

FAMILIA

CARLOS GONZÁLEZ

**UN REGALO
PARA TODA
LA VIDA**

Guía de la lactancia materna

bookat

FAMILIA

CARLOS GONZÁLEZ

**UN REGALO
PARA TODA
LA VIDA**

Guía de la lactancia materna



booket

Annotation

¿Existe algo más propio de una madre que dar el pecho?. Desde hace tiempo se sabe que la lactancia es la

mejor garantía de evitar enfermedades futuras, tanto para la madre como para el hijo, pero es que además el momento

de la toma constituye un momento de absoluta comunión entre mamá y bebé que hace que se creen unos lazos que

proporcionan al niño una gran seguridad, una sensación de protección inigualable de manera artificial. Carlos

González, el creador del exitoso Bésame mucho, nos habla en este nuevo libro de las bondades de dar pecho a tu

hijo, tantas veces como él quiera, a demanda y todo el tiempo que ambos podáis.

Carlos González

Un regalo para toda la vida

Capítulo 1 - Cómo funciona el Pecho

Al gusto del consumidor

Hace medio siglo era creencia tan extendida como errónea que la cantidad de leche que produce cada mujer es

fija: unas tienen mucha leche y otras, poca leche. A algunas la leche les duraba una semana, a otras dos meses, y

luego se les retiraba: se vació el depósito. También se podía, por supuesto, tener buena leche o mala leche. Eran

cocas que se tenían o no se tenían. Si tienes mucha y buena leche, has tenido

suerte, y podrás dar el pecho, y tu hijo

se criara grande y hermoso. Si tienes poca leche, o es aguada, no hay remedio, ¡suerte que se inventaron los

biberones! Nada que la madre haga o deje de hacer va a influir en el resultado; si conocías a alguna madre que

hubiera dado el pecho más de tres meses (lo que en aquellos tiempos era una heroicidad), o más de seis (lo que ya

era directamente una excentricidad), no se te ocurría preguntarle: «Explícame como lo has hecho, me gustaría poder

darle también el pecho a mi hijo», sino comentar con cierta envidia: «¡Que suerte, tú que tienes leche! ¡Ojala yo

también hubiera tenido para darle el pecho a mi hijo!». (Bueno, a decir verdad el comentario mas frecuente era:

«Pues no se para que te sacrificas dando el pecho, yo al mio lo he criado con el biberón y está muy majo.»).

¿Y no es mucha casualidad que casi nadie en Europa tenga leche, y en cambio en África casi todas las madres

tengan? Claro, es por las razas; las negras tienen más leche, como las gitanas; en cambio, las blancas no tenemos

(algunos añadirán que, claro, las negras y las gitanas eran razas primitivas). ¿Y por qué entonces nuestras abuelas

(las abuelas de hace medio siglo, las bisabuelas o tatarabuelas del lector) sí que tenían leche si eran de nuestra

misma raza?

Aquí las explicaciones estaban divididas. Para unos, eran, las preocupaciones de la vida moderna las que habían

acabado con la lactancia (hablaremos más de esto en la página 31), para otros, era la evolución natural en acción: el

órgano que no se usa se atrofia y pronto nacerán niñas sin tetas (ah, pero ¿antes nacían con tetas?).

Como en los dibujos animados, donde los bichos mutan en cinco minutos. Pero no es así como funciona la

evolución. En realidad, los caracteres adquiridos no se heredan (es decir, aunque hubiera cien generaciones

seguidas de madres que no dan el pecho, la ciento uno tendría los mismos genes y los mismos pechos, y podría

usarlos si quisiera y supiera cómo). Y aunque por una mutación apareciera una mujer sin leche (lo que bien puede

ocurrir y de hecho ha ocurrido, véase página 151), tendría una o dos hijas, dos o tres nietas...

Para que una parte importante de la población llegase a tener ese gen mutante de no tener leche, harían falta

miles de años, y sobre todo una ventaja reproductiva: que las mujeres sin leche tuvieran muchos más hijos, o que sus

hijos sobrevivieran con más facilidad. Sin ventaja evolutiva, una mutación no tiene ningún motivo para extenderse; al

cabo de miles de años podría haber sólo un puñado de descendientes. En las clases medias de los países

industrializados del último tercio del siglo xx, el supuesto gen de no tener leche no tiene ninguna ventaja reproductiva.

Por el contrario, a lo largo de millones de años y todavía hoy en la mayor parte del mundo, si la madre tiene poca o

mala leche es muy probable que sus hijos mueran (salvo que otra mujer les dé el pecho). Cualquier posible gen

mutante, lejos de extenderse, habría sido rigurosamente eliminado. Por eso hay tan pocas mujeres sin leche.

No, no hemos evolucionado; tenemos los mismos genes que nuestros tatarabuelos.

Tenemos los mismos genes que los habitantes de la cueva de Alta-mira. Y una producción de leche fija o limitada

en el tiempo no sería compatible con los hechos comúnmente observados.

El error se debe tal vez a que nos intentamos comparar con las vacas. Sí que existen razas de vacas que

producen más leche que otras; los habitantes del campo lo saben desde hace siglos. ¿Por qué no habría de haber

también mujeres de raza lechera? Pero, ojo, las vacas lecheras no son mamíferos normales. Son mutantes,

cuidadosamente seleccionadas a lo largo de miles de años para producir mucha más leche de la que sus terneros

necesitan. Una cierva que produjese tanta leche como una vaca sería una cierva enferma.

Es evidente que los niños, a medida que crecen, necesitan cada vez más leche (hasta que empiezan con otros

alimentos, y entonces el consumo de leche se estabiliza y más tarde disminuye). No hay ninguna duda; cuando se

cría a un niño con el biberón, hay que darle cada vez más cantidad.

Supongamos que un recién nacido toma 500 mililitros de leche, y que un bebé de cuatro meses toma 700

mililitros (cifras inventadas y redondeadas, sólo a título de ejemplo. No se asuste, para dar el pecho no hay ninguna

necesidad de saber cuánta leche necesita o cuánta leche toma un bebé). Si la cantidad de leche es fija, y una mujer

sólo produce 500 mililitros al día, a partir del mes, su hijo empezará a quedarse con hambre, y habrá que darle un

suplemento.

«¡Exacto! - pensará más de una-. Eso es lo que le ocurrió a una amiga mía.»
«Y algunas ni siquiera producen

500, sino apenas 300 mililitros, y sus hijos necesitan suplementos desde el primer día.» Pero también conocernos a

algunas mujeres que siguen dando el pecho varios meses, a las que no se les acaba la leche. Incluso en los peores

tiempos de los diez minutos cada cuatro horas había algunas; ahora hay cada vez más. Y sabemos que en tiempos de

nuestras bisabuelas, todos los niños tomaban el pecho durante meses o años, igual que ocurre ahora en gran parte

del mundo. ¿Cómo funcionan los pechos de esas mujeres? Las afortunadas que dan el pecho sin suplementos

durante cuatro meses, que las hay y cada vez más, ¿será porque fabrican 700 mililitros desde el primer día? Pero

entonces, ¿qué pasó durante los primeros meses con esos 700 mililitros de leche? ¿Se los tomó el bebé? Imposible.

El que sólo necesita 500 sólo toma 500. Muchas madres que dan el biberón han intentado darle a su hijo un poquito

más (aquí entre nosotros, que levante la mano la que no lo ha intentado). Sólo

un poquito más, para que esté bien

alimentado, para que se me ponga hermoso. Pero los bebés no se lo toman. Si se lo tomasen, casi todos los bebés de

un año pesarían más de 20 kilos y algunos, más de 30.

Así que el bebé sólo toma 500, pero su madre fabrica 700. ¿Adónde van a parar, entonces, los 200 mililitros que

sobran? ¿Gotean, se escapan del pecho? 200 mililitros vienen a ser un vaso lleno, esa madre no necesitaría

empapadores, sino palanganas dentro del sujetador. ¿Se quedan dentro, se van acumulando? Al cabo de una

semana hay 1.400 mililitros; al cabo de un mes, seis litros de leche acumulada, tres litros en cada pecho. Todas las

mujeres tendrían que sacarse leche y tirarla, 200 mililitros al día, durante semanas; y la que no lo hiciera reventaría.

Así pues, la cantidad de leche no es, no puede ser fija, sino que va aumentando a medida que las necesidades

del niño crecen. La misma madre que al principio fabricaba 500, al cabo de un tiempo fabricará 700.

¿Es el tiempo el que la hace alimentar? Es decir, ¿se trata de un proceso programado, como la lavadora, todas

las madres producen 500 al mes, 700 a los cuatro meses, un poco más a los seis, y a partir de ahí cada vez menos?

¿Será por eso por lo que damos papillas a partir de los seis meses, porque a esa edad empieza a disminuir la

producción de leche? Y, lo que es peor, ¿hay mujeres con un programa algodón y otras con un programa prendas

delicadas, mujeres que llegarán a los 800 mililitros y tendrán leche durante dos años, y otras que nunca pasarán de

600 mililitros y se quedarán sin leche a los tres meses?

Imposible. El ser humano no puede estar tan mal diseñado, no es así como funciona nuestro organismo. Si las

variaciones en la producción de leche estuvieran prefijadas, ¿qué ocurriría, por ejemplo, cuando el bebé muere?

Durante milenios, y todavía hoy en gran parte del mundo, la muerte de un bebé no era una rareza, sino algo

cotidiano, una experiencia por la que casi todas las mujeres pasaban en un momento u otro. Si el bebé moría en el

parto, o de meningitis a los dos meses, ¿cree usted que la madre seguía teniendo cada vez más leche hasta los seis

meses, y a partir de ahí cada vez menos hasta los dos o tres años? ¡Qué sufrimiento y qué desperdicio!

¿Y las nodrizas? Durante siglos, en gran parte de Europa, las mujeres ricas no han dado el pecho a sus hijos.

¿Cree que las nodrizas se quedaban sin leche a los dos años y se jubilaban? ¡Una vida profesional más corta que la

de un futbolista! No, las nodrizas, cuando acababan con un niño, empezaban con otro, y así seguían durante décadas.

¿Y los cambios en la alimentación complementaria? A comienzos del siglo xx, los pediatras recomendaban dar el

pecho y sólo el pecho hasta los doce meses; luego hasta los diez, los ocho, los seis, los tres, antes del mes... y de

repente otra vez a los tres meses, a los cuatro, a los seis. Si la cantidad de

leche disminuye a partir de los seis meses,

¿de qué vivían nuestros abuelos entre los seis meses y los doce? ¿Será que el programador de la secreción de leche

se pone automáticamente de acuerdo con las recomendaciones de la Asociación de Pediatría, como el reloj del

ordenador, que se pone en hora cuando se conecta a Internet? No, el proceso es a la inversa: no empezamos con las

papillas a los seis meses porque a esa edad disminuye la producción de leche; sino que la producción de leche

disminuye a los seis meses porque a esa edad hemos empezado con las papillas.

Es una cuestión de diseño. Necesitamos un sistema que se adapte en cada momento a las necesidades del

bebé, fabricando más leche si el bebé quiere más y menos leche si el bebé quiere menos. Un sistema que siga

fabricando leche mientras el bebé la necesite, y deje de fabricarla cuando deje de mamar. Que fabrique leche para

uno si hay un solo niño, y leche para tres si nacen trillizos.

La solución es genialmente sencilla: la cantidad de leche no dependerá de la raza de la mujer, ni del tiempo

transcurrido desde el parto, sino de cuánto mama el bebé. Si mama mucho, saldrá mucha leche; si deja de mamar,

dejará de salir leche. Es un mecanismo que ya inventaron los primeros mamíferos hace más de 200 millones de años;

la naturaleza tiende a conservar las soluciones que funcionan bien.

Todavía podemos afinar un poco más. En la naturaleza, si el niño no mama, la leche deja de producirse, y punto.

Pero muchas madres de niños enfermos o prematuros, que no pueden mamar, o muchas madres que van a trabajar se

sacan leche para dársela a su hijo por otro medio. Lo que hace que el pecho fabrique leche no es, en realidad, el niño

al mamar, sino el hecho de sacar leche.

Sacarla por cualquier método: dando de mamar, o sacándosela a mano, o con un sacaleches.

El pecho, qué es y para qué sirve

Lo único que necesita saber la mayoría de los usuarios sobre el funcionamiento del televisor es cómo se aprieta

el botón de encendido y cómo se cambia de canal. Si nos piden más detalles, tendremos que defendernos con un

genérico:

«Funciona con electricidad». No hace falta conocer las piezas del televisor y su función para ver la tele.

Del mismo modo, para dar el pecho lo único que hace falta es saber meter el pecho en la boca del niño. Si nos

piden más detalles, ahora podemos decir muy ufanos que «cuanta más leche se saca, más leche se fabrica»; los

animales ni siquiera saben eso, y dan el pecho la mar de bien. Otra cosa es saber qué contiene el pecho, cómo

funciona, por qué al sacar más leche se fabrica más.

Aunque no hace falta saberlo para dar el pecho, explicaremos a continuación

algunos detalles: porque es

divertido (bueno, va a gustos), porque da un toque de seriedad, y porque algo hay que poner para que el libro no sea

tan delgado.

Pero antes hemos de hacer una importante distinción. Algunas personas en este mundo han diseñado y

construido su televisor. Saben exactamente qué piezas tiene (¡las que ellos han puesto!) y para qué sirve cada una.

No podemos decir lo mismo del pecho, ni de ninguna otra parte de nuestro cuerpo. Aunque cada vez se saben más

cosas, todavía podemos llevarnos muchas sorpresas. Lo que se sabe sobre el pecho no es más que una pequeña

parte de la realidad, y probablemente algunas de las cosas que creemos saber están equivocadas. Lo que yo,

personalmente, sé sobre el pecho no es más que una pequeña parte de lo que saben unos cuantos cientos de

científicos en todo el mundo. Y lo que voy a explicar a continuación no es más que un resumen esquemático.

El pecho por fuera

Tradicionalmente, las mujeres tienen dos pechos. No siempre ha sido así; otros mamíferos tienen varios pares,

fíjese en su gata o en su perra. Como recuerdo de esos lejanos parientes, algunas personas tienen más de dos

pechos.

Normalmente no es más que un pezón supernumerario, que suele aparecer en

cualquier punto de una línea

imaginaria entre la axila y la ingle. A veces es un pezón tan rudimentario que su portador, hombre o mujer, cree que se

trata de un lunar o verruga. Otras veces hay también tejido glandular, más o menos desarrollado, que al comienzo de

la lactancia puede hincharse y gotear. No se preocupe, es pasajero; siga dando el pecho normalmente, póngase hielo

si eso la alivia, y en dos o tres días desaparecerán las molestias.

Hacia el centro del pecho está el pezón, una estructura a veces abultada y a veces hundida, por donde sale la

leche. Alrededor del pezón hay una zona oscura más o menos grande, la areola. Tanta gente, incluyendo médicos y

enfermeras, se empeña en decir aureola que la Academia ha acabado admitiéndolos como sinónimos; pero los

puristas irreductibles recordamos que son dos cosas muy distintas: areola es un área pequeña, mientras que aureola,

de áureo, es el halo dorado que llevan los santos en la coronilla. Diga areola, por favor.

En la areola hay unos granitos que crecen durante el embarazo y la lactancia.

Se llaman tubérculos de Montgomery, y contienen una glándula sebácea enorme y una glándula mamaria en

miniatura (cosa de un milímetro entre las dos). Las glándulas sebáceas están distribuidas por toda nuestra piel y

producen sustancias protectoras; aquí en la areola son más gordas, y por tanto protegen más. La minúscula glándula

mamaria produce leche, claro está, con sus anticuerpos, su factor de crecimiento epidérmico, sus numerosos factores

antiinflamatorios... una auténtica pomada epitelizante.

En el borde de la areola crecen también varios pelos bastante grandecitos.

Cada mujer imagina que es ella la única que tiene y se los quita con gran cuidado; pero son totalmente normales.

Algunas madres preguntan si el bebé no tendrá problemas para mamar debido a esos pelos. ¿Qué problemas va a

tener, si descendemos del mono?

Bajo el pezón y la areola hay una serie de fibras musculares involuntarias, hábilmente entrecruzadas de modo

que su contracción produce la erección del pezón (es decir, hace que la areola se contraiga y el pezón sobresalga). El

roce, el frío o el estímulo sexual pueden producir la erección del pezón.

La parte que no se ve

Pocas cosas más aburridas que el exterior del pecho. Visto uno, vistos todos.

Por dentro, en cambio, hay mucha más variación. Hay glándulas, conductos, tejido conjuntivo, ligamentos,

arterias, venas, nervios, linfáticos...

La glándula en sí está formada por varios lóbulos, artísticamente entremezclados con tejido graso. Es la cantidad

variable de tejido graso lo que hace que existan pechos de todos los tamaños; la glándula es siempre más o menos

igual, y el tamaño del pecho no tiene nada que ver con su capacidad para

producir leche. La mujer es única entre los

mamíferos por su capacidad para acumular grasa en el pecho. Si ha visto a una perra o a una gata con sus cachorros,

recordará que la madre está casi plana.

