

Módulo II

**CURSO: FORTALECIMIENTO EN
COMPETENCIAS DE LACTANCIA
MATERNA PARA EQUIPOS CLÍNICOS**

**TECNICAS DE
AMAMANTAMIENTO Y
MANEJO CLINICO DE LA
LACTANCIA MATERNA**

Matrona Claudia Gómez M.



Índice

ÍNDICE.....	2
1. PROMOCIÓN DE UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA	3
2. IMPORTANCIA DE UN BUEN ACOPLÉ	4
3. INDICACIONES PARA AMAMANTAR	7
4. POSICIONES PARA AMAMANTAR.....	9
5. EXTRACCION Y CONSERVACION DE LECHE MATERNA	11
5.1 Almacenamiento de leche materna	16
5.2 Como administrar leche al bebe	18
6. PRINCIPALES DIFICULTADES EN LA LACTANCIA MATERNA.....	19
7. TRISTEZA PUERPERAL Y DEPRESIÓN POSTPARTO.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	33

1.- PROMOCIÓN DE UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

1. Contacto precoz piel a piel y primera toma

El contacto piel a piel inmediato tras el nacimiento, idealmente durante la primera hora de vida, favorece el reconocimiento mutuo, la termorregulación, la estabilidad hemodinámica del recién nacido y estimula los reflejos primarios de búsqueda y succión.

Se recomienda:

- Colocar al recién nacido desnudo sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del parto.
- Mantener al binomio madre-hijo sin separaciones durante al menos 60 minutos o hasta que finalice la primera toma espontánea.
- Evitar procedimientos innecesarios que interfieran con este proceso (ej. pesar, bañar, aspirar sin indicación).

La primera toma suele ocurrir dentro de la primera hora si se respeta el contacto piel a piel.

Este momento es crucial, ya que contribuye al inicio de la producción de leche (lactogénesis II) y fortalece el vínculo emocional.

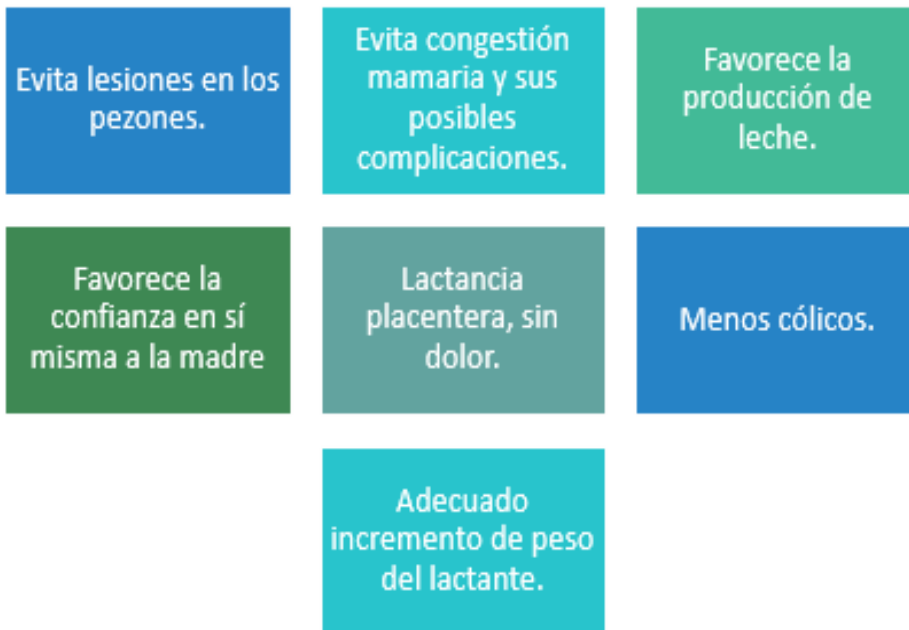
2. Acople correcto

Un acople adecuado es indispensable para una succión eficiente y sin dolor. Se debe observar:

- Boca del lactante bien abierta.
- Labio inferior evertido (hacia afuera).
- Mentón en contacto con el pecho.
- Mayor parte de la areola visible por encima del labio superior que por debajo del inferior.
- Lengua extendida hacia adelante y debajo del pezón.

El mal acople puede generar dolor, grietas en el pezón, vaciamiento ineficaz del pecho, baja ganancia de peso y frustración materna.

2. IMPORTANCIA DE UN BUEN ACOPLE



Pasos para un acople correcto

paso 1: Posicionar el cuerpo de la madre y del bebé

1. Ponte cómoda, con un apoyo en espalda, codos y pies.

2. Bebe con su guatita hacia ti.

- ✓ Su oreja, hombro y cadera deben estar alineados.
- ✓ El cuello no debe estar torcido o chueco



3. Sostén firmemente su espalda con tu antebrazo.

- ✓ Su cabeza la sostienes en el ángulo de tu codo desde abajo.
- ✓ No la aprisiones contra el pecho.

4. Orientar la nariz del bebé hacia el pezón del mismo lado que el brazo que lo sostiene.

paso 2: Agarre al pecho

- ✓ Agarra tu pecho en forma de C o U, sin interferir en la zona de la areola.
- ✓ Realiza un "sandwich".



- ✓ Espera a que tu bebé comience a abrir solit@ su boca (reflejo de búsqueda), generalmente boquean de un lado a otro.
- ✓ Ten paciencia, no te apresures.



- ✓ En el momento justo en que abra grande su boca, acércalo a tu pecho, quedando su nariz y mentón pegados a él.



paso 3: comprobar

- ✓ Dolor
- ✓ Mentón lejos del pecho
- ✓ Boca muy cerrada.
- ✓ Sólo el pezón está dentro
- ✓ Bebé succiona poco y se le suelta fácilmente el pecho.
- ✓ Se escucha "CHASQUIDO"



- ✓ No hay dolor.
- ✓ Mentón pegado al pecho.
- ✓ Movimiento amplio de la boca.
- ✓ No se ve gran parte de la areola.
- ✓ Sólo se escucha sonido (al tragar la leche).



