



# Gotitas de amor, un vínculo para toda la vida

Guía de Lactancia Materna

Manual para madres

## 1. INTRODUCCIÓN

Tras muchos años de investigaciones, se ha demostrado que los beneficios de la lactancia materna, son incomparables con ninguna otra fórmula.

Los recién nacidos alimentados con leche materna tienen menos probabilidades de padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias, alérgicas o asma, y también previene la obesidad infantil. Además, la LM tiene efectos beneficiosos para la madre, ya que disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico, al menos hasta los 6 primeros meses de vida.

Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen.

## 2. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es un organismo vivo, cambia día a día, toma a toma y variará ante las necesidades del bebé, transmitiéndole los anticuerpos necesarios en caso de enfermedad.

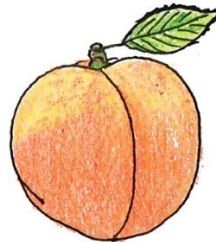
### Estómago del RN (cantidad ml /toma)



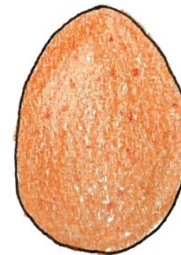
Cereza  
Día 1  
5-7 ml



Nuez  
Día 3  
22-27 ml



Albaricoque  
1 Semana  
45-60 ml



Huevo  
1mes  
80-150 ml

**Calostro:** (1-4º día postparto) durante los **3-4 primeros días** postparto se segrega un volumen aproximado entre 2-20 ml por toma, es un líquido denso y amarillento (debido al betacaroteno). La pequeña cantidad y la baja osmolaridad permiten trabajar a los riñones sin sobrecargarlos. **Fácilmente digerible** y con propiedades laxantes que facilitarían la **expulsión del meconio**.

**Transición:** 600-700 ml en 24h (**5º-15º día** postparto).

**Madura:** Tras el **15º día postparto** (700-900 ml). En esta tercera fase, la leche experimenta variaciones en función de la etapa de la lactancia, la hora del día, la nutrición de la madre y la edad gestacional del bebé.

En la **Fase de destete** se pasa por una **fase de calostro** antes de desaparecer totalmente la leche.

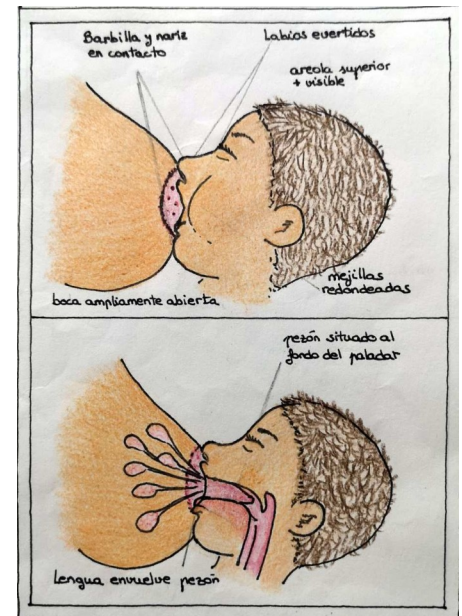
### 3. ¿ CÓMO SÉ SI COME?

#### Valoración de una correcta postura

- **Madre cómoda**, con apoyo lumbar y cervical.
- Bebé colocado **barriga con barriga**, pero de manera que tenga el **cuerpo alineado** y siga el eje de la dirección del pecho-pezones.
- **Cabeza** apoyada en **mitad del antebrazo**, no en la flexura (en la postura de cuna)
- El brazo del **bebé** debe **abrazar** el cuerpo de su madre.
- No acercar el pecho al bebé, sino **aproximar el bebé al pecho**.
- **Dirigir su nariz hacia el pezón** de manera que al rozarla abrirá ampliamente la boca por el **reflejo de búsqueda**, en ese momento acompañarlo hacia el pecho.
- Se debe **visualizar más areola por la parte superior que por la posterior**.
- Anatómicamente tienen una **nariz chata para poder respirar** durante la succión, si sienten dificultad respiratoria se retirarán, por lo que **no hay que sujetar la cabeza** (se puede visualizar, desde el lateral, un hueco mientras mama entre la nariz y el labio).

#### Valoración de un correcto agarre

- Ambos **labios evertidos**.
- **Areola más visible por la parte superior**.
- **Boca ampliamente abierta**.
- **Barbilla y nariz en contacto con el pecho**.
- **Lengua envuelve el pezón por abajo**.
- **Mejillas redondeadas** (no se colapsan al succionar).
- **No se escuchan chasquidos** durante la succión.
- Se **mueve mandíbula inferior, oreja y sien** al tragar
- Se **escucha la deglución**.
- Si necesitas **retirar al bebé del pecho**, no estirar, se ha de introducir el dedo **meñique** por la comisura labial hasta la encía, así se **romperá el vacío** y se evitarán lesiones.



#### Valoración de las tomas

- Reconocer las **señales de hambre temprana** (intranquilo, apertura de boca, movimiento de cabeza buscando pecho o manos). Se deben **realizar de 8-12 tomas diarias**.
- **No** debe de haber **dolor**. Se pueden notar unas molestias unos segundos tras el agarre.
- **Pérdida fisiológica de peso** de nacimiento (**hasta un máximo de 10%**) en los primeros 3-4 días, posteriormente debe ganar aproximadamente 20 g. diarios.
- **Signos de deshidratación:**
  - **Mucosas secas** (labios).
  - **Ictericia** (coloración amarillenta de la piel).
  - Disminución de la **turgencia de la piel**.
  - **Fonanela anterior hundida**.
  - **Cristales de urato** en el pañal (es como maquillaje **color coral**).
- Control de **pañales (diuresis y que el meconio pase a transición)**.

El color y el aspecto de las heces debe ir cambiando:

- Las primeras evacuaciones se denominan **Meconio** es una deposición de color **negro** y consistencia pegajosa como el **alquitrán**, **no tiene mal olor** (puesto que es estéril).
- Posteriormente pasaran a **heces de transición** con una consistencia **menos pegajosa** y de color **verde oscuro**.



- Para finalizar con las **heces habituales** de los bebés alimentados con leche materna, que serán de **color mostaza y grumosa**.



	Micciones mínimas	Deposiciones
Día 1		
Día 2		
Día 3		
Día 4		
Día 5		
Día 6		

**HIPOGALACTIA TEMPORAL:** escasa producción de leche materna que no cubre las necesidades del bebé, ya sea por una **succión poco efectiva** (prematuridad, hipotonía), un **mal agarre** (mala postura o frenillo sublingual) o una **lactancia con horarios** (menos de 8 tomas en 24h).

¿ Qué hacer?:

Se puede comprobar si es una hipogalactia transitoria realizando la técnica de **EXTRACCIÓN PODEROSA:**

1. Madre **motivada**, bien informada y con apoyo familiar.
2. El bebé deberá mamar a demanda (con un mínimo de 8 tomas al día).
3. Una vez esté frío se puede congelar, si se congela en bolsa retirar el aire.
4. Se empieza con una extracción de **10 minutos (cada h- 45 min, mínimo 24 h)**. **Si el extractor es simple es más efectivo cambiar de pecho cada pocos minutos hasta completar 10min en total.**
5. Durante la noche se permiten extracciones cada 4-6 h para permitir el descanso materno.
6. A partir de que se obtienen 15-20 ml/h, pueden espaciarse las extracciones a 20 min cada 2 h.
7. Si se obtienen volúmenes de 40 ml/2h, las extracciones puedes espaciarse a 6-8 extracciones de 30 min cada 24 h.

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

La extracción poderosa parece ser tan eficaz que si no funciona hay que sospechar una hipogalactia verdadera, y tomar las medidas oportunas según diagnóstico.