Curiosamente, el número de lóbulos de la mama es controvertido. Unos dicen que hay unos veinte lóbulos,

aunque a veces sus conductos confluyen antes de llegar al pezón; otros, que hay unos diez conductos, pero que se

ramifican muy cerca del pezón; en el fondo me parece que dicen lo mismo. En cualquier caso, en el pezón

desembocan unos cuantos conductos, llamados galactóforos (es decir, que llevan la leche), y al apretar el pecho, la

leche sale por varios agujeritos a la vez, como si fuera una regadera.

La zona de los conductos galactóforos cercana al pezón tiene la capacidad de distenderse y llenarse de leche,

formando los llamados senos galactóforos. Es un poco confuso, ¿verdad?, porque el pecho también puede llamarse

teta, mama o seno; pero cada seno contiene una decena de senos galactóforos. Muchas veces, cuando el bebé está

mamando, es posible palpar los senos galactóforos llenos, por debajo de la areola, a un par de centímetros del pezón.

A partir del pezón, los conductos se van ramificando y ramificando una y otra vez, hasta que un conductillo

microscópico llega a una bolsita microscópica de células, el acino mamario. Cada acino está formado por una capa de

células secretoras, y rodeado por células mioepiteliales, contráctiles.

Sobre cada una de estas células actúa una hormona. La prolactina hace que la célula secretora fabrique leche; la

oxitocina hace que la célula contráctil se contraiga y que la leche salga disparada.

Las hormonas de la lactancia

La hipófisis, una glándula en la base del cerebro, fabrica la oxitocina y la prolactina en respuesta a un reflejo

neuroendocrino. Los reflejos más populares, como el de estirar la pierna cuando te dan un golpecito debajo de la

rodilla, son puramente neurológicos: hay un receptor sensitivo en el tendón rotuliano, un nervio que lleva la señal

hasta la médula espinal, un centro de computación que decide lo que hay que hacer, y un nervio motor que lleva la

respuesta hasta el músculo, ordenándole que se contraiga. En el pezón y la areola también hay receptores sensitivos,

y nervios que llevan la información hacia el hipotálamo; pero el centro de computación no responde a través de un

nervio, sino con una hormona que alcanza su destino por la sangre. Por eso el reflejo es neuroendocrino.

La prolactina

Los niveles de prolactina son muy bajos antes del embarazo. Aumentan progresivamente a partir del primer

trimestre de gestación, pero no se produce leche porque la progesterona y los estrógenos producidos por la placenta

inhiben la acción de la prolactina.

Después del parto, los niveles de prolactina se mantienen altos durante meses; pero si la madre no da el pecho,

vuelven a bajar en un par de semanas. Tras la expulsión de la placenta, los niveles de progesterona y estrógenos

bajan espectacularmente en un par de días, lo que permite a la prolactina actuar. Es la expulsión de la placenta lo que

pone en marcha la producción de leche.

El nivel de prolactina es alto, decíamos, durante meses. Pero sube mucho más, multiplicándose por 10 o 20, cada

vez que el niño mama. Estos picos de prolactina sólo se producen en respuesta a la estimulación del pecho. Si el niño

mama mucho, habrá mucha prolactina, y mucha leche. Si el niño mama poco, habrá poca leche. Si el niño no mama,

se deja de fabricar leche.

Algunos creen, erróneamente, que hay que dejar unas horas entre toma y torna para que el pecho tenga tiempo

de volverse a llenar. No es cierto. El pecho no funciona como la cisterna del inodoro, que hay que esperar a que se

llene para poder volver a tirar de la cadena. Funciona más bien como el grifo del lavabo: si quieres que salga más

agua, tienes que volver a abrir el grifo.

Después de la toma, el nivel de prolactina baja lentamente en dos o tres horas hasta llegar al nivel basal (que,

recordemos, ya es de por sí alto después del parto). Imaginemos que un bebé

mama diez minutos cada cuatro horas

(¿diez minutos cada cuatro horas? ¡Exacto, estamos hablando de un niño totalmente imaginario!). Por el motivo que

sea (tal vez porque está creciendo), nuestro héroe quiere más leche. ¿Qué hará? ¿Se pondrá a mamar quince

minutos cada cuatro horas? No es probable, sería un método poco eficaz. Alargando las tomas se produciría más o

menos la misma cantidad de prolactina, y por tanto de leche. Si, en cambio, decide mamar diez minutos cada dos

horas, habrá el doble de picos de prolactina a lo largo del día. Es más, como el nivel de prolactina aún no ha caído del

todo, el nuevo pico es todavía más alto (digamos que, en vez de subir de 50 a 500, sube de 100 a 550). Al mamar más

a menudo se produce un espectacular aumento de la secreción de prolactina, y por tanto de la cantidad de leche.

Así pues, no hay mejor manera de cargarse la lactancia que disminuir el número de tomas. Cada vez que le

decimos a la madre que aguante las cuatro horas, o que aguante las tres horas, o que nunca antes de dos y media, o

que es imposible que vuelva a tener hambre, o que si le da ahora el pecho está vacío y no va a servir de nada, o que

el estómago tiene que descansar, o que hay que hacer un descanso nocturno, estamos poniendo serios obstáculos a

la lactancia.

Durante la noche, tanto el nivel basal como los picos de prolactina son más altos. Es decir, que el bebé obtiene

más leche con menos esfuerzo cuando mama de noche. Por eso (entre otros motivos) la recomendación de no darles

el pecho de noche es una mayúscula tontería.

La oxitocina

Varios aspectos de la vida sexual de la mujer están regidos por la oxitocina.

Es la hormona que se libera durante el orgasmo, durante el parto y cada vez que el niño mama. Su principal

efecto es la contracción de varias fibras musculares: las del útero, las de la vagina, las que rodean a los acinos

mamarios, y las que hay bajo el pezón y la areola. Por lo tanto, todos esos episodios de la vida sexual tienen varios

síntomas comunes. Durante el orgasmo hay contracciones del útero y de la vagina, y el pezón está en erección.

Durante el parto hay contracciones del útero y de la vagina, y supongo que el pezón también está en erección,

aunque normalmente nadie se fija. Durante la toma el pezón está en erección, y hay contracciones del útero y de la

vagina, los famosos entuertos.

Los entuertos son contracciones más o menos dolorosas del útero que se producen cada vez que el niño mama,

durante los primeros días después del parto. Es una lata, pero piense que es por su bien: las contracciones ayudan a

que el útero vuelva a su tamaño normal, lo que probablemente disminuye el riesgo de sufrir hemorragias o

infecciones. Se dice que con cada hijo los entuertos duelen más (como

normalmente el parto duele menos, todo sea

lo uno, por lo otro).

Aunque la respuesta del cuerpo a la oxitocina pueda ser muy similar, las sensaciones que ello despierta en la

mujer suelen ser muy diferentes, pues no dependen sólo de las hormonas, sino del estado de ánimo. La mayoría de

las mujeres no sienten excitación sexual ni durante el parto ni durante la lactancia.

Pero algunas sí. Algunas madres notan sensaciones sexuales, que pueden llegar al orgasmo, mientras su hijo

mama. Aunque es algo bastante raro, lo mencionamos aquí para que, si nos lee alguna de esas madres, sepa que es

algo totalmente normal. No, no es usted una pervertida, no son malos pensamientos, no está abusando de su hijo, no

son tendencias incestuosas, no hay ningún motivo para que deje de dar el pecho. Si tiene la suerte de que dar el

pecho le resulta especialmente agradable, disfrútelo en buena hora, que no es cuestión de quejarse por una de las

pocas alegrías que a veces nos da la vida.

Además de producir la contracción de varias fibras musculares, la oxitocina afecta a la conducta. Cuando se

introduce una cría de rata en la jaula de una rata virgen, ésta se la come. Pero si primero le han administrado una

inyección de oxitocina, intentará cuidarla como si fuera su madre e incluso le ofrecerá el pecho (aunque, por supuesto,

no saldrá nada).

Al comienzo de la lactancia, la mayor parte de las madres notan la acción de la oxitocina: una especie de

contracción u hormigueo en el pecho, la sensación de que la leche ya viene, la aparición de unas gotas o incluso de

un chorrito de leche... Es el reflejo de eyección, que ha recibido varios nombres populares, según las zonas: el apoyo,

la apoyadura, el golpe de leche, la crecida de la leche, la bajada de la leche... En España, suele llamarse subida de la

leche a la sensación de tener los pechos llenos hacia el tercer día después del parto, y en cambio bajada de la leche

a la sensación de que la leche empieza a salir en cada toma. Pero, ¡ojo!, en la mayoría de los países americanos se

dice al revés: la leche baja al tercer día, y luego, en cada toma, vuelve a subir.

Hemos dicho al comienzo de la lactancia y la mayor parte de las mujeres. Hay mujeres que nunca en su vida han

notado la bajada de la leche o corno lo quieran llamar, pero eso no significa que no tengan leche o que la leche no

baje. Y la mayoría de las madres, al cabo de dos o tres meses, dejan de notar la bajada, y ya no notan nada, aunque

la leche siga saliendo perfectamente. No se asuste, no se ha quedado sin leche.

Aquellas lectoras que sí que notan el efecto de la oxitocina habrán observado que la bajada de la leche se

produce muchas veces antes de que el niño empiece a mamar. Basta con tener la intención de dar el pecho, oír llorar

a tu hijo, o incluso pensar en él cuando no lo estás viendo, para que tus pechos se contraigan y empiecen a gotear.

¿Cómo puede ser que el reflejo se desencadene sin necesidad de estímulo?

Pues porque se trata de un reflejo condicionado. ¿Se acuerda del famoso perro de Pavlov, que se le caía la baba

cuando oía sonar una campanilla? El reflejo de salivación se desencadena por el estímulo de la comida dentro de la

boca.

Al hacer sonar una campanilla cada vez que daba de comer a su perro, Pavlov consiguió que el animal asociara

los dos estímulos, y bastaba con el sonido de la campanilla para hacerle producir saliva. En realidad, todos los perros

tienen el reflejo de salivación condicionado: enséñeles un jugoso bistec, y empezarán a babear antes de que la

comida entre en su boca. También a nosotros se nos hace la boca agua cuando vemos una comida apetitosa, o

simplemente cuando pensamos en ella. La originalidad de Pavlov estriba en haber usado una campanilla en lugar de

un bistec; si ante la Academia de Ciencias de Moscú hubiera dicho: «Vean, vean lo que hace mi perro cuando le

enseño un bistec», los sabios profesores habrían contestado con desdén: «¡Vaya cosa! A mi perro le pasa lo mismo».

Pero lo de la campanilla les dejó a todos intrigados.

Del mismo modo que el reflejo de salivación se condiciona espontáneamente en todos los perros (y personas), el

reflejo de eyección se condiciona espontáneamente en todas las madres. Los efectos pueden notarse incluso años

después de la lactancia; algunas mujeres notan una sensación de hormigueo en los pechos cuando oyen llorar a un

bebé, o cuando ven en televisión imágenes de niños hambrientos o desvalidos. Se le ha llamado reflejo de eyección

fantasma, por analogía con el miembro fantasma que siguen notando algunas personas tras haber perdido un brazo o

una pierna.

Puede que el reflejo condicionado sirva para agilizar los trámites: así, el bebé no tiene que estar un rato

mamando para conseguir que empiece a salir algo de leche, sino que es ponerse al pecho y ya está la leche

goteando. Pero Michael Woolridge, un fisiólogo inglés, cree que la utilidad principal del condicionamiento no es

desencadenar el reflejo, sino inhibido, como mecanismo de protección de las hembras de los mamíferos. Al ser un

reflejo condicionado, ya no depende del estímulo físico de la boca en el pecho, sino de que la madre oiga al bebé, vea

al bebé, piense en el bebé... En definitiva, depende de la corteza cerebral. Los pensamientos de la madre pueden

desencadenar el reflejo, y pueden también inhibirlo. Es la típica historia: «Tuvo un disgusto y se le cortó la leche».

Imagine a una cierva dando el pecho tan tranquila. De pronto, huele a un lobo. Sale corriendo después de

esconder a su cría entre unos matorrales, porque su cría no puede correr.

Como la cría no huele a nada (para eso se ha pasado su madre todo el día limpiándola con la lengua) y se está muy quieta, mientras que la madre sí que huele y hace ruido al moverse, el lobo probablemente seguirá a la madre y no encontrará a la cría. Si el lobo alcanza a la madre, mala suerte, la cría morirá también dentro de unas horas. Pero si la madre consigue escapar, dentro de un rato volverá con su cría y seguirá dándole de mamar.

Pero si la cierva fuera goteando leche, ningún lobo que se precie podría perder el rastro. Como el reflejo de eyección está condicionado, la secreción de oxitocina se interrumpe cuando la cierva se asusta. A diferencia de la prolactina, que tarda varias horas en bajar, la oxitocina es rápidamente destruida y solo permanece un par de minutos en la sangre; si la hipófisis deja de producirla, pronto no queda nada (por eso cuando se usa la oxitocina para acelerar el parto se ha de administrar continuamente, en gota a gota; no serviría de nada poner una inyección de oxitocina cada tres horas). Para mayor seguridad, la adrenalina, que producen los animales asustados, inhibe directamente los efectos de la oxitocina. Probablemente, el mismo mecanismo puede inhibir el parto cuando la madre está asustada.

Una hipopótama adulta, una rinoceronta, una jirafa, no tienen nada que temer de las hienas; pero la cría recién nacida sería una víctima fácil. La presencia de un peligro puede inhibir la producción de oxitocina y retrasar el parto durante

unas horas, hasta que el peligro ha pasado. Tal vez por eso algunos partos son tan difíciles en el medio extraño del

hospital, rodeada de desconocidos, y la mayor parte de las mujeres se sienten mejor si su marido u otro familiar las

acompaña, mientras que otras prefieren dar a luz en su casa, ayudadas por una comadrona a la que conocen bien.

Perdón, ya me iba por las ramas (¿tal vez porque descendo del mono?). Dejamos a nuestra amiga cierva

regresando junto a su cervatillo. Como ya no está asustada, la adrenalina desaparece de su sangre, el reflejo

condicionado se vuelve a desencadenar, la leche vuelve a salir y la cría mama tan contenta. Pero, si en vez de una

cierva es una mujer, la cosa puede que no sea tan fácil. Además de la madre y su bebé, por allí están la abuela, el

marido, la suegra, la cuñada, la vecina, el médico y la enfermera, y algunos de ellos, si no todos a la vez, van a

prorrumpir en amenazas: «¿Se te ha cortado la leche por un disgusto? A una prima mía le pasó lo mismo, y el niño

casi se le muere de hambre; su marido tuvo que salir corriendo a buscar una farmacia de guardia para comprar leche,

porque era sábado por la noche...».

Ya no es el miedo al lobo, sino el miedo a no tener leche lo que aumenta el nivel de adrenalina y disminuye el de

oxitocina. El niño intenta mamar, pero casi no sale leche; el niño se enfada y protesta, la suegra aprovecha para

marcarse un tanto: «¿Ves? Le estás pasando los nervios con la leche. Ya te dije

que en tu estado más vale que te

dejes de tonterías y le des un biberón». La madre empieza a llorar y se asusta todavía más...

Una de las mejores maneras de fastidiar la lactancia es asustar a la madre, convencerla de que no va a poder, de

que dar el pecho es muy difícil... Es una estrategia habitual de los fabricantes de leche artificial. Pero, ¡ojo!, no estoy

diciendo que las mujeres asustadas, nerviosas o estresadas no puedan dar el pecho. ¡Claro que pueden! La lactancia

materna no es una delicada flor de invernadero, sino una de las funciones más robustas de nuestro organismo. Una

función vital (no para la madre, pero sí para su cría). Todos nuestros órganos pueden fallar (de algo hay que morir),

pero quedarse sin leche es tan raro como tener un paro cardíaco o una insuficiencia renal. Quienes hablan del estrés

de la vida moderna olvidan que somos la primera generación de españoles que se han ido a la cama cada día con la

seguridad de que al día siguiente también comerían. Las mujeres han dado el pecho durante milenios, en situaciones

mucho peores. Han dado el pecho cuando vivir 35 años se consideraba «llegar a viejo», cuando la sequía anunciaba

el hambre, cuando la guerra asolaba sus hogares, cuando trabajaban como esclavas, cuando las epidemias

diezmaban pueblos y ciudades. El efecto del estrés sobre la lactancia es temporal: la leche no sale enseguida, el

bebé se enfada y llora un poco... sigue mamando, porque tiene hambre, y la

leche acaba saliendo, por estresada que

esté la madre. Lo que ocurre en la actualidad y no había ocurrido nunca antes es que, cuando el bebé llora y se

enfada, la madre le da un biberón. No son los nervios y preocupaciones los que hacen que se vaya la leche, sino los

biberones.