Al sacar el pecho, el pezón sale puntiagudo y/o de otro color



Al sacar el pecho, el pezón sale con forma y color original

¿Por qué es tan importante un buen acople?

01. Para evitar traumatismos en el pezón
02. Para que exista un buen intercambio de leche y así el bebé suba de peso y la madre no sufra congestión mamaria.
03. Para mantener un buen circuito Oferta-Demanda y con esto asegurar una adecuada producción láctea.



3. INDICACIONES PARA AMAMANTAR

Amamantar a libre demanda es la recomendación central. Esto implica ofrecer el pecho siempre que el lactante muestre signos tempranos de hambre:



Frecuencia esperada:

- Entre 8 a 12 tomas en 24 horas durante las primeras semanas.
- Las tomas nocturnas deben ser favorecidas, ya que, estimulan la producción de prolactina.
- Se debe alentar el vaciamiento completo de un pecho antes de ofrecer el otro, para asegurar la ingesta de la leche del final (más rica en grasas y calorías).

¿Cómo saber si el bebe se está alimentando bien?

- Mama 8 - 12 veces/día.
- Escuchas cuando traga mientras toma pecho.
- Generalmente se queda tranquilo después de amamantar.
- Tus pechos se sienten más blandos después de amamantar.
- Frecuencia diuresis y deposiciones



4. POSICIONES PARA AMAMANTAR

Existen varias posiciones eficaces para amamantar. La elección dependerá de la comodidad materna, la edad del lactante y condiciones clínicas específicas.

Las más comunes incluyen:

- Cuna tradicional: El bebé está en brazos, abdomen con abdomen, la cabeza apoyada en el pliegue del codo de la madre.
- Cuna cruzada: Similar a la anterior, pero se sostiene la cabeza del bebé con el brazo opuesto al pecho ofrecido, favoreciendo el control del acople.
- Balón de rugby: El bebé se posiciona bajo el brazo de la madre, ideal para cesáreas o en caso de gemelares.
- Posición acostada de lado: Útil para lactancia nocturna o recuperación postparto.

Es fundamental asegurar que la madre esté relajada, con espalda apoyada, sin tensiones en brazos o cuello.



Entorno adecuado para amamantar

Un entorno favorable para la lactancia es silencioso, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones innecesarias.

Se deben considerar:

- Accesibilidad del bebé a la madre (alojamiento conjunto).
- Respeto a los tiempos y ritmos del binomio.
- Protección contra prácticas que interfieran con la lactancia (uso rutinario de chupetes, biberones o fórmulas sin indicación clínica).
- Apoyo emocional a la madre, validando su experiencia y brindando confianza.
- El equipo de salud debe crear una atmósfera de respeto, acompañamiento y empoderamiento, promoviendo prácticas basadas en la evidencia y centradas en la madre y su hijo.

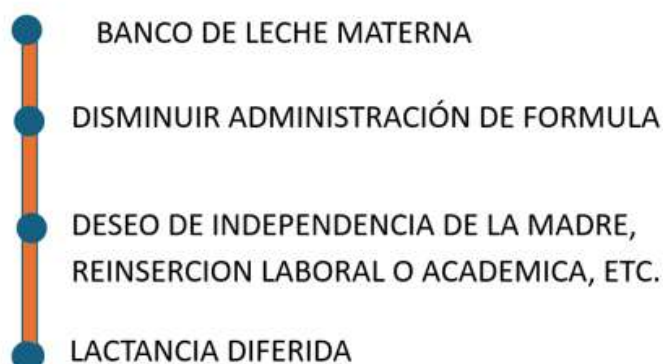
Consideraciones importantes en la lactancia

- Libre demanda
- No dejar pasar más de 3 hrs. al amamantar por el riesgo de hipoglicemia, en especial el 1º mes de vida.
- La lactancia será deseada o NO será.
- La madre puede comer de todo.
- Los pezones no deben lavarse antes ni después de amamantar. Ni aplicarse cremas.
- Uso de sostén cómodo, idealmente sostén de lactancia, de algodón y sin varillas metálicas.
- No limpiar la lengua ni cavidad oral de bebé después de tomar leche, ya que, esto altera la microbiota de la mucosa oral.
- La decisión de amamantar o no es sólo de la madre. Nuestro deber es entregarle la información para que tome la mejor decisión para ella y su bebé.
- La forma de administrar leche materna al bebé también dependerá solo de la madre

5. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

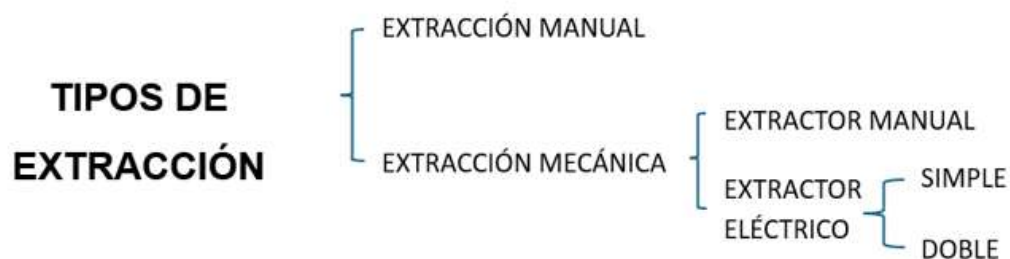
OBJETIVO:

Prolongar la alimentación con Leche Materna a aquellos bebés que no pueden ser amamantados por su madre.



¿Cuándo iniciar un Banco de Leche materna?

