



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Ramírez Ontiveros, María Pilar; Cabrera Cabeza, Olga; Minchón Cano, María. Superación de problemas en lactancia materna y relactancia. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(2).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0704.php>

## **SUPERACIÓN DE PROBLEMAS EN LACTANCIA MATERNA Y RELACTANCIA**

### **AUTORAS:**

M<sup>a</sup> Pilar Ramírez Ontiveros. Enfermera de Atención Primaria y Voluntaria de la Asociación de Apoyo a la Lactancia.

Olga Cabrera Cabeza. Enfermera del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez.

María Minchón Cano. Enfermera del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez.

## INTRODUCCION

La lactancia materna es considerada por la OMS como la manera perfecta de alimentar al bebe, aunque actualmente existe el abandono precoz de la misma por falta de información y promoción.

La mujer que decide amamantar a su hijo está cumpliendo con el rol materno más importante, que es el de alimentar a su hijo, pues de esto depende su subsistencia. La asimilación de éste rol es un proceso evolutivo e interactivo que va desarrollándose durante el embarazo y el alumbramiento, en el cual la mujer adquiere competencia en la elaboración de sus cuidados asociados a su rol y esto se traduce en goce y gratificación. De acuerdo con la Teoría de Mercer el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar, cultural; es por eso que todos estos factores afectarán de una manera u otra a la lactancia materna, exclusiva actividad principal del rol materno.<sup>1</sup>

Existe la creencia de que la lactancia materna, al ser considerada como algo “natural” resulta sencillo de realizar, sin embargo, la lactancia es un proceso donde el binomio madre-hijo reciben el uno del otro una serie de ventajas siempre que la técnica sea aceptada por los dos.

La aceptación o no de seguir con esta alimentación está muy influenciada por problemas que acontecen durante el acto de amamantar. Existen algunas complicaciones a nivel físico (dolor, mal acople del bebe a la mama, grietas, etc.) que pueden ser resueltas a tiempo y así evitar el abandono de la lactancia materna.

Hay casos en los que muchos niños ven interrumpida la alimentación materna en las primeras semanas o meses de vida. A pesar de ello, puede de nuevo ser restablecida. Una mujer puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo previo. Es lo que denominamos “relactación”.

Considerando la importancia de la salud del niño y nuestra responsabilidad en su cuidado y alimentación, se ha realizado una recopilación de problemas y su abordaje que a continuación detallamos.

## 1) SUPERACIÓN DE PROBLEMAS EN LACTANCIA MATERNA

### 1.1.- Dolor en el pezón y pezón agrietado.

Durante las primeras semanas, es normal experimentar un poco de sensibilidad o dolor cuando el bebé toma el pecho. Algunas madres lactantes describen el dolor en el pezón como una sensación de ardor, picazón o pellizco.

La causa del dolor en el pezón puede ser:

- Posición incorrecta del bebé.
- Técnicas de alimentación equivocadas.
- Cuidado inadecuado del pezón.

En muchos casos, no se identifica una causa. Un simple cambio de posición de su bebé mientras lo alimenta puede aliviar el dolor en el pezón. Algunas madres lactantes informan de dolor en el pezón sólo durante el período inicial de adaptación.

El dolor en el pezón puede ser causado por la liberación incompleta de la succión al final de la alimentación del bebé. Usted le puede ayudar al bebé a aprender a liberar o soltar el pezón (y reducir la molestia) introduciéndole suavemente un dedo en la esquina de la boca para interrumpir la succión.<sup>2</sup>

La piel excesivamente seca o muy húmeda también puede causar dolor en el pezón. La humedad puede deberse al uso de sostenes confeccionados con telas sintéticas que aumentan la sudoración e impiden la evaporación.

El uso de jabones o soluciones para quitar los aceites naturales de la piel puede causar resequedad excesiva de la misma. Los ungüentos que contienen lanolina pueden ser útiles para el cuidado de los pezones resecos o cuarteados. El aceite de oliva y la leche extraída también son efectivos para suavizar el pezón que presenta molestia. Igualmente, el uso de posiciones de amamantamiento diferentes también puede ayudar a reducir el dolor.

El dolor en los pezones también puede ser causado porque el bebé los mastica o los muerde. Cuando le empiezan a salir los dientes al bebé, las encías se le inflaman, le pican y le duelen. El hecho de morder y masticar parece ayudarle a aliviar esta molestia.

Para confortar al bebé y reducir el deseo de masticar o morder la mama, proporciónale algo frío y húmedo para que mastique durante unos minutos antes de alimentarlo. Un paño húmedo guardado en el refrigerador funcionará bien para este propósito, ya que el frío ayuda a entumecer las encías doloridas y puede darle alivio durante todo el tiempo de la alimentación. Antes de empezar a alimentarlo con la otra mama, se le puede permitir al bebé que mastique sobre otro paño húmedo y frío.

El pezón es muy sensible al dolor, precisamente para avisarnos de que hay un problema. Si duele durante la toma, sáquele el pecho de la boca y vuelva a empezar. Las grietas son mucho más fáciles de prevenir que de curar; haga algo en cuanto note dolor, y no hay que esperar a que se forme una herida sangrante. Cuando se corrige la posición, el dolor desaparece de inmediato. O al menos disminuye tanto que, comparado con lo que era antes, la madre ni lo nota.

Si el dolor es muy intenso, o tarda en mejorar, puede ser útil recurrir a la compresión mamaria durante unos días, para acortar las tomas y disminuir la presión del pezón. No existe ninguna pomada que sirva al 100% para prevenir la aparición de grietas, sólo la posición correcta lo evita.

