero existen variaciones y puede ser aconsejable utilizar las tablas de percentiles de incremento de peso de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las características de las micciones y de las deposiciones y la percepción de “crecida” por parte de la madre también son signos valiosos en los primeros días, pero más adelante su utilidad es limitada.

Tras el nacimiento es preciso controlar estrechamente al lactante y comenzar a actuar precozmente cuando la evolución hace sospechar una pérdida importante de peso, pero antes de que ocurra es fundamental diferenciar dos situaciones bien distintas, cuyos casos extremos son:

- Lactante bien alimentado que gana poco peso: los pechos tienen un buen funcionamiento (pechos llenos y con buena eyección), las tomas son frecuentes y lar-

gas, el bebé moja más de 5-6 pañales al día con una orina pálida y diluida, sus deposiciones son normales, está alerta y feliz y responde al entorno.

- Lactante que está tomando poca leche y/o con retraso del crecimiento: el pecho está blando, la madre no se ha notado “la crecida”, las tomas son escasas y cortas (a veces están continuamente pegados al pecho y nunca parecen satisfechos), el bebé moja pocos pañales con orina fuerte, las deposiciones son escasas y está apático, con llanto débil... Estos bebés pueden presentar una deshidratación hipernatrémica, por lo que es necesario realizar un seguimiento estrecho cada 24 horas.

Valoración diagnóstica

Valoración del recién nacido

- Tras el alta hospitalaria todos los recién nacidos deberían ser visitados por un pediatra en las 48 horas siguientes. Un niño “buenecito” que duerme mucho puede que esté demasiado débil para mamar y esté perdiendo peso. A veces, un niño que mama mucho es posible que esté mal colocado.
- Valorar la ganancia de peso y realizar controles hasta que el niño recupere el peso del nacimiento y estar seguros de que todo marcha bien.
- Realizar una exploración física del recién nacido (RN) para descartar patología, junto con la historia de diuresis y deposiciones.
 - Asegurarse de que realiza \geq 5-6 micciones a partir del 5.º día de orina clara.
 - Más de 3 deposiciones/día en las primeras semanas y las deposiciones típicas aparecen en 5-7 días. A partir del 2.º mes, es muy frecuente que no hagan deposiciones nada más que una vez cada varios días, siendo las heces blandas.

Descartar problemas en la madre o en el pecho

- Problemas en la madre (hipotiroidismo, anemia, persistencia de sangrado vaginal anómalo, ingesta de medicación o hierbas con estrógenos).
- Valorar el funcionamiento y estado de los pechos (hipoplasia, ausencia de subida de la leche, grietas...).

Observar la toma

- Descartar problemas de posición o de agarre y asegurarse de que se produce una adecuada transferencia láctea.

- Preguntar sobre el uso de chupetes, tetinas o pezoneras y la administración de suplementos.
- Frecuencia y duración de las tomas.

Pauta a seguir

Si todo va bien, y la ganancia de peso es adecuada: tranquilizar a la madre, reforzar su confianza, explicarle cómo funciona la lactancia y qué es lo normal. Puede ser necesario abordar el tema del llanto. En muchos casos será conveniente establecer un control semanal hasta que la madre se sienta segura.

Síndrome de posición inadecuada⁸: un niño mal colocado produce grietas en el pezón y extrae leche menos eficazmente; extrae sólo la leche de inicio, que contiene más lactosa y menos grasa, por lo que necesita estar mucho rato agarrado al pecho. Esta lactosa es fermentada por las bacterias intestinales y produce distensión abdominal originando molestias al bebé. Como el bebé tiene que ingerir gran cantidad de leche, es fácil que vomite frecuentemente y los pechos de su madre suelen sufrir ingurgitación debido a la gran cantidad de leche que tienen que producir.

Si hay un problema de técnica de lactancia: en este caso lo esencial es conseguir una técnica adecuada. Las tomas, al menos 8 diarias al principio, deben prolongarse hasta que el bebé se suelte espontáneamente. Si el niño está utilizando chupetes, tetinas o pezoneras, deberían retirarse. Si el bebé está tomando suplementos también deberían ir reduciéndolo

se poco a poco y asegurarse de que los suplementos no se dan con tetina.