## 4. POSTURAS



**Posición de Cuna**



**Posición de Cuna cruzada**



**Posición de rugby**  
- cesáreas



**Posición Dancer a caballito o a horcajadas**

Con agarre mandibular

- hipotonía (síndrome Down)
- frenillo sublingual
- reflujo gastroesofágico



**Posición de Crianza Biológica**

- primeros días (dolor en periné)
- dificultades con el agarre
- facilita el agarre espontáneo



**Posición recostada de lado**



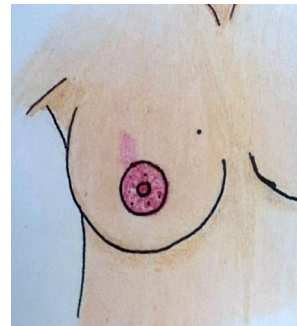
**Posición tumbada con bebé a la inversa**

- resuelve obstrucción mamaria en conducto del cuadrante superior

## 5. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

**1. CONDUCTO OBSTRUÍDO:** bulto doloroso y caliente en cualquier cuadrante de la mama por vaciado defectuoso de un lóbulo mamario. UNA MAMA. Relacionado con drenaje insuficiente de la mama (postura incorrecta o dificultad succión).

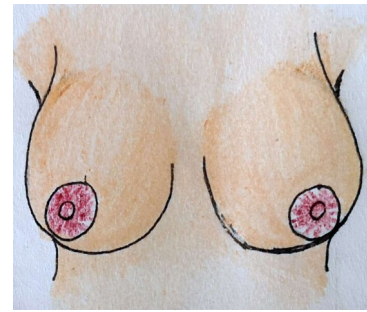
¿ Qué hacer?



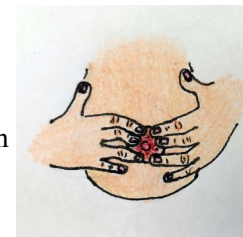
1. Continuar **lactando con frecuencia**.
2. Tomar **probióticos** específicos para la lactancia durante 7-10 días. *Lactobacillus salivarius(PS2)* o *L.fermentum (LC40)*.
3. **Masajear la zona con cepillo de bebé**, movimientos circulares en dirección al pezón, **previo toma**.
4. Colocar en una postura en la que el **MENTÓN** coincida con la zona de **obstrucción**( masajear pecho mientras mama).
5. Si no se trata puede llevar a una mastitis.
6. **NO APLICAR CALOR** (posible crecimiento bacteriano, el calor vasodilata y aumenta el edema vascular) o hacerlo justo antes de la toma.
7. Evitar ropa apretada.
8. Descansar lo máximo posible.
9. **Si se precisa** se puede tomar **analgésicos** (paracetamol 1g. C/6 h) o **antiinflamatorios** (Ibuprofeno 400 mg/8 h).

**2. INGURGITACIÓN MAMARIA:** congestión mamaria y aumento de vascularización, acumulación de leche y edema. Relacionado con el retraso del inicio de la lactancia. AMBAS MAMAS. Puede dar febrícula.

¿ Qué hacer?



1. Continuar **lactando** con frecuencia (**sin restricciones**, amamantar más seguido el pecho congestionado).
2. Aplicar la técnica de drenaje linfático o “**presión inversa suavizante**” **presión suave** 1-2 cm de la areola central, **hacia la espalda** 1-3 minuto, para que la areola quede blanda y el **bebé pueda ejercer el agarre**, también estimula el reflejo de eyección.
3. **Masajear** la zona con **cepillo** de bebé, movimientos circulares en dirección al pezón, previo toma.
4. **Extraer, sólo lo justo** de leche, **antes de la mamada**, para ablandar la zona y permitir el agarre, porque sino provocamos hiperestimulación y empeoramiento del cuadro



- Primero realizar extracción manual, una vez fluya ya se puede pasar a extracción con sacaleches, no antes.**
5. Aplicar **frío antes o después de la toma** (**EVITANDO PEZÓN Y AREOLA**, porque la vasoconstricción de los conductos provocarían isquemia dolorosa y fluiría peor la leche) Disminuye la inflamación, puede aliviar el dolor.
  6. **NO APLICAR CALOR** (posible **crecimiento bacteriano**, el calor vasodilata y aumenta el edema vascular) o hacerlo justo antes de la toma.
  7. Descansar lo máximo posible, evitar ropa apretada.
  8. Asegurar un correcto agarre.
  9. **Hojas de col** (romper los nervios con una botella y poner sobre las mamas con el sostén encima) tienen una sustancias “taninas” que absorben el exceso de calor y desinflan.
  10. Si se precisa se puede tomar **analgésicos** (paracetamol 500 mg-1g. c/6 h) o **antiinflamatorios** (Ibuprofeno 400-600 mg/8 h).

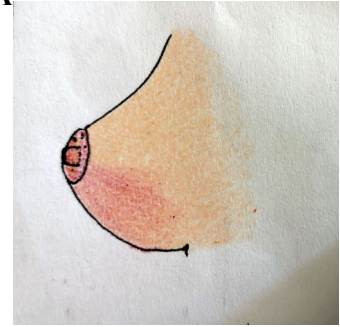


**3. MASTITIS:** inflamación de uno o varios lóbulos acompañado o no de infección. Se manifiesta con un área sensible y enrojecida en la mama, dolor en forma de pinchazos,  **FIEBRE >38,5°C**, malestar general (síntomas sistémicos), **SE PUEDE CONFUNDIR CON UNA GRIPE.**

Suele ser **unilateral** (en cuadrante superior externo).

Tras la resolución del episodio suele hacer una **fase de menor producción de leche** en esa mama.

¿ Qué hacer?



1. Continuar lactando con frecuencia (**OFRECER PRIMERO EL LADO AFECTO**).
2. Tomar **probióticos** específicos para la lactancia durante 7-10 días. *Lactobacillus salivarius (PS2)* o *L.fermentum (LC40)*.
3. Reposo en cama 24-48 h, buena nutrición e hidratarse correctamente (según sed).
4. Aplicar **frío entre tomas** (EVITANDO PEZÓN Y AREOLA) puede aliviar el dolor.
5. **NO APLICAR CALOR** (posible crecimiento bacteriano, el calor vasodilata y aumenta el edema vascular) o hacerlo justo antes de la toma.
6. Evitar ropa apretada.
7. Descansar lo máximo posible y usar analgésicos o antiinflamatorios.
8. Asegurar un correcto agarre.
9. Si el bebé no lacta suficiente la madre debe hacer extracciones cada hora o media hora.
10. Si tras **12-24 h persiste la fiebre** iniciar **antibiótico empírico** frente *S. aureus*
11. **CULTIVO si no mejoría en 48h** tras antibiótico, si la paciente tiene alergia a los antibióticos más habituales o si sospecha de mastitis aguda por microorganismos resistentes.



**4. ABSCESO:** infección localizada, con piel roja, tensa y brillante. Se palpa una **masa dura** externamente pero **fluctuante**, que corresponde a la **colección de pus** encapsulada. Puede que haya fiebre o sólo febrícula y la madre se sienta mejor, pero el **DOLOR** es mayor. El agente etiológico más frecuente es el *S.aureus*.

Tratamiento: si es pequeño (<5cm) se puede hacer una **aspiración con aguja fina ecoguiada** (< tasa de abandono de la lactancia), si es grande precisa de drenaje quirúrgico tipo Penrose, colocado lo **más alejado posible del complejo pezón areola**.



¿ Qué hacer?

1. Continuar con la lactancia. Teniendo especial cuidado de que el lactante no entre en contacto con el drenaje purulento o tejido infectado. **Sólo suspender la lactancia del lado afecto si drena pus por el pezón o si el dolor de la herida no lo permite**, hasta que se resuelva el problema, pero se debe **extraer la leche**.

2. Analgésicos, antiinflamatorios y **probióticos** específicos para la lactancia durante 7-10 días. *Lactobacillus salivarius (PS2) o L.fermentum (LC40)*.

3. Reposo.

**MASTITIS Y ABSCESOS RECURRENTES:** Profilaxis antibiótica continua durante toda la lactancia con eritromicina (500 mg/día) o clindamicina (300 mg/día).

**6. SINDROME DE RAYNAUD:** Se produce por un **vasoespasm**o de las arteriolas, que se manifiesta clínicamente como un dolor agudo intenso con **palidez** y cianosis, tras esto y como fenómeno de rebote, se produce una vasodilatación de la zona, traduciéndose en una rubefacción, con cambio de coloración que va de **blanco, azulado a rojo**. Puede ir acompañado de grietas. El **dolor empeora con el frío y el estrés** y mejora con el calor local. Se ha asociado a algunas enfermedades endocrinas, reumatológicas.



¿ Qué hacer?

1. Prevenir la exposición al frío ( entorno y ropa cálida).

2. Evitar consumo de drogas, cafeína y nicotina.

3. **Aplicar calor local antes y después de las tomas.**

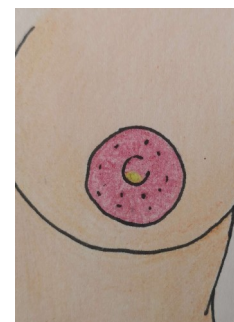
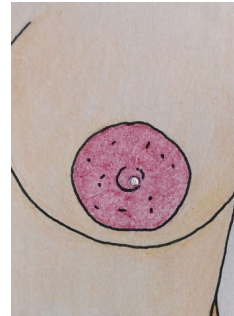
4. **Nifedipino**, 30 mg c/24 h durante 2 semanas, pudiendo repetirse un segundo y tercer ciclo. (actúa bloqueando los canales de calcio, inhibiendo la reabsorción del calcio por las células de la musculatura lisa y favoreciendo su efecto vasodilatador).

5. Favorecer el ejercicio aeróbico, suplementos de magnesio y calcio, vitamina B6 y aceite de Onagra.

**7. PERLAS DE LECHE:** son **obstrucciones** que se producen en el final de los conductos mamarios, aparece como un pequeño punto blanco, brillante y muy redondeado, cuando mama el bebé suelen aumentar su tamaño durante la toma. Tienden a resolverse a los días con la misma succión del bebé (5-7 días). Son **muy dolorosos**, las madres suelen describirlo como un pinchazo o quemazón. Se puede valorar la toma de **analgesia y antiinflamatorios** compatibles con la lactancia Pueden ser de tipo traumático (por una tracción del pezón, un mordisco...) apareciendo tras el traumatismo, o de origen bacteriano (bacterias patógenas que forman biofilms, adheriéndose a los conductos junto con calcio y los tapona), suelen relacionarse con la presencia de mastitis subaguda.

¿Qué hacer?

- Origen **Traumático**. Si resulta muy molesto se puede **calentar el pezón** y presionar con una **gasa estéril o pinchar con una aguja estéril** y drenar, **inmediatamente después colocar al bebé** al pecho para que termine de drenarlo
- Origen **Bacteriano** suelen ser **más irregulares y con un color más amarillento** (está **contraindicada su manipulación**, siendo una obstrucción **profunda**, podría **empeorar** la situación). Si no se resuelve espontáneamente en unos días con la succión del bebé, se recomienda ponerse en contacto con un profesional especializado en lactancia. La toma de **probióticos** específicos para la lactancia durante 7-10 días. *Lactobacillus salivarius (PS2)* o *L.fermentum (LC40)*, resulta bastante efectivo.



**8. GRIETAS:** Se producen por un **mal agarre** del bebé, ya sea por una mala colocación, por un frenillo sublingual alterado y no se debe olvidar descartar una micrognatia.

Un buen agarre implica que el pezón esté situado al fondo del paladar, con lo cual no debería de causar dolor al mamar, puede causar una molestia las 2-3 primeras succiones hasta que se cree un vacío luego ya no, por otra parte, los primeros días una succión normal puede provocar cambio en los pezones, que la madre los percibe como sensación dolorosa.

¿ Qué hacer?

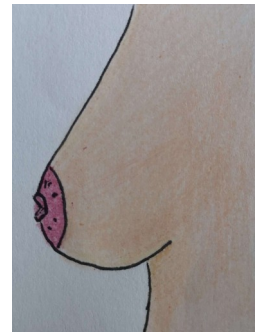


1. Iniciar la toma con el pecho menos comprometido.
2. Valorar una **correcta colocación. Probar diferentes posturas.**
3. Valorar un **correcto agarre.**
4. **No lavar los pezones** entre tomas (sólo ducha diaria).
5. Actualmente está contraindicado la aplicación de la propia leche materna para la cicatrización porque si existe una alteración bacteriana puede empeorar la lesión. La última recomendación es **aplicar Aceite de Oliva** que tiene propiedades antiinflamatorias y bacteriostáticas. Y dejar **pechos al aire.**
6. No hay suficiente evidencia científica respecto a la aplicación de Lanolina, pero si la madre siente mejoría respetar su utilización.
7. Si empeoramiento o dolor excesivo, extraer leche c/3-4 h y ofrecérsela al bebé mediante jeringa, dedo sonda, vaso o cuchara durante 24-48 h.
8. Tener en cuenta que el bebé puede succionar sangre, en caso de vómito éste puede ser hemático
9. Si a pesar de todo, el dolor y las grietas no mejoran **valorar** posible **sobreinfección** por bacterias y valorar la necesidad de tratamiento.

**9. PEZONES PLANOS O INVERTIDOS:** la mayoría de formas y tamaños de pezones permiten un **amamantamiento eficaz**, puesto que los bebés no maman del pezón sino del pecho. Casi todos los pezones invertidos están rodeados de tejido suficientemente protractil como para que **protuya** con la estimulación o **succión**.

Los verdaderos pezones invertidos en los que los filamentos musculares que hacen salir el pezón no existen o son muy cortos, son extremadamente raros y pueden comportar más problemas.

Se puede averiguar si los pezones son verdaderamente invertidos al comprimir suavemente la areola a unos 2,5 cm atrás de la base del pezón. Al realizar esta maniobra, el pezón normal muestra eversión cuando se le aplica una presión suave, mientras que el pezón invertido o fijo muestra inversión cuando se aplica esta presión



¿Qué hacer?

1. **No condicionar con comentarios negativos.** Confiar en la capacidad de la madre.
2. **Inicio precoz** en el puerperio inmediato (en las **dos primeras horas**), **empezar con el pecho con pezón invertido.** Vigilar si precisa ayuda.
3. Posición **piel con piel.**
4. Justo **antes del agarre** la madre puede **pinzar suavemente la areola** en su parte inferior y superior para favorecer la **protusión**, sin que los dedos entorpezcan el agarre.
5. **Estimular ligeramente** el pezón o **mojarlos** con agua fría **antes de mamar** (protuyen como reflejo al contacto o al frío).
6. Se puede estimular con el sacaleches o con la mano para que el pezón esté más eréctil. Exprimir unas gotas manualmente antes del agarre.

**10. PREMATURIDAD:** la leche materna es uno de los factores clave para la evolución de los prematuros a corto y largo plazo debido a su adaptabilidad. **Los recién nacidos prematuros (RNPT) tienen mayores necesidades nutricionales que los a término.**

- **Mejora la tolerancia** (especificidad de la especie).
- **Disminuye** riesgo y severidad de **infecciones nosocomiales** y **reingresos hospitalarios.**
- **Disminuye** el riesgo y **severidad de Enterocolitis Necrotizante.**
- **Reducción** de la incidencia de la **retinopatía del prematuro.**
- **Reducción** de la incidencia de **enfermedad pulmonar crónica.**
- **Disminuye** el riesgo de **enfermedades atópicas.**
- Promueve el **desarrollo neurológico y madurativo.**
- Promueve el **vinculo familiar.**
- **Beneficios sistema inmune enteromamario.**

¿Qué hacer?

Para que los recién nacidos ingresados en las unidades neonatales tengan un **óptimo desarrollo**, se recomiendan ciertas actuaciones para que **disminuyan su nivel de estrés** debido al paso de un



ambiente de confort dentro del vientre materno a uno desconocido y en ocasiones abrumador (**cuidados centrados en el desarrollo**):

- **Respetar el descanso y unificar intervenciones.**
- **Reducir ruidos e iluminación artificial** en las unidad (cubre incubadoras durante el descanso y luz natural en la medida de lo posible).
- Utilizar **nidos y sistemas de sujeción** que simulen el útero materno.
- **Estimular la succión no nutritiva**, durante la realización de técnicas dolorosas o estresantes. **reduce el estrés y el dolor** en neonatos hospitalizados, promueve la **ganancia de peso** y la **maduración** en prematuros, y **acelera el paso hacia la alimentación oral**.  
En aquellos que no coordinan succión-deglución, podría realizarse **en el pecho de su madre previamente vaciado**, si la situación lo permite, con la succión de un dedo o con chupete
- Hacer partícipes a los padres del cuidado de sus hijos.
- **Contacto piel con piel en MÉTODO CANGURO siempre que esté estable**, incluso si lleva aporte ventilatorio (**mínimo 1 h**, ya que interrumpir su sueño interfiere con la liberación de la hormona del crecimiento y retrasa la ganancia de peso).
  - Ésta técnica activa el **sistema inmune enteromamario**, puesto que el hecho de que la **madre tenga contacto con los gérmenes concretos del ambiente del recién nacido, hará que genere anticuerpos, que pasarán a la leche** en forma de IgA, protegiendo al bebé.
  - **Estimula la succión no nutritiva.**
  - **Mejora la termorregulación** y resto de **constantes**, **disminuye** los episodios de **apneas**.
  - **Prolonga** sus períodos de **reposo**, **favoreciendo la maduración y ganancia de peso**.
  - Aumenta la **confianza de los padres**.

### **ALIMENTACIÓN EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS:**

La capacidad de succionar y tragar está presente a partir de las 28 semanas de gestación pero no existe una **coordinación succión-deglución-respiración hasta las semanas 32 o 34**.

Esto significa que los **RNPT < de 32SG a menudo no pueden alimentarse de forma eficaz** al pecho y precisan otro tipo de métodos que los complementen.

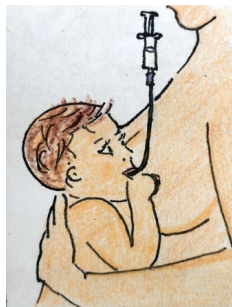
#### **Diferentes métodos de alimentación para RNPT con lactancia materna o mixta**

**1. Sonda nasogástrica u orogástrica:** se recomienda una **succión no nutritiva durante la alimentación por sonda** para fomentar el desarrollo de la conducta de succión y mejorar la digestión de la alimentación, a parte de efecto calma.



**2. Directa al pecho.** Opción **ideal**, puesto que los prematuros pueden **controlar el flujo** de leche durante el amamantamiento, alterando el mecanismo de la succión.

**3. Succión pecho-sonda/ Relactador** (con sonda conectada a jeringa o con un Relactador), le permitirá facilitar la cantidad de leche ingerida a la vez que existe un agarre espontáneo. La sonda debe entrar en la parte lateral de la boca del bebé, sin entorpecer un agarre correcto.



**4. Succión dedo-sonda/ dedo-jeringa.** Indicada en **problemas de agarre** o si la succión no es eficaz quedándose dormido durante la toma:

- Precisa lavado de manos y del material, y uñas cortas.
- La persona que realice la técnica, debe sentarse y colocar al bebé entre sus piernas, colocando los pies en un taburete o alza, para que quede con una ligera inclinación.
- Se introduce el dedo meñique en dirección al paladar, estimulando la succión, sin llegar a producir náuseas.
- Tanto si se opta por jeringa como por sonda, se debe introducir por una de las comisuras labiales, para evitar atragantamiento por flujo directo.

**Cuando el bebé inicia la succión, se aprieta ligeramente el émbolo, y éste irá bajando con cada succión (en ocasiones si la jeringa es de mayor tamaño, precisa un ligera presión continua, debido a la resistencia). Lo ideal son jeringas de 5-10 ml.**



**5. Técnica del vasito/cuchara**

- Lavado de manos y del vaso o taza.
- El RN debe estar incorporado.
- Se apoya la taza o la cuchara (de elección para pequeños volúmenes) sobre el labio inferior y se acerca la leche a la boca sin dejar que se vierta en ella para evitar atragantamiento.
- **El bebé debe sacar la lengua y lamer la leche.**



**6. Biberón** (es más probable la realización de apneas durante la succión por no haber un control eficaz del flujo).

Los RNPT tienen una actividad física y un tono muscular reducidos, con una coordinación pobre en los reflejos de succión-deglución, con períodos de apnea. Tienen un tamaño corporal pequeño, cabeza grande con relación al cuerpo y poca grasa (incluido en la cara, comprometiendo el vacío durante la succión); por todo ello debemos buscar **posiciones que**

**brinden apoyo adicional al cuello y la cabeza;** es aconsejable utilizar almohadas y otros soportes para la espalda y brazos mientras se sostiene al bebé, éste debe quedar alineado con la cabeza y el cuello, y su cuerpo debe estar en contacto con el pecho y el estómago de la mamá, siendo las posturas más recomendadas la:



**Posición de Rugby**



**Posición Crianza Biológica**



**Posición Cuna Cruzada**

**11. ANQUILOGLOSIA O FRENILLO SUBLINGUAL:** es una malformación congénita cuyo significado es “lengua atada o anclada”, se define como una membrana que une la parte inferior de la lengua al suelo de la boca. **No siempre supone un problema**, sólo se trata cuando genera problemas de deglución, comunicación o respiración importantes. No siempre se ve, pero **SIEMPRE se palpa**.

Los **SIGNOS** que nos indicarían problemas con un **FRENILLO SUBLINGUAL** son:

- **mofletes de trompetista.**
- **Chasquidos** durante la toma (por no realizar un correcto sellado con la lengua).
- **Hundimiento de las mejillas** durante las tomas.
- **Callo de lactancia** o de succión marcado (exceso de fuerza del labio para conseguir el agarre).
- **Tomas muy largas** (bebé irritable, no se sacia) con la consecuencia de agotamiento materno.
- No ganancia de **peso**.
- **Dolor** en el pezón acompañado o no de **grietas** y posibles **infecciones** bacterianas.
- **Menor** producción de **leche**, por la no estimulación correcta o **ingurgitación** mamaria por un incorrecto vaciamiento del pecho (lo que provoca posteriormente **regurgitaciones, gases y cólicos** al ingerir una leche más rica en lactosa y difícil de digerir).
- **Asimetría facial.**
- **Retrognatía** (mandíbula inferior más salida).
- **Respiración bucal** (predispone a más **infecciones respiratorias**).
- **Paladar ojival**, el paladar superior se estrecha formando una V (lo que puede provocar maloclusión dental por la deformidad del paladar).
- Trastornos del lenguaje (problemas fonéticos: r/r/r/t/d/l/s/z y n).

¿ Qué hacer?

**Tratamiento conservador:**

- Intentar que el bebé tenga un agarre más profundo y correcto.
- **Manejo postural:** facilitar un agarre espontáneo con la posición de crianza biológica o ponerlo en posición de caballito o a horcajadas.
- Si la producción de leche no es la necesaria realizar **extracción entre tomas** **compresión mamaria** para ayudarle con la extracción láctea durante la toma.

**Tratamiento quirúrgico o FRENECTOMÍA:** en el que se realiza un **corte del frenillo sublingual**, quedando una **herida** en forma de **rombo**. El riesgo es mínimo, suele haber un ligero



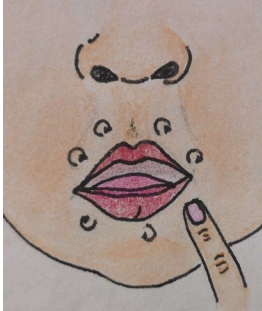
sangrado, que se soluciona con poner al bebé al pecho, para que la misma **compresión** del pecho sobre la **lengua** haga que cese, de no ser así se puede hacer una ligera compresión con una gasa (**8-10 min**). Las complicaciones son infrecuentes (sangrado, dolor, infección, hematoma o daño en los conductos salivares o arterias de la lengua)

**EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN para corregir la succión y evitar adherencias** . La **herida** tendrá forma de **rombo** y deberá cicatrizar de los laterales hacia el centro, a partir de las **24 h** será de **color blanca-amarilla** para pasar a **color rosada** sobre **las 2 semanas**.

Realizarlos de **6-7 veces al día**, si es posible **antes de lactar**, durante **1-2 meses**, siempre conectando previamente con el **bebé** ( debe ser un momento de **relajación**).

**1º Reflejo de Rooting**

(tocarle alrededor de la boca)



**2º Reflejo de Búsqueda**

(tocar el lateral de la **comisura labial**, ambos lados)



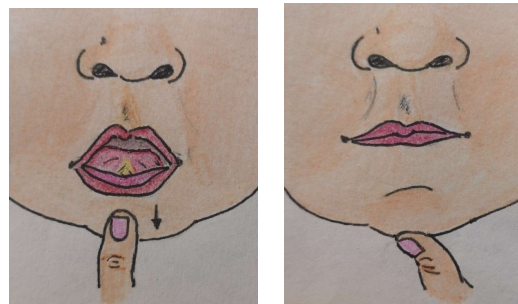
**3º Reflejo Lateral de la lengua**

(masajear las mejillas desde el interior)  
**lateralización de la lengua**



**4º Apertura y Cierre de la mandíbula**

(para aprender la colocación correcta de la lengua y reeducar la **respiración nasal**)



**5º succión No Nutritiva**

estimular succión tocando paladar



**6º Elevar la Lengua desde la base de ésta**



**7º Rodillo sobre la cicatriz**

Rodar dedo 5seg (4-5veces)



**Pasadas 2 semanas o cicatriz rosada**

Se recomienda ponerles a jugar boca abajo puesto que al levantar la barbilla para mirar a los familiares se trabaja para un correcto neurodesarrollo.



## 6. ANOMALÍAS EN OLOR, SABOR O COLOR DE LA LECHE MATERNA

La leche materna puede cambiar su color, su olor y su sabor debido a la alimentación o variaciones fisiológicas.

- **LIPASA:** es una **enzima** responsable de procesos metabólicos, se encuentra en la leche materna **degradando la grasa** presente en la leche y haciendo más **fácil su digestión**. Hay madres que tienen más cantidad de lipasa en su leche, por lo que al extraerse leche, la **presencia de niveles más altos de lipasa** aumenta la degradación de la grasa en la leche extraída, siendo la causa de ese **olor y sabor a rancio al descongelar**.

¿Qué hacer?

1. Probar congelar y descongelar la leche (no les pasa a todas las mujeres).
  2. **Congelar** la leche **inmediatamente** tras la extracción y **descongelarla rápidamente** parece que disminuye el problema.
  3. Si no es efectivo el paso anterior, **calentar** leche en un cazo, no dejar hervir, **retirar al primer burbujeo (no sobrepasar los 60°C)**, enfriar rápidamente y congelar.
- **SÍNDROME DE TUBERÍAS OXIDADAS (MARRÓN)** 🍷 : Se debe a un **aumento** de la **circulación sanguínea** en los conductos galactóforos días previos al nacimiento del bebé, lo que **produce** pequeñas grietas o **heridas** en los mismos conductos que llevan a una **acumulación de sangre**, es **indoloro, benigno**, generalmente **bilateral** y **autolimitado**, normalmente durante la primera semana se resuelve.
  - **MASTITIS O PAPILOMAS INTRADUCTALES** 🍷🍷🍷 (tumores benignos que crecen dentro de los conductos lácteos) también podrían provocar color **marrón, rojizo o rosado**, pero a diferencia existiría **dolor**.
  - **LECHE ANARANJADA** 🍊 : se debe a su alto contenido de **betacarotenos**, por un consumo de alimentos ricos en éste **pigmento (zanahoria, calabaza, papaya)**, que es fuente de **Vitamina A** (lo que explica también el color anaranjado o amarillo del **calostro**)
  - **LECHE VERDOSA** 🍋 : se debe a un excesivo consumo de **alimentos de hoja verde** (espinacas, acelgas y berros, ciertas hierbas o suplementos vitamínicos) o por la toma de **Nifedipino**. Recupera su color habitual al cesar el consumo.  
También se han reportado varios casos de coloración verdosa en leches de madres afectas por **Covid+** (la variante Omicron, expertos de la Asociación Australiana de Lactancia refieren que su color se debe al aumento de las inmunoglobulinas, glóbulos blancos y leucocitos producidos por la infección)
  - **LECHE ROSADA** 🍷 : se debe a un alto consumo de **alimentos** ricos en **betalaína**, como puede ser la **remolacha**, refrescos de frutas rojas o anaranjadas.
  - **LECHE AZULADA** 💧 : corresponde a la **primera fase de la leche madura**, con gran contenido en **agua y lactosa**.
  - **LECHE BLANCA** 🍶 : se debe a una **alta concentración de grasas**.
  - **LECHE NEGRA** 🍷 : es una condición rara, se debe al consumo de medicamentos como la **minociclina**, es seguro para la lactancia pero puede **teñir la leche materna** y otros fluidos corporales( tetraciclina usada para el **tratamiento del acné**)

## 7. CRISIS DE LACTANCIA O BROTES DE CRECIMIENTO

Son situaciones en las que la producción de la leche, la eyección o el sabor no parecen satisfacer la demanda o necesidades del bebé.

**1ª CRISIS** (17-20 días vida) el bebé está pidiendo un **aumento de la producción** láctea. Durante 2-3 días va a mamar continuamente para que así el cuerpo produzca más leche.

- el bebé quiere mamar de manera continua (c/ 30 min).
- llora desesperado si no tiene el pecho en la boca.

**2ª CRISIS** (1 mes y ½ aprox) el bebé detecta un cambio de la composición de la leche más SALADA). Dura de 4-7 días.

- aumenta la demanda y el número de tomas.
- bebé irritable, llora, se arquea, se pone, se retira, estira pezón, piernas estiradas.

**3ª CRISIS** (“crisis de los **3 meses**”) afecta a **varios factores**, puesto que se inician muchos cambios tanto en la madre como en el bebé. Tal vez sea la crisis más compleja y en la que hay **mayor tasa de abandono**, ya que el desconocimiento de la madre lleva a una incorrecta interpretación y hace que inicie suplementos. La lactancia no vuelve a la normalizarse hasta que pasa aproximadamente 1 mes.

- el bebé no pide tan a menudo (la madre lo puede interpretar de varias maneras: no hambre o rechazo).
- pechos blandos (percepción de leche insuficiente).
- tomas caóticas (“despiste”: desarrollo de los sentidos) se despistan con los ruidos, la vista está mucho más desarrollada, quieren verlo todo.
- el bebé realiza tomas de pocos minutos y al inicio de las tomas se enfada (el **reflejo de eyección** se modifica: deben mamar unos **2,2 minutos** para que se desencadenarse, lo cual provoca enfado, antes el niño mamaba y se producía leche, ahora la glándula mamaria fabrica leche sólo cuando el niño la requiere).
- el bebé realiza tomas de pocos minutos.
- sólo parece mamar bien si está dormido.
- engorda menos (normal para la edad).
- menos deposiciones (la madre puede interpretarlo como ingesta insuficiente).

**4ª CRISIS** (1 año) la madre se ve sometida a la **presión** de muchos profesionales, de la sociedad, presionan con la importancia de la alimentación complementaria, es esencial que primero se de el pecho y luego se ofrezcan alimentos) y está mal visto seguir con la lactancia a esas edades.

- el bebé deja de mostrar interés por los alimentos o disminuyen su ingesta (a partir del año hay una reducción de la velocidad de crecimiento hasta los 15-18 meses, con lo cual necesitan menos ingesta de estos).
- aumenta la demanda de pecho.

**5ª CRISIS** (2 años) es la etapa del NO y de la AUTO AFIRMACIÓN, intentan ser más independientes pero a la vez tienen muchas inseguridades que calman con la lactancia. Dura unos meses hasta que adquieren mayor seguridad en sí mismos.

- aumenta la demanda (similar a un recién nacido).
- demanda nerviosa e inquisidora.

- enfado si la madre intenta negar o aplazar la toma.

### **FALSAS CRISIS DE LACTANCIA:**

- 4 meses: se confunden con la incorporación de las fases del sueño.
- 8 meses: se confunde con la “angustia por la separación” , aumenta la demanda nocturna, pero no para conseguir un aumento de la cantidad de leche si no porque por la noche quieren estar continuamente al pecho para evitar que la madre desaparezca.

## **11. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA**

La extracción de leche materna puede ser necesaria en algún momento del período de lactancia.

Es un procedimiento que requiere entrenamiento.

Existen diferentes técnicas de extracción, que pueden incluso combinarse para obtener mejores resultados. Para todas ellas es conveniente seguir una serie de recomendaciones:

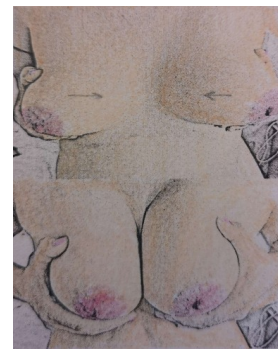
- Higiene:
  - Ducha diaria (contraindicado lavado de pechos previo tomas o desinfectantes en pezón y areola)
  - Lavado de manos previa extracción
  - No tocar boca y nariz durante la extracción (mascarilla si catarro)
  - No tocar tablets, ni móviles durante el proceso (o limpiarlo previamente con un desinfectante alcohólico) en las pantallas se han encontrado diferentes tipos de bacterias.
  - Utilizar para su almacenamiento recipientes, previamente lavados, aptos para uso (BPA free)
  - Limpieza con agua caliente y jabón todas las partes del extractor que tengan contacto con la leche, (esterilizar las piezas en su primer uso), y con gasas impregnadas en alcohol todas aquellas piezas que no se pueden sumergir.
  - En prematuros o enfermos hospitalizados, seguir las indicaciones del Hospital (en nuestro Hospital Francisco de Borja, a las madres se les facilita un sistema esterilizado cada 24h)
- Bienestar:
  - La madre debe buscar un lugar tranquilo y relajado, donde se sienta cómoda
  - Se puede poner música relajante si así lo desea
  - Tener a mano agua, infusiones compatibles con la lactancia...la extracción da mucha sed- Si es posible tener **cerca al niño** (piel con piel...), o incluso se puede extraer del pecho contrario del que lacta, así la producción será mayor.
  - Si no es posible, se puede recurrir a ver algunas **fotos o vídeos** del bebé, o incluso coger alguna prenda con su **olor**. Éste tipo de **estímulos hará que haya una liberación hormonal de oxitocina y mejore la eyección láctea.**
- Estimular la bajada de leche:

Para estimular el reflejo de eyección se va a proceder a realizar un masaje antes de la extracción:

**Masajear:** masajear la mama alrededor de la areola con pequeños movimientos circulares , con yemas de los dedos.

**Frotar:** acariciar desde la periferia del seno hacia el pezón , alrededor de todo el pecho.

**Sacudir:** suavemente ambos pechos inclinándose hacia delante.



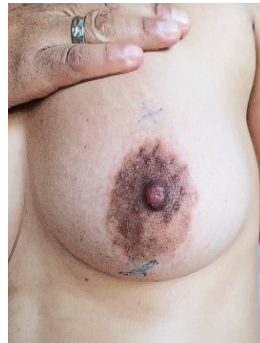
## Técnicas de extracción

Es preferible que sea la madre la que elija el método de extracción de leche.

En países con recursos limitados, las madres realizan extracción manual durante toda la lactancia.

### 1. Extracción manual o técnica de marmet

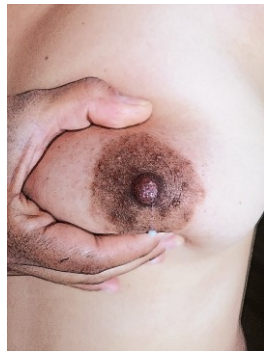
Es una técnica compleja pero que la madre va mejorando a medida que coge práctica, (las primeras veces se puede marcar el pecho de la madre hasta que sepa colocar los dedos).



Puede ser **más apropiada** para la **extracción de calostro** (antes de la subida de la leche o en los primeros momentos de lactogénesis II), para el **inicio del vaciado** en casos de **ingurgitación** mamaria e incluso mejora el vaciamiento de la mama, y en consecuencia aumenta la producción de leche cuando se complementa la extracción con sacaleches con la manual (al inicio y al final de la extracción).

- La madre debe colocarse en una posición en la que no se pierda la recogida de leche (sentada)
- Masaje (explicado previamente)
- Colocar el dedo pulgar, por un lado, y el índice y el corazón, por el otro, en forma de "C", a unos 3-4 cm del pezón, sin dejar que el pecho descansa en los dedos.
- Realizar los siguientes movimientos:





PRESIÓN hacia ATRÁS las costillas

COMPRIMIR (sin arrastrar)

RELAJAR

- Para pechos grandes y caídos primero levantar el pecho antes de presionar hacia atrás **rotar la posición de los dedos** para vaciar otras partes del pecho (así se llegará a todos los conductos galactóforos).
- No debe de doler, evitar estirar o comprimir pezón.
- El proceso completo suele durar entre **20-30 min** pero se recomienda **alternar los pechos cada 5-7 minutos**, **previo masaje** de cada uno (de esta manera está demostrado una mayor producción de leche).

### Extracción con sacaleches

Puede ser un **extractor manual** (más económico, aunque su extracción es más lenta y tediosa), un **extractor eléctrico simple o doble**, pueden funcionar con pilas o conectando la batería a la corriente (más caros, pero efectivos al utilizar menos tiempo) y los últimos modelos que han fabricado constan de **sacaleches eléctrico sin cables** (suelen ser más silenciosos y discretos, su diseño permite ponerlo bajo el sujetador y dejar las manos libres para realizar otras actividades).

**Siempre previo a la extracción realizaremos los pasos indicados anteriormente (higiene, bienestar y estimular la bajada de leche).**

- Seleccionar el **tamaño de la copa**:

Es muy importante la utilización de una **copa adecuada**, que selle correctamente, en la que el **pezón no roce los lados del túnel**, y se pueda **mover libremente**, pero que **no entre demasiada areola** en él. Cada marca tiene diferentes tallas de copa.

Para la elección de la copa se ha de **medir en mm la cara del pezón** con una cinta métrica (se recomienda **añadir 2 mm extra**).

Una copa no adecuada puede causar lesiones (pequeña: dolor, grietas e incluso color blanco por una isquemia...; grande: dolor, marcas, rojeces en areola...) y una reducción de la cantidad de leche por una mala estimulación.

- Si el extractor es manual, iniciar la extracción con movimientos suaves, no apretar el mango hasta el fondo, si el extractor es eléctrico iniciar el modo estimulación durante 1 minuto (tracciones cortas y rápidas) o realizar extracción manual y luego proceder al modo extracción (aspiraciones largas y uniformes), que tiene varios niveles de succión, que se pueden ir aumentando según tolerancia de la madre.
- Debemos seguir los mismos tiempos que en la extracción manual, 5-7 minutos alterando ambos pechos, siempre previo masaje durante unos 20-30 minutos aproximadamente o hasta que deje de salir leche; si el extractor es doble, se puede recolectar la leche en menos tiempo 10-15 minutos.

- La frecuencia de la extracción dependerá de la situación del cada binomio madre-hijo:
  - Si se pretende **augmentar la cantidad** se debe **extraer tras las tomas**.
  - Si la intención es realizar una **reserva de leche** para la incorporación laboral, o para ofrecérselo en su ausencia por cualquier motivo, se puede iniciar la extracción semanas antes y extraerse **1 o 2 veces al día tras las tomas**.
  - Para **aliviar la congestión** mamaria, extraerse **sólo hasta liberar la presión** existente, en ocasiones es preciso antes de las tomas para asegurar un correcto agarre.
  - En el caso de que el **bebé no pueda comer** directamente de la mama, extraerse con una frecuencia de **2-3 h** y ofrecer la leche recién extraída con otros métodos de alimentación.

## 12. MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es un líquido vivo, sus propiedades antibacterianas hace que ésta se mantenga en condiciones óptimas para su consumo sin alterar significativamente sus propiedades durante distintos períodos según las diferentes temperaturas.

Es importante realizar la extracción con una serie de pautas de higiene para reducir el riesgo de contaminación, seguir unas recomendaciones para su almacenamiento y utilización:

- **Si no se va a usar** inmediatamente **refrigerar 4°C o congelar**, siempre en la **parte central trasera de la nevera o congelador** donde la temperatura es más constante.
- Antes de congelar, **rotular la fecha**.
- Congelar en **pequeñas cantidades (30-60 ml)**, para no desperdiciar.
- Al congelar **no llenar completamente el envase**, puesto que la leche se expande.
- Si se congela en **bolsa**, mejor **almacenarlas en un recipiente rígido**, para evitar pinchazos y contacto con otros alimentos (si se hace en horizontal o vertical se ahorra espacio).
- El vidrio es el recipiente que mejor mantiene las propiedades.
- Se pueden **mezclar** leche de **distintas extracciones, previo enfriamiento** de ambas.
- Se puede **mezclar leche fresca (previo enfriamiento) con congelada** y sólo si la cantidad de leche fresca es menor, y no derrite la capa superior congelada.
- Siempre que se **descongele usar en las siguientes 24h**.
- Se recomienda **descongelar en frigorífico** y posteriormente **administrar a temperatura ambiente (25°C) o corporal (37°C)**. NO PRECISA CALENTAR MÁS.  
(aunque las diferencias no son muy significativas se recomienda la descongelación lenta en refrigerador a la rápida, directamente en recipiente con agua tibia o a chorro con agua tibia, ya que preserva mejor las propiedades de la Inmunoglobulina A).
- Si se precisa, se podría realizar **descongelación rápida**, directamente **bajo un chorro** de agua tibia o introduciendo el envase en un **recipiente con agua tibia**.
- **No es seguro calentar** la leche en **microondas (temperatura no uniforme), ni directamente en un cazo (> 60°C, pierde propiedades)**. No calentar al **baño maría** (basta con **temperatura ambiente**).
- Utilizar **leche fresca preferentemente** a la congelada.
- **Mover**, sin agitar, para **distribuir las grasas** e igualar la **temperatura**.
- **Desechar toda leche no terminada** (se debe **consumir en máximo 2h** desde que se calienta).

Almacenamiento de la leche	Temperatura	Duración máxima
Calostro de RN a término	27-32 °C	12 h
Calostro de RN pretérmino	27-32 °C	4 h
Leche madura Temperatura ambiente	19-26 °C ( temperatura ambiente)	4 h ideal o 6 h (extraída en condiciones de higiene extrema)
Bolsa térmica	15 °C	24 h
Frigorífico	4 °C	3 días ideal- 5 días (extraída en condiciones de higiene extrema)
Congelador dentro de frigorífico	-15 °C	2 semanas
Congelador Combi (puerta separada)	- 18 °C	3-6 meses
Congelador Arcón	-20 °C	6-9 meses

### 13. EL DESTETE

En numerosas ocasiones, las madres se ven “obligadas” a abandonar precozmente la lactancia por un motivo cultural o desconocimiento (hay situaciones en las que las madres no son asesoradas correctamente, como cuando es necesaria la introducción de algún fármaco, alguna prueba médica, la incorporación laboral, una mastitis... en el caso de embarazadas, si no hay una contraindicación médica de riesgo de aborto o prematuridad, pueden seguir amamantando a sus hijos y continuar con una lactancia en tándem tras el nacimiento). Socialmente, no estamos preparados (incluidos los profesionales sanitarios) para apoyar una lactancia por encima del año, ya sea por prejuicios como por falta de conocimientos teniendo la falsa creencia de que la lactancia artificial puede suplir los beneficios de la materna.

Lo que la población en general debe saber es que la evidencia científica concluye que una mayor duración de la lactancia materna, tiene beneficios tanto para los niños (reduce enfermedades autoinmunes, varios tipos de cáncer, enfermedades metabólicas como la obesidad, favorece el neurodesarrollo y el coeficiente intelectual, mejora desarrollo emocional) como para las madres (reduce el riesgo a contraer cáncer de mama, de ovario, diabetes tipo 2, depresión, hipertensión e infarto de miocardio), por lo que éstas no deberían sentirse presionadas y decidir por ellas mismas el momento ideal de destete. El proceso de destete se trata de una etapa más de la lactancia materna, que hará que el binomio madre hijo precise una especial atención, ya que probablemente uno de los dos o ambos no estén preparados para ésta fase.

Tenemos que tener en cuenta las **circunstancias** en las que se produce éste suceso, ya sea por una **causa médica, deseo de la madre o decisión del niño** de no seguir lactando.

En el primer caso, se tendrá que valorar si se puede realizar un destete progresivo (posponiendo o modificando el tratamiento en la medida de lo posible mientras se reducen las tomas) bajo autorización médica.

En el caso de no ser posible, o en la situación en la que lactante decide **bruscamente** no continuar mamando la pauta a seguir sería la **extracción de leche materna**, sólo la cantidad suficiente **para liberar la presión de los pechos** para evitar el riesgo de ingurgitación, obstrucción, mastitis o abscesos.

Hay que valorar, tanto en un **destete forzoso**, por causa necesaria, como en un **destete por decisión del lactante**, que la **madre** puede tener un **desajuste hormonal y emocional**, pudiendo aparecer sentimientos de **tristeza, pérdida, culpa o incluso duelo**, precisando información que debe garantizar el personal sanitario (enseñándole a detectar signos de una depresión) y mucho apoyo por parte de su entorno.

Si la situación lo permite o es la madre la que tiene el deseo expreso, se recomienda realizar un **destete gradual**:

- Si el **lactante** tiene **menos de 6 meses** (no se habrá introducido la alimentación complementaria) se hará una **sustitución por preparados de fórmula artificial**.
  - Debe ir **reduciendo las tomas gradualmente a lo largo de 2 semanas**, disminuyendo una extracción cada 3-4 días aproximadamente.
  - Vigilar los pechos para observar cualquier tipo de obstrucción o molestias, si se da el caso, **extraer** leche únicamente para **descomprimir** los senos.
- Si el lactante es **mayor de 6 meses pero menor de 1 año** (se habrá introducido la alimentación complementaria).
  - Se puede comenzar a **introducir alimentos sólidos** en la dieta del bebé, sin embargo, es importante **asegurarse de que la leche (ya sea materna o artificial) siga siendo una parte importante de la dieta** del lactante, ya que todavía necesitan una cantidad significativa de nutrientes que se encuentran en la leche, al menos 500 ml al día.
  - Se puede usar métodos alternativos al biberón, como taza o vaso.
  - Debe ir reduciendo las tomas gradualmente a lo largo de 2 semanas, disminuyendo una extracción cada 3-4 días aproximadamente.
  - Vigilar los pechos para observar cualquier tipo de obstrucción o molestias, si se da el caso, extraer leche únicamente para descomprimir los senos.
- Si el lactante es mayor del año (además de la alimentación complementaria, se podrá ya introducir leche entera de vaca en vez de fórmula) y se realizarán los pasos anteriores.

También será importante **cuidar la salud emocional del niño, al igual que la de la madre**, para no crear un proceso traumático para ambos y adaptar las actuaciones según las necesidades y la edad del lactante, teniendo en cuenta los siguientes pasos para un **Destete Respetuoso**:

- **No ofrecer, No negar.**
- **Lactar calma y consuela** a un niño molesto o con **dolor (no negarles esos momentos)**.
- Intentar **aplazar** con distracciones o planes.
- **Sustituir** alguna de las **tomas por alimento nutritivos (ya sea sólidos o líquidos)**.
- Ir **reduciendo tomas** al día.
- Las **últimas tomas** que se recomiendan **reducir** son las de la **mañana** (alivia la congestión mamaria) y las de la **noche** (las más relajante para el lactante).
- **No mentirles** (explicarles dentro de sus capacidades, no engañarles con decirles mamá tiene pupa).
- **No poner productos en el pecho** (aumentan confusión y frustración).
- **No se recomienda iniciar el destete coincidiendo con cambios importantes** (incorporación al trabajo, nacimiento de un nuevo bebé, inicio de guardería o colegio, retirada del pañal...).
- **No utilizar medicamentos para “cortar” la leche** (la mayoría se usan para inhibir la secreción de prolactina, la hormona involucrada en la producción de leche, por eso sólo funcionan los primeros días tras el nacimiento, tampoco es compatible con la lactancia).
- Sobre todo, sustituir el pecho por **mucho cariño, caricias y atención. Darles seguridad.**



Existen situaciones en las que no es necesario un destete, sino una correcta información, como puede ser la **incorporación laboral**, ésta **no debe ser una causa de destete**, se ha de informar de la posibilidad de extracción y el correcto almacenaje y que tan sólo en los 15 días previos (no antes) puede ser interesante iniciar al lactante en el uso de cucharas, vasos, jeringas o tetinas.

El uso de **ciertos fármacos o pruebas médicas** en ocasiones necesita un **cese temporal** de la lactancia directa, siendo necesario extraer y desechar la leche para mantener la producción láctea y así volver a amamantar en cuanto sea posible.

No hay que confundir las **“Huelgas de lactancia”** con el destete dirigido por el bebé. Éstas son períodos, comprendidos entre los **8-10 meses**, en los que el niño **pierde interés por el pecho**, que va asociados a **cambios maternos** (alimentación, cambio de olor corporal de la madre por uso de productos, situaciones de estrés, reacción brusca ante un mordisco) o **cambios del lactante** (cualquier tipo de dolor que incomode la lactancia, como puede ser la dentición, oídos, garganta...).

Se **soluciona** buscando un **ambiente de tranquilo**, ofreciendo el pecho en momentos de calma y aumentando el **contacto estrecho** con el bebé, el contacto piel con piel mejora la situación.

En conclusión, es muy importante el apoyo, por parte de los profesionales de la salud (mediante la formación en lactancia materna) y del entorno familiar, para favorecer un destete de manera natural cuando madre e hijo decidan llevar a cabo éste proceso, sin ningún tipo de presión socio-cultural.

## 14. LACTANCIA MÚLTIPLE

¿Por qué es tan importante la lactancia materna en partos múltiples?.

No hay mejor **leche** que la de la propia **madre**, la variabilidad de ésta se **adapta a cada circunstancia**, siendo **posible amamantar** de manera exclusiva a la cantidad de **bebés gestados, también de una sola mama** (se ha logrado lactancia materna exclusiva a gemelos con una mastectomía unilateral 3 meses, y mixta durante más de dos años) e **incluso sin gestar** (hay un reporte bibliográfico en la que una madre adoptiva consiguió una lactancia materna exclusiva de gemelos prematuros durante 2 meses previa inducción durante el período prenatal).

Por lo tanto, la **producción de leche dependerá de la demanda** del niño, **a más succión mayor producción**; para ello hay que asegurarse de que:

- cada bebé recibe **suficiente leche** materna y se **adhiera correctamente** a la mama (control de diuresis y deposiciones, mucosas hidratadas, y tono muscular activo).
- **no demorar la primera puesta** al pecho.
- si precisa **ingreso neonatal (extracción precoz y frecuente)**.
- realizar contacto **piel con piel** lo más continuo posible.
- amamantar sin horarios ni restricciones.
- **apoyo familiar** (encargarse de tareas del hogar, alimentación sana e hidratación adecuada de la madre, favorecer el descanso materno, y evitar el estrés).
- el personal sanitario debe darle a la madre las **herramientas necesarias** sobre lactancia materna, incluyendo la formación en problemas específicos habituales en partos múltiples, para **conseguir la autonomía de la madre lactante** (el factor más influyente para el éxito de la lactancia materna exclusiva con gemelos es la **autoeficacia** en la lactancia materna).

Dentro de éstas herramientas tenemos las diferentes **posturas para amamantar a gemelos simultáneamente**, **NO HAY POSTURA CORRECTA** y existen multitud de combinaciones, **sólo** hay que buscar **aquella en la que haya un correcto agarre y madre e hijos estén cómodos** (tener en cuenta si hay una cesárea). Se pueden ayudar con **cojines de lactancia** o apoyos. Las más conocidas son:

**Doble rugby**



**Crianza biológica doble**



**Cuna doble  
(Posición cruzada)**



**Sentada en paralero o mixta  
(Combina cuna cruzada con rugby)**



**Tumbada estirados en paralelo**



**Biológica con tumbado inversa**



Tampoco existe un orden correcto de puesta al pecho, dependerá de las necesidades de cada uno. Lo que si que es **aconsejable** es que **si no tiene experiencia en lactancia la inicie individualmente**, hasta que consiga un correcto agarre de todos los bebés, una vez domine la técnica, puede optar por lactar simultáneamente (ahorro de tiempo), de manera individual o combinada según precise. Existen varias alternativas:

- **Un pecho para cada bebé.** Lo aconsejable es **cambiarlo cada 24 h (el cambio evita la asimetría de las mamas)**. Hay bebés que maman **siempre del mismo pecho**( por motivos de preferencia de los niños o de la madre), o cambian **en cada toma**. Ellos regularan su propia demanda
- **Ambos pechos.** En este caso, si es individual, poner al primer gemelo en un pecho, ofrecerle posteriormente el otro. El segundo (o tercer) gemelo iniciará la toma por el pecho no vaciado y continuará por el primero **según la demanda** de cada uno.
- En el **caso de más de dos** bebes, o si la **succión** de éstos es **débil** (por prematuridad, CIR..) se podría realizar una **lactancia diferida** (consiste en extraer leche para estimular el pecho y conseguir los volúmenes de leche necesarios para cada uno) para luego dárselos con otros métodos alternativos o incluso **combinarla al pecho**.

En el caso de no tener suficiente leche, por la causa que sea, o simplemente por decisión propia de la madre, se puede optar por una lactancia mixta, siempre tendrá más beneficios que una artificial.

No hay mucha bibliografía al respecto, algunos autores consideran que es mejor alternar el pecho, puesto que los bebés no tienen la misma fuerza de succión con lo cual no producen la misma cantidad de leche (produciéndose una posterior asimetría de los pechos), otros, refieren que si maman simultáneamente el bebé que tenga la succión más fuerte ayudará al reflejo de eyección, mediante el estímulo hormonal, lo que significará para el otro más leche con menos esfuerzo.

En conclusión, la lactancia materna múltiple con un asesoramiento adecuado es posible, siendo la madre la que debe de decidir como ofrecerla, teniendo un papel muy importante la pareja (o la persona más cercana) en el apoyo de decisiones.

## 15. ENLACES DE INTERÉS

- Asociación española de pediatría: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna>
- Medicación compatible con la lactancia <http://www.e-lactancia.org/>
- Asociación española de consultoras certificadas de lactancia <http://www.ibclc.es/>
- Alba lactancia materna <http://albalactanciamaterna.org/>
- Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia <https://www.ihan.es/>
- La liga de la leche <http://www.laligadelaleche.org/>
- Guía de lactancia materna del Gobierno Vasco [https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia\\_Osteba.pdf](https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf)
- Vídeo elaborado por el Servicio de Neonatología del Hospital La Fe de Valencia- España (2012): <https://youtu.be/35wECOucmrg>.
- <https://amamanta.es/wp-content/uploads/2020/11/Recomendaciones-para-un-destete-respetuoso-2.pdf>

## 16. TALLERES DE LACTANCIA DE LA SAFOR

- **CS Grau Gandía** (tlf:962826300) **Lunes 18-20h**; (julio, agosto y septiembre: lunes 12-14h)
- **CS Villalonga** (tlf: 962829960) **Martes 12:30-14h**
- **CS Beniopa** (tlf: 962826400) **Viernes 12-13:30h**
- **CS Oliva** (tlf: 962967100) **Jueves 17:30-19h** (julio, agosto y septiembre: jueves de 12-13:30)
- **CS Tavernes** (tlf: 962826350) **Jueves 17-18:30h** (julio, agosto y septiembre: jueves de 11:30-13h)
- **CS de la Font** (tlf: 962829890) **Viernes 12-14h**
- **CS Corea** (tlf: 962829550) **Miércoles 12h**
- **CS Bellreguard** (tlf: 961613180) **Lunes 10-11:30h**

(Se recomienda llamar previamente por si hubiera alguna modificación)