

LA ENFERMERA Y LA
MATRONA ANTE LA
LACTANCIA.
CUESTIONES
PRACTICAS



LA ENFERMERA Y LA MATRONA ANTE LA LACTANCIA. CUESTIONES PRACTICAS



AUTORAS: MARIA LUISA HERNANDEZ LIROLA, MARTA MARTÍN PÉREZ , PILAR
IZAGOÑOLA ORDÓÑEZ

“¿Quieres que yo vaya y llame una nodriza de entre las hebreas para que te críe este niño?”. “Ve”, le contestó la hija de Faraón.

Fue, pues, la joven y llamó a la madre del niño. Y la hija de Faraón le dijo: “Toma este niño y críamelo que yo te pagaré”.

La Biblia. Éxodo 2: 7-9 (siglo IX a.C.)

©LA ENFERMERA Y LA MATRONA ANTE LA LACTANCIA. CUESTIONES PRACTICAS

©PILAR IZAGONOLA ORDOÑEZ, MARTA MARTIN PEREZ, MARIA LUISA HERNANDEZ LIROLA

ISBN papel 978-84-686-1889-0

Impreso en España

Editado por Bubok Publishing S.L.

INDICE:

Introducción	6
Las nodrizas	7
Utilización de la leche humana	15
Los bancos de leche	25
Pasteurización de la leche humana	29
El amamantamiento	32
Lactancia artificial	39
Casos especiales: lactancia en prematuros y en el método madre canguro	41
Bibliografía	62

INTRODUCCION:

El ser humano es mamífero. Es decir que las madres amamantan a sus bebés. La leche materna es el alimento ideal para el ser humano. Pero no siempre son las madres las que amamantan a sus hijos.

A lo largo de la historia se ha podido ver cómo se han alimentado los lactantes con leche de otras mujeres diferentes a sus madres, cómo se utiliza leche de otras madres y aún de la propia sin que el niño la tome directamente del pecho. Y existe, también, la posibilidad de la alimentación con leches no humanas con diferentes modificaciones que la hacen adecuada para la alimentación del bebé.

Las enfermeras y, particularmente, las matronas tienen un papel decisivo en la implicación de las madres en la alimentación natural de sus hijos. En las líneas siguientes tratamos de exponer algunos conocimientos teóricos y recomendaciones prácticas sobre la lactancia natural y la artificial.



LAS NODRIZAS:



Son mujeres que están lactando y que se contratan o se conciertan sus servicios para amamantar a bebés que no son los suyos. Lo hacen profesionalmente o por otros motivos. En muchos casos amamantan simultáneamente a sus hijos.

En muchos casos son familiares, vecinos o allegados de los niños a los que amamantan. Es frecuente oír hablar de los “hermanos de leche”. Siempre han tenido un papel relevante en la sociedad. Más en otras épocas que en la actual.

Referimos algunos datos históricos de esta actividad.

Las nodrizas en la Historia

Dejando aparte algunas culturas como la **espartana clásica**, en la que existían leyes que obligaban a todas las mujeres a amamantar a sus hijos, fuese cuál fuese su clase social, se conocen numerosos textos históricos en los que se aprecia que en muchas civilizaciones, mujeres de distintas generaciones y clases sociales no han amamantado a sus hijos.

Hay referencias antiquísimas al sistema de amas de cría en dos códigos babilónicos de las culturas paleo-semíticas de la antigua Mesopotamia: una de las Leyes de Eshnunna (final del siglo XIX a.C.) estipula el pago debido a la

nodriza, y el Código de Hammurabi, unos treinta años posterior al anterior, contiene una disposición sobre las nodrizas

El hebreo Jeremías se lamenta en el 600 a.C. que las mujeres de la época sean peores que chacales por no amamantar a sus hijos y se pueden encontrar hasta diez referencias en nueve libros diferentes de la Biblia judeocristiana y una en el Nuevo Testamento sobre las amas de cría.

Las nodrizas eran muy comunes en la Grecia clásica, siendo preferidas a las propias madres por Platón (427-347 a.C.), y a las mejores se las tenía en gran consideración.

Aristóteles (384-322 a.C.) en su Historia Animalium se interesa por la lactancia y describe métodos para determinar si la leche de una mujer, sea la propia madre o de una nodriza es apta para el lactante, llegando a la conclusión de que la leche de los primeros días o calostro no debe ser consumida por el recién nacido.

La mayoría de mujeres nobles del Imperio romano recurrían a nodrizas para amamantar a sus hijos. Sorano de Efeso (98-138 d.C.), en Gynecia, tratado de referencia de la Ginecología y la Obstetricia durante más de 1.500 años, describe minuciosamente las condiciones de elección de una buena nodriza, su dieta, régimen de vida y formas de lactar. Pese a ello, la consideración de una buena madre en la Roma Imperial era aquella que amamantaba a sus hijos.

A partir del siglo VII podemos encontrar referencias al sistema de amas de cría hasta en tres suras distintos del Corán, y en España en las Partidas de Alfonso X el Sabio (1221-1284) se recogen las condiciones que deben reunir las nodrizas reales.

En la Francia de los siglos XIII al XIX las mujeres de clases media y alta no amamantan a sus hijos, haciéndolo por medio de nodrizas, leches de diversos animales y preparados de cereales.

Ambroise Paré (1509-1590), el médico francés más famoso de su época, titula un capítulo de una de sus obras *“Acerca de los senos y el pecho de la nodriza”* y una discípula suya, Louise Bourgeoise publica en 1609 el primer libro francés sobre obstetricia escrito por una matrona, en el que explica los consejos para la elección de una buena nodriza.

En Florencia, hacia 1300, en franco contraste con la moda extendida del género pictórico de la Madonna del latte (Virgen de leche) que exalta claramente las virtudes de la lactancia materna y el vínculo materno-filial establecido por medio de ella, se extiende la costumbre de enviar a los niños de las clases noble y media urbanas con una balía o nodriza al campo durante un promedio de 2 años.

La lactancia mercenaria se extiende de tal manera durante el Renacimiento en Europa, pero sobre todo en Francia e Italia, que la mayoría de mujeres amamantaban a más de una criatura a la vez: la suya propia y la dejada a su cuidado.

Teniendo en cuenta el efecto anticonceptivo de la lactancia, las clases populares tenían una fecundidad limitada por término medio a un nacimiento bianual, lo que ha podido constituir un efectivo control de natalidad entre las masas campesinas de la Europa preindustrial. Por el contrario, la fecundidad no controlada por lactancia entre las clases acomodadas hace que la descendencia pueda suponer de 15 a 20 hijos, pero a expensas de una terrible mortalidad.

En Francia, lo que en el XVI era una práctica exclusiva de la aristocracia, se extiende en el XVII a la burguesía y alcanza en el XVIII a las clases populares: unas y otras mujeres dependen de la leche de pago, las de clase social baja para poder trabajar y las de clase alta para atender sus numerosas obligaciones sociales. En 1780, de 21.000 niños nacidos en París, 1.801 son amamantados por sus madres, 19.000 por una nodriza en el domicilio familiar, *nourrice sur lieu*, o en la inclusa y 199 en casa de una nodriza, generalmente en el campo.

En este país el sistema de nodrizas alcanza enormes proporciones, siendo el único de Europa que reglamenta oficialmente la lactancia mercenaria, conociéndose legislación al respecto desde 1284; en el siglo XVIII se desarrollan disposiciones para proteger a los niños amamantados por nodrizas y garantizar la remuneración de las mismas y en 1769 se crea en París el *Bureau des Nourrices*, Oficina de Nodrizas, dependiente del gobierno, que, entre 1770 y 1776 recluta 15.000 amas de cría, constituyendo una próspera

industria que persiste hasta finales del siglo XIX.

En Inglaterra, en 1700, menos del 50% de niños eran criados a pecho por sus madres y existe una precisa denominación en inglés para nodrizas que lactan (*wet nurse*) y para las que no (*dry nurse*).

En los siglos XVI y XVII los Países Bajos constituyen la excepción al fenómeno de lactancia mercenaria del resto de Europa: una moral hogareña y reivindicadora de lo natural promovida por los poderes públicos presenta a la buena madre como aquella que amamanta a sus hijos; se cree por ello que hay menos nodrizas y menor mortalidad infantil que en los países vecinos durante ese período.

En pleno siglo XVIII, en los periódicos españoles, a la vez que se previene de los peligros que acarrea el empleo de amas de leche, aparecen abundantes anuncios de ofertas de nodrizas, constituyendo más de la cuarta parte de anuncios de ofertas de puestos de trabajo.

En el siglo XIX en Rusia, a excepción de la nobleza, que sigue las costumbres francesas, la mayoría de niños son amamantados por sus madres. También en Norteamérica y desde el siglo XVII, la mayoría de mujeres lactaban a sus hijos, no siendo frecuente el sistema de crianza por nodriza, mientras que en Alemania todavía en el siglo XIX era generalizado el empleo de amas de cría y raro que una madre cuidase por sí misma a sus hijos.

A partir de 1890, el desarrollo de diversas mejoras en la fabricación y conservación de leche artificial va desplazando poco a poco este sistema de crianza. Los descubrimientos de Louis Pasteur (1822-1895) contribuyen a la desaparición de la lactancia mercenaria a partir de 1900, si bien el modelo persistió aisladamente mucho tiempo después: el primer banco de leche humana data de 1910 en Boston, hubo nodrizas internas para niños hospitalizados en la maternidad del hospital francés de Baudelocque hasta 1946 y se encuentran partidas para gastos de nodrizas en el presupuesto de muchas clínicas suecas hasta 1950.

La mortalidad infantil bajo el sistema de nodrizas era muy elevada: en el siglo XVIII la tasa de mortalidad infantil (muertos menores de un año por mil nacidos

vivos) era de 109 en los niños amamantados por sus madres, de 170 en los amamantados por nodriza a domicilio, de 381 cuando la nodriza se los llevaba a amamantar en su casa y de 500 a 910 en los alimentados por nodrizas en la inclusa.

Argumentos sin fundamento científico acerca de características físicas (parecido, posibles enfermedades) y espirituales (carácter, personalidad) transmitidas por la leche, junto a las alarmantes cifras de mortalidad descritas, hacen que médicos, humanistas, filósofos, sacerdotes, moralistas, científicos y políticos de toda Europa hayan clamado en los últimos seis siglos contra la lactancia mercenaria:

En el siglo XV, el franciscano San Bernardino de Siena y el español Antonio de Nebrija.

