

**BUENAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO/A
PEQUEÑO/A EN MATERNIDADES.**

GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EQUIPOS TÉCNICOS

Compiladoras: Por el Programa Nacional de Niñez Dra Mara Castro
Por el Proyecto Desarrolla del PNUD Nora d ´Oliveira

ÍNDICE

I. Introducción	5
II. Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del niño/a pequeño/a en las Maternidades	7
III. A modo de ejemplo: Política Institucional en BPA para la Maternidad del Hospital de la Mujer Paulina Luisi	9
IV. Autoevaluación de conocimientos	11
V. Mitos sobre la lactancia materna	15
VI. Conceptos Básicos Sobre la Práctica de la Lactancia Materna.	19
a) Introducción	19
b) ¿Por qué es tan importante apoyar la práctica de la lactancia materna?	20
c) ¿Cuál es el mejor momento para apoyar?	20
d) Parto y alojamiento conjunto	22
e) Masajes para estimular la secreción de leche	24
G) Complicaciones frecuentes al iniciar la lactancia:	26
H) Situaciones especiales	33
I) Extracción manual de leche	34
j) Lugar y tiempo de almacenamiento de la leche humana	35
VI Contraindicaciones de Lactancia	39
VIII. Banco de Leche Humana	41
Objetivos: Apoyar la lactancia materna	41
Principios Básicos sobre Consejería	45
Prácticas recomendadas:	45
X. El varón y el apoyo la lactancia materna	49
XI Prueba de evaluación, respuestas correctas:	51
XII Respuestas Correctas Sobre Mitos de la Lactancia	52
Bibliografía.	54
Sitios WEB recomendados	54
Anexo 1: Prácticas de alimentación y consejería para mujeres gestantes y madres HIV positivas (Normas Nacionales de Lactancia Materna)	55
Anexo 2: Prácticas de alimentación y consejería para mujeres gestantes y madres con consumo de derivados de la cocaína (pasta base) (Normas Nacionales de Lactancia Materna)	56
Anexo 3: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	57

I.

INTRODUCCIÓN¹

La alimentación es un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño².

Existe consenso basado en evidencias científicas, en el hecho de que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos.³ La lactancia materna y la alimentación complementaria han sido identificadas como dos de las tres intervenciones de prevención más eficaces disponibles para prevenir la mortalidad infantil⁴.

Con el propósito de cooperar con el logro de un mejor crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país, el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Niñez, adopta las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a (BPA). Estas se basan en estrategias implementadas a nivel mundial que han demostrado impactos en la alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a y han sido definidas para ser aplicadas en las maternidades y los consultorios del primer nivel de atención. En nuestro país, los servicios de salud están trabajando fuertemente en su implementación para mejorar la calidad de la atención de la mujer embarazada y promover una adecuada alimentación del lactante y del niño/a hasta los 2 años de vida.

En el contexto de la Reforma de la Salud que comienza su implementación en a partir del 2008, se establecen cuotas de pago a los prestadores de salud, que tienen dos componentes, un componente riesgo que surge de la edad y sexo de los afiliados y otro componente llamado metas asistenciales. Estas últimas pretenden incentivar y medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, hacia un enfoque integral de la salud con fuerte énfasis en lo preventivo.

En esta línea el MSP definió como Programas Prioritarios los de la atención al niño/a y de la mujer y género. De acuerdo a la normativa de éstos, una de las metas asistenciales correspondientes a la salud de la embarazada y el niño/a es la meta sobre lactancia.

La meta prestacional sobre lactancia establece que las instituciones tendrán que alcanzar al cabo de un año la acreditación en BPA en cada una de sus maternidades y consultorios.

1 Adaptación de material elaborado por la Comisión de Buenas Prácticas del CHPR

2 Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 24, 1990.

3 Asamblea Mundial de la Salud N° 55. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, Ginebra 16 de abril de 2002

4 How many child death can we prevent this year? Child Survival II. Lancet , 362:65, 71, 2003.

Además deberán realizar la promoción de la donación de leche a los Bancos de Leche Humana en aquellos Departamentos en los que estén presentes (actualmente en Salto, Tacuarembó y Montevideo) y continuarán suministrando como hasta ahora el indicador de Lactancia Materna a los 6 meses.

Los Bancos de Leche Humana, en su función de optimizar la nutrición de los recién nacidos suministran leche a todos los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud sin excepción, en los lugares donde se encuentran. Es por eso que la promoción de la donación es fundamental para lograr una mayor cantidad de donantes ya que el objetivo final es que todos los recién nacidos internados reciban leche humana.

El recibir leche humana exclusivamente durante la internación lleva a una disminución de costos para las instituciones, ya que disminuye el riesgo de aparición de infecciones intrahospitalarias, la severidad de las enterocolitis necrotizante, y desaparece la diarrea intrahospitalaria.

Está demostrado que el buen logro de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención de salud. En muchas oportunidades nos encontramos con prácticas y rutinas desarrolladas en maternidades y servicios de salud que ponen en riesgo el buen desarrollo de la lactancia dificultando su proceso natural.

Uno de los factores que interfieren en el éxito de la lactancia corresponde a la falta de conocimientos precisos y destrezas clínicas del equipo de salud para apoyar a la mujer que amamanta y a las prácticas y normas hospitalarias inadecuadas para la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna. Para que este verdadero cambio del modelo de atención se produzca, resulta imperativo contar con equipos de trabajadores de la salud capacitados y organizados en sus tareas y funciones.

Este trabajo intenta cooperar a superar las dificultades mencionadas y va dirigido a todos los integrantes del equipo de salud que trabajan en la asistencia de las mujeres embarazadas y madres, y de los niños y niñas de 0 a 2 años de vida. Busca proporcionar información básica necesaria para tener los conocimientos y habilidades necesarias para ayudar a las madres y a sus hijos e hijas a iniciar la lactancia y a mantenerla, cooperando al logro de una mayor y mejor salud con un enfoque integral desde el nacimiento y para toda la vida.

II.

BUENAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO/A PEQUEÑO/A EN LAS MATERNIDADES

PRÁCTICAS A EVALUAR EN LAS MATERNIDADES

“Los servicios de salud y maternidades del SNIS que realicen control a la mujer embarazada, parto y control de salud de la población infantil, deberán cumplir con las BPA en la maternidad y consultorios. Podrán solicitar la evaluación externa para la acreditación de su servicio en BPA de acuerdo a los criterios y procesos establecidos por la misma⁵”.

1. La institución cuenta con una política explícita que promueve, protege y apoya las Buenas Prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a y ésta es sistemáticamente puesta en conocimiento de todo el equipo de salud y es accesible a los usuarios.
2. El equipo de salud está capacitado para instrumentar esta política.
3. Se promueve entre las mujeres embarazadas y su grupo familiar:
 - los beneficios de la lactancia materna,
 - la lactancia materna exclusiva y a libre demanda,
 - las habilidades necesarias para su práctica incluyendo la extracción manual y la conservación de la leche.
4. La maternidad respeta la Ley 17.386 de acompañamiento del parto y el equipo de salud ayuda a las madres a estar en contacto piel a piel con subebé y a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto. Se practica el alojamiento conjunto durante las 24 horas del día.
5. El equipo de salud fomenta la lactancia materna a libre demanda.
6. El equipo de salud apoya a las madres en cómo se debe dar de mamar al niño/a y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
7. El equipo de salud ofrece a los recién nacidos sólo leche materna sin otro alimento o bebida a no ser que exista una razón médica justificada.

5 Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial n° 217/09

8. El equipo de salud no fomenta el uso de mamaderas y chupetes y orienta sobre la interferencia de los mismos en la instalación de la lactancia materna.
9. La maternidad respeta y el equipo de salud conoce y aplica el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
10. La maternidad cuenta con un sistema de apoyo propio u orienta a la mujer sobre dónde acudir en caso de dificultades con la lactancia luego del alta; fomenta el control oportuno de ella y del recién nacido y los refiere al consultorio más accesible.

III.

A MODO DE EJEMPLO: POLÍTICA INSTITUCIONAL EN BPA PARA LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE LA MUJER PAULINA LUISI

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL

Como lo proponen las BPA, es útil que cada servicio de salud logre definir una política que resuma su compromiso y su forma de trabajo. A modo de ejemplo para las maternidades, se presenta la política elaborada por las Comisión en Buenas Prácticas del Centro Hospitalario Pereira Rossell, aprobadas por consenso y de aplicación obligatoria para todos los que trabajan en la institución.

1. Esta Maternidad y todo el Centro Hospitalario Pereira Rossell promociona, protege y apoya las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a. Los integrantes del equipo de salud están comprometidos a trabajar en el logro de estos objetivos.
2. La Maternidad promueve la capacitación de todo el equipo de salud para instrumentar esta política. La Comisión para las Buenas Prácticas es la responsable de instrumentar anualmente dicha capacitación a través de un taller que contempla contenidos teóricos y horas de práctica clínica. El personal no estable es incluido en este taller anual si su rotación se lo permite, de lo contrario el servicio es responsable de su capacitación. Se realiza capacitación en servicio en forma permanente.
3. La Maternidad tiene como objetivo promocionar entre las mujeres embarazadas y su grupo familiar los beneficios de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva y a libre demanda. Enseña a las mujeres embarazadas las habilidades necesarias para su práctica incluyendo la extracción manual y la conservación de la leche. Se suplementa a la embarazada con hierro y se le enseña cómo mejorar su alimentación.
4. La Maternidad respeta la elección de la madre de por quién desea ser acompañada durante el parto. El equipo de salud ayuda a las madres a estar en contacto piel a piel con su bebé y en lo posible a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto. En esta Maternidad la madre y su hijo/a permanecen juntos durante las 24 horas del día, excepto por indicación médica justificada.
5. El equipo de salud fomenta la lactancia materna a libre demanda, dejando que el niño/a determine el ritmo de su alimentación

6. El equipo de salud apoya a las madres en cómo se debe dar de mamar al niño/a. Miembros del equipo de salud designados son responsables de observar y ayudar a la madre sobre técnicas de lactancia durante su internación. También le enseñan técnicas de extracción manual y conservación de la leche para poder mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
7. El equipo de salud ofrece a los recién nacidos sólo leche materna sin otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente justificados. Está normatizado que toda indicación de alimento o bebida, que no sea leche materna, debe estar debidamente justificada y constar en la historia clínica consignando el diagnóstico.
8. El equipo de salud no fomenta el uso de mamaderas y chupetes durante su internación y explica a la madre y su familia su interferencia en la instalación de la lactancia materna.
9. La Maternidad respeta y el equipo de salud conoce y aplica el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
10. La Maternidad cuenta con un Banco de Leche Humana que contribuye a la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna. Se dedica especialmente a la atención de niños/as pre término.
11. La Maternidad cuenta con la Línea Mamá para apoyar a las madres luego del alta y para ayudarla a resolver cualquier problema que se le pueda presentar en relación a la lactancia materna. Se enfatiza la importancia de los controles en salud para la madre y su hijo/a y cada mujer es derivada al centro de salud o policlínica que sea más accesible para ella.