El FIL

Durante mucho tiempo se creyó que la oxitocina y la prolactina bastaban para explicar, al menos por encima,

cómo funciona la lactancia. Por encima porque hay otras varias hormonas implicadas que ni siquiera hemos

mencionado.

¿Por qué cuando el niño mama más sale más leche? Porque la succión produce más prolactina. ¿Por qué un

pecho gotea mientras el niño mama del otro? Porque la oxitocina va por la sangre y llega a los dos pechos a la vez.

¿Por qué las mujeres que intentaban seguir lo de los diez minutos cada cuatro horas solían quedarse sin leche?

Porque había poco estímulo y por tanto poca prolactina. ¿Por qué las madres de gemelos tienen leche para los dos, y

las madres de trillizos tienen leche para los tres? Porque, si hay el triple de niños, hay el triple de prolactina.

Pero quedaba un curioso fenómeno que no se podía explicar sólo con estas dos hormonas. En Hong-Kong había

una tribu en que las mujeres tenían la costumbre de dar siempre el mismo

pecho. Los niños mamaban siempre del

pecho derecho, jamás del izquierdo (y, por cierto, tienen más cáncer del pecho izquierdo).

Sin ir tan lejos, de vez en cuando vemos niños que, por lo que sea, dejan de mamar de uno de los pechos. A

veces es algo transitorio, y al cabo de dos o tres días la madre consigue que su hijo vuelva a mamar de los dos lados.

Pero, de tarde en tarde, algún niño se niega en redondo y no hay nada que hacer. A veces te encuentras una madre

que lleva dos semanas, o dos meses, dando un solo pecho.

Cuando la oxitocina y la prolactina llegan por la sangre, a los dos pechos por igual, ambos deberían responder del

mismo modo y producir más o menos la misma cantidad de leche. Imagínese ese pecho que produce cada día medio

litro de leche o más, y el bebé que no quiere mamar. En sólo un día, el dolor sería insostenible; en tres días, tendrían

que hospitalizar a la madre; en dos semanas reventaría literalmente, con siete litros de leche acumulados.

Pero eso no ocurre jamás. Cuando un niño se niega a mamar de un lado, ese pecho se hincha y molesta, y a

veces la madre tiene que sacarse un poco de leche para aliviar la tensión; pero en dos o tres días las molestias

desaparecen, la leche se seca, y el pecho queda blando y vacío. El pecho izquierdo produce el doble de la leche

normal (sí, el doble; si el niño no muere de hambre quiere decir que está sacando de un solo pecho lo que otros sacan

entre los dos), mientras que el pecho derecho no produce ni una gota, y así durante semanas y meses. ¿Cómo se

explica eso? Tiene que existir un mecanismo de control local, algo que pueda actuar sobre cada pecho

independientemente.

Se creyó al principio que ese mecanismo era puramente físico. El pecho está tan lleno que la presión de la leche

comprime los vasos sanguíneos, de forma que la sangre no puede entrar. Por tanto, no entra la oxitocina, no entra la

prolactina, y no entran los nutrientes que la glándula necesita para seguir fabricando leche. El pecho queda

colapsado, como un aeropuerto en una huelga de controladores.

Seguro que este mecanismo físico tiene su importancia; pero hace unos años se descubrió que existe también

una hormona que actúa localmente para controlar la secreción de leche. Esta hormona es un péptido (es decir; una

proteína pequeña) que se ha encontrado en la leche de cabra, en la de mujer y en la de otros mamíferos (que yo sepa,

se ha encontrado siempre que se ha buscado).

Esta hormona se denomina FIL, en inglés Feedback inhibitor of Lactation, inhibidor retroactivo de la lactancia.

Para aprovechar las mismas siglas, podemos llamarle Factor Inhibidor de la Lactancia, que también queda bien.

El FIL constituye un hermoso ejemplo de control por producto final. La leche contiene un inhibidor de la

producción de leche, de modo que si el niño mama mucho, se lleva el inhibidor y se produce más leche, mientras que

si el niño mama poco, el inhibidor se queda dentro y se fabrica poca leche.

Esto lo han comprobado unos científicos australianos, midiendo de forma seriada el volumen de los pechos. Una

cámara hace varias fotos del pecho desde diversos ángulos, y un ordenador calcula el volumen a partir de esa

información (algo similar al método que usan durante el embarazo para decirle cuánto pesa su hijo a partir de la

ecografía). Como no hace daño y es bastante cómodo, el método se puede repetir todas las veces que se quiera,

varias veces en una hora. (El método antiguo para medir el volumen del pecho consistía en inclinarse sobre un

barreño lleno de agua, meter el pecho y medir el agua que se derramaba; resultaba impreciso y bastante molesto). Así

que los australianos pudieron comprobar cómo el volumen del pecho va aumentando poco a poco entre toma y toma,

a medida que la leche se acumula. Luego el niño mama, el volumen disminuye bruscamente, y vuelta a empezar. Si

en alguna de las tomas el niño, por lo que sea, mama menos, en las siguientes horas la leche se fabrica más

lentamente. Si en otra toma el niño mama más (por ejemplo, porque en la anterior mamó menos y ahora tiene

hambre), la leche se fabrica rápidamente. Si mama sólo de un lado, ese pecho producirá mucha leche, mientras que el

otro, que ha quedado lleno, no producirá casi nada. De este modo, la

producción de leche se ajusta de forma

inmediata, de una toma a la otra e independientemente para cada pecho, a las necesidades del bebé. Siempre y

cuando, por supuesto, le permitan mamar lo que quiere y cuando quiere. Si un día no puede mamar, por ejemplo

porque su mamá ha salido, y tiene que esperarse una o dos horas, tampoco pasa nada: cuando la madre vuelva,

mamará más para compensar, y todo se arreglará. Pero si de forma sistemática le niegan el pecho cuando lo pide,

mañana, tarde y noche, un día tras otro; si han engañado a la madre con los típicos consejos diez minutos cada cuatro

horas o alérgale un poco entre toma y toma, el niño no tendrá manera de dar instrucciones al pecho, y éste no podrá

saber cuánta leche hay que fabricar.

Cuando la madre espera varias horas a que el pecho esté lleno antes de darle («¿para qué le vas a ciar ahora, si

está vacío?»), lo que consigue es tener cada vez menos leche, porque el factor inhibidor se va acumulando a medida

que el pecho se llena.

Aunque no conocíamos la existencia del FIL, habíamos observado sus efectos durante siglos. Cualquier médico o

enfermera lo ha visto cientos de veces.

¿Cómo termina normalmente la lactancia? En España, no suele acabar cuando la madre o el niño quieren. En

una encuesta, la mayoría de las madres entrevistadas dijeron que les gustaría

haber dado el pecho más tiempo. Se

quedaron sin leche a su pesar. ¿Cómo es posible?

Una madre está dando el pecho tan tranquila. De pronto, por el motivo que sea, se le mete (le meten) en la

cabeza que su hijo se queda con hambre. Porque no aguanta tres horas. Porque llora. Porque se despierta. Porque se

chupa los puñitos. Porque no hace caca. Porque mama mucho. Porque mama poco. El motivo es indiferente, el caso

es que llega el día fatídico en que le dan al niño el primer biberón. Muchos, sobre todo si tienen más de dos o tres

meses, no se lo querrán tomar, porque no tienen hambre. Pero los más pequeños, pobrecitos, a veces se dejan

engañar. Y a veces, la madre insiste una y otra vez, o incluso le recomiendan no dar el pecho para que así el niño

tenga hambre y se tome el biberón.

Si el niño se toma el biberón, que en realidad no necesitaba para nada, habrá quedado lleno de leche hasta la

bandera. Cada día tomaba 500 mililitros de leche, y hoy se ha tomado 50 o 100 más. No estamos hablando de tomar

un poquito más de lo habitual, sino de un 10 o 20% más. ¿Le quedan a usted muchas ganas de moverse, después de

la comida de Navidad? Si el niño se despertaba, no se volverá a despertar en varias horas; si lloraba, no llorará; si se

chupaba los puñitos, no se los chupará. «¿Ves cómo tenía hambre? Ha sido darle un biberón, y por fin ha podido

descansar, pobrecito.» ¡Sí, descansar! Lo que está el pobre niño es empachado.

Las Navidades en España son un desafío para nuestra digestión. Hay como mínimo dos grandes atracones

familiares seguidos (en algunas zonas, Nochebuena y Navidad; en otras, Navidad y San Esteban). ¿Qué hace al día

siguiente? Comer fruta. Nadie puede hacer tres comidas de Navidad seguidas. Lo mismo le pasa a nuestro bebé: si

un día se ha dejado engañar y se ha empachado, no lo volverá a repetir. Al día siguiente piensa: «Si me van a dar 100

mililitros de biberón, más vale que sólo tome 400 de pecho, o voy a reventar». Puede que la madre lo note, o puede

que no; pero, aunque haya mamado el mismo número de veces y durante el mismo rato, habrá tomado menos leche,

porque tiene que dejar sitio para el biberón. Así que el biberón, que el primer día fue mano de santo, al tercer día ya no

hace efecto: si lloraba, vuelve a llorar; si se despertaba, se vuelve a despertar; si se chupaba el puñito, se lo vuelve a

chupar. La madre piensa: «Se me está yendo la leche, le tendré que dar otro biberón»; y en parte acierta, porque la

leche se le está yendo, pero lo que ella no sabe es que la causa es precisamente el biberón, y que la solución no es

añadir otro, sino suprimir el primero. Así que ahí va el segundo biberón, y luego el tercero, y luego el cuarto... Lo

hemos visto cientos de veces: cuando se empieza con biberones, el pecho suele irse a hacer puñetas en un par de

semanas. El biberón, decía no sé qué médico famoso hace cosa de un siglo, es la tumba del pecho.

Así que el niño que mamaba 500, luego mama 400, 300, 200... Si la madre siguiera fabricando 500, ¿dónde iría a

parar la leche sobrante? En dos semanas, la madre acudiría desesperada a urgencias, con pechos inflamados de

varios kilos de peso, maldiciendo su destino: «Empecé hace quince días a darle biberones, y claro, como no me vacía,

mire cómo me he puesto». Pero eso no ocurre jamás; todo lo contrario: «Empecé a darle biberones, y ahora ya no

quiere el pecho y me he quedado sin leche».

Cuando un niño mama cada vez menos, sale cada vez menos leche. El FIL no falla. No vemos jamás mujeres

con los pechos a punto de explotar, cargados con uno, tres o cinco litros de leche sobrante. Pues bien, el FIL es como

un ascensor: o funciona, o no funciona. Si puede bajar, es que también funciona para subir. Si le da a su hijo cada vez

menos biberón, mamará cada vez más y usted tendrá cada vez más leche. En unos pocos días podrá tirar todos los

biberones a la basura.

Algunos meses después del parto, la prolactina pierde importancia. El nivel basal es más bajo, y el pico que se

produce en cada toma también es más bajo.

Pero el volumen de leche no disminuye, sino que sigue aumentando. Parece que, no sabemos cómo ni por qué,

el control local, el FIL, es cada vez más importante para regular la lactancia.

Ing R, Petrakis NL, Ho JH. Unilateral breast-feeding and breast cancer. Lance" 1977 Jul;2:124-7

El control del volumen de leche

En algunos aspectos se puede comparar el funcionamiento del pecho con el de los pulmones. Normalmente, sin

darnos cuenta, vamos respirando, un poco de aire dentro, otro poco fuera. Pero ni entra todo el aire que podría entrar,

ni sale todo el que podría salir. Podemos hacer una inspiración forzada e introducir en nuestros pulmones más aire de

lo habitual, por ejemplo antes de bucear. Podemos hacer una expiración forzada y expulsar todo el aire posible, por

ejemplo cuando soplamos para apagar las velas de un pastel. Del mismo modo, el pecho puede -fabricar, si hace

falta, más leche de la habitual, y el bebé puede mamar; si tiene hambre, más de lo que mama normalmente.

El volumen corriente, la cantidad de aire que entra y sale normalmente, está muy lejos, en cualquier individuo

sano, del volumen máximo. Siempre hay una amplia reserva, que nos permite respirar más profundamente y más

deprisa cuando hay que hacer un esfuerzo especial. Cuando esa reserva disminuye, el individuo enferma, tiene

insuficiencia respiratoria. Primero se ahoga si corre, luego se ahoga si sube escaleras, en los casos más graves se

ahoga si se levanta del sillón; eso significa que ha llegado al punto en que el volumen corriente coincide con el

volumen máximo.

Todos nuestros órganos y sistemas funcionan con el mismo principio. A no ser que una persona esté gravemente

enferma, existe siempre un amplio margen para forzar la máquina. En caso de necesidad, nuestro corazón puede ir

más deprisa, nuestro estómago puede digerir más comida, nuestros riñones pueden eliminar más líquido y más

toxinas, nuestro hígado puede metabolizar más sustancias. Es así como funcionan los seres vivos.

Lo mismo ocurre con el pecho. Cualquier mujer puede producir leche para tres niños, probablemente también

para cuatro o cinco. Además del residuo de leche que es físicamente imposible extraer, al que llamaremos reserva

anatómica, hay siempre una cantidad de leche que el niño podría sacar si quisiera pero que no saca casi nunca. Le

llamaremos la reserva funcional.

Nadie ha medido el volumen exacto de estas reservas; inventaremos unas cifras sólo como ejemplo. Imaginemos

que dentro del pecho hay 100 mililitros. De ellos, 10 son la reserva anatómica, y otros 20 son la reserva funcional; el

niño, en condiciones normales, toma 70, y el pecho vuelve a fabricar otros 70.

Un día, el niño tiene más hambre, y toma 80. Al disminuir la cantidad de FIL, la leche se produce más deprisa, y el

pecho fabrica 90 para la próxima toma.

Si el cambio es permanente, si a partir de ahora el bebé piensa tomar 80 en

cada toma, se alcanza un nuevo nivel

de equilibrio: ahora, en el pecho siempre hay 110, de los que 10 son la reserva anatómica, 20 la reserva funcional y

80 lo que toma el niño cada vez, y lo que cada vez vuelve a fabricar el pecho.

Si, por el contrario, lo de tomar 80 fue sólo un extra, y en la siguiente toma vuelve a mamar sólo 70, el pecho se

encuentra de pronto con un residuo mayor del habitual. La cantidad de FIL en la mama es mayor, la producción se

frena, y en la próxima toma volverá a haber 100 mililitros esperando al bebé.

¿Parece complicado? Pues era sólo un ejemplo educativo, la vida real es mucho más compleja. Porque, por

supuesto, ningún niño mama exactamente la misma cantidad en cada toma, ni la misma cantidad de cada pecho. La

vida real es tan compleja que nadie puede someterla a normas ni predecirla. Ni el libro, ni el médico, ni la abuela ni el

Sursum corla, nadie puede decirle en qué momento exacto tienen que mamar su hijo, ni cuántos minutos ha de estar

en el pecho.

Su hijo es el único que lo sabe.

El control de la composición de la leche

No sólo la cantidad de leche producida, sino también su composición, dependen de la forma en que mama el

bebé. El niño controla el pecho para obtener el tipo de leche que necesita en cada momento.

La cantidad de grasa en la leche aumenta a lo largo de la toma. No es un aumento pequeño; se ha comprobado

que la concentración de grasa al final de la toma puede ser cinco veces mayor que al principio. A veces se habla de

leche del principio y leche del final; pero no es que haya dos tipos de leche, ¡flop!, se acabó la leche desnatada y

ahora sale la leche con grasa. La cantidad de grasa (y, por tanto, de calorías) va aumentando gradualmente, como se

muestra en el esquema de la figura 1. Al principio el niño toma pocas calorías en mucho volumen; al final, muchas

calorías en poco volumen. Verá que en esa gráfica no aparece el tiempo. El tiempo depende de lo rápido que vaya el

niño en esa toma; puede que tome todo lo que quiere tomar en dos o tres minutos, o puede que necesite más de

veinte.

Así, cuanto más leche torne un niño de un pecho en una toma determinada, mayor será la concentración de grasa

que se alcance (habrá un límite máximo, por supuesto, pero ese límite nunca se alcanza, porque, como ya dijimos, el

Figura 1. Al principio, el bebé toma pocas calorías en mucho volumen; al final, muchas calorías en poco volumen niño

nunca vacía el pecho del todo). Cuando suelta el pecho, esas últimas gotas que aún caen tienen una concentración

de grasa muy alta. Cuando vuelva a mamar, al cabo de unas horas, las primeras gotas de leche tendrán muy poca

grasa. Aquella última leche concentrada se ha ido diluyendo en esas horas con

la nueva leche, más aguada, que se

ha ido fabricando en ese tiempo. Se cree que también aquí existe un autocontrol, y que si el bebé deja dentro del

pecho mucha cantidad de grasa, ésta inhibe la producción de más lípidos, y la siguiente leche que se produce es más

aguada de lo habitual. Como si el niño dijese: «Mamá, no me puedo terminar estos macarrones, están muy

grasientos», y ella respondiese: «No te preocupes, la próxima vez pondré menos aceite».