A lo largo de los siglos XVI y XVII, Erasmo de Rotterdam, Juan Luis Vives, el obstetra Jacques Guillemeau y el obispo protestante checo y pedagogo Comenio; Thomas Phaer en su *Booke of Children* de 1544 aconseja amamantar a los propios hijos y para el también médico Ambroise Paré (1510-1590) *una mujer no es madre si no pare y amamanta*.

En el siglo XVIII el novelista Daniel Defoe, el Dr. William Cadogan (*Essay upon Nursing*) y Carl von Linné, padre de 7 hijos, en su obra *Nutris Noverca* de 1752. En España, Jaume Bonells, médico de la casa de Alba es considerado el promotor de la puericultura científica en nuestro país por su obra *Perjuicios que acarrear al género humano y al Estado las madres que rehúsan criar a sus hijos y medios para contener el abuso de ponerlos en ama*, publicada en 1786 por influencia de la propia duquesa.

Pero es en Francia donde surge la principal y más influyente campaña contra la lactancia mercenaria de manos del filósofo Jean Jacques Rousseau (1712-1778) quien, en franco contraste con haber abandonado a sus cinco hijos en un hospicio, en *Emile, ou De l'éducation* de 1762 afirma que la lactancia materna une con firmeza a madres e hijos, cohesiona la familia y proporciona los fundamentos para la regeneración social.

La pasión que Rousseau inspiró por la lactancia traspasó barreras sociales y políticas así como fronteras nacionales: además de en Francia, en Alemania se promulgaron a finales del XVIII leyes y ayudas económicas en pro del amamantamiento de los propios hijos.

Resulta, pues, interesante analizar porqué la opinión de tantos pensadores, médicos o no, que desde la antigüedad clásica han urgido a las madres a amamantar a sus hijos, ha tenido tan poca influencia, en especial entre las clases acomodadas, fundamentalmente urbanas.

Toda una serie de creencias populares y erróneas teorías, muchas de ellas sustentadas por los mismos médicos que apoyaban la lactancia materna, además de una serie de factores socioeconómicos y religiosos, modas y estilos de vida, contribuyeron a un rechazo de la lactancia materna entre las clases medias y altas de muchos países de la Europa de los siglos XV a XIX:

Hipócrates (s. V a.C.) afirma que la leche del pecho es una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas entre ambos órganos. Esta idea subsiste sin que nadie la ponga en duda hasta bien entrado el siglo XVII. La noción de indecencia, impureza o indecoro de la menstruación, sustentada en varias culturas por las grandes religiones monoteístas, es mantenida hasta bien entrado el siglo XX por la llamada Medicina Pastoral.

Desde Sorano de Efeso (s. II d.C.) existe la creencia de que la lactancia debilita a las madres y puede ser peligrosa para su salud, especialmente el primer mes.

Durante los siglos XVI a XVIII, el canon de belleza imperante exige a las mujeres unos pechos pequeños y un poco moderado sobrepeso, ambos hechos reñidos con la práctica de lactancia. La moda dominante de vestidos muy ajustados, poco prácticos para acceder al pecho y los corsés ceñidísimos que, desde la infancia, aplastaban el pecho, deformando el pezón, no contribuían a mejorar la situación.

El alto índice de mortalidad infantil de la época lleva a la necesidad en las familias de conseguir un número elevado de vástagos de los que sólo sobrevivirá un pequeño porcentaje que asegurará la economía familiar y la transmisión del apellido. Era conocido en la época cómo la lactancia materna aumentaba el intervalo entre los embarazos, disminuyendo por tanto el número de hijos posibles.

Es Galeno (s. II d.C.) el primero, pero no el último médico conocido, que proscribió las relaciones sexuales durante el período de lactancia. La idea extendida era que se corrompía la leche, por lo que se recomendaba una abstinencia absoluta durante el tiempo que durase el amamantamiento. Esta creencia se mantenía vigente en el siglo XVII y, falta de pruebas pero sutilmente modificada, alcanza el siglo XX en los prontuarios cristianos de Medicina Pastoral.

A lo anterior se añade el que la duración media recomendada de la lactancia materna en los textos legislativos tradicionales o religiosos como el Talmud (siglos III a.C. a VI d.C.) o el Corán y en los escritos de Aristóteles, Sorano o Galeno era de un mínimo de 24 meses.

Unas normas dietéticas carentes de fundamento y perjudiciales para la salud de madres y niños, vienen a dificultar y desacreditar más aún la lactancia materna: prohibición de beber leche la madre, purgar a la madre o nodriza si el lactante está enfermo o el antiquísimo tabú del calostro (no administrarlo por considerarlo venenoso o impuro). La mayoría de los llamados pueblos primitivos actuales, a excepción de las mujeres maoríes, que amamantan desde el primer momento, esperan unos días a dar pecho. Algunos autores, a la vista de todo ello, aventuran que la rutina de administrar inicialmente suero glucosado a los recién nacidos sería una reminiscencia de este erróneo tabú ancestral.

La ambigüedad del discurso sea médico, científico o meramente el emitido por la "autoridad" del momento que, tras reconocer casi unánimemente que la

lactancia por la propia madre es lo preferible, describe toda una retahíla de circunstancias de índole física, social, sexual o de pura conveniencia que lleva a prohibirla y recomendar un ama de cría, convirtiéndose el médico en el garante de la adquisición de una buena nodriza.

Todos estos factores contribuyen a crear una baja opinión social del amamantamiento, al que se le considera indigno, vergonzoso, propio de clases inferiores o de animales. Además, como tantas otras cosas, la decisión de si los propios hijos serán o no amamantados por su madre es prerrogativa del marido, quien, por mor de bastantes de los puntos enunciados, se suele oponer.

De esta manera, en la Europa de estos siglos se pone de moda la lactancia mercenaria por medio de nodrizas o madres de leche, siendo las mujeres del pueblo llano las únicas que amamantan a sus hijos y, mediante transacción económica, a los hijos de las clases acomodadas.

Las altas tasas de mortalidad infantil derivadas de esta práctica obligaron a la creación de un sistema de legislación extremadamente minucioso de la lactancia mercenaria, que no podía impedir sin embargo la extrema rotura del vínculo materno filial, por no decir la carencia total del mismo que este régimen implicaba, pese a que ya el griego Plutarco de Queronea (46-120 d.C.) en su *Moralia* (Obras morales y de costumbres), había subrayado las ventajas afectivas de la lactancia materna:

“...esta convivencia en la alimentación es un vínculo que refuerza el afecto...”

En lo que respecta a la utilización de la leche humana comentaremos algunos aspectos que afectan a la lactancia materna y a otras leches humanas de diferente procedencia que la de la propia madre.

Extracción, conservación y manipulación de la leche materna

La mejor forma de amamantar a un lactante es hacerlo de forma directa, piel con piel, estrechando el vínculo afectivo y mejorando los patrones naturales de succión de los recién nacidos. A veces la lactancia materna directa no se puede iniciar porque existen unas necesidades especiales que requieren practicar lo que se conoce como lactancia materna diferida, en la que la mamá se debe estimular el pecho de forma artificial para poder vaciarlo y así producir leche, y luego esa leche, bien conservada y manipulada, se le ofrece a su bebé por medios “no invasivos” del instinto natural de succión. Estas necesidades especiales pueden venir motivadas por:

- **Prematuridad.** El bebé llega antes de tiempo y requiere estabilización médica, se separa de su madre y ésta debe iniciar una estimulación en ausencia de su hijo para proporcionarle su leche.
- **Otras separaciones** entre la madre y el bebé: madre que está hospitalizada, bebé enfermo hospitalizado, vuelta al trabajo...
- **Mastitis y congestiones** no resueltas con el debido tratamiento médico y la mayor frecuencia de succión del bebé para su vaciamiento total. En casos donde estas especialmente duros y no funciona la expresión manual normal.
- **Disfunciones anatómicas orales** en los bebés u otras patologías que en el momento impiden un buen patrón de succión.

Relactaciones y lactancia materna inducida. Donaciones para Bancos de leche materna.

- Mientras dura un tratamiento incompatible con la lactancia materna
- mientras se desecha la leche extraída hasta que la madre pueda volver a darle el pecho a su hijo.

Por decisión de la madre. Totalmente respetable después de un correcto

asesoramiento.

La expresión de leche materna se debe realizar en las mejores condiciones de higiene y limpieza. Requieren siempre de un correcto lavado de manos y uñas, aunque no de pecho, que con la ducha diaria basta. En todas las expresiones se debe realizar un masaje previo y aplicación de calor si se desea, para facilitar la salida de la leche materna. He aquí un breve resumen del masaje a realizar.



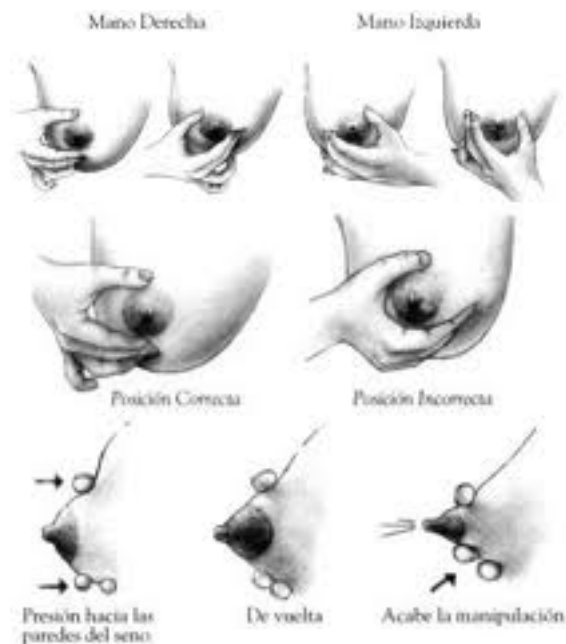
La estimulación del pezón con suaves movimientos rotatorios antes de la extracción, favorece la secreción de oxitocina estimulando así el reflejo de eyección de la leche.

Después, la madre puede estimular sus pechos realizando los siguientes masajes sobre el pecho:

- **Masajear:** oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas) realizar un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel inclinándose hacia delante. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno.
- **Frotar:** el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, por todo alrededor.
- **Sacudir** ambos pechos suavemente

La expresión de la leche puede realizarse de varias formas, con la mano y con herramientas fabricadas para ello. Siempre se han de utilizar cuando son necesarias realmente, lo primero es capacitar a la madre para que pueda lactar de forma directa y se de la succión mas natural y efectiva posible que jamás una expresión por cualquier medio es capaz de igualar.