IV.

AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Si nos proponemos reflexionar sobre nuestras prácticas y conocimientos en torno a la lactancia materna, es oportuno que podamos auto evaluarlos para conocer en qué temas debemos hacer énfasis al momento de capacitarnos. Aquí se plantean unas afirmaciones de conocimientos básicos imprescindibles para trabajar en torno a las BPA y en el apoyo y promoción de la lactancia materna. Al final de la guía el lector encontrará las respuestas correctas.

Marque la o las opciones verdaderas.

1. El aumento de riesgo de infección respiratoria y diarrea en niños/as que reciben leche de fórmula y/o de vaca es significativo:
 - a) sólo después del destete total
 - b) siempre
 - c) sólo después de los 6 meses de vida del bebé
 - d) nunca
2. Las siguientes condiciones pueden alterar la eyección de la leche:
 - a) el dolor físico
 - b) la inseguridad en la capacidad de amamantar
 - c) tomar pocos líquidos
 - d) todas las anteriores
3. Durante el examen pre natal, si se descubre que la madre tiene pezones umbilicados, su manejo debe incluir lo que sigue:
 - a) descartar que la madre tenga riesgo de un trabajo de parto prematuro
 - b) se le explica a la madre que le será imposible amamantar
 - c) se le enseñan algunos ejercicios que le pueden ser útiles para cuando nazca el bebé
 - d) se le explica a la madre que es probable que pueda amamantar a su hijo/a.
4. En relación a la mujer embarazada:
 - a) debe ser complementada con hierro durante todo el embarazo
 - b) las necesidades de hierro en este período no se incrementan
 - c) con una alimentación equilibrada no necesita suplemento de hierro
 - d) necesita suplemento de hierro sólo en el tercer trimestre

5. En la educación a las mujeres embarazadas es esencial brindar información sobre:
 - a) lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del bebé
 - b) El amamantar a libre demanda
 - c) Masajes de los pezones con alcohol y glicerina o alguna crema para ese fin para prevenir las grietas
 - d) Su derecho a elegir por quién ella desee ser acompañada en el momento del parto
6. Una buena técnica de extracción manual de leche incluye:
 - a) realizar masajes circulares en el pecho, frotar suavemente los pezones
 - b) con la mano en forma de C presionar en el borde de la aréola hacia la pared del torax
 - c) deslizar los dedos hacia el pezón hasta que salga la leche
 - d) la extracción de leche sólo está indicado cuando la madre deba trabajar.
7. Para asegurar una cantidad adecuada de leche en las mamas:
 - a) se debe dar de mamar cada 2 horas:
 - b) se recomienda dar de mamar a libre demanda
 - c) la madre debe consumir al menos 2 lts de líquido diarios
 - d) toda mujer debe tener un estado nutricional normal o no producirá suficiente leche
8. Los indicadores de que un bebé está bien colocado al pecho son los siguientes:
 - a) el mentón de niño/a toca la mama
 - b) los labios del niño/a están evertidos como “boca de pescado”
 - c) la nariz del niño/a toca la mama
 - d) se escucha un chasquido en cada succión
9. La causa más común para el mal incremento de peso en los bebés amamantados durante el primer mes de vida es:
 - a) baja producción de leche de la madre
 - b) deficiencia nutricional materna
 - c) amamantamiento poco frecuente y con mala técnica
 - d) trastornos metabólicos del niño/a
10. La lactancia está contraindicada en cuál de las siguientes condiciones:
 - a) madre con hepatitis A
 - b) VIH materno

- c) Madre con pezones umbilicados
 - d) Madre cursando una infección respiratoria alta
- 11. En relación a la alimentación complementaria del niño/a:
 - a) todo niño/a debe recibir otro alimento diferente a la leche materna a partir de los 4-6 meses
 - b) a los 6 meses se deben incorporar carnes
 - c) al inicio sólo puede recibir puré de manzana y banana.
 - d) el niño/a de 8 meses debe estar recibiendo dos comidas principales y varias colaciones diarias más pecho materno
- 12. En cuanto a los inconvenientes de la leche artificial:
 - a) no produce alteraciones a nivel digestivo.
 - b) Si cualquiera la puede suministrar ayuda a la socialización del bebé
 - c) El niño/a tiene mayor incidencia y gravedad de infecciones respiratorias, otitis, diarreas, urinarias.
 - d) la leche materna no protege en el síndrome muerte súbita.
- 13. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna incluye en sus enunciados:
 - a) la prohibición de regalar muestras de leches a los usuarios
 - b) la prohibición de la propaganda que fomente el uso de leche de fórmula y/o mamaderas y chupetes en los niños/as menores de 2 años
 - c) la prohibición de la venta de sucedáneos de leche materna
 - d) la prohibición de ALGUNOS regalos y/o beneficios otorgados por las empresas que comercializan los sucedáneos a los miembros del equipo de salud.

V.

MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

“Mi leche no sirve... no le alcanza a mi bebé... me estoy quedando sin leche”. Es común encontrarnos con frases como estas, de parte de madres que desean amamantar a sus hijos pero que se ven en dificultades.

Lo que nos gustaría es poder explicarles que estos conceptos muchas veces son mitos, creencias populares que pasan de generación en generación sin que tengan fundamento científico. Pero de tanto escucharlos es como que se volvieran reales, y muchas veces parecería que la experiencia los confirmara. Lo importante es saber que con conocimientos precisos y apoyo, estas situaciones son superables.

Empecemos entonces por aclarar aquellos conceptos erróneos que se manejan con mayor frecuencia.

Responda “verdadero” o “falso” a estas afirmaciones.

Al final de esta Guía el lector podrá encontrar las respuestas correctas para evaluar su información al respecto.

1. **MI LECHE NO SIRVE.** (NO ES BUENA, NO ENGORDA AL BEBÉ, ES AGUADA)

V F

2. **ME QUEDÉ SIN LECHE. MI LECHE NO LE ALCANZA AL BEBÉ. EL BEBÉ LLORA PORQUE NO LE ALCANZA LA LECHE.**

V F

3. **EL BEBÉ DEBE MAMAR CADA TRES HORAS Y DIEZ MINUTOS DE CADA PECHO.**

V F

4. **EL CALOSTRO ALCANZA PARA EL BEBÉ, AUNQUE SU VOLUMEN SEA MUY PEQUEÑO.**

V F

5. **PRÁCTICAMENTE TODAS LAS MUJERES PUEDEN AMAMANTAR.**

V F

6. **DAR DE MAMAR ESTROPEA LOS PECHOS.**

V F

7. LAS MUJERES DE PECHOS CHICOS SON DE TENER POCA LECHE.

V F

8. SI LA MAMÁ ESTÁ MEDICADA PROBABLEMENTE PUEDA DAR EL PECHO IGUAL.

V F

9. MIENTRAS SE ESTÁ AMAMANTANDO HAY COSAS QUE NO SE PUEDEN COMER O TOMAR PORQUE LE HACEN MAL AL BEBÉ (LE DA GASES, CÓLICOS, ETC).

V F

10. HAY QUE TOMAR MUCHO LÍQUIDO PARA TENER MÁS LECHE.

V F

Existen otros mitos, pero los que comentamos son los que más escuchamos y los que influyen en mayor medida en el fracaso de una lactancia. Lo importante es tener en claro que en su mayoría las madres pueden amamantar y deben confiar en eso. Ante cualquier duda, antes de recurrir a la alimentación artificial, es recomendable consultar para poder aportar mejor orientación e información, para beneficio de la mujer, su bebé y su familia.

INICIO DE LA LACTANCIA

Ayude a las madres y a las familias a aprender a responder a las necesidades del niño/a, para ello:

- Mantenga juntos a la madre y el niño/a día y noche.
- Explíqueles la forma en que la succión mantiene alta la producción de leche. Esto es importante sobre todo en las primeras horas y días a fin de desencadenar la secreción láctea.
- Enséñeles a aliviar la ingurgitación de los pechos mediante el amamantamiento a demanda o la extracción de la leche.
- Si el niño/a parece demasiado somnoliento, sugiérale a la madre que:
- Quite al niño/a las mantas y las ropas pesadas para que comience a moverse.
- Le masaje suavemente el cuerpo y le hable.
- Si duerme mucho que lo despierte para amamantar.
- No limite la frecuencia de las comidas. Deje que los bebés se alimenten cuando quieran. Esto satisface las necesidades del niño/a si tiene hambre o sed y las de la madre si los pechos están llenos.
- Las comidas nocturnas son importantes para asegurar la estimulación adecuada para la producción de leche.

CÓMO AYUDAR EN EL PRIMER AMAMANTAMIENTO:

Ofrezca a todas las madres su ayuda para iniciar el amamantamiento. El tiempo que dedique el personal de maternidad al inicio temprano del amamantamiento ayudará a la madre a establecer la lactancia natural y a prevenir las dificultades que requerirán ulteriormente más tiempo del personal. Es posible que para algunas madres todo se desarrolle sin mayores problemas ; entonces observe si todo está bien y ofrezca su ayuda sólo en los casos en que una madre parezca vacilante o tenga dificultades.

Un gesto y una palabra amable y de comprensión SIEMPRE serán bien recibidos.

VI.

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

A) INTRODUCCIÓN

La necesidad de apoyar a la madre en la lactancia no es un concepto nuevo. Si repasamos la historia, veremos que la práctica de la lactancia materna sufrió diversas vicisitudes: desde su alta valoración y práctica frecuente, hasta la imposición de estrictas restricciones por ejemplo en la frecuencia y duración de las mamadas, lo que comenzó a dificultar la continuación del amamantamiento. La primera mitad del siglo XX se caracterizó por una declinación de la lactancia natural en el contexto del desarrollo industrial, jerarquizando las leches de complemento como forma “científica” de alimentación. Recién en la segunda mitad del S XX se produce un resurgimiento del interés científico y social por la leche humana y el proceso de la lactancia.