Supongamos que el bebé mama y suelta el pecho, pero a los cinco minutos cambia de opinión y vuelve a mamar.

¿Saldrá leche con pocos lípidos? Claro que no, no ha habido tiempo para que la nueva leche recién fabricada haya

diluido la que quedó en el pecho al final de la toma. Saldrá, desde el principio, la misma leche del final que estaba

saliendo hace un momento. La cantidad de lípidos al comienzo de la toma depende del nivel al que se llegó en la

toma anterior, y del tiempo transcurrido desde entonces.

Todo el rato estamos hablando de un solo pecho. Pero, claro, también está el segundo. No es lo mismo tomar 100

mililitros de un solo pecho que tomar 50 de cada uno; en el segundo caso el bebé ha tomado mucha menos grasa, y

por tanto muchas menos calorías. Y tampoco es lo mismo tomar 70 y 30, u 85 y 15...

Y si no es lo mismo, ¿qué es lo mejor? ¿Cuándo sacarle el primer pecho para darle el segundo? Ni idea. No

sabemos qué cantidad de lípidos necesita un bebé (los libros de nutrición pueden decir cosas como: «Los lactantes

de entre seis y nueve meses necesitan entre x e y miligramos/kilo/día de lípidos»); pero no pueden decirnos cuántos

lípidos necesita tomar Laura Pérez, de ocho meses, esta tarde a las 16.28), no sabemos qué cantidad de lípidos tenía

la leche al principio de la toma, no sabemos cuántos mililitros de leche lleva tomados, no sabemos a qué velocidad

está aumentando la cantidad de grasa en la leche en esta toma concreta, no sabemos qué cantidad de grasa tendrá la

leche del segundo pecho, no sabemos qué cantidad de leche del segundo le cabrá en el estómago. ¿Y cómo hay

gente capaz de decir cosas como: los diez minutos sáquele del primer pecho para darle el segundo?» Pues vaya

usted a saber. La ignorancia da alas a la audacia.

Cada bebé dispone, pues, de tres mecanismos para modificar la composición de la leche que torna en cada

momento: puede decidir cuánta leche toma, cuánto tarda en volver a mamar, y si toma un solo pecho o los dos. Se ha

comprobado experimentalmente, analizando la leche en cada caso, que los tres factores influyen en su composición.

La cantidad de leche ingerida debería depender del tiempo que está un niño al pecho; pero la relación es tan variable

(unos niños maman deprisa, otros despacio) que estadísticamente no hay relación: no podemos decir: «Si ha estado

cinco minutos ha tomado ochenta mililitros, y si ha estado diez minutos ha

tomado 130 mililitros». La concentración de

lípidos no depende del tiempo que mama el niño, sino de la cantidad de leche que ha tomado en ese tiempo. Ahora

bien, para un niño determinado, y en una toma determinada, es obvio que si le sacamos el pecho antes, habrá tomado

menos. Y, por otra parte, es fácil medir cuánto tiempo mama, pero es muy difícil saber cuánta leche ha tomado. Así

que, a efectos puramente didácticos, podríamos decir que los tres mecanismos de control son: la duración de la toma,

la frecuencia de las tomas, y el tomar un pecho o los dos. Cada niño, en cada momento del día o de la noche, modifica

a voluntad estos tres factores para conseguir el alimento que necesita.

Figura 2. Si se le saca del primer pecho antes de acabar, toma la leche menos concentrada de los dos pechos, y

necesita mucho más volumen para conseguir las mismas calorías.

Cuando se saca al niño del primer pecho antes de que acabe (tal vez porque alguien con buena voluntad ha

advertido: «Sobre todo, dale el segundo pecho antes de que se duerma»), en vez de la última leche del primer pecho

tomará la primera leche del segundo pecho. Eso significa, como indica la figura 2, que necesitará tomar más volumen

para obtener las mismas calorías. Si la diferencia es pequeña, probablemente no pasa nada. Toma un poco más de

leche, y santas pascuas. Pero si le cambian de pecho cuando aún tenía que mamar mucho del primero (por ejemplo,

cuando sacamos el pecho a los diez minutos a un niño que necesita quince o veinte minutos), la cantidad de leche

que tendría que tomar es tan grande que, sencillamente, no le cabe en el estómago. En los adultos, el estómago tiene

una capacidad muy superior a la que normalmente se utiliza; podríamos tomarnos un litro de agua después de comer

y no notaríamos apenas molestias.

Pero el estómago de un bebé es muy pequeño, casi no tiene capacidad de reserva. El niño se ve obligado a

soltar el segundo pecho, porque ya no le cabe nada, pero por otra parte todavía tiene hambre; la situación es muy

similar a la que se produce por la mala posición al pecho, véase página 53.

En -1988, Michael Woolridge y Chloe Fisher publicaron en la prestigiosa revista médica Lancet cinco casos de

bebés que presentaban de forma continuada llanto frecuente, cólicos, diarrea y otras molestias. Bastó con decir a las

madres que no sacaran al niño del primer pecho, sino que esperaran a que él solo lo soltase cuando acabase, para

que las molestias desaparecieran. Poco después, Woolridge y otros investigadores intentaron reproducir

experimentalmente la situación en un grupo de bebés sanos que no tenían ningún problema con la lactancia. Dijeron

a la mitad de las madres que sacasen al niño del primer pecho a los diez minutos, y a la otra mitad que esperasen el

tiempo que hiciera falta a que el bebé soltase el pecho voluntariamente.

Esperaban que los niños del primer grupo tomarían demasiado líquido, demasiada lactosa y poca grasa, y por

tanto tendrían cólicos, vómitos y gases. Y, en efecto, de entrada tornaban menos grasas. Pero ellos mismos

modificaban los otros dos factores, el tiempo entre toma y toma y el tornar un pecho o dos, de forma que a lo largo del

día conseguían tomar la misma cantidad de grasa que el otro grupo, y no tenían ninguna molestia.

Como el niño tiene tres herramientas (recuerde: frecuencia de las tomas, duración de las tornas, un pecho o dos)

para controlar la composición de la leche, es posible que la mayoría de ellos se las arreglen para controlar con dos de

ellas, aunque hayamos fijado la tercera arbitrariamente. Tal vez, aquellos cinco niños que sí tuvieron problemas al

limitar el tiempo de succión son excepciones, son niños (o madres) con menos capacidad fisiológica de adaptación.

Del mismo modo, todos caminamos, pero a la hora de correr unos van más despacio y se cansan antes que otros.

La capacidad de la adaptación de los seres vivos puede ser muy grande, pero no podemos pedirle milagros. A lo

largo del siglo pasado, muchos médicos se empeñaron en controlar simultáneamente los tres factores: el niño tiene

que mamar exactamente diez minutos de cada lado cada cuatro horas. La exactitud llegaba a ser obsesiva; todavía

algunas madres preguntan si las cuatro horas se empiezan a contar desde que el niño empieza a mamar o desde que

acaba (porque, claro, con diez minutos por pecho y uno entre medias para hacer el eructo, serían cuatro horas y

veintiún minutos). Muchos libros y muchos expertos ni siquiera decían «cada cuatro horas», sino que daban las horas

concretas: a las ocho, a las doce, a las cuatro, a las ocho y a las doce. ¡Ni se te ocurra darle a las nueve, a la una y a

las cinco! Entre doce de la noche y ocho de la mañana había un descanso nocturno de ocho horas (a pasar media

noche en vela oyendo cómo llora tu hijo y sin poder darle el pecho le llamaban descanso nocturno). Lo de las cuatro

horas era la recomendación de la escuela alemana. También había una escuela francesa que recomendaba dar el

pecho cada tres horas, con descanso nocturno de seis. Cabe preguntarse si el haber mamado cinco o siete veces al

día influía en el carácter nacional de los respectivos países. También había partidarios de dar en cada toma un pecho

o ambos (estos últimos más numerosos), con lo que en total había cuatro teorías: uno cada tres, dos cada tres, uno

cada cuatro o dos cada cuatro. Pero, habitualmente, cada médico tenía una sola teoría, y la defendía con entusiasmo.

Así que los niños se encontraban totalmente desarmados: no podían elegir ni la frecuencia, ni la duración, ni el

número de pechos en cada toma. Ya no podían controlar ni la cantidad ni la composición de la leche, tenían que

conformarse con la que les tocaba en suerte. En la mayoría de los casos, la cantidad era insuficiente y la composición,

inadecuada; los niños lloraban, se quejaban, vomitaban, no aumentaban de peso... Hace unos años, en España, dar

el pecho todavía a los tres meses era raro, y darlo sin ayudas de biberón era casi heroico.

Claro, también hay casos en que, por la más rocambolesca de las coincidencias, el niño obtiene la cantidad de

leche que necesita y con una composición adecuada mamando diez minutos cada cuatro horas. Esas raras

excepciones no hacían más que confirmar la fe de los médicos en los horarios rígidos: «Todo esto de la lactancia a

demanda son tonterías. Yo conocí a una madre que seguía al pie de la letra lo de los diez minutos y las cuatro horas, y

le iba de maravilla; dio el pecho nueve meses, y el niño dormía como un bendito y engordaba perfectamente. Lo que

pasa es que ahora las mujeres no quieren esforzarse, prefieren la comodidad del biberón».

Woolridge MW, Esher C. Colic, «overfeeding», and symptoms of 'adose malabsorption in the breast-fed baby: a

possible artifact of feed management?

Lancet. 1988;2:382-4

Woolridge MW. Baby-controlled breastfeeding: biocultural implications. En StuartMacadam P, Dettwyler KA, eds.:

Breastfeeding. Biocultural perspectives.

New York: Aldine de Gruyter, 1995

Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD. Do changes in pattern of breast usage

alter the bab's nutrient Lancet

1990;336:395-397

Capítulo 2 - Cómo dar el pecho

Mi mujer me decía a veces: «No sé cómo habláis tanto de la lactancia materna.

Niño, teta, y no hay más que hablar».

Pues es verdad. En la inmensa mayoría de los casos, sólo hay que saber dos cosas para dar el pecho: olvidarse

del reloj y ciar el pecho en posición correcta. Y, en condiciones normales, ni siquiera eso haría falta explicarle a la

madre. No haría falta hablar de la lactancia a demanda si a algunos no se les hubiera ocurrido recomendar antes los

horarios rígidos. Y no haría falta enseñar la posición correcta si las niñas aprendiesen, como han aprendido siempre,

viendo a otras mujeres dar el pecho, y si no hubiéramos interferido en algunos procesos, como luego comentaremos.

Durante un millón de años, las mujeres han dado el pecho sin cursos y sin libros, y así lo siguen haciendo en la mayor

parte del mundo. Y ningún otro mamífero (y somos varios miles de especies) necesita que nadie le explique cómo se

da el pecho.

Con una excepción: algunos primates en cautividad. En la mayoría de los mamíferos, la lactancia y la crianza de

los hijos en general son actividades totalmente instintivas. Una gacela o una leona nacidas en cautividad pueden criar

a sus hijos perfectamente. Pero con los primates, sobre todo los más cercanos a nosotros, la cosa es distinta. En los

zoológicos tienen a veces grandes dificultades; las hembras nacidas en cautividad y criadas por el hombre (no por su

madre) no atienden a sus crías, las ignoran o las tratan de forma inadecuada. Recuerdo la foto de una gorila que, en

vez de tomar a su hijo en su regazo, se lo ponía por sombrero. Una orangutana, en vez de ponerse a su cría al pecho,

la besaba en la boca; parecía muy sorprendida de que el método no funcionase. Muchas veces no queda más

remedio que separar a la cría de la madre y criarla artificialmente. Estos hechos admiten dos posibles explicaciones:

una, que las hembras que no han tenido la oportunidad de ver a otras madres criando no han podido aprender por

observación; otra, que las hembras que no han tenido una relación afectiva normal con su madre tienen trastornos

afectivos, y no son capaces de mantener una relación normal con sus hijos. Posiblemente haya un poco de todo. En

algunos zoológicos han recurrido a pasar vídeos educativos a las monas embarazadas, o a pedir a madres humanas

que vayan a dar el pecho a sus hijos delante de la jaula.

La higiene

No es necesario lavarse el pecho ni antes ni después de las tomas, a no ser que se haya arrastrado desnuda por

el suelo o algo parecido. No es necesario lavarlo con agua y jabón, ni con agua sola. Ya se limpia suficiente cuando

usted se ducha (y tampoco conviene frotar mucho el pezón con la esponja).

Después de la toma, basta con secarlo un poco si está lleno de babas.

El exceso de jabón puede eliminar las sustancias protectoras naturales, y probablemente favorece las grietas.

La frecuencia y duración de las tomas

Probablemente ya ha oído usted decir, en alguna ocasión, que el pecho se da a demanda. Pero es fácil que se lo

hayan explicado mal.

Resulta muy difícil erradicar de nuestra cultura esa obsesión colectiva con los horarios de las tomas. Parece que

sea algo de toda la vida. Algunos, al oír hablar de lactancia a demanda, piensan que es un nuevo invento de los

hippies, y que con semejante desmadre vamos a criar a una generación de salvajes indisciplinados. Pero es justo al

revés; la lactancia a demanda es la de toda la vida, y los horarios son el invento moderno. Es cierto que algún médico

romano ya había hablado de horarios, pero fue un caso aislado y en aquel tiempo las madres no le preguntaban al

médico cómo había que dar el pecho. Prácticamente todos los médicos hasta el siglo XVIII recomendaban la lactancia

a demanda (o no recomendaban nada, porque, como la lactancia no es una enfermedad, los médicos tampoco se

ocupaban mucho del tema). Sólo a principios del siglo xx empezaron casi todos los médicos a recomendar un horario;

y aún entonces pocas madres lo seguían, porque no había seguridad social y

los pobres no iban al médico si no

estaban muy enfermos. Sólo cuando las visitas al pediatra empezaron a convertirse en una ceremonia regular, a

mediados del siglo pasado, empezaron las madres a intentar seguir un horario, con pésimos resultados.

Pensemos un poco. Hasta hace unos ochenta años, sólo los ricos tenían reloj de pulsera. Hasta hace dos siglos,

muy poca gente tenía reloj en casa, había que orientarse por las campanadas de la iglesia. Hace seis siglos, los

relojes eran de sol, y la mayor parte de la gente no había visto uno o no sabía interpretarlo. ¿Le parece que se pueden

contar diez minutos cada cuatro horas con un reloj de sol? Los soldados romanos, los vikingos, los marineros de

Colón, todos habían tomado el pecho a demanda; ¿le parece que estaban enmadrados y consentidos?

Mucha gente (madres, familiares, médicos o enfermeras) lee u oye lo de a demanda y piensa: «Sí, claro, no hay

que ser rígidos con las tres horas; si llora un cuarto de hora antes, se le puede dar; o si está dormido no hace falta

despertarlo en seguida». O bien: «Sí, claro, a demanda, lo que yo siempre he dicho, nunca antes de dos horas y

media ni más tarde de cuatro».

Todo eso no es a demanda; son sólo horarios flexibles, que desde luego no son tan malos como los horarios

rígidos, pero que siguen causando problemas. A demanda significa en cualquier momento, sin mirar el reloj, sin

pensar en el tiempo, tanto si el bebé ha mamado hace cinco horas como si ha mamado hace cinco minutos.

Pero ¿cómo puede volver a tener hambre a los cinco minutos? Imagine que está criando a su hijo con biberón.

Suele tomarse 150 mililitros; y, de pronto, una tarde, el niño sólo toma 70. Si a los cinco minutos parece que tiene

hambre, ¿le dará los 80 que quedan, o le dirá: «No puedes tener hambre, sólo hace cinco minutos que tomaste el

biberón»? Estoy seguro de que todas las madres le darían el resto del biberón sin dudarlo ni un momento; de hecho,

muchas pasarían más de una hora intentando enchufarle el biberón cada cinco minutos.

Pues bien, si un niño suelta el pecho y al cabo de cinco minutos parece que tiene hambre, puede que sólo haya

tomado la mitad. A lo mejor había tragado aire y se sentía incómodo, y ahora ha eructado y ya puede seguir mamando.

A lo mejor se distrajo viendo volar una mosca, y ahora la mosca se ha ido y se da cuenta de que aún tiene hambre. A

lo mejor se equivocó, pensó que ya había comido suficiente y ahora ha cambiado de opinión. En cualquier caso, sólo

ese niño, en ese momento, puede decidir si necesita mamar o no. Un experto que escribió un libro en su casa el año

pasado o hace un siglo, o la pediatra que visitó al niño el jueves pasado y le recomendó un horario, no podían saber si

su hijo hoy, a las 14.25 de la tarde, iba a tener hambre. Eso sería atribuirles poderes sobrenaturales. Si conoce a

alguien capaz de predecir a qué hora tendrá hambre su hijo, no pierda el tiempo preguntándole una cosa tan inútil;

mejor pregúntele qué número saldrá premiado en la lotería.