Extracción Manual



Si deseas aprenderla, es fácil. Es cómoda, sencilla, sostenible y aporta un gado de control al cuerpo por parte de la madre increíble que le proporciona mas seguridad. No necesita pilas, y se puede realizar en cualquier momento. Es preferible a cualquier otra expresión, sobre todo al inicio de la lactancia materna, para aprovechar mejor la leche materna extraída y hacerla mas visible y sensible para ella. En el caso de partos prematuros además contienen mas niveles de sodio que la leche materna extraída con un sacaleches distinto. Hay que buscar un lugar tranquilo y agradable para realizar un suave masaje rotatorio en cada mama para condicionar el reflejo de salida de la leche, y pensar en el bebé mientras realizamos esta tarea, o ver una foto suya también nos estimulará.



Extracción con sacaleches.

Los sacaleches fabricados en la actualidad proporcionan a la madre mas comodidad en el sentido que no necesitan trabajo manual complicado, es fácil de usar (aunque requiere de una supervisión inicial) y ahorran tiempo.



La succión que proporcionan la hacen a través de medios de vacío y no todas las madres lo toleran del mismo modo. Para escoger un sacaleches es útil pensar para qué se va a utilizar, cuanto tiempo se va a utilizar y cada cuanto tiempo.

Muchas madres sienten que estos aparatos les proporcionan una óptima cantidad de leche, pero en cambio otras ven que lo que esperaban de su producción no se refleja en lo obtenido y esto es en parte provocado por el propio sacaleches, que muchas veces no es del tamaño del pecho de la mamá y el propio ruido que realiza inhibe la eyección láctea, aparte del stress de esperar y no obtener.

Para ello, un sacaleches manual es útil para una madre que forma esporádica decide sacarse leche o se quiere aliviar y la expresión manual con técnica de Marmet no le resulta fácil, y en cambio una madre de gemelos necesitaría un sacaleches potente que realizara un trabajo parecido a sus niños si están ingresados por Prematuridad, habiendo antes utilizado la expresión manual.

Así mismo para volver a trabajar la madre necesita algo discreto y rápido que le permita pasar desapercibida por corto espacio de tiempo. En todo caso siempre se ha de buscar un sacaleches que sea sencillo de limpiar, sin recovecos para el alojamiento de huéspedes indeseables y del diámetro adecuado al pecho de la madre, donde el pezón pueda moverse libremente por el pecho, sin ser extremadamente pequeño o grande y evitando dolor y daño en el tejido por fricción.

Colocar el extractor de leche en la fuerza más débil e ir aumentando hasta nuestro nivel de tolerancia más normal y donde no se perciba dolor. Podemos sacar leche cada 3 horas unos 10 minutos en cada pecho. Si el sacaleches es doble, ahorraremos 10 minutos. No se debe forzar nunca el tiempo estipulado si no sale leche, su cuerpo se ira haciendo poco a poco a la máquina. A veces la ansiedad por no ver la leche salir bloquea la misma salida, piense en sus hijos mientras realiza la extracción, sienta como fluye la leche. Son más útiles las sesiones cortas y frecuentes que largas y poco frecuentes. Saque hasta dos minutos después de caer las últimas gotas sin excederse del tiempo.



Conservación

La leche se ha de guardar en recipientes aptos para la alimentación, en cantidades o raciones pequeñas de unos 50 ml a 120 ml. Pueden ser bolsitas especiales estériles o biberones pequeños, de plástico apto para alimentos o de cristal, también recipientes para análisis habiendo lavado bajo el grifo con agua y jabón su tapa, para eliminar las sustancias que conservan las muestras biológicas de análisis. Todas las extracciones se fechan para luego ir utilizándolas empezando por las más antiguas. Se puede conservar según la tabla que se adjunta.



Descongelación

Se saca del congelador y según si se va a utilizar inmediatamente o no, y respetando el medio ambiente, ahorrando agua: Dentro de un recipiente con agua primero templada, y luego volver a calentar al agua solo, para volver a meter la bolsa. Calentar el agua todas las veces que sea necesaria, lo cual es más fácil en microondas, hasta que se logre la temperatura ambiente.

Pasando el recipiente del congelador al refrigerador en la noche anterior. Se debe administrar en las siguientes 24 horas y lo que sobre se debe desechar.

La leche materna descongelada puede tener un olor normal a rancio cuando se calienta, es debido a la acción de las lipasas que no se activan hasta llegar a los -70° . Se puede evitar calentando un poco la leche antes de congelarla hasta que salgan burbujitas, sin llegar a hervir, (en un calentador biberones con termostato, por ejemplo) Naturalmente esta leche, aun sin tratar y con olor, es totalmente apta. También en ocasiones se puede observar algún cambio de color en la leche, dependiendo de la frecuencia de extracción o de la dieta ingerida. No es leche de mala calidad.

Calentamiento

No se debe hervir nunca la leche. No es recomendable utilizar un microondas para evitar que se desnaturalicen ciertas vitaminas y proteínas de la leche materna, es mejor calentar el agua y meter el recipiente de la leche en esa agua caliente. Hay que agitar suavemente el recipiente antes de calentar para que se mezcle los compuestos de la leche materna.

Forma de administrar la leche de forma diferida

La forma ideal de administrar la leche es a través de su propio pecho, pero si es necesario sacarse leche y administrarla posteriormente, es preferible un sistema no invasivo de la succión instintiva de un bebé. Incluso con niños con lactancias maternas instauradas, el uso de chupetes o tetinas que imitan al pecho pueden provocar problemas en el pecho y falta de leche. En el menor tiempo posible se debe volver a la rutina de dar el pecho directo, capacitando a la madre para que lo haga en las mejores condiciones.

Con biberón



En el caso de niños con problemas anatómicos orales, por ejemplo, Síndrome de Down, Paladar hendido o fisura palatina, etc...cuando no ha dado fruto la succión directa. Hay biberones especiales para ello, de forma alargada. En el caso de niños sin patología cuyas madres se incorporan al trabajo de nuevo, es la forma mas fácil de administras por la cuidadora, pero puede crear graves trastornos en la succión y cierta inquietud, por lo que se debería valorar. A veces no es tolerado por los niños acostumbrados al pecho, cosa que es lógico, y no debería forzarse a ello.

Con cuchara



Es una forma sencilla, todo el mundo la conoce, se dan cantidades pequeñas de leche. A veces funciona mas cuando además esta espesada con cereales

(en niños que ya toleran por la edad). Puede ser mas lenta, pero da resultados óptimos y es bien aceptada.

Con vasito



Esta forma tan usual de beber, también es muy bien tolerada por los recién nacidos a término, prematuros o mas mayorcitos. El bebe lame la leche cuando se le acerca el vasito a los labios y se deja a su altura la leche, sin derramar. Se pone poca cantidad de leche para que el bebe no la babee en exceso y se cambia frecuentemente hasta que el bebé haya tomado su cantidad. Es fácil, pero requiere que alguien lo supervise las primeras veces. No confunde.

Con jeringa



Se utiliza mucho en los Hospitales pero esta en revisión. A veces los niños se acostumbran a abrir poco la boca. Se combina con la administración de leche con dedo, o con un adaptador llamado finger feeding.

Con relactador



Uno de los métodos más actuales, que propician la succión natural del niño cuando aun no sabe mamar (Relactaciones y lactancias inducidas, succiones débiles...) Es una simple sonda naso gástrica pediátrica adaptada a un biberón que se coloca a determinada altura que funciona como un goteo. También los hay comerciales, pero son mas caros.

LOS BANCOS DE LECHE



Los bancos de leche materna son centros donde se recolecta y se conserva la leche de madres donantes. Esa leche se ofrece a bebés que la necesitan y no pueden obtenerla de sus propias mamás. Te contamos todos los detalles sobre el funcionamiento de estos servicios.

En algunos países, como Brasil (con cerca de 200 bancos), existe una red nacional de bancos de leche materna que cubre prácticamente a todos los bebés que lo necesitan. En Europa el número es más reducido, pero va en aumento en Francia, Alemania e Inglaterra.

En España el número de bancos de leche es muy escaso, teniendo en cuenta el importante papel que pueden llegar a jugar en la salud de los recién nacidos, aunque hay varios hospitales trabajando para crear sus propias unidades en breve. Recientemente ha empezado a operar el primero dentro de un servicio de neonatología, en el hospital Doce de Octubre, de Madrid. Desde 2001 funciona uno en Palma de Mallorca, pero fuera de un centro hospitalario. Existe un banco de leche en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

La donación de leche materna

¿Quién puede donar?

Cualquier mujer que esté dando de mamar a su hijo y que tenga un buen estado de salud que le permita someterse a la actividad extra de sacarse leche para donarla. Descartan a las mujeres fumadoras, las que toman ciertas drogas o fármacos sin control médico, las que consumen alcohol, las que padecen

enfermedades crónicas o infecciosas y las que han tenido algún riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

¿Durante cuánto tiempo se puede donar leche?

Mientras la mujer tenga leche y esté dando de mamar a su hijo. No se admite a ninguna madre que se extraiga la leche con la única finalidad de donarla.

¿Qué tramites se siguen?

Si quieres donar debes dirigirte al banco de leche y firmar un documento en el que te declaras sana y das constancia de llevas unos hábitos de vida saludables. Te harán una entrevista y una analítica para corroborar tu buen estado físico y asegurarse de que no eres portadora de alguna infección.

¿Cómo se obtiene la leche?

Si procede de una madre que está ingresada en el hospital, se recibe en el banco fresca. En caso contrario, ella se extraerá la leche en casa y la transportará después hasta allí. En estos casos lo habitual es congelarla antes de llevarla para que se conserve mejor. Todas las donaciones que llegan se etiquetan en función de los días que han pasado desde el parto, la fecha de donación y la edad del hijo de la donante. Así, después se puede elegir el alimento más adecuado a las necesidades nutricionales e inmunológicas de los bebés receptores.

¿Dónde se guarda?

Una vez pasteurizada, la leche se almacena en recipientes de diferentes tamaños y se congela hasta su distribución.



Beneficiarios

¿A quiénes se dirige este servicio?

- A niños muy prematuros, enfermos o sanos.
- A recién nacidos sometidos a intervenciones quirúrgicas.
- A niños alérgicos o con intolerancia a fórmulas de leche artificial.
- A los que tienen deficiencias inmunológicas congénitas o adquiridas tras tomar medicación.
- A los que padecen enfermedades infecciosas crónicas o con errores innatos del metabolismo.
- A todo niño amamantado que necesite de forma circunstancial leche materna porque su madre no puede dársela.
- En los casos en los que la ansiedad materna disminuye la producción de leche.

¿Tiene algún coste?

La donación es voluntaria y totalmente altruista. La recepción por parte de los bebés es también gratuita, y son los neonatólogos y pediatras quienes supervisan este proceso. Los datos sobre las donantes, la fecha de donación y las fichas de los receptores se tratan de forma confidencial, igual que en los bancos de sangre de cordón umbilical.