En nuestro país, el Prof. Dr. Morquio, pediatra de principios del siglo pasado decía: “...el niño alimentado a pecho rara vez se enferma y excepcionalmente se muere.....”

Los beneficios de la lactancia materna son reconocidos tanto para el niño/a como para la mujer, la familia y la sociedad en general. La composición de la leche humana y los efectos de esta sobre la salud del niño/a proporciona un fundamento incuestionable para estimular la lactancia. Si pensamos que además el amamantamiento facilita el fortalecimiento del vínculo madre hijo/a y coopera en la estimulación del niño/a para un adecuado desarrollo, esto debería ser suficiente para iniciarlo y mantenerlo. Pero la medicina basada en la evidencia ha demostrado que se necesita además de un apoyo continuo a la madre y a la familia desde el inicio para lograr el mantenimiento de la lactancia materna hasta cuando las recomendaciones lo indican.

El apoyo a la lactancia debería ser un proceso continuo que comienza desde la educación de los niños y las niñas, continua en la pubertad y tiene su máxima expresión en el momento del embarazo, cuando tanto física como emocionalmente la mujer se prepara para enfrentar la experiencia de amamantar a su hijo o hija. El equipo de salud comparte con la comunidad en general la responsabilidad de brindarle a la familia espacios de reflexión y educación tanto durante el embarazo, como acompañando los primeros difíciles momentos luego del nacimiento y después del alta que es cuando se instala definitivamente la lactancia. Es fundamental estar preparados para poder apoyar y brindar información acertada y actualizada para poder resolver las dificultades que se vayan presentando.

B) ¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE APOYAR LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA?

PORQUE CON ELLO MEJORAMOS LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO EN LA SALUD DE:

- **Los recién nacidos sanos.** Estadísticamente se sabe que la lactancia materna disminuye la gravedad de las enfermedades prevalentes de la infancia como las infecciones respiratorias y digestivas. Además disminuye el riesgo de muerte súbita entre otros beneficios a largo plazo.
- **Los recién nacidos con patología y los pretérminos.** La lactancia materna protege a estos niños/as que permanecerán internados y por lo tanto más expuestos a la posibilidad de infecciones intrahospitalarias.
- **La mujer.** La recuperación en el puerperio es más rápida y además disminuye la incidencia de riesgo de contraer cáncer de mama y de ovario entre otros beneficios.

C) ¿CUAL ES EL MEJOR MOMENTO PARA APOYAR?

Durante el embarazo es cuando la mujer tiene mejor disposición y cuenta con más tiempo para aprender y prepararse para la lactancia. Sería importante que los futuros padres pudieran reflexionar sobre la alimentación que desean para su hijo/a mucho antes del momento del nacimiento. Se proponen entonces aquí los temas que se consideran importantes a ser trabajados por los equipos técnicos con las familias durante este período .

Si bien la lactancia es un proceso natural, el amamantamiento requiere una destreza que debe ser aprendida tanto por la madre como por el niño/a:

EL AMAMANTAMIENTO SE APRENDE

No todas las mujeres y familias son iguales por lo que tendremos que tener en cuenta las condiciones individuales y considerar las fuertes influencias que la mujer tiene de su entorno social y de sus experiencias personales. Hay que adecuar los mensajes a esta realidad y darlos en forma sencilla y práctica y de acuerdo a por ejemplo, si la mujer es primigesta, múltipara, teniendo en cuenta sus experiencias previas sobre lactancia, creencias, hábitos, tabúes, prácticas alimentarias de la familia, etc.

Es recomendable que la educación incluya aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna, lo que ha demostrado que mejora claramente los resultados, especialmente en las primíparas.

Si la mujer embarazada tuvo una experiencia previa y ésta fue positiva, aprovecharla para estimularla. Si fue negativa tratar de investigar la causa para trabajar sobre ella y poder darle apoyo para que esta situación no se vuelva a repetir.

Se recomienda enfatizar los siguientes puntos:

- Ventajas de la lactancia para la madre y su hijo/a. Jerarquizar las ventajas de la lactancia natural así como las desventajas y riesgos de la mamadera y las fórmulas (por ejemplo: mayor incidencia de las enfermedades prevalentes de la infancia).

- Conocimiento de las mamas y de los cambios producidos en el embarazo y la lactancia. Explicar claramente cómo funciona la glándula mamaria y el proceso de la producción de leche: a mayor estimulación, mayor producción.

- Cuidado prenatal de las mamas: advertir 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.

En cuanto a hacer ejercicios con los pezones (ejercicios de Hoffman) y el tensador del pezón, está demostrado que su efectividad es escasa y por lo tanto no son recomendables. El cubrepezón duro usado debajo del sostén, que presiona sus fibras circulares, tampoco ha demostrado ser muy útil.

De acuerdo a la bibliografía consultada, en el caso de los pezones invertidos o umbilicados, será el grado de inversión del pezón y la fuerza de succión del niño/a los que determinarán si el amamantamiento será posible, no existiendo una regla fija para predecir si una mujer con pezones invertidos será capaz de amamantar o no. Lo importante en estos casos no es el aspecto del pezón, sino la capacidad de estiramiento del mismo (protractilidad); ante un pezón protractil existe posibilidad de amamantar, pero estas mujeres al inicio necesitarán más ayuda por parte del equipo de salud.

- La importancia del contacto piel a piel inmediatamente después del parto: favorece la lactancia materna y el vínculo afectivo.

- La importancia de la libre demanda como mecanismo de regulación de la producción de leche según las necesidades del niño/a.

- Técnicas de amamantamiento, ésta es una técnica que es necesario aprender (se ampliará la información sobre este tema más adelante). Incluir en la educación la técnica de extracción manual y la conservación de la leche materna ya que será algo útil para todas las madres que necesiten separarse de sus hijos por alguna circunstancia.

- Incluir los problemas que se pueden presentar los primeros días (pezones dolorosos, grietas, ingurgitación mamaria) y cómo resolverlos.

-Incorporar al padre en la preparación prenatal, con el doble fin de fortalecer su rol parental y lograr un apoyo afectivo y emocional para la madre. Es necesario que conozcan sus derechos en cuanto al acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. Será la madre quien decida por quién será acompañada.

- El diagnóstico nutricional de la mujer embarazada es muy importante. Hay que proporcionarle a la madre información sobre lo que se considera una alimentación adecuada. Es conveniente entregarle una lista de alimentos, de la que ella seleccionará, de acuerdo a sus recursos.

Se recomienda suplementar hierro por vía oral según normas del MSP a todas las mujeres embarazadas.

- Realizar la evaluación de las adicciones. Cualquier droga o medicamento puede potencialmente afectar al niño/a, sobretodo en el primer trimestre del embarazo.

- Si por razones de salud la madre consume algún medicamento en forma habitual, su médico debe analizar y valorar la situación. Se debe advertir sobre el peligro de la automedicación.
- El alcohol afecta al feto y luego al niño/a, por lo tanto está contraindicado.
- El tabaco aún en pequeñas cantidades constituye un riesgo para el feto, aún en el caso de fumador indirecto.
- La cafeína y la teína así como el mate son excitantes del sistema nervioso y deben ser consumidas con moderación.
- Si la madre tiene una adicción específica, el manejo clínico no es fácil y los riesgos están en relación a la droga preferida. Cuando la mujer asume y manifiesta su adicción, el embarazo podría ser un momento muy adecuado para iniciar el tratamiento (referirse a las Normas Nacionales de Lactancia Materna, ver anexo).

- Promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes con una adecuada y oportuna introducción de alimentación complementaria.

D) PARTO Y ALOJAMIENTO CONJUNTO

Durante la internación y teniendo en cuenta que la mujer está cursando el puerperio, momento muy complejo en todos los aspectos, no es la mejor ocasión para comenzar la educación ya que ni la madre ni su entorno están receptivos para la introducción de conceptos nuevos.

Es por eso que lo mejor es brindar solo lo básico y recordar algunos conceptos:

- La experiencia del parto puede afectar la lactancia temprana e influir en si la madre amamantará a su hijo/a durante un tiempo más o menos prolongado. Es necesario modificar las disposiciones que separan a las madres y los recién nacidos e interfieren con el proceso de lactancia natural. **Las madres necesitan un ambiente cálido, seguro y solícito.**
- **Alentar a las parturientas a que las acompañe una persona** durante el parto para que les dé apoyo, está comprobado que coopera en un mejor desarrollo del mismo e incide en un número menor de cesáreas.
- **Apego en la primera hora.** Cuando sea posible intentar que madre y recién nacido permanezcan juntos mientras se realiza el alumbramiento. La regulación de la temperatura de los recién nacidos que permanecen junto a su madre se realiza en forma más adecuada.
- Cuando **se mantiene a la madre y al recién nacido en estrecho contacto**, el niño/a hará gestos previos a la alimentación (por ejemplo, llevarse las manos a la boca y hacer movimientos de succión) y es más fácil para la madre comprender y responder a estas señales en forma adecuada y oportuna. Los reflejos de búsqueda y succión del recién nacido son especialmente fuertes en la primera hora o dos horas después de un parto sin medicamentos.
- **Observar antes de aconsejar** al ingresar en el alojamiento conjunto. Muchas veces la instalación de la lactancia se realiza espontáneamente en forma correcta y la mujer sólo necesitará apoyo y contención.
- Recordar que la **lactancia es a demanda** y esa demanda es tanto por parte del niño/a como de la madre. Cuando los recién nacidos son sanos tienen reservas suficientes de glucosa como para no alarmarse si el sueño se prolonga más de 3 horas. Cuando la madre siente la necesidad de prender al niño/a esto es también demanda. Se recomienda de 8 a 12 tomas día.
- **El calostro** es de alto valor inmunológico y hace que se elimine el meconio más rápido. Aunque de escasa cantidad (2 a 20cc durante 4 días aproximadamente que se inicia la secreción de la leche de transición) es suficiente para el recién nacido.
- La **bajada de la leche** en las primíparas puede retrasarse hasta 96 horas y en las múltiparas adelantarse a las 36 horas.