Las pezoneras pueden ser útiles en algunos casos para iniciar el estímulo de succión en niños prematuros y en algunos casos de pezones muy grandes o invertidos, pero no deben ser utilizadas de manera habitual en los problemas de agarre o de lactancias dolorosas, ya que a menudo agravan el problema y son causa de disminución de producción.

Para los niños con problemas de hipotonía. Algunos niños tienen alguna patología grave (SNC, prematuridad, anoxia, Down...) con hipotonía importante y/o alteraciones de la succión (disfunción motora oral); en estos casos, además de lo ya comentado, puede ayudar el mantener al niño más vertical, utilizar una mochilita para tener las dos manos más libres o sujetar el mentón con la mano que sujeta el pecho ("posición de bailarina", figura 6).

Para los prematuros y los niños con bajo peso o poca fuerza suele ser útil la postura en "balón de rugby" (figura 7).

Para el niño dormilón o que no mama con fuerza: es conveniente que la madre dedique todas sus energías a la lactancia, que guarde reposo con el bebé siempre a su lado, para estar disponible para él de forma continua y despertar al niño, si éste no lo hace, para que realice unas 8 tomas o más diarias. Es muy importante obtener ayuda del padre u otros familiares para las tareas domésticas.

Hasta que se objetive que el lactante es capaz de extraer una cantidad adecuada de leche, es útil **exprimir la leche del pecho** directamente en la boca del niño⁹: mientras el bebé está agarrado, la madre aprieta el pecho por su base, cam-

Figura 6. Técnicas de lactancia. Posición de bailarina



Figura 7. Técnicas de lactancia. Postura en balón de rugby



Concurso fotográfico de lactancia materna del hospital de Marina Alta. Denia. Alicante

biando cada cierto tiempo la posición de la mano. De esta manera se “fuerza” la salida de la leche cuando el bebé mama con poco vigor (figura 8).

También es útil tratar de aumentar la producción de leche mediante **extracción manual o con sacaleches**. Si sale leche pero el niño no se la toma y sigue perdiendo peso, probablemente el bebé tiene alguna enfermedad que hay que investigar. Si sale leche, el niño la toma y engorda; probablemente existe algún problema de técnica que habrá que solucionar o, simplemente, es un niño pequeñito que chupa con poca fuerza y que necesita más tiempo para obtener suficiente leche por sí mismo. Otras veces no se logra extraer leche o se extrae sólo una pequeña cantidad, bien por inexperiencia (requiere paciencia y entrenamiento) o debido a una hipogalactia primaria (hipotiroidismo, retención de restos placentarios...). En cualquier caso, mientras el niño no obtiene la leche que necesita hay que ofrecerle un suplemento: leche materna de banco o fórmula en su defecto, para asegurar una ganancia de peso adecuada, preferiblemente con vasito, cuchara o suplementador, para evitar las interferencias de la succión con tetina. Después, una vez resueltos los problemas, podrá retirarse este suplemento.

Puede ser necesario el control cada 24 horas hasta que se comprueba que todo va bien y la ganancia del niño es la adecuada.

La mejor manera de aumentar la producción de leche

Es fundamental animar a la madre cuyo bebé no obtiene suficiente leche o está ingresado, a que realice al menos 8 extracciones al día y al menos una durante el periodo nocturno.

Figura 8. **Técnicas de lactancia. Mientras el bebé está agarrado, la madre aprieta el pecho por su base y exprime la leche del pecho directamente en la boca del niño**



Concurso fotográfico de lactancia materna del hospital de Marina Alta. Denia. Alicante

No es preciso que las extracciones sigan un horario rígido cada 3 horas, ya que lo importante es el número de extracciones y las madres lo encuentran más fácil cuando no se ven obligadas a un horario.

Si todo se hace correctamente, los galactogogos no suelen ser necesarios. Sin embargo, pueden ser útiles como complemento de otras medidas para acelerar el proceso. Puede utilizarse la metoclopramida (10 mg/8 h), el sulpiride (50 mg/8 h) o la domperidona (20 mg/6 h). Observar el aumento de leche suele tranquilizar mucho a la madre y a la familia, pero hay que tener en cuenta que por sí solos no resuelven el problema, de manera que constituyen un recurso secundario y no deberían administrarse como medida aislada.

EXTRACCIÓN DE LECHE

Estimular la bajada de leche

Antes de extraer leche (manualmente o con extractor), es necesario preparar el pecho, provocando el reflejo de subida (eyección láctea). Para ello la madre debe:

- 1.º Masajear oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel u oprimiendo con su puño suavemente como si quisiera arrastrar la leche. Después de unos segundos cambiar rotando por todo el seno.
- 2.º Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, por todo alrededor.
- 3.º Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

Extracción manual. Técnica de Marmet

La extracción manual debe ser conocida por todas las madres. Una vez dominada la técnica es igual de eficaz que cualquier extractor y debe ser utilizada antes y después del uso de los mismos, ya que estimula la subida de la leche y mejora la extracción de la última porción más rica en grasa.

- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 o 4 cm. por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola). Evitar que el pecho descanse sobre la mano.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.

Oprimir el tejido mamario entre los dedos o rodarlos ligeramente (pero no deslizar, no tiene que haber frotamiento).

- Repetir rítmicamente mientras sale leche hasta que el flujo se enlentece.
- Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.
- Evitar dañar con movimientos que produzcan dolor en mama o areola.

Tiempo

El procedimiento completo debe durar entre 20 y 30 minutos; primero se provoca el reflejo de eyección y después se realiza la extracción. Cada ciclo se repite 2 o 3 veces en cada pecho. El flujo de leche, generalmente, se enlentece más pronto la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van vaciando.

1. Masajear, frotar y sacudir. Extraer la leche de cada pecho entre 5 y 7 minutos.
2. Masajear, frotar y sacudir. Extraer nuevamente de cada pecho entre 3 y 5 minutos.
3. Masajear, frotar y sacudir. Extraer una vez más entre 2 y 3 minutos.

Si la producción de leche ya está establecida, utilizar los tiempos sólo como una guía. Si aún no hay leche o hay poca, seguir los tiempos anteriores cuidadosamente.

LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA

La Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (www.ihan.es) fue lanzada por la OMS y UNICEF en 1992 para proteger, promover y apoyar la lactancia materna desde los primeros momentos de la vida.

Basada en la Declaración de Innocenti de 1991, la Iniciativa se lanzó para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad, a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

Los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural, resumen de las directrices a seguir por los servicios de maternidad, constituyeron la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (*Baby Friendly Hospital Initiative*) y fueron presentados en la Declaración conjunta de OMS/UNICEF “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural” como criterios globales mínimos para conseguir la acreditación IHAN.

Tras 25 años de funcionamiento y extendida por todos los países del mundo, con evidencias científicas que avalan su eficacia y los beneficios sobre la salud de mujeres, lactantes y sociedad en general, en 2006 se revisaron los resultados así como las dificultades y problemas. La IHAN (BFHI en inglés) publica entonces su nueva estrategia y recomienda la extensión hacia la comunidad (salas de pediatría, áreas de neonatología, centros de salud y universidades, lugares de trabajo y otros).

La OMS/UNICEF tienen editados documentos sobre el lanzamiento de la iniciativa a nivel estatal así como material científico, siendo muchos los países que en este momento ya han tomado medidas adecuadas.

Convertirse en una institución IHAN es un proceso que comienza con una autoevaluación por parte del hospital o del centro de salud. Esta evaluación inicial conducirá al análisis de las prácticas que promueven o impiden la lactancia materna, y luego a la acción para llevar a cabo los cambios necesarios. Este proceso, por lo tanto, sigue la secuencia triple a (apreciación, análisis, acción) que caracteriza el desarrollo de los programas de UNICEF.

En España, tan sólo existen 14 hospitales IHAN que cumplen con el decálogo de los “Diez pasos para una lactancia feliz”.

Los **objetivos** de la IHAN son:

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna.
- Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- Asegurar el cese de donaciones o ventas a bajo coste de leches adaptadas a los hospitales.
- Añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño en posteriores estadios.