¿Cómo se decide qué tipo de leche dar a cada niño?

Tras el pasteurizado, la leche se clasifica en función de su calidad y sus calorías. Según el primer criterio, puede ser de altísima calidad, alta calidad y calidad normal, entendiendo por calidad la cantidad de componentes fundamentales que aporta. Según las calorías se clasifica en leche de 'mucho engordar' o de 'poco engordar'. Luego, en función de cada bebé y de su situación, se le ofrece un tipo u otro.

Cuestiones prácticas

¿Cuántos bancos funcionan en España?

Dos. El pionero **fue el de Palma de Mallorca**, encuadrado dentro del Banco de Sangre y Tejidos de las Islas Baleares, que atiende las demandas de suministro de leche materna de los hospitales de la comunidad autónoma. El segundo funciona desde diciembre de 2007 dentro del **Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre**, de Madrid. De momento, los destinatarios son los bebés que están ingresados en este centro. Hay algunos más como en Granada.

¿Se abrirán más?

Se prevé que a lo largo de este año empiece a funcionar un banco de leche en el Hospital Vall d` Hebrón, de Barcelona, que suministrará a todos los hospitales de Cataluña. Hay otros proyectos en marcha en Valencia, La Coruña y Sevilla. Todos estos planes se encuentran dentro del ámbito de la Sanidad Pública.

¿Cuál es la respuesta de las donantes?

A los cuatro meses de funcionamiento, el banco del 12 de Octubre ya tenía 27 donantes que habían suministrado más de 100 litros de leche, lo que ha beneficiado a unos 30 niños. Además, la presencia de este servicio y la información que de ello se da a las madres ha motivado que cada vez más mujeres opten por la lactancia materna.

El alimento más completo

La **leche materna** es el mejor alimento para el bebé porque...

- Contiene todos los nutrientes que necesita en las proporciones exactas.
- Es fácil de digerir por el intestino inmaduro del recién nacido.
- Refuerza el sistema inmunológico y protege contra numerosas enfermedades y alergias.

La OMS en 2001 acreditó a los Bancos de Leche Humana como una de las mejores estrategias sanitarias en la disminución de la mortalidad infantil y en la protección del amamantamiento, de manera similar al 'Código Internacional de Sucedáneos de la LH' ('81), la 'Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño' ('90) o la 'Semana Mundial de la Lactancia Materna' ('92).

El primer BLH fue creado en Viena en 1900. En 1910 en Boston y posteriormente en otras ciudades de Europa. En Buenos Aires en año 1921 y en Río de Janeiro en 1943. (1) En nuestro Hospital Lagomaggiore de Mendoza, en 1983 funcionaba uno en el Lactario de LH: la leche excedente de las madres de los prematuros internados la distribuíamos concientes de los beneficios que ofrecía... El virus del SIDA obligó a 'prohibir definitivamente en la Argentina el uso de leche de banco'. Sin embargo, en Brasil (hoy con una red de 201 BLHs) se continuó investigando en el procesamiento de la LH hasta alcanzar la pasteurización con estándares de uso seguro, desde hace más de 15 años...

El mejor método para pasteurizar la leche humana



A diferencia de la vacuna, la leche humana posee concentraciones significativas de proteínas y antioxidantes que protegen a los lactantes de

diversas enfermedades. Pero esta leche requiere condiciones especiales para su conservación a largo plazo. Un grupo de investigadores trabajó con muestras crudas y pasteurizadas y demostró que en aspectos como la acidez, el método de pasteurización resulta el más apropiado para la conservación de la leche humana.

La leche humana posee ventajas nutricionales e inmunológicas ya que aporta en forma temprana al niño, sobre todo al neonato prematuro, un sistema completo de defensas antioxidantes que lo protegen del daño celular, la destrucción del ADN y la incidencia y severidad de las llamadas “enfermedades de las especies reactivas del oxígeno”. La leche de madre de niños prematuros tiene altas concentraciones de proteínas y antioxidantes y su conservación debe realizarse a bajas temperaturas para evitar la formación de radicales libres, partículas que se hallan en el medio ambiente y que también provienen de procesos metabólicos en el cuerpo. Un equipo de investigadores de la UNC comparó la leche materna en estado crudo y la pasteurizada a partir del análisis de tres muestras que permitieron establecer las características de cada una, el grado de contaminación que adquieren al conservarla y el tiempo que se pueden almacenar y permanecer aptas para el consumo del lactante.

Según indicó a Info Universidades la bromatóloga Claudia Amadio, integrante del equipo, numerosos estudios determinaron el poder antioxidante de los componentes de la leche y la importancia en el metabolismo del niño prematuro. “No obstante, el uso de los tratamientos térmicos puede ocasionar inconvenientes”, advierte la profesional. “La leche humana fresca tiene una alta concentración de antioxidantes, moléculas que disminuyen el daño ocasionado por los radicales libres en las células y el ADN.

Pero esos antioxidantes disminuyen con el tiempo de almacenamiento. Los bebés prematuros tienen una capacidad reducida de antioxidantes y se cree que los necesitan más que los niños que han nacido tras el período normal de nueve meses de gestación, ya que suelen sufrir de infecciones”. Para su conservación, la leche humana debe someterse a un proceso de pasteurización y a estrictos controles de calidad que aseguran su valor nutricional y seguridad bacteriológica. El método de pasteurización recomendado es el llamado Holder, un proceso más lento que el utilizado para la leche de vaca: se calienta la muestra a baño maría a 62,5° C durante 30

minutos y, posteriormente, se enfría rápido (5° C) y se conserva hasta su utilización a -20°C. Según la especialista, si se aplica la misma metodología que con la leche vacuna (70 ° C durante 15 segundos), “se producen pérdidas de factores inmunológicos y vitaminas en mayor proporción que con el método Holder”. Y agrega: “La pasteurización a 62,5 ° C durante 30 minutos es un método recomendado para la destrucción del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y permite el almacenamiento de leche y alimentación de niños prematuros”. Cruda versus pasteurizada En su trabajo, los investigadores comprobaron que el tiempo máximo de almacenamiento en refrigeración de la leche cruda es semejante al de la leche pasteurizada: doce horas. Pero la diferencia surge al conservarlas congeladas: 14 días la primera y hasta 6 meses la segunda. “Hasta el momento, se trabajó con sobrantes de leche humana de madres de niños prematuros, cruda y pasteurizada por dos métodos: a 62,5 °C durante 30 minutos (Holder).y a 72,5°C durante 15 segundos.

En cada tratamiento se determinó humedad, cenizas, peso específico y acidez”, explica Amadio. “Durante 14 días se evaluó la acidez en los diferentes tratamientos mediante la técnica normalizada utilizada en bancos de leche humana integrantes de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche. El análisis mostró que los valores de humedad, cenizas y peso específico fueron semejantes para la leche cruda y para las sometidas a los tratamientos térmicos, y se mantuvieron durante el almacenamiento”, señala la profesional. Sin embargo, la acidez varía en los tres tratamientos a partir del cuarto día. “La de la leche cruda es mayor que la de la pasteurizada y supera los 8° D, valor máximo que se permite para la alimentación de niños prematuros, a partir del día 10”, explica Amadio. En cuanto a la acidez de las leches tratadas por los dos métodos de pasteurización, el valor promedio es semejante durante el lapso de conservación. El próximo paso de los investigadores es medir la presencia de radicales libres en las distintas leches, ya que estos elementos químicos se han visto implicados en gran cantidad de enfermedades degenerativas o de tipo cardiovascular en niños prematuros, como retinopatía, encefalopatía y displasia broncopulmonar, entre otras.

EL AMAMANTAMIENTO:

TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO. LA POSICIÓN.

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando.

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres debemos confiar en nuestra capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar, como es *la posición*.

Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

POSICIÓN:

Posición del niño con la madre acostada.



(Muy útil por la noche o en las cesáreas).

Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La

madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre.

Posición tradicional o de cuna:



La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.

Posición de cuna cruzada.



(Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos).

Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca.

Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.

Posición de canasto, o de rugby.



(Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés).

Colocamos al *niño* bajo el brazo del lado que va a mano del lado que amamanta, sujetándolo por la amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la nuca. madre. La *madre* maneja la cabeza del bebé con la mano del lado del pecho que amamanta

Posición sentado.

(Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamás muy grandes).



En ella el *bebé* se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre.

Posición sentada.



La *madre* se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El *bebé* mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al bebé).

RECORDAR QUE...

La *madre* sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta.

1. Sea cual sea la posición a adoptar la *cabeza del niño* tiene que estar *alineada con el pecho* de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello.

2. Si los labios y la lengua están bien, el bebé mamará correctamente en cualquier posición. La boca del bebé tiene que estar muy abierta, ambos *labios evertidos*, pecho muy adentro de la boca, el *pezón cerca del labio superior* pues así deja espacio para que la lengua se situé entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí.

3. Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo

movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas y sienes, y que sus *mejillas no se hundan* hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera *la madre no siente dolor* ni siquiera cuando tiene grietas.

SIGNOS DE MAL POSICIÓN.

- *Hundimiento de las mejillas*, en este caso el niño no está mamando, está succionando.
- *Dolor y grietas en el pezón* debido a la fricción y aumento de la presión por la succión.
- El niño mama durante mucho tiempo, hace tomas muy frecuentes y casi sin interrupción.
- Traga aire y hace ruido al tragar.
- Se produce *regurgitación, vómito y cólico con frecuencia*.
- *Presencia excesiva de gases*: en forma de eructo por el aire tragado y los que se forman en el colon por fermentación de la lactosa y son expulsados por el ano.
- *Ingurgitación frecuente*. Con esto la producción de leche aumenta y la ingesta del bebé es mayor en proteínas y lactosa, puesto que la capacidad del estómago está limitada impide que el niño tome la leche del final rica en grasas y que sacia al bebé, por lo que se queda con hambre a pesar de haber comido. Se atraganta con el chorro de leche que sale desesperado por la “bajada” de leche.
- Irritación de las nalgas por la acidez de las heces.
- El bebé pasa el día lloroso e intranquilo. A veces se pelea con el pecho, lo muerde, lo estira y lo suelta llorando.
- La madre está agotada.
- Aparece dolor en el pezón, el bebé no suelta espontáneamente el pecho y la frecuencia de las tomas al día es de 15 veces y mas de 15 minutos.

POSICIONES INCORRECTAS MAS FRECUENTES.

- Es muy frecuente que la boca no esté muy abierta.
- Que se chupe el labio inferior junto con el pecho.

- Apretar con un dedo el pecho o hacer la pinza para despejar la nariz del bebé.
- Atraer al bebé hacia el pecho por la nuca.