### 1.2.- Pezón Invertido o Plano

Hace años pensábamos que los pezones invertidos dificultaban mucho la lactancia. Pero a finales de los 80, diversos estudios realizados demostraron que se puede dar el pecho perfectamente con un pezón invertido. En cierto modo, es de lógica. El bebé no mama del pezón, sino del pecho. Es en la areola donde tiene que colocar los labios, es en la areola donde tiene que apretar con la lengua. Mientras está mamando, el bebé no puede notar la diferencia entre un pezón invertido y otro normal.<sup>2</sup>

El pezón no sirve para mamar, sino sólo para indicar al bebé de dónde tiene que mamar. Es como la banderita que ponen en el campo de golf para que desde lejos sepan dónde está el agujero. Si el pecho fuera completamente liso y homogéneo, como un balón, el bebé no sabría por dónde sale la leche. Se pondría a mamar de cualquier parte. Para evitar errores, la naturaleza ha previsto un complejo sistema de identificación, en el que intervienen cuatro sentidos: vista, tacto, gusto y olfato. El bebé huele el pezón, ve la areola, toca el pezón con las mejillas y los labios, y lo lametea para comprobar que sabe a pezón. Cuando los cuatro sentidos coinciden, el bebé no tiene dudas: ¡aquí está el tesoro!

Cuando el niño lleva un par de días mamando, el pezón se suele quedar fuera. Y es que la fuerza de un bebé, aplicada durante más de dos horas al día puede con todo. A veces, el cambio de forma es definitivo; pero muchas madres descubren con sorpresa que el pezón se vuelve a invertir después del destete, y el siguiente hijo lo tiene que volver a sacar.

### 1.3.- Frenillo Corto

Algunos niños no pueden mamar correctamente porque tienen el frenillo de la lengua demasiado corto.

Normalmente, el bebé mientras mama tiene la lengua sobre la encía y sobre el labio inferior. A veces es posible incluso ver la puntita de la lengua que asoma mientras el niño mama. Si el frenillo es tan corto que la lengua no llega

al labio, al bebé le cuesta sacar la leche (y por tanto tarda muchísimo en mamar), y además la encía muerde directamente el pecho.

El corte del frenillo es una intervención muy sencilla, tan rápida y tan poco dolorosa como poner una inyección. Pero debe reservarse para los pocos casos en que es realmente necesario, en que no se ha conseguido que el niño mame en una posición indolora pese a la ayuda de una persona con experiencia.<sup>3</sup>

El bebé mama con los labios evertidos (doblados hacia afuera). Muy raramente, el frenillo del labio (inferior o superior) también puede dar problemas para mamar, pues el labio queda pegado a la encía y no se puede doblar.

#### 1.4.- CANDIDIASIS DEL PEZÓN

Las candidas son unos hongos microscópicos que se encuentran normalmente en nuestra piel sin causar problema, hasta que se descontrolan y crecen demasiado.

A veces, las infecciones por candidas se producen después de tomar un antibiótico por cualquier otro motivo.

En la mujer adulta, las candidas suelen causar vaginitis (flujo vaginal, escozor y enrojecimiento). A veces producen balanitis en el varón (inflamación del glande del pene). También pueden producir lesiones en la piel, sobre todo en los pliegues húmedos (axilas, ingles, bajo los pechos voluminosos,...).

Los bebés pueden tener candidas en la boca y en el culito, más raramente en otros pliegues del cuerpo. En la boca producen el muguet, unas placas blancas irregulares sobre la lengua, las encías, el interior de los labios y las mejillas o el paladar. Pueden confundirse con restos de leche coagulada; pero la leche se mueve fácilmente al rasparla con un palito o una cucharita, mientras que el muguet está firmemente enganchado a la mucosa.

En el culito suelen producir una lesión típica, distinta de la simple escocedura por la humedad del pañal. Es una zona roja, irregular, más roja por el borde que por el centro, con límites bien definidos (es decir, hay un cambio brusco de la zona roja a la piel normal, mientras que la escocedura se va difuminando poco a poco). Suele haber lesiones satélites, pequeños círculos rojos junto a la lesión principal, como salpicaduras de pintura.

Y también puede haber candidas en el pezón. A veces hay unas placas blancas, como el muguet de la boca, y a veces unas lesiones enrojecidas, como las del culito. Pero lo más habitual es que no se vea nada de nada. Pero duele una barbaridad.

### 1.5.- AMPOLLA BLANCA DE LECHE

También llamado punto blanco en el pezón, es lisa y brillante, del tamaño de una cabeza de alfiler. Durante la toma duele y a veces parece hincharse. En ocasiones se asocia con obstrucción de un conducto. El tratamiento consiste en pincharla con una aguja estéril, mejor después de una toma, cuando está más grande. Tiene tendencia a recurrir. Después de pincharla, conviene hacer un masaje de la zona, y a veces es posible extraer una sustancia espesa, como un tapón de leche coagulada.

### 1.6.- INFLAMACIÓN DEL PECHO

Si tienes un tobillo hinchado, rojo, y caliente y encima te duele, es que tiene el tobillo inflamado.

Hay varios tipos de inflamación del pecho. Los más frecuentes son la ingurgitación (que suele afectar a los dos pechos a la vez y en su totalidad), la obstrucción de un conducto y la mastitis (que suelen afectar sólo a una parte de uno de los pechos)

#### A) Ingurgitación

A veces los pechos se hinchan demasiado, se llenan a rebozar, enormes, turgentes, dolorosos. Suele ocurrir en la primera semana, por la interacción de varios factores.

Unos tres días después del parto se produce la llamada subida de la leche. No se trata de un aumento brusco de la producción de leche, pues dicho aumento no es brusco, sino gradual. Lo que se nota bruscamente, lo que permite a la madre decir. "Esta noche me ha subido", es más bien la inflamación del pecho. Cuando el pecho despierta de su largo reposo, muestra auténticos cambios inflamatorios; las células secretoras se multiplican y se hinchan; los vasos sanguíneos se ramifican y dilatan para aportarles agua, nutrientes y oxígeno; los leucocitos abandonan la sangre y se instalan entre las células secretoras para fabricar las inmunoglobulinas de la leche; el agua se filtra por los capilares sanguíneos y empapa los tejidos.

Cuando el niño mama normalmente, el pecho se hincha poco. A veces muy poco. Algunas madres aseguran que no les ha subido la leche, cuando el niño tiene ya 2 ó 3 semanas y va engordando. Pero cuando el niño no mama lo suficiente (porque no lo dejan, o porque está mal colocado), la leche se acumula y se suma a la inflamación normal, produciendo una molesta ingurgitación. En los casos extremos se produce un círculo vicioso: la presión de la leche acumulada revienta algunos de los depósitos y conductos mamarios, y la leche se derrama en el tejido intersticial. Como la leche no tendría que estar ahí, actúa como un cuerpo extraño y produce una mayor inflamación y puede producirse síntomas generales de inflamación: malestar general, trancazo como en la gripe), incluso fiebre.

El tratamiento consiste en sacar la leche. Poner al niño a mamar con frecuencia, en buena posición e intentar sacar después la leche sobrante a mano o con un sacaleches.

A veces, el pecho está tan grande y redondo que el bebé no tiene dónde cogerse; entonces hay que sacarse un poco de leche antes de darle, para ablandar el pecho y que le pueda entrar en la boquita.

Y si me saco leche, ¿no fabricaré más? Pues sí. Pero si le duele y no se saca leche, le va a doler más todavía. El truco no es vaciar el pecho sino sacar lo suficiente para que no moleste. Y si fabrica más, se vuelve a sacar.

Pero recuerde que la ingurgitación tiene dos componentes, la leche retenida y la inflamación. La leche se puede sacar, pero la inflamación no. Si intenta sacar leche de un pecho inflamado, cuando ya no queda nada por sacar, lo único que conseguirá es hacerse daño (y por tanto aumentar la inflamación). Si tiene el pecho muy lleno, intente sacarse leche, pero si no lo consigue por las buenas, déjelo para otro momento.

En ocasiones ocurre que la inflamación, por la parte de la areola, comprime los conductos e impide que salga la leche. La zona está hinchada por el líquido retenido (edema), y al apretar con los dedos queda la marca (fóvea). Sacar la leche resulta muy difícil, ya sea a mano, con sacaleches o cuando el niño mama, porque los conductos están casi cerrados.

Usar un sacaleches en este caso puede ser contraproducente, porque la presión del vacío lo que hace es concentrar el edema en la zona del pezón, que se hincha todavía más. Lo que hay que hacer es vaciar la zona, pero no hacia fuera, sino hacia dentro. Apriete firme y repetidamente la zona hacia dentro, entre el índice y el pulgar o con las puntas de los cinco dedos, hasta que quede un poco más blanda (puede que necesite veinte o treinta minutos), entonces puede ponerse al niño al pecho, o intentar sacarse leche.

Y ésta es la base del tratamiento: conseguir que el niño mame, intentar vaciar un poco el pecho y esperar. Si duele mucho, puede tomar algún analgésico y antiinflamatorio, como el ibuprofeno.

Otros posibles tratamientos son: el frío y el calor. Cada uno tiene sus partidarios, una sugerencia bastante extendida es el frío seco (por ejemplo, una bolsa de verduras congelada o de cubitos de hielo, envuelta en una toalla) entre toma y toma, para aliviar el dolor. En cambio, un rato antes de dar el pecho o de sacarse leche, parece que el calor húmedo (un paño empapado en agua calentita, meter el pecho en una palangana, o incluso ducharse o bañarse) ayuda a que salga más leche.

Y por último, aviso importante: dos tratamientos que no han de usarse: dejar de beber agua y vendar los pechos. Está demostrado que vendar apretadamente los pechos no disminuye la ingurgitación, sólo aumenta el dolor. Dejar de beber agua es inútil, molesto y peligroso. Inútil porque la madre tendría que estar realmente deshidratada para que bajase la ingurgitación;

molesto porque tener sed y que no te dejen beber es un verdadero tormento, y peligroso porque una madre que de verdad bebiera muy poco podría, en efecto, deshidratarse.

## B) Obstrucción de un conducto

Esto se entiende en seguida, ¿verdad? Claro, uno de los conductos del pecho se taponan, el nombre lo dice todo.

Pero no es tan fácil, en realidad sabemos tan poco...El caso es que a veces se forma un bulto rojo, caliente y doloroso en un sector del pecho. Es una inflamación que no afecta a toda la glándula, sino sólo a uno (o varios) de sus lóbulos.

La explicación clásica es que el conducto se ha obstruido y la leche ha quedado retenida. Al principio sólo aumenta un poco el volumen, pero si la retención de leche es grande acaban reventando los depósitos mamarios (acinos) y la leche derramada produce una reacción inflamatoria. En ocasiones, tras masajear y exprimir pacientemente la zona inflamada, se expulsa por el pezón un auténtico tapón, como un delgado cilindro blanquecino. Pero también hay otra explicación alternativa: la leche ha quedado retenida, el agua se reabsorbe y los componentes sólidos se van concentrando hasta secarse y producirse el tapón. ¿Qué es primero, el tapón o la retención? Quizás una combinación de ambas cosas, o un círculo vicioso, o quizás unos casos empiezan por el tapón y otros por la retención.

El tratamiento es más o menos el mismo que para la ingurgitación: hacer masajes, intentar sacar la leche, dar el pecho a menudo, aplicar frío entre tomas si eso alivia el dolor y calor antes de la toma para que la leche salga con facilidad.

Intente encontrar una posición para dar el pecho en la que la lengua del niño quede en la parte de la obstrucción...lo que a veces requiere mucha imaginación y algo de gimnasia. En la posición de la loba romana es posible colocar al bebé en cualquier ángulo: el niño boca arriba en medio de la cama grande, y la madre encima a cuatro patas.

Carlos González, en su libro comenta que una vez una madre le contó un truco de las abuelas, que le funcionó muy bien con una obstrucción: poner al niño al pecho y sacárselo a lo bruto (es decir, sin romper la ventosa con un dedo) mientras estaba mamando. Se le destaponó el pecho al momento.

## C) Mastitis

La mastitis es la infección de la glándula mamaria (aunque algunos especifican mastitis infecciosa, y llaman mastitis no infecciosa a lo que aquí hemos llamado obstrucción de un conducto).



Una obstrucción que no se trata a tiempo puede infectarse y convertirse en una mastitis. Probablemente también hay mastitis que comienzan como tales desde el primer momento.

La mastitis suele producir fiebre y un intenso malestar general, lo que los médicos llaman “síndrome gripal” (cansancio, malestar dolor de todo el cuerpo). Un antiguo refrán de los médicos dice: “Una gripe en una mujer que da el pecho es una mastitis mientras no se demuestre lo contrario”. Y es verdad, algunas madres tienen tanto dolor de piernas y de espalda, tanto malestar general, que no se han fijado en el bulto rojo del pecho. Pero también la obstrucción de un conducto y la ingurgitación pueden, aunque raramente, producir fiebre y malestar general por un proceso puramente inflamatorio, sin infección.

De forma que no es posible distinguir, sólo por los síntomas, la simple obstrucción de un conducto de la mastitis. Habría que hacer un cultivo de la leche, pero en la práctica en España no se suele hacer, y la enfermedad se diagnostica a ojo.

Está demostrado que la mitad de las mastitis (de las de verdad, comprobadas mediante cultivo) se curan sin necesidad de antibiótico, sólo con lo ya indicado para la obstrucción y la ingurgitación: poner al niño al pecho con frecuencia y extraer entre tomas la leche retenida. Así que muchos médicos prefieren no dar antibióticos de entrada, (a no ser que el estado de la madre sea muy grave), sino recomendar la extracción de leche y esperar 24 horas. Si la fiebre se ha ido, es que ya se está curando. Si la fiebre continúa, recetan el antibiótico (porque la mitad se curan solas...pero la otra mitad no). Según las circunstancias, o la costumbre de cada profesional, otras veces se da el antibiótico desde el principio.

Lo normal es que la fiebre y el malestar desaparezcan a los dos o tres días de tomar el antibiótico. Si por el contrario, toma el antibiótico tres días y sigue con fiebre, vuelva al médico. Es posible que tenga una bacteria resistente, y que haya que cambiar el antibiótico por otro. Esta segunda vez habría que hacer un cultivo de la leche, para ir sobre seguro.

Se puede seguir dando el pecho aunque tenga una mastitis. Los dos pechos. No hay ningún peligro de contagio para el bebé. Y los antibióticos con los que se trata tampoco están contraindicados. Si le dicen que ha de dejar de dar el pecho para siempre, o durante unos días, o que de sólo el pecho bueno, se equivocan.

Además, si el pecho no se vacía, la mastitis puede empeorar y convertirse en un absceso. No sólo puede dar el pecho, sino que es el único caso en que tiene que seguir dando pecho.

Por otra parte, es posible que el bebé rechace el pecho enfermo. Durante la mastitis, la cantidad de sodio en la leche aumenta. Eso no le hace ningún daño al niño; pero la leche sabe a salada, y a algunos niños no les gusta. Si es así, siga ofreciéndole los dos pechos sin insistir, y no se preocupe

si su hijo sólo toma uno; rápidamente, la producción aumentará en el pecho bueno, y no se va a quedar con hambre. Pero tendrá que sacarse leche del pecho enfermo, varias veces al día. Primero, para evitar que se forme un absceso (pus), segundo, para que el pecho siga produciendo leche, y tercero, para que el sabor de la leche vuelva a ser normal.

#### D) Absceso Mamario

Cuando la mastitis no se trata adecuadamente (dar el pecho con frecuencia y sacar leche) puede producirse un acumulo de pus, un absceso. Hay que pincharlo y sacar pus. Habitualmente se aspira con una jeringa, pero a veces hay que hacer un corte un poco más grande y dejar un drenaje, un tubito de goma por el que va saliendo el pus.

A pesar de todo, el bebé puede mamar de los dos pechos, siempre y cuando el orificio por donde sale el pus esté lo bastante lejos del pezón. Impida que la carita del bebé entre en contacto con el pus (tapando la herida con una gasa).

Si el orificio de drenaje está demasiado cerca del pezón, el niño tendrá que mamar sólo el pecho bueno durante unos días, pero mientras tendrá que irse sacando leche del pecho enfermo.

#### 1.7.- REFLEJO DE SALIDA DE LA LECHE

El reflejo de salida de la leche es una parte necesaria y normal de la lactancia materna. Las hormonas (prolactina y oxitocina) controlan el reflejo y permiten que la leche producida en las glándulas mamarias sea liberada dentro de los conductos galactóforos.

El dolor, el estrés y la ansiedad pueden interferir con el reflejo. Esto ocasionará la retención de leche dentro de las glándulas mamarias, lo cual puede causar dolor y ansiedad adicionales. El tratamiento comprende la relajación y una posición de amamantamiento cómoda.

La disminución de las distracciones durante el amamantamiento, realizar un masaje suave y la aplicación de calor a la mama también ayudan. Los problemas prolongados se deben consultar con el médico.

#### 1.8.- Técnica de compresión del pecho

Se usa para optimizar una toma, es decir conseguir que el bebé tome más leche en menos tiempo y evitar que esté mucho tiempo mamando con pocos resultados. Es buena idea usarlo para bebés dormilones que están mucho tiempo al pecho pero comen poco.

¿Cómo reconocer este tipo de bebés?

Un bebé que mama mucho rato y come poco realiza un agarre incorrecto, es decir que el pecho no recibe la estimulación necesaria dentro de su boca para succionar activamente y obtiene poca leche por su esfuerzo. Para poder obtener la leche que necesita puede ser que quiera mamar todo el rato y llore cuando intentes retirarlo del pecho.

Un bebé que mama mucho rato y come poco lo hace habitualmente con los ojos cerrados. Durante la mayor parte de la toma succiona el pecho como lo haría con un chupete, usando solo sus labios para succionar como en un aleteo. No verás movimiento cerca de la oreja de tu bebé mientras mama porque sus mandíbulas no se mueven vigorosamente, como lo harían en un bebé con mejor succión. Debido a que no estimula bien los pechos, obtiene mayormente leche baja en grasa y aumenta de peso lentamente. Algunos bebés que maman mucho rato y comen poco no se despiertan durante la noche para mamar.

Cuando la lactancia es dolorosa

Otro motivo para usar la compresión del pecho es cuando la lactancia es dolorosa, de este modo disminuimos el tiempo que el bebé está al pecho, pues ingiere mucha más cantidad de leche en menos tiempo.

Es importante conocer los signos de que el bebé está tragando activamente y obtiene suficiente leche: Succión tipo: boca abierta grande-pausa-cerrar, movimiento amplio cerca de la oreja y sube y baja amplio de la mandíbula inferior. Al mismo tiempo si hay silencio ambiental se escucha la deglución de la leche.<sup>4</sup>

Normalmente este tipo de succión sucede tras un minuto de succión rápida para estimular sin deglución y dura de unos tres a cinco minutos. Luego se deja de escuchar como deglute el bebé y las succiones se espacian por pausas cada vez más largas hasta que finalmente suelta el pecho.

La Compresión del pecho no se usa cuando el bebé esta “deglutiendo” leche activamente. Se usa cuando ya no le escuchamos tragar y parece que la succión es menos activa. Es posible que la boca se esté moviendo pero ya no tan ampliamente como antes.

¿Cómo se hace la compresión?

La madre sostiene su pecho con una mano, tan cerca como sea posible de su pared torácica, el pulgar de un lado y los cuatro dedos restantes del otro lado del pecho en forma de C, con una buena porción del pecho en su mano. Luego junta su pulgar y cuatros dedos, comprimiendo el pecho. Esto se debe hacer con firmeza, pero no tan fuerte que haga daño.

Para que lo entiendas mejor puede servir la comparación con un bocadillo de pan de molde: piensa que tu pecho es un bocadillo de tres pisos

de pan de molde y debes hacer que te entre en la boca, comprime el pecho de la misma manera

Es de esperar que el bebé comience a deglutir de nuevo (succión de boca abierta grande-pausa-cerrar). Si es así, debes seguir comprimiendo hasta que el bebé vuelva a mamar sin tragar. No debes soltar mientras lo oyes tragar.

Cuando ya no lo veas tragar libera la presión sobre el pecho para que no se te canse la mano y la leche que está en otras áreas del pecho comenzará a fluir de nuevo:

- Algunos bebés dejarán de succionar. Si eso sucede vuelve a comprimir el pecho.
- Algunos bebés comienzan a deglutir cuando liberas la compresión. Si eso sucede espera y no comprimas de nuevo hasta que vuelvas a sentir que tu hijo no traga.
- Cada vez que comprimas tu pecho, mueve la posición de tu mano ligeramente en una dirección, de manera que cada vez que comprimas lo hagas sobre un área diferente del pecho.

Si la compresión parece que no tiene efecto al principio: No cambies de pecho y espera, a veces el reflejo de eyección tarda un poco más. Normalmente a medida que avanza la toma la compresión funciona menos, pues el flujo de leche se hace más lento.

Si la compresión ya no surte efecto después de un rato: Y parece que el bebé se está adormilando o comenzando a lloriquear porque el flujo de leche es lento, pon al bebé en el otro pecho y repite el proceso, cambiando de un pecho a otro cuantas veces sea necesario hasta que la compresión ya no funcione para mantener al bebé activo.

Es buena idea experimentar: Aunque esta técnica funciona bien para muchas madres, puedes probar cualquier variación que te funcione mejor. La técnica funciona mientras no te duela el comprimir el pecho y tu bebé esté obteniendo suficiente leche.

## 2) RELACTANCIA Y LACTANCIA INDUCIDA COMO INTERVENCIÓN PARA ALIMENTAR AL BEBÉ.

Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento de su hijo, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional. Esta potencial medida salvavidas se llama relactación. El 75% de las madres que intentan la relactación o la lactancia inducida lo hacen para favorecer el vínculo afectivo con su hijo, y sólo una cuarta parte por las ventajas de la leche materna. Pero además ocurre que el porcentaje de éxitos suele ser elevado. Más del 50%

consiguen retirar completamente los suplementos a los dos meses de comenzar el programa de relactación.<sup>3</sup>

La mayoría de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un niño de forma exclusiva. Las mujeres que nunca han estado embarazadas pueden también establecer la lactancia, aunque la cantidad de leche producida es a menudo más limitada para la alimentación exclusiva al pecho. Esto se conoce como lactancia inducida.

En el pasado, la relactación y la lactancia inducida se consideraron experiencias excepcionales y no fueron bien investigadas. Sin embargo, ahora hay suficientes informes que muestran que la mayoría de las mujeres pueden relactar si están motivadas y tienen información y apoyo adecuados.<sup>5</sup>

### 2.1.- ¿Cuándo Relactar?

En varias circunstancias puede surgir la necesidad de considerar la posibilidad de relactación o de lactancia inducida:

- Para el manejo de algunos niños enfermos, tales como aquellos menores de 6 meses de edad con diarrea aguda o persistente, aquellos que han detenido su amamantamiento antes o durante una enfermedad, y aquellos que han sido alimentados artificialmente pero no toleran las leches artificiales.
- Para los niños que tuvieron bajo peso al nacer, y a quienes fue imposible mamar de forma eficaz en las primeras semanas de la vida y requirieron alimentación mediante sonda o vaso.
- Para los niños con problemas de alimentación, particularmente aquellos menores de 6 meses, cuyas madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia o cuya producción de leche ha disminuido significativamente como resultado de una mala técnica o un mal asesoramiento.
- Para los niños que han sido separados de sus madres, por ejemplo porque ellos o sus madres requirieron hospitalización.
- En situaciones individuales, por ejemplo cuando una madre que eligió alimentar artificialmente a su niño cambia su manera de pensar o, en el caso de adopción, para mejorar la unión madre-hijo tanto como para aprovechar otras ventajas del amamantamiento.

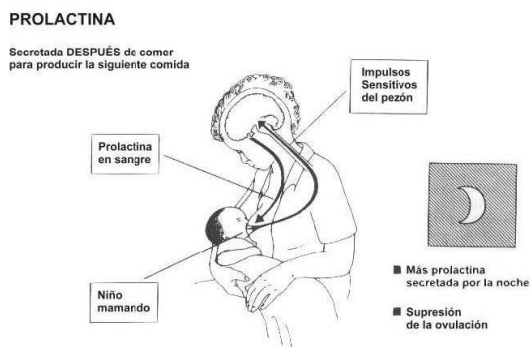
## 2.2.- ¿Cómo funciona la Relactancia?

La prolactina se produce en respuesta a la estimulación del pezón, como se muestra en la Figura 1. Los impulsos nerviosos sensitivos provenientes del pezón se conducen a la base del cerebro y hacen que la parte anterior de la hipófisis secrete prolactina. En el pecho que no lacta, la prolactina estimula el crecimiento de los alvéolos secretores. Igualmente, la prolactina también estimula a las células a producir proteínas lácteas y lactosa y a secretar leche.<sup>5</sup>

La respuesta de prolactina puede inducirse por diferentes tipos de estimulación del pezón. El más satisfactorio es la succión del pecho por parte del niño, y la respuesta es mayor durante la noche que durante el día. Sin embargo, también pueden ser efectivas la estimulación manual o mecánica de los pechos.

Por otro lado, el vaciamiento de cualquier cantidad de leche secretada también ayuda a incrementar y mantener la producción. La leche “almacenada” en el pecho hasta el punto en que la madre puede sentir la presión y la plenitud inhibe la producción posterior.

Figura 1. Respuesta de prolactina



La leche puede ser extraída por la succión de un niño o mediante sacaleches manual o mecánico. De manera que la succión y la extracción de la leche, las cuales incrementan los niveles de prolactina y el vaciamiento del pecho, son las claves para la estimulación de la producción de leche tanto para la relactación y para la lactancia inducida.

El vaciamiento de la leche del pecho requiere la acción de otra hormona, la oxitocina, la cual se produce en la parte posterior de la hipófisis en respuesta a la succión del pecho. La oxitocina hace que las células de músculo liso que rodean los alvéolos secretorios se contraigan y expriman la leche.

La oxitocina no ayuda cuando no hay leche en el pecho, pero colabora en el vaciamiento cuando hay leche, así que puede ayudar indirectamente a la producción de leche una vez que las células glandulares se han desarrollado.

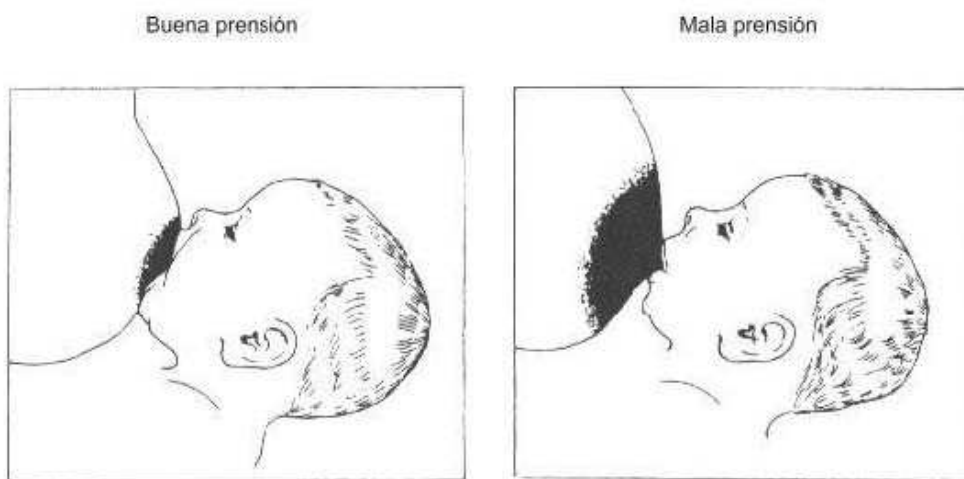
Como la producción de oxitocina puede afectarse por el estado emocional de la madre, apoyarla y construir su confianza son importantes maneras de ayudar al proceso de vaciado de la leche.

Hemos dicho que la mejor manera de estimular el pezón y vaciar la leche es mediante la succión de un niño, por tanto, cuanto más tiempo y más frecuentemente mame el niño, más leche se producirá. Para vaciar eficazmente el pecho, el niño necesita estar bien prendido al mismo. La parte de la mama por debajo de la areola, donde se almacena la leche en los senos lactíferos, debe quedar dentro de la boca del niño (Figura 2).

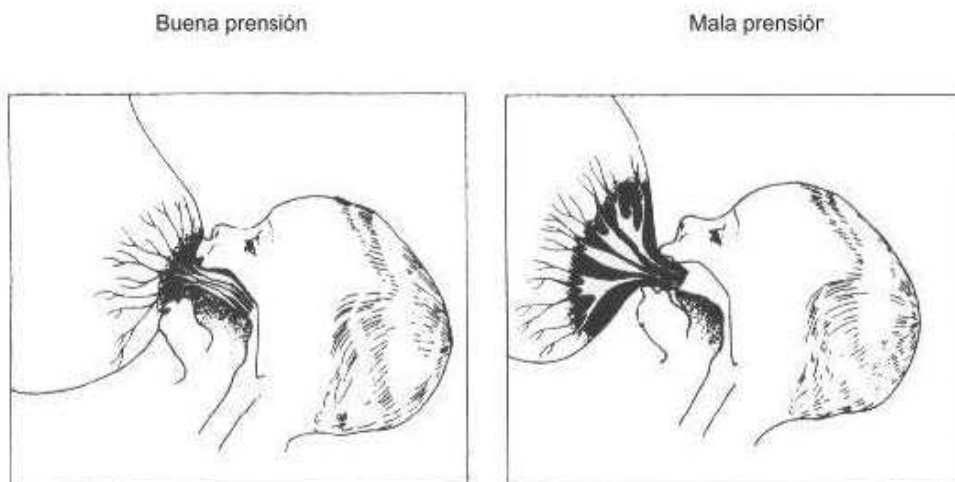
### 2.3.- Signos de buena prensión y succión del pecho

- La barbilla toca el pecho
- Boca ampliamente abierta
- Labio inferior evertido
- Más areola visible por encima que por debajo de la boca
- Succiones profundas y lentas, a veces con pausas

**Figura 2. Diagramas de la boca del niño que muestran una buena y mala prensión del pecho**



(aspecto externo)



Helen Marienkind comentó que hay dos requerimientos soberanos para la relactación: un fuerte deseo por parte de la madre biológica o adoptiva de alimentar al niño, y la estimulación del pezón. Brown y Jelliffe añaden un tercer requerimiento, de particular importancia cuando se promueve la relactación como parte de la asistencia sanitaria: un sistema de apoyo, para construir y mantener la confianza de la madre.<sup>4,5</sup>

Sin embargo, hay factores adicionales relacionados con el niño y la mujer que necesitan ser reconocidos y comprendidos.

#### 2.4.1.- Factores relacionados con el niño

El principal requerimiento para la relactación o para la lactancia inducida es que el niño succione el pecho. Ello se influencia por:

- a) La disposición del niño para mamar: El éxito de la relactación es más probable si el niño comienza a mamar pronto después de que se le ha puesto al pecho. Con los niños que están dispuestos a mamar la primera vez que se les pone al pecho el proceso es relativamente fácil.
- b) La edad del niño: En general, los niños están más dispuestos a coger el pecho cuanto más pequeños son. Los niños mayores tienden a estar menos dispuestos, especialmente si han utilizado para su alimentación biberones con tetinas. Sin embargo, la relactación es posible con niños mayores, particularmente si el niño quiere mamar y toma la iniciativa (49,51). En Perú (88), las madres relactaron a niños mayores de 12 meses de edad. Ninguna madre debería desanimarse para intentar para relactar o inducir la lactancia basándose solamente en la edad de su hijo.
- c) El Gap de amamantamiento del niño: El Gap de amamantamiento del niño es el tiempo transcurrido desde que el niño fue amamantado por última vez. Los informes de casos individuales sugieren que en general la relactación es más probable que ocurra cuanto más corto es el Gap, pero ello puede depender en parte de la edad del niño. Los niños que detuvieron su amamantamiento cuando fueron mayores pueden estar dispuestos a reanudar el amamantamiento después de un Gap mayor.
- d) La experiencia alimentaria durante el Gap: Los niños que fueron alimentados con biberón pueden preferir una tetina artificial antes que el pecho. Banapurmath y Seema, comentan que es más difícil enseñar a un niño a succionar el pecho si se ha acostumbrado a alimentarse con biberón, incluso aunque los pechos estén produciendo leche. Estos autores enfatizan que es necesario dejar de usar biberones y chupetes para vencer la resistencia de los niños a mamar. Esta es también la experiencia de muchos otros expertos en lactancia. Algunas madres que relactan a niños de 1-6 meses,



dicen que sus hijos usan biberón y al principio parecen no saber qué hacer cuando se los ponen al pecho.<sup>5</sup>

Otros potenciales factores pero de importancia desconocida incluyen:

- e) La edad gestacional: (para niños de bajo peso al nacimiento) Pocos estudios han analizado el efecto de la edad gestacional del niño o del peso al comienzo de la relactación o de la lactancia inducida con los resultados. Es difícil evaluar estos factores, en parte debido a la interrelación entre el peso y la edad y en parte debido a los factores de confusión existentes en todo el manejo de los niños prematuros y de bajo peso al nacimiento. En el pasado, su asistencia incluía generalmente alimentación con biberón y un mínimo contacto con los padres. Con los métodos actuales de asistencia que utilizan más contacto con los padres, incluyendo el método canguro, los niños de bajo peso al nacer pueden alimentarse al pecho de forma total o parcial incluso tan precozmente como a las 32 semanas de edad gestacional y con pesos tan bajos como los 1.300 gr.
- f) La ingesta de alimentación complementaria: La alimentación complementaria (sólida o semisólida) introducida antes de los 6 meses aproximadamente puede reemplazar a la leche materna. Es preferible evitar la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses aproximadamente. Esta práctica debería considerarse solo a los 4 ó 5 meses de edad si el niño no gana peso satisfactoriamente (Sección 15) o muestra signos claros de hambre, a pesar de la estimulación máxima del pecho.

#### 2.4.2.- Factores relacionados con la madre biológica o adoptiva:

Los más importantes son:

- a) La motivación de la mujer: Es improbable que una mujer relacte o induzca la lactancia a menos que esté muy motivada. Las razones por las que más a menudo las mujeres están dispuestas a relactar son:
  - Porque es beneficioso para la salud y la nutrición del niño
  - Para mejorar la relación madre-hijo.

b) Su Gap de lactancia: El Gap de lactancia de la mujer es el tiempo transcurrido desde la última vez que amamantó a un niño. Se admite a menudo que cuanto más corto es el intervalo desde la última vez que una mujer amamantó a un niño, más probable será que relacte.

c) Su capacidad para interactuar y responder a su hijo. Para relactar, una mujer necesita ser capaz de responder libremente y alimentar al niño siempre que muestre interés y esté dispuesto. Ella misma debería cuidar al

niño íntegramente y tener con él contacto piel con piel de forma frecuente. Para ser capaz de responder plenamente necesita libertad para otras tareas durante unas pocas semanas y, si es posible, tiempo libre en su puesto de trabajo. Si no es posible, es menos probable que la relactación tenga éxito.

d) El apoyo de su familia, de la comunidad y de los trabajadores sanitarios. Habitualmente las mujeres comentan que es esencial tener apoyo emocional y que este lo reciben más a menudo de su familia, amigos o consejeros de lactancia y mucho menos a menudo de los médicos u otros trabajadores sanitarios. Los maridos son a menudo personas de apoyo claves, particularmente cuando el niño ha sido adoptado y cuando otros parientes y amigos son hostiles a la idea de inducir la lactancia o la relactación. Los médicos son las personas que menos apoyan y a veces también son abiertamente hostiles.

En los países donde el amamantamiento es la norma, usualmente las mujeres reciben más apoyo de sus familias y amigos, haciendo más fácil la relactación. Los trabajadores sanitarios, así mismo, pueden dar más apoyo en estos ambientes, y pueden sugerir el procedimiento y ayudarlas a llevarlo a cabo.

## 2.5.- LOS GALACTOGOGOS

Los galactogogos (o lactogogos) son medicamentos u otras sustancias que se cree ayudan a iniciar, mantener o aumentar la producción de leche materna. Dado que la escasa producción de leche es una de las razones más frecuentes para interrumpir la lactancia, tanto las madres como los médicos han recurrido a la medicina para resolver esta cuestión.

La producción de leche es un complejo proceso fisiológico que involucra factores tanto físicos como emocionales y la interacción de varias hormonas, la más importante de las cuales es la prolactina. Una vez que nace el bebé y la placenta es expulsada, los niveles de progesterona disminuyen y se establece el abastecimiento completo de leche (Lactogénesis).

En consecuencia, si las mamas no se vacían con frecuencia y completamente, la producción de leche disminuye. De igual modo, cuanto más frecuente y complemente se vacíen las mamas, mayor producción de leche habrá. El uso de galactagogos para un suministro de leche insuficiente debería estar reservado a aquellas situaciones en las que se han evaluado las causas tratables (por ejemplo, hipotiroidismo o medicación materna) y no se ha tenido éxito con una mayor frecuencia de la lactancia y/o extracción de leche.

### 2.5.1 Uso de Galactagogos

El uso de galactogogos se debería recomendar para el amamantamiento por una madre adoptiva (inducción de la lactancia en la mujer que no ha estado embarazada), la relactación (restablecimiento del suministro de leche después

del destete) y el aumento de un suministro de leche insuficiente debido a una enfermedad de la madre o del lactante o la separación de ambos.

Las madres que no amamantan en forma directa, pero que extraen leche manualmente o con una bomba de extracción, a menudo observan una disminución en la producción de leche con el correr de varias semanas. Los galactogogos comúnmente se recomiendan para aumentar el suministro de leche en disminución en las madres de bebés prematuros o enfermos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1.- Cardenas MH, Montes E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enferm. glob.* [Internet]. 2010;(20). Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300004&lng=es)> Consultado el 8 de abril de 2013.

2.- González C. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Madrid: Editorial Temas de Hoy; 2006.

3.- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografía de la AEP nº 5. Madrid: Ediciones ERGON; 2004.

4.- La Liga de la Leche Internacional. El Arte Femenino de Amamantar. México: PAX MEXICO; 200.1

5.- Hormann E, Savage F. Manual de Relactación de la O.M.S. Revisión de la Experiencia y Recomendaciones para la Práctica. Ginebra: OMS;1998.