Los **Diez Pasos** para sumarse a la IHAN por parte de los hospitales son:

1. Disponer una **normativa escrita** relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. **Capacitar** a todo el personal para llevar a cabo esa normativa.
3. **Informar** a las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y cómo realizarla.
4. **Ayudar** a las madres a **iniciar la lactancia** inmediatamente tras el parto.
5. Mostrar a la madre **cómo se debe dar de mamar** al niño y cómo mantener la lactación 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 24 horas al día.
8. Fomentar la lactancia **a demanda**.
9. **No dar** a los niños alimentados a pecho chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de **grupos de apoyo** a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Los **Siete Pasos** para sumarse a la IHAN por los centros de salud son:

1. Disponer una **normativa escrita** relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. **Capacitar** a todo el personal para llevar a cabo esa normativa.
3. **Informar** a las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y cómo ponerla en práctica.
4. **Ayudar** a las madres al **inicio de la lactancia** tras el alta hospitalaria.
5. **Ayudar** a la madre **a mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y junto con alimentación complementaria oportuna hasta los 2 años o más**.
6. **Proporcionar un ambiente receptivo a la lactancia materna en el centro de salud**.
7. Establecer **talleres de lactancia en los centros de salud** y abrir las puertas **a los grupos de apoyo locales**, animando a las mujeres a contactar con los mismos

Además, y como requisito de obligado cumplimiento, los centros deben cumplir los requerimientos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas con el mismo.

EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Tanto hospitales como centros de salud deben acatar en su totalidad los principios de este Código.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional el 21 de mayo de 1981 como un "requisito mínimo" que todos los gobiernos deberían adoptar. Su meta es proteger la salud de los niños, por medio de la eliminación de prácticas inadecuadas de comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

"Las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y... las prácticas incorrectas de la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública." (Preámbulo del Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna.)

El Código Internacional busca proteger a todas las madres y a sus bebés de las prácticas inapropiadas de comercialización.

Prohíbe la promoción de los sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas, y busca asegurar que las madres reciban información adecuada por parte del personal de salud.

Las resoluciones subsecuentes y relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud han clarificado, actualizado y ampliado el Código Internacional.

Alcance

El Código abarca la comercialización de todos los sucedáneos de la leche materna (artículo 2), incluidos:

- Las fórmulas infantiles (también las llamadas fórmulas "hipoalergénicas", las fórmulas para prematuros y otras fórmulas "especiales").
- Las leches o fórmulas de seguimiento.
- Los alimentos complementarios, como cereales, aguas, té, jugos y otros alimentos que se venden para uso antes de los seis meses de edad del bebé.
- También abarca los biberones y las tetinas.

La industria de alimentos infantiles no debe:

- Dar suministros gratuitos o a bajo precio de los sucedáneos de leche materna a los hospitales.
- Promover o publicitar sus productos directamente al público o a través de las instituciones de salud o sus trabajadores.
- Utilizar imágenes que permitan la idealización de los sucedáneos para su comercialización.
- Dar regalos o muestras gratuitas a las madres directamente o a través de los agentes de salud.
- Dar regalos a los trabajadores de la salud.
- Las etiquetas deben estar en un lenguaje comprensible para la madre y deben incluir advertencias sobre los costes y los riesgos de su utilización para la salud del lactante.

El Código es un requerimiento mínimo que todos los países deben cumplir, tanto aquellos en desarrollo como los más desarrollados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wiessinger D. A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. *J Hum Lact.* 1998;14:51-6.
2. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact.* 2004;20:227-37.
3. Khoo AK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems. *Eur J Pediatr Surg.* 2009;19:370-3.
4. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev.* 2008;84:441-9.
5. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). *Acta Pediatr Esp.* 2009;67:77-84.
6. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). *Acta Pediatr Esp.* 2009;67: 125-132.
7. Lasarte JJ. El niño que no gana peso. En: Aguayo, Gómez, Hernández,

Lasarte, Lozano, Pallás, eds. *Manual de Lactancia Materna: de la Teoría a la Práctica.* 5.ª ed. Madrid: Panamericana; 2008. p. 223-230.

8. González Rodríguez CJ. Síndrome de la posición inadecuada al mamar. *An Esp Pediatr.* 1996;45:527-9.
9. Newman J. Breast compression. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2010]. Disponible en <http://www.drjacknewman.com>.

OTROS RECURSOS DE INTERÉS

- **Foros de lactancia:** www.aeped.es/lactanciamaterna/foros/index.htm
Desde marzo del 2002, el Comité de Lactancia Materna de la AEP mantiene dos foros sobre lactancia, uno para madres y otro para profesionales, en los que se responden preguntas relacionadas con la lactancia materna.
- **IHAN:** www.ihan.es
Página con información de la iniciativa que también contiene abundantes recursos y documentación
- **Lactancia y medicamentos:** www.e-lactancia.org
La mejor página sobre medicamentos y lactancia, en español.