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

Se puede evitar colocando el pezón a la altura de la nariz del niño antes de abrir la boca.

Sirve de ayuda bajar el mentón con un dedo para abrirle la boca.

No es necesario si apoyamos correctamente la cabeza del niño según la postura elegida y le dejamos libertad de movimiento.

Acercar el bebé al pecho por la espalda..

LACTANCIA ARTIFICIAL

Aunque lo más aconsejable es la **lactancia materna**, varios motivos pueden obligar a una madre a optar por la alimentación artificial. La mujer embarazada antes del parto tiene que tener claro el tipo de alimentación que le dará a su pequeño después de su nacimiento. Es importante tener en cuenta que **la leche artificial** no es una alternativa a la leche materna, tan solo es un sustituto inevitable cuando la madre no puede o no quiere dar el pecho a su hijo. La leche de vaca tal cual la bebemos los adultos, sin tratar, no es para nada apta para el consumo de los bebés de menos de un año, y su introducción en **la alimentación** se aconseja sobre los tres años, cuando su organismo ya se encuentra preparado para su digestión. Hoy día la **industria alimentaria** nos ofrece una gran gama de leches infantiles que permiten un crecimiento sano (es aconsejable seguir consejo médico para una buena selección) y se adaptan a su capacidad digestiva.

¿Qué ventajas tiene este tipo de alimentación?

- La madre dispone de libertad y de movilidad. Es ideal para aquellas mujeres que tengan que trabajar.
- La madre puede seguir un tratamiento farmacológico. Algunos medicamentos pueden perjudicar la salud del pequeño ya que pasan a través de la leche.
- La madre puede iniciar una dieta de adelgazamiento.
- La madre puede tomar alcohol o fumar sin miedo a que los restos de estos tóxicos pasen a la leche y dañen la salud de su hijo.
- Permite la posibilidad de compartir la crianza del pequeño con el padre.

¿Y cuáles son sus desventajas?

- Es necesaria una estricta higiene de los biberones. Una mala higiene de estos es la principal causa de diarrea.
- Resulta más cara ya que se debe comprar la leche y el agua.
- Las alergias e intolerancias son más frecuentes que con la lactancia materna.
- La leche artificial no tiene las propiedades inmunológicas de la leche materna.

- El sabor de la leche artificial es uniforme, no como el de la leche materna, que varía en función de la alimentación de la madre.
- Las leches artificiales son de difícil digestión ya que no contienen lipasa y contienen un exceso de caseína. Además, su mayor concentración en nutrientes produce estreñimiento y sobrecarga renal.
- Su preparación implica más trabajo. Hay que leer con atención la forma de preparación de las tomas.
- El transporte de los utensilios puede ser engorroso para la madre.

Con la lactancia artificial hay más riesgo de problemas para el niño como el hipo, las regurgitaciones, los eructos y el estreñimiento.

CASOS ESPECIALES: lactancia en prematuros y en el método madre canguro

Lactancia en los prematuros:

La alimentación de los bebés prematuros constituye un reto especial.

Durante los primeros días, es posible que un bebé pequeño sea incapaz de alimentarse por vía oral y necesite que se le procure alimento por vía intravenosa. Durante dicho periodo, se proporcionará al bebé una atención convencional.

Las tomas orales deberían comenzar tan pronto como el estado del bebé lo permita y éste las tolere. Ello suele coincidir con el momento en que se puede colocar al bebé en posición canguro, lo que contribuye a que la madre produzca leche e incrementa, de este modo, la lactancia materna.

Los bebés cuya edad gestacional es inferior a 30 o 32 semanas suelen precisar una sonda nasogástrica para alimentarse y ésta puede emplearse para proporcionarles leche extraída del pecho de su madre. La madre puede permitir que su bebé le chupe el dedo mientras recibe la alimentación por sonda. La alimentación por sonda puede proporcionarse mientras el bebé se encuentra en posición canguro.

Los bebés cuya edad gestacional se sitúa entre las 30 y las 32 semanas pueden alimentarse mediante una taza de pequeño tamaño. Las tomas en taza pueden administrarse una o dos veces al día mientras el bebé sigue alimentándose principalmente por sonda nasogástrica. En caso de que se alimente correctamente mediante la taza, se podrá ir reduciendo la alimentación por sonda. Para administrar

la leche mediante taza, se deberá retirar al bebé de la posición canguro arropado con una manta que le abrigue y se le devolverá a la posición canguro tan pronto como concluya la toma. Otro modo de alimentar a un bebé en esta fase consiste en extraer la leche e introducirla directamente en su boca. De este modo, el bebé no necesita abandonar la posición canguro.

A los bebés cuya edad gestacional equivalga o supere las 32 semanas se les puede amamantar. Es posible que, en un principio, el bebé se limite a buscar el pezón y a lamerlo, o que incluso llegue a mamar un poco. Se deberá seguir administrándole leche extraída mediante taza o sonda, de manera que quede garantizado que el bebé recibe cuanto necesita.

Cuando un bebé pequeño comienza a succionar el pecho correctamente, es posible que se interrumpa durante las tomas y que a menudo dichas interrupciones sean prolongadas. Es importante no apresurarse a retirarle el pecho. Convendrá dejarle junto a éste de modo que pueda volver a succionarlo cuando esté preparado. Si es necesario, este proceso podría prolongarse hasta una hora. Se le deberá ofrecer una taza después de haber concluido la toma del pecho o bien alternar las tomas del pecho con las de taza.

Conviene asegurarse de que el bebé adopta una posición correcta para succionar el pecho. De que esté bien sujeto depende que succione de un modo más eficaz desde una fase más temprana.

Los bebés cuya edad gestacional se sitúa en torno a las 34 o 36 semanas o más suelen poder procurarse todo el alimento que necesitan directamente del pecho. No obstante, en ocasiones sigue siendo necesaria una alimentación suplementaria administrada en taza.

Durante este periodo inicial, la madre necesita grandes dosis de apoyo y ánimo que le ayuden a iniciar y mantener la lactación hasta que el bebé esté listo para que lo amamenten. Las madres primíparas y adolescentes, así como las madres de recién nacidos muy pequeños necesitan si cabe más ánimo, ayuda y apoyo durante su estancia en el hospital y, más adelante, en el hogar.

Debatir con la madre el tema de la lactancia materna

- Tranquilizar a la madre asegurándole que podrá amamantar a su bebé pequeño y que producirá leche en cantidad suficiente
- explicarle que la leche que produce es el mejor alimento para un bebé pequeño. La alimentación para éste es incluso más importante que para un bebé desarrollado

- en un principio, un bebé pequeño no se alimenta con la misma facilidad que uno grande; es posible que el primero: se canse con facilidad y succione débilmente en un inicio, succione el pecho de la madre durante periodos breves antes de descansar, se quede dormido mientras succiona, precise pausas más largas después de succionar y más tiempo para cada toma, no siempre se despierte para las tomas
- explicarle que la lactancia materna irá resultando más fácil a medida que el bebé se haga mayor y más grande
- ayudarlo a colocar y sujetar al bebé en la posición canguro.

Lactancia materna

La posición canguro es ideal para la lactancia materna. Tan pronto como el bebé dé muestras de que está listo para la lactancia materna, moviendo la lengua y la boca, y parezca interesado en succionar (por ej., los dedos o la piel de la madre), se ayudará a la madre a adoptar una postura de amamantamiento que garantice una sujeción firme.

Para iniciar la lactancia materna se elegirá una ocasión propicia: el momento en que se despierte el bebé o cuando se encuentre alerta y despierto. Se ayudará a la madre a que se siente cómodamente en un sillón sin brazos y con el bebé en posición de contacto piel a piel. Durante la primera toma se extraerá al bebé de la bolsa y se le arropará o se le vestirá, de manera que resulte más sencillo ilustrar la técnica apropiada. Posteriormente, se devolverá al bebé a la posición canguro y se pedirá a la madre que trate de asegurar una posición y una sujeción al pecho adecuadas.

Ayudar a la madre a colocar a su bebé

- Mostrar a la madre cuáles son la posición y la sujeción al pecho correctas para la lactancia materna
- mostrar a la madre cómo sostener a su bebé: mantener derechos la cabeza y el cuerpo del bebé, situar el rostro del bebé frente al pecho de la madre y su nariz opuesta al pezón de ella, mantener el cuerpo del bebé pegado al de la madre, sostener todo el cuerpo del lactante y no solamente el cuello y los hombros

- mostrar a la madre cómo ayudar al bebé a que se prenda a su pecho: tocar los labios del bebé con su pecho, esperar a que la boca del bebé esté bien abierta, colocar al bebé rápidamente sobre el pecho, situando su labio inferior un trecho por debajo del pezón.
- mostrar a la madre qué signos indican una correcta sujeción al pecho: la barbilla de bebé debe tocar su pecho, la boca del bebé debe estar bien abierta, el labio inferior del bebé debe estar evertido (hacia fuera y hacia abajo), sobre la boca del bebé, antes bien que por debajo de ella, debe verse la mayor parte de la areola, cada succión debe ser lenta y profunda, con pausas ocasionales.

El bebé debe ser amamantado todo el tiempo que desee. Es posible que, entre succión y succión, se produzcan pausas prolongadas. Conviene no interrumpir al bebé si sigue intentando alimentarse.

Los bebés pequeños precisan mamar con frecuencia, cada 2 o 3 horas. En un principio es posible que no se despierten para sus tomas, por lo que habría que despertarlos. Cambiar los pañales del bebé antes de la toma puede contribuir a que éste se encuentre más alerta.

A veces conviene extraer un poco de leche junto a cada succión. Si el pecho está obturado, se debe alentar a la madre a que se extraiga una pequeña cantidad de leche antes de comenzar a amamantar al bebé; ello servirá para ablandar la zona del pezón y al bebé le resultará más sencillo sujetarse a éste.

Aunque el bebé todavía no sea capaz de mamar correctamente y durante el tiempo que se antoja necesario (por ser muy prematuro), conviene ofrecerle el pecho en primer lugar y, posteriormente, emplear el método de alimentación alternativo. Se hará lo que resulte mejor en cada entorno: permitir que la madre extraiga leche y la vierta en la boca del bebé o bien permitirle que la extraiga y alimente al bebé mediante taza o sonda.

Prestar un apoyo especial a las madres que amamantan a gemelos

- Tranquilizar a la madre asegurándole que producirá leche suficiente para los dos bebés

- explicarle que es posible que la lactancia tarde más en consolidarse en el caso de los gemelos, dado que es frecuente que éstos sean prematuros y hayan pesado poco al nacer.