- **El mecanismo más importante para mantener la producción de leche es la succión**, cuando esta no es posible debe indicársele a la madre la extracción lo más precoz posible.
- Es importante recordarle a la familia que **el niño/a llora por múltiples razones** y no exclusivamente por hambre. Muchas veces alcanza que el padre o la madre lo tomen y lo sostengan con buena continencia para que el recién nacido se sienta confortado. Otras veces llora por que tiene calor, frío etc.
- **El descanso de la madre** es fundamental en los primeros días.

E) MASAJES PARA ESTIMULAR LA SECRECIÓN DE LECHE



Figura 1

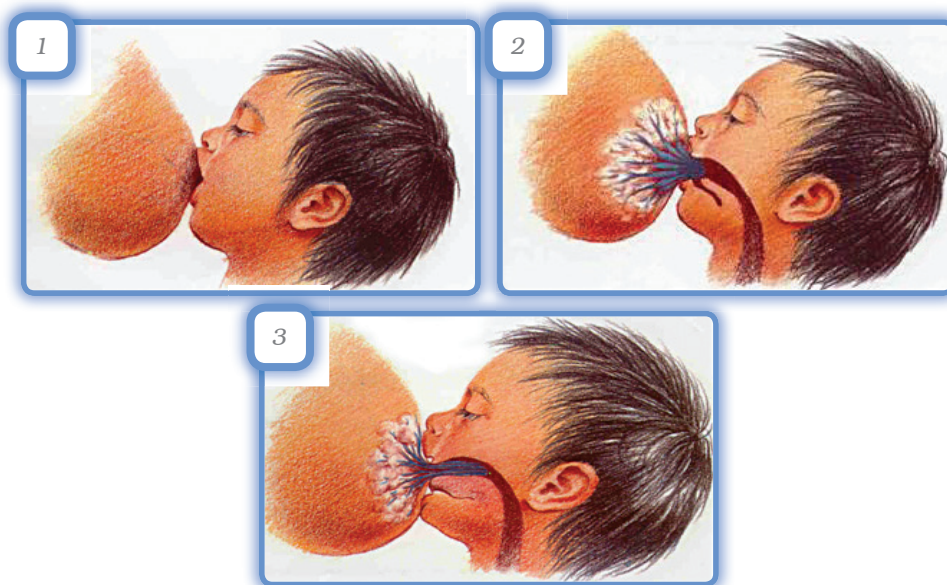


Figura 2

Cuando se realizan masajes (fig.1) estos deben ser circulares 3 o 4 veces en el mismo lugar, para luego repetir en forma radial hacia la unión de la areola con la piel, en toda la mama. Nunca se debe tironear de la mama, frotar ni deslizar los dedos ya que se produce daño tisular.

Es fundamental realizar estos masajes para lograr una mejor extracción de la leche tanto sea por extracción manual o mecánica. Los masajes para estimular la secreción de leche son recomendables siempre previamente a la extracción, sea esta por el método que se elija (manual o mecánica).

F) ELEMENTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA PARA LOGRAR UNA BUENA SUCCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.



En la figura 1 se observa la eversión del labio superior e inferior, fundamental desde el primer momento para lograr una buena succión y evitar las grietas. De esta manera además, se asegura que el bebé pueda extraer la cantidad de leche que necesita.

SEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

- Bebé con la boca bien abierta, toma pezón y la mayor parte de la areola
- Lengua bajo la areola
- Labios evertidos como “boca de pescado”
- Mentón en contacto con el pecho
- Deglución audible y no un chasquido que deja en evidencia una mala prensión
- Panza del bebé contra la panza de la madre en un solo eje
- Movimientos profundos y lentos (ciclo succión deglución 3 a 1)
- Bebé relajado, queda tranquilo luego de mamar
- Madre relajada, siente que “baja” la leche (“puntadas”)

En las figuras 2 y 3 observamos como el pezón al introducirse en la boca del niño/a, por la succión genera un estiramiento del mismo llegando este hasta el paladar blando. Esto no ocurre con la tetina del biberón o con el chupete, es por esto que debe evitarse su uso hasta que el niño/a incorpore el mecanismo de succión del pecho materno y no se confunda luego al prenderse del pecho.

Debemos recordar que al finalizar el amamantamiento se aconseja colocarse calostro en un principio y luego leche en los pechos como mecanismo de protección e higiene, nunca cremas.

G) COMPLICACIONES FRECUENTES AL INICIAR LA LACTANCIA:

EN LA MADRE

DOLOR

La causa más frecuente de dolor es la mala posición. El labio inferior no evertido y/o el roce del pezón con el paladar duro que se puede producir porque la madre realiza demasiada presión con el pulgar lo que lleva a inclinar el pezón hacia arriba. El dolor también puede ser producido por una mala posición del bebé en relación al cuerpo de la madre cuando, está muy abajo en relación a la mama por lo que tira del pezón y lo puede lastimar.

Otra causa frecuente de dolor son los lactantes que succionan con mucha fuerza (lactantes barracuda) generando una presión negativa muy alta.

Existen otras circunstancias atribuidas a características del niño/a o de la madre que pueden ser consultadas en la bibliografía recomendada.

TIPOS DE PEZONES

Grandes: aquí el problema radica en que la boca del niño/a no puede manejar el volumen del pezón. Ayuda a veces que ambos estén en decúbito lateral enfrentados, otras veces es necesario la extracción manual hasta que se logre el correcto acople.

Planos o invertidos: en el caso de los primeros muchas veces el problema se soluciona solo ya que la misma succión del bebé forma el pezón. De todas maneras, la madre necesitará apoyo para tener la confianza de que el bebé se prenderá igual y se alimentará correctamente a pesar de esas características del pezón.

. Puede ayudar en los primeros días formar el pezón ya sea con la ayuda de una pezonera o con simples ejercicios de estiramiento (Hoffman) previo a colocar al recién nacido/a a pecho.

Cuando el pezón es invertido aquí los ejercicios por lo general no serán efectivos y no está probado que realizar los ejercicios de Hoffman durante

el embarazo revierta esta situación. Es por esto que debe advertirse a estas madres que podrán tener dificultades en el amamantamiento al inicio. Por lo general la condición de pezón invertido es unilateral por lo cual se aconseja que inicie el amamantamiento de ese lado ya que el recién nacido succiona con mas fuerza al inicio.

GRIETAS



Las grietas son producidas por un mal acople de la boca del recién nacido.

Cuando las grietas se producen en la mitad inferior de la mama la causa más frecuente es que el labio inferior del recién nacido no se evierte por lo cual el pezón genera fricción sobre la piel y no sobre la mucosa.

Cuando las grietas son en la mitad superior del pezón estas pueden estar originadas en el roce del mismo sobre el paladar duro con lo cual debería enfrentarse más al recién nacido/a a la mama para que el pezón se dirija al paladar blando, o disminuir la presión generada por el pulgar de la madre.



¿Como tratamos las grietas?

Para calmar el dolor de la madre, cuando las grietas son pequeñas, alcanza con el cambio de posición al amamantar lo cual acerca los labios de la herida disminuyendo el dolor.

Cuando la grieta es más profunda puede ser necesario suspender la lactancia directa y realizar el ordeño manual (único método que no tironea el pezón) por 24 /48 horas hasta lograr una mejoría clínica, dándole la leche extraída al bebé.

En todos los casos debe colocarse calostro/leche en el pezón luego de amamantar y secar con secador o al sol si es posible para lograr una más rápida cicatrización. No se aconseja el uso de cremas que retardan el proceso de curación.

Existe la posibilidad del uso de corticoide sintético de uso tópico al 0,05% que se coloca por 48 horas con buenos resultados y que no debe ser retirado previo a la lactada. Este actúa en la aceleración de la cicatrización así como antiinflamatorio.

Se puede administrar analgesia por vía oral (ibuprofeno) a la madre si está muy dolorida. Calmar el dolor ayudará a que la madre conserve su deseo de seguir amamantando.

CONGESTION MAMARIA



Figura 1



Figura 2

La congestión mamaria primaria es máxima con el primer hijo/a para luego ir disminuyendo con los hijos sucesivos. Tiene lugar entre el tercer y séptimo día después del parto.

La congestión mamaria tiene 3 elementos:

1. Congestión y aumento de la vascularización del tejido mamario.
2. Acumulación de leche.
3. Edema secundario a la tumefacción y obstrucción del drenaje linfático causado por el incremento de la vascularización y la ocupación de los alvéolos, y congestión areolar y del pezón.

Al inicio (figura 1) hay un aumento de la vascularización y tumefacción (congestión primaria), aquí deben incrementarse los masajes para favorecer la salida de la leche y la succión o extracción manual o mecánica. Las duchas tibias o las compresas ayudan a la salida de la leche.

En la segunda fase (figura 2) la mama tiene elementos de inflamación (tumefacción, calor, rubor) y el dolor en la misma que era tolerable ahora no

lo es por lo cual lo que primero se debe hacer es administrar analgesia por vía oral (ibuprofeno) y luego realizar masajes. Colocar paños tibios, realizar la extracción, y luego colocar paños fríos para disminuir el edema intersticial.

En esta etapa el recién nacido/a no puede realizar la succión ya que pezón y areola están endurecidos y tumefactos, por eso es necesario realizar la extracción por otro método y tan pronto se pueda, prender al recién nacido.

MASTITIS



La mastitis es un proceso infeccioso del intersticio que rodea un lóbulo mamario. Se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado, generalmente es unilateral. Se acompaña de fiebre y malestar general. El tratamiento incluye reposo, analgésicos, antiinflamatorios (ibuprofeno) y antibióticos, en algunos casos es necesario el drenaje de la zona afectada, pero en ningún caso se indica suspender la lactancia.

MICOSIS

En estas infecciones el pezón se ve rosado contrastando con el color café del resto de la areola. Son síntomas característicos de esta infección la sensación de quemazón, pinchazos y ardor. En la mayoría de las ocasiones se asocia a muguet en la boca del recién nacido. Es por eso que el tratamiento debe ser del binomio, con antimicóticos en boca del bebé y pezones de la madre por 10 días. También hay que limpiar muy bien y pasar antimicótico a todos los objetos y/o utensilios que estuvieron en contacto con la boca del bebé o el pezón de la madre (por ejemplo el sacaleche o el mordillo si el bebé lo utiliza). Una vez iniciado el tratamiento a las 24 horas la madre presenta un alivio claro de la sintomatología.