- No existe una fecha o un mes especial para comenzar a armar un banco de leche.
- Lo más recomendable es planificarse
- La creación de un banco de leche no es solo extraer y almacenar leche, también es un proceso de transición emocional para la madre y para el bebé.
- Familiarización de la madre con el sacaleches / del bebé con la leche extraída y con el implemento con el que la recibirá (mamadera, vaso, etc.).

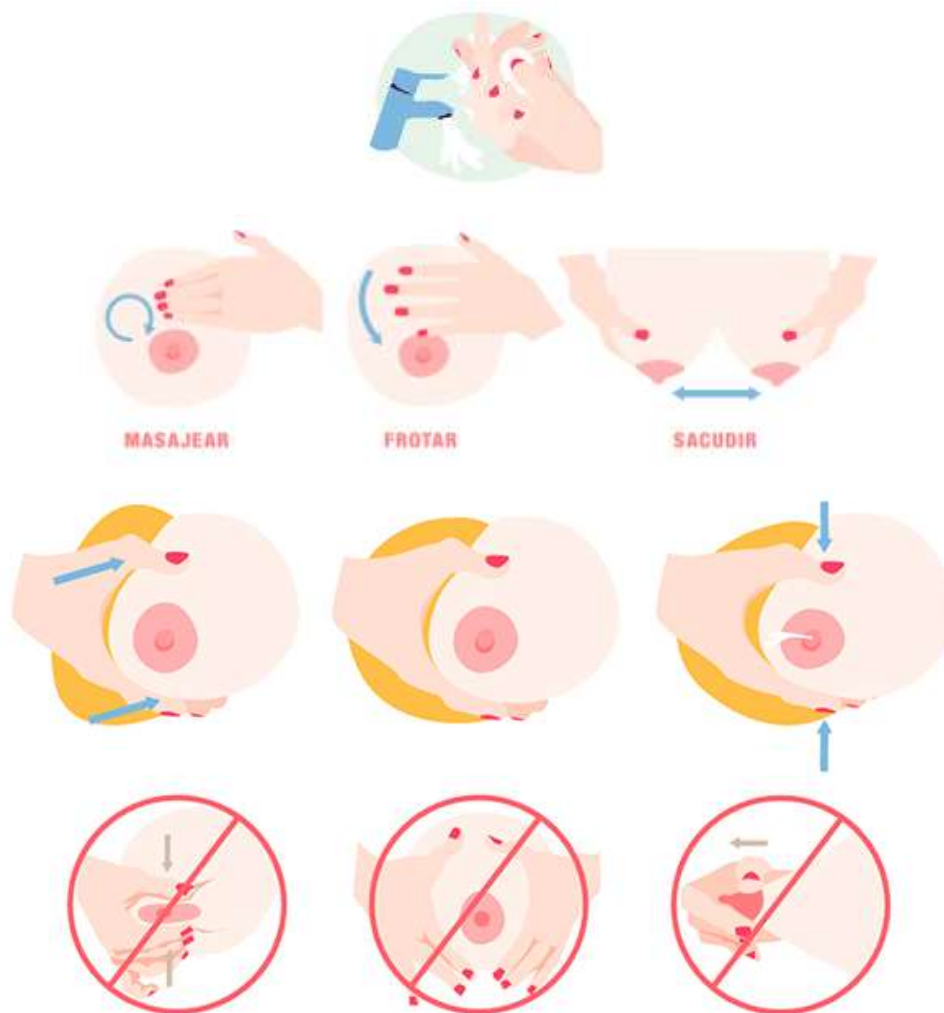


Extracción Manual

- Más antigua y universal.
- SÓLO es necesario aprender la técnica sin que se requiera nada más.
- Ideal para los primeros días de postparto --- recolectar calostro con una cucharita y ofrecerle al bebé.

Técnica:

- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una «C» a unos tres o cuatro centímetros por detrás del pezón, evitando que el pecho descanse sobre la mano. Se empujan los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos y, a continuación, se ruedan los dedos y el pulgar hacia el pezón. Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho.
- 20 o 30 minutos (10-15 min. X pecho).



EXTRACCIÓN MECÁNICA:

- Se utiliza dispositivo para extraer leche.
- Puede ser manual o eléctrico simple/doble.
- LO MÁS IMPORTANTE es que sea cómodo y que la copa del extractor sea la adecuada para el tamaño del pecho (talla) --- medir pezón.
- Tener éxito de éste procedimiento depende de la complicitad y experticia que se desarrolle con el aparato.



¿Qué condiciones debe tener un extractor de leche?

- Debe ser capaz de drenar el pecho y de estimular la producción.
- Debe ser limpio sin materiales contaminantes (BPA Free), fácil de usar y atraumático.
- Debe tener recambio de piezas, diferentes tamaños de copas y un buen motor (en caso de ser eléctrico). 220 a 230 mmHg (máx. 250).
- Idealmente que pueda conectar frascos recolectores de distintos tipos, para manipular lo mínimamente posible la leche.
- La copa del extractor debe ser de la talla adecuada para el pecho de la madre.

¿Cómo elegir la copa del extractor?

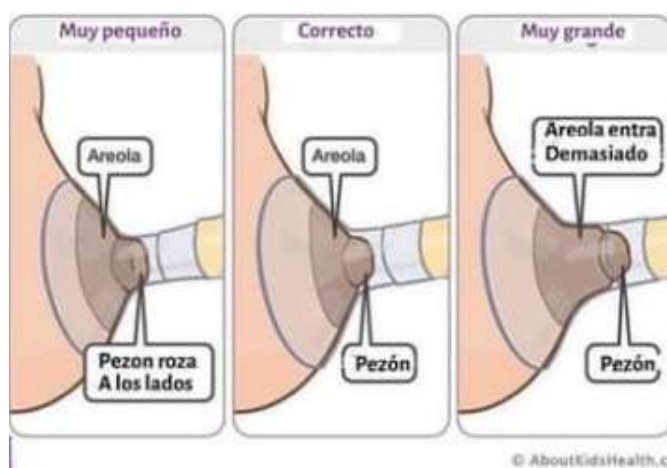
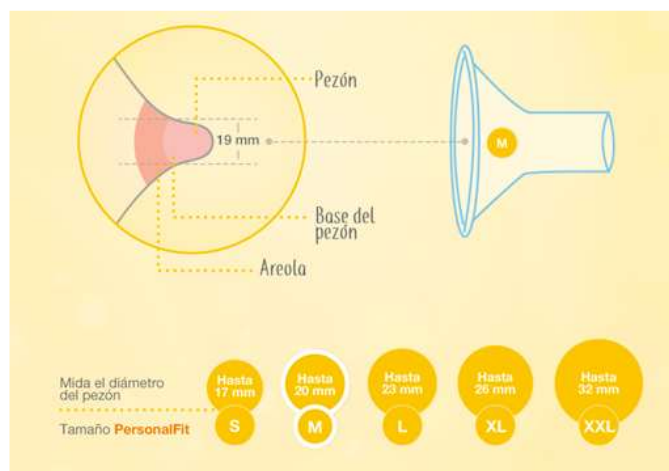
MIDIENDO EL PEZÓN, ¿En qué momento se mide?

- Madre que ya amamanta --- justo después de amamantar.
 - Madre que solo se extrae --- justo antes de la extracción.
 - Madre embarazada --- medirse después de las 33 semanas.
- ❖ Si la madre ya tiene hijos, debe medir su pezón nuevamente en la nueva gestación.



* Al resultado se le suma 3 mm y se compra la talla mayor al resultado.

Ej: si mide 13 + 3 mm = 16 (hay talla 15 y 17) --- compro la 17.



Extractor Manual	Extractor Eléctrico
- Fácil de llevar fuera de casa por su tamaño compacto y ligero. - No depende de energía eléctrica para funcionar. - Nivel de succión no es tan potente, por lo que, suele ser más cómodo para madres primerizas que necesitan familiarizarse con el proceso de extracción. - Fácil de lavar gracias a que cuenta con menos partes para su funcionamiento. - Todos los modelos son silenciosos. - Generalmente son más económicos que los eléctricos.	- Genera mayor cantidad de leche extraída en menor tiempo. - Permite controlar la velocidad e intensidad de extracción. - Algunos tienen funciones adicionales (masajeador, estimulante, ritmo de extracción, etc.) - Variedad de modelos como el sacaleches doble y el de pantalla LCD. - Ideales para mayor frecuencia de uso. - No requiere de esfuerzo físico para el trabajo de extracción. - En general son un poco ruidosos.

Almacenamiento de Leche Materna

- Guardar la leche materna en pequeñas cantidades (50 – 100 cc)
- Frascos libres de polietileno (disminución % grasa) y BPA-S (disruptor endocrino).
- Frascos limpios y secos.
- NO debe almacenarse en frascos hospitalarios (seguridad química).
- Etiquetar los recipientes de leche congelada con la fecha, hora, volumen y nombre.
- Se puede mezclar la leche extraída dentro de 24 hrs., siempre y cuando estén a la misma temperatura --- Leche recién extraída debe estar 1 hora refrigerada y luego juntar con la leche ya refrigerada.
- Congelar lo antes posible, sino será utilizada.
- Se debe dejar espacio en la parte superior para permitir expansión por congelación.
- NO se recomienda el uso de frascos de colado, ya que, su tapa es de metal.

Duración de la leche materna:

TABLE 1. MILK STORAGE GUIDELINES

<i>Location of storage</i>	<i>Temperature</i>	<i>Maximum recommended storage duration</i>
Room temperature	16–29°C (60–85°F)	4 hours optimal 6–8 hours acceptable under very clean conditions
Refrigerator	~4°C (39.2°F)	4 days optimal 5–8 days under very clean conditions
Freezer	<–4°C (24.8°F)	6 months optimal 12 months acceptable

Descongelamiento y calentamiento de la leche materna:

- Descongelar siempre la leche más antigua.
- La descongelación lenta en frigorífico provoca menos pérdida de grasa que descongelar en agua tibia... pero aumenta efecto de la lipasa. Ideal durante un periodo de 20 minutos en agua tibia (máximo 40°C).
- Leche colocada en agua (80°C, no es poco común) crea islotes de alta T° --- riesgo quemaduras.
- Sobrecalentamiento causa desnaturalización e inactivación de las proteínas bioactivas de la leche.

- No calentar en microondas --- disminuye significativamente la actividad de factores inmunológicos.
- Una vez descongelada la leche, removerla bien.
- Puede mezclarse para una misma toma leche extraída en distintas fechas.
- Usar leche fresca (no congelada) siempre que sea posible

CONSIDERACIONES IMPORTANTES:

- La leche descongelada, no se puede volver a calentar ni a congelar (no más 2 hrs.)
- Si el bebé no se toma toda la leche , descartar el sobrante 1-2 hrs (máx.)
- Almacenar leche en distintos volúmenes para evitar pérdidas.
- La leche humana no es un fluido de riesgo, no requiere precauciones universales.
- Si la madre tiene una infección bacteriana o de levadura puede almacenar su leche y amamantar.
- La leche sólo se elimina si esta purulenta.
- La leche humana NO contaminada contiene bacterias NO patógenas.
- Probióticas: crean condiciones en el intestino desfavorables para el crecimiento de patógenos.
- Prebióticas: Promueven el crecimiento de microorganismos benéficos en el organismo.
- **CAMBIO EN EL SABOR DE LA LECHE DESCONGELADA:** Olor agrio muy marcado, incluso puede presentar un olor jabonoso o metálico. Se debe a la acción de la **lipasa** sobre la grasa de la leche materna.
- **La lipasa** es una enzima contenida en la leche materna cuya misión es predigerir los glóbulos de grasa de la leche para que al organismo del bebé le sea más fácil poder digerir y asimilar esta grasa. Por tanto, la función de la lipasa es prodigiosa y muy útil para el bebé y es variable en la leche.

Como administrar leche al bebe

- Edad del niño y su capacidad de succionar de forma eficaz o no.
- Volumen de leche a administrar.
- Si su uso será a corto o largo plazo.
- Costo y disponibilidad.
- Facilidad de uso y limpieza.
- Preferencia, comodidad y experticia de la o él cuidador (a)



- Sonda al dedo
- Cuchara
- Vasito
- Sonda-jeringa
- Mamadera

Higienización de insumos

- Limpiar según indicaciones del fabricante.
- Desmontar completamente el equipo para lavar.
- Lavar con agua jabonosa tibia (ideal jabón para mamaderas, menos residuos químicos).
- Enjuagar con abundante agua.
- Secar al aire o con toalla de papel.
- No necesitan esterilización
- Si no hay jabón, lavar sólo con agua hervida.
- NO USAR desinfectantes.

6. PRINCIPALES DIFICULTADES EN LA LACTANCIA MATERNA

Factores que entorpecen la lactancia materna:

- Uso de chupetes y/o mamaderas.
- Bebe dormilón --- debe ser despertado para mamar (el primer mes de vida).
- No deben pasar mas de 3hrs sin mamar.
- NO administrar agua u otros líquidos.
- Visitas
- Dolor Postparto de la Madre
- Falta de redes de apoyo
- No solicitar ayuda en caso de sentir dolor al amamantar.
- Separación Díada por motivos médicos, comenzar la estimulación de los pechos con extracción lo antes posible (15 min x lado cada 3 hrs en el día c/4 hr en la noche).

1. AGARRE DEFICIENTE AL PECHO

La mayoría de los problemas de lactancia se deben a problemas en la técnica de lactancia, bien por una posición inadecuada, un agarre no correcto o una combinación de ambos, lo que ocasiona un traumatismo en el pezón.

CAUSAS TRAUMATICAS				
Posición subóptima (causa más común)	Succión Disfuncional	Anquiloglosia	Mala técnica de extracción / Extractor inadecuado	Lactante muerde o aprieta
- Agarre superficial - Compresión entre lengua y paladar duro.	- Prematurez - Anatomía oral - Tono muscular - Madurez neurológica - Anomalías congénitas - Flujo de leche - Tamaño pezón - Congestión mamaria	- Dificultad de agarre profundo <i>*No siempre presenta dificultades</i>	- Lesiones con extractor por mal uso (14,6%)	- Ex. clavículas - Tortícolis - Traumatismo cabeza/cara - Asimetría mandibular - Hipertonía - Congestión nasal. - Dentición

*Qi Y, Zhang Y, Fein S, et al. Maternal and breast pump factors associated with breast pump problems and injuries. J

2. GRIETAS DE PEZÓN

Las grietas en el pezón son heridas dolorosas que pueden surgir durante la lactancia debido a una mala técnica de agarre del bebé al pecho. Estas heridas pueden dificultar la lactancia y causar incomodidad a la madre, pero existen soluciones para prevenirlas y tratarlas.

Causas de las grietas en el pezón:

- **Mala técnica de agarre:** El bebé no introduce suficiente tejido mamario en la boca, lo que provoca fricción y presión en el pezón.
- **Posición incorrecta del bebé:** Una posición inadecuada puede causar que el pezón se doble o se friccionen excesivamente.
- **Frecuencia de las tomas:** Las tomas muy espaciadas o muy frecuentes pueden afectar la salud del pezón.
- **Crecimiento excesivo de hongos o bacterias:** La humedad y la falta de ventilación pueden favorecer infecciones.
- **Sequedad de la piel del pezón:** La piel seca es más propensa a lesionarse.

Síntomas de las grietas en el pezón:

- Dolor en el pezón durante o después de las tomas.
- Pezones enrojecidos, inflamados o con sangrado.
- Heridas o fisuras en el pezón.

Tratamiento de grietas:

1. Solucionar el problema ----- CAUSA (generalmente se debe a un mal acople al pecho).
2. Dar primero el pecho que esté en mejor estado.
3. Realizar la técnica de compresión mamaria para agilizar y acortar la toma.
4. Analgésico para el dolor
5. Mantener la herida seca y aireada
6. No lavar con jabón
7. Aplicar aceite de oliva en pequeña cantidad si la madre refiere alivio a la hidratación.
8. Evitar chupetes y tetinas

9. Si en algún caso el dolor es inaguantable para la madre y manifiesta no querer continuar, podemos recomendar como medida transitoria el uso de pezoneras o lactancia diferida.

*Lanolina: no hay evidencia que muestre que es beneficiosa, mantiene muy húmedos los pezones y los macera en presencia de grietas.

2. CONGESTIÓN MAMARIA

La congestión mamaria, también llamada ingurgitación, es la hinchazón y dolor de los senos durante la lactancia debido al exceso de leche, sangre y otros fluidos. Ocurre comúnmente en los primeros días después del parto cuando la producción de leche aumenta, pero también puede ocurrir en cualquier momento durante la lactancia. La congestión mamaria puede dificultar el agarre del bebé al pecho y causar molestias a la madre, pero generalmente mejora con la lactancia frecuente y efectiva.

Causas de la congestión mamaria:

- **Producción excesiva de leche:**

El cuerpo produce más leche de la que el bebé necesita, especialmente al inicio de la lactancia.

- **Cambios en los patrones de alimentación:**

Si el bebé duerme más de lo habitual, salta tomas o se alimenta menos, la leche no se extrae y puede causar congestión.

- **Interrupción repentina de la lactancia:**

Si se deja de amamantar o usar el extractor de leche abruptamente, los senos pueden congestionarse.

- **Ropa ajustada o sujetadores inadecuados:**

Pueden restringir el flujo sanguíneo y linfático, contribuyendo a la congestión.

- **Cambio de leche a leche madura:**

El aumento en la producción de leche madura puede llevar a congestión en los primeros días después del parto.

Síntomas de la congestión mamaria:

- Hinchazón y aumento de volumen de los senos.
- Dureza y dolor en los senos.
- Sensación de calor o fiebre leve en los senos.
- Dificultad para que el bebé se agarre al pecho.
- Posible obstrucción de los conductos lácteos.

Tratamiento y alivio:

- **Lactancia frecuente y efectiva:**

Amamantar o extraer leche con regularidad ayuda a vaciar los senos y reducir la congestión.

- **Compresas frías:**

Aplicar compresas frías entre tomas puede ayudar a reducir la hinchazón y el dolor.

- **Compresas de hojas de repollo:**

Algunas madres encuentran alivio colocando hojas de col frías en los senos, pero no se debe abusar de este método.

- **Analgésicos:**

Medicamentos como ibuprofeno o paracetamol pueden ayudar a aliviar el dolor y la inflamación, consulta con tu médico.

- **Masaje suave:**

Masajear los senos con movimientos suaves, especialmente hacia el pezón, puede ayudar a desbloquear los conductos.

- **Drenaje linfático manual:**

Un profesional de la salud puede realizar esta técnica para estimular el flujo linfático y reducir la hinchazón.

- **Asegurarse de un buen agarre del bebé:**

Un agarre correcto facilita la extracción de leche y previene la congestión.

- **Evitar ropa apretada y sujetadores con varillas de metal:**

Optar por ropa holgada y sujetadores de soporte puede favorecer el flujo sanguíneo.

3. MASTITIS AGUDA

La mastitis es una inflamación de la mama, que puede ser causada por la obstrucción de los conductos lácteos o por una infección bacteriana. La mastitis de lactancia, que es la más común, ocurre cuando la leche se acumula más rápido de lo que se extrae, creando un bloqueo.

La mastitis aguda y la lactancia están estrechamente relacionadas, ya que la mastitis, una inflamación de la mama a menudo acompañada de infección, es más común durante la lactancia. Es seguro continuar amamantando durante la mastitis, ya que ayuda a drenar los conductos y puede acelerar la recuperación.

Cuadro clínico:

- Dolor, congestión y eritema localizado, generalmente solo de una mama.
- Gran malestar general, fiebre alta y calofríos.
- *S. aureus* como primera causa.

Tratamiento:

- ATB x 10-14 días
- Ibuprofeno 400 -600 mg c/8 h. V.O
- Calor local sólo justo antes de la toma o la extracción (ducha, baño caliente del pecho o bolsa caliente) para facilitar la salida de leche.
- Frío local tras la toma/extracción para control de dolor/inflamación
- Reposo en cama , hidratación.
- Hospitalización de la diada en caso necesario.
- NO SUSPENDER LACTANCIA
- El niño puede rechazar transitoriamente el pecho por el sabor ligeramente salado de la leche “mastítica”.

4. MASTITIS SUBAGUDA O SUBCLINICA

La mastitis subaguda es una forma de mastitis que puede causar dolor punzante en el pecho, a veces con sensación de quemazón, y puede ser recurrente.

- Dolor profundo en la mama durante la toma o después de la misma que no se resuelve tras la evaluación e intervención por profesionales expertos en lactancia materna que descarten y traten otras posibles causas de la mastalgia.
- No hay síntomas generales ni fiebre.
- La exploración física suele ser normal.

Tratamiento:

- Ibuprofeno 400 -600 mg c/8 h. V.O
- Calor local sólo justo antes de la toma o la extracción (ducha, baño caliente del pecho o bolsa caliente) para facilitar la salida de leche.
- Frío local tras la toma/extracción para control de dolor/inflamación
- Reposo, hidratación y descanso.
- Dedicación a lactancia
- NO SUSPENDER LACTANCIA
- Iniciar Tratamiento antibiótico si molestias persisten por más de 48 hrs.

5. MICOSIS DE PEZÓN

La micosis en el pezón, también conocida como candidiasis del pezón, es una infección fúngica común que puede afectar a las madres durante la lactancia, y puede transmitirse al bebé. Es importante identificar los síntomas y buscar tratamiento para aliviar el dolor y prevenir la propagación de la infección.

Síntomas de la micosis en el pezón:

Para la madre:

- Ardor, picazón y dolor en el pezón y la areola.
- Piel brillante, escamosa o enrojecida en el pezón y la areola.
- Dolor punzante en el seno, incluso después de la alimentación.
- Posibles manchas blancas o heridas persistentes en el pezón.

Para el bebé:

- Manchas blancas o parches en la lengua, encías o interior de las mejillas, que no desaparecen al frotar.
- Llanto o irritabilidad durante la alimentación.
- Posible dermatitis del pañal.

Causas:

- La infección es causada por el hongo *Candida albicans*, que normalmente se encuentra en el cuerpo humano.
- El ambiente cálido, húmedo y oscuro del pezón puede favorecer su crecimiento.
- La candidiasis puede transmitirse entre la madre y el bebé durante la lactancia.

Tratamiento:

- Conjuntamente a la madre y el niño.
- Madre: Aplicación de antimicóticos locales en presentación de gotas o gel (Nistatina) después de cada mamada, durante 10 a 14 días en la areola y pezón maternos, y de manera conjunta en la mucosa oral del niño(a).
- Si se sospecha infección de los conductos Fluconazol 150 mg V.O --- 1 vez a la semana hasta por 3 semanas.
- Bebe: Daktarin (miconazol gel o gotas) 20 mg c/6 hrs. v.o

6. PERLA DE LECHE

Pequeño punto blanco o amarillento que aparece en el pezón y que causa dolor al amamantar. Se forma por la obstrucción de un conducto lácteo. Este bloqueo impide que la leche fluya normalmente, causando dolor y malestar durante la toma.

Se infla al succionar el bebé y se desinfla después, luego se convierte en un pellejo blanquecino, luego costra y luego se desprende. Todo ese proceso dura aproximadamente entre 5 y 7 días.

Puede ser de origen traumático o infeccioso. NO es lo mismo que una ampolla causada por fricción.



Perla de Origen Traumático:

Cuando un bebé mama, y tironea del pezón con fuerza, o lo muerde, creando posteriormente este punto blanco que se infla en el pezón y suele ser muy doloroso.

Características: Redonda, Nacarada o Blanca, Regular, superficial, dolorosa cuando el bebé mama.

Tratamiento:

- Calor local húmedo v/s frío (disminuir inflamación).
- Succión en dirección a zona obstruida.

- Disminuir grasas saturadas ingesta.
- Consumir lecitina de soya (emulsionante de las grasas).
- Puncionar por profesional con aguja estéril.



Perla de Origen infeccioso:

Es una pequeña obstrucción en un conducto lácteo del pezón, que puede ser causada por una infección.

- NO pincharlas ni manipularlas
- Revisar agarre del bebé
- Si es necesario realizar cultivo de leche
- Los probióticos pueden ayudar en caso de dolor leve a moderado (*L.salivarius* y *fermentum*, con cepas de 10^9) -Lactibiane tolerance.

Tratamiento:

- Requiere tratamiento antibiótico – acudir a médico
- Amoxicilina + ac. Clavulanico x 10 días v.o
- Mupiracina crema en lesión.



7. BROTES DE CRECIMIENTO O CRISIS DE LACTANCIA

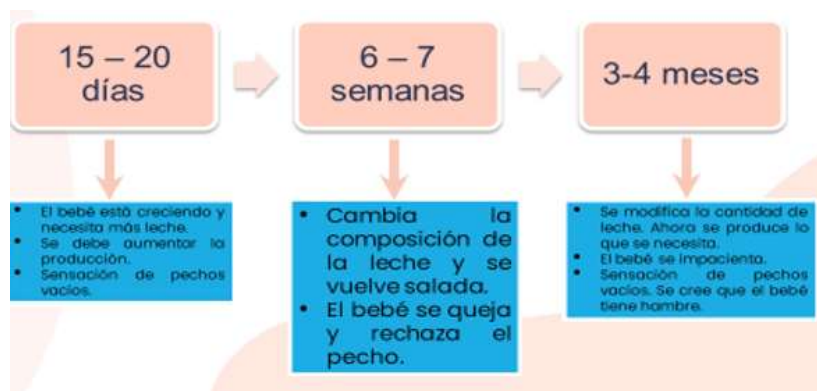
Los brotes de crecimiento, también conocidos como crisis de lactancia, son períodos en los que un bebé demanda más leche de lo habitual debido a un rápido aumento en su crecimiento físico. Estos episodios son normales y temporales, y generalmente duran entre unos pocos días y una semana.

¿Qué son los brotes de crecimiento?

- Son momentos en los que el bebé crece rápidamente, lo que implica que necesita más nutrientes y, por ende, más leche materna.
- Durante estos periodos, el bebé puede mostrarse más irritable, demandante y querer mamar con más frecuencia de lo normal.
- Es común que los padres se preocupen pensando que no están produciendo suficiente leche, pero esto es parte del proceso natural de adaptación de la producción de leche a las necesidades del bebé.

¿Cómo identificar un brote de crecimiento?

- **Aumento de la demanda de leche:** El bebé querrá mamar con más frecuencia, incluso cada hora, o durante más tiempo en cada toma.
- **Irritabilidad y llanto:** El bebé puede mostrarse más inquieto, irritable y llorar más de lo habitual, especialmente durante las tomas.
- **Senos blandos:** La madre puede notar que sus senos están más blandos o vacíos, lo que puede generar preocupación sobre la producción de leche.
- **Cambios en los patrones de sueño:** Algunos bebés pueden dormir más, mientras que otros pueden tener dificultades para conciliar el sueño o interrumpir sus siestas con frecuencia.



¿Qué hacer durante los brotes de crecimiento?



*Tienen una duración de 3 a 5 días, máximo 1 semana (el brote de los 3 meses).

8. TRISTEZA PUERPERAL Y DEPRESIÓN POSTPARTO

Tristeza postparto (*blues*)

La tristeza postparto no es realmente un trastorno *per se*. Es un problema pasajero que se estima ocurre en hasta 50 a 60% de mujeres y consiste en labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre y llanto fácil. No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas.

La recuperación del estado de tristeza postparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el cuarto o quinto día posterior al parto. Se estima que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos son: antecedente de síndrome de tensión premenstrual, grado de aumento de peso durante el embarazo y supresión súbita de progesterona después del parto.

Depresión durante el embarazo o período postparto

La depresión es un trastorno que se considera “dimensional”, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son anormales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en grado ligero. Sólo se consideran un trastorno

cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos en el funcionamiento psicosocial de la mujer, lo que quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes o abrumadas en forma pasajera, pero cuando la mujer se siente intensamente triste la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de auto-culpa persistentes, deseos de morir o de suicidarse, se consideran como sentimientos anormales y parte de un trastorno depresivo.

La depresión tiende a coexistir con síntomas de ansiedad. Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir). En la gestante la depresión se asocia con una mala alimentación y falta de búsqueda de cuidados prenatales. Adicionalmente, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia, y tendrá mala higiene personal. Entre más deprimida se encuentre, la naturaleza del problema hará que busque menos ayuda y no recurra a servicios para mejorarla.

La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar sus respuestas. Por supuesto que debe haber un clima mínimo de confianza entre la mujer y el entrevistador, aunque la mayoría de las personas deprimidas expresan abiertamente sus sentimientos y hablan de su estado de ánimo si se les pregunta.

Una de las barreras para detectar la depresión está en la opinión generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad y que no debe haber lugar para la tristeza, lo que puede hacer que el clínico sólo “quiera oír” pensamientos optimistas y, sin darse cuenta, transmita este mensaje a la paciente. Otra barrera está en la misma mujer, quien puede sentir culpa por no estar enteramente feliz ante la situación actual, pues “debería estar contenta”. La familia también puede ejercer presión para que no verbalice los sentimientos negativos que de hecho tiene. No obstante todo esto, si el clínico observa a una mujer que parece intensamente triste, exhausta, abrumada por la responsabilidad futura o presente del bebé, excesivamente tensa y preocupada, debe preguntar invariablemente cómo se siente. El clínico también puede explicar a la mujer que durante el embarazo y después del parto puede haber otros sentimientos como el temor, la tristeza, la incertidumbre, entre otros, a pesar de que se trata de una etapa de felicidad, lo que puede abrir la puerta para que exprese sus sentimientos de manera más franca.

Las manifestaciones clínicas más comunes de la depresión son:

- Tristeza la mayor parte del tiempo.
- Pensamientos pesimistas sobre el futuro (todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etcétera).
- Pensamientos de autorreproche (debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, etcétera).
- La paciente puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el

niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo).

- La paciente puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.
- En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente: que pierda el apetito y no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poderse volver a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé que la aterran, como temer dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él.

9. HIPOTONIA DEL LACTANTE Y LACTANCIA

La hipotonía, o bajo tono muscular, puede dificultar la lactancia materna, pero no es una contraindicación. Los bebés con hipotonía pueden tener problemas para succionar, tragar y mantener una postura adecuada para amamantar. Sin embargo, con técnicas de apoyo adecuadas y la orientación de profesionales de la salud, muchos bebés con hipotonía pueden ser amamantados con éxito.

Dificultades comunes en la lactancia con hipotonía:

- **Succión débil:** La falta de tono muscular puede dificultar la creación de un buen sello alrededor del pezón y una succión eficaz.
- **Dificultad para tragar:** La coordinación entre la succión, la deglución y la respiración puede ser complicada para los bebés con hipotonía.
- **Control postural deficiente:** La incapacidad para mantener la cabeza y el cuerpo en la posición correcta puede dificultar la lactancia.
- **Fatiga:** Los bebés hipotónicos pueden cansarse más rápido durante la alimentación, lo que puede llevar a tomas más cortas y menos frecuentes.

Apoyo y técnicas para la lactancia en bebés con hipotonía:

- **Posiciones de apoyo:** Se pueden utilizar diferentes posiciones que brinden soporte adicional al bebé, como la posición de cuna cruzada o la posición de rugby, con almohadas y cojines para sostener la cabeza, el cuello y el cuerpo del bebé.

- **Apoyo manual:** Sostener la mandíbula y el mentón del bebé mientras amamanta puede ayudar a mejorar la succión y el sellado.
- **Compresión mamaria:**
Presionar suavemente el pecho mientras el bebé succiona puede ayudar a facilitar el flujo de leche y garantizar que el bebé reciba suficiente leche.
- **Extracción de leche materna:** En algunos casos, puede ser necesario extraer la leche materna y alimentarla con biberón o sonda, especialmente si el bebé tiene dificultades extremas para succionar.
- **Estimulación temprana:** La estimulación de los músculos orofaciales y los reflejos de succión y deglución a través de masajes y ejercicios puede ayudar a mejorar la capacidad del bebé para amamantar.

En resumen, la lactancia materna es posible para muchos bebés con hipotonía, pero puede requerir un enfoque más individualizado y el apoyo de profesionales de la salud para garantizar una experiencia exitosa.

10. HIPERTONIA DEL LACTANTE Y LACTANCIA

La hipertonía en bebés, un aumento del tono muscular, puede afectar la lactancia al dificultar el agarre y la succión del bebé. Un bebé con hipertonía puede mostrarse rígido, arquear la espalda y tener dificultad para relajarse durante la toma, lo que puede dificultar la lactancia y hacerla incómoda para ambos.

¿Cómo afecta la hipertonía a la lactancia?

- **Dificultad para el agarre:** La rigidez muscular puede hacer que el bebé tenga problemas para abrir la boca lo suficiente para agarrarse bien al pecho.
- **Succión ineficaz:** La tensión muscular puede afectar la coordinación de la succión, la deglución y la respiración, lo que puede llevar a una succión débil o ineficaz.
- **Incomodidad durante la toma:** El bebé puede mostrarse inquieto, arquearse y tener dificultad para encontrar una posición cómoda para mamar, lo que puede resultar doloroso para la madre.

Apoyo y técnicas para la lactancia en bebé con hipertonía:

- **Buscar ayuda profesional:** Si se sospecha de hipertonía, es importante consultar con un pediatra o fisioterapeuta pediátrico para evaluar al bebé y determinar la causa y el tratamiento adecuado.

- **Posiciones de lactancia:** Encontrar posiciones que permitan al bebé mantener una buena postura y facilitar el agarre puede ayudar.
- **Ejercicios de relajación:** El fisioterapeuta puede recomendar ejercicios para ayudar al bebé a relajar los músculos y mejorar su rango de movimiento.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Lactancia materna.
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breastfeeding>
- UNICEF. (2021). Curso de formación en consejería en lactancia materna.
- <https://www.unicef.org/documents/breastfeeding-counselling-course>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.
- The Lancet, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Ministerio de Salud de Chile. (2020). Guía clínica: Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y lactancia complementada hasta los dos años o más. Santiago, Chile. <https://www.minsal.cl>
- Pérez-Escamilla, R., & Hall Moran, V. (2017). The Lancet Breastfeeding Series: Implications for the implementation of breastfeeding in the 21st century. Maternal & Child Nutrition, 13(S1), e12338. <https://doi.org/10.1111/mcn.12338>.



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del autor. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.