Ayudar a la madre a que amamante a sus gemelos

- Amamantar a un solo bebé cada vez hasta que la lactancia se haya consolidado debidamente
- hallar el mejor método para sus gemelos: si uno de los dos es más débil, alentar a la madre a que se cerciore de que éste ingiere una cantidad suficiente de leche. En caso de necesidad, la madre podrá extraerse leche expresamente y administrársela a aquél mediante taza después de concluida la lactancia materna inicial
- alternar diariamente el pecho que se ofrezca a cada bebé.

Métodos de alimentación alternativos

Se puede alimentar al bebé extrayendo leche materna y vertiéndola directamente en su boca o bien administrándole mediante taza o sonda la leche materna o una preparación para bebés adecuada.

Extraer la leche materna

La extracción manual constituye el mejor modo de sacar leche del pecho, pues es menos susceptible de transportar infecciones que una bomba y toda mujer puede emplearlo en cualquier ocasión. Se deberá enseñar a la madre cómo extraer su leche y permitir que lo haga ella misma. No conviene extraerla en su lugar. Para iniciar la lactación y poder alimentar a un bebé pequeño, la madre debería comenzar a extraerse leche el primer día, si es posible seis horas después del parto. Debería extraerse tanta leche como le resulte posible y con tanta frecuencia como correspondería a las tomas del bebé, es decir, al menos cada tres horas, incluso por la noche. Para consolidar sus reservas de leche, en caso de que su producción parezca estar disminuyendo al cabo de unas pocas semanas, la madre debería extraerse leche con mucha frecuencia durante unos días (cada hora) y cuando menos cada tres horas durante la noche.

Las madres desarrollan con frecuencia un estilo propio de extracción manual una vez han aprendido los principios básicos. Las hay que se extraen leche de ambos pechos a la vez, inclinándose hacia adelante con un recipiente entre las rodillas y haciendo una pausa cada pocos minutos para permitir que los senos vuelvan a llenarse de leche. Todas las madres acaban por encontrar su propio ritmo, que suele ser lento y regular. Se alentará a las madres a que se extraigan la leche a su manera, siempre que su método les vaya bien.

En caso de que una madre esté extrayendo más leche de la que necesita su bebé pequeño, se le recomendará que vierta la segunda mitad extraída de cada pecho en un recipiente distinto y que ofrezca al bebé la segunda mitad en primer lugar. De este modo, el bebé recibe más leche final, que le proporcionará una mayor cantidad de la energía que necesita y le ayudará a crecer mejor. En caso de que, en un principio, la madre sólo sea capaz de extraerse un volumen escaso, se ofrecerá tal cantidad a su bebé y ésta se complementará con una preparación para bebés si fuera necesario.

La extracción de leche materna exige tiempo, paciencia y una planificación previa. Se pedirá a la madre que comience el proceso al menos media hora antes de la toma correspondiente, sea cual fuere el método empleado. Si es posible, se empleará leche materna recién extraída para la toma que venga a continuación. Si se dispone de más leche de la que necesita el bebé, se podrá conservar durante 48 horas en un refrigerador a una temperatura de 4° C.

Es posible alimentar al bebé mientras se halla en posición canguro

- Sostener al bebé en contacto piel a piel, con su boca cerca del pezón de la madre
- esperar a que el bebé se encuentre alerta y abra la boca y los ojos (los bebés muy pequeños podrían necesitar una ligera estimulación para mantenerse despiertos y alerta)
- extraer unas pocas gotas de leche materna
- permitir que el bebé huela y lama el pezón y abra la boca
- verter la leche en la boca abierta del bebé
- esperar a que el bebé trague la leche

- repetir el procedimiento hasta que el bebé cierre la boca y no quiera tomar más leche aun después de haberle estimulado
- pedir a la madre que repita esta operación cada hora si el bebé pesa menos de 1200 gramos y cada dos horas si pesa más de 1200 gramos
- mostrarse flexible en cada toma y vigilar que la ingesta sea adecuada controlando el aumento de peso diario.

Extraer leche materna y verterla directamente en la boca del bebé

La leche materna puede extraerse y verterse directamente en la boca del bebé, si bien es preciso que la madre se familiarice primero con el procedimiento de extracción manual.

La experiencia muestra que las madres aprenden dicho método con rapidez. Además, éste presenta la ventaja con respecto a otros métodos de que no necesita utensilio alguno y, por tanto, garantiza un nivel de higiene adecuado. No es posible, no obstante, medir la cantidad de leche extraída, sobre todo en un inicio, cuando aquélla podría ser demasiado escasa para las necesidades del bebé. Más adelante, cabrá suponer que la cantidad es adecuada en tanto el bebé esté ganando peso (véase más adelante). Con todo, este método no se ha examinado de manera sistemática ni se ha comparado con otros.

Alimentación mediante taza

Las tazas y otros utensilios tradicionales tales como el “paladai” de la India pueden emplearse para procurar alimento incluso a bebés muy pequeños, en tanto éstos sean capaces de tragar la leche.

Las madres pueden aprender esta técnica con facilidad y alimentar a sus bebés procurándoles una cantidad adecuada de leche. La alimentación mediante taza presenta algunas ventajas con respecto a la alimentación con biberón, dado que no estorba los intentos del bebé de mamar del pecho materno; una taza se limpia fácilmente con agua y jabón, en caso de que no sea posible esterilizarla mediante cocción, y permite al bebé controlar la leche que ingiere. En un principio, es posible que la madre prefiera que el bebé abandone momentáneamente la posición canguro.

Alimentación mediante jeringa o cuentagotas

La técnica es semejante a la de extraer la leche materna y verterla en la boca del bebé: hay que medir con una taza la cantidad de leche que se va a administrar y verterla directamente en la boca del bebé con una cuchara común o especial, una jeringa o un cuentagotas. Una vez que el bebé ha tragado la cantidad que se le ofrece, se le volverá a dar un poco más. La alimentación mediante cuchara lleva más tiempo que aquella mediante taza y se puede perder una cantidad de leche sustancialmente superior. La alimentación mediante jeringa y cuentagotas tampoco es más rápida que aquella mediante taza. Además, las jeringas y los cuentagotas son más difíciles de limpiar, amén de más caros.

Alimentación con biberón

Se trata del método de alimentación que goza de menos favor y no se recomienda. Puede estorbar la respiración y la oxigenación^{61, 62} y dificulta el amamantamiento. Los biberones y las tetinas deben esterilizarse en la institución correspondiente y hervirse en el hogar.

Alimentación por sonda

La alimentación por sonda se emplea en los casos en los que el bebé aún no es capaz de tragar o de coordinar los actos de tragar y respirar o bien si se cansa con facilidad y no ingiere suficiente leche. Mientras los profesionales sanitarios introducen la sonda y preparan la jeringa o el cuentagotas, la madre puede permitir al bebé que succione su pecho.

La alimentación por sonda puede efectuarse con el bebé situado en posición canguro.

Cómo introducir la sonda

- Sacar al bebé de la posición canguro, arroparlo con una manta que lo abrigue y colocarlo sobre una superficie cálida
- introducir la sonda preferiblemente por la boca del bebé, en lugar de por la nariz: los bebés pequeños respiran por la nariz y la sonda situada en

- las ventanas de la nariz podría obstruir la respiración
- emplear sondas de alimentación cortas del calibre 5 al 8, en función del tamaño del bebé
 - medir y marcar en la sonda, con un rotulador, la distancia que media entre la boca, la oreja y el extremo inferior del esternón
 - introducir la sonda en el estómago a través de la boca hasta que la marca de rotulador se sitúe a la altura de los labios; con la sonda en su lugar, la respiración del bebé debe ser normal
 - sujetar la sonda al rostro del recién nacido con esparadrapo
 - sustituir la sonda cada 24-72 horas. Mantenerla cerrada o pinzada mientras se retira para evitar que gotee fluido en la garganta del bebé.

Cómo preparar y utilizar la jeringa

- Determinar la cantidad de leche necesaria para la toma
- elegir el tamaño correspondiente de la jeringa
- extraer el émbolo de la jeringa y desecharlo
- conectar la jeringa a la sonda
- verter la cantidad necesaria de leche materna en la jeringa
- sostener el cuerpo de la jeringa por encima del estómago del bebé y dejar que la gravedad haga fluir la leche; no inyectar la leche
- observar al bebé durante la toma por si se produjera algún cambio en su respiración o se vertiera la leche
- en cuanto haya concluido la toma, sellar la sonda con una espita
- mientras dure la alimentación por sonda, el bebé podrá succionar el pecho o el dedo de la madre (ilustración 8).

En cuanto el bebé dé muestras de estar listo para iniciar la alimentación oral (lactancia natural, o bien mediante taza, cuchara, jeringa o cuentagotas), se comenzará por procurarle alimento por esta vía una o dos veces al día, dado que la mayoría de la leche se le seguirá administrando por sonda. Paulatinamente se irán reduciendo las tomas mediante sonda y ésta se retirará cuando el bebé sea capaz de efectuar tres tomas consecutivas de leche materna mediante taza.

Cantidad y frecuencia

La frecuencia de las tomas dependerá de la cantidad de leche que el bebé tolere por cada una de aquéllas y de la cantidad diaria que sea necesaria. A modo de orientación, la cantidad de leche por toma administrada a neonatos prematuros debería ir incrementándose tal como se indica a continuación:

- hasta el 5º día, se irá incrementando lentamente la cantidad total y la cantidad por toma con el fin de acostumbrar al recién nacido a la alimentación enteral
- después del 5º día se incrementará constantemente dicha cantidad hasta alcanzar la cantidad necesaria para la edad del bebé con arreglo a lo indicado en tablas adecuadas.

Los bebés muy pequeños deberían recibir alimento cada dos horas y los de un tamaño mayor cada tres. En caso de necesidad, se despertará a la madre y al bebé durante el día y la noche, de modo que quede garantizada una alimentación regular.

El tránsito de un método de alimentación alternativo a la lactancia natural exclusiva puede producirse mucho antes en bebés desarrollados que en bebés muy pequeños y puede durar una semana. Se alentará a la madre a que inicie la lactancia materna tan pronto como el bebé dé muestras de estar preparado. En un inicio, el bebé podría no mamar el tiempo suficiente, pero incluso una succión breve estimula la producción de leche y sirve para que el bebé “practique”. Se deberá seguir confortando a la madre y prestándole ayuda en la tarea de amamantar a su bebé. A medida que el bebé crezca, se debería ir sustituyendo gradualmente la alimentación planificada por una alimentación basada en la demanda del bebé.

Cuando el bebé pase a un método de alimentación mediante lactancia natural exclusiva y deje de ser posible medir la ingesta de leche, el aumento de peso se convertirá en el único método para evaluar si la alimentación está siendo adecuada.