REFLEJO DE EYECCIÓN EXCESIVO

Aquí la velocidad de salida de la leche es mayor que la velocidad con que el recién nacido/a realiza la succión-deglución, todo lo cual lleva a un aumento de la distensión gástrica, episodios de cólicos o pequeños episodios asfícticos muy angustiantes para la familia. En estos casos se debe aconsejar a la

madre la extracción manual o mecánica al inicio de la lactada para evitar la gran descarga inicial. También se puede aconsejar el dar de mamar de un solo pecho por vez para comenzar a disminuir la excesiva producción de leche, en este caso la madre tiene que extraerse solamente un poco de leche de la mama que no se estimula para sentirse cómoda pero no tanto para vaciarla. De esta manera se producirá menos leche en las próximas mamadas.

EN EL NIÑO/A

Valoraremos aquí solo algunos de los diversos problemas que pueden aparecer en la lactancia.

DISFUNCION MOTORA ORAL

Algunos niños/as por inmadurez, problemas neurológicos transitorios o permanentes, dolor facial, como consecuencia del uso de fórceps o por el uso de biberones o chupetes pueden presentar un trastorno en la succión - deglución.

Si el niño/a se ha habituado al biberón, al colocar el pezón y la areola en su boca lo empujará hacia fuera y permanecerá solo la punta del pezón en la boca con los problemas que esto implica (por ejemplo producir grietas del pezón). Para tratar de corregir esto se deben realizar ejercicios introduciendo el dedo índice con el pulpejo hacia arriba en la boca del niño/a (siempre con guantes), ejerciendo presión sobre la lengua para que se adelante y se irá retirando el dedo paulatinamente. Este ejercicio debe repetirse varias veces al día hasta lograr que la lengua del niño/a envuelva el dedo y sobrepase la encía inferior.

En los niños con síndrome de Down y otras causas de hipotonía, la posición enfrentada y sosteniendo la nuca y el maxilar inferior mejoran francamente la lactancia.



INADECUADO INCREMENTO DE PESO

La causa de un escaso incremento de peso por lo general es un amamantamiento inadecuado ya sea por escasa frecuencia de mamadas, falta de mamadas nocturnas, mala técnica de amamantamiento y/o incorrecto

vaciamiento de las mamas. Debemos recordar que el contenido graso se encuentra al final de la lactada y algunas veces debe recomendarse tomar de una sola mama cada vez para un mejor vaciamiento y asegurar que el bebé tome de la segunda leche más rica en grasas.

Se considera adecuado un aumento de entre 18 grs y 20 grs diarios como mínimo.

CRISIS TRANSITORIA DE LACTANCIA

Sucede habitualmente entre los 2 y 3 meses (aunque se puede dar también en otros momentos de stress de la madre, por ejemplo). El niño/a que quedaba satisfecho ahora no lo hace, el que requería amamantar cada 3 a 4 horas ahora requiere cada 2. Esto se debe al crecimiento del niño/a que requiere más leche y la producción de la madre no colma momentáneamente sus requerimientos. Para superar esta situación es necesario incrementar la producción, por lo cual es lógico que por unos días sea necesario prenderlo más veces hasta lograr el aumento del volumen lo cual ocurre en una semana aproximadamente. Hay que advertir a las madres de que por unos días la demanda del bebé se aumentará significativamente, asemejándose a los primeros tiempos de la lactancia, pero que a los pocos días notará como su producción de leche aumenta.

Hay que ser muy cuidadosos cuando se produce una de estas crisis ya que ante el desconocimiento de cómo superarla se puede producir el inicio de un destete. El advertirle a la madre que hay solución pero que debe tener paciencia por unos días, la tranquiliza mucho (a ella y a su entorno) y permite superar la crisis sin mayores consecuencias.

ICTERICIA EN EL NIÑO/A AMAMANTADO

En los recién nacidos de término sano puede presentarse:

Ictericia temprana: por alimentación insuficiente, se trata de una exageración de la ictericia fisiológica por escasa excreción fecal de bilirrubina. El momento de inicio es a los 2 a 4 días de nacido el niño/a. Se debe a mamadas infrecuentes o inefectivas lo cual lleva a pocas deposiciones. La prevención y manejo incluye 8 a 12 mamadas/día lo cual lleva a aumentar el número de deposiciones y la diuresis, dos elementos fundamentales para valorar una buena lactancia junto obviamente con el ascenso ponderal.

Ictericia tardía: se trata de una hiperbilirrubinemia benigna producida por la leche materna de causa desconocida. Generalmente aparece luego de la primera semana y puede persistir hasta los 3 meses. Se plantea este diagnóstico solo en un niño/a sano y con buen crecimiento ponderal. Algunos autores aconsejan suspensión transitoria de la lactancia, otros no, por lo cual será el pediatra tratante el que decidirá la conducta a seguir.

HIPOGLICEMIA

Definición: : glucosa en sangre $<0,50\text{g/l}^6$

La alimentación con calostro, precoz y a demanda es apropiada y suficiente para el aparato digestivo del recién nacido; suficiente para prevenir la hipoglicemia en el niño/a a término sano y para aquellos que son grandes para la edad gestacional, que no son hijos de madre diabéticas.

Prevención: Colocar al recién nacido contacto piel a piel al nacimiento que permite precozmente prender a pecho y prevenir la hipotermia.

Comprobar que el recién nacido mame a demanda y que haga unas 10 a 12 tomas en 24 horas durante los 3 primeros días. Observar por lo menos dos tomas y comprobar que el agarre y la posición sean correctas. Dar confianza a la madre sobre su capacidad de amamantar⁷.

FACTORES DE RIESGO PARA HIPOGLICEMIA

- Bajo peso al nacer (menor de 2500)
- Hijo/a de madre diabética
- Hipotermia neonatal
- Prematurez
- Hipoxia –isquemia neonatal.

SÍNTOMAS DE HIPOGLICEMIA

- Irritabilidad, llanto
- Temblores, mioclonias o convulsiones
- Succión débil, letargia, hipotonía, coma
- Hipotermia

CONTROL DE RECIÉN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLICEMIA

Hemoglucotest:

- A las 2 horas de vida
- 6-12-24-48 horas o si hay síntomas

2006 Uruguay

7 Manual de Lactancia Materna de la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Capítulo 20 Problemas de los Primeros días. 20b Hipoglicemia. A. Gomez Papi. editorial Panamericana 2008

GEMELARES



Para lograr una lactancia exitosa es fundamental apoyar a la madre desde el embarazo ya que es posible para los gemelares lograr una lactancia exclusiva. Indudablemente estas madres requieren un apoyo especial ya que están sobreexigidas. Por lo tanto también hay que ser paciente frente a sus dudas y cansancio.

Se aconseja en lo posible darle de mamar a ambos bebés simultáneamente para ahorrarle tiempo a la madre, aunque esto no es siempre posible porque la demanda de los niños/as no es la misma.

PREMATUREZ

Debe explicársele a la madre la importancia de iniciar un ordeño lo más precozmente posible y en forma mantenida aunque no sea posible alimentar al recién nacido al inicio.

Desde el punto de vista emocional el extraerse leche y poder conservarla, muchas veces es una de las pocas cosas que la madre siente que puede hacer ella misma por la salud de su hijo/a. De más está decir que no hay que presionarla en este sentido pero sí hacerle sentir que es posible y que cuando su hijo/a pueda comenzar a alimentarse no habrá nada mejor que la leche de su mamá.

ANQUILOGLOSIA (FIJACIÓN DE LA LENGUA)

En estos casos la lengua está fija y genera dolor en el pezón no siendo posible la lactancia hasta la liberación del frenillo.



H) SITUACIONES ESPECIALES

RETRASO EN EL INICIO DE LA LACTANCIA

Como ya dijimos en las primíparas se puede retrasar la bajada de la leche hasta las 96 horas. Esto puede suceder por las siguientes causas:

1. Madres diabéticas
2. Stress post parto
3. Restos placentarios

El retraso en la bajada de la leche puede ser un llamado de atención para el diagnóstico de alguna de estas situaciones.

COLORES DE LA LECHE

Calostro: color amarillento o anaranjado.

Madura: blanco azulado al inicio y blanco cremoso al final de la lactada, aunque la coloración de la misma depende de los pigmentos ingeridos. Puede ser verdosa frente a la ingesta de algas, algunas bebidas energizantes con dicho color, o negra por pigmentos que generan depósitos de hemosiderina.

Las madres suelen decir que su leche parece aguada porque es de una coloración más clara de lo que esperarían. Es bueno explicarles que la primera leche que se produce tiene más contenido de agua para saciar la sed del bebé y que la lecha con más contenido graso se produce después.

I) EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE

Es importante enseñarle a la mujer la extracción manual de leche antes del alta (si no se realizó este adiestramiento durante el embarazo) ya que es muy probable que la primera bajada de la leche y posible congestión mamaria se presenten cuando ya esté en su casa. En estos casos, es indicada la extracción de leche y es mejor la maniobra manual ya que no implica gastos para la familia en sacaleches, etc. Sin embargo, si la mujer se sintiera más cómoda utilizándolos no se desestimulará su uso pero se le indicará que de todas formas realice los masajes previos para estimular la bajada de la leche y así saldrá más fácil.

Recordemos que tanto para la extracción manual como mecánica primero hay que hacer los masajes que ya se explicaron con anterioridad, esto hará que la leche fluya más fácilmente.

Cuando la extracción se realiza en forma manual debe colocarse la mano en forma de C como lo muestra la fig. 3 para luego, como lo muestra la fig. 4 realizar movimientos rítmicos de arriba abajo y hacia la parrilla costal

para lograr la extracción manual. Es muy importante que los dedos no se deslicen sobre la areola porque se puede dañar la piel, deben permanecer firmes en el borde de la areola.



Figura 3

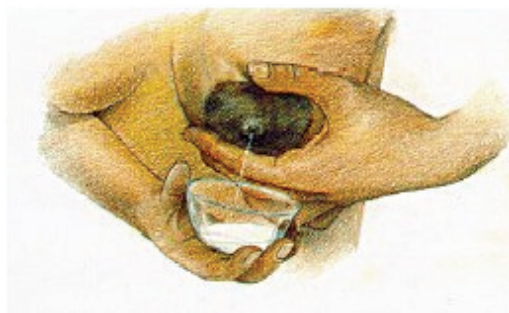


Figura 4

La eficacia de la extracción manual se valora por la facilidad con que se logra la obtención de leche.