¿No le sentará mal comer tan seguido? ¿No hay que esperar a que se vacíe el estómago, no tiene el sistema

digestivo que descansar? Pues claro que no.

Lo del descanso digestivo lo he oído recomendar con auténtico entusiasmo.

Oyendo a algunos, cualquiera diría que el estómago se va a recalentar y explotar. ¿Y el corazón, cuándo

descansa? ¿Y los pulmones, el hígado, los riñones? No hay ni un solo órgano en nuestro cuerpo que necesite

descansar, antes bien, más nos vale que no descansen nunca. No descansa ni el cerebro (de noche soñamos, y en

todo caso el cerebro sigue controlando todo el organismo), ni los músculos (nos movemos en sueños). ¿Por qué iba a

rever que descansar precisamente el estómago?

Y lo de vaciar el estómago también es otra creencia absurda, por desgracia muy extendida entre los pediatras.

Los pediatras no estudian en los centros de salud, sino en los hospitales. Pasan cuatro años estudiando la

especialidad, pero en general no salen del hospital. Eso significa que han visto muchas meningitis y muchas

tuberculosis, pero pocos niños resfriados y casi ningún niño sano. Su formación sobre alimentación infantil es

puramente teórica; cuando un bebé ingresa en el hospital sólo hay que apuntar

en las órdenes «dieta normal para su edad» y en la cocina ya saben lo que tienen que hacer.

La única vez que al pediatra del hospital se le exige ocuparse personalmente de la alimentación de un niño es la temporada que pasa con los prematuros.

Comprenderá que darle de comer a un prematuro, especialmente a un gran prematuro (es decir, a uno muy pequeño, de menos de un kilo), no es cosa fácil. Hay que calcular exactamente cuántos mililitros de leche hay que

darle cada cuántas horas, y no se le puede dar ni uno más. Los más pequeños no pueden succionar, hay que

ponerles una sonda nasogástrica. Y a veces su tubo digestivo todavía no funciona (al fin y al cabo, tendría que estar

todavía dentro de la barriga de mamá, y allí no hace falta comer). Al principio, antes de darle la leche hay que aspirar

por la sonda para comprobar si hay todavía leche retenida en el estómago de la toma anterior. La retención excesiva

es mala señal, y seguir metiendo leche cuando el estómago no se vacía normalmente puede ser peligrosísimo. Por

desgracia, algunos pediatras olvidan que esto es un problema específico de los grandes prematuros, y salen con la

idea de que no se puede comer hasta que el estómago está vacío.

Pero, en el mejor de los casos, el estómago sólo está vacío al tomar el primer sorbo. Después de un minuto, el

bebé ya no tiene el estómago vacío.

Cuando comemos el segundo plato, el estómago no está vacío. Lo tenemos lleno de sopa, o de ensalada, o de

macarrones, ¿cómo nos atrevemos a echarle un bistec? Cuando un niño toma un pecho, hace el eructo (o no lo hace)

y se pone a mamar del segundo pecho, sólo hace un minuto que acabó de mamar. Si se puede mamar al cabo de un

minuto sin ningún peligro, ¿por qué no se va a poder mamar al cabo de cinco o quince minutos, de media hora o de

hora y media?

Y si en realidad no tenía hambre, si lloraba por otra cosa, ¿no le sentará mal volver a mamar? Claro que no.

Primero, el pecho no sólo se toma por hambre, sino por otros motivos. Segundo, si no quiere mamar; no mamará. La

manera más sencilla de saber si un bebé quiere mamar o no, es ofrecerle el pecho a ver qué pasa.

¿Y el tiempo máximo? ¿Hay que despertarle? ¿Cuántas horas puede estar sin mamar? En principio, las que

quiera. A un niño sano, que engorda normalmente, no hace falta despertarle. Ya mamará cuando tenga hambre. El

estar unas horas sin mamar no le va a producir una hipoglucemia. De hecho, hace unas décadas era obligatorio que

estuvieran ocho horas sin mamar cada noche; curiosamente ahora a algunas madres les dicen que es obligatorio

despertarles cada cuatro horas.

Es distinto el caso de un bebé que está enfermo o no aumenta normalmente de peso. Un niño puede estar tan

débil que no tiene fuerza para pedir el pecho.

En esos casos, hay que ofrecer el pecho más a menudo. Eso también puede aplicarse a los recién nacidos,

véase página 89.

Cuando el bebé duerme demasiado, muchas veces no hace falta despertarlo, sino estar atentos a sus señales de

hambre. A dentando no significa darle el pecho cada vez que llora. Por una parte, los niños pueden llorar por muchos

motivos; si está claro que llora por otra cosa, no hace falta darle el pecho (pero en caso de duda, decíamos, lo más

fácil es darle por si acaso. Y muchas veces, aunque lloren por miedo, dolor o lo que sea, el pecho es la mejor manera

de calmarlos). Por otra parte, el llanto es un signo tardío de hambre. Si un adulto estuviera tres o cuatro días sin comer,

probablemente también lloraría de hambre. Pero comemos mucho antes de llegar a ese punto, ¿verdad? Desde que

un niño mayor tiene hambre hasta que llora pueden pasar varias horas. Desde que un bebé tiene hambre hasta que

llora pueden pasar unos minutos, o incluso algo más, dependiendo del carácter del niño. Pero es raro que, nada más

sentir hambre, ya se ponga a llorar. Antes de eso habrá mostrado signos precoces de hambre: un cambio en el nivel de

actividad (despertarse, moverse), movimientos con la boca, movimientos de búsqueda con la cabeza, ruiditos, llevarse

las manitas a la boca... es entonces cuando hay que ponerlos al pecho, no esperar a que lloren. Si un niño que está

débil porque ha perdido peso está solo en su habitación, fuera de la vista de sus padres, es probable que dé estas

señales, nadie se entere y se vuelva a dormir por agotamiento. Más vale tenerlo todo el rato al lado, o mejor en brazos,

para poder darle el pecho en seguida.

Un comentario como de pasada. ¿Por qué los niños, cuando quieren mamar, abren la boquita y mueven la

cabeza para los lados? ¿Es un gesto, una manera de comunicarse? Creo que no. Durante millones de años, los

bebés han estado todo el rato en brazos de su madre. Aunque muchas culturas llevan a los niños a la espalda, eso no

fue posible hasta que nuestros antepasados aprendieron a tejer telas o cuerdas. Antes de eso, había que sujetarlos

con un brazo, y por tanto no estaban a la espalda, sino por delante. Y la madre iba desnuda. Dormidos o despiertos, el

pezón estaba siempre a unos centímetros de su boquita. Cuando buscaban el pecho, normalmente lo encontraban.

No es un gesto, no están haciendo como si buscasen, están realmente buscando.

Dar el pecho a demanda no significa que mame lo que mame el niño, siempre sea normal. También el azúcar en

la sangre o la presión arterial son a demanda; es decir, cada persona tiene la que tiene. Pero no todas las cifras son

normales; si la presión es demasiado alta, estamos ante una enfermedad. Un médico no puede decirle al paciente:

«¿Qué hace usted con la presión tan alta? ¿No le dije que la tenía que tener más baja? A partir de ahora, no pase

nunca de 14/9». El paciente no ha elegido tener la presión alta, no depende de su voluntad. Lo que tiene que hacer el

médico es recomendarle un tratamiento adecuado, y entonces la presión bajará.

Pues bien, también existen unos valores normales para la duración y la frecuencia de las tomas. Para saber

cuáles son los valores normales para una especie de mamífero, bastaría con observar a un número suficiente de

hembras con sus crías. (Sorprendente, ¿verdad? Los zoólogos y los veterinarios dejan que las madres y sus crías

hagan lo que quieran, y deciden que eso es lo normal. Nunca se les ocurrió escribir en un libro: «Las jirafas tienen que

mamar doce minutos cada cinco horas» y luego ir a convencer a las mamás jirafa para que obedezcan. Eso sólo ha

ocurrido en la especie humana.) Por supuesto, ninguna especie da el pecho siguiendo el reloj, pero hay una pauta; si

sabemos que las crías de gamsina maman de tres a cinco veces al día, una que mame seis veces puede ser

simplemente rarilla; pero una que mama 14 veces no es normal.

El problema es que no sabemos cuáles son los valores normales en el ser humano. Porque el ser humano ya no

existe en estado salvaje, todos vivimos en sociedades, en civilizaciones, con nuestras creencias y nuestras normas.

Las españolas, hace treinta años, daban el pecho diez minutos cada cuatro horas.

No hacían lo que querían, lo normal, sino lo que les habían indicado el médico

o el libro. Si en el Alto Orinoco hay

una tribu que da el pecho cinco minutos cada hora y media, ¿es eso lo natural, o es lo que recomienda el hechicero

de esa tribu? Así que en el ser humano no basta, como en los animales, con la observación para establecer los

valores normales de la lactancia. Hay que usar también un criterio de eficacia: si a las madres que lo hacen así les

funciona, habrá que admitir que, si no es lo normal, como mínimo es compatible con nuestras necesidades.

En Occidente, los niños que maman a demanda suelen hacerlo, al principio, unas diez veces en veinticuatro

horas (la mayoría entre ocho y doce, algunos unas pocas más o unas pocas menos), irregularmente repartirlas.

Suelen hacer salvas: maman dos o tres veces bastante juntas, luego duermen un rato más largo... Los recién nacidos,

como todavía no saben mamar, a veces están quince o veinte minutos o más en un pecho; pero a medida que le

cogen el tranquillo van cada vez más deprisa, y hacia los tres meses muchos maman en cinco o siete minutos, o

incluso en dos. Las diez tomas al día, más o menos, se mantienen durante todo el primer año y parte del segundo.

Llega un momento en que el niño va mamando cada vez menos, una o dos veces al día; pero hacia los dos o tres

años suele haber una especie de frenesí, los niños maman a todas horas, incluso cada quince minutos (no las 24

horas, por supuesto. Maman muy seguido durante un rato, y luego están varias

horas sin mamar). Parece como si

jugasen a mamar. Familiares y amigos, siempre tan amables, suelen aprovechar para minar tu moral con el típico: «Ya

te digo yo que este niño lo que tiene es vicio; se casara y tendrás que ir a la iglesia a darle la teta». (Uno de los

factores que hace que los niños de esa edad se pongan a mamar todo el rato puede ser el estar con personas

extrañas... así que los familiares y amigos tienen sobradas oportunidades de observar el fenómeno.) Tranquila, es la

traca final; tras unas semanas (o meses) de vorágine, algunos niños se destetan casi de golpe, y otros mantienen una

lactancia casi testimonial (una o dos tomas al día) durante unos años más.

En otras culturas, los niños maman mucho más a menudo. El récord del mundo parecen tenerlo los Kung o

bosquimanos del Kalahari, que maman unas seis veces por hora durante el día, pero cada toma sólo dura como

media unos noventa segundos. Para que se haga una idea, los antropólogos se dedicaban a observar durante

periodos de quince minutos a los niños menores de dos años con sus madres, para anotar lo que hacían. Sólo en un

25% de las observaciones el niño estuvo los quince minutos sin mamar. Los menores de tres años siempre mamaban

por la noche. Sin llegar a esas cifras, los pueblos tradicionales de África, Asia o América suelen dar el pecho más a

menudo que las madres occidentales.

De modo que podríamos decir que hay dos patrones de lactancia que funcionan en el ser humano: pocas tomas

(es decir, sólo unas diez al día) pero relativamente largas, o muchas tomas pero más cortas. Con todas las variedades

intermedias. Lo que no es normal, ni aquí ni en el Kalahari, es que haya muchas tomas y muy largas, que el niño esté

colgado del pecho. Eso, habitualmente, indica que la posición no es correcta, como veremos más adelante.

Incluso dentro de Europa hay diferencias. En un estudio multinacional sobre crecimiento de los niños, observaron

con sorpresa que el número medio de tomas al día a los dos meses iba desde 5, 7 en Rostock (Alemania) hasta 8, 5

en Oporto, pasando por 6, 5 en Madrid o 7, 2 en Barcelona. Mujeres de cultura muy similar, que supuestamente están

dando el pecho a demanda. ¿Cómo es posible que los niños demanden más teta en un país que en otro?

La respuesta es sencilla, pero inquietante. Resulta que la lactancia a demanda, el concepto en torno al cual gira

este libro y cualquier libro moderno sobre el tema, en realidad no existe. No existe porque los bebés no saben hablar.

Si los bebés hablaran, un observador imparcial podría certificar: «En efecto, esta madre está dando el pecho a

demanda»; o bien «esta madre no da el pecho a demanda, porque a las 11.23 la niña dijo: "Mamá, teta", y a las 11.41

volvió a pedir, pero no le dio el pecho hasta que lo pidió por tercera vez, a las 11.57». Como los niños no hablan,

queda a discreción de la madre el decidir cuándo está demandando y cuándo no. Dos niños lloran, una madre le da

teta en seguida y la otra mira el reloj y dice: «Hambre no será, porque no hace ni hora y media que manió, deben de

ser los dientes», y le da un aro de goma para morder. Dos niños mueven la cabeza y la boquita, buscando; una madre

se lo pone al pecho en seguida y la otra ni se entera porque el niño estaba en la cuna y la madre no miraba. Dos niños

dicen «ajo»; una madre piensa: «Huy, ya se ha despertado», y se lo pone al pecho, y la otra se lo mida embelesada y

exclama: «¡Qué mono, ya dice "ajo"!».

Muchas madres occidentales han oído decir que «a medida que crezca aguantará cada vez más entre toma y

toma». Y la profecía se cumple; las madres que están convencidas de que «aguantará cada vez más» tienen cada vez

más tendencia a desoír la demanda de su hijo o a interpretarla como otra cosa (frío, calor, dolor, cólicos, dientes,

aburrimiento... lo que sea menos ganas de pecho). Sus hijos, efectivamente, maman cada vez menos, y antes del año

están destetados.

Pero está comprobado que, cuando la madre descarta ese mito y de verdad intenta dar el pecho a demanda, el

niño sigue demandando lo mismo. Sí, desde luego, llega un momento en que el número de tomas disminuye; pero eso

no suele ocurrir a los tres meses, sino más bien al año y medio.

En nuestra sociedad, los diez minutos y las tres horas han calado tan hondo que probablemente casi todas las

madres, incluso las más entusiastas de la lactancia, han intentado alguna vez que el niño aguante un poco más entre

toma y toma, o que siga mamando un poco más cuando lo suelta a los dos minutos. Tal vez, si les dejasen, los niños

no mamarían diez veces, sino 15, o 20, o más.

Tal vez ese periodo que he descrito como traca final en que los niños maman a todas horas dura sólo unas

semanas porque todas las madres intentan que no dure, porque el niño advierte la preocupación y desasosiego de su

madre y se rinde; tal vez si la madre lo aceptase encantada el niño seguiría así durante meses y años.

Tal vez no hay tantas diferencias entre los bosquimanos y nosotros. Como los Kung suelen dar el pecho unos

cuatro años, cuando los antropólogos se dedicaron a contar el número de tomas igual no vieron muchos recién

nacidos, sino sobre todo niños de dos o tres años. A lo mejor, los recién nacidos Kung no maman seis veces por hora,

sino bastante menos. A lo mejor, sus madres están tan acostumbradas a dar el pecho muy a menudo a un niño de

dos, tres o cuatro años que cuando tienen otro bebé se extrañan de que mame tan poco, y hacen todo lo posible para

darle el pecho más veces, justo al revés que las madres de aquí. Igual influye el calor del desierto, y los bebés

bosquimanos necesitan ir tomando sorbitos de leche a cada rato.

Por último, recordar que a demanda no sólo significa cuando el bebé quiere, sino también cuando la madre

quiere. Por supuesto, las necesidades de un recién nacido son absolutamente prioritarias. Pero, a medida que el niño

crece, cada vez tiene su madre más posibilidades de meter baza y decidir cuándo da el pecho y cuándo no. Desde

luego, un horario rígido es inadecuado a cualquier edad, y siempre conviene que el niño decida la mayoría de las

tomas.

Pero tampoco pasa nada por adelantar o retrasar un poco alguna de las tontas.

Por ejemplo, si su hijo de tres meses le pide pecho en plena calle, puede dárselo al momento; pero también

puede distraerlo un rato y darle el pecho al volver a casa. A los cinco meses, la madre que sigue un horario no puede

ir al cine a las siete porque a su hijo le toca a las ocho. La madre que da el pecho a demanda, en cambio, puede darle

el pecho a las seis, intentar darle un poco más a las seis y media, dejar al niño con la abuela y ver la película

tranquilamente. Y si a las ocho menos cuarto el niño protesta, la abuela lo entretiene como buenamente puede, que

mamá volverá en media hora le dará tetita.

Así que, contrariamente a lo que mucha gente piensa, la lactancia a demanda no es una esclavitud, sino una

liberación para la madre. La mayoría de las veces puede hacer lo que quiere su hijo, con lo que el niño está contento y

no llora, y por tanto la madre también está contenta y tampoco llora. Y de vez en cuando puede hacer lo que ella

quiere, que tampoco está mal. La esclavitud es el reloj. Tener que dar vueltas arriba y abajo, llorando con un niño que

llora durante quince minutos, o durante dos horas, porque «aún no le toca». Tener que intentar despertar a un niño

que duerme como un tronco, porque «ya le toca». Tener que explicarle a la peluquera: «A las 5.30 me va muy mal.

¿No me puede dar hora para las 6.30? Es que a las seis le toca una roma...».

Konner M. Nursing frequency and birth spacing in!Kung huntengatherers. IPPF

Med Boll 1978;15, 1-3

Man, E van't Hof MA, 1-laschke E The mother-infant relationship, Who controls breastfeeding frequency? Lancet.:

1999;3531152

La posición, clave del éxito

El niño no chupa el pecho succionando, haciendo el vacío, como se chupa un refresco con una pajita; sino que lo

ordeña o exprime, apretando con la lengua los senos galactóforos en los que se ha acumulado la leche por efecto de

la oxitocina.

Para poder mamar, por tanto, hace falta que los senos galactóforos estén dentro de la boca, y que la lengua esté

debajo.

Se han hecho ecografías de la boca de un niño mientras mama. La figura 3

muestra que la areola se alarga y

ocupa, junto con el pezón, toda la cavidad bucal. La punta de la lengua está sobre las encías, a veces incluso sobre

el labio inferior, por debajo de la areola. La lengua se mueve hacia arriba y luego hacia atrás, exprimiendo así la leche

acumulada en los conductos. En realidad, la lengua no se desplaza físicamente, sino que una onda de presión la

recorre desde la punta hasta la base. No hay, por tanto, rozamiento entre la lengua y el pecho. A medida que la onda

de presión se desplaza hacia el pezón, los conductos quedan vacíos, y por tanto la presión en su interior es muy, baja.

Como la presión en los acinos mamarios es alta (por efecto de la oxitocina), la leche vuelve a llenar los senos

galactóforos, para que la lengua los pueda volver a exprimir. Tras uno o varios movimientos de la lengua, se acumula

en la garganta suficiente cantidad de leche para desencadenar el reflejo de deglución, y el bebé traga.

Cuando mama, el bebé tiene la boca muy abierta, el pecho metido hasta el fondo, los labios evertidos (es decir, el

labio superior doblado hacia arriba y el inferior doblado hacia abajo). La nariz está cerca del pecho. El mentón suele

tocar el pecho. A veces, la mejilla también toca el pecho, de forma que ni siquiera se ven los labios. Las mejillas no se

hundeen, sino que abomban rítmicamente (mamar insisto, no es como chupar por una pajita, sino como masticar). Al

comenzar a mamar, el bebé suele mover rápidamente los labios,

probablemente para estimular el pezón y que se

produzca más oxitocina. Pero pronto cambia el ritmo de succión, y los movimientos rápidos alrededor de la boca dejan

paso a otros movimientos más lentos y más amplios de la mandíbula.

Se puede ver cómo se mueve el ángulo de la mandíbula y la oreja, y cómo se contraen los músculos temporales,

a los lados del cráneo.

Consecuencias de una mala posición

Cuando el bebé está mal colocado, y en vez de abarcar un buen pedazo de pecho chupa sólo el pezón, se

produce una cascada de síntomas:

1. Mejillas hundidas

Como no puede apretar el pecho con la lengua, se ve obligado a succionar haciendo el vacío.

2. Dolor y grietas

El bebé ejerce una fuerza mayor sobre una superficie menor (sólo el pezón), y por tanto una presión mayor. La

madre nota dolor durante la toma, y en pocos días puede sufrir grietas.

3. Tomas muy largas, no suelta el pecho

Hacer el vacío es una forma poco eficaz de mamar y el bebé necesita mucho más tiempo. Típicamente, la madre

exclama: «Media hora o tres cuartos en cada pecho, y porque yo lo saco, que si no seguiría».

Cuando mama bien, el bebé suelta el pecho espontáneamente al acabar sea a los dos minutos o a los veinte

(según su edad). Incluso cuando la madre dice: «Se duerme al pecho, normalmente lo que quiere decir es que suelta

el pecho y se duerme. Si un niño, de forma ocasional, se queda dormido con el pecho en la boca y hay que sacárselo,

pues bueno, cosas que pasan. Pero si eso lo hace en casi cada toma, casi siempre es porque mama en posición

inadecuada (o porque por otro motivo, como debilidad general o problemas con la lengua, no puede mamar bien).

4. Se queda con hambre

A pesar de estar más de media hora, se le nota intranquilo, quejoso, insatisfecho.

5. Mama muy a menudo

Y, como se ha quedado con hambre, al cabo de poco rato vuelve a pedir. La madre se queja de que lo tiene «todo

el día enganchado». Es normal que un bebé pase unas horas del día (habitualmente las tardes) o unos días

esporádicos pidiendo pecho más a menudo de lo habitual; y también es normal que haga muchas tornas pero muy

cortas, de uno o dos minutos. Pero muchas tomas y muy largas; mamar inedia hora o tres cuartos y al cabo de unos

minutos volver a empezar, y así todo el día, suelen indicar una mala posición.

6. Pechos llenos, ingurgitación, mastitis

En los casos extremos, si un niño no mama prácticamente nada, la producción

de leche se va inhibiendo y el

pecho se queda vacío. Pero cuando el niño mama mal pero va mamando, es más probable que el pecho quede

demasiado lleno.

Aparentemente, el pecho es capaz de diferenciar cuándo un niño mama bien, pero poco (cuando ya es mayor y

está conteniendo otras cosas) y cuándo mama poco porque mama mal. En el primer caso, el pecho produce menos

leche. Pero en el segundo se pone en marcha un mecanismo de seguridad. Porque a la naturaleza no le gusta que los

niños se mueran de hambre; no es cosa de que un bebé se quede en los huesos sólo porque tiene el labio un

centímetro más acá o más allá.

Cuando el pecho nota que el bebé no está mamando de forma eficaz, empieza a fabricar más leche del

principio, al tiempo que la hipófisis fabrica más oxitocina para que esa leche salga disparada. Podríamos decir,

simplificando mucho, que la leche del principio, aguada, es la que gotea sola, y la leche del final, rica en grasas, es la

que el bebé saca citando mama correctamente.

Como el bebé no puede sacar bien la leche, el pecho se la sirve en bandeja.

Este mecanismo de seguridad permite que el bebé vaya tirando, pero con dificultades. Entre el pecho que fabrica

demasiada leche y el bebé que no mama bien, el resultado son los pechos siempre llenos, tal vez dolorosamente

llenos, y a veces incluso una mastitis.

7. Reflejo de eyección exagerado

Decíamos que las madres suelen notar el golpe de leche al comienzo de la toma, sobre todo en los primeros

meses (pág. 26). Pues bien, cuando el niño mama en mala posición la madre suele notar esa bajada de la leche muy

fuerte y varias veces en cada toma. La leche puede salir literalmente a chorro. El bebé, más que mamar, está

esperando a que la leche, que sale sola por efecto de la oxitocina, le caiga en la boca. Por eso tarda tanto tiempo. En

algunos libros, sobre todo americanos, se menciona un supuesto exceso de oxitocina como si fuera una enfermedad

específica. Supuestamente, cuando la hipófisis de la madre produce un exceso de oxitocina, la leche sale a chorro, el

niño se atraganta, y al cabo de un tiempo, frustrado por tan molesta experiencia, acaba rechazando el pecho. Como

tratamiento recomiendan sacarse a mano un poco de leche antes de la toma, para que el primer chorro más fuerte no

caiga en la boca del niño, o dar el pecho estirada en la cama boca arriba, para que la leche vaya contra la gravedad.

Tal vez exista alguna mujer con exceso de oxitocina, lo mismo que hay mujeres con hipertiroidismo; pero muchos

estamos convencidos de que eso es muy raro, y que muchos de los problemas atribuidos a un exceso de entusiasmo

de la hipófisis se deben en realidad a la mala posición. Colocando al niño en posición correcta, puede mamar

eficazmente, y la madre ya no se ve obligada a producir un exceso de oxitocina.

8. Vómitos y regurgitaciones

Todos los niños vomitan, y unos más que otros. Es algo normal, y se les va pasando hacia el año. Pero el que

mama en mala postura está tomando más volumen de leche diluida, en vez de tomar la leche del final, más

concentrada.

Puede ser que simplemente no le quepa en el estómago. Regurgita y vomita en abundancia.

9. Diarrea

Al tomar más leche del principio, consume menos grasa pero más lactosa de lo habitual. Esto puede producir una

sobrecarga relativa de lactosa. No es que el niño tenga intolerancia a la lactosa; el niño está bien y podría tolerar una

cantidad normal de lactosa. Pero hay tanta que no puede digerirla toda. La lactosa no digerida llega al intestino

grueso, dotarle las bacterias se la comen, produciendo gases y ácido láctico. Las cacas son más líquidas (más aún,

porque en un niño de pecho siempre son líquidas) y más ácidas, y eso le escuece el culito si no le cambian rápido el

pañal.

10. Llanto y cólico

A nuestro héroe no le falta motivo para llorar. Tiene hambre. Está cansado. Su madre le pone mala cara, porque

le duelen los pezones. Puede tragar aire al mamar, porque los labios mal colocados no cierran herméticamente. Las

bacterias producen gas a partir de la lactosa no digerida, y se nota pesado.

Le escuece el culito.

11. ¿Y el peso?

Pues depende. Si la madre intenta darle diez minutos cada cuatro horas, evidentemente no va a engordar casi

nada. Con eso no tiene ni para empezar.

Pero si la madre le da el pecho a demanda, mañana, tarde y noche, si lo tiene todo el día enganchado, es posible

que el niño engorde lo suficiente. O incluso, en raros casos, puede que engorde demasiado. Al tomar poca grasa, no

tiene sensación de saciedad; incluso cuando ya ha tomado suficientes calorías, puede seguir sintiendo hambre.

Algunos niños engordan como fieras, a pesar de estar mamando en mala posición.

Este detalle es importante. No basta con el peso para valorar la lactancia, no podemos decir: «El niño engorda,

así que todo va bien». Si, para que el niño engorde, la madre ha de estar día y noche dando el pecho, aguantándose

el dolor de las grietas y de la ingurgitación, y el niño ha de pasar el tiempo mamando, llorando y vomitando, es que la

lactancia no va bien. La lactancia va bien cuando, además de engordar, el niño está feliz y su madre también.

La posición en el pecho no es una cuestión de todo o nada. Hay toda una gama

de posibilidades, desde el que

está perfectamente agarrado hasta el que está fatal. Por tanto, no todos los niños presentan todos los síntomas

anteriores, o los presentan en la misma intensidad. Casi siempre se observan al menos las tomas muy largas y el

dolor en los pezones. Puede que haya habido grietas, pero ahora sólo quede el dolor; a medida que el niño crece,

crece también su boca y le cabe mejor el pecho, y entre eso y la experiencia parece que los síntomas de la mala

posición tienden a mejorar.

Una amplia gama de posibilidades implica que la frontera entre lo normal y lo anormal es borrosa. Chloe Fisher

es una comadrona de Oxford, tal vez la persona que más sabe sobre la posición para mamar. Le preguntaron cuál era

el límite, hasta cuándo se puede considerar normal que dure una toma (¿cómo nos gustaría tenerlo todo bien

organizado, poder decir: «Diecisiete minutos es normal, dieciocho minutos es demasiado!»). Contestó: «Lo normal es

lo que la madre acepte». Si la madre está disfrutando con la lactancia y el niño también, si dar el pecho es el mejor

momento del día, un momento de calma y reposo, ¿qué importa que mame dieciocho minutos? Para otra madre, en

cambio, la situación puede ser molesta. Tal vez le duelan los pezones, o el niño llore todo el rato, o simplemente

puede que tenga otros hijos u otras actividades, o que dedicar tanto tiempo a dar el pecho la haga sentirse atada y

agobiada. En esos casos, bueno es saber que un pequeño cambio en la posición del bebé puede ayudarla.

Cómo conseguir una posición adecuada

Hemos visto que, para mamar eficazmente, el bebé tiene que tener un buen pedazo de pecho dentro de la boca, y

la lengua debajo. Hace años decíamos a las madres: «Que el niño no agarre sólo el pezón, sino toda la areola». Pero

había un problema. La madre sólo ve el pecho por encima, no sabe lo que ocurre en la parte de abajo. Al intentar

meterle la parte superior de la areola en la boca, a veces se le salía por debajo. El pezón quedaba demasiado cerca

del labio inferior, y no había espacio para colocar la lengua y mamar.

No se trata, pues, de abarcar toda la areola, sino de abarcar un buen pedazo de pecho, y que el pezón esté en la

parte superior de la boca. Entre el pezón y el labio inferior ha de haber espacio suficiente para poner la lengua (fig.

3).

Para ello, conviene acercar al niño al pecho con el pezón a la altura de la nariz. Si se le pone el pezón a la altura

de la boca, es posible, desde luego, que mame correctamente. Pero también es fácil que el pezón quede en el centro

o incluso en la parte baja de la boca, y no pueda colocar la lengua.

Figura 3. El bebé abarca gran parte de la areola (en color gris claro) y la exprime con la lengua

En cambio, si el pezón está a la altura de la nariz, cuando el niño abra la boca

seguro que habrá espacio

suficiente para la lengua (fig. 4).

La posición del resto del cuerpo es importante, pero secundaria. Al cabo de unos meses, los niños suelen tener

tal habilidad que son capaces de mamar en casi cualquier posición. Mientras la boca esté en su sitio, tanto da dónde

esté el resto del cuerpo. Pero, claro, existen posiciones en que es más fácil o más difícil colocar la boca en su sitio.

Los recién nacidos, sobre todo, tienen serias dificultades para mamar si la posición del cuerpo no es adecuada.

En la situación ideal, el cuello está recto en prolongación del tronco, o más bien, ligeramente inclinado hacia

atrás. En otras posiciones es difícil mamar, y en el caso extremo casi no se puede ni tragar. Si no lo cree, haga la

prueba con un vaso de agua, e intente beber con el cuello doblado (mentón tocando el esternón), extendido (mirando

las estrellas), girado (mentón tocando el hombro) o ladeado (oreja tocando el hombro).

En la mayoría de los casos, no es necesario ni conveniente sujetar el pecho mientras el niño mama; en vez de

mover el pecho para llevarlo a donde está el niño, es mejor mover al niño para llevarlo a donde está el pecho. Sujetar

el pecho puede causar varios problemas: la misma mano puede estorbar, impidiendo que el bebé se acerque lo

bastante al pecho; la presión de los dedos puede comprimir alguno de los conductos impidiendo que salga la leche, y

a la madre no le queda ninguna mano libre.

En algunos casos en que el pecho es muy caído puede que sea más cómodo sujetarlo con la palma de la mano;

no hay necesidad de apretar con el pulgar por encima. La posición en tijera es muy usada, y numerosos cuadros

antiguos atestiguan que las madres la han usado desde siempre. Sin embargo, ha sido denostada por muchos

expertos porque, si se hace mal, con los dedos demasiado cerca del pezón, el niño no tiene sitio para poner la boca.

Si los dedos están lo bastante alejados del pezón, la tijera no causará problemas, aunque tampoco parece que sirva

para nada útil (fig. 5).

A veces es conveniente comprimir un pecho muy voluminoso para que el bebé lo pueda agarrar con más facilidad

(fig. 6), sobre todo en las primeras semanas (cuando tiene la boca más pequeña). Una vez el bebé se ha prendido,

puede soltar el pecho. No olvide comprimir el pecho en la misma dirección que la boca del niño, Wiessinger lo ha

explicado perfectamente con la analogía del sándwich (fig. 7).

Figura 5. Si fuera preciso sujetar el pecho durante la toma, es mejor hacerlo con la palma de la mano (a). Los

dedos en tijera muchas veces tapan la areola e impiden que el bebé se agarre (b), hay que mantenerlos bien

apartados (c).

Figura 6: Un pecho grande y voluminoso se puede comprimir para que al bebé

le sea más fácil agarrarlo

Figura 7. La boca y el sandwich deben estar en el mismo plano

La cabecita debe estar orientada de tal manera que el eje de la cavidad bucal y el eje del pecho estén alineados

(fig. 8). Según la forma del pecho, el cuerpo del bebé deberá estar totalmente de lado, mirando a la madre, o bien algo

inclinado en diagonal. Pero si el cuerpecito está mirando hacia arriba, el bebé no podrá mamar cómodamente. Todo el

cuerpo del bebé debe estar en contacto con el de la madre, rodeándolo como un cinturón; la niña de la figura 9-C está

muy separada de su madre; lo que la obliga a extender demasiado el cuello hacia atrás. A veces se usa la frase:

«Ombligo con ombligo», lo que es una exageración (he visto a algunas madres tomárselo al pie de la letra e intentar

hacer coincidir su ombligo con el del bebé). Basta con ponerlo barriga con barriga.

