

LA LACTANCIA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Autora: Yolanda MARTÍN SECO

© Colegio Enfermería de Cantabria (1999). Nuberos: Año 4, nº 15, pp. 8-10

Uno de los papeles principales de los sanitarios es asegurarse de que las mujeres que desean amamantar, lo hagan satisfactoriamente. En circunstancias en que la madre se encuentra en una situación de presión añadida, ésta necesitará una ayuda especial. Tendremos que tener en cuenta que muchas de estas situaciones de presión (las más frecuentes) se resuelven de manera similar y en todo caso de forma sencilla con unos cuantos consejos.

1.- PEZONES POCO RETRÁCTILES DURANTE EL EMBARAZO

Los cambios más importantes tanto en el tamaño como en la prociencia del pezón se producen alrededor del parto y en el puerperio inmediato. No hay justificación alguna en decir a una madre, basándose en una inspección prenatal de sus pezones, que es posible que no pueda amamantar. Esto solo contribuye a dañar su confianza.

Por otro lado, muchas mujeres con pezones poco protáctiles, podrán ser capaces de amamantar sin ningún tratamiento. Es posible que necesiten una asistencia particular por lo que se refiere a la correcta postura del bebé en el pecho durante las primeras tomas. Como el pezón desempeña un papel poco activo en la salida de la leche, el éxito de la mamada puede tener mucho más que ver con la posición que con la forma del pezón, ya que el bebé tiene en su boca pezón y areola, no solo pezón.

Podemos ayudar a la succión estimulando al pezón para que protuya antes de la toma, sacando un poco de leche para que haya unas gotas en el pezón y que el niño lo pueda oler, y por supuesto no interfiriendo la técnica de la succión con tetinas o chupetes hasta que no sepa mamar.

2.- PEZONES DOLORIDOS

La mayor parte de los métodos habitualmente recomendados para tratar esta situación, se reparten en dos grupos:

- 1.- Los que pretenden curar el pezón poniendole algo. Aun no existe una base científica para la utilización de cremas, pulverizadores, lociones o pomadas y el tener que retirar el producto antes de la toma provoca el arrastre de las nuevas células que están intentando repararse.

2.- Los que pretenden dejar que el pezón se cure espontáneamente evitando o reduciendo la causa del dolor, bien utilizando una pezonera, bien evitando la succión del bebé al pecho, extrayéndola de otra manera. Esta última solución lógicamente curará los pezones inflamados, pero sólo del mismo modo que dejar de lactar completamente lo haría, creando inmediatamente el problema del mantenimiento de la producción de leche. En cuanto a las pezoneras, su uso en los primeros días puede conducir al rechazo del pecho por el niño, y su uso prolongado afecta la producción de leche de la madre, ya que la acción de la lengua y la mandíbula sobre el pezón es menos eficaz a través de la goma y por tanto el bebé obtiene menos leche —puede llevar a un suministro insuficiente y a ingurgitación— o a que debe realizar un esfuerzo importante que lo deja extenuado para obtener la cantidad que necesita.

Para conseguir no tener dolor en el pezón y amamantar con éxito es más efectivo prestar atención a la correcta posición del bebé; solamente con esta recomendación, en dos días si no desaparece el dolor por lo menos tiene que mejorar mucho, aunque hay que tener en cuenta que durante los primeros 7-10 días es normal que la madre tenga alguna pequeña incomodidad al iniciar la succión el bebé.

Otras medidas adicionales para evitar o disminuir el dolor son:

- Romper el vacío antes de quitar al bebé del pecho.
- Tetadas más frecuentes para que el bebé no succione con avidez.
- Ofrecer primero el pecho menos dolorido.
- Exponer los pezones al sol y al aire.
- Algunos defienden el uso de leche materna sobre los pezones después de la toma.

Estudios recientes señalan que la duración de la toma no tiene ninguna consecuencia sobre la inflamación del pezón, pero que limitar el tiempo de la mamada tiene un efecto perjudicial sobre la lactancia en general.

3.- INGURGITACIÓN MAMARIA

La ingurgitación láctea es casi siempre yatrogénica. Aparece en raras ocasiones en mujeres que dan pecho a demanda día y noche. Se puede prevenir también asegurándose una posición correcta en las tomas, que favorecerá la extracción de toda la leche y la estimulación correcta del reflejo de eyección, movilizand o la leche hacia los conductos y senos galactóforos situados en la areola, donde puede ser extraída por el niño.

Cuando se ha producido la ingurgitación, además de vigilar la correcta postura del bebé como ya se ha indicado, en ocasiones es necesario un masaje para ablandar el pecho antes de dar de mamar, lo que es más fácil en el baño o tras una ducha tibia.

Si la areola está tensa, será necesario extraer algo de leche para que el bebé pueda adaptar su boca y succionar correctamente.

Para realizar la extracción, colocar el pulgar y los dedos índice y medio aproximadamente tres o cuatro centímetros tras el pezón, empujar los dedos hacia la parte de dentro del pecho y rodarlos hacia afuera repitiendo el movimiento rítmicamente y alternado la posición de los dedos.

Las compresas frías entre tomas pueden ser confortables aunque no hay evidencia de que sean eficaces; así como tampoco la hay de que exista alguna influencia de la cantidad de líquido ingerido sobre la producción de leche.