Cada período de extracción puede durar como máximo 20 o 30 minutos.

La extracción manual es el único método que no tironea del pezón que generalmente está sensible, por lo tanto es la más recomendable.

Otros métodos de extracción son:

- g) Eléctrica
- h) Pezonera mecánica
- i) Aspiración central
- j) Jeringa invertida, este método es útil en los medios donde no podemos contar con ningún otro sistema de extracción y la madre no pudo lograr la extracción manual.

J) LUGAR Y TIEMPO DE ALMACENAMIENTO DE LA LECHE HUMANA

Durante la internación o en el domicilio se puede colocar la leche en frascos estériles como lo son los utilizados para muestras de orina.

Estos frascos están estudiados y habilitados por el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) para guardar leche (estudio solicitado por el Banco de Leche Humana del Centro Hospitalario Pereira Rossell). No se recomiendan bolsas (se pinchan, disminuye la cantidad de Ig A secretoria porque se adhiere a la pared).

En el domicilio, de no contar con estos frascos la leche se puede guardar en frascos de vidrio con tapa plástica previamente lavados con agua y jabón para luego hervirlos por separado (tapa y frasco) durante 15 minutos y dejar secar al aire.

Los frascos deben especificar el día de la extracción y si es leche que la madre desea donar debe tener el nombre de la madre.

DURACIÓN DE LA LECHE ALMACENADA

LUGAR	TIEMPO
Ambiente	6 a 8 horas (por debajo de 25°)
Heladera profunda	48 horas
Congelador	14 días
Freezer	6 meses
Fuera de heladera	Máximo 3 horas

Rotular la leche con el día y mes de extracción. Si la madre y/o el niño/a se encuentran internados o es para donación agregar el nombre de la madre.

DESCONGELADO

Este proceso puede ser realizado a baño Maria (fuera del fuego) o bajo el chorro caliente de la canilla. No debe hervirse ni realizarse en microondas porque produce la desnaturalización de las proteínas. Una vez descongelado debe usarse en las siguientes 24 horas. No se debe congelar nuevamente luego de descongelado.

ES IMPORTANTE SABER:

- La leche materna es el mejor alimento para los bebés.
- En los primeros días el calostro cubre las necesidades del neonato.
- Protege contra las enfermedades más frecuentes y alergia.
- La leche materna es completa y perfecta en su composición.
- Es más higiénica y más fácil de obtenerse libre de contaminación.
- Amamantar es gratificante, fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo/a, le da seguridad y cariño al bebé, lo que contribuye a su buen desarrollo emocional.
- Es la estimulación de la succión del bebé la que regula la producción de leche por la glándula.
- No de otros alimentos al recién nacido a término, no son necesarios porque el pecho cubre los requerimientos de agua y nutrientes.

La leche materna es una sustancia sorprendente que no puede ser replicada por ningún medio artificial. Es única en su composición y en sus funciones: contiene el balance ideal de nutrientes que el bebé precisa y se digiere fácilmente.

Cambia a través del tiempo y aún en el curso del día para satisfacer las cambiantes necesidades de crecimiento del niño.

Contiene sustancias esenciales para el desarrollo óptimo del cerebro del niño con efectos sobre la función cognitiva y visual.

Provee factores de crecimiento que juntos ayudan a la maduración del intestino del niño

Provee al niño de factores inmunitarios elaborados especialmente para luchar contra alérgenos y enfermedades específicas del entorno que rodea a la madre y al niño/a.

Los beneficios comienzan desde el primer momento después del nacimiento y se prolongan por muchos años después de terminado el periodo de lactancia.

VI

CONTRAINDICACIONES DE LACTANCIA

Las siguientes son indicaciones médicas aceptables para que un recién nacido/a reciba líquidos o alimentos adicionados, o en lugar de la leche materna.

1. Niños/as con muy bajo peso al nacer: menor de 1.500 gr. o edad gestacional menor de 32 semanas. Aunque estos recién nacidos puedan requerir suplementos, las decisiones acerca de su alimentación se tomarán según el caso, en relación a los requerimientos nutricionales y capacidades funcionales particulares. La leche materna es recomendada en primer lugar pudiéndose si la madre autoriza, administrar leche de banco donde ésta esté disponible.
2. Niños/as con hipoglucemia potencialmente severa, no apta de tratamiento por incremento de lactancia materna.
3. Niños/as con deshidratación grave, u otras situaciones que excluyen el uso de la vía oral.
4. Niños/as con deficiencias metabólicas que contraindican la lactancia. La Galactosemia es de contraindicación absoluta. Fenilcetonuria es posible lactancia asociada a leche industrial sin fenilalanina controlando que los valores en sangre se mantengan entre 2 a 6 mg/dl. Enfermedad de la orina en jarabe de arce aquí también se puede asociar lactancia y leche industrial específica para esta metabolopatía. Deficiencia primaria congénita de lactasa, muy rara pero contraindica la lactancia.
5. Hijos/as de madre VIH positiva.
6. Niños/as cuyas madres padecen de enfermedad física o mental severa ej.: psicosis, eclampsia, que la incapacite para atender a su hijo/a.
7. Niños/as cuyas madres deben recibir medicamentos incompatibles con la lactancia y no pueden ser remplazados por otros fármacos compatibles. Ej.: citostáticos, drogas radioactivas.
8. Niños/as cuya madre ha fallecido o han sido abandonados.
9. Hijos/as de madres que han adoptado la decisión de no amamantar.
10. Hijos/as de madres con consumo problemático de sustancias.
11. Niños/as con escaso aumento ponderal en el cual se han realizado

todas las medidas para aumentar la producción láctea, adecuar la técnica de lactancia y se han descartado otras causas de escaso aumento ponderal.

INFECCIONES MATERNAS DURANTE LA LACTANCIA

- Citomegalovirus no contraindica la lactancia
- Toxoplasmosis no contraindica la lactancia
- Herpes en ausencia de lesiones mamarias no contraindica la lactancia. Generalmente la lesión es unilateral por lo cual se suprime la lactancia del lado afectado (se extrae la leche y se descarta) manteniendo la contralateral.
- Varicela no contraindica lactancia si se manifiesta:
 - 3 semanas hasta 5 días antes del parto porque permite la producción de anticuerpos y la transferencia transplacentaria hacia al feto por lo cual si tiene la enfermedad será leve.
 - Si se manifiesta 5 días antes del parto o 2 después no hay formación de anticuerpos por lo cual si el recién nacido adquiere la enfermedad es grave. Debe indicarse el aislamiento de la madre si el bebé no tiene vesículas al nacer. Debe recibir varitec, siempre e iniciar ganciclovir si tiene vesículas. En cuanto a la lactancia, si está aislado de su madre puede recibir leche ordeñada si la madre no tiene lesiones en las mamas y realiza la extracción con tapabocas.
- Parotiditis no contraindica la lactancia
- Hepatitis A no contraindica la lactancia (el lactante debe recibir Ig y vacuna simultáneamente)
- Hepatitis B no contraindica la lactancia (el lactante debe recibir Ig y vacuna simultáneamente)
- Hepatitis C no contraindica la lactancia (CDC)
- Sífilis no contraindica la lactancia

VIII.

BANCO DE LECHE HUMANA

Ubicación: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Servicio de Recién Nacidos, primer piso.

Uno de cada 6 uruguayos nace en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

OBJETIVOS: APOYAR LA LACTANCIA MATERNA.

Alimentación con leche pasteurizada de todos los recién nacidos con peso igual o menor a 1500 o con patología que lo requiera cuando la leche de su propia madre no esta disponible o no es suficiente.

Logros: En el servicio de Recién Nacidos del CHPR no existe diarrea intrahospitalaria desde su uso así como ha cambiado el modo de presentación y frecuencia de la Enterocolitis Necrotizante.

Todos los recién nacidos de Montevideo que cumplan con lo antedicho tienen derecho a recibir leche de banco, si el neonatólogo tratante lo considera necesario.

PROCESO:

Se realiza la recolección domiciliaria en el área de Montevideo los días lunes, miércoles y viernes, El BPS realiza la recolección de la leche donada por las madres de su institución así como de las madres del área metropolitana. Se mantiene la cadena de frío desde el domicilio hasta su llegada al banco donde se coloca en freezer.

La condición fundamental para ser donante es: embarazo controlado, sin enfermedades infectocontagiosas, no uso de medicación o drogas que pasen la leche, o desnutrición.

Estas condiciones son tanto para cuidar al niño/a como para cuidar a la mujer donante.

Una vez que llega al banco transita por los siguientes pasos:

1. Almacenamiento previo examen de los frascos, se colocan en freezer a -20°C .
2. Descongelado a baño maría. No se mezclan las leches de las madres.
3. Acidez dornic: medida de ácido láctico en leche, si es igual o superior a 8 la leche se descarta y se avisa a la madre cuando existen muestras reiteradas en estas condiciones.

4. Se extrae muestra, para verificar si la acidez es adecuada para crematocrito lo cual permite discriminar contenido graso, proteico y calórico de cada leche.
5. Pasteurización. Calentamiento rápido (15 minutos) hasta llegar a 62°5 permaneciendo por 30 minutos a esa temperatura lo cual permite la inactivación de: CMV, VIH, etc. Finalmente enfriamiento rápido (15 minutos) a 5°.
6. Microbiológico: de cada frasco se toman 4 muestras (una vez tomadas las muestras se congela la leche) que se cultivan por 48 horas. Si el resultado es positivo se realiza un repique y se esperan 48 horas más. Si es positivo nuevamente se descarta.
7. El receptor recibe la leche rotulada con un autogenerado que permite rastrear la calidad de la leche en todos sus pasos. El traslado de la misma se realiza respetando la cadena de frío.

Existen Bancos de Leche también en los departamentos de Tacuarembó y Salto.

