

HOJA INFORMATIVA N°14

SALUD DE LOS PECHOS Y LACTANCIA

Por Kathy Koch, Med, IBCLC Great Mills MD USA

Traducción cortesía de Cathy Urroz

Revisado por Mónica Tesone y Waleska Porras

Tomado de LEAVEN, vol. 38, número 6, dic. 2002/enero 2003

Al aumentar la conciencia sobre el cáncer de mama, se les recuerda con más frecuencia a las mujeres que se informen sobre la salud de sus pechos. Desafortunadamente, muchas mujeres creen que los lineamientos sobre la salud de los pechos, y las técnicas de detección y diagnóstico no se aplican a ellas si están lactando. En casi todas las situaciones, una mujer lactante puede hacerse mamografías, biopsias y cirugía del pecho mientras continúa amamantando a su bebé.

Diagnóstico

El descubrimiento de un abultamiento en el pecho usualmente se da como resultado de que la madre, su esposo o médico lo sintieron. Con frecuencia, el médico tendrá idea sobre la naturaleza del abultamiento por cómo lo siente. Los abultamientos benignos usualmente se sienten redondos, lisos y se mueven dentro del tejido del pecho. Los abultamientos cancerosos pueden ser de forma irregular, se sienten cartilagosos y es más probable que se encuentren fijos dentro del tejido del pecho (Love 2000; Margolese et al 1998).

Usualmente, el siguiente paso es tomar una mamografía para ayudar a determinar de qué tipo es el abultamiento. Muchos doctores (y mujeres) creen que se debe destetar al bebé antes de practicarse la mamografía. La lactancia puede dificultar la lectura y puede ser que no sea apropiado tomar mamografías para propósitos rutinarios de detección. Un radiólogo con experiencia podrá leer una mamografía diagnóstica de un pecho lactante. Esto es especialmente cierto si la madre tiene mamografías previas para su comparación, aunque esto es poco probable para la mayoría de mujeres en edad reproductiva.

La madre puede sentirse más cómoda si amamanta a su bebé inmediatamente antes de hacerse el examen. El ultrasonido podría ser usado para determinar la naturaleza de un abultamiento del pecho, pero puede no ser preciso para diagnosticar áreas del pecho que se ven sospechosas en la mamografía pero que no contienen un abultamiento palpable. (Margolese et al 1998; Robidoux et al 1998).

A veces una mamografía podría no ser diagnósticamente concluyente. En estos casos, una aspiración de aguja fina puede ayudar a distinguir entre un quiste con líquido y una masa sólida. La aspiración del quiste ocasionará que se colapse y así se asegura que el abultamiento es benigno. Las mujeres lactantes pueden tener quistes de leche llamados galactocele. Estos son inofensivos y pueden aspirarse o dejarse. Si el abultamiento es sólido, las células obtenidas en una biopsia de aguja pueden ser enviadas para su evaluación patológica. (Love 2002; Margolese et al 1998).

Si el abultamiento es sólido necesita evaluación adicional. El médico podría usar una aguja de mayor diámetro para remover parte del abultamiento para su análisis. Esta técnica también se usa cuando el área en cuestión no es un abultamiento palpable sino un área generalizada de preocupación vista en la mamografía, como calcificaciones. Mientras que las calcificaciones son benignas, algunos cánceres de pecho se ven como calcificaciones en la mamografía así que es importante investigar más. El médico usará una aguja de mayor diámetro para obtener muestras de tejido de varias áreas de la zona sospechosa. Si el reporte de patología muestra cambios benignos en las muestras de varias áreas del abultamiento, el médico podrá estar razonablemente seguro de que el diagnóstico de benignidad es preciso. Si no se ven cambios en el tejido, es probable que el médico no haya obtenido suficiente muestra y es apropiado continuar con más exámenes (Robidoux et al 1998).

En algunos casos es apropiado hacer una biopsia abierta o cirugía del abultamiento o área cuestionable. (Margolese et al 1998; Robidoux et al 1998). La lactancia podría complicar un poco la cirugía ya que la leche podría derramarse si se cortan algunos conductos, pero no es contraindicación para la misma. Algunos cirujanos no se sienten cómodos operando un pecho lactante. Tal vez insistan en que la madre destete al bebé antes de la cirugía para que no haya leche presente en los conductos. Esto no es práctico ya que puede tomar desde varias semanas a meses para que la leche desaparezca por completo y si la masa es sospechosa la madre no querrá esperar. Tanto la madre como el cirujano deberán estar preparados para la presencia de leche tanto durante la cirugía como en el periodo postoperatorio. Mientras que esto puede ser molesto y además dilatar la

curación de la herida, no representa peligro alguno para la recuperación. Algunos podrían insertar un drenaje para recolectar leche adicional. Otros cerrarán la incisión y dejarán que sane como lo harían con cualquier otra incisión (Love 2000).

Después de la cirugía, la madre puede amamantar a su bebé en cuanto se sienta cómoda. Si la incisión está cerca de la boca del bebé, tal vez prefiera extraer su leche durante un día o más. Si escoge amamantar de ese lado, tal vez se sienta más cómoda si aplica una ligera presión sobre la herida con su mano para apoyarla mientras el bebé amamanta. Puede ser que vea sangre o leche sanguinolenta que sale del pezón. Esto es normal y se resolverá cuando el pecho sane. La sangre no le hace daño al bebé pero ella tal vez prefiera no amamantar de ese lado. Si es así, puedes alentarla extraer su leche para mantener su producción y aliviar la congestión (Love 2000).

En la mayoría de los casos (80 %) el reporte de patología confirmará que la masa es benigna, usualmente un quiste, fibroadenoma (tumor fibroso benigno), adherencia (o cicatriz) o absceso (Love 2000).

Si el bulto es canceroso y la elección de tratamiento es la quimioterapia, la madre deberá destetar a su bebé durante el tratamiento (Hale 2000).

Si se opta por radiaciones, podría continuar amamantando del lado no afectado. Si se remueve el cáncer con cirugía, puede continuar el amamantamiento sin interrupción. La mastectomía obviamente impide amamantar del lado extirpado, pero la madre puede amamantar a su bebé del otro pecho.

Factores de Riesgo

Como ha sido expresado por la Dra. Susan Love, hay dos tipos de factores de riesgo para cáncer de pecho: genético y externo. Los factores genéticos que impactan el riesgo de cáncer de pecho incluyen:

- 1) Edad: el factor de riesgo para cáncer de pecho aumenta con la edad de la mujer. Las mujeres caucásicas y afro-americanas tendrían un riesgo de 1:12-14 para cáncer de pecho a la edad de 75 años.
- 2) Historia menstrual: la menstruación temprana contribuye a un riesgo aumentado para cáncer de pecho. Un estudio indicó que el número de ciclos ovulatorios estaba directamente relacionado con el riesgo de cáncer de pecho.
- 3) Edad en la menopausia: una menopausia más temprana reduce el número de ciclos ovulatorios y por lo tanto disminuye el riesgo.
- 4) Historia familiar: las mujeres con parientes de primer y segundo grado (madres y hermanas, tías y abuelas) que tuvieron cáncer de pecho tienen un riesgo aumentado. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con historia familiar positiva no desarrollan cáncer de pecho.
- 5) Genes BRCA: poseer los genes de cáncer de pecho (BRCA1 y BRCA2) aumenta las posibilidades de la mujer de padecer cáncer de pecho pero no es garantía de que desarrollará la enfermedad. Una mujer puede desarrollar cáncer de pecho no relacionado con el gen (Love 2000).

También hay factores de riesgo externos para cáncer de pecho.

- 1) Edad del primer embarazo: la mujer que tiene su primer embarazo antes de los 20 años reduce dramáticamente su riesgo de cáncer de pecho. De manera similar, una mujer que es mayor cuando tiene su primer embarazo aumentará su riesgo de cáncer de pecho.
- 2) Historia de lactancia: Amamantar reduce el riesgo de cáncer de pecho. Esto es en parte por la amenorrea por lactancia.
- 3) Dieta: Una dieta baja en grasa y alta en fibra puede ser benéfica para reducir el riesgo de cáncer de pecho. Consumir alimentos ricos en vitaminas A, C y E puede proteger contra cáncer de pecho.
- 4) Consumo de alcohol: el consumo de alcohol puede aumentar el riesgo de cáncer de pecho. Aun un consumo moderado de alcohol (tres a nueve bebidas por semana) puede aumentar en un tercio el riesgo.

Prevención

Hay muchas cosas que podemos hacer para disminuir el riesgo personal de desarrollar cáncer de pecho en nuestra vida (Love 2000).

- 1) Dieta: Una dieta alta en fibra, vitaminas, frutas y vegetales y baja en grasa, así como un consumo mínimo de alcohol, puede mejorar la salud en general y posiblemente reducir el riesgo de cáncer de pecho.

2) Auto examen del pecho: Una revisión de trials en el 2001 que evaluó los efectos de auto exámenes de pecho para resultados de cáncer de pecho indicó que el auto examen del pecho rutinario no mejora los índices de mortalidad y puede aumentar biopsias innecesarias y temor entre las mujeres (Baxter 2001). Love (2000) está de acuerdo en que el auto examen del pecho tiene valor limitado para salvar vidas. Como el auto examen sí ayuda a encontrar tumores en etapas un poco más tempranas que por otros medios, las cirugías podrían tener mejor resultado cosmético (debido a un tumor más pequeño).

3) Ejercicio: Nuestra comprensión del papel del ejercicio y su relación con la prevención del cáncer de pecho es preliminar. Aparentemente tiene un efecto benéfico en la reducción del riesgo de cáncer de pecho (Love 2000), así como de contribuir a la salud en general.

4) Medicamentos: Las hormonas como el tamoxifen se usan en mujeres que han tenido cáncer de pecho para prevenir que reaparezca. Aun no queda claro si el tamoxifen está previniendo que se desarrolle cáncer o está tratando cánceres muy pequeños, aun no detectados, cánceres que ya están presentes en el pecho (Love 2000). En cualquier caso, el tamoxifen no se considera un medicamento apropiado para mujeres lactantes ya que puede acumularse en el cuerpo del bebé después de su uso prolongado y puede reducir los niveles de prolactina e inhibir la lactancia (Hale 2000).

5) Historia de lactancia: La lactancia materna reduce el riesgo de la mujer de padecer cáncer de pecho. De acuerdo a un reporte reciente (Lancet 2002), el riesgo de una mujer de padecer cáncer de pecho disminuye un 4.3% por cada año que amamanta. Esto en parte se debe a la amenorrea por lactancia.

Muchas mujeres temen desarrollar cáncer de pecho, pero teniendo una mejor comprensión de las técnicas de diagnóstico, así como de factores de riesgo y prevención, ojalá se pueda reemplazar el miedo con empoderamiento y una actitud proactiva para preservar la salud de los pechos.

Kathy Koch, Med, IBCLC se acreditó como Líder de LLL en 1992. Actualmente trabaja como Enlace Profesional de Área (APL) para LLL de MD/DE/DC (Maryland / Delaware / Distrito of Columbia), E.U. Kathy vive en Maryland, E.U. con sus hijos, Andrew (12), Abby (10) y Molly (7) y su esposo Paul. Ella tiene especial interés en la promoción de la educación para la salud de los pechos, ya que su madre y abuela padecieron cáncer de pecho.

MASTITIS

Para alguien novato (o no tan novato) a la lactancia, un seno adolorido puede ser una experiencia alarmante. Mastitis es un término general que describe una inflamación del seno. La inflamación puede estar asociada con un conducto obstruido o posiblemente una infección en el pecho. Un conducto obstruido ocurre cuando la leche no ha fluido bien y el conducto se inflama resultando en una parte del seno dura y dolorosa. Cuando se ignora el conducto obstruido y no se le da el tratamiento adecuado, éste puede convertirse en una infección del pecho. Mastitis puede ocurrir después de una enfermedad (como un resfriado) o cuando la madre se encuentra demasiado ocupada o bajo estrés aunque en algunas ocasiones no se sabe la razón.

La madre que sufre del conducto obstruido encontrará una parte dura y adolorida en el seno. En algunas ocasiones esa parte del seno se enrojece. La madre que sufre de una infección del seno puede sentir estos mismos síntomas junto con malestar general, cansancio y fiebre.

El tratamiento para los conductos obstruidos y la infección en los pechos básicamente es el mismo. La lactancia frecuente ayuda bastante tanto como alivio al dolor y para reducir la inflamación. El ponerse paños húmedos calientes o tomar una ducha tibia además de hacerse masaje suave en el pecho antes de amamantar puede asistir para que se vacíe el seno.

El descanso es una parte importante en la recuperación. ¿Pero, como descansar mientras hay que cuidar al bebé? El tener al bebé cerca de la madre en la cama le permitirá descansar mientras cuida del niño. Mantenga todas las cosas que vaya a necesitar cerca para evitar tener que levantarse (tales como pañales, juguetes, algo de beber, un libro).

Si se tiene una infección en el pecho no es necesario destetar. Si la infección está presente, el bebé está libre de los gérmenes debido a las propiedades antibacteriales de la leche materna. Si la fiebre no se resuelve en 24 horas después de implementar el descanso, calor húmedo, masaje, lactancia frecuente, y si la madre sigue con malestar, entonces es recomendable que ella se ponga en contacto con su médico. Es importante recordarle al doctor que usted necesitará un medicamento compatible con la lactancia. Mientras la madre está tomando el medicamento debe continuar amamantando con frecuencia, descansar y usando el calor húmedo para acelerar su recuperación.

Para prevenir conductos obstruidos en el futuro, será ventajoso que la madre lactante se cuide de no tener períodos demasiado extensos y repentinos entre cada mamada. Un sostén que aprieta (tales como los que tienen varillas) puede contribuir a los conductos obstruidos. Una bolsa o pañalera pesada también pueden contribuir a este problema. El usar diferentes posiciones cuando el bebé este amamantando y el cuidar que esté bien afianzado al seno puede ser de ayuda para drenar todos los conductos del seno. El mantenerse en buena salud por medio de una buena dieta y suficiente descanso ayudan a aumentar su resistencia a los conductos obstruidos.

¿QUE PUEDO HACER PARA PREVENIR O SANAR PEZONES ADOLORIDOS O AGRIETADOS?

Los pezones adoloridos es uno de los problemas más comunes de las madres en el período postparto. Cierta grado de sensibilidad al principio de cada mamada durante los primeros días puede ser normal. Cualquier molestia más fuerte o que dura más que los primeros días necesita atención.

Lo primero que se debe hacer es revisar la forma en que se coloca al bebé cuando va a mamar. El pezón debe estar centrado en la boca del niño y el bebé debe afianzarse a una mayor cantidad del pezón y la areola (la parte oscura alrededor del pezón). Si el bebé solo se afianza de la punta del pezón puede causar los pezones adoloridos y a veces hasta grietas que sangran.

El congestionamiento de los pechos puede contribuir a los pezones adoloridos ya que esta condición le puede hacer difícil al bebé afianzarse bien al pezón. Use paños calientes para suavizar el pezón y la areola antes de dar el pecho o sáquese un poco de leche para suavizar el pezón y facilitar el afianzamiento del niño al pecho.

La colocación incorrecta del labio inferior o de la lengua del bebé puede causar los pezones adoloridos. Asegúrese que el labio inferior del bebé no este doblado adentro de su boca cuando este amamantando. También revise que se pueda ver la lengua del niño abajo del seno cuando le baja el labio inferior con el dedo mientras esta al pecho.

Rompa la succión cuando quite al niño del pecho para evitar pezones adoloridos. Ponga su dedo meñique en la orilla de la boca del bebé para romper la succión al quitar al niño del pecho.

Si esta segura que el bebé esta afianzado correctamente y los pezones lastimados persisten, usted y su bebé pueden haber contraído moniliasis. Moniliasis es una infección por hongos que se localiza en la boca del bebé y se esparce a los pezones. Busque manchas blancas en la parte interna de las mejillas del bebé o en sus encías, pañalitis, pezones adoloridos y/o agrietados y dolor fuerte dentro del pecho. También podrá notar comezón o ardor en los pezones y la piel de ellos rosada y escamosa.

Su usted sospecha tener moniliasis, hable con su médico para que le diagnostiquen y le den tratamiento. Para mayor información sobre Moniliasis, vea la pregunta sobre Moniliasis. Para mayor información sobre pezones adoloridos, vea la hoja informativa de La Liga de La Leche Internacional Número 28sp, puede pedirla de nuestro catalogo.

Coloque al bebé sobre un cojín en su regazo cuando amamante. El hacer esto levantará al bebé a la altura de su pecho de tal forma que ya afianzado al pecho el o ella no irriten tanto el pezón al jalar hacia abajo.

Reflejo de bajada de la leche demasiado intenso: Consecuencias y Tratamientos

por Mary Jozwiak, Villa Park, Illinois, USA
(tomado de LEAVEN, Septiembre-Octubre 1995, pp.70-71)

Mary Jozwiak es madre de dos niñas y ha sido líder durante seis años. Contesta a las llamadas telefónicas a la línea gratuita 800 de la Liga de la Leche dos días a la semana y es AAPL en Illinois, USA.

Hace ocho años, cuando era una madre lactante primeriza, simplemente pensaba que a Sarah no le gustaba mamar. A menudo lloraba y se ponía nerviosa en mi pecho, ahogándose con la leche. Tenía frecuentes dolores de estómago y deposiciones verdes y cuajadas que salían emitiendo sonidos fuertes, casi cómicos. Sin embargo, mojaba bastantes pañales y crecía como la mala hierba. Sospechaba que había algo que estaba mal en mi leche y puse en práctica muchas sugerencias (incluyendo, me temo, unos cuantos biberones de leche artificial). Aunque el doctor me decía que mi leche "simplemente no era apropiada" para mi niña, seguí dándole de mamar. Superando huelgas de hambre en las que mi niña no quería mamar y confusión cuando la ponía

al pezón, finalmente eliminé la leche de fórmula. Después de varios meses nuestros problemas parecieron desaparecer. Sin embargo, Sarah raras veces mamaba con comodidad; simplemente obtenía su leche rápidamente y se ponía a hacer otras cosas.

Con mi segunda niña, tomé la decisión de no darle nunca biberón, pasara lo que pasara. Al igual que Sarah, Rebecca tenía gases, eructaba mucho, expulsaba leche y se atragantaba cuando yo tenía bajadas de leche. De hecho, a mí me dolía cuando me bajaba la leche. La leche salía disparada en todas las direcciones y yo goteaba sin parar. Las deposiciones verdes de Becca fueron incorrectamente diagnosticadas como "intolerancia a la lactosa". Sin embargo, me sentí aliviada al oír al doctor decir que era una niña muy sana; ganó tres libras (un kilo y medio) y creció una pulgada (dos centímetros y medio) en sus primeras tres semanas de vida. Él dijo que continuara haciendo lo que estaba haciendo. Una vez más, eliminé todos los productos lácteos y un montón de otros alimentos de mi dieta. Esto ayudó un poquito pero Becca siguió teniendo gases y poniéndose nerviosa como su hermana. Cuando Becca había cumplido diez meses y ya no tenía problemas con ella encontré unos artículos que hablaban de qué sucede cuando el reflejo de bajada de la leche es demasiado intenso. Fue entonces cuando descubrí que todo tenía sentido.

Cuando una madre tiene un reflejo de bajada de la leche demasiado intenso, la leche sale rápidamente a chorro del pecho en gran cantidad. Si esto ocurre al principio de la mamada, el niño puede tragar aire y consumir demasiada leche inicial en comparación con la leche final. Cuando el niño se llena de la leche inicial, más aguada, puede tener luego dolor de estómago como resultado de una combinación entre llenar el estómago demasiado rápido, tragar aire para conseguir no asfixiarse con el chorro de leche que le llega y el efecto laxante de una gran cantidad de lactosa (azúcar de la leche). Algunos niños se sienten tan molestos ante la llegada de ese repentino chorro de leche que rechazan el pecho, se niegan a mamar y se ponen en huelga de hambre.

Hay varias soluciones que pueden ayudar a remediar una bajada de la leche demasiado intensa. Cuando el niño es muy pequeño (desde recién nacido a pocas semanas de vida), la madre puede intentar diferentes posiciones para que el niño pueda soltarse el solo del pecho cuando lo crea necesario. Por ejemplo, la madre puede tumbarse de espaldas con el niño encima de ella para que él pueda controlar su cabeza y echarse hacia atrás si la leche sale demasiado rápidamente y en mucha cantidad. Otra sugerencia podría ser desprender al niño del pecho cuando la madre sienta que la leche empieza a salir con más intensidad, recogiendo esta leche en un pañuelo o trapo limpio, y colocando de nuevo al niño al pecho cuando el flujo de leche vaya disminuyendo.

Si el problema continúa cuando el abastecimiento de leche esté bien establecido, se pueden intentar otras cosas. La meta es aumentar la cantidad de leche final que recibe el niño y conseguir que la bajada de la leche sea menos intensa. Supongamos que la madre empieza a dar de mamar con el pecho derecho. Cuando siente que llega la bajada de la leche, retira suavemente a su niño y permite que el potente chorro de leche empape un trapo o un pañuelo. Luego vuelve a colocar al niño en el mismo pecho, permitiéndole que mame todo el tiempo que lo desee. No debe cronometrarse el tiempo que el niño está al pecho. La madre no debe usar el pecho izquierdo en absoluto durante esta mamada. Si el niño necesita volver a mamar en el siguiente período de dos a cuatro horas, la madre debería ofrecer el mismo pecho (el derecho). Durante el siguiente período de dos a cuatro horas, se repetiría el mismo procedimiento empleando en este caso el pecho izquierdo.

Este procedimiento se puede ajustar tanto para la madre como para el niño. Si la madre tiene los pechos muy llenos o está incómoda, puede poner al niño brevemente en el otro pecho. Es importante que el niño moje al menos seis pañales cada 24 horas. Si el número de pañales mojados es menor de seis, sugerimos a la madre que vuelva a usar los dos pechos en cada mamada. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que tienen un reflejo de bajada de la leche demasiado intenso no tendrán problema en producir suficiente leche de un solo pecho cada vez.

Las mujeres que presenten un caso más moderado de bajada de la leche pueden usar un pecho en cada mamada, en lugar de usar un pecho durante cada período de dos a cuatro horas. Recuerden a la madre que deje que la primera bajada de la leche empape un pañuelo y que luego vuelva a colocar al pecho a su niño. Estas sugerencias pueden ayudarle a "domar" o "controlar" su bajada de la leche y le ayudarán a producir una cantidad de leche que su niño pueda manejar cómodamente. El niño debe ser alimentado con frecuencia, ya que cuanto más mame el niño, menos intenso será el flujo de leche.

No es necesario decir que un niño que presente problemas por una bajada de la leche demasiado intensa de su madre no debe pasarse al biberón demasiado pronto, si es posible evitarlo. El flujo menos intenso de la tetina artificial del biberón hace que este niño sea un candidato a un caso pertinaz de confusión ante el pezón y rechazo del pecho.

A medida que el niño se hace mayor, puede ser capaz de tolerar mejor este reflejo tan intenso de bajada de la leche. Algunos niños, sin embargo, mamarán solo hasta que sus estómagos estén llenos y se negarán a quedarse más tiempo al pecho.

Esta falta de comodidad al mamar puede conducir a un destete temprano. Las técnicas para reducir el flujo descritas anteriormente pueden ayudar incluso al niño mayor.

Una madre con un reflejo de bajada de la leche demasiado intenso puede encontrar ayuda en los artículos *Confusión ante el pezón* (No. 32) y *Cómo enfrentarse a una huelga de hambre de un niño que se niega a mamar* (No. 62). Desde luego se beneficiará de la ayuda y el apoyo de una líder de la liga de la leche.

Mis niñas aprendieron a adaptarse a un reflejo de bajada de la leche demasiado intenso. Becca se entretenía soltándose del pezón, viendo como la leche salía en forma de spray, y riéndose ante el espectáculo. Sarah legó a un punto en el que le gustaba tanto que la leche saliera a borbotones que lloraba y se enfadaba cuando el reflejo terminaba. Ella se destetó pronto y parecía feliz con su decisión aunque yo no estaba preparada para que se destetase tan pronto. Fue una experiencia frustrante para todas nosotras que finalmente se resolvió en una feliz experiencia de lactancia - que quizá terminó de forma prematura.

Efectos secundarios comunes de un reflejo de bajada de la leche demasiado intenso

por Mary Jozwiak, Villa Park, Illinois, USA

(tomado de LEAVEN, Septiembre-Octubre 1995, p.69)

La madre puede experimentar:

- Una sensación intensa o incluso dolorosa cuando la leche sale.
- Que la leche salga con frecuencia a borbotones y en forma de spray de uno o ambos pechos.
- Goteo excesivo de la leche.
- Más de un reflejo de bajada de la leche en cada mamada.
- Mastitis (infecciones del pecho) repetidas.

El niño puede presentar:

- Nerviosismo y/o gases.
- Deposiciones frecuentes, a menudo cuajadas y con moco.
- Atragantamiento, sofocos y ahogos mientras mama.
- Excesivo aumento de peso.
- Aparente ausencia de "comodidad" mientras mama.
- Incomodidad mientras mama, algunas veces tan intensa que el niño se niega a mamar

Posible destete precoz (a menudo rondando el primer año, a veces antes)

¿QUE PUEDO HACER SI SE ME ESCURRE LA LECHE?

Mientras que no a todas las madres se les escurre la leche, muchas madres observan que, sobre todo en los primeros meses, cuando se está estabilizando la producción de leche, se les escurre la leche. Dado que algunas mujeres gotean leche del seno que no están ocupando cuando su bebé está amamantando del otro lado, puede ser de ayuda el usar una toalla o pañal limpio para absorber la leche. También existen protectores (breast pads) tanto desechables como de tela que se utilizan adentro del sostén para ayudar a atrapar la leche entre cada toma (o usted puede hacerlos con varias capas de tela de pañal o utilizar pañuelos de hombre doblados). Es bueno el evitar aquellos protectores que tienen plástico ya que atrapan la humedad contra la piel delicada del pezón y la irritan causando pezones adoloridos. Cambie los protectores a menudo en vez de usar plástico.

Podrá reducir al mínimo el problema del goteo tratando de no saltarse mamadas y tratando de no extender el tiempo entre cada toma más de lo usual. Si siente el "reflejo de bajada" de la leche en una situación cuando no pueda alimentar al bebé inmediatamente o si no tiene al bebé cerca, el poner presión ligera sobre el seno a menudo podrá evitar que se le tire la leche. Esto se puede hacer de forma discreta cruzando los brazos sobre su pecho y poniendo un poco de presión. El usar blusas que tengan diseños de diferentes colores es una buena idea ya que cualquier mancha de leche no será tan obvia como con una blusa de color liso. Probablemente observara que conforme pasa el tiempo goteará menos leche o casi nada. Esto no significa que se le fue la leche, sino que su cuerpo está regulando la producción de leche para compaginar con las necesidades individuales de su bebé.

¿Tengo Pezones Planos o Invertidos?

De diez a veinte por ciento de las mujeres tienen pezones planos o invertidos, lo cual puede afectar su habilidad para amamantar.

El bebé necesita un pezón erguido para poder lactar eficientemente. Si su bebé no puede prenderse fácilmente del pecho, los esfuerzos que él haga causarán pezones adoloridos en la mayoría de los casos.

Para averiguar si usted tiene pezones planos o invertidos, haga esta prueba simple durante el embarazo:

1. Ponga su dedo pulgar e índice en la orilla de la areola (la parte oscura que rodea el pezón) aproximadamente unos 2 ó 3 centímetros (1 pulgada) detrás de la base del pezón.

2. Pellizque con su pulgar e índice en forma suave pero firme, comprimiendo el tejido del pecho.

Un pezón normal se mantiene erguido y aun se proyecta más, así que no necesita tratamiento; un pezón plano se aplana y un pezón invertido se retrae dentro del pecho cuando se pellizca la areola.

Si usted piensa que tiene pezones planos o invertidos, el problema es fácil de corregir, póngase en contacto con La Liga de La Leche para recibir instrucciones.

(tomado de "A Mother's Love")

Preguntas comunes sobre Hongos / infecciones

¿Moniliasis - Será lo que causa mis Pezones Adoloridos?

Si los pezones adoloridos persisten o si de repente tiene los pezones adoloridos o se encuentra con dolor profundo en el pecho después de varias semanas o meses de una lactancia cómoda, usted y/o su bebé pueden haber contraído moniliasis. Moniliasis es causada por el mismo hongo que causa las infecciones vaginales, "Cándida Albicans". La presencia de este hongo en nuestro cuerpo es normal. Pero en un ambiente húmedo y azucarado se hace demasiado abundante causando molestias a algunas mujeres. La leche en nuestros pezones y en los conductos lácteos los hace un lugar ideal para "Cándida Albicans".

Moniliasis puede ser deceptiva. Usted puede haber contraído esta infección si tiene solo alguno de los siguientes síntomas:

1. pezones rosados, escamosos, con comezón y/o ardor
2. pezones agrietados
3. dolores que le disparan dentro del pecho ya sea mientras amamanta o después de amamantar (algunas madres describen este dolor como dolor profundo dentro del pecho).
4. una infección vaginal por hongos
5. el bebé se sufre de pañalitis persistente, manchas blancas dentro de su boca y puede que se resista a mamar.

Si usted sospecha que tiene moniliasis, póngase en contacto con su médico para recibir tratamiento. Algún personal en el sector salud se puede mostrar renuente a dar tratamiento para moniliasis en el pecho de la madre si el bebé no muestra síntomas, así que prepárese para ser un poco insistente.

Usted puede continuar amamantando aunque tenga moniliasis y durante el tratamiento del mismo. A menudo se sentirá mejor después de 24 horas de iniciar el tratamiento.

Los siguientes factores pueden contribuir al problema de moniliasis:

1. El tomar antibióticos
2. El comer azúcar o dulces en exceso
3. El consumo de bebidas alcohólicas
4. Alergias
5. Estrés

He aquí una lista de cosas que muchas madres han encontrado de ayuda con moniliasis (ninguna es sustituto para atención médica).

1. Eliminar el exceso de azúcar en la dieta
2. El comer ajo
3. El comer yogurt que contenga culturas vivas
4. El aplicarse yogurt que contenga culturas vivas a aquellas partes de su cuerpo donde tiene la molestia.
5. El lavar y hervir todos los juguetes del bebé, teteras, chupetes y extractores de leche diariamente.
6. El lavarse las manos frecuentemente sobre todo después de usar el baño y de cambiar el pañal del niño.

A menudo ambos la madre y el niño tienen moniliasis. Si solo uno de ellos recibe el tratamiento, la infección se puede pasar de uno al otro múltiples veces. Si sospecha que el bebé o usted tengan moniliasis, asegúrese que ambos reciban el tratamiento.

¿PUEDO SEGUIR AMAMANTANDO A MI BEBÉ SI YO ESTOY ENFERMA?

!Por supuesto que si! El bebé ya ha sido expuesto a cualquier enfermedad que la madre haya contraído antes de que ella muestre algún síntoma. Una de las bellezas de la leche materna es que cuando el cuerpo de la madre produce anticuerpos para combatir una enfermedad, estos anticuerpos también se pasan directamente por medio de la leche a su bebé. Esto protege al niño y le da la habilidad de combatir la enfermedad también.

Sin embargo hay unas pocas enfermedades que requieren el destete ya sea permanente o temporal. Hay algunos tratamientos y medicamentos que no son compatibles con la lactancia (tales como los análisis que requieren elementos radioactivos o los medicamentos narcóticos). Es muy importante consultar a su médico para mayor información sobre la compatibilidad de su tratamiento con la lactancia. Una Líder de la Liga de La Leche le puede dar información para que usted y su médico puedan encontrar un tratamiento adecuado tomando en consideración tanto sus necesidades como las de su bebé.