4.- MASTITIS

Puede tratarse de una mastitis no infecciosa que se produce como consecuencia de una ingurgitación localizada como resultado de la obstrucción de un conducto (por un trauma, compresión con los dedos al sujetar el pecho, sujetador que comprime o posición incorrecta) y se evita con las mismas pautas que para solucionar la ingurgitación, además de corregir, si existiera, alguno de los factores mencionados anteriormente.

Si como consecuencia de alguna lesión de la piel se produjera una infección bacteriana en la mama, el tratamiento consistiría en la toma de antibiótico, junto a la continuación de la lactancia y la extracción posterior de leche tras la toma para el correcto vaciado de la mama.

Siempre que se pueda vigilar estrechamente a la madre, se podría retrasar el antibiótico durante 6 a 8 horas aplicando una técnica correcta de succión, masaje y extracción posterior, y si no hubiera mejoría se daría un antibiótico de amplio espectro.

De cualquier manera no hay razón para que una mujer lactante con mastitis deje de lactar, ya que un destete brusco aumenta las posibilidades de un absceso.

5.-¿SUFICIENTE LECHE? ¿LECHE MUY AGUADA?

Indicadores de que el bebé toma suficiente leche son:

- Mama por lo menos 8 veces en 24 horas.
- Se le oye deglutir cuando mama.
- El bebé está activo entre las comidas.
- El bebé tiene buen tono muscular y la piel turgente.
- Moja entre 5 y 8 pañales al día y mancha de 3 a 5.
- El bebé gana peso.
- La madre tiene sensación de que el bebé le vacía el pecho.

Nunca la leche es aguada. La leche cambia con la tetada. Si se saca una gota de leche antes y después, se verá la diferencia. La 1ª leche tiene mucha agua para satisfacer la sed y la leche después es cremosa para satisfacer el hambre.

6.-CIRUGÍA MAMARIA

Las mujeres pueden lactar con éxito tras una mastectomía unilateral, siempre que el otro pecho sea funcionalmente normal. Las mujeres con implantes de silicona o que han sufrido una reducción por mamoplastia pueden amamantar satisfactoriamente, pues el sistema nervioso del pezón y el sistema de conductos necesarios para la lactancia se han dejado intactos. Si el pezón se ha cambiado de posición es muy difícil que la lactancia sea posible.

7.-FÁRMACOS DURANTE LA LACTANCIA

Existen determinados fármacos que están contraindicados o que deben administrarse con precaución cuando se está amamantando, el médico deberá decidir sobre la pertinencia de un determinado fármaco. En general, es poco probable que los riesgos para el niño superen los beneficios de la lactancia materna, y en casi todos los casos hay una droga alternativa más segura; la lactancia sólo necesitará ser interrumpida brevemente. De cualquier manera, existen unas recomendaciones a tener en cuenta para la madre en tratamiento farmacológico y que lacta:

- Cuando existan alternativas terapéuticas, se utilizará el fármaco que tenga menos probabilidades de ser eliminado por la leche o aquel que se haya usado con mayor amplitud sin haber causado lesiones o trastornos en el lactante.
- La farmacocinética de la mayor parte de los fármacos tomados por la madre es tal, que su administración, mientras el lactante mama, o inmediatamente después, logrará que en la tetada siguiente, la leche contenga la menor cantidad posible del fármaco.
- No se recomienda utilizar formas de acción prolongada, ya que su eliminación es mas lenta en el lactante y se puede producir la acumulación del fármaco.
- El efecto sobre el lactante de un tratamiento farmacológico a largo plazo es distinto, y potencialmente más peligroso, que el de un fármaco tomado durante corto tiempo por una enfermedad aguda.

8.- TRABAJO Y AMAMANTAMIENTO

Algunas mujeres se plantean si es posible amamantar cuando la madre tiene que volver al trabajo después del nacimiento del bebé. No solo es posible sino que muchas madres que lo han ensayado, consideran que es mas fácil la lactancia que la alimentación con biberón.

Pasar un rato tranquilo con el bebé al pecho es la última cosa que hace antes de salir hacia el trabajo y la 1ª al regresar a casa.

Mientras la madre permanece en casa, es ella quien alimenta a su bebé, cuando tiene que estar fuera otra persona será la encargada de dar al bebé la leche que ella se extrajo el día anterior.

Es posible suministrar al bebé toda la leche que necesita mientras su madre está lejos, sólo requiere un poquito más de esfuerzo.

Además, la protección inmunológica contra enfermedades que la leche materna le brinda al bebé es una gran ventaja para toda mamá trabajadora.

BIBLIOGRAFÍA:

- Royal College of Midwives. Lactancia materna. Manual para profesionales. ACPAM 1994.
- Marmat Ch.. Extracción manual de leche de pecho. Técnica Marmet. La Leche League Internacional nº 27 sp Mayo 1986.
- Aizpuru K.. Fármacos y lactancia. Información farmacoterapéutica vasca. Vol 4 nº3 (136-141)
- La Leche League. Senos doloridos. La Leche League Internacional nº 29 1990.
- La Leche League. Lactancia y trabajo. La Leche League Internacional nº 83 1992.
- Ramos Sainz. MI. La lactancia materna, un reto personal. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.