Uruguay con sus tres bancos, forma parte de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

- Para los niños: provee todo lo necesario para el óptimo crecimiento y desarrollo y lo protege contra enfermedades agudas y crónicas.
- Para las madres: las ayuda a recuperarse del embarazo y el parto y les brinda ventajas para su salud a lo largo de toda la vida.
- Para la sociedad: genera beneficios ambientales y económicos ya que disminuye los costos de salud que gobiernos o familias deben afrontar. Además reduce las ausencias laborales de las madres por motivo de la enfermedad de los hijos (Weimer, 2001).

SI COMPARAMOS CON LOS NIÑO/AS ALIMENTADOS EN FORMA ARTIFICIAL, LOS NIÑOS/AS ALIMENTADOS A PECHO:

- Son más saludables y cuando se enferman los síntomas son menos intensos. Además, los períodos de enfermedad y de hospitalización suelen ser más cortos. El riesgo de hospitalización por enfermedades del tracto respiratorio bajo es un 72% menos entre los niños amamantados durante el primer año de vida. (Stanley, 2007).
- Tienen menos riesgo de sufrir enfermedades infecciosas, por ejemplo diarrea, otitis, enfermedades respiratorias, meningitis (50% menos de otitis y 64% menos riesgo de gastroenteritis inespecíficas) (Heinig, 2001; Stanley, 2007).
- Tienen un 36% menos de probabilidad de sufrir muerte súbita en comparación con aquellos sin historia de lactancia. (Stanley, 2007).
- Tienen menos riesgo de desarrollar asma cuando existe una historia familiar de la enfermedad. Un mínimo de 3 meses de lactancia ha sido asociado a una reducción de 27%. (Gdalevich, 2001; Stanley, 2007).
- Sufren menos de las enfermedades intestinales inflamatorias de Crohn y la colitis ulcerosa (Heinig, 1996).
- Tienen menor riesgo de presentar Diabetes tipo 1 si tienen una historia familiar de esta enfermedad y si son alimentados en forma exclusiva por lo menos durante 4 meses (Stanley, 2007).
- Tienen menor riesgo de obesidad durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta y mejor perfil lipídico (Butte, 2001; Gillman, 2001; Stanley, 2007).
- Requieren menos ortodoncia (López del Valle, 2006; Leite, 2007).
- Tienen menos riesgo de linfomas, enfermedad celiaca y maltrato infantil.

PARA LA MAMÁ:

- Ofrece protección para el cáncer de ovario y de mama en la pre y post menopausia. Cuanto más meses la mujer amamanta a lo largo de su vida, mayor será el efecto protector (Heinig, 1997; Stanley, 2007).
- Disminuye el sangrado post parto lo que permite una más rápida recuperación luego del parto (Heinig, 1997).
- Cuando la lactancia es exclusiva puede reducir el riesgo de anemia ya que retrasa el retorno del ciclo menstrual por 20 o 30 semanas (Labbok, 2001); espaciamiento de los embarazos.
- Disminuye el riesgo de osteoporosis, de fractura de cadera postmenopáusica y de Diabetes tipo 2.
- Contribuye a fortalecer la relación entre la madre y su hijo (Lawrence, 1999). Sentimiento de mayor autoestima, confianza en la capacidad de crianza y equilibrio emocional.
- Retorno al peso pre-parto.

IX

PRINCIPIOS BÁSICOS SOBRE CONSEJERÍA⁸

Muchas veces es más importante cómo decimos las cosas que lo que decimos como contenido. En la práctica médica generalmente nos basamos en una serie de preguntas estructuradas y dirigidas a obtener información precisa y concreta y este tipo de metodología puede ser útil para la detección de procesos clínicos, pero no genera los mismos resultados cuando se trata de promocionar la salud. En este sentido es que proponemos algunas prácticas relacionadas a un mejor establecimiento de la comunicación con la madre y con la familia.

Cuando mejoramos nuestra capacidad comunicativa se gana en satisfacción, tanto nuestra como de nuestro interlocutor, mejora la capacidad de resolución, se gana en eficiencia del tiempo, comprensión, profundidad en la relación, mejor gestión de los conflictos, etc.

PRÁCTICAS RECOMENDADAS:

ESCUCHAR ACTIVAMENTE

- **Observar con plena atención.** Muchas veces los gestos valen más que las palabras. Podemos observar en una madre gestos de dolor y sin embargo decirnos que está todo bien. Entonces aprendamos a escuchar prestando atención realmente a lo que dice el otro/a, tanto explícita como implícitamente.
- **Hacer preguntas abiertas** ej. “¿qué piensa usted sobre la lactancia?” y no “¿piensa amamantar a su bebé?”. Si hacemos preguntas a las que se puede contestar “sí” o “no” probablemente nos contesten de esa manera y de acuerdo a lo que piensan que queremos oír. Si hacemos preguntas abiertas, que le permitan al otro expresar lo que siente y piensa, seguramente obtendremos mayor información y más confiable.
- **Evaluar lo que el paciente ya sabe.** A veces asumimos que el paciente sabe más o menos de lo que en realidad sabe y actuamos en consecuencia. Esto puede dificultar mucho la comunicación ya que el otro puede no entender sobre lo que estamos hablando pero tampoco se anima a decirlo. Tomemos tiempo para evaluar lo que sabe y partir desde allí para lograr un verdadero entendimiento.

⁸ Elaborado en base a material de Wellstart International, Programa Educativo del manejo de la Lactancia y Lactancia Materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004

LENGUAJE CORPORAL

- **Hacer que el paciente se sienta cómodo.** Si estamos por ejemplo, mirando la hora porque la consulta está por terminar y estamos apurados, seguramente el paciente se da cuenta y no se sienta cómodo. Al igual que el del paciente, nuestro cuerpo también habla.
- **Usar contacto ojo con ojo sin barreras.** La mirada atenta y a los ojos demuestra interés y comprensión.
- **Demostrar respeto.** No siempre el paciente piensa o siente como lo haríamos nosotros, pero es nuestra responsabilidad ser respetuosos de sus pensamientos y creencias. Sin darnos cuenta se nos puede escapar un gesto de desaprobación que puede ser vivido como una ofensa.
- **Aconsejar en un ambiente privado.** Es difícil hablar de nuestra intimidad (y nuestra salud lo es) si está entrando y saliendo gente del consultorio o hay otros profesionales o estudiantes en el medio. Brindemos un espacio tranquilo y privado donde el paciente pueda expresarse libremente. A veces solo hace falta una cortina protectora.

ATENCIÓN Y EMPATÍA

- **Considerar los sentimientos del paciente.** Además de nuestros conocimientos, el paciente necesita de nuestra comprensión y simpatía. Tengamos en cuenta que el estado de su salud le puede generar ansiedad, temor, dolor, depresión. Y estos sentimientos son tan importantes e influyen en su salud tanto como cualquier otro síntoma físico.
- **Contestar las preguntas sin juzgar.** Podemos considerar que son preguntas obvias, o muy íntimas, o sin sentido. Pero son lo que el paciente necesita saber, y no está en nosotros juzgar si es correcto o no. Aprendamos a ponernos en el lugar del otro para comprender mejor lo que le está pasando y lo que necesita verdaderamente.
- **Ser cálido y acogedor.** La comprensión y la calidez muchas veces “curan” más que las indicaciones y los medicamentos. Demostremos nuestro interés en lo que le pasa al otro y brindemos un clima agradable de verdadero intercambio humano.

TOMA DE DECISIONES

- **Identificar la fuente de información o mala información del paciente.** Para poder actuar correctamente pri-

mero tenemos que conocer qué sabe realmente el paciente. La información le puede haber llegado de una fuente confiable (por ejemplo de un médico colega) o haberlo escuchado en la calle o en el barrio. Sabiendo esto, tendremos distintos argumentos para poder ayudarlo en su problema o situación.

- **Ofrecer al paciente la información básica.** En nuestra intención de ayudar, a veces atosigamos al paciente de información que no puede manejar. Es mejor dar información focalizando el tema principal de consulta y dejar el resto para otra vez.
- **Ayudar al paciente a tomar la mejor decisión en su situación de vida.** La solución a un problema no siempre es la misma para distintas personas. Incluso lo que es bueno hoy puede no serlo mañana. Tengamos en cuenta las realidades particulares para ayudar al paciente e tomar las riendas de su salud y tomar las decisiones apropiadas para él/ella. Porque nosotros no tendríamos que ser más que un vehículo facilitador de sus decisiones.

X.

EL VARÓN Y EL APOYO LA LACTANCIA MATERNA⁹

Los protagonistas naturales de la lactancia materna son obviamente la madre y el bebé, pero la figura del padre tiene también un rol protagónico en esta experiencia de vida. Lo será no solo como apoyo al logro del establecimiento de la lactancia materna sino también desde su desarrollo personal como hombre y como padre.

En cuanto a la lactancia materna, todo es mucho más fácil y las probabilidades de éxito aumentan cuando existe una figura de apoyo. Esta figura puede ser desempeñada por un familiar, una amistad o cualquier persona, e incluso no existir. Pero quien puede ejercer ese papel de una manera decisiva es el padre.

El padre que actúa como soporte es una figura principal junto con la madre y el hijo/a. Para que un padre ejerza este rol ha de implicarse tanto en aspectos emocionales como dedicando el tiempo necesario que esta situación precisa. Si contamos con una madre, un hijo/a y un padre-soporte tenemos lo que se conoce como triángulo de la lactancia, que hará que las probabilidades de éxito aumenten considerablemente. Estas serán experiencias enriquecedoras y placenteras que los padres no deberían dejar pasar y que significarán un crecimiento tanto a nivel individual como para toda la familia.

La intervención del padre en la alimentación de su hijo/a puede ser a través de proteger la instalación de la lactancia materna, ayudando a la mujer en otras tareas, como puede ser el cuidado de los hijos mayores o el encargarse de las tareas domésticas para que la mujer tenga más tiempo para dedicarle a su hijo/a. Así también es importante que comparta la decisión y la responsabilidad de la elección de la lactancia materna como forma de alimentar a su hijo/a y por lo tanto ser un aliado si es que se presentan problemas. En circunstancias difíciles muchas veces es el padre quien puede ejercer ese rol protector que tanto la madre como el hijo/a necesitan para no sumergirse en el caos que puede producir el dolor de una grieta, o un bebé difícil de consolar.