En caso de que la madre sea VIH-positiva y elija una alimentación de sustitución, se le recomendará el método de alimentación mediante taza. Para más información al respecto, consúltese el curso de asesoramiento en materia de VIH y alimentación de recién nacidos.20

Vigilancia del crecimiento

Peso

Se deberá pesar a los bebés pequeños diariamente y controlar el aumento de peso con el fin de evaluar en primer lugar la adecuación de la ingesta de líquido y, posteriormente, el crecimiento. En un inicio, los bebés pequeños pierden peso tras el parto: las pérdidas de hasta un 10% de peso durante los primeros días de vida se consideran tolerables. Tras la pérdida de peso inicial, los neonatos recuperan lentamente su peso al nacer, generalmente entre 7 y 14 días después del parto. Posteriormente, los bebés deberían seguir ganando peso, lentamente al principio y más rápidamente después. Una vez transcurrido este periodo inicial no se admiten pérdidas de peso. Un aumento de peso adecuado se considera un signo de buena salud, un aumento de peso escaso constituye por el contrario un motivo de seria preocupación. No hay límite superior para el aumento de peso de recién nacidos alimentados con leche materna, mientras que el límite inferior no debe en ningún caso quedar por debajo de los 15g/kg/día.

El aumento de peso diario adecuado a partir de la segunda semana de vida equivale a 15 gramos/kg/día. A continuación se indican aumentos de peso aproximados correspondientes a diferentes edades postmenstruales:

- 20g/día hasta la 32ª semana de edad postmenstrual, lo que corresponde aproximadamente a 150-200 gramos/semana
- 25g/día desde la 33ª hasta la 36ª semana de edad postmenstrual, lo que corresponde aproximadamente a 200-250 gramos/semana
- 30g/día desde la 37ª hasta la 40ª semana de edad postmenstrual, lo que corresponde aproximadamente a 250-300 gramos/semana.

No existen recomendaciones universales en lo tocante a la frecuencia de la vigilancia del crecimiento para recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer. No hay una tabla de referencia universal en la que se prevea el aumento de peso postnatal de tales bebés, sino que se emplean tablas de crecimiento intrauterino por semana de gestación, en las que figuran percentiles o desviaciones normales.

No se sabe si un crecimiento extrauterino similar al que el recién nacido prematuro habría experimentado en el útero constituye un criterio apropiado para controlar el aumento de peso postnatal. No obstante, se antoja razonable establecer el objetivo de lograr un peso mínimo de 2500 gramos al alcanzar la 40a semana de edad postmenstrual.

Las siguientes recomendaciones se fundamentan en la experiencia

- Pesar al bebé una vez al día; hacerlo con más frecuencia podría resultarle molesto y convertirse en causa de ansiedad y preocupación para la madre. En cuanto el bebé haya comenzado a ganar peso, pesarlo cada dos días durante una semana y, posteriormente, una vez a la semana hasta que el bebé haya alcanzado la edad en que debería haberse producido el nacimiento a término (40 semanas o 2500 gramos)
- pesar al bebé del mismo modo en todas las ocasiones, a saber, desnudo, con la misma balanza calibrada (que, a ser posible, esté graduada en intervalos de 10 gramos), situando una toalla limpia y templada sobre la balanza para evitar que el recién nacido se enfríe
- pesar al bebé en un ambiente cálido
- en caso de que disponga de una tabla de pesos en la que se indique el crecimiento intrauterino previsto, inscriba el peso en la gráfica para evaluar el crecimiento.

La vigilancia del crecimiento, máxime la referida al aumento de peso diario, requiere balanzas precisas y una técnica de pesado normalizada. Las balanzas de resortes no son lo suficientemente precisas para llevar a cabo una vigilancia frecuente del aumento de peso cuando éste es bajo y pueden motivar que se adopten decisiones erróneas. Las balanzas analógicas empleadas en las

maternidades de los hospitales (con intervalos de 10 gramos) son la mejor alternativa. Si no se dispone de tales balanzas precisas, convendrá no pesar diariamente a los recién nacidos que reciban cuidados MMC, sino que será preferible controlar el crecimiento pesándolos semanalmente. El peso se registrará en una tabla de pesos y su aumento se evaluará diaria o semanalmente.

Perímetro craneal

El perímetro craneal se medirá semanalmente. En cuanto el bebé esté adquiriendo peso, su perímetro craneal aumentará entre 0,5 y 1 cm por semana. Para saber si el crecimiento de la cabeza del bebé es adecuado, consúltense los estándares antropométricos nacionales.

Métodos alternativos de vigilancia del crecimiento

Métodos alternativos tales como medir la estatura del bebé o el perímetro de su pecho y brazo se antojan menos útiles para la vigilancia del crecimiento y no se recomiendan debido a las razones que se exponen a continuación:

- la estatura es un parámetro menos fiable que el peso, pues aumenta de manera más lenta y no contribuye a la adopción de decisiones relativas a la alimentación o a una enfermedad
- algunos métodos alternativos, tales como la medición del perímetro del pecho y el brazo, se emplean para determinar el tamaño al nacer y como herramienta para ponderar la necesidad de atención especial. Su eficacia en cuanto a la vigilancia del crecimiento en recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer aún no se ha evaluado.

Aumento de peso inadecuado

En caso de que se produzca un aumento de peso inadecuado durante varios días, se examinará en primera instancia la técnica de alimentación, así como su frecuencia, duración y planificación y se comprobará que se estén administrando las tomas nocturnas. Se recomendará a la madre incrementar la frecuencia de las tomas o administrarlas según el bebé las pida. Se alentará a la madre a beber líquidos cuando tenga sed. A

continuación se examinarán otras condiciones como posibles razones del escaso aumento de peso:

- el que el bebé tenga una moniliasis oral (manchas blancas en el interior de la boca) puede dificultar la alimentación. Se tratará al bebé administrándole nistatina en suspensión oral (100000 UI/ml); se empleará un cuentagotas para aplicar 1ml en la mucosa bucal y se unguirán los pezones de la madre con tal producto hasta que la lesión se cure. El tratamiento durará 7 días
- la rinitis resulta bastante molesta para el bebé, dado que puede dificultar la alimentación. Administrar gotas nasales de una solución salina corriente en cada ventana de la nariz antes de cada toma puede ayudar a aliviar la obstrucción nasal
- una infección del tracto urinario puede ser la causa oculta de este problema. Se investigará si el bebé ha dejado de crecer sin causas aparentes y se le tratará de conformidad con las directrices nacionales/locales al respecto
- una infección bacteriana grave puede manifestarse en un inicio a través de un aumento de peso y una ingesta escasos. El que un bebé hasta el momento saludable empiece a encontrarse mal y deje de alimentarse se considera un grave signo de peligro. Se investigará la situación en busca de infecciones y se tratará de conformidad con las directrices nacionales/locales al respecto.

Entre otras causas que pueden motivar que el bebé no adquiera peso se incluye el conducto arterioso permeable y otras afecciones que pueden dificultar el diagnóstico en entornos de escasos recursos. Tras excluir o tratar cualquiera de las causas comunes expuestas más arriba, se remitirá al bebé que no adquiera peso a un nivel superior de atención con el fin de proseguir la investigación y el tratamiento.

Si la producción de leche de la madre disminuye y no llega a satisfacer las necesidades del bebé, habrá que aumentarla. Este problema se da a menudo en casos en los que existe una dificultad referida a la lactancia materna: el bebé no está mamando correctamente o bien la madre ha tenido que

ausentarse o está enferma y ha debido interrumpir el amamantamiento de su hijo.

Galactogogos

Las infusiones de hierbas obtenidas a partir de sésamo, alholva, hinojo, comino, albahaca y anís no han probado su eficacia en el incremento de la producción de leche materna. Cabe desaconsejar el uso de cerveza y otras bebidas alcohólicas empleadas en determinadas culturas para incrementar la lactación, dado que la presencia de alcohol en la leche materna supone un peligro para los bebés. La domperidona puede ayudar a que se incremente la producción de leche y podría utilizarse como procedimiento de apoyo, siempre y cuando se hayan descartado todos los demás métodos para mejorar la producción de leche. Se seguirán en cualquier caso las directrices nacionales.

Si, pese a todos los esfuerzos emprendidos, el bebé sigue sin ganar peso, habrá que considerar la posibilidad de complementar la lactancia materna con una preparación apta para bebés prematuros que se administrará mediante taza después de cada toma. Para elaborar dicha preparación se seguirán las instrucciones que figuren en la caja.

No se adoptarán decisiones importantes en relación con el uso de alimento suplementario sobre la base del peso diario, dado que éste puede experimentar grandes variaciones. Únicamente el cambio de peso al cabo de unos pocos días o de una semana puede constituir una base adecuada para una decisión de esta índole.

Se discutirá con la madre si la expuesta es una opción viable, costeable y segura a la que se podrá recurrir durante varios meses. Se enseñará a la madre cómo elaborar la preparación y cómo administrarla con seguridad. Se seguirán las instrucciones que figuren en el paquete. Tan pronto como sea posible, en cuanto el recién nacido lleve un tiempo adquiriendo peso, se volverá a la lactancia natural exclusiva. La salud y el crecimiento de los bebés a los que se alimente exclusiva o complementariamente con preparaciones se vigilará con mayor atención, dado que aquéllos están más expuestos que los recién nacidos amamantados a contraer infecciones o a padecer malnutrición.

Si fuera posible, se tratará de que un bebé pequeño al que se alimente complementariamente con preparaciones no reciba el alta médica.

Tratamiento preventivo

Los bebés pequeños nacen sin reservas suficientes de micronutrientes. Los bebés prematuros, independientemente de su peso, deberían recibir cantidades suplementarias de hierro y ácido fólico desde el segundo mes de vida hasta que hayan cumplido un año de edad cronológica. La dosis diaria recomendada de hierro equivale a 2mg/kg de peso corporal/día.

- Se explicará a la madre que: el hierro es esencial para la salud y el crecimiento del bebé, el bebé necesita tomar hierro con regularidad: todos los días a la misma hora, tras la lactancia materna, es posible y normal que las deposiciones del bebé se vuelvan más oscuras.
- Se analizarán su preocupaciones.

Estimulación

Todos los recién nacidos necesitan amor y cariño para medrar, pero los bebés muy prematuros precisan si cabe más atención para poder desarrollarse normalmente, dado que no han tenido ocasión de permanecer varias semanas o incluso varios meses más en el entorno intrauterino ideal. En lugar de ello, se les ha expuesto a un exceso de luz, ruido o estímulos dolorosos durante las primeras atenciones que se les ha dispensado. El MMC constituyen un método ideal, dado que la madre abraza y acuna al niño y éste escucha la voz de la primera mientras realiza sus tareas cotidianas. También los padres pueden ofrecer un entorno semejante. Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel al alentar a las madres y los padres a que expresen sus emociones y su amor por sus bebés.