Figura 8. La cabeza riel bebé apunta en la dirección del pecho.

Figura 9. Para mamar cómodamente, el bebé ha de estar pegado a la madre y encarado hacia ella (a). Las

posiciones b y c son incorrectas; en b, el bebé se ve obligado a girar el cuello; en c, está demasiado separado y se le

escapa el pecho.

En muchos libros, sobre todo americanos, se recomienda sujetar al bebé con una mano en el culito, de modo que

su cabecita repose en el ángulo del codo de la madre. Pero el codo está a un

lado del cuerpo, mientras que el pecho

no está a un lado, sino delante. Sin duda, muchas madres dan el pecho sin problemas con la cabecita en el codo,

habitualmente gracias a que el pecho es grande y blando, y lo pueden orientar hacia el codo, o a que la madre mueve

el brazo hasta poner la cabecita delante del pecho (posición un poco incómoda que puede acabar con un dolor de

hombro). Pero si tanto el pecho como el codo están en su lugar habitual (fig. 10), el bebé se verá obligado a doblar el

cuello para llegar al pecho. Estará incómodo, sólo podrá agarrar el pezón, y tendrá que hacer grandes esfuerzos para

que no se le salga de la boca.

Figura 10. Un bebé mal colocado. Tiene la cabecita en el codo de la madre, y se ve obligado a doblar el cuello

para alcanzar el pecho.

Es mejor sujetar al bebé con la mano en su espalda, de modo que su cabecita repose sobre el antebrazo de la

madre. Otra posibilidad es sostener su cabecita con la otra mano (fig. 11).

Al colocarlo frente al pecho, rozando su bigote con el pezón, el bebé empezará a buscar, moviendo la cabeza y

lameteando. Más de una madre novata, al ver a su hijo moviendo la cabeza de un lado a otro, ha exclamado: ¡Está

diciendo que no! ¡No quiere el pecho!». Si lee usted esto durante el embarazo, o cuando ya lleva semanas o meses

dando el pecho, pensará que exagero... pero agotada tras un largo parto,

insegura y con las hormonas revueltas,

créame, no es tan difícil hundirse por algo así. Recuerde, su hijo no está diciendo que no; el movimiento de la cabeza

de un lado a otro es instintivo, y sirve para encontrar el pezón. Nuestras primas las monjas no llevan a su cría al pecho;

simplemente lo toman en brazos, y la cría se encarga de los detalles.

Antes de mamar, el bebé tiene que asegurarse de que aquello, en efecto, es el pezón. No es cosa de ponerse a

mamar del brazo o de la barriga de mamá; además de no sacar nada de leche, le dejaría un buen moretón. Para

decidirse pone en funcionamiento casi todos los sentidos: ve la areola, toca el pezón con la piel de la cara y luego con

los labios, lo huele y lo lame. Cuando por fin se decide, abre la boca y se lanza a fondo. En ese momento, empújelo

hacia usted con la mano que tiene en su espalda, para que el pecho le quede bien metido en la boca. No le empuje

por la nuca; eso provocaría un reflejo y el bebé echaría la cabeza hacia atrás.

Otras posiciones

Conviene conocer otras posturas para dar el pecho (fig. 12).

- Con los pies hacia atrás (en balón de rugby). Especialmente útil para dar de mamar a la vez a dos gemelos, o si

los pies del bebé le molestan en la cicatriz de la cesárea.

- Estirada en la cama. Imprescindible de noche, y muy cómoda durante el día.

Habitualmente, madre e hijo se ponen de lado, frente a frente. Para darle el

segundo pecho puede inclinarse un

poco más y dárselo desde arriba, o abrazar a su hijo, girar con él y ponerse del otro lado. Si los pechos están muy

lentos, puede resultar más cómodo darle primero el de arriba y luego el de abajo.

- A horcajadas. Muy útil para bebés que han de mamar en posición muy vertical, por ejemplo por una fisura en el paladar.

- La loba romana y otras posturas de fantasía. Lo crea o no, a veces van bien.

Por ejemplo, en caso de obstrucción o mastitis en el pecho, hay que buscar la posición en que la lengua del bebé

queda justo debajo de la zona inflamada. No olvide hacerse una foto de recuerdo.

Figura 12. Otras posiciones (véase texto).

Por qué maman en mala posición

Una vez olvidados los dichos horarios e implantada la lactancia a demanda, la mayor parte de los problemas

con la lactancia son debidos a la mala posición.

¿Cómo es posible que haya tantos niños mal colocados al pecho? Tras leer la larga y tediosa explicación

precedente, uno se ve tentado de decir: «Pues porque es tan difícil que nadie se aclara». Pero no es tan difícil. Todos

los mamíferos maman sin que nadie les explique la posición correcta, y así lo han hecho nuestras antepasadas

durante millones de años.

Este tema me traía preocupado. Tardé años en comprender realmente cuál es la posición correcta, años de leer

libros, ver vídeos y escuchar a expertos.

¿Cómo lo conseguían, entonces, en la cueva de Altamira?

Interferencias tras el parto

Encontré la respuesta en un estudio científico realizado en Suecia en 1990 por Righard y Alade. Comparaban

dos grupos de recién nacidos, unos en contacto piel con piel con su madre desde el nacimiento, y otros separados

temporalmente. A su vez, dentro de cada grupo había madres que habían recibido petidina (un potente analgésico)

durante el parto, y otras que no.

Prácticamente todos los bebés que estaban en contacto con la madre y no estaban bajo los efectos de la petidina

se dirigían ellos solitos hacia el pecho, y se agarraban en posición perfecta. Los movimientos reptantes empezaban

hacia los veinte minutos del parto; y entre los cuarenta y noventa minutos casi todos se ponían a mamar. De los niños

en contacto con la madre, pero bajo los efectos de la analgesia, sólo la mitad mamaron en buena posición, y lo mismo

ocurrió con los que no habían recibido analgesia, pero fueron separados de su madre. Es decir, los niños nacen con el

instinto y la capacidad para buscar el pecho, encontrarlo y mamar correctamente, pero cuando interferimos, ya sea con

la petidina, ya sea separando al niño de la madre, muchos no lo consiguen. Y cuando se juntaban los dos factores, el

resultado era devastador; ni uno solo consiguió mamar en buena posición, y la inmensa mayoría no mamaron, ni bien

ni mal. A las dos horas de nacer no habían tomado el pecho todavía.

Lo más curioso (visto desde España) es cómo definen los suecos en contacto con la madre y separado de la

madre. Los niños del primer grupo, segundos después de nacer, antes de lavarlos o de ponerles gotas en los ojos o

de cualquier otra cosa, se colocaban desnudos sobre el cuerpo desnudo de su madre, y allí se quedaban durante dos

horas. Los del grupo separado, segundos después de nacer, antes de lavarlos o pesarlos o ponerles gotas se

colocaban desnudos sobre el cuerpo desnudo de su madre. Pero a los veinte minutos de nacer los separaban de la

madre, los lavaban y pesaban y a los cuarenta minutos de nacer los volvían a poner desnudos sobre el cuerpo

desnudo de su madre, y allí se quedaban hasta las dos horas. Esa separación de sólo veinte minutos y que ni siquiera

eran los primeros veinte, ya interfería con la capacidad del niño para mamar. ¿Y qué decir entonces de los recién

nacidos que no tocan y a veces no ven a su madre hasta las tres, seis, doce o incluso más horas? Ojalá todos los

niños que nacen en España tuvieran tanto contacto con su madre como los recién nacidos separados en Suecia.

Por cierto, no piense que el detalle del contacto piel con piel es una especie

de ceremonia new age o de terapia

naturista. No se trata de transmitir buenas vibraciones ni energías telúricas. Se transmite calor, en el más estricto

sentido de la palabra. Varios estudios (entre ellos los realizados en España, en el hospital 12 de Octubre de Madrid y

en el Joan XXIII de Tarragona, centros pioneros en estos temas) demuestran que el niño en contacto piel con piel con

su madre mantiene la temperatura normal, o la recupera si se había enfriado.

Los mamíferos somos animales de sangre caliente, necesitamos mantener una temperatura corporal constante.

Para luchar contra el frío tenemos que quemar más azúcar, movilizándolo nuestras reservas, y empleando más oxígeno,

lo que obliga a nuestros pulmones, corazón e hígado a trabajar más deprisa. Para un recién nacido es mucho más

difícil que para un adulto, por lo que están expuestos a sufrir una peligrosa hipotermia.

Los adultos nos abrigamos para no enfriarnos. Pero la ropa no calienta, sólo aísla. Nuestro organismo produce

calor fácilmente, y la ropa impide que ese calor se escape. El mismo abrigo que hace que usted no se enfríe puede

hacer que un bloque de hielo no se derrita. Pero el problema del recién nacido es, precisamente, que le cuesta

producir suficiente calor. Necesita una fuente de calor externa. Dentro del útero, está evidentemente a la misma

temperatura que la madre, unos 37 °C. Si se coloca desnudo sobre el cuerpo desnudo de su madre, seguirán estando

a la misma temperatura, es una ley de la física. La madre es la mejor fuente de calor, eficaz, segura, siempre a la

misma temperatura, sigue calentando aunque corten la luz y el gas, y el niño jamás se quemará en sus brazos. Pero si

ponemos entre madre e hijo una o varias capas de aislante en forma de ropa, el bebé ya no recibirá el calor que

necesita.

Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H et al. Temperature, metabolic

adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr 1992;81:488-493

Gomez Papí A, Baiges Nogues MT, Batiste Fernández MT, Marca Gutiérrez MM, Nieto Jurado A, Cosa

Monasterolo R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. An Esp Pediatr 1998;48:631-3

Documentos de consenso SEGO. Lactancia natural.

www.schering.es/variopublicaciones/documentos_de_consenso_SEGO/html/censo_00/lactancia_lactancia.htm

[Ligueros Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo D, Esqué Ruiz MT, Fernández Lorenzo JR.

Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Anal Pediatr 2001;55:141-5

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wcIbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed.full?inctr1=05Z101>

03 Psev=3 7 2, vol=5539 num=28, pag=141

Confusión entre pezón y tetina

Todo el mundo sabe que cuando los niños se acostumbran al biberón pueden acabar dejando el pecho. Muchas

madres dicen: «Me aborreció el pecho». La explicación más popular es que «como el biberón es más fácil, se vuelven

comodones y no se quieren esforzar con el pecho».

Pero eso no es cierto. El biberón no es más fácil. Varios estudios, tanto en niños prematuros como en bebés con

graves malformaciones cardíacas, demuestran que la frecuencia cardíaca y respiratoria y el nivel de oxígeno en la

sangre se mantienen más estables cuando maman del pecho que cuando toman un biberón. Los niños nacen para

mamar, sus músculos y sus reflejos están especialmente diseñados para ello, mientras que tomar un biberón requiere

un aprendizaje específico.

El problema no es que sea más fácil o más difícil, sino que es distinto. La leche hay que sacarla del pecho,

excepto las pocas gotas que salen solas, y para ello la lengua tiene que empujar rítmicamente hacia atrás. Además de

sacar la leche, este movimiento tiende a introducir el pecho cada vez más en la boca, lo que a su vez permite al bebé

mamar mejor. Del biberón, en cambio, la leche sale sola; el bebé ha de lograr que deje de salir un momento para

poder tragar la que ya tiene en la boca. Con el biberón, la lengua se mueve rítmicamente hacia delante. Este

movimiento tiende a sacar el biberón fuera de la boca. Para impedirlo, todas las tetinas y chupetes del mundo se

ensanchan por la punta, formando una especie de bola que hace de tope.

Detrás del tope, la tetina tiene un estrechamiento, para que el bebé pueda tomar el biberón con la boca casi

cerrada; si abriese tanto la boca como para tomar el pecho, de nada le serviría el tope, y el biberón se le escaparía sin

remedio.

Algunos bebés mayorcitos alternan sin ningún problema pecho y biberón (o chupete), haciendo cada vez los

movimientos precisos con la lengua y los labios. Pero en las primeras semanas son muchos los que se hacen un lío;

si toman bien uno no se aclaran con el otro. Durante los primeros días, muchas madres dicen: «Todo el rato está

pidiendo el pecho, pero no hay manera de que coja el chupete» (todo el rato significa aquí antes de tres horas), y

muchas otras exclaman: «No quiere mamar, y no entiendo qué le pasa, porque todo el rato está chupando el chupete»

(y claro, la típica explicación: «No quiere el pecho porque no sale nada» no es válida; nunca ha salido nada de un

chupete, y bien que lo chupan).

La primera vez que le dan un biberón a un recién nacido (por ejemplo, cuando en medio de la noche alguien

decide darle un biberón para no despertar a la madre), muchas veces no lo quiere. Aparte de que la leche sabe raro y

la tetina también, y está dura y tiene una forma extraña, cuando intenta mamar como si fuera un pecho la leche sale a

tal velocidad que se atraganta. El bebé expulsa la tetina, escupiendo y llorando. Pero la enfermera sigue insistiendo.

La enfermera cariñosa dice: «No es nada, ea ea ea, esta niña tan lista se va a tomar su lechita»; la enfermera

malhumorada dice: «Ya está bien de hacer marranadas, pues qué se habrá creído la niña esta»; pero las dos insisten.

Tras unos segundos de angustia la niña descubre que haciendo así y asao con la lengua ya no se atraganta.

«Muy bien, ¿ves qué fácil?», dice una enfermera;

«¿ves cómo era cuento?», dice la otra.

Horas más tarde, cuando llevan al recién nacido con su madre, piensa lo que más tarde dirá cientos de veces:

«¡Mira, mamá, mira qué sé hacer!». Intenta hacer con el pecho lo que acaba de aprender con el biberón, empujando

con la lengua. Sorpresa y consternación, el pecho se le sale de la boca. Porque los pechos no tienen tope; todos los

pechos del mundo acaban en punta.

«Me rechaza el pecho llorando», dice la atribulada madre. Agotada tras el parto, en pleno huracán hormonal,

presa de la tristeza posparto (más leve pero mucho más frecuente que la depresión), la madre en realidad está

diciendo: «Me rechaza, el pecho, llorando.» Se siente rechazada por su propio hijo; ¿es posible caer más bajo? «No

te preocupes, ya se cogerá», dice la enfermera cariñosa. «Claro, porque no tienes leche», dice la enfermera

malhumorada. Se llevan al bebé y le dan otro biberón. Es el principio del fin.

Porque, claro, todas las enfermeras (y todas las madres, abuelas, padres o vecinas) saben que es posible darle el

biberón a un niño. Siempre. Si no lo quiere, es sólo cuestión de paciencia. Nadie dice: «Déjalo ya; lo has intentado,

pero hay veces que el biberón simplemente no funciona»; «a mi cuñada le pasó lo mismo, el niño no se cogía al

biberón y casi se le muere de hambre, hubo que acabar dándole el pecho»; «no hay que ser fanáticos del biberón, hoy

en día con el pecho también se crían la mar de bien»; «yo soy el primer defensor del biberón, pero hay que reconocer

que algunas mujeres no pueden»; «es mejor darle el pecho con cariño que el biberón con resentimiento»; «no le

haces ningún bien a tu hijo; dándole el biberón de esta manera lo que estás haciendo es pasarle tus nervios»; «no

tienes por qué sentirte culpable, no es obligatorio dar el biberón para ser buena madre»...

Si todas las madres tuvieran la misma absoluta seguridad de que siempre, siempre es posible darle el pecho a un

niño, seguirían insistiendo, y casi todos los niños dejarían de rechazar el pecho en unos minutos. Y para los casos

más difíciles, les ayudaría la enfermera, igualmente segura y con más experiencia. Si todas las madres, enfermeras,

abuelas, padres y vecinas tuvieran tanta confianza en el pecho como en el

biberón, yo no habría tenido que escribir

este libro.

Este rechazo del pecho cuando el niño se ha acostumbrado al biberón se conoce como confusión del pezón o

confusión entre el pezón y la tetina. Para evitarla, se recomienda no ciar biberones ni chupetes a los bebés, al menos

durante el primer mes. Después del mes, muchos niños rechazan con energía el biberón o el chupete, ya no se dejan

engañar tan fácilmente como un recién nacido. Y otros toman biberón, o usan chupete, pero ya no se confunden, y en

cada caso mueven la lengua de la forma más adecuada. Pero también hay niños que, tengan la edad que tengan

(incluso más de seis meses), cuando empiezan a usar chupetes o biberones empiezan a rechazar el pecho, o a

mamar de forma dolorosa para la madre.

Algunos médicos insisten en que la confusión del pezón no existe, y en que darle uno o varios biberones a los

recién nacidos no perjudica para nada la lactancia materna. Lo cierto es que no existen pruebas experimentales,

porque para eso habría que darles biberones a propósito a un grupo de niños, escogidos al azar, para ver qué pasa.

