

Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria

Lactancia Dolorosa Producción escasa

*Rompe la quietud de este tu hogar un tirano de moco y pañal. Si ha secado tus pechos,
dime ahora ¿Qué le das ?*

Dame un chupito de amor (Fragmento)
Nacho Cano y German Coppini
Vinyl, 12" Maxi-Single. Ariola Eurodisc SA 1986



Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria

Lactancia Dolorosa



JUSTIFICACION

El dolor en la mama lactante (mastalgia) es un reto diagnóstico importante para el profesional de la pediatría de atención primaria

Las causas son múltiples y a veces sumatorias. Un hecho común suele ser un agarre defectuoso y un mal vaciamiento crónico/recurrente de la mama

El profesional de la pediatría se encuentra una vez más en una posición privilegiada para poder abordar este problema de forma integral

El profesional de la pediatría precisa actualizar sus conocimientos en este tema y en todo lo concerniente a la crianza al pecho

Para el abordaje satisfactorio se precisara de conocimientos y de tiempo suficiente en una consulta programada (Consulta de lactancia), a ser posible, compuesta por un equipo multidisciplinar



INTRODUCCION

La lactancia no debe doler, al menos no de forma continua o recurrente

El dolor persistente o recurrente que se alarga más allá de los 2 meses postparto debe ser investigado

Algunas veces, después de haber investigado todo y haber probado todo, el dolor persistirá

Se precisa más investigación en este campo: Lo máximo que tenemos son estudios de opiniones de expertos

En un estudio de 1323 madres que dejaron de amamantar en el primer mes postparto el 29,3% señalaron presencia de dolor como causa de abandono

Algunos estudios apuntan a la presencia de Depresión postparto en madres con dolor persistente de mama



COMO PROCEDER

Se necesita tiempo: Consulta programada de lactancia. Equipo multidisciplinar

Si es posible seguimiento del caso a través de medios virtuales de comunicación: correo, Skype

Aplicar protocolo de historia sistematizado (Berens P ¹):

- 1 Historia clínica y examen físico: Historia del amamantamiento. Historia del dolor. Historia de clínica de la madre. Historia del niño/a*
- 2. Exploración física de la madre y del niño*
- 3. Observación de una toma*
- 4. Observación de extracción manual y mecánica de leche*

1. Berens P. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. Breastfeeding Medicine 2016;11(2):46-54



COMO PROCEDER. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una de las causas más frecuentes que encontraremos será la sospecha clínica de **mastitis** con alguna de sus variantes descritas

La petición o no, si se dispone de él, de un **cultivo de la leche humana**, es un tema controvertido y de continua revisión y escasa investigación. Estaría indicado solicitarlo si (Berens P ¹):

- 1 Signos y síntomas compatibles con una mastitis aguda o una mastitis no resuelta con antibioticos
2. Grietas o fisuras persistentes en areola o pezón con o sin supuración que no mejoran
3. Eritema en la zona de pezon/areola que sugiera infección fungica o viral
4. Dolor de mama no acorde con los hallazgos exploratorios (aspecto normal de la mama)

1. Berens P. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. Breastfeeding Medicine 2016;11(2):46-54



LA MADRE DEL CORDERO: CULTIVO DE LECHE HUMANA

Tema controvertido y en revisión continua (1)

Muchos servicios de microbiología no lo tienen en su cartera de servicio

Algunos laboratorios no hacen contaje de colonias

Según ABM (1), habría que pedir cultivo de leche humana

1 Ante una mastitis no hay respuesta a los antibióticos en las primeras 48 horas

2. Si la mastitis recurre

3. Mastitis adquirida en hospital

4. Paciente alérgica a los antibióticos habituales

5. Casos severos o poco habituales

1. Comité de Protocolos de la ABM. Protocolo clínico de la ABM#4: Mastitis. Revisión Mayo 2008:3(3)



CULTIVO DE LECHE HUMANA: Y LLEGO JM RODRIGUEZ Y COLS

Los estudios realizados por el equipo de JM Rodriguez revolucionaron el abordaje del dolor de mama causado por DISBIOSIS BACTERIANA.

Recientes revisiones han puesto en entredicho las tesis de Rodriguez y la existencia de Mastitis subagudas/subclinicas tal como su grupo preconizaba (Espinola 2016)

Según JM Rodriguez habria que solicitar un cultivo de leche de mama

A toda mujer lactante que presente dolor en el pecho, acompañado o no de otros síntomas se le debería recoger una muestra de leche lo antes posible para confirmar o descartar una mastitis infecciosa, así como aquellas en las que se sospeche baja producción

1. Arroyo P; Mediano P, Martin V, Jimenez E, Delgado S, Fernandez L, Marin M, Rodriguez JM. Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de protocolo para cultivo de muestras de leche humana. Acta Pediatr Esp. 2011;69(6):276-281
1. Espinola-Docio E, Costa-Romero M, Diaz-Gomez M, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al dia. Arch Argent Pediatr 2016;116(6):576-584



MASTITIS: UNA CAUSA FRECUENTE DE DESTETE PRECOZ

La mastitis causada por una disbiosis bacteriana es una de las principales causas evitables de destete Precoz

Su etiopatogenia y criterios diagnósticos no estan bien definidos

A pesar de las investigaciones actuales aun no conocemos bien el papel que juegan las bacterias en la produccion del dolor crónico en la mama lactante

Tanto Stafilococo Sp, como Candida Sp, son encontrados en el area del pezon y en la mama de Muchas mujeres sin sintomas de mastitis

Casi todos los estudios en mastitis provienen del reino animal

1. Espinola-Docio E, Costa-Romero M, Diaz-Gomez M, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al dia. Arch Argent Pediatr 2016;116(6):576-584



MASTITIS: VARIOS TIPOS ?

Según la publicación de Espinola-Docio et al en patología humana mamaria podemos encontrar

1 MASTITIS AGUDA

Inflamación de uno o mas lóbulos de la glándula acompañados o no de infección

98% de los casos unilateral

Incidencia del 3–33% según series

Suele aparecer en los 3 primeros meses postparto (2^a-4^a semana)

Secuencia de producción: Obstrucción + sobrecrecimiento bacteriano posterior

Germen mas frecuente: *Stafilococo Aureus* y *Stafilococo Aureus* Meticilin-Resistente (MRSA)

Síntomas: dolor agudo, rubor, calor, fiebre y mal estado general. 80% presentan grietas en pezones

Tratamiento: Antinflamatorios tipo ibuprofeno, vaciamiento pecho

Tratamiento antibiotico: Discutido cual es el mejor.

1. Espinola-Docio E, Costa-Romero M, Diaz-Gomez M, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al dia. Arch Argent Pediatr 2016;116(6):576-584



MASTITIS: VARIOS TIPOS ?

Según la publicación de Espinola-Docio et al en patología humana mamaria podemos encontrar

2 MASTITIS SUBCLINICA

Algunos autores dudan de su existencia

Los síntomas compatibles serían sensación baja producción láctea asociado a tomas largas, escasa ganancia ponderal del bebé sin manifestaciones de mastitis aguda

Germen mas frecuente: Stafilococos Epidermidis.

En estos casos la solicitud de cultivo de leche humana estaría siempre indicado

1. Espinola-Docio E, Costa-Romero M, Diaz-Gomez M, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al dia. Arch Argent Pediatr 2016;116(6):576-584



MASTITIS: VARIOS TIPOS ?

Según la publicación de Espinola-Docio et al en patología humana mamaria podemos encontrar

3 MASTITIS SUBAGUDA: Síndrome de dolor crónico en pecho y pezón

Síndrome multifactorial

Los síntomas serían dolor intenso punzante y sensación de quemazón o calambres durante la toma o al finalizarla que se puede irradiar a axila y acompañarse de baja producción láctea

El dolor se originaría por la producción de biofilms que obstruirían los conductos

En la literatura sólo existen 10 artículos que hacen referencia a este término y la mayoría son del campo de la veterinaria

Gérmenes implicados: Stafilococo Epidermidis

En estos casos la solicitud de cultivo de leche humana estaría siempre indicado

1. Delgado S, Arroyo R, Jimenez E, Fernandez L, Rodriguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp. 2009;67(2):564-571



YA TENGO EL CULTIVO... INTERPRETALO

Staphylococcus:
Staphylococcus epidermidis
Staphylococcus hominis
...
.....< 600-800 bacterias/ml

Streptococcus:
Streptococcus salivarius
Streptococcus mitis
...
.....< 500 bacterias/ml

Corynebacterium:
Corynebacterium glutamicum
Corynebacterium tuberculostearicum
...

(...)

Bacteria lácticas:
Lactobacillus gasseri
Lactobacillus fermentum
Lactobacillus salivarius
Lactococcus lactis
Leuconostoc mesenteroides
...
.....< 2000 bacterias/ml

Bifidobacterium:
Bifidobacterium bifidum
Bifidobacterium breve

1. Arroyo P; Mediano P, Martín V, Jiménez E, Delgado S, Fernández L, Marín M, Rodríguez JM. Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de protocolo para cultivo de muestras de leche humana. Acta Pediatr Esp. 2011;69(6):276-281

LE PONGO PROBIOTICOS ?

No existe actualmente evidencia suficiente para recomendar de forma generalizada el uso de probioticos tipo *Lactobacillus fermentum* y *Lactobacillus salivarius* en casos de mastitis o para uso preventivo en casos recurrentes

Individualizar los casos. Productos caros no financiados. Filón comercial

COMMENTARY

Open Access

Probiotics and mastitis: evidence-based marketing?



Lisa H. Amir^{1*}, Laura Griffin², Meabh Cullinane¹ and Suzanne M. Garland^{3,4,5}

Abstract

Probiotics are defined as live micro-organisms, which when administered in adequate amounts, confer health benefits on the host. Scientists have isolated various strains of Lactobacilli from human milk (such as *Lactobacillus fermentum* and *Lactobacillus salivarius*), and the presence of these organisms is thought to be protective against breast infections, or mastitis.

Trials of probiotics for treating mastitis in dairy cows have had mixed results: some successful and others unsuccessful. To date, only one trial of probiotics to *treat* mastitis in women and one trial to prevent mastitis have been published. Although trials of probiotics to *prevent* mastitis in breastfeeding women are still in progress, health professionals in Australia are receiving marketing of these products.

High quality randomised controlled trials are needed to assess the effectiveness of probiotics for the prevention and/or treatment of mastitis.

Keywords: Probiotics, Mastitis, Treatment, Microbiome



Chupitos de Teta para Pediatras de Atención Primaria

Producción escasa

15° curso
actualización
pediatría
AEPap 2018

fPS
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018



¿Tengo poca leche?

Raúl Peiró Aranda.

Centro privado Mimatrona. Málaga



Dudas iniciales.

- La madre se pregunta: ¿podré amamantar a mi bebé?
- El entorno cercano le pregunta: ¿ya le estarás dando una ayudita, verdad?
- Y nosotros... ¿qué nos preguntamos? ¿qué le preguntamos?
 - Hay que apoyar a esa madre y escuchar.
 - Hay que delimitar si hay algún problema.



Aspectos a vigilar.

- Todos los siguientes son signos probables de alarma.
 - Tomas prolongadas
 - El niño llora mucho.
 - No hace deposición o es escasa y oscura.
 - “Siempre está enganchando. No puedo soltarlo”.
 - “No he notado la subida de la leche”.
 - “No me veo leche cuando aprieto el pecho”.



Aspectos a vigilar.

- Los siguientes son signos mucho más fiables de ingesta.
 - Las micciones.
 - Debe mojar más de 6 pañales
 - La orina no debe ser densa (uratos) o con olor fuerte.
 - Los pañales actuales pueden hacer difícil la valoración de las micciones.
 - El peso.
 - Dato fundamental. Es obligatorio pesar al bebé en el primer momento que lo veamos.



El peso.

- No debería perder más de un 10% en los primeros días.
- Tiene que recuperar el peso antes de las dos primeras semanas.
- Para valorar si la velocidad de engorde es suficiente tenemos que usar tablas y gráficas.
 - Las preferibles, las de la OMS.



Tablas de la OMS

- Realizadas con bebés saludables de 6 países diferentes amamantados.
- Disponibles en <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>



Patrones de crecimiento infantil

[Patrones de crecimiento infantil](#)

[Estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento](#)

[Patrones](#)

[Capacitación](#)

[Software](#)

[Publicaciones](#)

Patrones de crecimiento infantil

Los siguientes documentos describen la muestra y el proceso metodológico utilizado para desarrollar los estándares y presentan las curvas finales.

↓ [Resumen de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS](#)
pdf, 45kb

Métodos y desarrollo: Longitud y estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad

Indicadores

[Longitud/estatura para la edad](#)

[Peso para la edad](#)

[Peso para la longitud](#)

[Peso para la estatura](#)

[Índice de masa corporal \(IMC\) para la edad](#)

[Perímetro cefálico para la edad](#)

[Perímetro braquial para la edad](#)

[Pliegue cutáneo subescapular para la edad](#)

[Pliegue cutáneo del tríceps para la edad](#)

↓ [Etapas del desarrollo motor](#)
pdf, 164kb

[Etapas del desarrollo motor - más información - en inglés](#)

[Velocidad de peso - en inglés](#)

[Velocidad de longitud - en inglés](#)

[Velocidad de perímetro cefálico - en inglés](#)

Directrices



[Herramientas de consejería en VIH y alimentación infantil](#)
[pdf 2.01Mb]



↓ [Directrices sobre la preparación de fórmula láctea](#)
pdf, 417kb

Contacto

Patrones de crecimiento infantil

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Nutrición
Avenida Appia 20
1211 Ginebra 27
Suiza
nutrition@who.int

[Más información](#)




Gráficas de la OMS

- Hay tanto gráficas como tablas.
- Datos en z-score y en percentiles.
- En tramos de : 0 a 6 meses, 0 a 2 años, 6 meses a 2 años, 0 a 5 años.
- También disponible el software Anthro para PC o PDA
 - Permite guardar datos de niños individualmente, construye gráficas, puede agrupar datos de niños...
- Hay unas tablas interesantes que son las de velocidad de crecimiento.
- Todo gratis, descargable e imprimible.



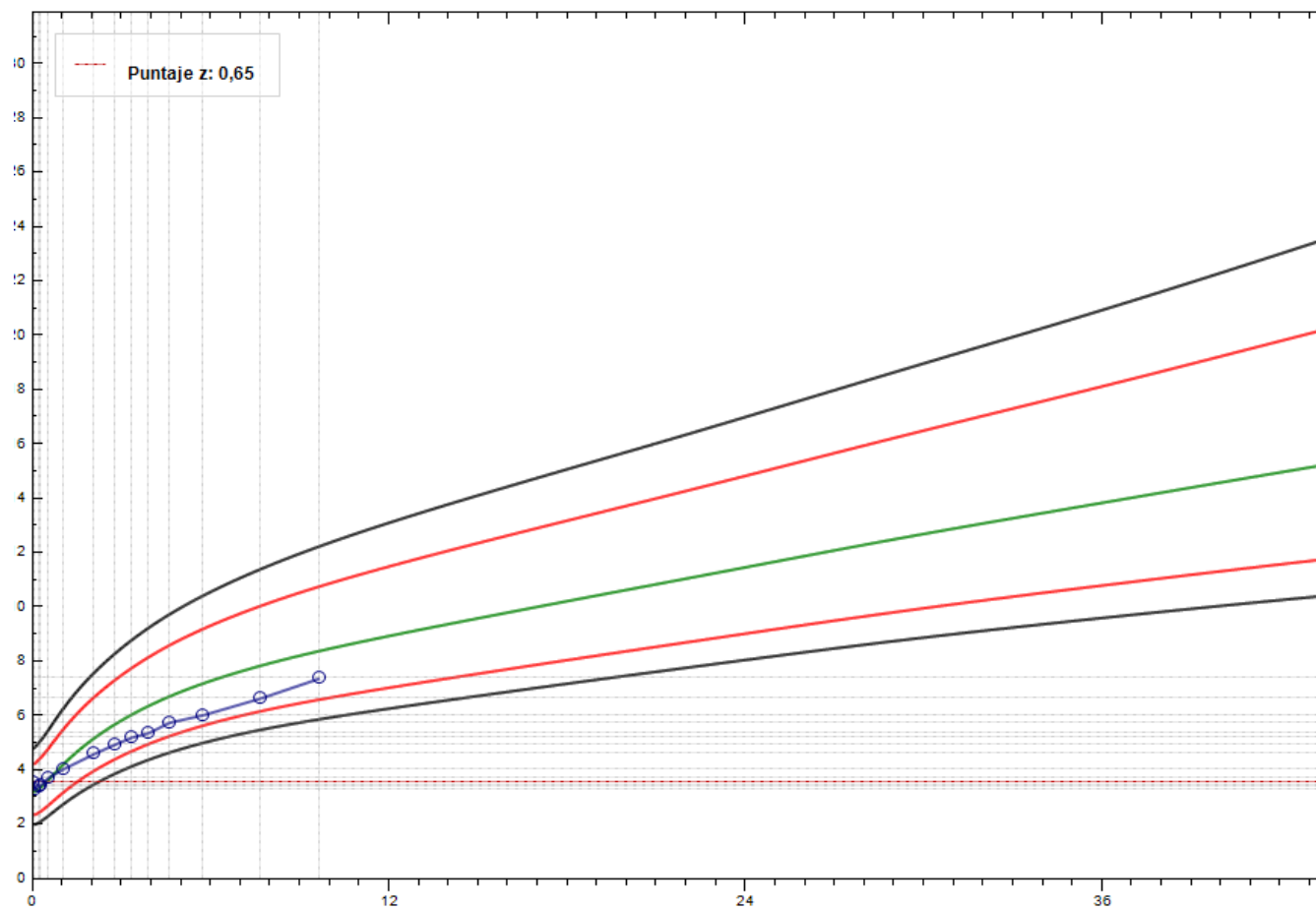
¿aumento de peso por mes?

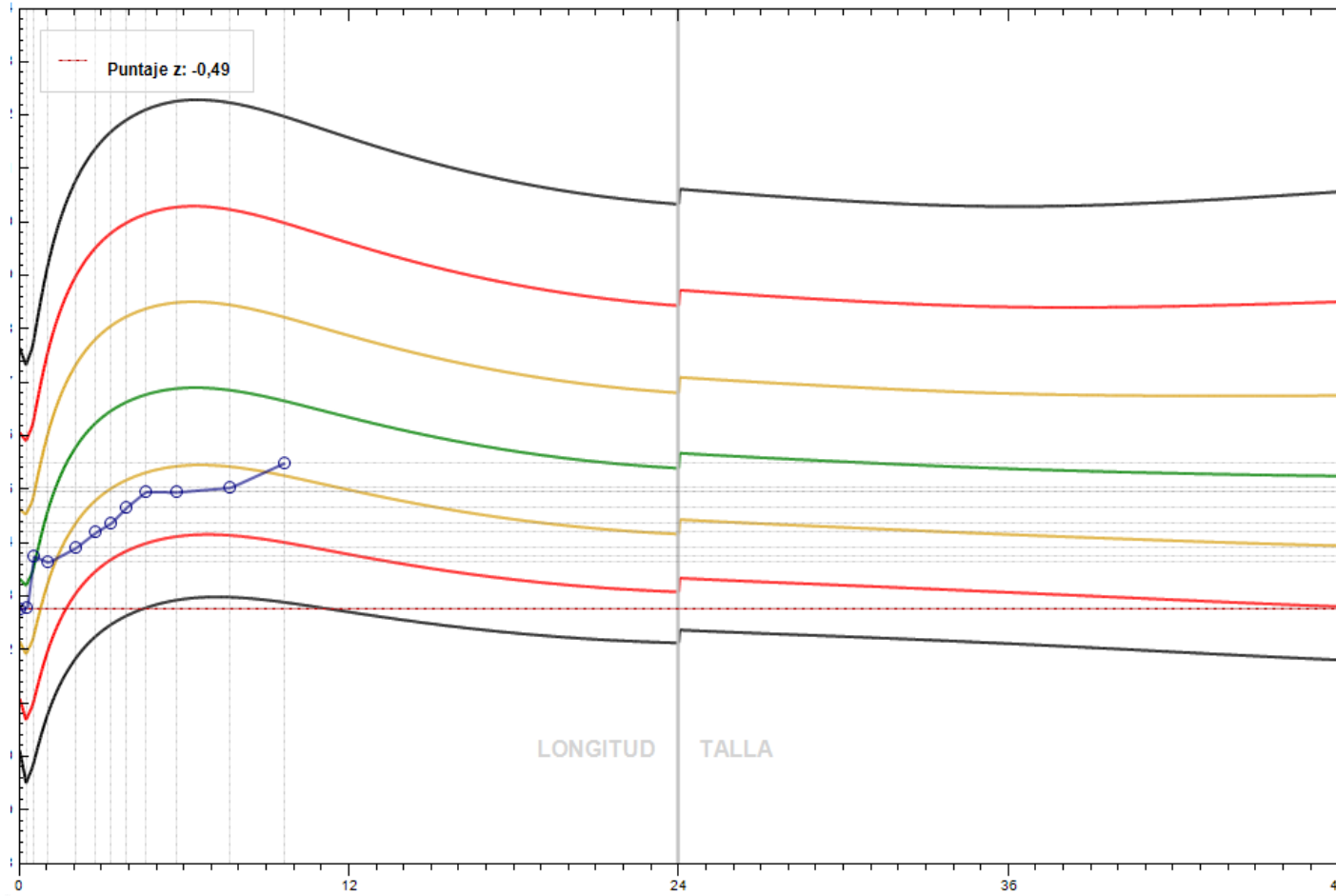
- Decidir si está ganando bastante peso, puede no ser fácil.
- Los niños más grandes ganan más peso.
- Hay bastante variabilidad en el engorde.

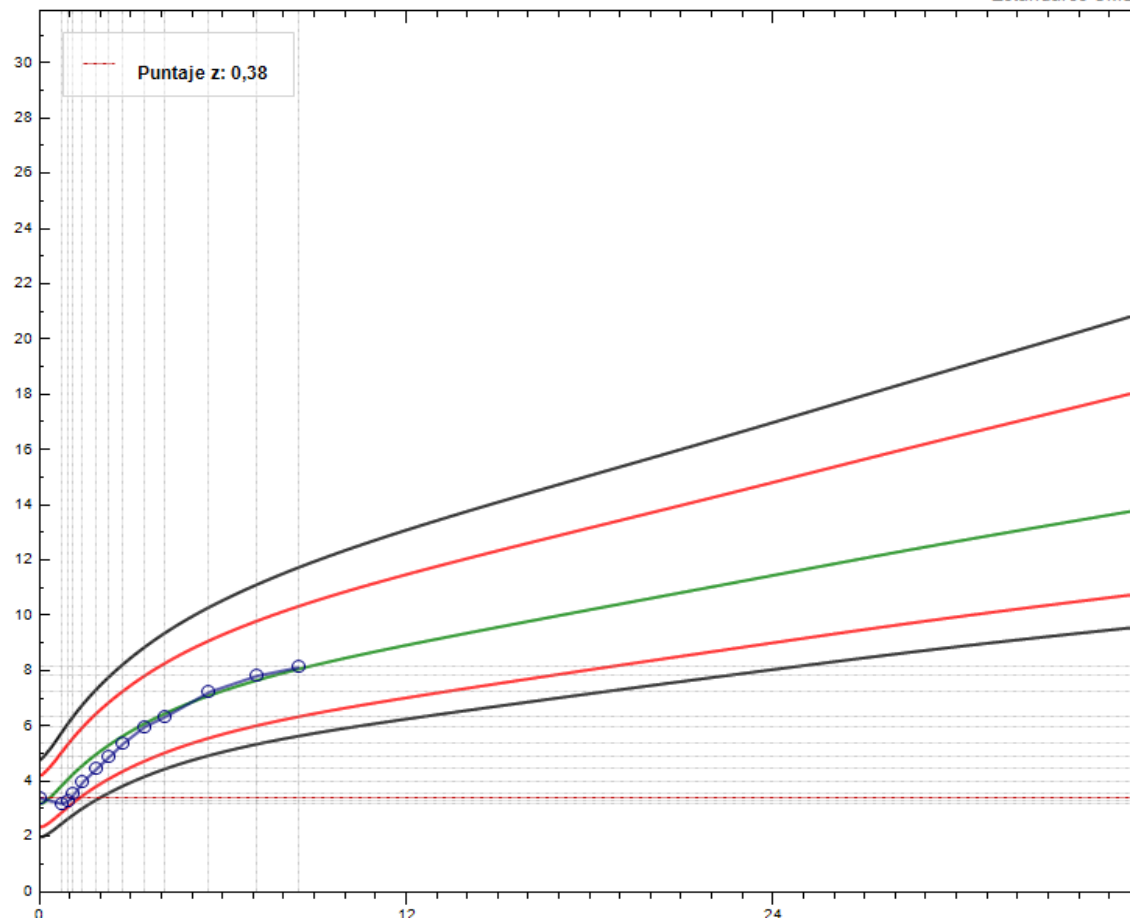
1-month weight increments (g) BOYS Birth to 12 months (percentiles)											 World Health Organization
Interval	1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
0 - 4 wks	182	369	460	681	805	1023	1229	1336	1509	1575	1697
4 wks - 2 mo	528	648	713	886	992	1196	1408	1524	1724	1803	1955
2 - 3 mo	307	397	446	577	658	815	980	1071	1228	1290	1410
3 - 4 mo	160	241	285	403	476	617	764	845	985	1041	1147
4 - 5 mo	70	150	194	311	383	522	666	746	883	937	1041
5 - 6 mo	-17	61	103	217	287	422	563	640	773	826	927
6 - 7 mo	-76	0	42	154	223	357	496	573	706	758	859
7 - 8 mo	-118	-43	-1	111	181	316	457	535	671	724	827
8 - 9 mo	-153	-77	-36	77	148	285	429	508	646	701	806
9 - 10 mo	-183	-108	-66	48	120	259	405	486	627	683	790
10 - 11 mo	-209	-132	-89	27	100	243	394	478	623	680	791
11 - 12 mo	-229	-150	-106	15	91	239	397	484	635	695	811

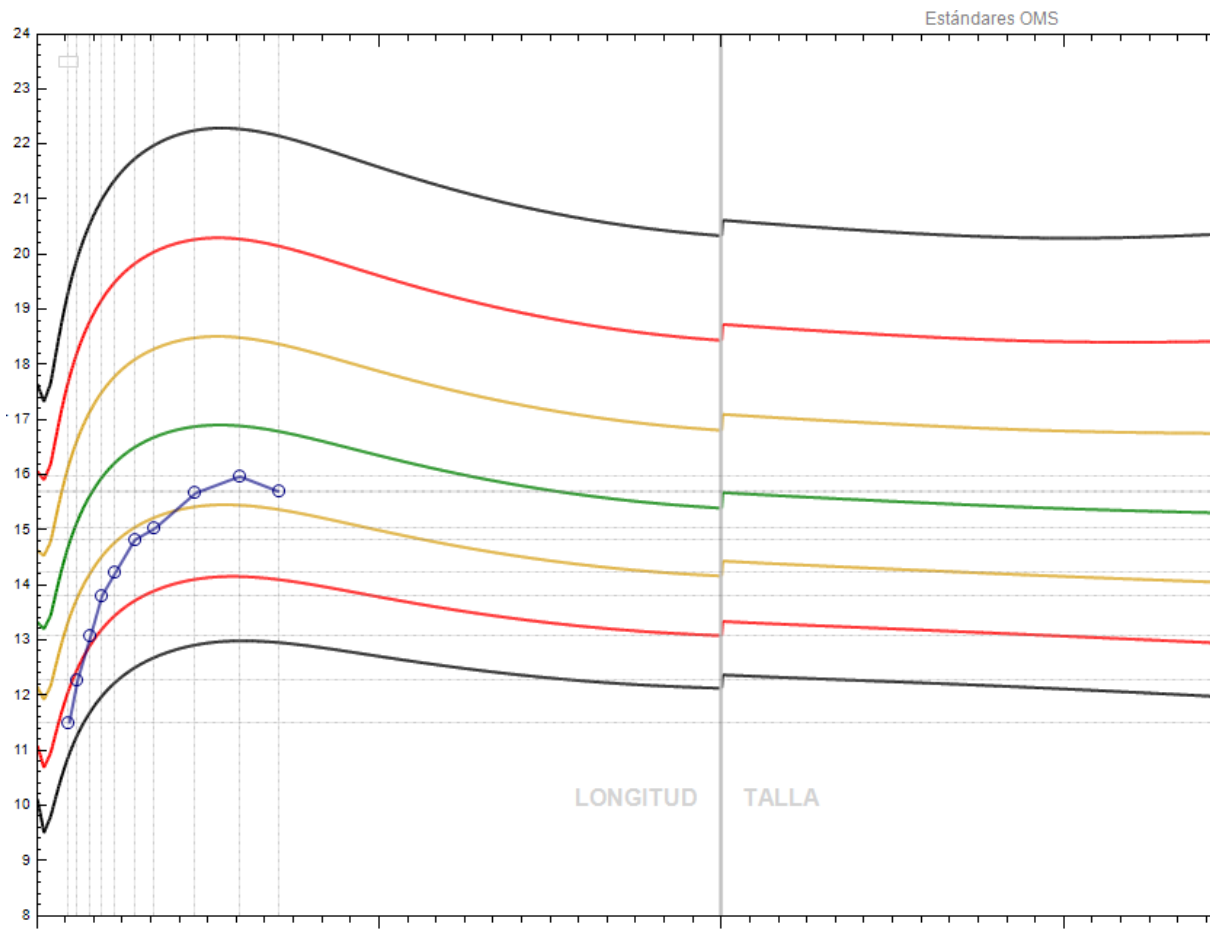
WHO Growth Velocity Standards











Si dudamos...

- Vigilar siempre las sensaciones de la madre, el aspecto del bebé.
- Controlar con frecuencia.
- Si determinamos que no está ganando suficiente peso, determinar cuál puede ser la causa.



Razones por las cuales un niño puede no obtener leche suficiente

Factores de la lactancia

- Retraso en el comienzo
- Tomas infrecuentes
- No tomas nocturnas
- Tomas cortas
- Mal agarre
- Biberones, chupetes
- Tomas complementarios

Madre: factores psicológicos

- Pérdida de confianza
- Preocupación, estrés
- Aversión a la lactancia
- Rechazo del niño
- Cansancio

Madre: estado físico

- Anticonceptivos, diuréticos
- Embarazo
- Desnutrición grave
- Alcohol
- Tabaco
- Retención de placenta (raro)
- Escaso desarrollo del pecho (muy raro)

Estado del niño

- Enfermedad
- Malformación

Estas son HABITUALES

Estas NO SON HABITUALES



INDICADORES DE UN AGARRE CORRECTO

La cabeza queda bien a la altura y enfrentada del pecho de la mamá.

facebook.com/duemetehannibal

La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados.

La mandíbula inferior se mueve hacia arriba y abajo. La oreja y la sien también se mueven.

facebook.com/duemetehannibal

El cuerpo del bebé debe quedar bien en paralelo al cuerpo de la mamá, "barriga con barriga".

facebook.com/duemetehannibal

La boca está abierta en su máxima amplitud posible.

facebook.com/duemetehannibal

Las mejillas se ven redondeadas y sin hoyuelos.

No se escuchan chasquidos.

Los labios están evertidos en "boca de pez".

Se puede oír cómo traga pero no es excluyente de un agarre adecuado.

facebook.com/duemetehannibal

La succión se inicia con un ritmo rápido para estimular la bajada de la leche, pero luego cobra un ritmo lento y profundo, con pausas momentáneas.

facebook.com/duemetehannibal

El pezón no se siente dolorido ni sale deformado con forma de barra labial al finalizar la toma.

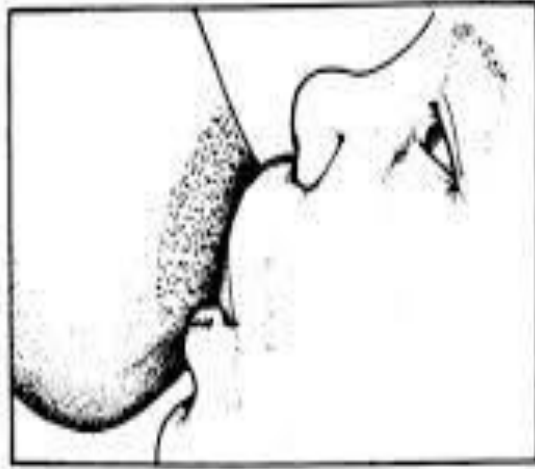
La lengua envuelve el pezón por debajo.

facebook.com/duemetehannibal

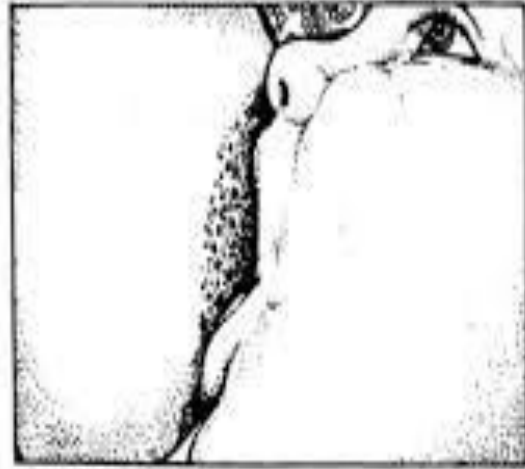
El pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del bebé.

La barbilla está rozando el pecho. La nariz puede estar rozando también, o no.

facebook.com/duemetehannibal



AGARRE INCORRECTO



AGARRE CORRECTO





BREASTFEEDING TONGUE FUNCTION
(50% SPEED)



El agarre

- Tiene que entrar todo el pecho que se pueda, sobre todo de la zona de debajo del pezón.
- Vigilar labios evertidos, con más aréola visible en la parte superior que en la inferior.
- Barbilla bien apoyada en el pecho.
- Niño pegado a su madre.



El agarre

- La cabeza del bebé mejor en el antebrazo que en el hueco del codo.
- Cuando agarra, se aprecian succiones lentas profundas seguidas del ruido de la deglución.
- En la articulación temporomandibular se nota movimiento que parece circular.



El agarre

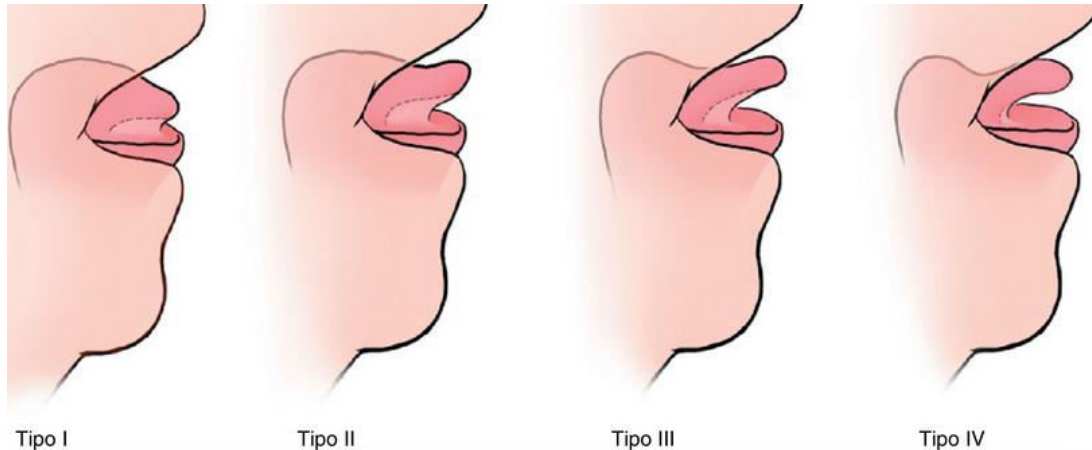
- Pezón apunta hacia la nariz y cielo del paladar antes de intentar el enganche.
- Observar que no tiene frenillo lingual. Ojo, que hay frenillos submucosos.



Clasificación de Coryllos.

Morfologías de frenillos

- No tiene por qué indicar gravedad. Simplemente es clasificación anatómica.



Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual

ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto \leq 8 y/o función \leq 11		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido Inverso
		7. Chasquido	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
		0	Frecuente o con cada succión

Tomada de
www.elgipi.es

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual

ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la enla
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bucos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	
1	En la punta	1	
0	Muesca en la punta	0	
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Velocidad para hacer el	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde... ad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los... ales.
0	Unido al borde alveolar	0	No hay... es débil
<p>La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor).</p> <p>Se diagnostica anquiloglosia significativa si:</p> <p>aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11</p>		2	Com... tras
		1	Par... detrás de la
		0	No... en sentido
		2	Chas...
		1	Per... de vez el cuando



Si decidimos que hay que suplementar...

- Lo primero, dar mucho apoyo a esa madre
- Podemos suplementar con la propia leche de la madre, de donante o de fórmula.
- La suplementación será después de tomar el pecho el bebé.
- Intentaremos evitar la confusión tetina-pezón en las primeras semanas.



Algunas posibles soluciones a aconsejar desde nuestra consulta.

- Agarre espontáneo. Postura biológica.
- Compresión mamaria.
- Sistema dedo jeringa.
- Extracción de leche.



Agarre espontáneo.

- Indicada si no se consigue enganche probando varias posturas.
- Madre y bebé mantienen contacto piel con piel.
- Madre recostada, con el bebé entre sus pechos.
- Se deja que el bebé busque el pecho.
- Se intenta que mediante el instinto se consiga el agarre.





Tomado de alalactanciamaterna.org



Compresión mamaria

- Si el bebé es “dormilón” o la toma es dolorosa, para acortarla.
- Coger el pecho entre el pulgar y el resto de dedos, lo más cerca posible de la zona costal.
- Cuando hay succión ineficaz, apretar de forma firme sin provocar dolor.
- Mantener la compresión hasta que deje de succionar, entonces soltamos.
- Repetimos la maniobra cambiando la posición de la mano para drenar otras zonas.



Sistema dedo jeringa

- Indicado para bebés con succión débil. Primeros días-semanas.
- El bebé tiene que estar incorporado.
- Con un dedo en la boca, apoyando yema en paladar duro, hacer algo de palanca. A través de la comisura introducir leche mientras succiona el dedo.
- Puede ayudar un finger-feeder® o un abbocath sin fiador para facilitar la técnica.





Extracción de leche

- Para optimizar vaciamiento y estímulo.
- Puede ser manual o mecánica.
- Previamente hay que realizar masaje.

Extracción manual

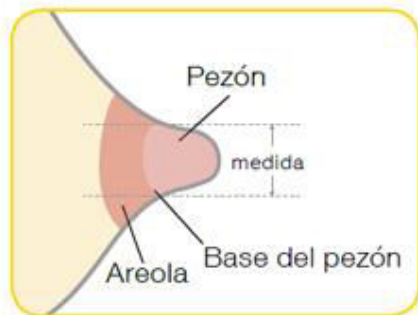
- Hay madres que encuentran más cómoda la extracción manual.
- Permite un mejor conocimiento del propio pecho.
- Hay numerosa información y vídeos en la web.
- El proceso tarda 20-30'.
- No tiene coste.



Extracción mecánica

- Los eléctricos son más potentes y de elección en este caso.
- ¡¡ Hay distintos tamaños de copa !!
- Puede ser difícil conseguirlos de manera inmediata.
 - Los sacaleches eléctricos hospitalarios se pueden alquilar. Su coste va aumentando con el tiempo.
 - Los sacaleches dobles eléctricos acortan el tiempo de extracción. Son menos voluminosos que el hospitalario. Precio alto.
 - Sacaleches eléctrico de una copa. Menos coste que otros. Menos potente





Mida el diámetro del pezón



Tamaño PersonalFit

21 mm

24 mm

27 mm

30 mm

36 mm



Conclusiones

- Muchas madres con dudas en su producción, lo único que van a requerir será nuestro apoyo, escucha y no “sabotear” la lactancia con un mal consejo.
- Si tenemos que intervenir, es mejor hacerlo de manera precoz. Hay que ver al bebé en los primeros días.
- Si no tenemos claro qué hacer, pedir ayuda. Compañeros, matronas, consejeras lactancia, comité de lactancia materna...
- Acordarnos de los grupos de apoyo a la lactancia. www.ihan.es