No obstante, si el bebé tiene otros problemas debidos a su nacimiento prematuro o a complicaciones derivadas de éste, podría ser necesario acometer un tratamiento adicional.

Alta

El alta consiste en la autorización concedida a la madre para que regrese a casa junto a su hijo. Sin embargo, su propio entorno podría ser muy distinto del de la unidad del MMC del hospital, donde se hallaba rodeada por un personal dispuesto a ayudarla. Las madres seguirán necesitando apoyo aun cuando éste no tenga por qué ser tan intensivo y frecuente como hasta entonces. El momento en que se concede el alta depende, pues, del tamaño del bebé, de la disponibilidad de camas, de las condiciones del hogar de la madre y de su accesibilidad para la atención de seguimiento. Por lo general, un bebé MMC puede recibir el alta del hospital cuando cumpla los siguientes criterios:

- que el estado general de la salud del bebé sea bueno y que no se hayan presentado enfermedades como la apnea o una infección
- que se esté alimentando correctamente y que dicha alimentación provenga exclusiva o mayoritariamente de la lactancia materna
- que esté adquiriendo peso (al menos 15 gramos/kg/día durante un mínimo de tres días consecutivos)
- que su temperatura se mantenga estable en la posición canguro (dentro de los valores normales durante un mínimo de tres días consecutivos)
- que la madre se muestre confiada en sus posibilidades de cuidar del bebé y pueda efectuar con regularidad las visitas de seguimiento.

Dichos criterios suelen cumplirse cuando el bebé pesa más de 1500 gramos.

El entorno del hogar es asimismo importante para el éxito del MMC. La madre debería regresar a un hogar cálido y sin humos y debería contar con apoyo a la hora de realizar las tareas domésticas cotidianas.

En los lugares donde no existen servicios de seguimiento y el hospital está alejado, la madre y el bebé deberían recibir el alta más tarde.

Se deberá inmunizar al bebé de conformidad con la política nacional al afecto y proporcionarle las pastillas de hierro/ácido fólico que necesite hasta que se efectúe la siguiente visita de seguimiento. Se cumplimentará un registro referido al estado del bebé en el hogar. Deberá quedar garantizado que la

madre sepa:

- cómo aplicar el contacto piel a piel hasta que el bebé dé muestras de sentirse incómodo
- cómo vestir al bebé cuando éste no se halle en posición canguro, con el fin de mantenerlo caliente en el hogar
- cómo bañar al bebé y mantenerlo caliente después del baño; v cómo dar respuesta a las necesidades del bebé, como por ejemplo incrementar la duración del contacto piel a piel en caso de que tenga fríos las manos y los pies o le baje la temperatura por la noche; v cómo amamantar al bebé durante el día y la noche, de acuerdo con las instrucciones al efecto
- cuándo y cómo regresar al hospital para efectuar las visitas de seguimiento (concertar la primera visita y proporcionar a la madre instrucciones escritas o gráficas al respecto)
- cómo reconocer los signos de peligro
- dónde acudir en busca de atención de urgencia si se presente un signo de peligro
- cuándo dejar de proporcionar cuidados MMC al bebé.

La madre debería regresar de inmediato al hospital o bien dirigirse a otro prestador de atención de salud, en caso de que el bebé:

- deje de alimentarse, no se encuentre bien o vomite; v se inquiete, se vuelva irritable o letárgico o pierda la conciencia
- tenga fiebre (temperatura corporal superior a 37,5° C); v esté frío (hipotermia: temperatura corporal inferior a 36,5° C) pese a haberlo calentado
- tenga convulsiones
- respire con dificultad
- tenga diarrea
- presente cualquier otro signo preocupante.

Se indicará a la madre que siempre conviene buscar ayuda en caso de duda: en el cuidado de niños pequeños es preferible excederse en la búsqueda de

asistencia que pasar por alto síntomas importantes.

Obtener el alta pronto se convertirá en el objetivo de la madre a medida que vaya adquiriendo confianza en su capacidad de cuidar del bebé. Un bebé podrá obtener el alta antes si se cumplen los siguientes criterios:

- que se haya proporcionado a la madre y a sus familiares información adecuada sobre la atención domiciliaria antes de conceder el alta, preferiblemente en forma de instrucciones escritas o gráficas
- que las madres hayan recibido instrucciones sobre los signos de peligro y sepan cuándo y dónde buscar asistencia.

MMC en el hogar y seguimiento rutinario

Se garantizará el seguimiento de la madre y el bebé, bien en el centro o bien mediante un profesional capacitado situado en las cercanías del lugar donde viva la madre. Cuanto menor sea el peso del bebé en el momento del alta, más tempranas y frecuentes serán las visitas de seguimiento que precise. Si el bebé ha recibido el alta de conformidad con los criterios expuestos anteriormente, las siguientes recomendaciones serán válidas en la mayoría de los casos:

- dos visitas de seguimiento por semana hasta la 37a semana de edad postmenstrual;
- una visita de seguimiento por semana después de la 37a semana. Los contenidos de la visita podrán variar en función de las necesidades de la madre y el hijo; no obstante, en el transcurso de cada visita se deberá comprobar lo siguiente: **Posición Canguro** Duración del contacto piel a piel, posición, atuendo, temperatura corporal, apoyo a la madre y el bebé. ¿Muestra el bebé signos de intolerancia? ¿Ha llegado el momento de ir abandonando la posición canguro que se proporcionan al bebé (por lo general, en torno a la 40a semana de edad postmenstrual o inmediatamente antes)? En caso negativo, se alentará a la madre y a la familia a proseguir el MMC en la medida de lo posible. **Lactancia materna** ¿Es exclusiva? En caso afirmativo, se encomiará el esfuerzo de la madre y se la alentará a que

continúe. En caso negativo, se le prestará asesoramiento sobre el modo de aumentar la proporción de este método de alimentación y reducir el uso de suplementos u otra alimentación líquida. Se le harán preguntas sobre cualquier posible problema y se tratará de detectar su existencia, amén de prestarle apoyo. Si el bebé está ingiriendo suplementos en forma de preparaciones para bebés u otros alimentos, se comprobará que sean seguros y adecuados; se garantizará que la familia disponga de las reservas necesarias. **Crecimiento** Se pesará al bebé y se comprobará su aumento de peso en el último periodo. Si el aumento de peso es adecuado, a saber, un mínimo de 15 gramos/kg/día de promedio, se alabará a la madre. Si no es adecuado, se preguntará y se buscarán los posibles problemas, las causas y las soluciones; éstas suelen relacionarse con la alimentación o con alguna enfermedad. Para comprobar que el aumento de peso diario es adecuado. **Enfermedad** Se preguntará y se tratará de detectar cualquier signo de enfermedad, lo haya señalado la madre o no. Toda enfermedad se tratará de conformidad con los protocolos y las directrices locales. En caso de que la lactancia materna no sea exclusiva, se harán las preguntas pertinentes y se buscarán signos que indiquen problemas nutricionales o digestivos. **Medicamentos** Se proporcionará a la madre una cantidad suficiente de medicamentos, si éstos fueran necesarios, de modo que duren hasta la siguiente visita de seguimiento.

Inmunización

Se comprobará que se está cumpliendo el plan local en materia de inmunización.

Preocupaciones de la madre

Se preguntará a la madre sobre la existencia de cualquier problema, incluidos los de carácter personal, doméstico o social. Se le ayudará a hallar la mejor solución para todos ellos.

Siguiente visita de seguimiento

Se deberá concertar o confirmar en todos los casos la siguiente visita. Si hay tiempo para ello, no se perderá la ocasión de comprobar la higiene y de prestar asesoramiento al respecto, así como de sensibilizar a la madre en relación con los signos de peligro que precisen una pronta atención.

Visitas de seguimiento especiales

Si éstas fueran necesarias en relación con otros problemas médicos o somáticos, se alentará a la madre a que asista a ellas y se le prestará ayuda si la necesita.

Atención rutinaria al bebé

Se alentará a la madre a que asista a visitas de atención rutinaria al bebé una vez que el bebé alcance los 2500 gramos o las 40 semanas de edad postmenstrual.

BIBLIOGRAFÍA.

- . 1 Jenni O.G., *et al.* Effect of nursing in the head elevated tilt position (15 degrees) on the incidence of bradycardic and hypoxemic episodes in preterm infants. *Pediatrics*, 1997, 100:622-625.
- . 2 Ludington-Hoe S.M., Hadeed A.J., Anderson G.C. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *Journal of Perinatology*, 1991, 11:19-24.
- . 3 Gupta A., Khanna K., Chattree S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1999, 45:108-110.
- . 4 Lang S., Lawrence C.J., Orme R.L. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 1994, 71:365-369.
- . 5 Bier J.B., *et al.* Breast-feeding of very low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, 1993, 123:773-778.
- . 6 Poets C.F., Langner M.U., Bohnhorst B. Effects of bottle feeding and two different methods of gavage feeding on oxygenation and breathing patterns in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:419-423.
- . 7 *Birth weight surrogates: The relationship between birth weight, arm and chest circumference.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987.
- . 8 Diamond J.D., *et al.* The relationship between birth weight and arm and chest circumference in Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1991, 37:323-6.
- . 9 *Relactación - revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/CHS/CAH/98.14).
- . 10 Mennella J.A., Gerrish C.J. Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep. *Pediatrics*, 1998, 101:E2.
- . 11 Rosti L., *et al.* Toxic effects of a herbal tea mixture in two newborns. *Acta Paediatrica*, 1994, 83:683.
- . 12 *International code of marketing of breast-milk substitutes* (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981 (HA34/1981/REC/1, anexo 3).
- . 13 *Lactancia Materna: Guía para profesionales.* Monografías de la Asociación Española de Pediatría 2004.

- . 14 Manual práctico de lactancia materna. Carlos González. Edita ACPAM ,
Barcelona 2004.
- . 15 Hipogalactia: Posibilidades de manejo. Carlos González. II Congreso
Español de Lactancia Materna. Sevilla 2002.
- . 16 Hipogalactia: Madres de riesgo. José María Paricio Talayero. II Congreso
Español de Lactancia Materna. Sevilla 2002.

REFIERE ASPECTOS HISTORICOS,
TEORICOS Y PRACTICOS SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL
INCLUYENDO LA UTILIZACION DE LECHE DE
BANCO Y LA ALIMENTACION DEL PREMATURO
CON EL CASO ESPECIAL DEL METODO MADRE
CANGURO