El nacimiento de un hijo/a naturalmente cambia la relación de la pareja, puede enriquecerla descubriendo nuevas facetas y matices, pero también pueden surgir conflictos ante la necesidad de rápidas adaptaciones a situaciones nuevas y estresantes. Una de estas áreas es la sexualidad y tanto la maternidad en general como la lactancia en particular pueden ser el momento de buscar y vivir otras experiencias o hábitos sexuales, adaptándose a las circunstancias propias del período. Hombre y mujer pueden no coincidir en su deseo sexual y es bueno estar atentos y respetar las necesidades de ambos.

Como toda experiencia de vida, el período de lactancia es una oportunidad para aprender y crecer, y esto es para toda la familia.

9 Rol del padre en la lactancia materna. Material de la Liga de la Leche Internacional 2007

XI

PRUEBA DE EVALUACIÓN, RESPUESTAS CORRECTAS:

1. b
2. a, b
3. c, d
4. a
5. a, b, d
6. a, b
7. b
8. a, b, c
9. c
10. b
11. b, d
12. c
13. a, b

XII.

RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE MITOS DE LA LACTANCIA

1. **Falso.** Aquí lo importante es saber que todas las leches son buenas, salvo alguna patología específica que se da con muy poca frecuencia. No comparemos la leche de madre con la leche de vaca (que a la vista parece más “gorda”) porque cada especie tiene la leche adecuada para su cría, la vaca para el ternero y la mujer para su bebé.
2. **Falso.** Puede suceder que la madre sienta que tiene poca leche, pero su producción aumentará al poner más veces el bebé al pecho. Cuanto más mama el bebé, más leche tiene la madre. Además tengamos en cuenta que el bebé no siempre llora por hambre, a veces necesita ser sostenido en brazos, o siente frío o calor, o tiene cólicos. El llanto es su única forma de comunicarse. Lo importante es que esté creciendo bien, lo que decidirá el médico en los controles del bebé.
3. **Falso.** Este es un concepto que ya no se maneja. Hoy se sabe que hay que dar de mamar a demanda, lo que es cada vez que el bebé lo pida y por el tiempo que él lo necesite, de esta manera se garantiza la producción de leche de la madre y la correcta alimentación del bebé. No todos los bebés tienen el mismo ritmo para mamar, a veces necesitan más tiempo y a veces menos. Con el tiempo en general, cada niño/a va encontrando su ritmo y las mamadas ya no serán tan frecuentes como al principio.
4. **Verdadero.** La pequeña cantidad de calostro que tiene la madre es exactamente lo que el bebé necesita. Y es lo mejor que el bebé puede recibir. La mayor cantidad de defensas que recibe el bebé es a través del calostro.
5. **Verdadero.** Podríamos decir que salvo raras excepciones todas las mujeres tienen capacidad de amamantar. Hay situaciones muy especiales en que la madre no pudo amamantar, pero será el médico el que le indique por qué no puede hacerlo y con motivos justificados.
6. **Falso.** La forma de los pechos es algo propio de la constitución de cada mujer. El embarazo puede cambiar su forma y su tamaño, pero el amamantar no los estropea.
7. **Falso.** Algunos pechos tienen más grasa que otros, y por esta razón el tamaño cambia de mujer a mujer. Los pechos pequeños tienen la misma capacidad de producir leche que los pechos grandes. Lo que hace que una mamá tenga más o menos leche es la cantidad de veces que pone al bebé al pecho.

8. **Verdadero.** Son muy pocas las causas por las cuales una mamá no puede dar el pecho. Ni una gripe común, ni un resfrío, son causas para ello. Un medicamento contraindicado muy probablemente pueda ser sustituido por uno que permita la lactancia.
9. **Falso.** Es importante que la mamá se alimente bien, tanto en cantidad como en la variedad de alimentos. A veces nos dicen que no se puede comer cierto alimento porque le puede hacer mal al bebé, o no tomar ciertas bebidas porque por ejemplo le da gases. Esto no es cierto, lo que la mamá come o toma no pasa directamente al bebé.
10. **Falso.** Es bueno que la madre que amamanta tome tanto líquido como le pida su sed, pero esto no hará que tenga más leche. La única manera de aumentar la cantidad de leche es aumentar la estimulación de la mama, a mayor estimulación, mayor producción. Por lo tanto si se quiere tener más leche hay que poner al bebé más seguido al pecho, y asegurarse un adecuado vaciamiento de las mamas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría, 2008
2. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Ruth A. Lawrence, Robert M. Lawrence, texto edición 2007
3. Norma Nacional de Lactancia Materna, Ordenanza Ministerial 217/09, disponible en la página WEB www.msp.gub.uy, Programa de la Niñez
4. Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a, disponible en la página WEB www.msp.gub.uy

SITIOS WEB RECOMENDADOS

1. Sociedad Uruguaya de Pediatría www.sup.org.uy
2. IBFAN International www.ibfan.org
3. IBFAN Argentina www.lacmat.org.ar
4. Red Nacional de Bancos de Leche Humana (Brasil) www.fiocruz.br/redeblh
5. World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) www.waba.org.my
6. Liga La Leche Internacional www.lalecheleague.org
7. Academy of Breastfeeding Medicine www.bfmed.org
8. Wellstart International www.wellstart.org
9. Organización Mundial de la Salud www.who.int/home-page/index.es.shtml
10. Organización Panamericana de la Salud www.paho.org/default_spa.htm
11. UNICEF www.unicef.org/spanish
12. Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil www.ruandi.org.uy

ANEXO 1: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y CONSEJERÍA PARA MUJERES GESTANTES Y MADRES HIV POSITIVAS (NORMAS NACIONALES DE LACTANCIA MATERNA)

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar a los recién nacidos y lactantes. Sin embargo en recién nacidos de mujeres VIH positivas el amamantamiento debe proscribirse siempre.

Durante el embarazo se deberá informar a las madres y la familia la necesidad de interrumpir la lactancia al momento del nacimiento. Se le explicara a la madre en qué consistirá el tratamiento farmacológico para la suspensión de la lactancia, el cual se realizará con su consentimiento y se le orientara en el manejo de la alimentación artificial para su hijo.

Los RN de mujeres VIH + deben recibir alimentación artificial exclusivamente desde el nacimiento. Se fomentará el contacto piel a piel lo antes posible.

No se recomendará en ninguna situación la alimentación mixta (artificial + pecho) ya que esta se asocia a mayor riesgo de transmisión que la lactancia materna exclusiva.

Se deberá asegurar la provisión de formula industrial para lactantes hasta los seis meses de edad en niñas y niños, hijos de mujeres seropositivas (VIH) por parte de la institución del SNIS que atiende dicho niño/a. La misma deberá ser indicada por el pediatra o médico tratante y requerirá una receta para su prescripción solicitando la misma en la unidad de Farmacia de los establecimientos de salud que corresponda.

ANEXO 2: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y CONSEJERÍA PARA MUJERES GESTANTES Y MADRES CON CONSUMO DE DERIVADOS DE LA COCAÍNA (PASTA BASE) (NORMAS NACIONALES DE LACTANCIA MATERNA)

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar a los recién nacidos y lactantes. Sin embargo en recién nacidos de mujeres con consumo de derivados de la cocaína (pasta base) el amamantamiento debe proscribirse siempre.

Durante el embarazo se deberá informar a las madres y la familia la necesidad de interrumpir la lactancia al momento del nacimiento. Se le explicara a la madre en qué consistirá el tratamiento farmacológico para la suspensión de la lactancia y se le orientara en el manejo de la alimentación artificial para su hijo.

Los RN de mujeres que declaren en el momento del nacimiento consumo activo de cocaína deben recibir alimentación artificial en forma exclusiva. Se fomentará el contacto piel a piel lo antes posible.

Se deberá asegurar la provisión de leche de formula hasta los seis meses de edad de hijos/as de mujeres con consumo de cocaína por parte de la institución del SNIS que atiende dicho niño/a. La misma deberá ser indicada por el pediatra o médico tratante y requerirá una receta para su prescripción, solicitando la misma en la unidad Farmacia de los establecimientos de salud que corresponda.

ANEXO 3: CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

El Código es una **Recomendación Mundial** que declara que la lactancia materna debe ser activamente protegida y promovida en todos los países, enfatiza que la adopción y el cumplimiento del Código son un requisito mínimo e insta a todos los Estados Miembros a traducir el Código en ley y/o reglamentos nacionales.

El objetivo del Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

“El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.”

El Código exige que toda la información que se brinde, tanto para el equipo de salud como a la comunidad sea clara y precisa y no contener imágenes o textos que idealicen el uso de los sucedáneos de la leche materna.

Está prohibida toda promoción directa al público, por lo tanto no puede haber promociones en los puntos de venta, la entrega de muestras gratis, promociones asociadas, cupones de descuento, etc.

Están prohibidos los regalos que de alguna manera fomenten el uso de sucedáneos de la leche materna tanto a las mujeres embarazadas, madres y comunidad en general como a los trabajadores de la salud. No se deben tampoco ofrecer ni aceptar incentivos materiales o financieros a los trabajadores de la salud y/o a sus familias para promover la venta de estos productos.

No se deben exponer en los servicios de salud ningún material que directa o indirectamente promueva el uso de los productos comprendidos dentro del Código.

La información que se le brinde a los trabajadores de la salud debe ser científica y objetiva.

Está prohibida la promoción comercial de alimentos complementarios para uso antes de la edad a partir de la cual son necesarios.

En Resumen:

- Prohíbe la publicidad de los Productos
- Prohíbe la entrega de muestras a la madre
- Prohíbe la promoción de los productos en los servicios de salud y en los puestos de venta
- Prohíbe el uso de visitadores para asesorar a las madres
- Prohíbe la entrega de regalos o muestras al personal de salud
- Prohíbe el uso de imágenes que idealicen la alimentación artificial
- La información a los profesionales debes ser objetiva y científica
- La información sobre los productos incluido las etiquetas debe explicar las ventajas del amamantamiento y los costos y peligros de la alimentación artificial
- Los productos no adecuados no deben ser promocionados para la alimentación infantil
- Todos los productos deben ser de alta calidad

Reglamentación nacional:

- **DECRETO 315/994:** Reglamento Bromatológico julio/94
- 29.2.26 la publicidad y comercialización de estos alimentos debe realizarse de acuerdo con el CISLM de OMS/UNICEF.
- **NORMA NAL. LACTANCIA MATERNA 217/009** el cual refiere al código agrega el código dentro de sus anexos como parte de la Norma y agrega las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud