

Resumen

Qué es y cómo funciona un taller de lactancia materna.

Los talleres de lactancia materna van dirigidos a madres lactantes, sus parejas y familiares, con el objetivo de que juntos se puedan resolver dudas, problemas, que surjan durante la etapa del amamantamiento. Los talleres de lactancia materna cuentan con la experta experiencia de las propias madres, en ellos el profesional sanitario es un miembro más del grupo, su papel podríamos decir que es de “experto a la sombra”, ya que dinamiza, sugiere y aprende a la vez.

Para el desarrollo de esta actividad nos valdremos de la escenificación, reproduciendo secuencias del taller de lactancia del Centro de Salud Fuente de San Luis de Valencia, en donde un grupo de madres nos hacen partícipes de sus experiencias o nos plantean sus problemas. En el video que vamos a trabajar se exponen casos como:

- Alimentación complementaria “baby led weaning”.
- Mastitis.
- La información que dan algunos profesionales sobre lactancia materna.
- La preocupación de las madres sobre el peso de sus bebés.
- El sueño del bebé, el colecho
- Los cólicos del lactante.
- Lactancia en tándem
- El papel del padre.

Oiremos las sugerencias que otras madres lactantes hacen, el papel que desempeña el profesional sanitario. Nos introduciremos en la dinámica aportando nuestras sugerencias como miembros del taller, participando de forma activa.

TALLER LM Y VACUNAS

Purificación Rodas Cordón. Enfermera de Pediatría.
Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia

En este taller planteamos algunas cuestiones sobre la lactancia y la vacunación, reseñadas en diferentes foros profesionales, que trataremos de explicar basándonos en la evidencia científica actual y que se pueden presentar previo al nacimiento o en el lactante.

IV Curso Lactancia 2010. Foro albalactanciamaterna.org

Se comentó durante una sesión que hay algunas vacunas que ya quedan cubiertas si se realiza una lactancia materna a demanda, para estos casos, ¿la protección que genera la leche materna tiene efecto a largo plazo como lo tiene la vacuna, o solo funciona mientras se tome el pecho?

Pregunta al Comité Asesor de Vacunas (CAV). Información para profesionales

Estimado Comité: Una niña de 3 años recién cumplidos aún toma lactancia materna 6 ó 7 veces día. Su madre pasó la varicela, por lo que la niña está recibiendo anticuerpos maternos antivariela. ¿Debemos vacunar de la varicela a esta niña o aún está protegida por los anticuerpos maternos que recibe en la leche materna y podemos esperar? Hay alguna posibilidad que si vacunamos a la niña, los anticuerpos varicela que recibe en la lactancia materna contrarreste la eficacia de la vacuna.

Un cordial saludo y gracias por su pronta respuesta.

Realizada por: Rosa María Ruiz Saro (Enfermero/a) Fecha: 2006-09-05

Muchas mamás se preguntan si sus bebés estarán protegidos durante la lactancia contra cualquier enfermedad que la madre ha sido vacunada o que haya adquirido. La lactancia materna mejora la respuesta del bebé a las vacunas que recibe, pero no actúa como un sustituto para la inmunización. La investigación indica que cuando los bebés amamantados son vacunados, se producen niveles más altos de anticuerpos en comparación con los bebés alimentados con fórmula (Silfverdal SA, L Ekholm, Bodin L. La lactancia materna mejora la respuesta de anticuerpos a Hib y neumococo serotipo 6B y 14 después de la vacunación con vacunas conjugadas, Zoric-M, Fulconis M, Minoli I, et al. Hahn Antibody Responses to Parenteral and Oral Vaccines Are Impaired by Conventional and Low Protein Formulas as Compared to Breast-feeding).

La protección materna de IgG se transfiere al bebé a través de la placenta antes del nacimiento y estas IgG maternas desaparecen gradualmente en el bebé en 6-8 meses tras el parto. El niño sigue recibiendo algún tipo de protección de las inmunoglobulinas G maternas a través de la leche de su madre, pero no están presentes en cantidades lo suficientemente altas como para "vacunar" al bebé. A pesar de no poder calificarlas como una vacuna contra una enfermedad en particular, hay otras muchas inmunoglobulinas en la leche materna (IgA, ciertos ácidos grasos, etc.) que son activas contra las mismas enfermedades.

La lactancia no afecta negativamente a la inmunización, ni es una contraindicación para ninguna vacuna. Los anticuerpos maternos transmitidos a través de la lactancia no se ha demostrado que reduzcan la efectividad de las vacunas.

iHola! Quisiera saber que hay de cierto en estos comentarios leídos en un libro sobre lactancia materna: " El calostro y la leche materna no sólo defienden de enfermedades vacunables (varicela, sarampión, difteria) sino también de no vacunables (otitis, faringitis). ¿Es cierto que el bebé alimentado de lactancia materna tiene inmunidad frente a enfermedades como sarampión, varicela...?

Realizada por: Andreu Centro de trabajo Benigànim (Valencia) Fecha: 2003-09-12

El bebé, en principio no se espera que sea inmune a la varicela, sin embargo otros factores inmunológicos presentes en la leche materna le darán cierta protección contra la enfermedad. Los informes de casos sugieren que, al igual que con otras infecciones

virales, los bebés amamantados que contraen la varicela manifiestan la enfermedad a menudo como casos más leves.

¿Existe relación entre lactancia materna y disminución de reacciones postvacunales en lactantes? ¿Dónde podría buscar más información? Gracias

Realizada por: Rosa María Juárez Tomillo (Enfermero/a) Fecha: 2010-06-01

La lactancia protege a los bebés de la fiebre después de la vacunación, de acuerdo a un estudio publicado en *Pediatrics*. Es común que la temperatura del bebé suba tras la aplicación de una vacuna, señaló el equipo del doctor Alfredo Pisacane, de la Università Federico II, en Nápoles, Italia. "La inmunización es algo parecido a una enfermedad 'leve'", dijo Pisacane. "El sistema inmune responde con reacciones localizadas (dolor, enrojecimiento, inflamación) y sistémicas (fiebre y pérdida del apetito)", explicó. Los bebés reciben tres rondas de vacunas durante el primer año. "La fiebre después de las aplicaciones es leve y pasajera. Pero entre el 1 y el 2 por ciento de los bebés puede tener fiebre alta", agregó.

Los bebés alimentados con leche materna y fórmula responden distinto a las vacunas y a la enfermedad, de modo que el equipo decidió investigar si la lactancia protegía de la fiebre. Para eso, 450 madres controlaron la temperatura de sus bebés durante varios días después de la inmunización de rutina.

El estudio de Pisacane observa, de forma estadísticamente significativa, una menor incidencia de fiebre después de la vacunación en los niños alimentados con lactancia materna exclusiva.

Se puede encontrar esta información en el número de mayo de la revista *Pediatrics* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20478932>)

Foro Comité de Lactancia Materna de la AEP. Dudas sobre Im para padres

Todos los años me pongo la vacuna de la gripe, ya que soy bastante propensa a los catarros y además tengo enfermedad de Chron, con lo que estoy dentro del grupo de riesgo. Me han dado cita para ponérmela mañana pero no sé si es contraproducente con LM o se puede hacer algo para poder ponérmela (prefiero tener catarro todo el invierno antes de quitarle su tetita a mi bebé) ¿Podéis indicarme algo?

Un abrazo. Patricia. Fecha 2010-10-26.

Foro enFemenino

¡Hola! Soy enfermera y mamá de un niño de 7 meses, al que aún lacto después de sus papillas y por la noche. Como personal sanitario, soy candidata a las vacunas de la gripe (la ordinaria de cada año y la gripe A, la peculiaridad de este año). ¿Alguien conoce alguna fuente fidedigna que me pueda informar si son compatibles las vacunas para continuar con la lactancia materna?, no me gustaría destetar a mi bebé todavía, y en mi hospital no he podido hablar con ningún experto en la materia. Gracias.

Realizada por micukito. Fecha: 2009-08-31

Pregunta al Comité Asesor de Vacunas (CAV)

En su momento, me vacuné de la rubéola, pero durante el embarazo se dieron cuenta que no estaba inmunizada contra la rubéola. Ahora estoy en periodo de lactancia y me gustaría saber cuando puedo vacunarme y si me ponen la vacuna en el Centro de Salud o tengo que comprarla. ¿Que tiempo debo esperar desde que me vacuno hasta poder quedarme de nuevo embarazada?

Gracias por su atención

En resumen, una madre que amamanta ¿qué vacunas son aconsejables? ¿Qué problemas puede tener la administración de algunas vacunas?"

"Ni las vacunas inactivadas ni las vacunas con virus vivos administradas a mujeres lactantes afectan la inocuidad de la leche materna o a los bebés. La lactancia no afecta de manera adversa la inmunización ni es una contraindicación para ninguna vacuna". (Fuente: ACIP, General Recommendations on Immunization pág. 18.). No están

contraindicadas las vacunas frente a la varicela, Hepatitis B, Gripe, meningocócica C, antineumocócica, VPI, VPO si el bebé tiene 6 semanas de edad, antitetánica, BCG, triple vírica (SRP).

Aunque las vacunas vivas se multiplican dentro del cuerpo de la madre, para la mayoría no se ha demostrado que se excreten en la leche materna. El virus atenuado de la vacuna contra la rubéola ha sido detectado en la leche materna, pero ha producido sólo una infección asintomática en el lactante. Por lo tanto, puede recomendarse la administración de la vacuna contra la varicela en madres lactantes". ACIP, Prevention of Varicella, pp. 19-20.

La lactancia materna es una contraindicación para la vacunación contra la viruela de la madre, debido al riesgo teórico de transmisión por contacto de la madre al bebé. La vacuna contra la fiebre amarilla se debe evitar la lactancia materna en las mujeres. Sin embargo, cuando las madres lactantes no pueden evitar o aplazar los viajes a zonas endémicas de fiebre amarilla en el que el riesgo para la adquisición es alto, estas mujeres deben ser vacunadas [(ACIP) January 28, 2011].

Por lo tanto, pueden presentarse problemas cuando se trate de viajar a algunos países en el que se exija la vacunación frente a la fiebre amarilla. Esta vacuna es obligatoria y está sujeta a reglamentación internacional. La vacuna actualmente autorizada en nuestro país es Stamaril ® y sólo puede ser administrada en Centros de Vacunación Internacional autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y lleva consigo la expedición del Certificado Internacional de Vacunación. Se administra a todo viajero mayor de 9 meses que viaje a zonas endémicas (gran parte de Sudamérica tropical y África subsahariana entre los paralelos 15° N y 15° S), que no presente ninguna contraindicación a la misma (personas inmunodeprimidas, con hipersensibilidad al huevo o a otros componentes de la vacuna, embarazadas, sobre todo durante el primer trimestre del embarazo o personas con contraindicaciones generales de las vacunas vivas).

Hay que informarse y solicitar consejos antes del viaje a centros especializados. La vacunación en el viajero internacional siempre hay que hacerla de forma individual y dependerá de sus propias características y de las relativas al viaje. En el caso de viajes con ruta por varios países es preciso comprobar si se exige la vacunación frente a la fiebre amarilla si se procede de un país endémico.

Foro perlasdesalud.com

¿La lactancia materna puede transmitir la fiebre amarilla después de la vacunación materna? Fecha 2011-02-08

DiarioMedico.com

Una vacunada transmite la fiebre amarilla por lactancia. Fecha 2011-02-09

Un estudio que se publica en el último número de Canadian Medical Association Journal presenta un caso de un bebé de 5 semanas infectado con el virus de la fiebre amarilla a través de la lactancia y la madre previamente había sido vacunada antes de una visita a Venezuela. El trabajo alienta la contraindicación de esta vacuna en embarazadas.

Susan Kuhn, de los Servicios de Salud de Alberta, en Canadá, es una de las firmantes de la investigación. Según explica, hasta el momento las recomendaciones de no vacunación se basaban sólo en fundamentos teóricos.

El menor fue llevado a un hospital con una historia de dos días de fiebre e irritabilidad; el día anterior a su ingreso había sufrido crisis epilépticas parciales en distintas localizaciones. Un examen del líquido cefalorraquídeo confirmó el diagnóstico de fiebre amarilla en el lactante, que no mostraba señales de picaduras, no había tenido relación con otros afectados, no había entrado en contacto con animales, no tenía antecedentes de infección por herpes en miembros de la familia ni había sido vacunado anteriormente a los síntomas.

Los autores creen que este caso no sólo respalda la no vacunación de madres con hijos lactantes, sino que hace lo propio con estos menores. Hasta que no cumplan nueve meses no se debe vacunar frente a la gripe amarilla: "El riesgo del menor en relación a la vacunación materna debe medirse en comparación con el riesgo de

infección por el "virus salvaje". Los autores concluyen que las mujeres que viajen deben ajustar sus planes para reducir o limitar el riesgo de exposición o aplazar su viaje totalmente hasta que su bebé no esté tomando pecho o sea lo suficientemente mayor como para ser vacunados.

Los autores señalan en su artículo: "La experiencia con otros Flavivirus apoya la plausibilidad biológica de transmisión a través de la leche materna, aunque el riesgo de la enfermedad clínica es incierto. Los Flavivirus en varios animales se excretan en la leche y pueden causar enfermedad clínica en la descendencia. La transmisión a través de la leche materna de virus del Nilo Occidental en humanos se ha sospechado, pero no se confirmó. *Dado que la excreción del virus de la fiebre amarilla en la leche materna no ha sido confirmado, es posible que la transmisión pueda resultar de la exposición a la sangre materna a través de excoriación de la piel materna y una ruptura de la mucosa en la boca del bebé. En cualquier caso, el acto de la lactancia materna parece ser el modo de transmisión más probable de la infección al bebé.*

¿La lactancia materna influye en la eficacia de las vacunas infantiles?

La leche materna no interfiere la respuesta inmunitaria del lactante a ningún tipo de vacuna, ni siquiera a las vacunas de la polio o del rotavirus.

No es necesario hacer ninguna modificación en las inmunizaciones de rutina en el niño alimentado al pecho y han de ser vacunados de acuerdo con los calendarios infantiles de vacunación oficiales, recomendados en España (calendario vacunas oficiales de su Comunidad). En España hay pequeñas diferencias de calendario entre las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.), aunque la gran mayoría de las vacunas son comunes en todo el Estado.

Cuando se tiene bien estudiada una población y se sabe que bacterias o virus pueden existir en su entorno habitual, se le prepara para estar inmunizada para defenderse de las epidemias posibles en su entorno de vida. El calendario de vacunación se revisa periódicamente por las organizaciones sanitarias públicas evaluando la eficacia de cada vacuna, los riesgos de las mismas, las necesidades de cada vacuna en una población y los beneficios de salud y económicos por su administración en grandes poblaciones. Por ello no se generalizan otras vacunas que en ciertos casos y momentos se pueden indicar a poblaciones localizadas y temporalmente.

Las vacunaciones tienen como primer objetivo defender a cada individuo contra las enfermedades inmunoprevenibles, pero su objetivo secundario es defender a las personas como conjunto ante epidemias masivas, ya que se consigue que no existan sujetos que difundan la enfermedad (inmunidad de grupo).

Algunos datos indican que la lactancia materna puede mejorar la respuesta a ciertos antígenos de la vacuna (192). No hay datos que sugieran que la transferencia pasiva de anticuerpos en la leche humana puede afectar a la eficacia de las vacunas de virus vivos. Los lactantes alimentados con leche materna deben ser vacunados de acuerdo con el calendario recomendado (193 - 195) [(ACIP) January 28, 2011].

Si la madre lactante está tomando antibióticos ¿se puede vacunar al niño?

Si, la antibioterapia materna no contraindica la administración de vacunas del calendario de rutina del bebé. Los antibióticos se diluyen en sangre materna y la cantidad que llega al bebé a través de la leche es mínima, no supera el 1%. En general, hay que saber que la gran mayoría de los medicamentos que puede necesitar una mujer lactante son inocuos y no contraindican la lactancia. No hay que automedicarse y hay que consultar con el profesional sanitario. Todo profesional que atienda a mujeres o niños: pediatras, obstetras, médicos de familia, enfermeras, matronas, auxiliares, médicos residentes, etc., debe formarse en lactancia materna y actualizar sus conocimientos teóricos, prácticos y de asesoramiento a la madre en esta materia. La página web de lactancia y medicamentos del Servicio de Pediatría del

Hospital de Denia (www.e-lactancia.org) representa un instrumento muy útil de consulta.

La neomicina, estreptomycin y polimixina son los antibióticos habituales en las vacunas. Los alérgicos a estos antibióticos pueden desarrollar una reacción alérgica o de urticaria que no contraindica la administración que contenga dichos antibióticos. Si se produce una anafilaxia automáticamente contraindica la administración de vacunas que contengan estos antibióticos.

Que los niños que son amamantados sufren menos infecciones ¿demuestra el poder inmunológico de la leche materna?

Si. La leche materna está llena de defensas (los anticuerpos que fabrica la mujer de las enfermedades que ha padecido y otras) y contribuye a que los niños que tienen todavía su sistema inmunológico inmaduro, estén más protegidos. La leche materna defiende en especial de infecciones respiratorias y gastrointestinales que son, en un 90%, las que más afectan a los bebés en su primer año de vida.

Pregunta al Comité Asesor de Vacunas (CAV). Información para profesionales

Ha caído en mis manos un folleto de la llamada "Liga para la libertad de vacunación" en el que dice cosas como: -La vacuna triple vírica sistemática no está justificada, ya que son enfermedades benignas con complicaciones raras, cuyos riesgos son menores a los de la vacunación. -La DTP-polio tampoco. Manifiesta que solamente la del tétanos "puede ser" de utilidad y pone en duda también la de la polio. -Afirma que enfermedades infantiles resueltas dan al organismo vitalidad y fortalecen la salud ¿?, mientras que las no pasadas tienen relación con posteriores apariciones de enfermedades degenerativas en la edad adulta, según algunos estudios epidemiológicos que, por supuesto, no menciona. -¿Es cierto, que según explican, la vacunación de sarampión, paperas, rubéola y tos ferina no induce una inmunidad permanente?. ¿Existe un riesgo real en la inoculación de varias vacunas a la vez?. Sinceramente creo que todas estas informaciones tienen poco fundamento científico, pero me gustaría saber su opinión, ya que últimamente estoy detectando en la población un aumento de este tipo de teorías. Muchas gracias y un saludo.

Realizada por: Laura Marín Rodríguez (Farmacéutico/a) Fecha: 2005-05-20

La vacunación es una excelente terapia preventiva, eficaz y duradera. Las vacunas han contribuido a mejorar la salud de la población y la calidad de vida de millones de personas. Protegen frente a muchas enfermedades infecciosas que pueden ser graves o incluso mortales y para las que en determinados tipos, no existe un tratamiento efectivo. Por ejemplo el tétanos es mortal en la mitad de los casos, la polio deja secuelas graves como parálisis y las paperas pueden causar sordera.

En todas las regiones del mundo, tanto en países en desarrollo como en los más desarrollados, reducen la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades infecciosas para las que van dirigidas. Muchas de estas enfermedades no las recordamos porque han sido controladas gracias a las vacunaciones, pero pueden volver a aparecer, si dejamos de prevenirlas.

Con la vacunación se favorece la salud colectiva potenciando la individual y buena prueba de ello son las enfermedades erradicadas o en proceso de erradicación a través de las vacunas como la viruela, el sarampión y la poliomielitis. Vacunar es la mejor manera de proteger a los niños de enfermedades evitables.

¿Por qué algunos promotores de la lactancia no aconsejan vacunar?

Por desconocimiento, mala información o por ideas erróneas acerca de la inmunización como... "las vacunas no son necesarias por la mejora de las condiciones socioeconómicas", "no son eficaces y la mayoría de las personas que contraen la enfermedad han sido vacunadas", "causan muchos efectos secundarios perjudiciales, enfermedades y hasta la muerte", "las enfermedades prevenibles se han eliminado y

no es necesario vacunar a nuestros hijos”, “pueden sobrecargar el sistema inmunológico” ... y otros mitos.

La vacunación es un sistema de producción de defensas naturales para nuestro organismo menos traumático que el exponerse a la enfermedad, disminuye la mortalidad y las secuelas por infecciones y disminuye la probabilidad de caer enfermo por esas infecciones. No se crean anticuerpos artificiales, sino que se estimulan precisamente las defensas que nosotros poseemos, es decir, ayudan y potencian nuestras defensas. Las vacunas “enseñan” al sistema inmunológico a defenderse y por esa razón contienen, por lo general, parte del microorganismo causante de la enfermedad o el germen entero, pero muerto o debilitado.

Vacunar es una excelente manera de proteger a los niños de enfermedades evitables.

Si estoy embarazada, ¿me puedo vacunar? ¿Contra qué?

Si, de determinadas vacunas. Sólo se podrá vacunar a una mujer embarazada cuando exista evidencia de que la vacuna no tenga ningún riesgo para el feto, cuando el riesgo de adquirir la infección prevenible sea muy alto o cuando esta infección pueda ser grave para la madre o para el feto.

El sistema inmune es inmaduro en los recién nacidos y pueden ser parcialmente protegidos por los anticuerpos adquiridos a través de la placenta. Inmunizar a una mujer embarazada es una buena oportunidad para prevenir enfermedades evitables mediante la vacunación y proteger al futuro bebé, especialmente en mujeres que desconocen su calendario vacunal.

No existen pruebas de que las mujeres embarazadas presenten riesgo al recibir vacunas de virus inactivados, vacunas antibacterianas o toxoides. Es beneficioso vacunar sobretodo cuando las probabilidades de exposición a una enfermedad son altas, cuando la infección implica un riesgo para la madre o para el feto y cuando es poco probable que la vacuna cause daño alguno. Se pueden administrar durante el embarazo en caso de exposición inevitable o riesgo elevado (rabia, cólera, peste, etc.) o si pertenece a un grupo de riesgo en los que está indicada la vacuna (neumococo, meningococo, hepatitis A, hepatitis B, etc.) tras valoración individualizada riesgo-beneficio. Es preferible la administración de las vacunas a partir del segundo trimestre de embarazo (*ACIP General Recommendations on Immunization*).

Las vacunas de microorganismos vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, tifoidea oral, cólera oral) están contraindicadas desde un mes antes del embarazo por el posible riesgo de transmisión del virus de la vacuna al feto. Si por equivocación una mujer embarazada recibe una vacuna con virus vivo o si queda embarazada dentro de las 4 semanas siguientes a la vacunación, se le debe orientar sobre los posibles efectos negativos en el feto, pero no suele ser una razón para interrumpir el embarazo. Como excepción, las vacunas de virus vivos antipoliomielitis oral y frente a la fiebre amarilla se pueden administrar si el riesgo de exposición es inminente y elevado, puesto que el riesgo teórico de la vacuna es muy inferior al de la infección. En el caso de la poliomiélitis, si el riesgo de contagio no es inminente (menos de 4 semanas), es preferible la vacuna antipoliomielítica parenteral. La vacuna de antígeno capsular Vi altamente purificado se puede utilizar durante el periodo gestacional solo en casos de riesgo elevado.

Durante el embarazo se recomienda de manera específica:

- . Vacunación antitetánica con Td, para la prevención del tétanos neonatal en las mujeres no vacunadas, preferiblemente en 2º o 3º trimestre de gestación.
- . Vacuna antigripal inactivada en cualquier trimestre del embarazo, si coincide con la temporada gripal. Se recomienda porque la gestante presenta mayor riesgo de letalidad y complicaciones graves por la enfermedad y también porque se protege a los lactantes contra la gripe, durante los primeros meses de vida, cuando son más vulnerables (OMS)
- . Vacuna frente a hepatitis B. Las partículas no infecciosas de HBsAg que contiene la vacuna no representa riesgo para el feto, mientras que la infección por el virus de la hepatitis B en una mujer embarazada, puede provocar enfermedades serias en la madre e infección crónica en el recién nacido.

VACUNACIONES EN EL EMBARAZO

| Vacunas indicadas y/o contraindicadas | | | |
|--|--|-----------------------|---|
| VACUNA | DEBE CONSIDERARSE EN CASO DE ESTAR INDICADA | CONTRAINDICADA | RECOMENDACION ESPECIAL O AUSENTE |
| Hepatitis A | | | (1) |
| Hepatitis B | Si | | |
| Gripe | Si (2) Siempre está indicada | | |
| Triple vírica | | Si | |
| Neumocócica | | | (3) |
| Poliomielitis inactivada | | | (4) |
| Tétanos/difteria | Si | | |
| Cólera | | | (5) |
| Meningocócica conjugada C | Si | | |
| Rabia | Si | | |
| Tifoidea | | | (6) |
| Fiebre amarilla | | Si | (7) |
| Varicela | | Si | |
| BCG | | Si | |
| Encefalitis japonesa | | Si | (8) |
| Encefalitis centroeuropea | | Si | (8) |

1. Aunque no se ha establecido la seguridad de la vacuna frente a la hepatitis A durante el embarazo, ya que se trata de una vacuna inactivada, el hipotético riesgo de afectación para el feto es nulo o muy bajo. En caso de indicación se valorará el riesgo asociado a la vacuna y el riesgo de exposición al virus.
2. Se vacunarán las embarazadas que vayan a estar en el 2º ó 3º trimestre de gestación durante la temporada gripal. La vacuna se recomienda a partir de la semana 14 de gestación.
3. No se ha evaluado la seguridad de esta vacuna en el primer trimestre del embarazo, aunque no se han detectado efectos adversos en los niños cuya madre recibió inadvertidamente la vacuna durante el embarazo.
4. Se vacunará durante el embarazo si existe un riesgo de exposición inminente.
5. No se dispone de información de su uso durante el embarazo.
6. No hay datos sobre la utilización de la vacuna oral o parenteral durante el embarazo, por lo que se debe evitar su uso. La vacuna atenuada (oral) está totalmente contraindicada, y la inactivada (parenteral), aunque no se dispone de datos de seguridad durante el embarazo, teóricamente podría utilizarse si existe un alto riesgo de exposición.
7. Teóricamente las embarazadas no deberían recibir esta vacuna ni viajar a zonas endémicas para esta infección. En el caso de no poder posponer ni evitar el viaje a

áreas endémicas con riesgo alto de exposición, la embarazada debería recibir la vacuna.

8. Aunque se trata de vacunas inactivadas, no hay información específica sobre su seguridad durante el embarazo, por lo que su administración está en general contraindicada. Únicamente debe administrarse si el riesgo de infección es muy elevado.

Pregunta al Comité Asesor de Vacunas (CAV). Información para profesionales
Querría saber si existe alguna contraindicación para aprovechar la visita del puerperio en madres no inmunes a rubéola, para vacunarlas aunque se encuentren lactando. Realizada por: María García Mínguez (Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria) Fecha: 2005-05-24

El puerperio es un buen momento para aplicar las vacunas de microorganismos vivos en mujeres susceptibles. Las mujeres embarazadas susceptibles a determinadas enfermedades inmunoprevenibles mediante vacunas atenuadas (rubéola, varicela...) que estaban contraindicadas durante el embarazo deben ser vacunadas tras el parto y, preferiblemente, antes del alta hospitalaria o en las primeras visitas postparto. Se debe evitar un nuevo embarazo hasta al menos 1 mes después de la última dosis.

Pregunta al Comité Asesor de Vacunas (CAV). Información para profesionales
En principio el polvo liofilizado de las vacunas penta o hexavalente que contiene el Hib es lactosa según la ficha técnica, ¿debería evitarlo a toda costa en alérgicos? ¿cuál es la alternativa? ¿puedo utilizar la otra parte de la vacuna? Muchísimas gracias por adelantado, un saludo. Realizada por: Ester García (Enfermero/a) Fecha: 2009-07-20

Las personas con problemas con la lactosa, sólo lo tienen cuando se expone a la mucosa intestinal, es decir, es un problema en el proceso enzimático que precisa la lactosa en el tracto intestinal.

Por tanto, no hay ningún problema en administrar este tipo de vacunas con lactosa por vía intramuscular.

Pregunta al Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Información para profesionales
He leído en ficha técnica de Varivax que entre los excipientes de la vacuna se encuentra cantidades traza de suero de ternero bovino. ¿Estaría entonces contraindicada la vacunación en niños con alergia/intolerancia a leche de vaca? Gracias. Realizada: 2011-03-08

La ficha técnica de Varivax® señala que, entre sus excipientes, existen trazas de suero de ternero bovino. No está recogida, sin embargo, una contraindicación en casos de alergia o de intolerancia a proteínas de leche de vaca, ya que no se trata de suero lácteo, por lo que puede administrarse sin problemas en este tipo de pacientes.

¿Cómo funcionan las vacunas?

La respuesta inmune implica la producción de un grupo complejo de moléculas globulares llamadas anticuerpos o inmunoglobulinas, que son sintetizadas por las células plasmáticas. Estas células se derivan de los linfocitos B activados al reconocer una molécula o parte de una molécula, como extraña (antígeno). La exposición inicial de un organismo a un antígeno y la síntesis de anticuerpos específicos en su contra, constituye la respuesta inmune primaria y preparan al organismo frente a futuras exposiciones al agente patógeno causante de la enfermedad, destruyéndolo y haciendo que no enfermemos. Esta forma de reaccionar "aprendida", nos proporciona inmunidad ante futuros encuentros con el microbio agresor, que desencadenará de nuevo la producción de anticuerpos defensores.

Este es el principio que se utiliza en el desarrollo de las vacunas y se trata de una respuesta específica.

¿Por qué se vacuna más a los niños?

Porque su sistema inmune es inmaduro, lo que los hace más susceptibles a las enfermedades. Las vacunas se administran tan pronto como pueden suponer un beneficio.

La protección es duradera en el tiempo pero requiere, según el tipo de vacuna, una o más dosis para alcanzarla. Cada vacuna tiene sus propias peculiaridades, requiriendo en ocasiones una única dosis, varias dosis o se precisan dosis de recuerdo cada cierto tiempo para realizar bien esa memorización. Eso depende de la inmunogenicidad de la vacuna, es decir, la capacidad que tenga para provocar una reacción por parte de nuestro sistema inmune.

Las dosis iniciales de una vacuna reciben el nombre de primovacunación y las dosis posteriores reciben el nombre de dosis de refuerzo. Para conseguir una inmunidad duradera en el tiempo es necesario completar adecuadamente tanto la pauta de primovacunación como la de refuerzo.

¿Qué ventajas proporcionan las vacunas?

Muchas. Disminuyen la mortalidad y las secuelas por infecciones, disminuyen la probabilidad de caer enfermo por esas infecciones y es un sistema menos traumático para nuestro organismo de producción de defensas naturales, que el exponerse a la enfermedad. No se crean anticuerpos artificiales, sino que estimulan precisamente las defensas que nosotros poseemos, es decir, se les ayuda y potencia.

¿Son seguras las vacunas?

Existen generaciones que no conocen las enfermedades prevenibles por vacunas y sólo perciben sus efectos adversos. Los controles que deben pasar las vacunas previamente y tras ser comercializadas, son muy minuciosos. Deben acreditar en ensayos clínicos su eficacia y en especial su seguridad. Se ha demostrado que cuando un colectivo deja de vacunar por una falsa convicción, se suelen producir desastres sanitarios importantes. Por ejemplo, pensando que la vacuna de tos ferina producía trastornos neurológicos severos, se dejó de vacunar en muchos países y aumentó espectacularmente la incidencia y mortalidad de esta enfermedad.

Las reacciones adversas secundarias a las vacunas son mucho menos frecuentes (100-1000 veces menos) que las provocadas por la enfermedad natural. En su gran mayoría son leves, bien toleradas y aceptables, pero en raras ocasiones pueden producirse efectos de mayor gravedad. Algunas de las reacciones adversas de las vacunas son tan raras que solo se aprecian después de una amplia utilización posterior a su aprobación.

La seguridad de las vacunas se evalúa con gran rigor científico y las decisiones para administrarlas en la población se basan en un conocimiento preciso del beneficio/riesgo de cada vacuna. Se garantiza que los beneficios para los individuos y para la comunidad, son claramente superiores a los riesgos y también se considera la carga sociosanitaria, la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad que se pretende prevenir. Sin embargo, ninguna vacuna es totalmente segura ni totalmente efectiva.

¿Es necesario vacunar frente a enfermedades que han desaparecido de nuestro país?

La desaparición de determinadas enfermedades se ha conseguido en algunos países gracias a tasas elevadas de vacunación. Cuando un grupo de personas deja de vacunarse frente a una enfermedad comienza a formarse una "bolsa de población susceptible" que padecerá la enfermedad en el momento en que haya un contagio. Las bolsas de susceptibles contribuyen a propagar una epidemia y afectarán no solo a las personas que no se hayan vacunado sino también a lactantes pequeños que por edad no hayan podido ser aún inmunizados. Por lo tanto es necesario seguir vacunándose incluso frente a aquellas enfermedades que momentáneamente no son prevalentes en

un país. Las vacunas no solo protegen al individuo que las recibe sino también a la familia y a la comunidad, gracias a la inmunidad de grupo que generan si la vacunación es universal.

Resumen

- . Vacunar es una excelente manera de proteger a los niños de enfermedades evitables.
- . Las inmunoglobulinas G maternas a través de la leche de su madre, no están presentes en cantidades lo suficientemente altas como para "vacunar" al bebé.
- . La inmunidad que reciben los bebés amamantados son principalmente Igs A que se concentran en fluidos corporales como lágrimas, saliva y secreciones de los tractos respiratorio y gastrointestinal y tienen una función protectora importante. Los niños amamantados sufren menos infecciones porque la leche materna está llena de defensas, los anticuerpos que fabrica la mujer de las enfermedades que ha padecido, pero esta inmunidad natural que transfiere la mamá al bebé no permanece en el tiempo. La leche materna protege en especial de infecciones respiratorias y gastrointestinales que son, en un 90%, las que más afectan a los bebés en su primer año de vida.
- . La lactancia protege a los bebés de la fiebre después de la vacunación
- . Siempre que sea posible debe realizarse una buena planificación del embarazo con la revisión del calendario vacunal desde las consultas de Atención Primaria y de Ginecología en la mujer fértil, así como información durante el embarazo sobre lactancia y de pautas a seguir en el post-parto
- . La vacunación en el viajero internacional siempre se ha de considerar de forma individual

Bibliografía

- Alexander A. Navarini, Malgorzata Krzyzowska², Karl S. Lang^{1,3}, Edit Horvath¹, Hans Hengartner¹, Marek G. Niemialtowski² and Rolf M. Zinkernagel¹. Long-lasting immunity by early infection of maternal antibody-protected infants
- Calendario recomendado por la Asociación Española de Pediatría 2011.
- Calendario recomendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo
- General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). January 28, 2011 ☺
- González C 'En defensa de las vacunas' (Temas de Hoy) 2011
- Kuhn S, Twele-Montecinos L, MacDonald J, Webster P, Law B. Case report: probable transmission of vaccine strain of yellow fever virus to an infant via breast milk. Can. Med. Assoc. J., Mar 2011; 183: E243 - E245 ; doi:10.1503/cmaj.100619. Correspondence to: Dr. Susan Kuhn, susan.kuhn@albertahealthservices.ca
- Las vacunas y la lactancia materna. 2009. Red de la lactancia materna Reino Unido.
- Maternal antibodies, childhood infections, and autoimmune diseases (NEJM 2001) N Engl J Med, vol. 345, no. 18 November 1, 2001. Rolf M. Zinkernagel, M.D
- Nelson Textbook de Pediatría, 16^a ed empresa, p. 595
- Pisacane A, Continisio P, Palma O, Cataldo S, De Michele F, Vairo U. Breastfeeding and risk for fever after immunization. Pediatrics 2010 Jun;125(6):e1448-52.
- Silfverdal SA, L Ekholm, Bodin L. La lactancia materna mejora la respuesta de anticuerpos a Hib y neumococo serotipo 6B y 14 después de la vacunación con vacunas conjugadas. Vacuna 2007 09 de febrero; 25 (8) :1497-502. Epub 2006 Oct 30. Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Orebro, Orebro, Suecia. Sven-arne.silfverdal@orebroll.se
- Zoric-M, Fulconis M, Minoli I, et al. Hahn Antibody Responses to Parenteral and Oral Vaccines Are Impaired by Conventional and Low Protein Formulas as Compared to Breast-feeding (Respuestas de anticuerpos a las vacunas orales y parenterales se ven afectados por las fórmulas convencionales de proteínas y baja en comparación con la lactancia materna)

Webs de interés

<http://www.e-lactancia.org>

<http://www.vacunasaep.org/profesionales/calendarioaep.html>. Calendarios españoles de vacunación. Comité Asesor de Vacunas de la AEP

http://www.vacunasaep.org/padres_publico/vacunasunauna.html. Cada una de las vacunas. Comité Asesor de Vacunas de la AEP

<http://www.fisterra.com/vacunas>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20478932>

<http://www.kellymom.com/health/meds/vaccine-protection.html>

<http://www.breastfeedingnetwork.org.uk>

<http://www.vacunas.org>

Página Web de la Asociación Española de Vacunología. Equipo multidisciplinario de pediatras, preventivistas, médicos de atención primaria, epidemiólogos, farmacéuticos, etc especialistas en vacunaciones

EL frenillo lingual es una membrana que sujeta la lengua por la línea media de la parte inferior que impide mamar o hablar con soltura¹. Esta definición de la Real Academia de la Lengua Española no parece ser esté aceptada por todos los pediatras.

“tener la lengua con un menor movimiento no suele ser causa de problemas para el habla y menos para una alimentación (succión) correcta. Por este motivo, únicamente en los raros casos antes citados de frenillo verdadero, se podrá pensar en cortar el frenillo. Esta intervención no deberá realizarse nunca antes del año de edad (mejor entre los 2-3 años de edad), pues puede tener problemas de hemorragia, infección o que deje un tejido cicatricial residual”².

La eliminación del frenillo realizada sistemáticamente en los recién Nacidos por la misma matrona, en la misma sala de partos, a principios del siglo pasado dejó de realizarse a lo largo del siglo y posiblemente más acentuada desde los años 50. Son muchas las experiencias familiares de abuelas que comentan el aspecto y referencias de compañeras que refieren que en los años 70 siendo auxiliares de clínica ellas cortaban el frenillo lingual a los recién nacidos (Hospital Mutua de Terrassa, comunicación personal). Posiblemente la difusión de la alimentación con biberón origino la perdida de esa acción sanitaria habitual en la población. Dando de comer con el biberón no dolía el pecho a la madre y se forzaba a comer aunque el niño no pudiera mamar.

El aumento de interés mundial por la lactancia materna (LM) ha llevado a una búsqueda de solución a las dificultades que esta planteaba y se ha identificado el frenillo lingual responsable de una cuarta parte de los problemas de la lactancia en las madres³.

En el año 2000 se empezó a hablar en los foros de promoción de LM del problema del frenillo. En el año 2002 en una publicación se menciona la mejoría de la sensación dolorosa de la madre cuando se realizaba la frenectomía del bebe⁴.

Hazelbaker trabajó el estudio del frenillo y en el año 1993 dio unas claras instrucciones de evaluación del frenillo y decisión de realización de

frenectomía. Ella propuso aspectos morfológicos y funcionales con los que se determinaba la presencia de anquiloglosia⁵.

El Sistema Nacional de Salud Inglés NHS⁶ proponía a los padres la posible necesidad de realizar frenectomía en algunos bebés en los que la LM no funcionaba. Previamente había sido analizado por el “National institute for clinical Excellence”⁷.

Estudios posteriores con ecografía submaxilar muestran la mejora de la succión y la eficacia de los movimientos tras la frenectomía⁸.

Entre los estudios de prevalencia del Frenillo Lingual en la población se han encontrado cifras muy variadas. Usando la metodología de Hazelbaker, Lori encontró una prevalencia del 4,1%⁹. En otros estudios de distintas edades se ha visto unas cifras similares entre el 3 y el 5%. Se han encontrado cifras de hasta el 10% de la población¹⁰. El diagnóstico de frenillo no realizó en ningún momento la calcificación de los distintos tipos de frenillo.

Katy Watson propone cuatro tipos de FL¹¹. Watson usando ecografías propone una clasificación en la que el cuarto tipo se encuentra con cierta frecuencia dificultando la succión correcta del recién nacido.

La presencia de Frenillo Lingual tipo IV no estaba contemplada en los estudios de Hazelbaker estas valoraciones. Posiblemente la falta de homogenización de los criterios de determinación de la presencia de frenillo y la subjetividad en algunos casos en la evaluación así como las diferentes clasificaciones de frenillo lingual han dado esta variabilidad. Hay diferencias importantes entre la valoración de los Consultores de Lactancia materna, los pediatras y los otorrinolaringólogos sobre la necesidad de frenectomía¹². Tras comunicar con Watson sobre la dificultad de evaluar como frenillo con los aspectos morfológicos de Hazelbaker comento que estan buscando una manera de hacerlo pero que por el momento no habían encontrado ninguna forma.

En España los estudios de prevalencia de Frenillo Lingual en la población se han realizado en niños de 2 a 14 años y no hay datos registrados en los recién

nacidos. Posiblemente en los niños mayores solo se ha estudiado el Frenillo Lingual cuando este produce alteraciones en el habla (dislalias) o en la dentición (mal oclusión o alteración dental).

Muchos de los Frenillos Linguales que dieron problemas en el recién nacido han podido modificarse mediante ejercicios no siendo un problema en este momento reconocido pero si produciendo algún tipo de dificultades: Movilidad de la lengua, no lamer helados, besos difíciles, cansancio al hablar, incapacidad de tragar capsulas, dificultad de pronunciar algunas palabras¹³.

La participación del frenillo lingual en el síndrome del respirador bucal tiene su importancia mecánica y que va a necesitar tratamiento corrector además de la ampliación del diámetro del paladar ojival.

Se han atribuido al frenillo lingual la causalidad de las dificultades en la lactancia. Palmer dentista americano refiere uno de cada cuatro problemas serian debido a la presencia de frenillo lingual. Posteriormente otros estudios de clínicas de lactancia refieren gran mejoría en la succión y la lactancia¹⁴.

Mi propia experiencia en madres con niños a los que realizamos escisión de frenillo lingual refiere una gran mejoría en la succión, acortamiento de la tomas y la pérdida de sensación de dolor al amamantar.

El cambio en la cultura medica sobre el frenillo lingual precisa de mejor conocimiento de la situación con estudios epidemiológicos de incidencia tanto en recién nacidos como en la población general.

La intervención quirúrgica del FL se realiza mediante el uso de una sonda acanalada y tijera. La técnica usada es muy simple y el uso de técnicas quirúrgicas más complicadas no se ha visto de mayor eficacia. Se utiliza anestesia local en la boca usada habitualmente por los dentistas y ortodoncistas. Aunque se había dicho que la región no es dolorosa es mejor el uso de anestesia¹⁵.

Una vez identificados los frenillos en la revisión el recién nacido la intervención no precisa de más demora. Debería poder realizarse en los casos en los que sea necesario lo mas pronto posible, en el hospital del nacimiento o en la

primera visita pediátrica. Identificar la topología del frenillo y las características de las intervenciones es una de las acciones necesarias. Es necesario tener un método de selección con imágenes adecuadas¹⁶.

¹ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima edición.1984.

² <http://www.aepap.org/familia/frenillo.htm#inicio>

³ http://www.brianpalmerdds.com/bfeed_frenulums.htm

⁴ Ballard JL, Auer ChE, Khoury JC Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. *Pediatrics* 2002;110;

⁵ Hazelbaker AK. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice [thesis]. Pasadena (CA): Pacific Oaks College; 1993

⁶ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11180/31411/31411.pdf>

⁷ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11180/31409/31409.pdf>

⁸ <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/1/e188>

⁹ Lori A. Ricke, MD, Nancy J. Baker, MD, Diane J. Madlon-Kay, MD, MS, and Terese A. DeFor Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-Feeding. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:1–7

¹⁰ Irene Queiroz Marchesan. Lingual frenulum: classification and speech interference Orofacial Myology. 2004 Nov ;30:31-8

¹¹ **Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants** by Catherine Watson Genna.

¹² Ankyloglossia: controversies in management. Messner AH, Lalakea ML. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000 Aug 31;54(2-3):123-31.

¹³ Lalakea, M. Lauren, Messner, Anna H. (2003a). Ankyloglossia: The adolescent and adult perspective. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery.* 128 (5), 746-752.

¹⁴ Khoo AK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. **Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems.** *Eur J Pediatr Surg.* 2009 Dec;19(6):370-3

¹⁵ Editorial Comment: Tongue-tie. Mc Bride C. J. *Paediatr. Child Health*(2005) 41,242

¹⁶ www.gavasalutfamiliar.org Metodología de estudio de frenillo lingual.

Seminario S4

Manejo práctico de los problemas del pecho durante la lactancia.

Paula Lalaguna Mallada.

Pediatra. Hospital de Barbastro

Resumen:

Durante la lactancia, la madre puede sufrir diversos problemas en los pechos que con frecuencia son motivo de **destete** precoz por el intenso dolor y malestar que producen. En muchas ocasiones es la falta de apoyo adecuado y los consejos erróneos por parte de los profesionales lo que condiciona el abandono de la lactancia.

La mayoría de estos problemas pueden ser **prevenidos o aliviados** con unas prácticas y un manejo adecuados de la lactancia. En general se deben a una **mala técnica** y por lo tanto las mejores herramientas para su manejo son nuestros conocimientos y habilidades de consejería.

Con fines didácticos se pueden diferenciar los problemas precoces¹ que suelen aparecer en los primeros días postparto: pezón doloroso, grietas e ingurgitación y los problemas tardíos² que incluirían aquellas patologías que habitualmente tienen lugar en los primeros meses de lactancia: obstrucción de un conducto lácteo, mastitis, absceso mamario, Síndrome de Raynaud del pezón o eczemas.

PROBLEMAS PRECOCES

1.- PEZÓN DOLORIDO

La lactancia no debe doler, aunque durante los primeros días después del parto puede ser normal que duelan los pezones un poco, sobretodo al principio de la toma. Si el dolor persiste, es indicativo de que existe algún problema. Lo más frecuente es que el bebé esté mal colocado y que al corregir la postura la sensación de dolor desaparezca. Será necesario descartar otras causas como grietas, problemas dermatológicos, síndrome de Raynaud, infección bacteriana o micótica, lavados frecuentes o cremas irritantes.

- Manejo de los pezones doloridos

La mayoría de las causas son evitables con una correcta formación prenatal y se pueden prevenir con unas buenas prácticas³: inicio precoz de la lactancia, tomas a demanda, favorecer el agarre espontáneo o autoenganche, evitar uso de tetinas o chupetes...

Será necesario buscar la causa con la anamnesis a la madre y la exploración del bebé. Evaluar la toma y corregir la postura si es necesario.

Algunos consejos pueden ser útiles para evitar molestias:

- Aplicar calostro o leche materna en lugar de cremas.
- Mantener el pecho seco y al aire siempre que sea posible
- Mantenerlo al aire siempre que sea posible.
- No permitir retiradas incorrectas ni que el bebé succione mal enganchado.
- Cambiar la posición de amamantamiento y de esta forma evitar que aparezcan complicaciones.

2.- GRIETAS

Las grietas son, junto con la sensación de insuficiente producción de leche, una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia por el dolor que producen. Suelen aparecer en los primeros días tras el parto en uno o ambos pechos. Típicamente, el dolor es máximo al inicio de la toma, y poco a poco disminuye, desaparece cuando el niño suelta el pecho. Otro signo típico es que el bebé presente vómitos hemáticos por la sangre deglutida.

La principal causa de las grietas es la mala posición del bebé al pecho. Otros factores pueden ser el lavado frecuente o uso de cremas, las técnicas restrictivas de lactancia, el uso de chupete o tetinas por síndrome de confusión, la anquilosia o frenillo sublingual o incluso pueden aparecer en mujeres que utilizan una técnica correcta.

Tanto la prevención como el tratamiento consisten en asegurar una posición correcta del bebé al pecho. Para ello es necesario favorecer el comienzo temprano, el contacto precoz piel con piel, un agarre correcto y vaciado frecuente. Lo más importante es la información y el apoyo adecuados.

- Manejo de las grietas:

La medida más eficaz es observar la toma y asegurar una postura correcta, si procede, será necesario corregir la posición utilizando habilidades de consejería, sugiriendo y reforzando a la madre en todo momento. Si la postura es correcta, la madre nota alivio, si el dolor persiste, es que

no está bien colocado, en ese caso se recomienda introducir el dedo y volver a intentar colocar al bebé.

Algunos trucos pueden ayudar a aliviar el dolor como estimular el pezón para favorecer la salida de la leche antes de que el niño se agarre o empezar por el pecho menos dolorido que es cuando el niño está más vigoroso

No hay consenso en cuanto al uso de otras medidas terapéuticas, puede ayudar a cicatrizar la aplicación de unas gotas de la propia leche tras las tomas, el uso de cremas con base de lanolina, caléndula, parches de hidrogel, todos ellos de dudosa eficacia³⁻⁷.

En caso de sobreinfección aparecen otros síntomas como irritación, úlceras y exudados o costras en el pezón. El germen más frecuentemente implicado es el *Estafilococo aureus*. Tras la toma de muestras para cultivo se puede pautar mupirocina tópica, antifúngicos o ambos si se sospecha una infección mixta.

3.- INGURGITACIÓN MAMARIA

La ingurgitación se produce cuando hay un desbalance entre la producción de leche y el vaciado del pecho, esto condiciona un aumento de tamaño del mismo que se encuentra indurado y dolorido.

Es más frecuente en el primer hijo, en los primeros días cuando se amamanta con horarios rígidos y pocas tomas o cuando se ofrecen suplementos de sucedáneos de leche materna. Raramente puede ocurrir también en épocas más avanzadas de la lactancia, cuando la madre y el lactante tienen que estar separados o hay una enfermedad del niño que condiciona un menor vaciado.

- **Manejo de la ingurgitación:**

Lo más importante es prevenirla favoreciendo el inicio precoz de la lactancia, la posición adecuada y las tomas sin restricciones. Cuando el bebé se agarra bien y mama a demanda, es muy raro que se produzca una ingurgitación.

Para solucionarla hay que vaciar los pechos⁸. Lo ideal es que lo haga el niño mamando libremente, si no es posible que lo haga el bebé, habrá que extraer la leche manualmente o con sacaleches. A veces, es necesario vaciarlos un poco para ablandarlos antes de poner al niño a mamar porque están a tensión y el bebé no puede hacer un buen agarre. Para favorecer la salida de la leche hay que masajear los pechos y aplicar calor o un baño de agua tibia. Entre tomas es aconsejable aplicar frío y si es necesario analgesia.

La presión inversa suavizante (PIS) es una técnica muy sencilla que puede ayudar a manejar la ingurgitación (Wilson- Clay,B and Hoover,K 2002). Consiste en realizar una estimulación de los nervios subareolares haciendo una presión constante a los lados de la areola. Esto dispara el reflejo de eyección de leche, impulsándola hacia la parte delantera del pecho. El exceso de fluido intersticial se mueve de forma temporal hacia la dirección natural de drenaje linfático. Un ligero desplazamiento de la leche hacia conductos más internos alivia la sobredistensión de los conductos subareolares, reduciendo así la incomodidad a la hora del agarre y facilitando la transferencia de leche. Tras la aplicación del PIS es más sencilla la extracción de la leche y los pechos están más blandos.

PROBLEMAS TARDÍOS

1.- OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTO GALACTÓFORO

Es la consecuencia de una ingurgitación focal por el drenaje ineficaz de un lóbulo mamario. Se manifiesta por la presencia de un bulto doloroso y enrojecido en el pecho, generalmente sin signos generales, en ocasiones se expulsa un fragmento que alivia (compuesto de caseína, sales cálcicas) y a veces se puede visualizar una ampolla blanca en el pezón que es muy dolorosa.

La obstrucción del conducto puede ocasionar un galactocele o quiste de leche que se confirma por Eco y puede ser drenado por punción o quirúrgicamente.

- Manejo de la obstrucción del conducto galactóforo:

Requiere el vaciado eficaz del lóbulo mamario aumentando la frecuencia de las tomas, aplicando calor local y favoreciendo la postura en la que la barbilla del bebé esté colocada hacia la zona afectada (la zona del pecho que mejor se vacía es la que queda en contacto con la lengua). Si el bebé no vacía bien el pecho hay que terminar de extraer la leche con un sacaleches. Puede ayudar el masaje de la zona afectada en dirección al pezón.

2.- MASTITIS

La mastitis es la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección. Puede ser uni o bilateral. Es una de las principales causas de abandono de la lactancia⁹.

La mastitis no infecciosa se presenta como consecuencia de una retención de leche. Eso induce una respuesta inflamatoria que si no se soluciona evoluciona a una mastitis infecciosa (la retención de leche favorece el crecimiento bacteriano). Por lo tanto, todas las situaciones que producen éxtasis de leche son factores predisponentes para la mastitis: la ingurgitación o la obstrucción del conducto galactóforo, las grietas, las técnicas de lactancia restrictivas. ..

Los gérmenes causantes de las mastitis infecciosas son los estafilococos y estreptococos. En la mama se encuentra flora bacteriana de forma fisiológica (estafilococos, estreptococos y bacterias lácticas). Cuando se produce una mastitis, lo que ocurre es que hay una disbiosis bacteriana con aumento del germen causal y desaparición del resto de bacterias¹⁰. Los agentes causantes obstruyen los conductos galactóforos dificultando el flujo y precipitando el proceso inflamatorio. En muestras de leche de mujeres sanas se pueden encontrar: **Staphylococo epidermidis** (está en todas las mujeres, pero en concentración menor de 600-800 bact/ml), **Staphylococo aureus** (en el 20% de las mujeres asintomáticas, concentración < 300-400 bact/ml), **Streptococo**, muy distribuido, concentración < 500/ml. Si en muestras de leche de mujeres con síntomas se aísla cualquiera de estos gérmenes en cifras por encima de estos valores deben ser consideradas patológicas y pensar que se trata del agente causal.

En cuanto a la clínica se puede diferenciar la mastitis clásica con sintomatología florida, dolor intenso, signos externos inflamatorios y signos generales como fiebre y malestar. En estos casos el agente causal más común es el S. aureus y es frecuente la asociación con grietas como puerta de entrada de la infección.

Puede haber cuadros de mastitis más larvados, subclínicos y con frecuencia infradiagnosticados, cuyo único síntoma es el dolor al amamantar (pinchazos como agujas). Tradicionalmente esta sintomatología se atribuía a infecciones por candidas, pero el diagnóstico se hacía exclusivamente en

base a la inspección visual y a la clínica de dolor. Al realizar una revisión bibliográfica sobre las mastitis atribuidas a candidas, lo que se encuentra es una falta de evidencias para llegar al diagnóstico. La glándula mamaria no es un ecosistema adecuado para el crecimiento de las candidas, pero si para Estafilococos y Estreptococos. Además no hay mastitis por candida en otras especies de mamíferos. Todos estos razonamientos lleven a concluir que el papel etiológico de la candida en las mastitis es más bien anecdótico y que la infección por Estafilococos y Estreptococos es la responsable de la mayoría de los cuadros infecciosos de la mama que cursan con dolor de pezones y/o mamas¹⁰.

Para hacer un diagnóstico y tratamiento correctos es por tanto recomendable recoger siempre una muestra de leche para hacer recuento de leucocitos, cultivo y antibiograma. La muestra se debe recoger por extracción manual en envase estéril y procesarla en la primera hora o conservarla en frío.

- Manejo de las mastitis:

Como principios generales hay que tener en cuenta que el tratamiento debe ser precoz para evitar complicaciones y que NUNCA hay que suspender la lactancia, aunque la madre tenga que tomar tratamiento antibiótico (habrá que buscar fármacos compatibles con la lactancia). Por otro lado, la madre necesitará más apoyo y refuerzo para superar la situación.

La leche del pecho enfermo es ligeramente más salada y el niño puede rechazarla, si es así, habrá que favorecer el vaciado manual o con sacaleches. La aplicación de masaje y calor antes de las tomas y frío entre tomas puede ayudar. Además es necesario pautar analgesia o antiinflamatorios para mejorar la sintomatología y que la madre se sienta más confortable.

Ante un amamantamiento doloroso, aunque no haya signos externos inflamatorios debemos recoger una muestra de leche para cultivo y antibiograma si es posible. Si es necesario iniciar tratamiento antibiótico por mala evolución, hay que tener en cuenta que la mayoría de Estafilococos son resistentes a betalactámicos, que por otro lado son los fármacos utilizados habitualmente. La opción más razonable y adecuada sería iniciar el tratamiento empírico con Ciprofloxacino o Trimetoprim/Sulfametoxazol hasta conocer la sensibilidad del germen¹¹. En algunos casos puede ser necesario tratamiento con Vancomicina intravenosa.

En los casos de mastitis larvadas en las que el único síntoma es el dolor punzante durante el amamantamiento y en las que se aísla *S. epidermidis* está adquiriendo cada vez más importancia la bacterioterapia como terapia alternativa. Hace uso de **bacterias probióticas** para **prevenir y tratar la colonización** del huésped por **bacterias patógenas**. **“Principio de exclusión competitiva”**, bacterias no patógenas se imponen sobre las patógenas cuando compiten por el mismo nicho ecológico. Estas bacterias probióticas se obtienen de leche materna de mujeres sanas. En mujeres con mastitis leves por estafilococos a las que se les administra lactobacillus por vía oral se observa mejoría de la sintomatología y disminución del recuento de bacterias patógenas en los cultivos¹¹. Actualmente hay varias cepas en estudio (*L. Fermentum*, *L. Salivarum*, *L. Gasseri*, *L. Reuteri*) y se conoce que existe una ruta enteromamaria en la que intervienen células dendríticas que son las que facilitan que los lactobacillus ingeridos por vía oral puedan llegar a colonizar la glándula mamaria.

3.- ABSCESO MAMARIO

Se presenta en el 5-11% de las mujeres con mastitis por tratamiento inadecuado o tardío. Los síntomas son similares a los de la mastitis, con dolor más intenso y se palpa masa fluctuante en una zona del pecho. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con el galactocele, un fibroadenoma y el cáncer de mama.

- **Manejo del absceso mamario:**

La aspiración del contenido del absceso por punción-aspiración eco-guiada es diagnóstica y en ocasiones curativa. Si no es así, será necesaria la incisión y drenaje quirúrgico BAJO ANESTESIA LOCAL y el tratamiento analgésico y anti-inflamatorio.

Hay que intentar no separar a la madre y el niño, y facilitar el vaciado el pecho para favorecer la curación y evitar recidivas. No hay riesgo para el bebé incluso en presencia de estafilococos.

Conclusiones:

Los problemas de pecho durante la lactancia pueden ser prevenidos con unas buenas prácticas: no retrasar el inicio de la lactancia, favorecer el contacto precoz piel con piel y el autoenganche, asegurar la posición correcta al pecho y practicar lactancia a demanda sin restricciones.

La causa más frecuente de problemas es el agarre incorrecto al pecho. Cuando el bebé está mal enganchado, la mandíbula y la lengua no pueden exprimir la leche de una forma correcta y pueden lesionar el pezón y la mama.

Ante cualquier problema la primera medida será hacer una anamnesis y evaluar la toma y la técnica de lactancia.

Para poder ayudar a solucionar los problemas del pecho son necesarias sobretodo habilidades de consejería.

El apoyo por parte de los profesionales y sus conocimientos son las armas terapéuticas más importantes en el manejo de las afecciones del pecho.

Bibliografía

- 1- Comité de LM de la AEP. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2008; p194-197.
- 2- Comité de LM de la AEP. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2008; p251-257.
- 3- Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005 Jul-Aug;34(4):428-37.
- 4- Dodd V, Chalmers C. Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003 Jul-Aug;32(4):486-94.
- 5- Melli MS, Rashidi MR, Nokhoodchi A, Tagavi S, Farzadi L, Sadaghat K, Tahmasebi Z, Sheshvan MK. A randomized trial of peppermint gel, lanolin ointment, and placebo gel to prevent nipple crack in primiparous breastfeeding women. Med Sci Monit. 2007 Sep;13(9):CR406-411.
- 6- Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaeily H. The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. Saudi Med J. 2005 Aug;26(8):1231-4.
- 7- Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breast-feeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Nov;152(11):1077-82.
- 8- Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47: 676-82.
- 9- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Mastitis. Causas y manejo. Ginebra; 2000.
- 10- Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez J.M. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp. 2009; 67(2): 77-84.
- 11- Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez J.M. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). Acta Pediatr Esp. 2009; 67(3): 77-84.

TALLER DE EXTRACCION DE LECHE MATERNA

Las circunstancias en las que una madre puede requerir extracción de leche materna son variadas. Cada una de ellas tiene sus peculiaridades, y aunque casi todas requieren cierta pericia, el grado de dedicación requerido en la madre puede ser variable, y veces, intenso.

La necesidad de extraerse leche puede constituir un evento ocasional, a veces más reiterado, o muy frecuente, requiriendo una dedicación máxima de la madre. La técnica más recomendable en cada caso, dependerá de características y necesidades de la madre, del hijo, de la relación de la madre con su hijo, del contexto en el que se realice la extracción, y de la frecuencia con que esta sea necesaria.

Situaciones en las que puede resultar útil la extracción de leche materna

- Necesidad de la madre:
 - Prevenir o tratar una ingurgitación
 - Mastitis
 - Dolor de pezón o pecho
- Extracción de una muestra de leche para su análisis
- Separación temporal de madre-hijo (horas/días)
 - Trabajo
 - Viajes
 - Eventos sociales
 - Otros
- Enfermedades o fármacos que requieren cese temporal de la lactancia materna (días/semanas).

La extracción tiene la finalidad de mantener la producción de leche, hasta que sea posible de nuevo el amamantamiento.

- Inducción de lactancia materna. Cuando no ha sido posible iniciar el amamantamiento, pero se espera poder hacerlo en un plazo de tiempo, y mientras tanto se inicia y mantiene la producción, y en buena parte de los casos, la leche extraída se puede administrar al niño, o se prevé que se podrá administrar en un plazo de tiempo.
- Lactancia Materna diferida. Cuando no es posible amamantar directamente al niño, generalmente por dificultad de él, pero se le puede alimentar con la leche materna cruda (por ejemplo, anomalías maxilofaciales) o tratada (por ejemplo, pasteurizada en la infección VIH). Puede ser temporal (por ejemplo hasta cirugía correctiva de una anomalía maxilofacial) o permanente mientras dure la lactancia.
- Para donación a Banco de Leche
- Lactancia en madres adoptivas
- Aumentar suministro de leche

Fundamentos de la extracción de leche materna

El modo óptimo y más eficaz de extraer leche de la mama, es el amamantamiento realizado por un niño sano. La fisiología de la lactancia, con la participación de las hormonas más importantes (oxitocina, prolactina y FIL), así como el mecanismo que emplea el niño para extraer leche, mediante un movimiento de ordeñamiento con la lengua es bien conocido.

El niño, al aplicar su boca al pecho materno, estimula la oxitocina, responsable de la contracción de células mioepiteliales que rodean a los acinos, y es responsable así de la eyección de la leche, que se ve impulsada desde los acinos a los ductos y al exterior. De ahí mediante un mecanismo peristáltico de la lengua se produce un ordeñamiento que hace que la leche salga al exterior.

Ninguno de los métodos de extracción alternativos logra reproducir este mecanismo. Sin embargo conocer la fisiología, puede ayudar a conseguir una extracción más eficaz:

- Estimular la oxitocina previamente a la extracción o durante la misma, facilita la eyección de la leche hacia los conductos, con aumento de la presión intraductal, haciendo más fácil extraer la leche al exterior, bien aprovechando el gradiente de presión que crea una bomba de vacío (sacaleches), bien mediante ordeño manual (extracción manual).
- Retirar el FIL de la mama, permite disminuir el nivel de FIL en acinos, lo que aumenta la velocidad de producción de la leche. La extracción frecuente es importante para mantener la adecuada producción de leche
- La presión negativa intraoral durante el amamantamiento suele estar en torno a -60-170 mmHg. Los movimientos de succión-ordeñamiento que hace el niño, suelen hacerse con una frecuencia de 72-120 ciclos por minuto, al inicio de la toma, y de 60 ciclos por minuto después, cuando la leche fluye. Los extractores mecánicos suelen operar con vacíos variables, entre 0 y -250 mmHg, y frecuencias también variables, algunas tratando de imitar los ritmos naturales, aunque como veremos más adelante, ello no suele proporcionar gran ventaja en cuanto a eficacia de la extracción.

La cantidad de leche que se extrae puede depender del método de extracción y la habilidad adquirida, de la frecuencia de extracción, del momento de inicio de la extracción tras el parto, del estado de relajación de la madre y otros factores psicológicos, del tiempo transcurrido desde la toma o extracción anterior, la hora del día...

Extracción Manual

La extracción manual de leche, puede ser utilizada en toda circunstancia. Para algunas mujeres es la forma más fácil de extraerse leche. Puede usarse sola, o en combinación con extracción con bomba, de forma secuencial, lo que añade eficacia a la extracción.

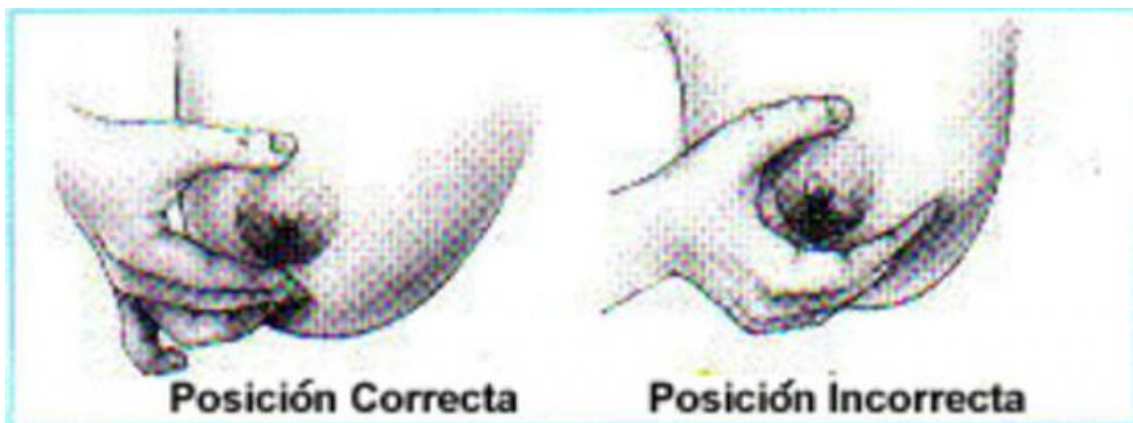
Es útil para extraer calostro y recogerlo en un recipiente pequeño (un tubo de pocos mililitros), ya que al producirse en cantidades pequeñas puede quedar disperso en las diversas partes del sacaleches.

Tiene la ventaja de que no hace falta ningún dispositivo artificial, salvo un recipiente de recogida en el caso de que se quiera recoger.

Requiere cierto entrenamiento. El método fue descrito por Chele Marmet, consultora certificada de lactancia. Es importante seguir la técnica, puesto que otros modos de exprimir el pecho pueden lesionar los tejidos, produciendo hematomas o inflamación de ductos que puede facilitar la aparición de obstrucciones.

Método:

1. Estimular el pecho, para facilitar la eyección. Puede hacerse mediante un suave masaje con los dedos (que presionan en círculos, pero sin deslizarse por la piel) usando un peine o cepillo suave, apretando suavemente los pezones, o una combinación de todo ello. En la descripción inicial del método se acaba la estimulación sacudiendo los pechos hacia abajo.
2. Se colocan dos dedos, el pulgar y otro, a ambos lados del pezón, a unos 2,5 cm aprox. de modo que el pezón y los dos dedos queden en la misma línea recta. Si los pechos son grandes, primero se levantan y después se presionan en dirección a la pared torácica.



3. Se empujan los dedos hacia atrás (hacia las costillas), se comprime la mama entre ambos dedos, y se suelta, sin cambiar la posición de los dedos, para volver a repetir la secuencia: empujar-comprimir-soltar. Hay que evitar estirar la piel al empujar los dedos hacia atrás, estos deben avanzar paralelos, en dirección a las costillas, para luego acercarse uno al otro, comprimiendo de este modo la mama.



- Se repite esta secuencia, cambiando de vez en cuando la posición de los dedos radialmente para ir drenando todos los cuadrantes de la mama.



- La extracción se hace hasta que deja de salir leche, y entonces se cambia al otro pecho. Puede hacerse orientativamente 5-7 min de cada pecho, variando más o menos según el flujo de leche. Puede ser necesario repetir la estimulación varias veces a lo largo de la extracción. Se busca emular el ritmo de succión que hace el bebé.

6. Al principio puede no salir nada; se puede alternar de una mama a otra. Más adelante, quizás después de unos minutos, la leche fluye con más facilidad. Cuanta más práctica se tiene, más fácil es sacar la leche, y más leche se obtiene.

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>

Extracción con bomba

La extracción de la leche con bomba, se hace gracias al gradiente de presión entre los ductos de leche, y la presión negativa que crea la bomba.

La estimulación previa del pecho, mediante el mismo método descrito para la extracción manual, que desencadena el reflejo de oxitocina, facilita la obtención de leche.

Hay muchos tipos de bombas. Desde las pequeñas, que pueden ser accionadas manualmente (de émbolo, de palanca) o mediante un pequeño motor alimentado por pilas o de la red eléctrica. Hasta las grandes, de grado hospitalario, algunas de las cuales permite la extracción simultánea de ambos pechos. Hay además unas bombas intermedias, capaces de proporcionar el mismo vacío y frecuencia que las grandes de grado hospitalario, con un menor tamaño y coste.

Se han estudiado diversos patrones de extracción, con distintas frecuencias y niveles de vacío, buscando la máxima eficacia. Generalmente estas bombas proporcionan vacíos entre 0 y -275 mmHg, y frecuencias de entre 20 y 125 ciclos por minuto. Algunas bombas ofrecen patrones preestablecidos, y otras permiten que sea la madre la que elija el nivel de vacío y la frecuencia del ciclo de succión.

Hay estudios que tratan de buscar qué patrón de frecuencia y vacío resulta más eficaz. Muchos de ellos, financiados por empresas que comercializan bombas extractoras, se han hecho con mujeres de niños sanos amamantados. Además se busca provocar el reflejo de eyección con la propia bomba, sin realizar una estimulación manual previa del pecho. Se ha visto que durante un periodo de extracción ocurren varios reflejos de eyección, no todos percibidos por la madre. El tiempo que tarda en producirse la eyección es más largo con bomba (más de 120 segundos, para cualquiera de los patrones) que cuando un niño mama (56 segundos). También se ha diseñado un patrón en tres fases (inicial más rápida, a 120 c/min y a menor presión, seguida de una más lenta, 20 c/min, y otra intermedia y con más presión, a 55-78 c/min) que trata de imitar el ritmo de los niños. Este patrón provoca una eyección algo más anticipada (84 segundos), sin diferencias en el número de eyecciones conseguido, la velocidad de extracción de la leche, o el volumen de leche obtenido (J Hum Lact 2005; 21(4):421).

Hay que decir que muchos de estos estudios están hechos en madres que llevan a cabo una lactancia normal, y que los estudios suelen medir los parámetros en un momento puntual y sus resultados pueden no ser extrapolables a madres que dependen solo de la extracción. Muchos de ellos están centrados en las características técnicas de la máquina, y no tienen en cuenta las diversas situaciones y circunstancias de cada pareja madre-hijo. Es importante también reflexionar que muchas de estas madres ya tienen una lactancia funcionando, y un reflejo de eyección bien construido y condicionado a estímulos diversos

y diferentes al táctil. Es probable que en mujeres separadas de sus hijos desde el principio, la respuesta al extractor sea diferente, en cuanto a la eyección, y que haya que prestar atención a métodos de provocarlo, no centrados en el aparato.

Algunas curiosidades obtenidas de esos estudios son:

- A menudo se obtiene más leche de un pecho que de otro, generalmente del izquierdo
- Algunas mujeres logran menos eficiencia en la extracción de leche, y ello no se relaciona con el buen funcionamiento de su lactancia.
- Algunas mujeres no notan la eyección de la leche, aunque esta puede documentarse mediante ecografía
- Aun las mujeres que habitualmente notan la eyección, no tienen percepción de la misma un 21 % de las veces que esta ocurre.

También es importante contar con las copas de extracción adecuadas al tamaño del pecho y pezón de la madre. Una copa demasiado ajustada puede provocar lesiones en la mama, además de una menor eficiencia en la obtención de leche. Hay empresas que proporcionan diversos tamaños del diámetro interno de la copa (21, 22.5, 25, 28.5, 30.5, 32,5 y 36 mm. Siendo el estándar el de 25 mm).

| | | |
|--------|---|---------|
| 17211 | EXTRA SMALL Flexishield Areola Stimulator (Fits Inside Standard Breast Flange 25.0 mm) | 21.0 mm |
| 621055 | SMALL Reducing Insert (Fits Inside Standard Breast Flange 25.0 mm) | 22.5 mm |
| 621252 | STANDARD (Included with all Ameda Breast Pumps) | 25.0 mm |
| 17148 | MEDIUM (2) Custom Flange Inserts (Fits Inside Large Breast Flange 30.5 mm) | 28.5 mm |
| | LARGE (2) Custom Breast Flanges | 30.5 mm |
| 17358 | X-LARGE (2) Custom Flange Inserts (Fits Inside XX-Large Breast Flange 36 mm) | 32.5 mm |
| | XX-LARGE (2) Custom Breast Flanges | 36.0 mm |



Ajuste adecuado



Ajuste apretado. Necesita un tamaño mayor

Un revisión Cochrane de 2008 (Becker, McCormick, Renfrew. Métodos de extracción de leche para mujeres que lactan. EN Biblioteca Cochrane Plus, 2008 numero 4. Oxford: Update Software Ltd.) concluye que:

- Se obtiene mayor volumen con bomba que a mano.
- EL escuchar una grabación que ayuda a relajarse proporciona mayor volumen de leche
- Bombeo simultáneo de ambos pechos ahorra tiempo pero no proporciona mayores volúmenes de leche.

Lactancia inducida y diferida

Algunas madres son separadas de sus hijos inmediatamente tras el parto, por diversas razones (prematuridad, enfermedad del niño...), o bien el amamantamiento no es posible por incapacidad del niño para mamar (enfermedades que conllevan dificultad para la succión o deglución, tales como fisura palatina, micrognatia, hipotonía de diversas causas...). En estas circunstancias la lactancia materna es posible, y depende de la extracción de leche que luego se administra al niño.

Entre las anteriores, la situación en que se presentan más dificultades, es aquella en que la madre y el niño son separados de forma prolongada. Al no tener el estímulo del niño, la lactancia debe iniciarse y mantenerse mediante estimulación del pecho y extracción de leche.

Se aconseja:

- iniciar la extracción de leche, lo antes posible tras el parto, y de dentro de las primeras 6 horas.
- La extracción en los primeros días proporciona cantidades de calostro a veces tan pequeñas, que se dispersan en el sacaleches sin poder ser recolectadas. Puede resultar más útil empezar con la extracción manual, y recoger las gotas en un recipiente pequeño (tubo de ensayo por ejemplo).
- realizar la extracción un mínimo de 8 veces en 24 horas
- Usar preferentemente un extractor de grado hospitalario que permita la extracción doble.
- Procurar realizar la extracción en un ambiente relajado
- Tener contacto físico con el niño, tanto como sea posible, idealmente, realizar cuidados canguro.

A menudo las madres de niños prematuros o enfermos ingresados se encuentran con retos físicos y mentales que les pueden dificultar la extracción de leche (J Hum Lac 2010; 26(4):368).

- Barreras para el inicio de la lactancia.
 - Algunos tratamientos (sulfato de magnesio...), intervenciones (cesárea, oxitocina...), junto con estados de ansiedad y stress, pueden interferir en la capacidad de comprensión y recuerdo de las normas de extracción, así como en la capacidad física de realizar la extracción (fatiga extrema, deseo de dormir, etc.)
 - Falta de privacidad. Las frecuentes interrupciones de las visitas de conocidos o de personal sanitario pueden interferir con el aprendizaje y con el tiempo necesario para la extracción
 - Disponibilidad de extractores. La necesidad de iniciar precozmente la extracción (primeras 6 horas) hace recomendable disponer de extractores cerca de la madre. Se deben tener las disposiciones necesarias para que la madre pueda acceder con facilidad a un extractor de calidad tras el alta hospitalaria. La extracción manual en esta situación puede resultar extenuante para la madre.
- Dificultades para el mantenimiento
 - Distancia y separación
 - Dependencia de un medio de transporte para llevar la leche extraída
 - Trabajo materno
 - Cansancio
 - Ausencia de facilidades para la extracción en el trabajo (lugares, tiempo)
 - Actitudes desfavorables en compañeros y jefes
 - Interacciones sociales
 - Calidad y eficacia de la red de ayuda (trabajo domestico, cuidado de otros hijos...)
 - Actitud de la pareja sexual de la madre.
 - Tiempo requerido para explicar a familia y conocidos el estado del niño.
 - Conciliar extracción con otras necesidades (dormir, comer, aseo... dependencia de la información medica, por la que a veces hay que esperar tiempo indeterminado)
 - Actitudes
 - Algunas mujeres encuentran la extracción engorrosa y desagradable
 - Actividad aburrida (se puede combinar con distracciones como TV, radio, música...)
 - Esperanza: la anticipación de que finalmente se podrá amamantar puede servir de apoyo a algunas mujeres para que persistan en la actividad de extracción)

Cuando la madre y el hijo están separados de forma prolongada, como por ejemplo cuando el niño ingresa en una UCI neonatal, mantener la producción de leche puede ser un reto para la madre. Además de todas las dificultades descritas, a menudo se presentan crisis de producción de leche, en torno a las 4 a 6 semanas, y también coincidiendo con empeoramiento clínico del niño que genera preocupación y ansiedad en la madre.

En estas circunstancias pueden tomarse varias medidas, para favorecer la producción de leche:

- Aumentar contacto físico con el niño. Cuidados canguro
- Hands on pumping (bombeo asistido con manos)
- Galactogogos. La domperidona, en dosis de 10-20 mg 3 veces al día) puede proporcionar aumento en el volumen de leche extraída de 45 (da Silva CMAJ 2001;164:17)a 247 % (Campbell-Yeo Pediatrics 2010;125:e107). Es tentador usar indiscriminadamente la domperidona, o usarla como único y fácil método para obtener más leche. Sin embargo es importante haber adoptado primero el resto de medidas, tales como extracción adecuada y frecuente, contacto con el niño, ayuda con las otras tareas de la madre. En todo caso, usar una combinación de todas ellas.
- Prolactina (PRL) sintética. En ensayos clínicos recientes, se ha podido ver su eficacia en madres con déficit de prolactina y también en madres de prematuros que presentan insuficiente producción (Powe, Clinical Endocrinol 2010;73:645). La dosis es de 60 mcg/Kg/12 horas. Y el resultado en el aumento de producción de leche es variable, en torno a un 429 % (de 53 a 257 ml al día). Tras el cese del tratamiento algunas madres mantuvieron la producción de leche, mientras la vieron declinar. La PRL sintética no está disponible aún de forma comercial. RD systems® catalog number 682-PL

Algunas técnicas pueden **MAXIMIZAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE** en situación de separación prolongada:

- Combinar extracción con bomba y la extracción manual (a continuación de la bomba, cuando cesa el flujo de leche, se puede proseguir con extracción manual. Algunas mujeres encuentran que de este modo pueden una cantidad de leche adicional tan grande como la obtenida con el extractor). También la combinación de compresión de las mamas simultanea a la extracción con bomba puede ser útil (hands-on pumping). Una idea para poder realizar extracción doble y compresión simultanea es sujetar las copas del extractor con un sujetador perforado de modo que pueda mantener las copas en su lugar dejando libres las manos para la compresión.

Hands-on pumping:

1. Masaje de estimulación de ambas mamas
2. Aplicar el extractor doble
3. Iniciar masaje-compresión de ambas mamas (o de una tras otra) mientras se realiza la extracción con bomba, insistiendo en las zonas de mayor consistencia.
4. Cuando cesa el flujo de leche, se detiene la extracción y se masajea y estimula el pecho nuevamente uno o dos minutos
5. Continuar con extracción manual o extracción de un solo pecho, alternando entre uno y otro y combinando con compresión manual.

Iniciar la extracción manual del calostro en los primeros tres días, junto que la extracción combinando bomba y manos (hands-on technique) permite obtener cantidades de leche mayores (955 ml al día en el segundo mes) de las publicadas para madres de prematuros que dependen solo de extracción con bomba, y permite reducir la

frecuencia de extracción a 6 veces al día, con un descanso ininterrumpido de 7 horas.
(Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. J Morton, J Y Hall, R J Wong Journal of Perinatology (2009) 29, 757–764)

Se puede ver un video sobre esto en

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

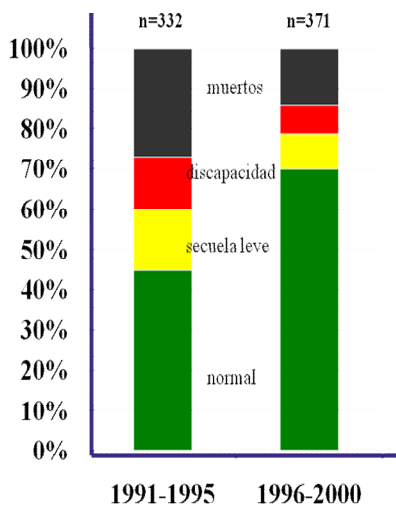
SEMINARIO 6:

CUIDADOS CENTRADOS EN EL
DESARROLLO: METODO NIDCAP

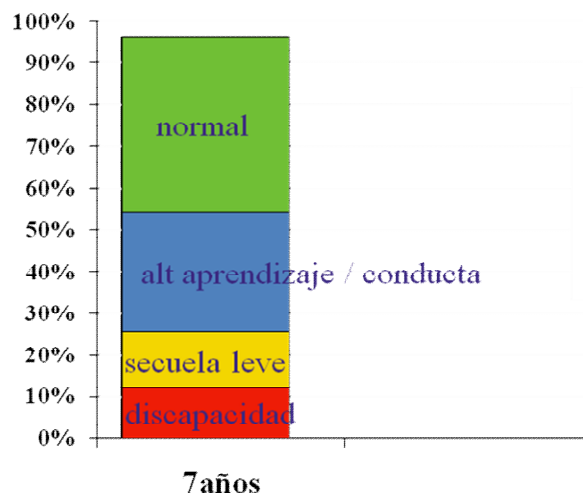
CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO: METODO NIDCAP

La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8% y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la semana 37 de gestación y justifican el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia. A los neonatólogos, en un principio les preocupaba sobre todo la supervivencia de los niños. Pero muy pronto se fue consciente de que la mortalidad que conllevaba era solo un efecto de la prematuridad. Los estudios demostraron que los riesgos de parálisis cerebral, ceguera, retraso mental y sordera estaban aumentados en los niños prematuros que se cuidaban y sobrevivían en las unidades neonatales cuando se comparaban con los niños a término.

Más recientemente, cuando se ha extendido el seguimiento de los niños muy prematuros a lo largo de la edad escolar, se ha demostrado cómo incluso los niños que a los dos años se habían evaluado como niños con un desarrollo normal, presentaban peor rendimiento escolar por dificultades del aprendizaje, problemas de atención, de coordinación viso-motora, problemas emocionales y de integración social. Los niños prematuros ingresados en nuestro Servicio, como muestran las gráficas, sufren los mismos problemas:



Niños menores de 1500 g nacidos en nuestro Servicio



Datos de seguimiento en nuestra consulta: 279 niños menores de 1500 g evaluados a los 7 años.

La preocupación por esta morbilidad asociada a la prematuridad ha hecho también que en las unidades neonatales se haya empezado a prestar más atención a otra forma de atención, los llamados **Cuidados Centrados en el Desarrollo**, cuidados dirigidos a favorecer el desarrollo emocional y neurológico del niño. Este tipo de cuidados son una realidad desde hace mucho tiempo en nuestra Unidad, tenemos una política de puertas abiertas para los padres, cubrimos las incubadoras con mantas para mitigar el impacto de la luz y el ruido, intentamos evitar que los niños sientan dolor, incluimos a los padres en el cuidado de sus hijos disminuyendo así su sufrimiento durante el ingreso; todo ello con el fin de incorporar buenas prácticas, un trato más humano y ayudar a que el cerebro de los niños madure en las mejores condiciones posibles.

En este momento, en nuestra unidad, se está intentando progresar hacia una mejor organización y difusión de este tipo de cuidados, con la formación de varias personas en el Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido (NIDCAP, Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program).

¿Qué es el NIDCAP?

El Cuidado NIDCAP está englobado dentro de los Cuidados Centrados en el Desarrollo. Es un método de intervención, conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo, basado en observaciones formalizadas del niño, antes, durante y después de los procedimientos o cuidados que se le realizan durante su ingreso.

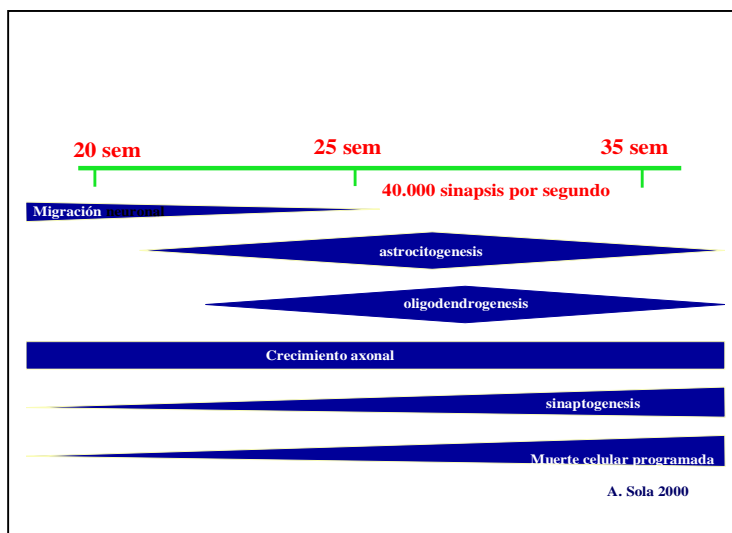
Los cuidados centrados en el desarrollo ofrecen una manera de controlar el impacto que puede tener el ambiente extrauterino sobre todo en los niños prematuros. **El Método NIDCAP**, creado por la Dra. Als, se basa en la **Teoría Sinactiva**, que evalúa el grado de maduración del SNC de estos niños, nos ayuda a comprender cómo se organizan las distintas capacidades neuronales y cómo se comporta el feto y el recién nacido cuando estas capacidades no están maduras y tiene que hacer frente al mundo extrauterino. El NIDCAP observa las reacciones del niño propone modificar sus cuidados para que se encuentre más cómodo y acoplado en su entorno con la finalidad de mejorar su desarrollo.

Dentro del útero, el feto se encuentra en un ambiente cálido, oscuro, húmedo y con los ruidos del exterior amortiguados, un “hábitat” que proporciona al feto estímulos o entradas sensoriales adecuadas y que le permiten un desarrollo global correcto en cada etapa de su crecimiento. Por el contrario, el mundo del neonato en una unidad de cuidados intensivos a veces es frío, seco, ruidoso, con bastante iluminación, con estímulos constantes e inapropiados, sujeto a la fuerza gravitatoria, sometido a maniobras dolorosas y continuas interrupciones de su sueño. Todo ello hace que las entradas sensoriales que recibe no sean las adecuadas y se produzca una desorganización de su desarrollo que puede conllevar problemas serios en su desarrollo.

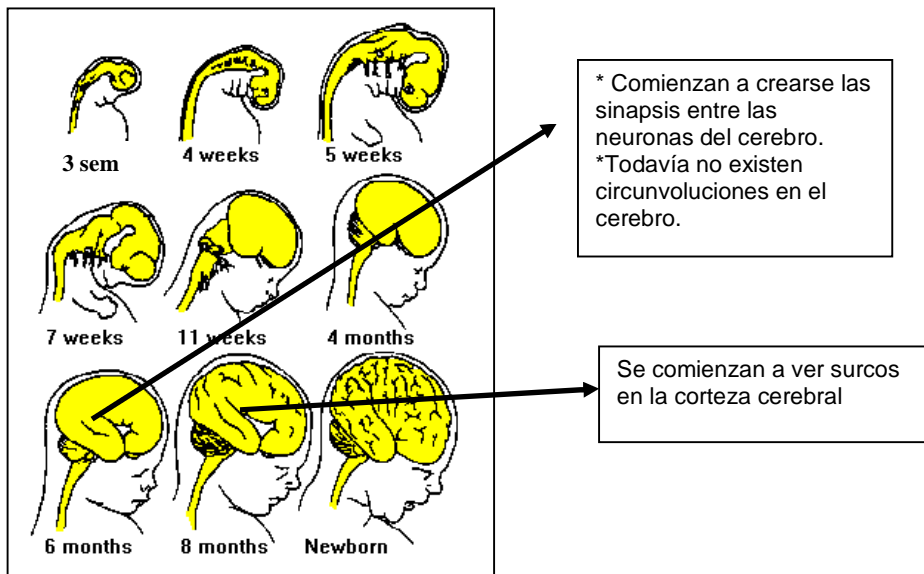


Existe una gran diferencia entre desarrollarse dentro del útero y en una incubadora sin ninguna contención

El sistema nervioso central se encuentra en plena formación en los niños prematuros que tenemos ingresados en nuestra unidad.



La creación de las sinapsis o conexiones neuronales comienza alrededor de la 8ª semana y se mantiene más allá de la 40 semana, durante el primer año de vida se crean un gran número de estas conexiones. Posteriormente, las que no se utilizan desaparecen, y por el contrario, existe un mayor crecimiento dendrítico en las zonas donde existe mayor actividad neuronal motivada por la experiencia y el aprendizaje; debemos ser conscientes de que pequeñas vivencias o estímulos pueden condicionar el desarrollo del cerebro del niño que estamos cuidando y por tanto su evolución.



El dolor es una experiencia que los niños ingresados experimentan con frecuencia, esta vivencia desagradable va a ocasionar cambios en la arquitectura y función de los cerebros en formación, sobre todo estos cambios se han objetivado en el hipocampo, asociándose con trastornos del comportamiento y del lenguaje en el desarrollo posterior. Los recién nacidos responden al dolor aumentando su inestabilidad cardiorrespiratoria y empeorando el curso de su enfermedad y a largo plazo con problemas dificultando su desarrollo global. El control del dolor tanto con medicación como con medidas no farmacológicas (contención, succión no nutritiva, sacarosa, método canguro, gotitas de leche en la boca...) en cualquier tipo de manipulación es una parte vital de nuestro trabajo.

¿Cómo se valora el NIDCAP?

A medida que el niño va madurando y creciendo aumentan sus capacidades para interrelacionarse con su entorno. El método NIDCAP nos enseña, a través de la observación detenida del niño, a evaluar sus habilidades para regular y controlar su entorno en una unidad de cuidados neonatales. Este modelo está basado en la capacidad de comunicación que tiene los recién nacidos a través de su comportamiento para decirnos como se encuentran, lo que son capaces de asumir y asimilar del mundo que les rodea.

La teoría sinactiva estructura al niño en cinco sistemas, que se interrelacionan entre si continuamente, para que un niño esté regulado y a

gusto, los cinco sistemas han de estar en equilibrio, es decir, que las conductas observadas en el niño sean adecuadas. La alteración de cualquiera de los sistemas produce un efecto dominó que altera al resto, conduciéndole a una desorganización que influye tanto en su estabilidad vital como en el desarrollo neurológico posterior.

Los sistemas son:

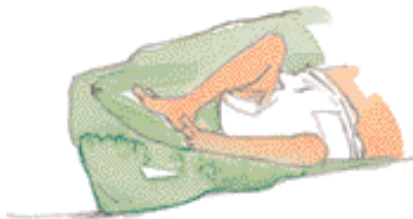
1. **Autonómico:** que incluye el control o patrones que muestra el niño en la respiración, frecuencia cardíaca, color de la piel, funcionamiento de las vísceras (vómito, atragantamiento, hipo..)
2. **Motor:** que incluye la actividad y posición general de las extremidades, tronco y cara (gestos)
3. **Estado de conciencia:** Interpretando los estados de sueño según el movimiento de los ojos, apertura ocular, expresión facial, motricidad que presenta...
4. **Atención/interacción:** como interacciona con el cuidador (protesta, estornudos, bostezos...)
5. **Autorregulación** o capacidad de encontrar el equilibrio de los sistemas anteriores

En un niño nacido a término y sano esto cinco sistemas están maduros y bien integrados; sin embargo, los niños prematuros y los niños a términos enfermos manifiestan una labilidad en la estabilidad de estos sistemas y pierden la capacidad de regulación.

Podemos ver que un niño está **bien regulado con su entorno** interpretando las señales que nos ofrece:



- *Tengo las manos cerca de la boca, a veces incluso me llevo los dedos a la boca y succiono.
- * Estoy acurrucado
- * Sujeto algo en mi mano, un trapo con olor a mi madre, un muñeco, tu dedo



Tengo mis pies juntos y contenidos con un soporte para que pueda sentir los límites con el mundo exterior



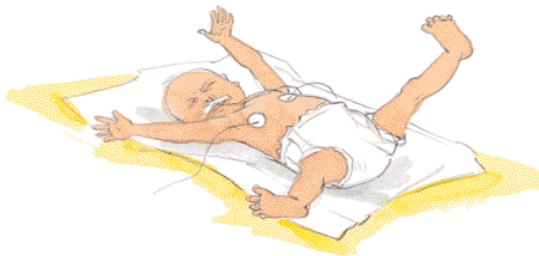
Estoy sonriendo o tengo una cara relajada



Puedo llegar a abrir los ojos y mirarte si hay poca luz y estoy muy tranquilo

Para conseguir estar relajado y por tanto bien regulado, los niños necesitan nuestra ayuda, disminuyendo la luz, el ruido, avisándoles cuando les vayamos a manipular, evitar que lloren, contenerles en nidos cómodos y apropiados, ponerles pañales de su tamaño, ofréceles sacarosa antes de manipularles..... y teniendo siempre en la mente que los padres son nuestros mejores aliados a la hora de cuidar a su hijo y que se les debe entrenar y animar para que ellos asuman parte de los cuidados. Esto ayudará a establecer un vínculo entre ellos lo antes posible y a que se sientan seguros y útiles como padres.

Por el contrario, podemos saber cuando **un niño ha perdido la regulación:**



- * Arqueo la espalda
- * Coloco las piernas y los brazos estirados en extensión sin apoyo
- * Tengo los dedos de las manos y los pies estirados
- * Tengo el ceño fruncido



* Emito gemidos o lloro
* Bostezo o tengo hipo cuando
estás cuidándome



Aparto la vista de ti porque
estoy demasiado cansado para
relacionarme contigo o lo que me
pasa es demasiado para mi

Para cuidar mejor a los niños tenemos que conocer como continúa su desarrollo. La formación del sistema sensorial neonatal ocurre con una secuencia específica de los sentidos (tacto, olfato, gusto, oído y vista) a lo largo de la vida fetal. Durante el periodo de maduración de cada sistema sensorial los otros sistemas sensoriales no avanzan y así evitan competir con el que en ese momento debe desarrollarse.

El niño prematuro al madurar en una unidad neonatal recibe estímulos sensoriales auditivos y visuales que hacen que se desarrollen los sentidos de la vista y el oído a la vez, en vez de hacerlo uno detrás del otro como ha programado la naturaleza, esto puede alterar la agudeza visual, la visión del color, la atención, la capacidad para discriminar, la memoria visual.

Los sentidos se desarrollan en un orden preestablecido por la naturaleza:

- Tacto
- Olfato
- Gusto
- Audición
- Visión

1. Sentido del tacto

Un feto tiene ya formado su sistema somatoestésico completo a las 12-14 semanas de gestación, este sistema es el encargado de la sensibilidad profunda encargada de informar sobre la posición del cuerpo y del dolor profundo; de la sensibilidad visceral o autonómica y de la sensibilidad superficial que incluye el dolor superficial, el tacto, de la temperatura. Los recién nacidos prematuros no tiene creado todavía su esquema corporal, pasan de estar flotando en el líquido amniótico, en posturas flexoras, con el útero conteniéndoles, a estar sujetos a la fuerza de la gravedad, sin saber donde acaba su cuerpo y donde empieza el mundo exterior y con tendencia a estar en extensión. El mayor número de terminaciones nerviosas se encuentran en la cara, boca y manos.

A la hora de colocar a los niños en las incubadoras utilizamos nidos de contención que le ayudan a crear su esquema corporal, les colocamos en postura de flexión porque es como estarían dentro del útero y así mitigamos el efecto que tiene la gravedad sobre ellos. Si es posible, por la estabilidad del niño intentamos colocarles de lado porque así facilitamos que se lleven las manos a la cara y a la boca, explorando su propio cuerpo y además es la posición que les permite relacionarse con el mundo que les rodea, como ver la cara de su madre cuando la semioscuridad les permite abrir los ojos.

Sin duda, el método canguro nos ayuda mucho a cuidarles porque al colocar al niño piel con piel con sus padres, mantienen con facilidad una posición en flexión, contenidos con límites con el espacio exterior, además de oír el latido del corazón de su madre, la música que les acompaña cuando estaban dentro del útero.

Cuando los padres no están en el hospital y los niños están estables, favorecería su desarrollo estar vestidos con sus propias ropas, ya que la ropa actúa como una segunda piel. Una vez más los padres se sentirán involucrados en el cuidado de su hijo y dará una sensación más de hogar. Es importante adaptar el pañal al tamaño del niño para facilitar su movilidad, desarrollo motor y autorregulación.

Cuando sea preciso realizar intervenciones sobre los niños como analíticas, peso, higiene.....debemos ofrecerles en todo momento la contención que necesiten, evitar movimientos que le desequilibren y además no hay que olvidarse la sacarosa 2 minutos antes de iniciarla, para darle tiempo a que haga efecto su efecto analgésico. Por mínima que sea la intervención, unas gotitas de sacarosa ayudarán a los niños a estar más confortables y disminuir el dolor o las molestias.

Una buena manera de iniciar cada manipulación, es hablarles, mirándoles, acariciándoles para que no se sorprendan tanto cuando les toquemos. El tacto fundamenta casi todas las relaciones que mantenemos como cuidadores con los niños a nuestro cargo.

2. Sentidos del Olfato y del gusto

El olfato y el gusto se encuentran listos alrededor de la 24 semana de gestación. Las experiencias olfativas y gustativas del feto provienen del líquido amniótico en el que se encuentra flotando, cada líquido amniótico huele de una manera, dependiendo fundamentalmente de la dieta que siga la madre. Todos tenemos una memoria olfativa y gustativa que hemos ido construyendo a lo largo de la vida, determinados aromas y sabores nos causan alegría o placer y otras nos disgustan. A través del hipocampo y la amígdala cerebral los olores se interrelacionan con las emociones, la memoria y el recuerdo. Al nacer de forma prematura el feto se ve envuelto en olores totalmente diferentes a los del líquido amniótico que hasta ese momento era su ambiente conocido, en las salas de cuidados intensivos los estímulos olfatorios se deben a una mezcla de desinfectantes, jabón, alcohol, medicamentos e incluso el perfume de los cuidadores. Además los fármacos que les administramos tienen sabores extraños.

La naturaleza nos ofrece un vínculo con el ambiente intrauterino, que es la leche de su madre, la leche huele de forma muy parecida a como olía el líquido amniótico, olores muy conocidos para el niño prematuro. Se ha visto que cada niño muestra una clara preferencia sobre la leche de su madre, frente a la de otras madres y por supuesto frente a la fórmula artificial. Para ayudarles, el método canguro es una excelente forma de favorecer y estimular adecuadamente éste sentido al tratarse de un ambiente conocido. Otras maneras son dejando un trapito impregnado en el aroma de su madre y de su leche al lado del niño o poniendo unas gotas de leche en la boca de los niños cuando les manipulemos o cuando reciban leche por sonda orogástrica. Este ambiente les permitirá tener experiencias agradables que facilitarán su estabilidad vital y su desarrollo neurológico posterior.

La succión no nutritiva (SNN) es la succión que un niño puede hacer de cualquier objeto sin recibir ningún líquido o alimento en la boca durante esta actividad. La SNN puede usarse para calmar al bebé o cuando se realiza algún procedimiento para disminuir el malestar/dolor que se derive del mismo. La succión no nutritiva es un aprendizaje que debemos favorecer. La SNN podría facilitar y acelerar el paso de la alimentación de la sonda a boca puesto que acelera la organización y la eficiencia de la succión. La SNN del pecho se asocia a un incremento de lactancia exclusiva al alta.

3. Sentido del Oído

Se comienza a formar a partir de las 23 semanas. El recién nacido a término lleva 10-12 semanas teniendo experiencias auditivas intraútero, es decir, desde los 6 meses de gestación el niño tiene la capacidad de reacción a estímulos sonoros intensos. El feto intraútero recibe los sonidos atenuados por el medio líquido que deben atravesar. Los niños prematuros, al estar expuestos a los ruidos intensos de las unidades neonatales sin protección, pueden tener una pérdida auditiva inducida por estos ruidos, además de producir reacciones de estrés en los niños. Cuando hay mucho ruido todos

sabemos que es difícil dormir, los niños deben dormir la mayor parte del tiempo, es como estarían intraútero, en la medida de lo posible, debemos respetar su sueño. El oído es importante para el desarrollo normal del lenguaje así como de la atención y la percepción.

Para que el sonido no sea dañino para los niños se recomienda no sobrepasar los 50 decibelios y evitar los picos mayores de 70 decibelios, los sonómetros que hay en el servicio nos pueden ayudar, para adecuar nuestro timbre de voz, se enciende una luz amarilla y roja cuando el sonido de las salas es dañino para los niños. Debemos vigilar las alarmas, apagándolas pronto, incluso anular la alarma cuando vayamos a estar trabajando con el niño, tener cuidado a la hora de abrir y cerrar las puertas de la incubadora, no escribir encima de las incubadoras, utilizar mantas (mejor traídas por los padres) para cubrir las incubadoras. Debemos ayudarnos unos a otros porque muchas veces es difícil hablar bajo.

4. Sentido de la vista

El sentido de la vista es el último en desarrollarse y lo hace alrededor de las 30-32 semanas de gestación, finaliza su desarrollo a los tres años de edad. Los párpados se encuentran fusionados hasta la semana 25-26 semanas de gestación. El ojo recibe poca estimulación intraútero a través de la pared abdominal de la madre y tamizado por el líquido amniótico. Es el último sentido en desarrollarse, pero es el que está más maduro al nacimiento en el niño a término, el recién nacido a término es capaz de enfocar a unos 20-30 cm, la distancia de la cara de su madre cuando está mamando.

Existen estudios que han demostrado que cuando se reduce la intensidad de la luz se produce una disminución de la frecuencia cardíaca, disminuye la actividad, aumenta el tiempo de sueño, mejora la alimentación y en el ritmo de ganancia ponderal. Desde los cuidados NIDCAP se recomienda que la intensidad de la luz debería oscilar entre 1-60 ftc, teniendo en cuenta el grado de madurez y el estado del niño. Durante las manipulaciones del niño será el único momento que el niño estará expuesto a una intensidad lumínica mayor siempre intentando que sea de manera indirecta, protegiéndole los ojos con un paño o unas gasas.

Para proteger a los niños de estímulos lumínicos que podrían perjudicarles se recomienda evitar la luz directa. En las manipulaciones, cubrir los ojos del niño para evitar la sobrestimulación sensorial, individualizar la exposición a luz estableciendo diferentes estrategias para disminuir la intensidad, con cobertores o mantas en las incubadoras; proteger y facilitar el sueño; facilitar una transición suave desde el sueño a la vigilia y viceversa; tomar nota o seguimiento del nivel de tolerancia a la luz de cada niño a través de las observaciones; medir la intensidad de la luz y ajustarla a las recomendaciones anteriores; proporcionar ritmos circadianos (día y noche) cuando el niño esté preparado y por último valorar en el paritorio si es necesario tener encendido el foco de la cuna radiante.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pallás CR, Arriaga M. Nuevos aspectos entorno a la prematuridad. Evid Pediatr. 2007; 4:26
2. Als, H; Duffy, FH; McAnulty, GB; Rivkin, MJ; Vajapeyam, S; Mulkern, RV; Warfield, SK; Huppi, PS; Butler, SC; Conneman, N; Fischer, C; Eichenwald, EC. Early experience alters brain function and structure. Pediatrics 2004; 113 (4): 846-57.
3. Katherine A. Vandenberg. Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline. Early human Development 2007; 83: 433-442.
4. Celeste M. Maguire, Jeanet Bruil, Jan M. Wit, Frans J. Walther. Reading preterm infants' behavioural cues: An intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. Early human Development 2007; 83:419-424.
5. Björn Westrup. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP^)- Family- centered care developmentally supportive care. Early human Development 2007; 83: 433-449.
6. Look at me I'm talking to you. Watching and understanding your premature baby. BLISS- the premature baby charity. www.bliss.org.uk

LA PROTECCIÓN LEGAL DE LA LACTANCIA.

Dr. José María Paricio Talayero, Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital de Denia, Alicante
(Anterior Hospital Marina Alta, acreditado por la IHAN de OMS/UNICEF, 1999-2008)
Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría

EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA.

La lactancia materna es un fenómeno biocultural, simbiosis de instinto y cultura. Es el aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos, desinterés de sanitarios y presiones comerciales han estado a punto de hacerla desaparecer en el último siglo.

La presión comercial de empresas multinacionales con intereses en la alimentación sigue jugando un papel importante para hacer que muchas mujeres decidan no dar pecho a sus hijos y que aquellas que sí lo hacen acaben pronto. Cada niño alimentado con lactancia materna exclusiva 6 meses supone unas pérdidas de 450 a 990 € (30 Kg a 15-33 €/el Kg, según marca) a estas empresas: 1000 niños así amamantado les hacen perder entre 75 y 165 millones de las antiguas pesetas. Por ello invierten algo más del 10% de sus beneficios en publicidad a madres y público en general, sin contar la promoción que hacen entre la clase sanitaria, pediatras fundamentalmente.

Pese a que algunos médicos como Pierre Budín (1846-1907), pioneros de la medicina perinatal, recomendaban la lactancia materna para disminuir una mortalidad infantil en torno al 300 por 1000 a finales del siglo XIX, el desarrollo de una industria química cada vez más científicamente preparada, una competencia comercial por un mercado, el de la alimentación infantil, que ofrecía pingües beneficios (químicos y comerciantes, como Henri Nestlé, entran en el campo de la alimentación infantil, inicialmente reservado a los médicos) y una ideología dominante que ensalzaba el progreso y la tecnología vinieron a preconizar la "maternidad científica", uno de cuyos paradigmas era la lactancia artificial, convenciendo incluso a los profesionales sanitarios: la ciencia de la nutrición desarrolla tal dependencia del cálculo y la medición, que lleva a la falsa creencia entre población y profesionales de que lo industrial es más perfecto que lo natural porque se puede medir, pesar: calcular "científicamente". El mismo Budín en Francia, Biedert y Heubner en Alemania y Meigs y Roth en Estados Unidos figuran entre los promotores de bases científicas para modificar la leche de vaca y hacerla digerible para los lactantes humanos. Desde entonces (finales del siglo XIX), la competencia por dominar el mercado de las madres que no dan pecho se ha hecho despiadada.

Fueron mujeres las pioneras en oponerse a la destrucción de la cultura de lactancia como medio de alimentación inicial de los humanos:

- Cicely Williams, pediatra que describió el kwashiokor en 1933, se opuso al empleo generalizado de leche artificial; en su conferencia Milk and Murder, pronunciada en 1939 en el Singapore Rotary Club atribuyó a esa práctica miles de muertes de lactantes.
- En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche para dar apoyo personal a mujeres que amamantan. Hoy día constituye el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia.

En 1973, el New Internationalist, revista mensual de dos organizaciones de caridad británicas, OXFAM y Christian Aid, publica un artículo, *The baby food tragedy*, en el que se acusa a los fabricantes de sucedáneos de ser responsables directos de miles de muertes de niños en países subdesarrollados por el consumo generalizado de sus productos tras prácticas de

comercialización inapropiadas. Era la primera vez que se acusaba públicamente a compañías consideradas hasta entonces un modelo de progreso médico. Meses después se publica el libro *The baby killer* en el que M. Muller, periodista de otra organización de caridad británica, War on Want, insiste en las críticas a los métodos de comercialización; su libro es publicado en Suiza y Nestlé demanda judicialmente a los editores por calumnia.

En 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de LM, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras. En 1978 la 31ª AMS volvió a recomendar la regulación de la promoción de estos productos; en 1979 se realizó una Reunión Conjunta OMS/UNICEF Sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño,

Tras años de negociaciones entre representantes gubernamentales, sanitarios, de la industria y grupos de presión ciudadanos (entre ellos, el International Baby Food Action Network (IBFAN) creado en 1979), el 21.05.1981 se aprueba por 118 votos a favor, 3 abstenciones y 1 voto en contra (el de EE.UU.) el **Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna.**, conjunto de reglas destinadas a proteger la lactancia materna de prácticas comerciales poco éticas. Su preámbulo declara que "*la comercialización de los substitutos de la leche materna requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas en el caso de esos productos las prácticas habituales de comercialización*".

El Gobierno Español se adhirió por medio de Real Decreto 12 años más tarde (RD 1408/92 en BOE 13.01.93). La modificación más reciente es el REAL DECRETO 72/1998, DE 23 DE ENERO, POR EL QUE SE APRUEBA LA REGLAMENTACION TECNICO-SANITARIA ESPECIFICA DE LOS PREPARADOS PARA LACTANTES Y PREPARADOS DE CONTINUACION. MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA Fecha de Publicación:04/02/1998 BOE número: 30-1998 Sección:I .RD 72/1998 del 23 de enero) para proteger la lactancia materna y asegurar el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna.

En 1998, en una encuesta realizada a jefes de servicio de Pediatría y cargos sanitarios de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, se les preguntó textualmente “si creían que era urgente legislar algún código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna”. Un 60% creía que sí que era urgente, un 20% no lo tenía claro y otro 20% creían que no era urgente. Entre estos últimos la mayoría pensaba que no era práctico o que podía constituir una ilegalidad por atentar a las leyes de libre comercio o violentar las decisiones maternas; sólo 2 personas sabían que ya existía tal código. El 34% de cargos sanitarios y el 63% de jefes de Pediatría no creían necesario imprimir advertencias sobre la lactancia materna y las fórmulas artificiales en los botes de leche, cuando es algo que consta explícitamente en el código de 1981.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

"Las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y... las prácticas incorrectas de la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública."

Preambulo del Código Internacional

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

Alcance

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

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

También abarca los biberones y las tetinas.

Exigencia de información clara

Los materiales educativos o informativos acerca de la alimentación de lactantes, destinados a los profesionales de la salud, a mujeres embarazadas y a madres de bebés y niños pequeños, deben contener información clara, y precedida de las palabras "Aviso Importante" o su equivalente, sobre cada uno de los siguientes puntos:

- Los beneficios y la superioridad de la lactancia materna;
- La nutrición de la madre y la preparación para la lactancia materna y cómo mantenerla;
- El efecto nefasto de la alimentación parcial con biberón sobre la lactancia materna;
- La dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar;
- Una explicación de que el producto sólo debe ser usado cuando un trabajador de salud aconseja que es necesario y ha elucidado la manera correcta de prepararlo;
- Las instrucciones necesarias para su uso correcto y una advertencia sobre los riesgos para la salud de una preparación incorrecta.

Cuando dichos materiales contienen información sobre el uso de fórmula infantil, deben incluir también:

- Una explicación de las consecuencias sociales y financieras del uso de fórmula infantil;
- Una descripción de los riesgos para la salud de una preparación incorrecta o de métodos de alimentación inapropiados;
- Una explicación de los riesgos para la salud del uso innecesario o incorrecto de fórmula infantil o de otros sucedáneos de la leche materna.

No debe haber imágenes o ilustraciones de bebés en el envase ni en la etiqueta, ni tampoco otras ilustraciones o texto que pueda idealizar el uso de fórmula infantil. (Artículos 4.2, 7.2).

Está prohibido el uso de expresiones como 'humanizada', 'maternizada' u otras semejantes. (Artículos 9.1, 9.2).

Está Prohibida la Promoción al Público

No debe haber publicidad ni otras formas de promoción comercial al público de los productos comprendidos en el alcance del Código. No debe haber, por lo tanto, publicidad en los locales de venta; no se deben dar muestras ni emplear otros métodos promocionales para inducir directamente al

consumidor a comprar los productos, a nivel del comercio por detalle, tales como exposiciones especiales, cupones de descuento, primas, ventas especiales, ventas a pérdida y ventas vinculadas. El personal de comercialización no debe tener contactos directos o indirectos con mujeres embarazadas o con madres de bebés y de niños pequeños (Artículo 5).

Están prohibidos regalos a las madres y a los trabajadores de la Salud

Los fabricantes y distribuidores no deben regalar a mujeres embarazadas o a madres de lactantes y de niños pequeños artículos o utensilios que pueden fomentar el uso de sucedáneos de la leche materna o de biberones. No se deben ofrecer incentivos materiales o financieros a los trabajadores de la salud o a miembros de sus familias, para promover la venta de productos abarcados por el Código. Los subsidios financieros para profesionales de la salud que trabajan con lactantes y niños pequeños no deben crear un conflicto de intereses (Artículo 5.4, 7.3; WHA 49.15 [1996]).

Está prohibida la promoción comercial en los establecimientos de Salud

Los servicios de los sistemas de atención de salud no se deben utilizar para hacer promoción de fórmulas infantiles o de otros productos abarcados por el Código. No se deben exponer en los establecimientos de salud cuadros o afiches relativos a esos productos, ni se deben distribuir materiales conteniendo marcas de los productos abarcados por el Código (Artículos 6.2, 6.3, 4.3).

Está prohibida la promoción comercial a los trabajadores de la Salud

La información que los fabricantes y distribuidores entregan a los profesionales de la salud debe restringirse a datos objetivos y científicos. No debe implicar ni suscitar la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia materna. No se debe dar a los trabajadores de la salud muestras de productos ni equipo o utensilios para su preparación, salvo cuando sea necesario para una evaluación profesional o para investigación en el ámbito institucional (Artículos 7.2, 7.4).

Están prohibidas las muestras y suministros gratuitos

Queda prohibido a los fabricantes como también a los trabajadores de la salud entregar muestras de productos abarcados por el Código a mujeres embarazadas o a madres de lactantes y de niños pequeños. No se deben donar suministros gratuitos o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna a cualquier servicio de un sistema de atención de salud, lo que incluye las maternidades, los hospitales, las guarderías y otras instituciones de cuidado de niños. Los productos donados para operaciones de socorro en casos de emergencia sólo se deben dar a aquellos lactantes que necesitan ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. En ese caso, las donaciones deben continuar por todo el tiempo que los lactantes afectados los necesitan.

Los suministros gratuitos o a bajo precio no deben ser usados como incentivo para las ventas (Artículos 5.2, 7.4). Hay que observar que los Artículos 6.6 y 6.7 del Código han sido reemplazados por las resoluciones WHA 39.28(1986), WHA 45.34(1992) y WHA47.5 (1994).

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

Es importante que los lactantes reciban alimentos complementarios idóneos, al alcanzar la edad de los seis meses aproximadamente. Los alimentos disponibles localmente deben ser preferidos para esto. Todo alimento o bebida que se da al bebé antes de que la alimentación complementaria sea necesaria, desde el punto de vista de la nutrición, puede interferir con la iniciación o la continuación de la lactancia materna. Por eso, no se debe fomentar el uso de dichos productos para lactantes durante ese período. No se deben comercializar los alimentos complementarios de una manera que minen la lactancia materna exclusiva y prolongada. (Preámbulo del Código; Resoluciones WHA 39.28 [1986], WHA45.34 [1992], WHA47.5 [1994] y WHA 49.15 [1996]).

Los fabricantes y distribuidores deben cumplir con el Código

El monitoreo del cumplimiento del Código Internacional y de las Resoluciones pertinentes de la AMS debe hacerse de forma transparente, independiente y libre de influencias comerciales (Resolución WHA49.15 [1996]).

Independientemente de cualquier medida que haya sido tomada para dar cumplimiento al Código, los fabricantes y distribuidores de productos abarcados por el Código deben considerarse obligados a vigilar sus propias prácticas de comercialización, de conformidad con los principios y las metas del Código Internacional. Los fabricantes deben tomar medidas para asegurarse de que su conducta, a todos los niveles, se conforma a las disposiciones arriba mencionadas. (Artículo 11.3).

Algunos artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. (OMS 1981)

| | |
|---------------|---|
| Artículo 4.2 | Los materiales educativos para gestantes o madres de lactantes deberán incluir., efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón,... información sobre los riesgos para la salud del uso innecesario de los sucedáneos.... |
| Artículo 5.1 | Los sucedáneos no pueden ser objeto de publicidad directa ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general. |
| Artículo 5.2 | Los fabricantes no pueden proporcionar muestras gratuitas, directa o indirectamente, a las gestantes, a las madres o a sus familias. |
| Artículo 6.3 | Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer carteles relacionados con los sucedáneos o distribuir material facilitado por un fabricante o distribuidor. |
| Artículo 7.3 | Los fabricantes no deben ofrecer, incentivos financieros o materiales a los agentes de salud o a sus familias, y éstos no deben aceptarlos. |
| Artículo 7.4 | Los fabricantes no pueden facilitar a los agentes de salud, muestras de sucedáneos de leche materna. |
| Artículo 7.5 | Los fabricantes deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, investigación,...El beneficiario debe hacer una declaración análoga. |
| Artículo 8.1 | En los sistemas de incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de estos productos. |
| Artículo 9.2 | Las etiquetas de los envases no deben contener imágenes de lactantes ni otras imágenes que idealicen la utilización de estos preparados. |
| Artículo 11.2 | La vigilancia de la aplicación del Código corresponde a los gobiernos. Los grupos de profesionales deben colaborar con los gobiernos a este fin. |

EL CÓDIGO de COMERCIALIZACIÓN OMS EN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA.

B.O.E (29.06.82 y 13.01.1993):

1. Etiquetado :
 - a. No mostrar imágenes de niños (6.2.4)
 - b. Precedido de “Aviso importante”, dejar clara la superioridad de la lactancia materna y que se utilice sólo por consejo médico (6.2.5)
2. No repartir muestras gratuitas (7.4)
3. No aceptar rebajas ni gratuidad en la compra hospitalaria de biberones.
4. No permitir que las casas comerciales se dirijan a las madres (7.3)
5. No exhibir ni distribuir carteles, calendarios, folletos ni otros materiales publicitarios de los fabricantes (7.3, 8.2)
6. No explicar la técnica de L.A. a todas las madres, sólo a las que haga falta (8.2.5)
 - a. En este caso, dejar claras las ventajas de la LM y los peligros de la LA (8.2.5)
7. No ofrecer ni aceptar regalos o subvenciones salvo aportaciones en metálico aplicadas exclusivamente a actividades de índole científica (15.1.6)

Violando las reglas, eludiendo las reglas. Documento IBFAN 2001.

IBFAN, la Red mundial de grupos pro alimentación infantil, está decidida a hacer cumplir el Código en todo el mundo. Periódicamente publica un informe sobre las violaciones del mismo en todo el mundo.

Resumen del documento del 2001:

Los establecimientos de Salud siguen siendo el canal más usado y más eficaz de las compañías para llegar a las madres.

Casi todas las empresas analizadas en este informe donan gratis fórmula infantil a los establecimientos de Salud.

Casi todas las empresas dan muestras gratuitas a los trabajadores de Salud.

La promoción dirigida a los trabajadores de Salud también llega a las madres a menudo.

Revistas, folletos, libritos y otros materiales promocionales se dan a las madres en las tiendas, los establecimientos de Salud y por correo.

Por lo menos siete de las compañías estudiadas usan los “clubes para bebés” como estrategia para llegar a las madres y promover sus productos.

Internet ha abierto las puertas de un mercado mundial para muchas empresas.

Ninguna de las compañías incluidas en este informe respeta cabalmente las disposiciones de etiquetado del Código Internacional. La diversificación demencial de productos (leches antireflujo, antiestreñimiento, antihipo, anticólico...) y el gran parecido de las leches de seguimiento con las de inicio crean confusión y promocionan estas últimas.

Muchos alimentos complementarios (infusiones, zumos, cereales) son promovidos en las etiquetas para ser usados muy precozmente y además publicitando el empleo del biberón.

El incumplimiento del Código es sistemático. Las empresas lo saben y no tiene ninguna excusa..

----- o -----

El mismo documento de control de 2004 en América latina, es similar en sus conclusiones.

En el informe de 2010, *Breaking the Rules, Stretching the Rules 2010*, tampoco salen mejor paradas las compañías fabricantes de sucedáneos y se hace una seria advertencia a la situación en Europa, denunciándose entre otros como promueven de rutina la introducción de alimentación complementaria a partir de los 4 meses.

Anexo:

Extracto de la **Reglamentación Técnico Sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación** (aprobada por el Real Decreto 1408 / 1992, de 20 de noviembre, BOE 13 de enero de 1993)

Capítulo IV: Etiquetado, publicidad e información

Artículo 6. Etiquetado.

6.2.4 El etiquetado de los preparados para lactantes y los preparados de continuación deberá estar diseñado de forma que proporcione la información necesaria sobre el uso adecuado de los productos y no desfavorezca el recurso a la lactancia materna. Se prohíbe la utilización de los términos "humanizado", ..maternizado", u otros similares. El término "adaptado" se podrá utilizar sólo de acuerdo con lo indicado en el párrafo 6.2.6 y el párrafo 1 del anexo IV.

No se incluirán en el etiquetado de los preparados para lactantes imágenes de niños ni otras ilustraciones o textos que puedan idealizar el uso del producto. Sin embargo, podrán llevar representaciones gráficas que permitan una fácil identificación del producto e ilustren el método de preparación.

Artículo 7. Publicidad.

7.1 La publicidad de los preparados para lactantes se limitará a las publicaciones especializadas en la asistencia infantil y a las publicaciones científicas.

7.2 Los anuncios de los preparados para lactantes cumplirán las condiciones establecidas en los párrafos 6.2.4, 6.2.5, 6.2.6 y 6.2.7.2 del artículo 6 y contendrán únicamente información objetiva de carácter científico. Tal información no deberá insinuar ni hacer creer que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia materna.

7.3 Se prohíbe la publicidad en los lugares de venta, la distribución de muestras o el recurso a cualquier otro medio de propaganda dirigido fomentar las ventas de preparados para lactantes directamente al consumidor en los establecimientos minoristas, como exhibiciones especiales, cupones de descuento, primas, ventas especiales, ventas de promoción y ventas acopladas.

7.4 Se prohíbe a los fabricantes o distribuidores de preparados para lactantes proporcionar al público en general, a las mujeres embarazadas, madres o miembros de sus familias, productos gratis o a bajo precio, muestras ni ningún otro obsequio de promoción, ya sea directa o indirectamente a través de los servicios sanitarios o del personal sanitario.

Artículo 9. Donaciones.

9.1 Las Administraciones Sanitarias velarán para que las donaciones de equipos o material informativo o educativo por parte de fabricantes o distribuidores sólo se efectúe a instancias y previa aprobación escrita de las citadas Administraciones. Tales equipos o materiales podrán llevar el nombre o el distintivo de la empresa donante, pero no deberán hacer referencia alguna a marca específica de preparado para lactantes y se distribuirán únicamente a través de los servicios sanitarios.

LA MUJER TRABAJADORA FUERA DEL HOGAR

Se sabe que:

1. Las mujeres que trabajan fuera del hogar amamantan menos tiempo.
2. La duración de la lactancia está relacionada con el número de horas de trabajo a la semana.
3. A mayor tiempo de baja mayor duración de la lactancia.
4. La duración de la lactancia materna exclusiva es mayor en aquellas madres que reciben apoyo para la lactancia en su lugar de trabajo.
5. La duración de la lactancia materna, también en la mujer que trabaja, está en relación con las prácticas de apoyo a la lactancia en el hospital de nacimiento.
6. Las madres que trabajan tienen mayor riesgo de desarrollar mastitis.
7. Los lactantes amamantados al pecho enferman con mucha menos frecuencia que los alimentados con leche artificial por lo que las madres que amamantan a sus hijos, tienen menos absentismo laboral y rinden mejor en su puesto de trabajo (estudio de 2 años de la Corporación Norteamericana: 59% vs. 93%).

Pero:

- La duración media de la lactancia es inferior en muchos países a la duración del permiso de maternidad: hay otras causas de abandono
- Bastantes estudios encuentran igual o mayor duración de lactancia en madres que trabajan: hay otros factores más influyentes

LEGISLACIÓN ACTUAL

Organismo: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Fecha BOE: 29/03/1995

PERMISO DIARIO POR LACTANCIA Art. 37. Tiempo de trabajo.

Las trabajadoras, por lactancia de un hijo menor de nueve meses, tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones. La mujer, por su voluntad, podrá sustituir este derecho por una reducción de la jornada normal en media hora con la misma finalidad. Este permiso podrá ser disfrutado indistintamente por la madre o el padre en caso de que ambos trabajen.

El permiso por lactancia debe ser por cada hijo por lo que en el caso de gemelos serían dos horas de ausencia, en el caso de trillizos tres...

En la nueva normativa de la Consellería publicada en DOGV julio 2003, el permiso por lactancia se alarga por un periodo total de 12 meses (hasta el año de vida del niño) y la madre puede disfrutar de una hora a mitad o al final o al principio de la jornada,

EXCEDENCIAS POR MATERNIDAD Art. 46. Excedencias.

Los trabajadores tendrán derecho a un período de excedencia, no superior a tres años, para atender al cuidado de cada hijo, tanto cuando lo sea por naturaleza como por adopción, a contar desde la fecha de nacimiento de éste. Los sucesivos hijos darán derecho a un nuevo período de excedencia que, en su caso, pondrá fin al que se viniera disfrutando. Cuando el padre y la madre trabajen, sólo uno de ellos podrá ejercitar este derecho.

El período en que el trabajador permanezca en situación de excedencia conforme a lo establecido en este artículo será computable a efectos de antigüedad y el trabajador tendrá derecho a la asistencia a cursos de formación profesional, a cuya participación deberá ser convocado por el empresario, especialmente con ocasión de su reincorporación.

Durante el primer año tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo.

Transcurrido dicho plazo la reserva quedará referida a un puesto de trabajo del mismo grupo profesional o categoría equivalente

LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR MATERNIDAD consiste en un subsidio equivalente al 100% de la base reguladora. En caso de parto múltiple, y de adopción o acogimiento de más de un menor, realizados de forma simultánea, se concederá un subsidio especial por cada hijo, a partir del segundo, igual al que corresponda percibir por el primero, durante el período de 6 semanas inmediatamente posteriores al parto o, cuando se trate de adopción o acogimiento, a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

- En los casos de parto prematuro y en aquellos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, habiéndose producido la interrupción de la percepción del subsidio de maternidad, cuando éste se reanude, una vez que el menor sea dado de alta hospitalaria, se percibirá en la misma cuantía en que se viniera abonando antes de la interrupción.

- Duración: 16 semanas ininterrumpidas, salvo en los casos de parto prematuro o en aquellos en que el neonato deba permanecer hospitalizado después del parto, ampliables en 2 semanas más por cada hijo, a partir del segundo, si se trata de un parto múltiple. Dicho período podrá disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial.

- Distribución del período de descanso: A opción de la interesada, siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto. Durante estas 6 semanas, la madre no podrá disfrutar del permiso por maternidad a tiempo parcial, ya que se consideran de descanso obligatorio.

En los casos de parto prematuro y en aquellos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, el período de descanso podrá computarse, a instancia de la madre o, en su defecto, del padre a partir de la fecha del alta hospitalaria, excluyéndose de dicho cómputo las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto.

En el caso de que el padre y la madre trabajen: La madre podrá optar, al iniciarse el período de descanso y sin perjuicio de las 6 semanas inmediatas posteriores al parto, por que el padre disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del período de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre, salvo que, en el momento de su efectividad, la incorporación al trabajo de la madre suponga riesgo para su salud. La suma total de los períodos de descanso no podrá exceder de las 16 semanas o de las que correspondan en caso de parto múltiple.

CONSEJOS Y TRUCOS PARA LA MADRE QUE TRABAJA FUERA DE CASA

Cada día es más frecuente la incorporación de las madres a la fuerza de trabajo remunerado. Experiencia en muchos países ha demostrado la posibilidad de mantener la lactancia natural en este grupo de población.

Aunque resulta particularmente sacrificado para madres y niños, el proceso puede resultar particularmente gratificante con el consiguiente beneficioso para el niño y la familia. El proceso pasa por los siguientes postulados:

- Visión realista tomando en cuenta las circunstancias del entorno
- Cumplimiento de la normativa.
- Estudio de una alternativa:
 - permiso especial, tiempo parcial,
 - Teletrabajo o trabajo a domicilio
 - acceso fácil al niño (guardería cerca o de la empresa, o llevárselo en una pausa)
- Mantenimiento de la producción láctea: requiere del vaciamiento periódico de la mama (al menos 5 veces al día): requiere facilidades en la empresa.
 - Recolección y almacenamiento en condiciones óptimas de la leche extraída
 - Sacaleches: mejor eléctrico y de doble copa, para obtener más leche y ganar tiempo. Se pueden alquilar o comprar en farmacias y tiendas especializadas.
 - Recipientes de vidrio, plástico o bolsas etiquetados con fecha (y nombre si se lleva a guardería); la leche se conserva 6 horas a temperatura ambiente, 6 días en frigorífico y 6 meses en congelador separado (1 mes si 2 estrellas, 3 meses si 3 estrellas).
 - Recolección antes de empezar a trabajar
 - Recomendación de extracciones en el lugar de trabajo
- Apoyo activo por los sanitarios (por Ej. Constancias o certificaciones)
- Concienciar a la familia.
 - Confianza en método alternativo de alimentación (cuchara, vasito, biberón) involucrando a la persona que se hará cargo del bebe.
- Aumento de frecuencia de las tomas nocturnas en detrimento de las que ocurrirían durante el trabajo
 - Ventaja del colecho
- Una lactancia mixta con uso de leche adaptada durante las horas de trabajo como último recurso.

¿Cómo protege la ley a la mujer trabajadora que amamanta?

(Sección de preguntas más frecuentes del foro del Comité de lactancia de la Asociación española de Pediatría: http://www.aeped.es/lac-mat/rpmf_index.htm)

El trabajo es un derecho de la mujer actual que le permite ser independiente económicamente y realizarse como persona. Algunas mujeres deciden dejar de trabajar cuando son madres pero ser una buena madre no es incompatible con trabajar fuera de casa, tanto si se amamanta como si no.

En el momento actual según la legislación española (ver más abajo) la mujer tiene derecho a una baja maternal remunerada de 16 semanas tras el parto. Además durante 9 meses (o más según comunidades autónomas) puede pedir una hora de lactancia que puede dividir en 2 periodos. Durante el primer año de vida del bebé puede pedir una excedencia con derecho a reserva del puesto de trabajo. La excedencia se puede pedir hasta el tercer año, pero después de los 12 primeros meses se pierde el derecho a la reserva del mismo puesto de trabajo. Hasta los 6 años es posible pedir reducción parcial de la jornada laboral (2/3 o la 1/2) por cuidado de hijos menores de 6 años. Esto es igual para hijos biológicos o adoptados.

Además la legislación contempla el cambio de puesto de trabajo de la mujer embarazada o lactante en el caso de trabajos que impliquen contacto con agentes peligrosos como el benceno (Conv OIT 136/1971, BOE 5-2-75) o el cinc o plomo (Rec 4/1919), manganeso, mercurio, citostáticos, pesticidas, así como la prohibición de transporte manual de carga (conv OIT 127/1967, BOE 15-10-1970). También la OIT prohíbe a las mujeres lactantes el trabajo nocturno y las horas extraordinarias así como trabajos que pueden reducir o inhibir la producción de leche por exigir esfuerzos físicos o mentales excesivos, equilibrios especiales, máquinas trepidantes o sometimiento a temperaturas extremas.

Las leyes europeas y la Ley General de Sanidad establecen medidas especiales de protección, de modo que cuando las condiciones del trabajo supongan riesgos para la lactancia, la madre puede pedir al empleador que se adopten las medidas necesarias para evitar la exposición a ese riesgo, tales como cambio de horario o de lugar de trabajo.

En los casos de partos prematuros y en aquellos en que el recién nacido deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, el periodo de descanso podrá computarse, a instancia de la madre o, en su defecto, del padre, a partir de la fecha del alta hospitalaria. En todo caso se mantendrá el periodo de descanso obligatorio de 6 semanas tras el parto para la madre. La madre o el padre tendrán derecho a ausentarse del trabajo durante una hora (permiso retribuido), en los casos de nacimientos de hijos prematuros o que deban permanecer hospitalizados tras el parto. Asimismo tendrán derecho a reducir su jornada hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario”

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (B.O.E. 60/11/1999).

Sobre el permiso diario por lactancia:
BOE 29/03/1995, art. 37.

Sobre excedencias por maternidad:
BOE 29/03/1995, art. 46.

Modificaciones para niños prematuros y hospitalizados:
BOE 10/07/2001. Ley 12/2001 de 9 de Julio

Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo:
NTP 664: Lactancia materna y vuelta al trabajo

Voluntariado de Madres en el Hospital: cómo hacerlo

Salomé Laredo Ortiz*, Raquel Sarabia Álvarez, Adoración Martínez Hernández

Amamanta. Grupo de apoyo a la lactancia materna. Valencia.

*Responsable del programa de Salud Materno Infantil de UNICEF-Valencia

Introducción

El VOLUNTARIADO DE MADRES en la planta de maternidad de hospital es una actividad innovadora y sin precedentes en España, que comenzó en el año 2007 y fue puesto en marcha por parte de madres voluntarias de *Amamanta*. Grupo de apoyo a la lactancia materna.

Amamanta como grupo de apoyo se gesta en un taller de lactancia de un Centro de Salud. Sus objetivos fundacionales son:

- promocionar el taller de lactancia como una herramienta de apoyo a las madres que desean amamantar
- animar a los profesionales de atención primaria a abrir Talleres en sus lugares de trabajo
- organizar el apoyo con madres expertas en esta actividad para reforzar y animar los talleres de nueva creación.

La madre que acude al taller en busca de ayuda y logra superar sus dificultades, evoluciona hacia una la figura de “madre de apoyo”, dándose, entonces, el refuerzo entre iguales, es decir, “de madre a madre”.

A lo largo de estos años de experiencia en los talleres ha surgido siempre la cuestión: ¿por qué no se inicia antes esta forma de apoyo a las madres?. En los días del hospital se pierden muchas lactancias por falta de información, falta de asesoramiento, desconocimiento, mucha soledad y muchas lágrimas sin respuestas. ¿Cómo se puede cambiar esta situación? ¿Qué puede hacer la asociación para “poner un eslabón en esta cadena de apoyo... que se ha roto”?

La participación de nuestro grupo en el Comité de Lactancia del Hospital La Fe nos permitió conocer las dificultades que tienen los profesionales -motivados en apoyar la lactancia materna- dentro de un medio que aún no considera la lactancia como actuación de primer orden. Problemas en los servicios por falta de personal o personal no preparado, acumulación de tareas (sin incluir el apoyo a la lactancia como actividad importante), rutinas hospitalarias que no favorecen el inicio, hábitos de suplementar con biberones, etc.

Por tanto, un grupo de madres voluntarias puede acompañar y reforzar también la labor que allí realizan los distintos profesionales. A continuación, se muestra la cronología y evolución de *Amamanta* dentro del comité de Lactancia del Hospital La Fe.

- Año 1999. El Comité de lactancia del Hospital la Fe de Valencia inicia su trayectoria. Participan en el Comité, representantes de los centros de salud, matronas y pediatras y representantes de cada servicio del hospital
- Año 2001. *Amamanta* participa en sus reuniones y forma parte de su estructura representando a las madres
- Año 2003. El Comité de Lactancia solicita la participación de *Amamanta* para mostrar la experiencia de los talleres en los cursos de formación
- Año 2005. En las actas del Comité de este año, ya figura la propuesta de *Amamanta* para proporcionar un apoyo voluntario a las madres ingresadas en las plantas de púerperas
- Año 2006. Primer convenio entre *Amamanta* y el Hospital La Fe para el Voluntariado de madres ratificado por la Conselleria de Sanitat
- Año 2007. Febrero. Puesta en marcha del voluntariado de madres en la planta 7ª del Hospital la Fe
- Año 2007. Abril. Ampliación del convenio de voluntariado al resto de hospitales de la provincia de Valencia
- Año 2008. Experiencia del voluntariado en la planta 8ª.
- Año 2009. I Curso de formación de asesoras de lactancia. Organizado por el Hospital La Fe y *Amamanta*
- Año 2010-11. II y III Curso de formación de asesoras de lactancia. Acreditado por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).

Programa de Voluntariado de Amamanta

Objetivos

- A) Apoyo al amamantamiento inmediato tras el parto y fomento del contacto piel con piel.
- B) Creación de una "cadena de apoyos continua" para la mujer, iniciada en la preparación maternal, en la que la madre es informada de la existencia del taller de lactancia en el hospital, apoyo en planta de púerperas y remisión a las madres al taller de lactancia de su centro de salud.

Desarrollo del programa

Una vez el proyecto del voluntariado tomó cuerpo, se definieron las características de la voluntaria, el protocolo de trabajo, así como aspectos relacionados con la colaboración con el personal sanitario y el protocolo de actuación, que a continuación, pasamos a comentar.

- 1) Características que debe cumplir la candidata para acceder al voluntariado:
 - a.- Ser socia de *Amamanta*
 - b.- Tener experiencia en la técnica de taller
 - c.- Haber realizado cursos de formación en lactancia materna
- 2) Se previó la necesidad de que la voluntaria fuera identificable e inconfundible con el personal sanitario o con visitas: el "uniforme" de la voluntaria es un peto, color verde pistacho, nadie en el hospital viste de ese color, y lleva una identificación de la asociación con su nombre.
- 3) El número de voluntarias por grupo diario se estableció que fuera de 2 ó 3. De esta manera, cuando hay una nueva voluntaria se incorpora a un grupo ya establecido.
- 4) Como parte de las obligaciones que contrajo la asociación con la Conselleria de Sanitat, las voluntarias debían estar aseguradas tanto personalmente como en su responsabilidad civil.
- 5) Concretamos el dónde y cuándo del taller de lactancia: se realizaría en la sala de visitas de la 7ª planta del pabellón de maternidad del Hospital Universitario de la Fe, de lunes a viernes y la voluntaria estará en planta de 14,30 a 18,00 h.
- 6) Dado que la voluntaria debe apoyar los casos considerados como lactancia de riesgo o susceptibles de ser reforzados, tras consideración previa del personal sanitario, establecimos un canal de comunicación por escrito.

Durante la mañana, la enfermera de niños recoge en la hoja de valoración lo que observa, tanto referente a la madre como al bebé. En esta hoja está la etiqueta identificativa de la madre y en la casilla adjunta la de su valoración. La voluntaria posteriormente también añadirá su observación en la misma casilla. Además al solaparse el horario del voluntariado con el del turno de mañana del personal se facilita el contacto directo sanitario-voluntaria.

Consideramos que ésta es una condición fundamental: la interacción entre personal sanitario y la voluntaria ha de ser una relación de cooperación que debe producirse, para que la actividad y sus resultados sean satisfactorios.
- 7) Desde el primer día de voluntariado, surgió de manera espontánea una comunicación entre las voluntarias por vía e-mail, donde se remarcaban las observaciones de la hoja de valoración y se plasmaba la situación emocional vivida en ese día.
- 8) También, precisamos el protocolo de actuación de las voluntarias para estandarizar el modo de trabajo, el cual se detalla a continuación.

Protocolo de actuación

1. La voluntaria acude a la hora, deja sus objetos personales en la habitación de las enfermeras y se pone su uniforme.
2. Por megafonía, una enfermera avisa a las madres que la asesora en lactancia ya ha llegado y que va a tener lugar el taller de lactancia en la sala de visitas.
3. Del mostrador de la planta, la voluntaria recoge la carpeta que contiene las hojas de valoración y comenta los casos más destacados del día con la enfermera.
4. La voluntaria entra a lavarse las manos al box, de donde también recoge la caja con el material que entregará a la madre: trípticos, hojas informativas sobre talleres de lactancia, etc.
5. Mientras acuden las madres al taller se revisa la hoja de valoración y se repasa la del día anterior, por si hay que repetir el apoyo.
6. Se realiza el taller. Se procura que las sillas tomen forma circular y las madres deben venir con su bebé. También se les anima a que participen sus acompañantes que así lo desean: pareja, madre, hermana, amiga, etc.
7. Se pasa por las habitaciones en algunos casos concretos:

i) En caso de que alguna madre apuntada en la hoja de valoración no haya acudido al taller.

ii) En caso de que la madre esté en cama, goteros, sonda, malestar, etc. y nos haya avisado la enfermera o un familiar.

iii) En caso de que estando allí se produzca un nuevo ingreso, éstas son de las mejores situaciones, ver mamar al bebé por primera vez es de las experiencias más emocionantes que se pueden tener.

iv) En caso de que nos llamen de la otra planta, la 8ª.

v) Que el o los bebés estén en neonatos, estas madres no suelen acudir.

8. Se anota en la hoja de valoración lo observado.

9. En todos los casos hay que entregar el tríptico de *Amamanta* y es fundamental orientar a las madres hacia los talleres de lactancia más cercanos a su domicilio.

Anotamos como hecho importantísimo para el trabajo: es fundamental para la actividad de la voluntaria, que la enfermera que visita a las puérperas durante la mañana las motive a acudir al taller.

El primer año de la actividad en la planta séptima fue expuesto en las reuniones semestrales del Comité de Lactancia y fue allí, donde se mostró la evolución en el trabajo desarrollado por la voluntaria, estando en pocos meses organizado en función del día de ingreso en que la madre y el bebé se encontraran.

De esta manera, el modo de trabajo quedó así:

- Apoyo en el primer día de ingreso: se observa el estado de sensibilidad materna, es decir, el deseo de la madre de ver y tener a su hijo, así como el estado de alerta del recién nacido, que debe estar con los ojos abiertos, tranquilo, despierto, sin moverse apenas, pendiente de lo que pasa a su alrededor. Debe facilitarse también la estimulación sensorial, sobre todo la olfativa del recién nacido.

- Apoyo en el segundo día de ingreso: se considera que la fase de transición ha pasado, pero esta consideración se realiza simplemente porque el alta hospitalaria se produce a las cuarenta y ocho horas del nacimiento. Es el momento de realizar la observación de la toma, valorar la succión del bebé, informar y/o corregir la postura y la posición así como realizar estimulaciones periorales.

Perfil de la voluntaria:

Es fundamental destacar un análisis del tipo de trabajo y del perfil de la voluntaria. Como ya indicamos en las características, al inicio de este trabajo, son mujeres formadas tanto en los talleres de lactancia como en cursos de formación en lactancia, pero su habilidad fundamental consiste en su manera de actuar, frente a la madre, con la mínima intervención, sin emitir juicios ni expresar opiniones.

Realizan una escucha desde el cuerpo de la situación por la que la nueva madre está viviendo, son conocedoras de cuál es el hábitat y el nicho ecológico imprescindible para la vida, el hábitat es el cuerpo de la madre y el nicho ecológico, la lactancia materna. Por eso no se puede separar si se quiere garantizar la supervivencia de la especie.

Al final: no estás sola...la cadena de apoyos.

Una vez que la voluntaria ha finalizado su trabajo de apoyo a la madre y al bebé recién nacido, se le ofrece la posibilidad de asistir al taller de lactancia en su centro de salud. Para ello *Amamanta*, ha confeccionado un listado de talleres de lactancia en centros de salud, donde se indica, la dirección del centro, el nombre de la matrona, pediatra o enfermera responsable del taller, el horario de éste, el nombre de la madre responsable del taller así como su teléfono. De esta manera, logramos tejer una red de apoyo para la madre en la cual no se siente sola, puede compartir la experiencia y de esa manera, vivir su lactancia de una manera placentera y gozosa.

Resultados

Cada año son atendidas por un equipo de quince voluntarias unas 1300 madres, realizando todas ellas encuestas de valoración. De los resultados obtenidos en las mismas, se derivan las siguientes conclusiones:

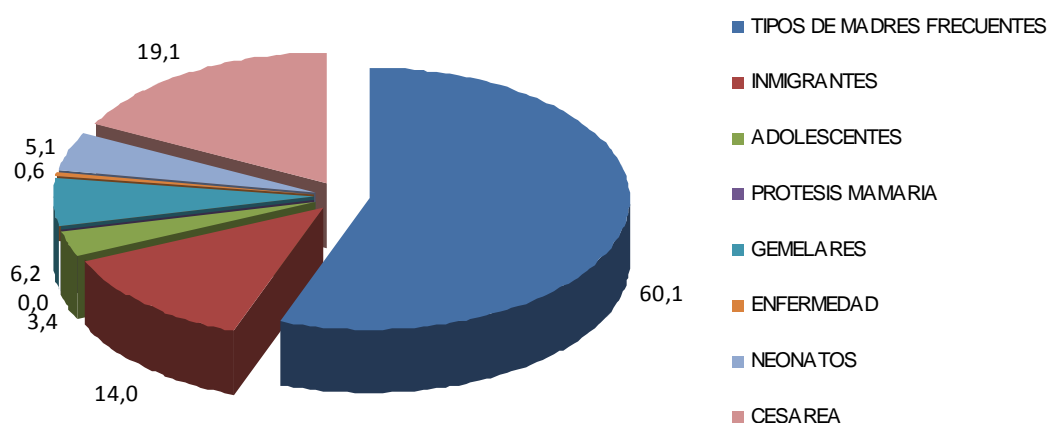
- **Nivel de satisfacción de las madres:**

- El 57% de las madres consideró que el apoyo fue muy bueno, 26% bueno, 13% regular y solamente el 5% lo consideró suficiente.

- En ningún caso se consideró que el apoyo no fuera efectivo.

- **Tipo de apoyo recibido** fue considerado por las madres como:
 - Emocional (refuerzo de confianza, acompañamiento): 40%
 - Informativo o técnico: 60%.
- **El proyecto de talleres de lactancia en centro de salud:**
 - 74% de las encuestadas lo conocían.
 - 16% no lo conocían.
 - 10% no sabían si había o no taller en su centro de salud.
- **El lugar donde se realizó el apoyo en el hospital:**
 - 26% se realizó en la habitación
 - 74% se realizó en grupo en la salita de familiares como un taller.

En cuanto al tipo de madres atendidas por las voluntarias se recogen en la siguiente gráfica:



Como madres frecuentes, entendemos las mayoritarias, es decir, españolas, mayores de edad, y sanas.

Las dudas más frecuentes que las madres tenían al ser preguntadas por las voluntarias eran:

| | |
|-------------------------|--------|
| Falta de confianza | 27.6 % |
| Falta de apoyo familiar | 3.1% |
| Desinformación | 31% |
| Falta de leche | 11.2% |
| Pezón dolorido | 8.2% |
| Pezón plano | 6.6% |
| Pezón invertido | 1.0% |
| Uso de pezoneras | 6.6% |
| Grietas | 4.6% |

Las preocupaciones más frecuentes sobre el estado del bebé fueron:

| | |
|-----------------------------|-------|
| Bebés favorables | 31% |
| Adormilado | 34.5% |
| Nervioso | 3.5% |
| Enganche | 6% |
| Biberones | 9.5% |
| Pérdida de peso fisiológico | 4% |
| Ictericia | 1% |
| Frenillo | 0,5% |

En todos los casos presentados, el modo de actuar de las voluntarias fue:

| | |
|-----------------------|-------|
| Hablando con la madre | 100% |
| Con intervención | 32,9% |
| Piel con piel | 71,3% |

En cuanto a los proyectos desarrollados por *Amamanta* de talleres de lactancia en centros de salud y el voluntariado en hospitales:

| | |
|----------------------------------|-------|
| Conocimiento del voluntariado | 49,1% |
| Desconocimiento del voluntariado | 50,9% |
| Conocimiento de talleres | 62,8% |
| Desconocimiento de talleres | 37,2% |

Por otra parte, también hemos realizado encuestas de satisfacción sobre el trabajo de las voluntarias y el resultado fue el siguiente:

| | | |
|-----------------------------|--------------|------|
| "Arrepentida del esfuerzo" | Desfavorable | 0% |
| "Me he sentido feliz" | Favorable | 64,3 |
| "Las madres han respondido" | Favorable | 85,7 |

En ningún caso, ninguna voluntaria consideró que no había valido la pena ir a realizar el trabajo al hospital, se sintieron plenamente felices un 64,3% y sintieron la respuesta emocional de las madres y su acogida un 85,7 % de las madres.

Son resultados muy motivadores que una voluntaria recibe como compensación a su trabajo.

Conclusiones

- Después de cuatro años de voluntariado hospitalario, encontramos que tanto el proyecto de talleres de lactancia en centros de salud como el del voluntariado ya es conocido por la mitad de las mujeres atendidas, por tanto, estas mujeres ya están situadas en la cadena de apoyos lo cual asegura el éxito de la lactancia.

-Las actividades de promoción de la lactancia materna realizada por los grupos de apoyo resultan herramientas imprescindibles, tal y cómo indican las recomendaciones internacionales promulgadas por la OMS y UNICEF.

- Actividad hospitalaria. Unas 1300 madres son atendidas anualmente por 15 voluntarias, con unos índices de satisfacción muy elevados.

- El nivel de satisfacción por parte de los profesionales del hospital es muy elevado. La actividad de voluntariado está plenamente integrada en la labor de apoyo que promulga la Comisión de Lactancia del hospital.

- El nivel de satisfacción de la voluntaria es muy elevado, lo que asegura su continuidad en el proyecto, al sentirse compensada.

- La red de talleres de lactancia ha aumentado hasta 90 en toda la Comunidad Valenciana.

- La Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, acredita desde el 2010 los cursos para la formación de nuevas voluntarias de hospital que *Amamanta* organiza.

- El Voluntariado se realiza como prácticas del Curso de formación de formadores en lactancia materna.

- Residentes de pediatría y de matronas, hacen una ronda de apoyo a las madres en compañía de una voluntaria.

- En el año 2009 se produjo la renovación del Convenio de Voluntariado por parte de *Amamanta* y la Conselleria de Sanitat

Bibliografía

1.- Estudio sobre Evidencia Científica de la Organización Mundial de la Salud "Hacia una lactancia feliz". 1980.

2.- Rozada Montemurro R., Laredo Ortiz, S. Por qué a los sanitarios de la red pública nos puede interesar poner en marcha talleres de lactancia en los centros de salud. Medicina Naturista, 2006; Nº 10: 683-685. SIN. 1576-3080.

- 3.- Rozada Montemurro R., Laredo Ortiz, S. Talleres de lactancia en la cartera de servicios de los centros de salud. Medicina Naturista, 2006; N° 10: 686-688. SIN 1576-3080.
- 4.- Rozada Montemurro, R., Laredo Ortiz, S. Cap. 22 "El grupo de apoyo en la maternidad", págs. 211-215. Manual de Lactancia Materna. Guía para profesionales. AEPED. ISBN: 978-84-7903-972-1. 2008.
- 5.- Laredo Ortiz, S., Rozada Montemurro, R., Cap. 32 "Los grupos de apoyo en el centro de salud. Los talleres de lactancia". Manual de Lactancia Materna. Guía para profesionales. AEPED. ISBN: 978-84-7903-972-1.
- 6.- George Kent. Child feeding and human rights. International Breastfeeding Journal 2006, 1:27.
- 7.- El derecho de todas las mujeres a amamantar. Publicación traducida y adaptada al español por CEFEMINA, IBFAN, Costa Rica. Secretariado de WABA.
- 8.- Carol Wagner et al. The Role of Personality and other factors in a mothers Decision to initiate Breastfeeding. J. Hum. Lact. 22 (1) 2006.
- 9.- Dyson L., McCormick, F., Renfrew, M. J. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 N° 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 10.- Blázquez García, M. Jesús. "La ecología al comienzo de nuestra vida". ISBN-13:978-84-934456-9-0. 2010.

SEMINARIO: CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA.

AUTORA: M^a Victoria Martínez Gil

Dotar de herramientas a los profesionales para que la comunicación sea afectiva y no se pierda un buen fondo por una forma inadecuada, es un esfuerzo que nos puede facilitar y hacer muy agradable nuestro trabajo, en el campo de la educación para mejorar o no perder la salud.

Este seminario tiene como objetivo dar a conocer diversas habilidades emocionales que sean útiles en la práctica diaria para que podamos transmitir conductas que consideramos favorecedoras de la salud.

Dar a conocer formas de optimizar las habilidades de comunicación de los profesionales con los pacientes, con sus familiares y con otros profesionales.

Facilitar métodos que aumenten a la eficacia en las acciones educativas tanto grupales como individuales.

Dar a conocer instrumentos de motivación individual que promuevan conductas responsables y duraderas.

Identificar y saber procesar las emociones de malestar es una habilidad fundamental para manejar con la mayor serenidad conductas que se manifiestan por las creencias erróneas y falseadas por el tiempo, las modas y la ignorancia que a base de repetir algo lo hace "ley". Esta identificación y buen manejo va a tener gran influencia en el clima que se establece entre profesionales y pacientes.

Otro tipo de habilidades de igual importancia son las de comunicación, siendo de gran ayuda aprender técnicas tanto de comunicación verbal como no verbal.

Tener conocimiento de los factores que facilitan o dificultan una buena comunicación hará que el paciente sienta que el profesional desea conocer para ayudar y será mucho mas receptivo para incorporar a su vida los consejos y guías de actuación que les hagamos llegar.

Por ultimo llegaremos a las habilidades que motivan para el cambio.

Las habilidades que desarrollaremos son una eficaz herramienta para influir sobre los conocimientos, actitudes creencias y comportamientos.

CONTROL DEL DOLOR EN EL PARTO

SEMINARIO-TALLER

CONTROL DEL DOLOR EN EL PARTO

PONENTE:

M^a ISABEL CASTELLÓ LÓPEZ

MATRONA. PSICOTERAPEUTA

HOSPITAL LLUÍS ALCANYÍS

XÀTIVA (VALENCIA)

RESUMEN

Palabras clave: parto eutócico / distócico, dilatación, expulsivo, analgesia/anestesia

INTRODUCCIÓN

Muchas mujeres acuden al hospital en el momento del parto sin tener conocimientos sobre el tipo de analgesia o anestesia que tienen sus hospitales de referencia. También han dejado de ir a los cursos de Educación para la Salud Materno Infantil por lo que son grandes desconocedoras. Esto, junto con la falta de trabajo personal durante el embarazo hace que los miedos surjan y se expresen inadecuadamente aumentando así el dolor físico del parto.

La cuestión importante es que, también muchos profesionales son desconocedores, no solo de los recursos que existen, farmacológicos o no, sino de la interacción con la lactancia materna cuando la madre desea amamantar a su hijo. Esto hace que los consejos al respecto no sean los más adecuados, por lo que es imprescindible formar a dichos profesionales que a su vez asesoran a estas madres.

Objetivo general:

Proporcionar conocimientos sobre todos los recursos que existen, farmacológicos y no farmacológicos, para tratar o controlar el dolor en el momento del parto.

Objetivos específicos:

1.-Conocer los tipos de analgesia y anestesia que existen 2.-Valorar la relación de los métodos farmacológicos y no farmacológicos con la lactancia materna.3.-Aprender a asesorar adecuadamente sobre las indicaciones y contraindicaciones de los recursos disponibles. 4.-Informar correctamente sobre las ventajas y desventajas de cada recurso teniendo en cuenta los deseos de amamantar de la madre.5.-Fomentar el trabajo personal para el autocontrol del dolor a través de los cursos de Educación para la Salud Materno Infantil.

Conclusiones

Una de las formas de conseguir un cambio de actitudes, tanto en profesionales como en usuarios, es a través de la adquisición de conocimientos que se ajusten a la realidad y no al deseo. Esto, implicaría tener una serie de expectativas que pueden generar más ansiedad y miedo que dificulte el proceso fisiológico de un parto normal.

Aquí es cuando los profesionales implicados en el proceso de nacimiento y parto, se convierten en informadores clave, para conciliar los recursos y las necesidades de cada mujer para su control en el proceso de parto.

SEMINARIO: CONTROL DEL DOLOR EN EL PARTO

AUTORA: M^a Isabel Castelló López. Matrona



1. INTRODUCCIÓN

Los esfuerzos para aliviar el dolor que origina el nacimiento de un ser humano probablemente sean tan antiguos como la humanidad misma. Desde los ritos y encantamientos de las comunidades primitivas hasta las modernas tendencias analgésicas avaladas por los hallazgos de la medicina contemporánea, el objetivo ha sido invariable: liberar a la parturienta de esa cuota de sufrimiento innecesario que en la actualidad parece destinado a desaparecer.⁽¹⁾

El parto, podríamos decir, que es el proceso más psicossomático de la medicina, es precisamente en el parto, donde, lo somático y lo psíquico forman un todo y nos recuerda que, junto a un cuerpo hay una mente que constituye una unidad con aquel.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional, generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

Debemos hacer una distinción entre analgesia y anestesia.

Analgesia es el alivio del dolor y no afecta a la consciencia. Anestesia es la suma del alivio del dolor y pérdida de sensibilidad. Acompañado de pérdida de la consciencia.⁽²⁾

El estímulo doloroso es transmitido desde las terminaciones libres y los receptores periféricos a la corteza cerebral por cuatro neuronas (ganglio raquídeo > asta posterior de la médula > núcleo ventroposterolateral del tálamo > corteza cerebral). En las sinapsis de cada una de ellas contactan con otras neuronas, dando éstas una serie de respuestas orgánicas y psicológicas, como la estimulación simpática, hiperventilación o la hiperactividad endocrina.

Por ejemplo, en el feto, la hiperventilación y alcalosis respiratoria subsiguiente reduce la oxigenación, así como los periodos de hipoventilación en las fases de relajación que

produce caídas en la PaO₂ del 25 al 30%. Otros efectos en la madre serían: hiperglucemia, acidosis metabólica, aumento de incidencia de náuseas y vómitos, angustia, miedo, agresividad. Los altos niveles de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) se han relacionado con contracciones irregulares y pobre progresión de la dilatación cervical ⁽³⁾

Así mismo producir adrenalina es una respuesta automática ante una situación que nos produce miedo o nos resulta amenazadora; la sintomatología que causa esta situación es entre otras el aumento de la presión sanguínea, sudor frío en la piel, taquicardia, pupilas dilatadas, intranquilidad.

Esto dará lugar a comportamientos de pánico, y disminución de la producción de oxitocina con las consecuencias explicadas anteriormente ⁽⁴⁾

Con respecto al dolor de parto se define como la suma progresiva de varios **tipos de dolor** provocados por estímulos concretos durante la dinámica del trabajo de parto y transmitido a nivel medular por las raíces sensitivas de D10 a S4. ⁽⁵⁾. Pudiendo distinguir los siguientes tipos:

1. Dolor Visceral (Dilatación):

Se debe a la dilatación del cérvix, del segmento uterino inferior y del cuerpo uterino, contracción de un miometrio y un cérvix isquémico y por presión de las terminaciones nerviosas entre las fibras musculares uterinas. Es transmitido por las raíces D10-L1. Difuso, sordo, acompañado de reflejos vegetativos y referido en la superficie.

2. Estadio transicional:

a. Dolor visceral secundario: Es por la distensión peritoneal de órganos pélvicos, tracción de la vejiga, uretra y recto; estiramientos de fascias musculares y distensión del peritoneo parietal. Transmitido por las raíces L2-S1. Dolor difuso e impreciso, de distribución amplia.

b. Dolor somático profundo. Por compresión del plexo lumbosacro. Transmitido por las raíces L2-S1. Dolor más intenso y concreto.

3. Dolor somático superficial (Expulsivo):

Por efecto compresivo de la cabeza fetal sobre las estructuras pélvicas y a la distensión de la vagina y periné, desgarros y estiramientos de fascias y tejidos subcutáneos, compresión de musculatura y aponeurosis perineal. Transmitido por raíces S2-S4 (N. Pudendo). Es un dolor agudo, bien localizado, y de creciente intensidad.

El trabajo de parto, puede llegar a ser la experiencia más dolorosa que una mujer se ha encontrado nunca. La experiencia es diferente para cada mujer y los diversos métodos elegidos para remitir el dolor, dependen de las técnicas que están disponibles localmente y de la opción personal de cada mujer.

El mejor recurso para el control del dolor del parto es aquel que consigue un bloqueo en la transmisión del estímulo nociceptivo antes de llegar al sistema nervioso central, evitando así los efectos deletéreos antes mencionados. Así mismo se pueden distinguir las siguientes **técnicas analgésicas**:

1. Métodos no farmacológicos (6).

- a. De eficacia demostrada (apoyo durante el parto, inyección dérmica de suero estéril, inmersión en agua)
- b. De eficacia poco documentada (Psicoprofilaxis, hipnosis, acupuntura)
- c. De ineficacia demostrada (TENS)

2. Métodos farmacológicos

Anestesia inhalatoria, analgesia parenteral, bloqueo para-cervical, bloqueo de nervios pudendos, analgesia local, bloqueo espinal (epidural, subaracnoideo y combinado), anestesia general.

Podemos decir que los bloqueos a nivel espinal destacan sobre todos, porque consiguen el máximo control del dolor con complicaciones que no son relevantes a largo plazo frente a la subjetiva satisfacción de la madre.

En ocasiones, este tipo de técnica está contraindicada (sepsis local o sistémica, hipovolemia o diátesis hemorrágica). Hay situaciones específicas en las que está indicada una analgesia alternativa, como es el caso de ausencia de material o medios, dificultades de la técnica por obesidad extrema o deformidades en la columna vertebral o incluso porque la parturienta rehúse la técnica neuroaxial (7).

La matrona, como educadora de la mujer gestante, en especial, y otros profesionales en general, tienen una función muy importante en la información sobre los distintos métodos que hay disponibles, sus beneficios y desventajas, así como también sus indicaciones y contraindicaciones. (6)

A.-METODOS NO FARMACOLÓGICOS

En este grupo, como hemos explicado anteriormente hay 3 subgrupos: 1.-los de eficacia probada, 2.-los de eficacia no documentada y 3.- los de ineficacia demostrada. Veamos cada uno de ellos:

1.a) Apoyo durante el trabajo de parto:

Hay que tener en cuenta que el dolor en el parto, no solo se desencadena por una reacción física, sino por varios factores, entre ellos, los psico-emocionales de la propia mujer, el apoyo de la pareja, el entorno, etc. De aquí que sea importante tener a alguien durante esta etapa a una persona que proporcione apoyo y transmita, seguridad, tranquilidad y confianza. En general, suele ser la propia pareja, pero puede ser cualquier persona que elija la mujer y que esté implicada en el proceso. Este apoyo puede realizarse, no solo con la presencia pasiva del acompañante, sino de forma activa realizando masajes lumbares, contacto físico, palabras de aliento, ayuda en los cambios posturales, etc.

Aquí el trabajo de la matrona puede ser fundamental, pues en muchos trabajos se demuestra la influencia de la actitud de la matrona en el desarrollo del trabajo de parto, pues es ella la que desde su “estar presente” (obstare) puede facilitar no solo el apoyo a la pareja sino cuidar del entorno de intimidad y respeto, favoreciendo además,

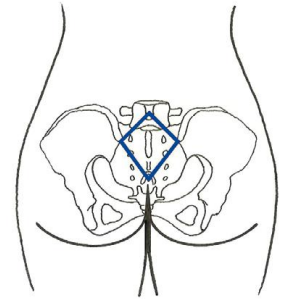
la creación del vínculo y el posterior contacto precoz que favorecerá la lactancia materna.

1.b) Inyección Dérmica:

Se trata de inyectar agua estéril (0,1-0,5 ml) en el rombo de Michaelis.

Disminuye en mayor grado el dolor lumbar y consigue mayor relajación que la acupuntura. Es un método eficaz para el alivio del dolor lumbar pero debe informarse que la inyección puede producir escozor y dolor intenso momentáneos. No interfiere en la lactancia

materna. El único inconveniente es que no todo el personal conoce la técnica y por lo tanto, no puede proporcionar este recurso.



1.c) Inmersión en el agua:



La inmersión en el agua consiste, como bien se puede entender, en pasar parte del proceso del parto o proceso completo sumergida en agua templada o caliente.

El uso de inmersión en agua en la primera etapa del parto reduce el dolor y el uso de analgesia regional. La inmersión temprana en agua aumenta el uso de analgesia epidural y de oxitocina.

Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. Un gran inconveniente es que muchos hospitales no disponen de bañeras. Este método no interfiere en la lactancia materna.

2.a) Psicoprofilaxis:



Este método, introducido en España por el Dr. Aguirre de Cárcer en 1956. Hoy en día se conoce como la Escuela de Educación Maternal. Pero fue la matrona Dña. Consuelo Ruíz Velez- Frías, muy conocida en España por el colectivo de matronas, quién utilizó este método tras su formación en Francia, y poco reconocida como la pionera en su utilización por el hecho de no ser médico y solo matrona. De hecho publicó, a través de la Asociación Española de Matronas dos importantes manuales de cómo hacer la preparación a la Maternidad⁽⁷⁾

El método consiste en proporcionar recursos y habilidades a las mujeres durante el embarazo para afrontar mejor el proceso de parto mediante conocimientos teóricos, preparación psíquica y física, en definitiva, **entrenamiento**.

La preparación **psíquica** se fundamenta en enseñar a manejar miedos y ansiedades, para lo cual existen distintas técnicas (respiración, relajación, visualización, musicoterapia, etc).

Respiración:

Saber respirar contribuye a liberar tensión y crear un estado de relajación agradable. La oxigenación mejora el estado materno-fetal durante el embarazo y el trabajo del parto. Crear el reflejo condicionado, contracción-relajación es muy esencial para el binomio madre-hijo.

La relajación:

Como primer recurso que se debe utilizar para disminuir la ansiedad del trabajo del parto.

Entrenamiento físico:

Para el bienestar físico, aumentar la elasticidad muscular, estimular la circulación sanguínea y flexibilizar las articulaciones que intervienen en el parto.

Este método es de gran eficacia si se lleva a cabo por profesionales que tengan una amplia visión y conocimiento de habilidades psicoterapéuticas y que sepan manejar la ansiedad y el miedo de las mujeres. Como método necesita del entrenamiento constante durante el embarazo, no solo de la mujer sino de la pareja, quien juega un papel muy importante para el futuro apoyo en el momento del parto. No solo no interfiere en la lactancia materna sino que la favorece.

2.b) Hipnosis:

Desde hace siglos, se conoce el alcance del poder de la mente para mejorar enfermedades del cuerpo e incluso ha habido enfermos que se han curado completamente bajo la hipnosis. Con estos fines fue utilizada por egipcios, griegos e incluso incas. La hipnosis se ha utilizado en medicina generalmente para las enfermedades mentales y recientemente, para mejorar el dolor físico crónico.

El Dr. Milton Erickson (1901-1980) es considerado en EE. UU. como el padre de la hipnosis clínica del autohipnotismo para calmar los dolores en la poliomielitis.

Pero de su aplicación en el parto hay que remitirse a 1921 con el ginecólogo Oettingen estudia en 1921 la analgesia hipnótica durante el parto. Su homólogo Grantly Dick Read (1890-1959) utilizaba la sugestión durante el embarazo para evitar el dolor durante el parto.

Solo tiene dos contraindicaciones, en caso de esquizofrenia y de histeria. Estas técnicas necesitan del conocimiento y manejo por un experto. En 1958 la hipnosis es reconocida como tratamiento por la *American Medical Association* de Estados Unidos, recomendándose por primera vez su estudio en las facultades de medicina. No tiene contraindicaciones para la lactancia materna.

Sin embargo, y esto es más que anecdótico y desde luego poco conocido que el Premio Nobel de Medicina D. Santiago Ramón y Cajal ya se le ocurrió realizar este



tipo de tratamientos antes de 1.889. Sintiendo especial atracción por el estudio del funcionamiento del cerebro y de la mente, a Ramón y Cajal no podía dejar de interesarle la influencia de la mente en el estado físico (7).

Había leído cuanto sobre este tema se había publicado en su tiempo, desde los trabajos de Mesmer del siglo XVIII, Bernheim, Lombroso, etc, hasta Gustavo Geley y los trucos de Houdine.

Durante su estancia en Valencia, —desde 1884 a 1887— adquieren gran resonancia los experimentos y trabajos del médico francés Charcot sobre las neurosis e histerismo. Enfermedades puramente nerviosas, de efectos funcionales pero que no van acompañadas de cambios orgánicos y que afectan sobre todo a las emociones. Charcot, se pone de moda y S. Ramón y Cajal, que ya conocía sus experimentos en el hospital de la Salpêtrière y para distraerse de sus trabajos habituales de la cátedra y el laboratorio, anima a sus amigos de las tertulias del Casino de Agricultura, a organizar un comité de investigaciones psicológicas, en su propia casa, en la que tanto él como sus amigos médicos, abogados, etc., etc., personas mentalmente sanas se prestan para ser hipnotizadas por él. Entre sus amigos y personas que colaboraron en los experimentos de sugestión que realizaron, se encontraba Silveria, su mujer. Más tarde se dedicaron a buscar a personas histéricas, neuróticas e Incluso mediums. Ramón y Cajal demostró tener una notable influencia personal sobre la imaginación de sus pacientes, —como Mesmer— y el éxito sobre histerias y neurosis fue tan grande que tuvo que cerrar el consultorio por falta de tiempo para atenderlo. Silveria Fañanás, su esposa, no era una mujer ni estrecha ni puritana y tuvo los hijos que deseó tener. Por muy naturales que fuesen los dolores del parto, Santiago no podía verla sufrir impotente, y ya hacía tiempo, especialmente desde su afortunado experimento, en Valencia, que la idea de hipnotizarla para que disminuyesen sus dolores durante el parto, ya había pasado por su cabeza. La ocasión se presentó ocupando ya la cátedra en Barcelona, al quedar su mujer embarazada de su sexto hijo. Silveria que confiaba

plenamente en él, se dejó preparar e hipnotizar cuando llegó el momento y de esta manera nacieron su dos últimos hijos, Pilar y Luis. Esta idea nueva, de aplicar la hipnosis como analgésico eficaz que experimentó Ramón y Cajal en la persona de su propia esposa, fue publicada por él el 11 de agosto de 1889, en la Gaceta Médica Catalana. A diferencia de la difusión de los experimentos de Elvira V. Lang de la Harvard Medical School de Boston publicados en la conocidísima revista *The Lancet*, el experimento de Ramón y Cajal fue por completo ignorado. No se interesaron por esta afortunada y nueva experiencia, ni los ginecólogos españoles de su tiempo, ni del nuestro. Ni tan siquiera los miembros de su propia familia que se dedicaron a la Ginecología y Obstetricia. Santiago Ramón y Cajal sintió un especial afecto por este pequeño trabajo suyo y cuando en 1924 decide hacer una recopilación para editar trabajos especialmente escogidos por él y que considera importantes, no se olvida de incluirlo.

Durante nuestra guerra civil, fue bombardeado y destruido el Instituto de Higiene Alfonso XIII y con él se perdió el manuscrito de un libro que D, Santiago terminó meses antes de fallecer y que estaba a punto de publicar, sobre hipnotismo, espiritismo y metapsíquica, conteniendo análisis, síntesis y significación de miles de sueños cuidadosamente registrados, que desgraciadamente nunca se conocerán. Seguramente contendría observaciones de hechos nuevos, de ideas, que hoy estarían en plena vigencia, como sucede con su aplicación del hipnotismo como anestesia eficaz contra el dolor físico y la depresión.

2.c) Acupuntura:

El término “acupuntura” proviene del latín “acus”, aguja y “punctura” verbo que significa “pinchar”. Las primicias de esta medicina datan de la prehistoria. Los chinos utilizaban este procedimiento durante el periodo de la alta antigüedad (entre 4000 y 3000 antes de Cristo). Este método terapéutico deja sus huellas en suelo europeo en el siglo XIV, a través de relatos de viajes del famoso aventurero veneciano Marco Polo. No obstante se tiene que esperar el siglo XVII para que el médico holandés Jacob de Bondt se interese en este método ancestral. A partir de

entonces la acupuntura conoce sus tímidos comienzos en Europa. Hoy en día, las virtudes de dicha práctica están reconocidas.

Unas cuantas agujas bastan para aliviar a la mujer durante el embarazo, unas pocas también para la preparación al parto. La acupuntura, que como lo vimos, es muy eficaz para cualquier pequeño desarreglo provocado por el embarazo, demuestra ser un método insustituible para la preparación al parto. Aquí ni siquiera conocemos su aplicación al parto, (con excepción, quizá de un equipo de Murcia)

Dar a luz con analgesia inducida por la acupuntura: En muchos países, la acupuntura ya es una solución para las futuras madres que temen al dolor del parto. Parir bajo acupuntura es una finalidad de la preparación a



este método. Esta medicina terapéutica posee virtudes analgésicas reconocidas. Aplicadas sobre la zona de las manos, de los pies y del vientre, las agujas de acupuntura favorecen la relajación calmando angustia y dolor.

Existe evidencia científica que demuestra que la estimulación por medio de finas agujas en determinados puntos de acupuntura aumenta la concentración de células blancas en la sangre, que disminuye los estados ansiosos y dolorosos estimulando al cuerpo a la producción de opiáceos endógenos.

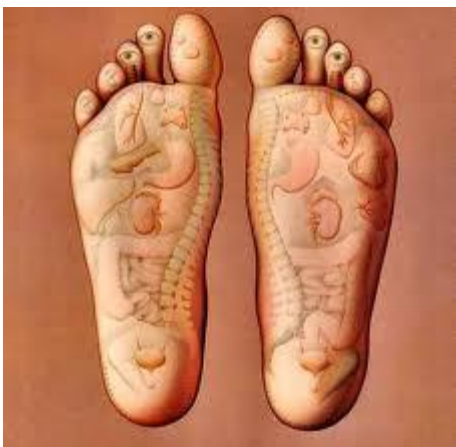
Actualmente es uno de los recursos más utilizados por quienes quieren contar con un apoyo para cuando las contracciones más fuertes se hagan presentes. Puntos ubicados en el sacro, manos y pies además de los puntos de analgesia presentes en la oreja y la cabeza son utilizados con el fin de disminuir la sensación dolorosa. El uso de acupuntura durante el trabajo de parto busca disminuir y no eliminar el dolor.

La acupuntura es una práctica segura de realizar durante el período de gestación. Existen puntos que están prohibidos aplicar a mujeres gestantes y son estos mismos puntos los que se recomienda masajear o bien pinchar con agujas una vez que la gestación ha llegado a término. No tiene contraindicación con la lactancia materna.

2.d) Otros. Reflexología, homeopatía, terapia cráneo sacral (TCS), cambios posturales:

Reflexología: La reflexología es de gran ayuda en las distintas fases del parto. Su cometido fundamental es el de ayudar a la madre a administrar sus energías de manera eficaz durante el mismo. Esto significa que la mujer puede responder de mejor manera a sus necesidades físicas y mentales, escuchando y satisfaciendo lo que su propio cuerpo le pide durante el proceso.

La reflexología, al ser una técnica natural, delicada y no invasiva, ayuda de manera extraordinaria durante todo el transcurso del parto, desde su inicio. Su propósito será



el de asistir a la madre en explotar y estimular todos los recursos naturales que su cuerpo le provee de manera natural y es probadamente efectiva en un sinnúmero de situaciones que suceden en el transcurso del parto, como por ejemplo en la regulación de las contracciones, como estimulante de la inducción natural, como estimulante en la secreción de endorfina y contribuyendo a un efecto analgésico y antiflogístico, sobre todo en la región

lumbo-sacral, estimulando la eliminación de orina, la motilidad intestinal, previniendo la hiperventilación estimulando correcta respiración, regulando la temperatura del cuerpo, ayudando a liberar placenta retenida, contribuyendo a la prevención de la episiotomía, como relajante, etc.

No tiene contraindicación con la lactancia materna.

Homeopatía: La medicina homeopática nace de la naturaleza, utiliza medicación de los tres reinos, mineral, animal y vegetal; es suave, facilita todos los procesos fisiológicos. Es un tema muy discutido aún y existe poca evidencia científica, pero son muchas las usuarias de este método sobre todo para facilitar el proceso y que sea lo más fisiológico posible, evitando así, la intervención más



medicalizada en el parto. Se utilizan sustancias naturales en dilución centesimal que favorezcan la dilatación, y con ello, disminuyan el dolor provocado por el uso de oxitócicos artificiales que suelen hacer el proceso más doloroso. No es contraindicación para la lactancia materna

Terapia Cráneo Sacral:

La **Terapia Cráneo-Sacral** es una rama de la **Osteopatía** que ayuda a restablecer el organismo y/o mejorar su estado a través de un **trabajo manual** aplicado sobre las diversas estructuras del organismo. Contempla todos los aspectos del Ser Humano: **físico, psíquico, mental y emocional** dentro del entorno que habita.

Es una forma suave y a la vez profunda de trabajo corporal. Esta técnica fue desarrollada por el Dr. Sutherland a partir de los años 50 del pasado siglo. Posteriormente, investigaciones científicas llevadas a cabo por diversos osteópatas entre los que destacan J. Upledger, demostraron el funcionamiento del primer pulso que existe en el cuerpo humano y el último que se para al morir.

El sistema Sacro-Craneal es un sistema contenido dentro de una gruesa e impermeable membrana (la Duramadre) que envuelve al cerebro y al cordón espinal, una importante función de este sistema es la producción, circulación y reabsorción del fluido cerebroespinal. Este fluido se produce dentro del sistema Sacro-Craneal y mantiene el ambiente físico lógico en el que el cerebro y el sistema nervioso se desarrollan, viven y funcionan. Hay, por tanto, en la Duramadre una producción de un continuo subir y bajar de la presión del fluido dentro del sistema Sacro-Craneal. El pulso de este fluido es, al igual que el latido cardíaco o la respiración, transmitido a todos los tejidos y estructuras del cuerpo como un movimiento involuntario y espontáneo con ritmo determinado que oscila entre los seis-doce ciclos por minuto. Dicho de otro modo, se basa en la existencia de tres mareas o pulsaciones rítmicas que engloban el sistema humano y que se transmiten a todos los órganos, fluidos, huesos y tejidos corporales

Cuando este movimiento rítmico se altera o desequilibra, especialmente si está relacionado con la cabeza y el sacro, sugiere que las funciones normales del cuerpo pueden estar en conflicto.

El organismo de una gestante o parturienta está sujeto a importantes cambios de todo tipo, pero especialmente emocionales y del sistema sacro-craneal. El terapeuta, a través de la escucha con sus manos, accede a esta pulsación y evalúa los posibles desajustes, movimientos, bloqueos y resistencias que originan la enfermedad o alteración e interrumpen la salud a diferentes niveles, físico y emocional.

Por medio de una suave palpación durante la terapia se promueve la expresión libre de los propios ritmos internos y con ello la salud.

La TCS ayuda a la mujer a estar más relajada, a ser más consciente de su proceso, a ayudar más y mejor a su hijo que está pasando por la situación de stress que conlleva el parto. En muchísimos casos acelera el proceso, la dilatación es más rápida, con lo que la mujer pasa menos horas sufriendo las molestias de las contracciones, lo que además beneficia al niño, haciendo que el parto sea más rápido y menos traumático para los dos. Involucra al padre, pues él le puede aplicar algunas de las técnicas para favorecer la dilatación y relajarle la pelvis y el periné, con lo que disminuyen las episiotomías. No interfiere ni contraindica la lactancia materna.

Cambios posturales: Hasta no hace demasiado tiempo, (en algunos hospitales, que siguen funcionando hoy día) la mujer estaba en la sala de dilatación, en posición



horizontal, acostada en la cama y sin permitirle movimiento alguno.⁽⁹⁾

Actualmente no solo se recomienda los cambios sino que se favorecen para que la mujer opte por la postura o posición que más cómoda le sea. Los cambios posturales pueden ayudar a aliviar el dolor y esto se puede acompañar con el uso de pelotas, un sillón, o de pie, apoyada en su pareja. En la cama también puede ponerse en posición de fowler o semi fowler, en posición

de gato, o en cualquiera que ella desee, además, se puede favorecer la progresión de la dilatación y así, acortar el trabajo de parto. El único inconveniente es el uso de la epidural cuando anula la sostenibilidad de los miembros inferiores, restando capacidad a dichos movimientos. No interfiere en la lactancia materna, sino que favorece el bienestar materno y con ello, la buena predisposición para lactar.

3.- El TENS (Neuroestimulación Eléctrica Transcutánea):

Es posible que uno de los descubrimientos de mayor trascendencia para la medicina fuera el conocimiento del sistema nervioso y su función, que ha determinado importantes avances en la investigación del dolor y el mecanismo y secuencia de las señales emitidas por los receptores nerviosos. El sistema TENS altera/bloquea la secuencia estímulo-traducción-dolor, neutralizándola mediante impulsos eléctricos antes de la vuelta e interpretación al cerebro como dolor.

Este método consiste en un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en la zona en que se pretende reducir el dolor. En concreto, en su uso para el trabajo de parto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda.

Es la propia mujer la que, mediante un pulsador puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones.

Su utilidad se basa en que los estímulos procedentes del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia el cerebro (teoría del cierre de la puerta de entrada de los estímulos dolorosos motivada por estímulos eléctricos previos). Además, parece influir en la secreción de endorfinas, aumentando sus niveles. Se trata de un dispositivo portátil, que permite la movilidad de la madre durante la dilatación, es de manejo muy sencillo y carece de efectos adversos (salvo una leve irritación de la piel).



Al ser conectado, la mujer siente un leve cosquilleo cuya intensidad puede ajustarse manualmente, controlando la intensidad de emisión de los impulsos en función del grado de dolor.

Se sugiere su uso exclusivamente durante la fase de dilatación y, de manera preferente, al inicio del trabajo de parto, cuando el dolor no es demasiado intenso. Su efectividad ha sido objeto de varios estudios en los últimos años, al existir experiencias contradictorias tras su empleo para el alivio del dolor

del parto. Existe inconsistencia entre los resultados de los diferentes estudios y la evidencia que aporta el estudio que encuentra eficacia en el alivio del dolor es muy indirecta por lo que no sería aplicable en nuestro contexto.

B.- METODOS FARMACOLÓGICOS:

Aquí existen varios métodos como son: Analgesia inhalatoria, analgesia parenteral, bloqueo para-cervical, bloqueo de nervios pudendos, analgesia local, bloqueo espinal (epidural, subaracnoideo y combinado), anestesia general.

1.-Analgesia inhalatoria:

En 1881 el polaco de origen ruso Stanislav Klikovich fue pionero en la aplicación de óxido nitroso gracias a su estudio de los efectos de un preparado consistente en una mezcla al 80% de óxido nitroso en oxígeno en mujeres parturientas.

En 1911, fue Tunstall quien describió una técnica analgésica en la cual los propios pacientes podían “controlar” la administración de una mezcla de óxido nitroso y oxígeno 50:50 en un solo cilindro durante el parto. Así en 1961, se describió por



primera vez el uso médico de una mezcla de gases (óxido nitroso y oxígeno 50:50) como analgésico durante el trabajo de parto.

Tanto la absorción como la eliminación del óxido nitroso por vía pulmonar son muy rápidas debido a su escasa solubilidad en la sangre y los tejidos. Esta propiedad explica la rapidez de su efecto analgésico y del restablecimiento del estado inicial tras el cese de la

inhalación. No sufre ningún metabolismo y su eliminación tiene lugar en forma inalterada por vía pulmonar. Su efecto al inhalarlo, neutraliza las transmisiones cerebrales (entre ellas las del dolor). Actúa limitando la sinapsis y la transmisión neuronal en el SNC.

El Óxido Nitroso tiene una acción dosis-dependiente depresora del SNC, además aumenta el flujo sanguíneo cerebral y la PIC. Este fármaco a dosis del 50% tiene propiedades analgésicas y este efecto ha sido utilizado durante muchos años para la analgesia del parto. Existe un riesgo de potenciación si se asocia a medicamentos de acción central (opiáceos, benzodiazepinas u otros agentes psicotrópicos).

Está **contraindicado** en las siguientes situaciones: en madres epilépticas o con otros problemas que afecten al SNC, en aquellas que padezcan situaciones clínicas especiales de retención de aire en cavidades corporales cerradas (Neumotórax), gestantes con deficiencia de vitamina B12 (el óxido nitroso interfiere con el metabolismo de esta vitamina, altera la síntesis de metionina produciendo polineuropatía) y gestante con anemia megaloblástica (anemia caracterizada por déficit de ácido Fólico o vit. B12).

Aún no hay suficiente evidencia científica sobre su interacción con la lactancia materna.

2.- Analgesia Parenteral:

Aunque posteriormente hablaremos de ello, la analgesia epidural, es, hoy por hoy, la primera elección por parte de las mujeres para controlar el dolor en el parto, pero puede ocurrir que en algunas ocasiones esté contraindicada o haya sido rehusada explícitamente por la mujer, en ese caso podemos utilizar la analgesia por vía parenteral.

El uso con fármacos opioides por vía parenteral, muy popular hace unos años, cayó en desuso con el desarrollo de las técnicas de anestesia regional y apenas ha evolucionado, siendo considerada actualmente una terapia de segunda línea. Los opioides copian los efectos similares a la morfina que produce el cuerpo, llamadas

“endorfinas”, que se genera en varios lugares y se presume que funcionan como la defensa natural de este contra el dolor. Las endorfinas actúan adhiriéndose a las células nerviosas, a su exterior o receptores opiáceos, y deprimiendo su actividad.

Existe evidencia de que se segregan grandes cantidades de endorfinas justo antes de comenzar el trabajo de parto y que podría aumentar el umbral del dolor en algunas mujeres en este momento.

Aunque se pueden administrar por vía oral e intramuscular, la manera más rápida de aliviar el dolor es por vía endovenosa, ya que la droga llega al cerebro en cuestión de segundos.



El opioide más utilizado es la mepiridina, que puede administrarse por vía intramuscular e intravenosa. Entre sus inconvenientes se encuentran que produce sedación, depresión respiratoria, disminución del vaciamiento gástrico, náuseas y vómitos en la madre. Por ello se suelen asociar a otros fármacos como fenotiacinas o antieméticos. Otro efecto es que al pasar la barrera placentaria, producen variabilidad en la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y una sedación en el recién nacido (RN).

La introducción en anestesia de nuevos fármacos opioides como remifentanilo más potente que otros fármacos de su grupo, ofrecen mayor seguridad y precisión.

La perfusión puede ser *continua o controlada por la paciente (PCA)*.

Puede tener repercusión sobre la lactancia materna por la falta de reactividad del recién nacido si no ha pasado el tiempo suficiente desde su administración (ya que pasa la barrera placentaria) y el nacimiento. El efecto es transitorio y puede estimularse al bebé en el contacto piel con piel y la puesta al pecho lo más precoz posible.

3.-Bloqueo Para-cervical

La punción de anestésicos locales en los fondos de saco úterovaginales es útil en el alivio del dolor producido en el período de dilatación, aunque es menos eficaz durante el expulsivo.

Resulta un procedimiento poco recomendable porque su uso se ha asociado a la aparición de bradicardia fetal, además la eficacia es de corta duración y la técnica resulta ineficaz en el 10.30% de los casos.

Si no existe complicación alguna durante el proceso con el bienestar fetal, la lactancia no está contraindicada.

4.-Bloqueo nervios pudendos

El bloqueo de los nervios pudendos internos con sus 3 ramas perineales produce analgesia durante el expulsivo del parto, período en el que el dolor se genera en gran medida por distensión pélvica.

Esta técnica es de gran eficacia en el expulsivo, tiene como ventajas que es fácil de administrar, no requiere vigilancia posterior y disminuye la frecuencia de desgarros.

No interfiere en la lactancia materna.

5.-Analgesia local

Para la reparación de desgarros y de la episiotomía se pueden utilizar varios analgésicos de administración mucosa o cutánea sobre la vagina o el periné.

Son de preferencia los anestésicos de acción rápida como la lidocaína, que tiene un tiempo medio de acción de 20-40 min.

Se debe descartar la inyección intravascular, realizando antes de la inyección de anestésico, una aspiración suave, con lo que se evitan la mayoría de efectos secundarios graves.

Su aplicación no contraindica la lactancia materna.

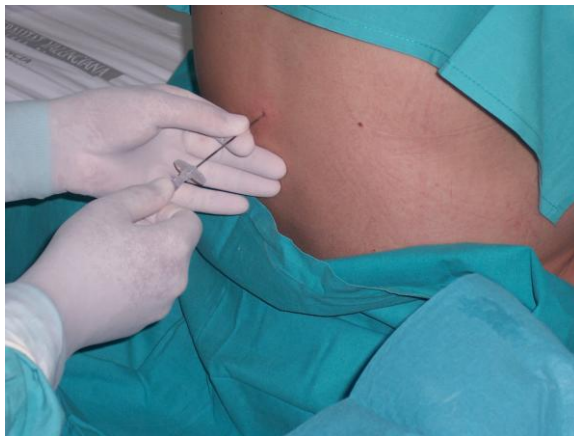
6.- Bloqueo Espinal : epidural, subaracnoidal (intradural) y combinado

La analgesia espinal proporciona un alivio del dolor durante todos los períodos del parto superior a la de cualquier otra analgesia sistémica y es de gran seguridad. Es, por tanto, el método de elección para el alivio del dolor del parto y debe estar disponible para todas las parturientas (nivel de evidencia grado de recomendación A).

La analgesia espinal puede ser epidural (peridural), intradural (subaracnoidea) o combinada. La epidural puede ser en dosis única, en bolos intermitentes, en perfusión continua o autocontrolada por la paciente. Parece que la perfusión continua es la que logra mejor alivio y satisfacción de la parturienta y que las otras alternativas no presentan beneficios adicionales.⁽¹¹⁾

A diferencia de la intradural, la analgesia epidural permite dejar un catéter para posibles bolos y perfusión continua de la analgesia, lo que permite también utilizarla en la combinación de ambas, utilizando en caso necesario (anestesia combinada) el uso de anestésicos por esa misma vía.

La mera petición de la parturienta, en ausencia de contraindicaciones, debe ser indicación suficiente para la instauración de esta analgesia, que es la más efectiva y segura.



Además, en determinadas situaciones, presenta beneficios no aportados por otros tipos de analgesia, con lo que su administración se encuentra especialmente indicada y debiéndose informar adecuadamente a la mujer. Estas **indicaciones** son:

- a) *Indicaciones Obstétricas*: Distocias dinámicas, parto pretérmino, parto vaginal instrumental, gestación de gemelar, parto vaginal en podálica y cesárea anterior
- b) *Indicaciones médicas*: Preeclampsia, afección cardíaca, afección respiratoria grave, alteraciones neurológicas crónicas, epilepsia, contraindicación de

esfuerzos (riesgo de desprendimiento de retina..) y contraindicación para anestesia general.

Pero también existe unas **contraindicaciones**, tanto absolutas como relativas y estas son:

Contraindicaciones absolutas

- Hipotensión grave refractaria al tratamiento, hemorragia grave, shock.
- Aumento de presión intracraneal por lesión ocupante de espacio.
- Convulsión.
- Cardiopatías que ocasionen una limitación grave de la actividad habitual como por ejemplo una estenosis aortica grave
- Infección local (en el lugar de punción) o general.
- Trastornos de coagulación: aunque resulte tranquilizador, no se considera necesaria la petición rutinaria de un recuento de plaquetas en mujeres previamente sanas (grado de recomendación C)₍₁₂₎ y las gestantes con plaquetas entre 50.000 y 100.000/ μ l son candidatas potenciales tras una evaluación individual (grado de recomendación B)₍₁₂₎.
- Negativa por parte de la paciente, incomprensión o no aceptación del procedimiento.
- Negativa a la firma del consentimiento informado.
- Falta de conocimiento del procedimiento por parte del profesional, carencia de los medios técnicos adecuados para su instauración o para tratar sus posibles complicaciones.
- Alergia a los opioides o a los anestésicos locales.
- Registro cardiotocográfico que requiera la finalización inmediata de la gestación.
- Pacientes en tratamiento con anticoagulantes (Heparinas de Bajo Peso Molecular)
HBPM

Contraindicaciones relativas

- Cardiopatía materna grave (grado III-IV).
- Deformidad en la columna vertebral.

- Hipertensión endocraneal benigna.
- Trastorno neurológico previo.
- Tatuajes en la zona de punción.

Como consecuencia de todo lo anterior existen unos requisitos previos que valoren la posibilidad o no de este tipo de analgesia por lo que se hace muy recomendable la consulta o evaluación preanestésica y así evitar las posibles complicaciones en mujeres a priori con riesgo o sin él.

Y por último, recordar que la analgesia epidural **se asocia** (aunque no necesariamente con una relación causal, ni necesariamente esto implicaría un riesgo) con:

- Un período expulsivo más largo.
- Mayor frecuencia de retraso en la rotación fetal
- Una tasa más elevada de partos operatorios vaginales.
- Mayor necesidad de uso de oxitocina.
- Mayor frecuencia de fiebre materna. Aunque el mecanismo de acción es controvertido, la mayoría de los autores considera que su causa no es de origen infeccioso

Es necesario aceptar estos efectos colaterales pues existen mecanismos para disminuir sus consecuencias.

También existen una serie de **complicaciones** como son: ⁽¹¹⁾

- La disminución de la presión arterial materna, es decir, hipotensión (lo que requiere que la mujer esté monitorizada durante todo el proceso de su TA y FC)
- Cefaleas pospunción (en caso de punción accidental de la duramadre)
- Prurito y/o dolor en la zona de punción
- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), lo que hace imprescindible la monitorización continua (externa o interna) de esta con el cardiotocógrafo.
- Lagunas y fallos analgésicos por aplicación tardía o por limitaciones de la técnica.

Por todo ello, la **vigilancia de la gestante** en el proceso de parto con analgesia epidural, ha de ser constante, con buenos recursos que permita el buen seguimiento del bienestar materno- fetal, así como, unos buenos protocolos elaborados tanto con el servicio de obstetricia como con el de anestesiología y por supuesto, la formación de todo el equipo implicado en este proceso.

No interfiere en la lactancia materna ni está contraindicada salvo que surjan complicaciones en el uso de la técnica, que pospongan el contacto piel con piel y la estimulación precoz de la misma.

7.- Anestesia General

Hoy día la anestesia general aplicada al trabajo de parto se ha quedado limitada a aquellos casos en que no es posible la realización de una técnica regional, más segura y eficaz en el alivio del dolor de parto.



En la actualidad, para la realización de una cesárea se recomienda la analgesia espinal (grado de recomendación C)⁽¹¹⁾. La anestesia general quedaría relegada sólo para aquellos casos en que la anestesia regional estuviera contraindicada (alteración de las pruebas de coagulación, neuropatía degenerativa, etc.) y

en casos de cesárea urgente, en que, por tiempo o por inestabilidad hemodinámica, la anestesia intradural no se puede o no se debe realizar (prolapso de cordón, rotura uterina, desprendimiento de placenta, bradicardia fetal grave, etc.).

El anestésico en este caso pasa la barrera placentaria, lo que hace imprescindible extraer al bebé lo más pronto posible para evitar los efectos en el recién nacido, y con ello, la disminución de reflejo para la succión en caso de lactancia materna.

Por otro lado, si la madre tarde en recuperar la consciencia, se retrasa el estímulo precoz por imposibilidad de la madre de atender al recién nacido, además de

hacer imposible el contacto inmediato o precoz en la misma sala de quirófano o en la del despertar.

Por lo tanto, en casos de cesárea urgente que hicieran inviable la posibilidad de otra técnica, es posible que la lactancia materna se viera afectada o postergada, no asegurando así, el éxito en la instauración de la misma, salvo la plena convicción y constancia de la madre lactante quien necesitaría todo el apoyo de la pareja y del personal sanitario que la atiende.

CONCLUSIONES

Es de sobra conocido que uno de los éxitos para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna al alta hospitalaria, es la vivencia de la mujer en el proceso de parto. Numerosos estudios demuestran que en situaciones de estrés por partos complicados o distócicos que afecten al bienestar materno, tanto físicamente como psicoemocionalmente, dieron malos resultados al relacionarlos con el deseo de amamantar, tanto en el inicio como en su mantenimiento (12).

Una de las causas era la experiencia dolorosa sufrida durante la dilatación y el expulsivo, por ello, es importante conocer por parte de los profesionales que atienden a la mujer durante el embarazo, parto, posparto, así como al recién nacido, todas las técnicas existentes para aliviar o controlar el dolor y su repercusión en la lactancia materna.

El profesional podrá orientar a la mujer a elegir el mejor método para cada caso y que ésta tenga un abanico más amplio de posibilidades, respetando cualquier elección libremente tomada con la mejor información.

Solo cuando existan indicaciones o contraindicaciones médicas, que supongan un riesgo para la madre o su hijo, se hará incompatible el uso de la técnica elegida o que no existan los recursos materiales y personales (profesionales) que ofrezcan la mayor seguridad en el empleo de éstas.

Todo lo anteriormente expuesto en este trabajo, hace IMPRECINDIBLE NO SOLO LA FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA SINO TAMBIÉN, EN LAS TÉCNICAS, QUE COMO EN ESTE TRABAJO, AYUDAN A MITIGAR UNA DE LAS CAUSAS DE FRACASO DE LA MISMA, EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PARTO, Y CON ELLO, LA PLENA SATISFACCIÓN EN LA VIVENCIA DEL NACIMIENTO DE SU HIJO Y SU FUTURA CRIANZA.



BIBLIOGRAFIA

1. Molina Fj. Management Of Pain During Delivery. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6:292-301
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el sistema de salud, 2007. Disponible en: <http://www.msc-es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008>
3. Rufino J. Anestesia locorregional en obstetricia. Folic Clinica en obstetricia y ginecologia, Granada, 2006; pp:109-121.
4. Robertson A. El dolor en el parto. Rev. Obstare 2009 pp33-39.
5. Minsal S. Ministerio de salud. Guia clínica análgica del parto. 2007:9-1
6. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Prof. 7
7. Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto. Iniciativa Parto Normal. Consellería Sanitat. 2008
8. Florensa, José M Protocolos SEGO Prog Obstet Ginecol. 2008;51(6):374-83
9. ACOG. Practice Bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Int. J Gynecol Obstet. 2002;78:321-35.
10. Web: www.emagister.com, www.aesmatronas.com, www.federacionmatronas.org
11. Marcos M. Entonox como analgesia en el parto. Revista Obstare, ed. Maternidad. 2003 Diciembre;11.
12. Analgesia sistémica en el trabajo de parto (homepage on the Internet): Disponible en: <http://www.smago.org.mx/memorias/VIIcurso/12.pdf>
13. Miranda L. Analgesia y anestesia obstétrica. Folic Clinica en obstetricia y ginecologia. 2005; 50:6-22
14. Kruchik Biderman, M. Usos y ventajas en la relexologia podal en el parto. Rev. Medicina Naturista 2006 (653-56).
15. Villoldo Pérez, R. Nacer con Homeopatía. Rev. Jano Online 07/11/2006 08:08

Seminario

CUIDADOS MADRE CANGURO

Moderadora: Josefa Aguayo Maldonado. Neonatóloga. Jefa de Sección de Neonatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Miembro del grupo de formación de la IHAN.

Profesora: Carmen Calero Barbé. Enfermera. IBCLC. Unidad de Neonatología. Hospital de Valme. Sevilla.

Resumen:

Hasta hace unos años, la neonatología se ocupaba básicamente de que el prematuro ganara peso, evitar o tratar infecciones, resolver problemas respiratorios, etc. Las unidades neonatales del siglo XXI pasan a introducir los cuidados centrados en el desarrollo (CCD), que pretenden mejorar el desarrollo neurosensorial y emocional del prematuro considerando a los padres como parte activa del equipo y no como simples visitas.

En estos cuidados se incluye el redescubrir los beneficios de una práctica tan antigua como los seres humanos: los producidos por el contacto especial y profundo entre los lactantes y sus madres, representada por el contacto físico, llamada en la actualidad Método Madre Canguro (MMC). El MMC consiste en colocar al prematuro en contacto piel a piel sobre el tórax de su madre-padre vestido con un gorro y un pañal de su talla. No pretende sustituir la incubadora, es una alternativa que humaniza el cuidado neonatal y que ha demostrado científicamente su efectividad para el control de la temperatura, reducir el riesgo de infecciones, de episodios de apnea, facilitar la lactancia materna, la estimulación somatosensorial, fortalecer el vínculo padres-hijo, y convertir a los padres en los cuidadores principales de los hijos, adquiriendo la confianza en el manejo del bebé que hará posible el alta precoz, la normalización de la vida familiar y la reducción del gasto tanto hospitalario como de las familias ¹.

Origen del "Método Madre Canguro"

El MMC es un claro y bello ejemplo de cómo desde los países en vías de desarrollo pueden generarse conocimientos aplicables universalmente, y cuyos efectos beneficiosos probados son duraderos o, mejor aún, duran para siempre ². Se inició en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá con el Dr. Edgar Rey a partir de 1978, y se consolidó durante los primeros 15 años bajo la coordinación de los Dres. H. Martínez y L. Navarrete. Ante la falta de incubadoras y la alta frecuencia de infecciones hospitalarias, así como de abandono de prematuros por parte de sus familias, iniciaron un programa de cuidados del prematuro que, en síntesis, consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre en posición canguro, alimentarle con leche materna, adelantarle el alta y continuar con este tipo de cuidados en su domicilio ³.

El grupo de investigación de la Fundación Canguro inició la evaluación científica del Programa Canguro del IMI en 1989 para luego crear en 1994 la Fundación Canguro, entidad sin ánimo de lucro, dedicada a la evaluación, mejoría y difusión del MMC en el mundo.

El término **Canguro** nos recuerda la maduración extrauterina del feto que realizan los marsupiales en los que la madre madura en la bolsa marsupial a sus hijos prematuros.

Beneficios del MMC

Existen multitud de estudios que demuestran sus beneficios, por lo que sólo se recogen los más significativos, entre ellos, los siguientes:

- Se mantienen los signos vitales dentro de parámetros fisiológicos.
- Disminución de los signos de apnea y broncoaspiración.
- Disminución de las necesidades de oxígeno, menos desaturaciones.
- Disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales.
- Mayor tiempo de sueño, sueño profundo, regular y tranquilo, menor actividad durante el sueño.
- Menor gasto energético con incremento de la energía disponible para el crecimiento y acelera la adaptación metabólica.
- Mayor ganancia diaria de peso.
- Mayor perímetro cefálico al alta.
- Menos llanto mayor capacidad analgésica.
- Mejor regulación de la temperatura corporal.
- Mayor duración de la lactancia materna con incremento en la producción de leche.
- Menor morbimortalidad.
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Las madres presentan menos stress, sentimientos de mayor confianza y seguridad y mayor competencia en el manejo de estos niños.

¿Que nivel de conocimientos y actitudes acerca del Cuidado Madre Canguro (CMC)

tienen los profesionales de nuestras Unidades Neonatales?.

¿Qué dificultades encontramos para su puesta en marcha?.

¿Por qué el contacto piel a piel no es una práctica universal?.

A pesar de toda la evidencia referida, son muchos los hospitales que no practican el MMC. Aún persisten los miedos infundados a que el bebé se enfríe, los padres le transmitan infecciones, aumenten las nosocomiales, se pierdan vías, se puedan caer...

En España, sólo en la mitad de las unidades que atienden a niños con un peso inferior a 1.500 grs. está implantado el MMC con más o menos restricciones ⁴. En algunas ocasiones, el MMC se proporciona mientras el niño está ingresado en cuidados intensivos y, sorprendentemente, se suprime cuando está en cuidados intermedios, que es cuando se podría realizar con más facilidad, dada la mayor estabilidad del niño. Lo ideal sería que el MMC, tras comenzar en UCIN, se continué

ininterrumpidamente hasta el alta, y recomendar seguirlo en casa, siempre que los padres y el bebé lo deseen⁵.

La aceptación universal de la técnica del contacto piel a piel exige el apoyo serio del mundo científico como una indicación médica, no sólo un complemento de ternura. Muchas unidades neonatales no instauran este tratamiento por falta de protocolos adecuados y de equipos para la implementación correcta de la técnica.

La participación de los servicios sanitarios y de redes familiares organizadas es fundamental para el desarrollo de programas exitosos, planes educativos bien diseñados y facilitadores profesionales. Separar a las madres de los bebés al nacer es una práctica frecuente, a pesar de los indicios de posibles efectos perjudiciales.

Con la instauración del MMC en las unidades neonatales se pretende respetar los derechos del prematuro y que, junto con la más adecuada y alta tecnología que precisen, puedan encontrar el más humano de los procesos: la no separación de su familia, la mejor alimentación que la naturaleza ha preparado para ellos – la leche de su madre – y el contacto físico con sus padres de forma precoz y prolongada^{6,7}.

¿Cómo realizar protocolo inicial?

- Criterios de inclusión-exclusión
- Información a los padres
- Cuando comenzar
- Individualizar

Criterios de inclusión: Todo recién nacido ingresado, sin relación con peso, edad gestacional o patología, siempre que esté hemodinámicamente estable, es decir tolera manipulaciones sin presentar cambios significativos en sus constantes vitales.

Criterios de exclusión: inestabilidad hemodinámica, asistencia respiratoria en alta frecuencia o con óxido nítrico, postoperatorio inmediato de cirugía mayor, pacientes que requieran inmovilización. Valorar de forma individualizada catéteres umbilicales.

Crear folleto explicativo para los padres. Se les recomienda que durante el procedimiento no lleven joyas ni perfumes, no padezcan procesos contagiosos, medidas de higiene como pelo recogido, ducha diaria y lavado estricto de manos y uñas. Pueden hacerlo con su ropa, una blusa cálida abierta por delante, una camiseta de licra y algodón o utilizar una bata que les proporcionen en la Unidad. Si traen un espejo de mano, podrán ver los gestos de la carita del bebé.

¿Cuándo comenzar?

Es obvio decir que nunca antes de que el personal esté formado, los padres informados y el bebé estable. Siempre lo antes y más prolongado posible. Tener presente que debe ser un deseo y no una obligación para los padres aunque es muy infrecuente la negativa de estos.

¿Cuándo terminar?

Si el bebé presenta signos de incomodidad o lo piden los padres. Evitaremos que la duración sea menor de una hora y media o dos horas, ya que salir de la incubadora para realizar cuidados canguro supone un cierto estrés para el bebé. Menos tiempo de contacto piel con piel no parece ofrecer ventajas⁸.

MMC en paritorios

¿Qué recomendaciones existen?

- El recién nacido sano permanecerá con su madre. La observación no justifica la separación.

- Tras el nacimiento el niño se secará con toallas calientes a la vez que se coloca sobre el abdomen o brazos de su madre. Se recomienda primera toma de LM en sala de parto ⁹.
- La actitud de la matrona será de facilitar contacto piel a piel¹⁰, evitar hipotermia relacionada con la separación y aprovechar la sincronía térmica madre-hijo ¹¹.

MMC en planta de puérperas

Al recién nacido sano ingresado en nidos con su madre, también le aporta beneficios.

- En lo referente a la LM, puede ayudar tanto a calmar al bebé impaciente al que le cuesta cogerse al pecho, como al dormilón que demanda poco, favoreciendo en ambos casos la aparición de una serie de reflejos innatos, tanto infantiles como maternos que llevarán al bebé a acoplarse con su madre, agarrar el pecho y mamar de forma efectiva sin ayuda externa ¹².

Igualmente puede utilizarse para realizar tetaanalgesia, analgesia no farmacológica durante procedimientos dolorosos habituales (vacunas, analíticas...) ^{13,14,15}.

Ayudar a un prematuro a mamar de forma efectiva

Si nos centramos específicamente en la lactancia materna (LM), tema fundamental del Congreso, habría que diferenciar la forma de mamar del bebé prematuro.

Los mamíferos nacen preparados anatómicamente y fisiológicamente para ser amamantados.

- Entre la semana 16 y la 20, el feto sabe tragar;
- Entre la semana 26 y 28, tiene movimientos de succión;
- A partir de las 36 semanas de gestación, es capaz de mamar.

Escala de Persson (Wahlberg, 1991) para dar de mamar a un prematuro

Etapa 1: el contacto piel con piel, que debería ser continuo desde el nacimiento.

Etapa 2: respetar su tiempo; es el bebé quien establece su ritmo.

Etapa 3: organización de sus estados; esperar y observar si se despierta.

Etapa 4: el olfato; estimula al bebé si está en cerca del pecho.

Etapa 5: el gusto; un prematuro necesita un poco más de tiempo para conseguirlo.

Etapa 6: tomar el pecho; para un prematuro puede ser difícil mantener el pezón en la boca.

Etapa 7: la tetada: mamar necesita muy poco esfuerzo, una vez que mantiene el pezón en la boca.

Una vez adquirida la succión nutritiva, hay que asegurarse de que el bebé puede acceder al pecho siempre que lo desee, quedando establecida la lactancia.

Mamar del pecho y tomar un biberón son cosas muy diferentes. Tomar el biberón para un bebé prematuro o enfermo es estresante ¹⁶.

El prematuro puede alimentarse al pecho. Si no ha habido separación de la madre y ni restricciones para las tomas desde el principio, lo hará cada hora, cada dos o más. Tragará toda la leche que salga tras un solo reflejo de eyección, suficiente para la pequeña capacidad de su estómago. Esto le aportará las calorías y nutrientes necesarios para una o dos horas como máximo, y será capaz de organizar sus estados (hambre, sueño-vigilia...). Esta es la práctica de lactancia habitual en casi todas las culturas no occidentales.

En resumen, las principales evidencias se encuentran recogidas en la magnífica revisión realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social “cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas”¹⁷, cuyas recomendaciones finales son las siguientes:

- *El cuidado canguro ha demostrado beneficios en términos de salud tanto en los recién nacidos prematuros como en sus madres y padres. Por tanto se recomienda el cuidado canguro durante el ingreso de los recién nacidos en la unidad neonatal. (Fuerza de la recomendación A).*
- *Se recomienda realizar los procedimientos dolorosos, si es posible, en método canguro. (Fuerza de la recomendación A)*
- *Tras el alta, si el niño no ha llegado a la edad de término se puede mantener el cuidado canguro en domicilio con el apoyo adecuado. (Fuerza de la recomendación A)*
- *Se recomienda disponer de un protocolo escrito sobre el cuidado canguro en todas las unidades neonatales que lo apliquen. (Fuerza de la recomendación I)*

Referencias bibliográficas

1. Moore E, Anderson GC, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007. CD003519.
2. Bergh AM, Arsaló I, Malan AF, Patrick M, Pattinson RC, Phillips N. Measuring implementation progress in kangaroo mother care. *Acta Paediatr*. 2005;94:1102–1108
3. Messmer PR, Rodríguez S, Adams J, et al. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediatr Nurs*. 1997;23:408–414
4. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64: 132-139.
5. Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65(6): 286-291
6. Aguayo J. Maternal lactation for preterm newborn. *Early Hum Dev*. 2001; 65: 19S-29S.
7. Aguayo Maldonado J. El derecho de la madre a amamantar a su bebé prematuro. II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. El método de la madre canguro. Bilbao, 2005.
8. Charpack N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatr*. 2005; 94: 514-522.
9. WHO. Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, 1985;2:436-437.
10. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª Edición. 2005. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf
11. Hellín Martínez MJ, López Terd E, Pérez López M, Vidagany Esaig I. Mantener la temperatura del recién nacido sano: medios artificiales frente al calor materno. *Revista Rol Enfermería*. 2000 23 (1): 63-65.
12. Colson et al. *Early Hum Develop* 2008, 84:441.
13. Saitua Iturriaga G, Aguirre Unceta-Barrenechea A, Suárez Zárate K, Zabala Olaechea I, Rodríguez Núñez A, Romera Rivero MM. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71(4):310–313.
14. Gray L, Miller W, Blass BL. Lactancia como analgésico en recién nacidos sanos. *Pediatrics* 2002; 109:590-93.
15. Urzainqui Zabalza O, Caravaca Hernández A, Egea Zerolo B, González Álvarez M. Revisión bibliográfica: efecto analgésico de la lactancia materna en recién nacidos a término. Disponible en: http://www.um.es/eglobal/article/view/601/623_efecto_analgésico_de_la_lactancia_materna_en_recién_nacidos_a_término.pdf
16. Nils Bergman. El modo canguro de tener al bebé. Sextas Jornadas Internacionales sobre Lactancia. Paris. Marzo 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/El_modos_canguro_de_tener_el_bebé.pdf
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

Seminario 12

La posición al pecho

Carlos González

ACPAM, Asociación Catalana Pro Lactancia Materna

Resumen

En una buena posición, el bebé tiene la boca muy abierta, el pecho profundamente introducido en la boca, y el pezón más cerca del labio superior que del inferior. Eso es más fácil cuando el cuerpo del bebé contacta plenamente con el de la madre, y su cuello en ligera hiperextensión, como cuando la madre está boca arriba y el bebé encima, boca abajo.

Una mala posición produce habitualmente tomas muy largas y dolorosas, que fácilmente llevan a la aparición de grietas. Otros síntomas pueden ser la hiperproducción de leche (ingurgitación, mastitis, reflejo de eyección intenso), las tomas muy frecuentes, la intranquilidad del bebé (sensación de hambre, regurgitaciones, gases) y la escasa ganancia de peso (aunque a veces el peso es normal o incluso elevado).

Cuando no se consigue una toma indolora y satisfactoria pese a una buena posición, es importante descartar la presencia de un frenillo lingual.

El lactante mama comprimiendo activamente los conductos galactóforos bajo la areola. Para ello, es imprescindible que tenga la lengua debajo de la areola.

Para poder mamar eficazmente, el bebé tiene que tener la boca muy abierta, con ambos labios evertidos; el pecho profundamente introducido en la boca, y la lengua bajo la areola. Entre el pezón y el labio inferior tiene que haber espacio suficiente para colocar la lengua; por tanto, el pezón no está normalmente en el centro de la boca, sino más cerca del labio superior (colocación asimétrica).

Síndrome de la posición inadecuada

- Cuando el bebé no está correctamente colocado en el pecho (por ejemplo, si tiene la boca poco abierta y sólo agarra el pezón), se produce una cascada de síntomas y signos:

- Al no poder apretar el pecho con la lengua, el bebé intenta obtener la leche haciendo el vacío, un método poco eficaz que exige más fuerza para obtener menos leche. Las mejillas se hundén, como al tomar un refresco con una pajita (normalmente, las mejillas del lactante no se hundén, sino que protruyen al mamar, como al masticar).

- Al hacer más fuerza sobre menos superficie, la presión aumenta, lo que produce dolor y grietas en el pezón. Además, la lengua comprime el pezón contra el paladar duro, lastimándolo.

- El pezón puede estar sonrosado por la erosión del roce, su color destaca sobre el fondo de la areola.

- Como la succión no es eficaz, el bebé mama durante largo rato, muchas veces más de media hora, y no suelta el pecho por sí mismo, sino que su madre le tiene que sacar el pecho de la boca. Más que mamar, está esperando a que le caiga en la boca la leche que gotea espontáneamente por efecto de la oxitocina.

- El bebé traga aire, y hace ruido al mamar.

- A pesar de las larguísimas tomas, no parece satisfecho, y al poco tiempo vuelve a pedir.

- Las tomas se hacen muy frecuentes, algunos niños maman sin apenas interrupciones durante horas.

- El lactante toma gran cantidad de leche del principio, pobre en calorías, pero no puede obtener la leche del final, rica en grasas. El volumen total de leche ingerida es superior a su capacidad gástrica, por lo que regurgita y vomita con frecuencia.

- El pecho de la madre reacciona a esta situación produciendo más leche del principio, y su hipófisis más oxitocina de la habitual. Es como un mecanismo de seguridad, para que el lactante que no mama eficazmente reciba al menos algo de leche. Mayor producción de leche y un vaciamiento insuficiente llevan a la ingurgitación, y a veces a la mastitis.

- El exceso de oxitocina (no debido a ninguna anomalía de la hipófisis, sino secundario a la mala posición) hace que la madre note una fuerte «bajada» de leche, a veces de forma repetida en la misma toma.

- El lactante ingiere menos grasas de lo habitual, pero más proteínas y más lactosa. La sobrecarga de lactosa puede producir una intolerancia relativa. Las bacterias intestinales actúan sobre la lactosa no digerida, produciendo gases y heces diarreicas y ácidas. (No confundir los gases que se forman en el colon por fermentación, y que se expulsan por el ano, con el aire deglutido que se expulsa al eructar; el lactante que no mama correctamente puede sufrir de ambos problemas).

- El lactante tiene muchos motivos para estar incómodo: tiene hambre, pero al mismo tiempo el estómago tan lleno que no puede mamar más; tiene aire en el estómago y gases en el colon; sufre retortijones y se le irritan las nalgas por la acidez de las heces; a veces se atraganta por el chorro de leche que sale disparado al «bajar» la leche; su madre está agotada y malhumorada por el dolor y la falta de sueño. No es de extrañar que el bebé pase el día lloroso e intranquilo, y que a veces «se pelee con el pecho»: lo busca, lo muerde, lo estira, lo suelta llorando...

- El aumento de peso es muy variable. Si la madre ha intentado seguir los clásicos preceptos de «diez minutos cada tres (o cuatro) horas», el niño engordará muy poco, o perderá peso. Pero si le da el pecho a demanda es posible, a pesar de todo, que engorde normalmente o incluso que engorde demasiado. Algunos lactantes, a pesar de haber tomado ya suficientes calorías, siguen pidiendo y mamando en exceso, tal vez porque les falta la sensación de saciedad que producen las grasas.

Es un error, por tanto, pensar que la lactancia siempre va bien si el niño engorda. Si, para engordar, el bebé ha de sufrir vómitos, cólicos y diarreas, y su madre grietas, ingurgitación y falta de sueño, es que la lactancia no va bien. Hay que ayudar a la madre a encontrar una posición más adecuada.

Hemos descrito el caso «de libro». No todos los casos son tan floridos. El dolor en los pezones y el no soltar el pecho espontáneamente parecen estar entre los síntomas más constantes; por desgracia, no existen todavía estudios descriptivos para conocer la frecuencia de los distintos síntomas.

Problemas frecuentes con la posición

Hemos visto las causas y las consecuencias de una posición inadecuada. Veremos ahora algunas de las malas posiciones más frecuentes.

La posición para mamar es una variable continua. Entre el niño que mama perfectamente y el que mama absolutamente mal (o no mama en absoluto) existe una amplia gama de posiciones, algunas de las cuales pueden producir problemas leves que no siempre identificará la madre como

tales. Por ejemplo, un niño que pide el pecho 15 veces al día y necesita unos 15 minutos en cada pecho es posible que esté mamando en una posición no muy buena, y tal vez pediría menos pecho si la posición mejorase. Algunas madres pueden sentirse agobiadas por lo que les parece unas demandas excesivas de su hijo, y el mejorar la posición aumentará su satisfacción con la lactancia; mientras que otras, si la situación no llega a causar dolor, grietas, ingurgitación ni vómitos, pueden considerarla como normal, o incluso pueden disfrutar de una relación tan estrecha. Si madre e hijo están satisfechos, es mejor no intervenir.

Cuando la posición causa problemas, lo más típico es que la boca del bebé esté poco abierta, y que apenas agarre el pezón. Para evitarlo, se ha recomendado con frecuencia no introducir en la boca sólo el pezón, sino toda la areola. Pero hay areolas de gran tamaño, que de ninguna manera cabrán en la boca; y en ocasiones, al intentar introducir la areola en la boca de su hijo por la parte superior (que es la que puede ver), la areola se sale de la boca por la parte inferior, sin que la madre lo advierta. El pezón acaba demasiado cerca del labio inferior, sin que quede espacio para la lengua, lo que impide una succión correcta. Se evita este problema colocando al bebé de tal manera que, antes de abrir la boca, el pezón no quede a la altura de su boca, sino de la nariz.

Muchas veces el problema es que la cabeza del bebé está en el codo de la madre, demasiado lejos del pezón, y el bebé se ve obligado a doblar el cuello. Así está incómodo, y el pezón queda más cerca del labio inferior que del superior, por lo que no puede colocar la lengua. Puede corregirse (muchas veces sin necesidad de sacar al niño del pecho) simplemente moviéndolo en dirección a sus pies, hasta que el cuello quede en ligera hiperextensión.

También es frecuente que el bebé se chupe el labio inferior junto con el pecho. Puede evitarse esperando a que tenga la boca bien abierta antes de atraerlo hacia el pecho. A veces es útil bajar su mentón con un dedo para abrirle la boca. Wiessinger recomienda en estos casos introducir el pecho en la boca del niño con un suave movimiento rotatorio hacia abajo, que estira el labio al tiempo que abre la boca. Para comprenderlo, haga la prueba con un globo hinchado, o con una naranja. Abra la boca, e intente introducir el globo frontalmente. La segunda vez, apoye el globo sobre el labio inferior y gire el globo hacia abajo al tiempo que lo introduce en la boca, hasta contactar con el labio superior. Verá como consigue introducir una porción mucho mayor.

En muchos cuadros antiguos, la madre sujeta el pecho formando una V con sus dedos índice y medio. No hay problema si las puntas de los dedos están suficientemente alejadas del pezón. Pero si la madre mantiene los dedos junto al pezón, probablemente impedirá que el niño se agarre bien. Para evitarlo, se recomienda que la madre no sujete el pecho de ninguna manera; o, si necesita sujetarlo, que lo haga con el pulgar por encima y los demás dedos por debajo, formando una amplia C.

Tampoco es conveniente apretar el pecho con un dedo para apartarlo de la nariz del bebé; al hacerlo es fácil estirar el pezón hacia arriba y sacarlo de sitio. Como la madre sostiene pero no sujeta la cabeza del bebé, éste podría moverse fácilmente si tuviera la nariz tapada. A veces es útil desplazar ligeramente al bebé hacia sus pies, con lo que se extiende la cabeza y la nariz se separa un poco del pecho.

El recién nacido suele explorar el pecho antes de ponerse a mamar. Durante la exploración, puede que tenga la boca poco abierta, y la lengua en una posición inadecuada. Si en ese momento se le intenta forzar a mamar, es fácil que rechace el pecho, o que quede mal colocado. Si en cambio se le permite explorar unos segundos, finalmente se decide, abre mucho la boca y saca la lengua hacia abajo. Es el momento de empujarlo firmemente hacia el pecho por la espalda (no por la nuca, lo que provocaría una extensión refleja). En vez de eso, algunas madres se inclinan sobre su hijo, y permanecen así inclinadas durante toda la toma; eso puede, a la larga, causar dolor de espalda; y a algunos niños les cuesta sostener la cabeza para mamar.

En ocasiones, la mala posición se debe a causas anatómicas. Por parte de la madre, los pezones invertidos casi nunca causan problemas, con tal de que alguien le explique la posición correcta y la ayude a colocar al recién nacido. Los pezones demasiado largos o gruesos pueden dar problemas, pues el recién nacido no alcanza a poner la lengua bajo la areola. Por fortuna, el problema mejora a medida que el niño crece (y aumenta por tanto el tamaño de su boca).

Por parte del niño, un frenillo lingual demasiado corto puede impedir que la lengua se coloque sobre la encía, lo que dificulta la lactancia y causa dolor y grietas en el pezón. En muchos casos es preciso cortar el frenillo, pero mientras tanto una posición cuidadosa puede hacer que las tomas sean más efectivas y menos dolorosas. Se han observado también problemas con frenillos labiales muy cortos, que impiden la eversión del labio inferior o del labio superior.

La posición del cuerpo

Lo fundamental para la lactancia es la posición y el movimiento de los labios y de la lengua. Si los labios y la lengua están bien, el lactante mamará bien en cualquier posición. Sin embargo, hay posturas corporales que suelen dificultar la lactancia, sobre todo en los recién nacidos.

Recuérdese siempre que la postura del cuerpo es algo secundario. Es posible encontrar a algunos recién nacidos (y a muchos lactantes mayores) que maman sin problemas en posturas inverosímiles; no se debe intervenir si no hay problemas reales con la lactancia.

Habitualmente, el lactante mama mejor si tiene la cabeza alineada con el cuerpo, de modo que no necesite doblar, girar ni ladear el cuello para mamar. En cualquiera de estos casos, no sólo está incómodo, sino que le cuesta llegar hasta el pecho y por tanto es fácil que sólo agarre el pezón. El

cuello del bebé conviene que esté en ligera hiperextensión, lo que facilita que la mandíbula inferior se desplace hacia adelante y la lengua se sitúe bajo el pecho.

Colson ha señalado que las posturas habitualmente recomendadas, sentada o en la cama de lado, muchas veces resultan incómodas para la madre y para el bebé. Bajo el término biological nurturing (crianza biológica) propone que muchos niños (tal vez la mayoría) maman mejor cuando no «les ponen» al pecho, sino que les dejan agarrar el pecho espontáneamente, y cuando el peso del bebé no descansa sobre su espalda y sobre el brazo de la madre, sino sobre su superficie ventral y el cuerpo de la madre. La madre puede estar boca arriba en la cama, o reclinada en un sillón o tumbona; el bebé, sobre ella boca abajo. Toda la cara ventral del tórax, el abdomen y los muslos del bebé contactan con la madre. Si se coloca al bebé con la cabecita cerca del pecho, al poco tiempo se dirige hacia ellos y mama espontáneamente. En esta posición el bebé suele mover la cabeza arriba y abajo, como golpeando el pecho con la boca antes de empezar a mamar; es normal. Hemos visto tomar el pecho de este modo a bebés que durante semanas se habían negado a mamar en la posición sentada.

Cuando la madre no está reclinada, sino sentada con el cuerpo vertical, es importante empujar firmemente al bebé por la espalda para mantenerlo bien pegado al cuerpo de la madre.

No hay una sola posición que sea «la mejor» para todos los casos, cada niño y madre encuentran la suya, y la van variando con el tiempo.

Bibliografía

Renfrew M, Fisher C, Arms S. Bestfeeding. Getting breastfeeding right for you. 3rd. ed. Berkeley, Celestial Arms, 2004

González Rodríguez CJ. Síndrome de la posición inadecuada al mamar. An Esp Pediat 1996; 45:527-9

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992; 19:185-189

Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. Birth 1997;24:116-120

Wiessinger D. A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. J Hum Lact 1998;14:51-56

Colson S. Maternal breastfeeding positions: Have we got it right? (1) Pract Midwife 2005;8:24-27

Colson S. Maternal breastfeeding positions: Have we go it right? (2) Pract Midwife 2005;8:29-32

(los artículos de Colson están colgados en www.biologicalnurturing.com)

Conclusiones:

- La boca del bebé muy abierta.
- El pecho bien metido en la boca.
- Todo el cuerpo del bebé apretado contra el de su madre.
- Suelen mamar si la madre está boca arriba o reclinada hacia atrás, y el bebé sobre ella, boca abajo.
- Conviene dejar que el bebé busque y encuentre el pecho por sí mismo.
- Si las tomas son dolorosas pese a una postura correcta, pensar en el frenillo.