Los que creen que eso no es malo no se molestan en hacer el estudio, los que creemos que sí que es malo pensamos

que no sería ético hacer un estudio así. «¿Qué más da que exista o no exista?», pensará el lector; ante la duda, mejor

no darle biberones, y ya está. Pues resulta que algunos de los que no creen en la confusión recomiendan darles a

todos los niños de pecho un biberón cada semana, como mínimo, para que se acostumbren. Porque si no, cuando la

madre vuelva a trabajar, o por cualquier motivo tenga que salir de casa, el bebé rechazará el biberón. Vamos, que

reconocen que la confusión funciona al menos en un sentido, y que el niño que se acostumbra al pecho luego rechaza

el biberón.

Falta de modelos culturales

La lactancia en los primates superiores no es puramente instintiva (pág. 43).

Hace falta un aprendizaje por observación; aprendizaje que en la naturaleza se da de forma espontánea. Pero

muchas madres dan a luz sin haber visto nunca dar de mamar a otra mujer. Algunas ni siquiera han tenido a otro bebé

en brazos.

Muchas adolescentes no han pasado por la experiencia de ver a una madre cuidando a su hijo, sino por la de

trabajar como canguro, cuidando a un niño (y dándole el biberón) mientras su madre está ausente.

En cambio, sí que es relativamente fácil ver niños tomando el biberón. En los parques, en las películas, en las

fotos de las revistas. Eso contribuye a que, en muchos países europeos, las inmigrantes den menos el pecho que las

autóctonas. Las turcas que viven en Suecia, por ejemplo, no sólo dan menos

pecho que las turcas que se quedaron

en Turquía; también dan menos pecho que las suecas. Suecia es uno de los países de Europa donde más se da el

pecho, pero las inmigrantes no se enteran. No entienden los libros, no tienen amigas con las que hablar, sólo pueden

ver las fotos de las revistas, y llegan a la conclusión de que «el biberón debe de ser mejor, porque aquí es lo que

toman todos los niños».

Como dar el biberón sí que lo han visto muchas veces, en foto o al natural, muchas madres intentan dar el pecho

sujetando al niño como si le fueran a dar un biberón, con la cabeza en el codo y mirando hacia arriba. Así colocado, el

bebé tiene que torcer y doblar el cuello y casi no llega al pecho.

También el arte puede ofrecer modelos inadecuados. En muchos cuadros el niño Jesús mama sentado y con el

cuello torcido. Pero fíjese en el niño, suele tener varios meses, y a veces uno o dos años. Los recién nacidos la verdad

es que no son muy fotogénicos; el cuadro queda mejor con un niño mayorcito. Los niños mayores, como ya hemos

dicho, consiguen mamar bien en casi cualquier posición. Y en algunos cuadros el niño ni siquiera está mamando; está

mirando al pintor (lo más interesante que ha visto en su vida, por supuesto) mientras le pega al pezón un tirón de

miedo.

La abnegación

El mito de la madre abnegada también contribuye a que muchos niños mamen en mala posición.

¿Por qué el pezón duele tanto? Un pellizco en el pezón es mucho más doloroso que en cualquier otro punto de la

piel. ¿Tal vez tiene que ser muy sensible, para poder reaccionar a los estímulos y desencadenar los reflejos de la

oxitocina y de la prolactina? No necesariamente. Lo que conocemos como tacto son en realidad varios sentidos

distintos, con distintos receptores y distintos nervios. El pezón podría ser muy sensible a la presión o al contacto, pero

poco sensible al dolor.

Pienso que la exquisita sensibilidad al dolor sirve para garantizar que el niño agarra bien el pecho. ¿Por qué

ciaban el pecho las mujeres de las cavernas, por qué el pecho los animales? ¿Porque se lo recomienda el

veterinario, porque han oído que es muy nutritivo y protege contra las infecciones? Está claro que no. El primer motivo

por el que las madres animales y humanas dan el pecho es, simplemente, para que el niño calle. El llanto es un

sonido muy desagradable, que impulsa a la madre a hacer algo para calmarlo. Pecho, brazos, caricias, canciones, lo

que sea, pero que calle.

¿Qué pasaba en la cueva de Altamira cuando un niño mamaba en mala posición?

«El niño llora, le doy pecho. Me duele, le quito el pecho. Vuelve a llorar, le doy pecho. Me vuelve a doler, se lo

quito...» Y así hasta que acercaban con la posición correcta: «¡Anda, esta vez no me duele! Pues que mame codo lo

que quiera...». El dolor es un aviso de nuestro cuerpo para que la madre cambie de posición. Así puede corregir el

problema antes de que aparezcan las grietas, las mastitis, los vómitos, los cólicos...

Pero en tiempos mucho más recientes, la lactancia se tiñó de connotaciones morales. Una buena madre sigue

dando el pecho, aunque le duela. Una buena madre se sacrifica y cumple con su deber:

¡Ved la cara de sufrimiento de aquella madre que está dando el pecho a costa de violentos y horribles dolores!

¡Cómo se le saltan las lágrimas que, en un esfuerzo supremo, quiere contener, y cómo, escapándosele un fuerte grito,

retira bruscamente al niño de su pecho!

DR. JOSÉ J. MUÑOZ,

¡¡Madre... cría a tu hijo!!, 1941

Una buena madre desoye los mensajes de su cuerpo, y sigue dando el pecho en mala posición, hasta que le

salgan grietas. Y cuando ya no pueda soportar más el dolor, la ansiedad y el agotamiento, cuando se rinda y se pase

al biberón, los mismos que por delante le dicen: «No te preocupes, con las leches modernas se crían igual de bien», a

sus espaldas comentarán: «Lo que pasa es que las madres de ahora no aguantan nada».

En conclusión, durante millones de años no debía de haber casi problemas de posición. Tras un parto natural,

cuando el niño estaba en brazos de la madre desde el primer segundo y no se movía de allí en meses (¿dónde iba a

estar, en la cueva-nursery?), sin chupetes ni biberones y con abundantes oportunidades para observar a otras madres

con sus hijos, casi todos los bebés mamaban bien.

Y en caso de problema, el dolor avisaba a la madre para que lo corrigiese de inmediato. La naturaleza no podía

prever que nuestra sociedad llegaría a hacerlo todo al revés.

¿Y por qué no ideó la naturaleza un sistema más sencillo? Si la oxitocina fuese un poco más efectiva, y toda la

leche saliese a chorro sin esfuerzo para el bebé, éste podría mamar aunque estuviera mal colocado, y como no

tendría que hacer fuerza, tampoco habría dolor ni grietas. La idea es tentadora, pero no puede funcionar. Si la leche

saliera sola, el bebé no tendría ningún control. Para que la cantidad y composición de la leche se adapten a las

necesidades del lactante, es necesario que éste mame de forma activa. Por eso, la leche no sale sola en ningún

mamífero, siempre hay que hacer un esfuerzo.

Por eso, a las vacas, cabras y ovejas hay que ordeñarlas, no basta con poner un balde debajo y esperar.

Por cierto, ya que estábamos hablando de abnegación materna, me permito hacer un alegato contra el sacrificio.

La palabra sacrificio tiene varias acepciones, y alguna de ellas no está mal: «Acto de abnegación o altruismo

inspirado por la vehemencia del cariño». Pero también puede ser: «Acción a que uno se sujeta con gran repugnancia»,

de modo que se presta a confusiones.

¿Se sacrifica un montañero para alcanzar la cima? ¿Se sacrifica el que estudia oposiciones para notario, o

practica horas y horas al piano? No están haciendo algo que les repugna; están haciendo lo que desean hacer. Yo no

quiero subir a una montaña ni ser notario, y por eso no lo hago.

Si quiere usted llevar a su hijo en brazos, o darle el pecho, hágalo. Si quiere dejar de trabajar durante meses o

años para cuidarlo, o rechazar una magnífica oportunidad de trabajo en el extranjero para estar con su familia, hágalo.

Pero sólo si quiere. Si no quiere, pues no lo haga. Decir: «He sacrificado mi carrera profesional para estar con mi hijo»

es tan absurdo como: «He sacrificado la relación con mi hijo por mi carrera». No son sacrificios, son elecciones. Vivir

es elegir, los días sólo tienen veinticuatro horas, y el que hace una cosa no puede hacer otra al mismo tiempo. Elija lo

que en cada momento le parezca mejor, y ya está. Quien hace lo que quiere no está renunciando, sino logrando; no

se sacrifica, sino que triunfa.

El matiz es importante, porque quien hace (o cree hacer, o quiere creer que hace) un sacrificio lo hace, por

definición, con gran repugnancia. No se considera pagado, cree que le deben algo. Tarde o temprano tendrá usted

conflictos con sus hijos. En esos momentos, quienes creen haberse sacrificado piensan (o lo que es peor, dicen):

«Parece mentira, después de todo lo que he hecho por ti» o «por tu culpa, yo no pude llegar a...». Las palabras, una

vez pronunciadas, no pueden recogerse. En cambio, los que son conscientes de haber hecho lo que deseaban más

bien piensan: «Qué lástima que después de todos los años de felicidad que me has dado, ahora tengamos un

conflicto» o «gracias a ti he disfrutado del privilegio de ser padre». O, lo que es mejor, lo dicen.

Capítulo 3 - El embarazo

Hace unas décadas, cuando se empezó a recuperar el interés por la lactancia materna, se idearon diversas

maneras de preparar los pezones durante el embarazo. Frotarlos, estirarlos, retorcerlos, untarlos con diversas cremas,

pomadas y potingues... Las recomendaciones eran a veces contradictorias: unos querían suavizar los pezones con

cremas, mientras que otros querían endurecerlos o curtirlos con alcohol.

El fracaso de la lactancia estaba tan extendido en Occidente, daban el pecho tan pocas mujeres y durante tan

poco tiempo, que se buscaban soluciones desesperadas por todas partes. Muchos creyeron que el problema principal

estaba antes del parto; hoy sabemos que el problema está después. La solución no era que las madres hicieran más

cosas (preparar los pezones, tomar una dieta especial, tomar ciertas hierbas...); sino que los profesionales hiciéramos

menos cosas (dejar de separar al niño de la madre, dejar de repartir muestras gratuitas, dejar de recomendar un

horario para las ton-las...).

Preparar el pezón para la lactancia es como preparar los pies para andar o la nariz para respirar. Son para eso: la

nariz es para respirar y los pechos para amamantar, ya vienen preparados de fábrica. Una versión suave habla de

exponer los pezones al aire y al sol, y de ir sin sujetador para permitir el roce de la ropa, argumentando que ésa es la

preparación natural que recibirían los pechos si no estuvieran siempre tan tapados. La idea parece razonable,

especialmente cuando hace unas décadas comparábamos el fracaso de la lactancia en Europa y su éxito en África.

Pero las europeas, tanto o más tapadas que ahora, dieron el pecho sin problemas hasta principios del siglo xx. Y las

madres esquimales también dan el pecho. Si le gusta ir sin sujetador o tomar el sol en los pechos (con precaución,

que se queman), ningún problema; pero desde luego no es obligatorio para poder darle de mamar a su hijo.

Pues esa supuesta obligatoriedad es el mayor peligro. En general, la preparación de los pezones es físicamente

inocua. Teóricamente, la estimulación excesiva del pezón podría desencadenar contracciones, e incluso un parto

prematureo; pero lógicamente cualquier madre que notase tales contracciones

dejaría de frotarse los pezones al

instante. Teóricamente, los conductos del pezón podrían dañarse por estirarlos y retorcerlos de forma exagerada; pero

eso, si es que alguna vez ha ocurrido, debe de ser muy muy raro.

Sí que es frecuente, en cambio, que algunas mujeres se vean obligadas a hacer, durante el embarazo cosas que

les molestan, les duelen o les incomodan porque les han dicho que si no se preparan, no podrán dar el pecho. En los

Casos entremos, algunas mujeres deciden no ciar el pecho para no tener que pasar por la. preparación. Y otras,

cuando después del parto tienen grietas o dolor en los pezones, en vez de buscar ayuda para solucionarlo, se quedan

en casa llenas de culpa: «Ahora me tengo que aguantar; si me hubiera preparado los pezones como me dijeron...».

Y entonces, ¿no hay que hacer ninguna preparación durante el embarazo? Así, obligatoria, no hay ninguna.

Aunque no haya hecho nada de nada, incluso si tenía pensado ciar el biberón y el día del parto, vaya a saber por qué,

cambia de opinión, podrá usted ciar el pecho. Pero si tiene tiempo y ganas, si que hay un tipo de preparación que

puede resultar beneficiosa: aprender.

Busque a otra mujer que le pueda enseñar. Su propia madre (o suegra), o alguna abuela, puede que hayan dado

el pecho. Pero tenga en cuenta que hace unas décadas las mujeres fueron sometidas a un importante lavado de

cerebro; se les convenció de que todo lo que hacían estaba mal hecho. Algunas madres o abuelas dieron el pecho

dos años, y sin embargo se pasan el día diciendo: «No le des antes de las tres horas»; «este niño se queda con

hambre-; «tu leche no alimenta»... Probablemente no hace sino repetir lo que le dijeron a ella.

Pregúntele: «Pero, abuela, ¿de verdad tú dabas el pecho cada tres horas? ¿Los dos años que le diste a mamá

estuviste mirando el reloj?-, Bueno, no, en aquellos tiempos no había tantos conocimientos, lo hacíamos todo de

cualquier manera. ¡Si hasta me la metía en la cama para darle el pecho! Pero cuando tu madre te tuvo a ti, el doctor le

explicó muy bien los horarios. Lástima que tu madre, a las dos semanas, se quedó sin leche, con lo bien que lo estaba

haciendo...»

Pues eso, si tiene la suerte de tener a alguien en la familia que dio el pecho y le funcionó, pregúntele. Y si conoce

a alguna amiga o cuñada que está dando el pecho ahora, vaya a verla y observe (¡sin criticar, por favor! Pronto vera la

rabia que da que la critiquen...).

Grupos de apoyo a la lactancia

En los últimos años han surgido por toda España docenas de grupos de madres lactantes. Organizan reuniones

periódicas, atienden consultas por teléfono, publican folletos. En ellos encontrará información, apoyo, amistad, y la

posibilidad de ver a otras madres dando el pecho.

Intente contactar con un grupo de madres y asista a sus reuniones. Es muy útil acudir durante el embarazo, pues

aunque la idea es seguir yendo después del parto, a veces con el bebé no es tan fácil desplazarse.

Encontrará las direcciones y teléfonos en

www.fedalma.org

Capítulo 4 - El parto

Anestesia

Se discute mucho si la anestesia durante el parto influye sobre el éxito de la lactancia.

Hoy en día se usa raramente la anestesia general durante el parto. En un estudio, las madres que habían tenido

cesárea con anestesia epidural dieron el pecho el mismo tiempo (como media) que las que habían tenido un parto

normal; en cambio, la cesárea con anestesia general conducía frecuentemente al destete precoz. Claro, la anestesia

no afecta de por sí a la producción de leche, pero puede iniciar una bola de nieve de pequeños problemas que se van

sumando: la primera toma se retrasa, el bebé está adormilado y no mama bien, la madre tiene grietas, el bebé pierde

mucho peso y recibe suplementos... En un estudio en que todas las madres recibían la ayuda de una enfermera

especializada en lactancia, las que habían dado a luz con anestesia o analgésicos dieron el pecho igual que las

otras; pero, por desgracia, no todas las madres cuentan con tanta ayuda, y es probable que un mal comienzo lleve al

destete.

El efecto de la anestesia epidural es controvertido. Algunos estudios encuentran que el comportamiento de los

bebés está alterado durante varios días (alteraciones muy leves, que se detectan con pruebas neurológicas pero no

se notan a simple vista), y que al mes de edad las madres que habían dado a luz sin epidural consideraban a sus

bebés más fáciles de cuidar y les daban el pecho más a menudo (a priori, los que no tienen hijos podrían pensar que

es precisamente el que pide menos pecho el más fácil de cuidar, pero las madres lo veían al revés. Tal vez los niños

estaban más despiertos y pedían más pecho, o tal vez pedían lo mismo pero sus madres respondían más porque los

veían más adorables. La relación madre-hijo es una delicada coreografía, en que resulta muy difícil separar lo cultural

de lo biológico). En cambio, otros estudios no encontraron tales efectos cuando se usaban dosis bajas de anestésicos

epidurales (la tendencia moderna es a usar dosis bajas, pero tal vez algunos anestesistas todavía estén usando dosis

más altas).

En cualquier caso, lo que es seguro es que la anestesia, ya sea general o epidural, no perjudica al bebé a través

de la leche. Si el recién nacido está algo adormilado, no es por la ridícula cantidad del fármaco que pueda pasar a la

leche, sino por la gran cantidad que recibió a través de la placenta. Es absurdo retrasar la primera toma para dar

tiempo a que la madre elimine la medicación, todo lo contrario, hay que dar el pecho lo antes posible y con frecuencia

para que la lactancia funcione bien, a pesar de la anestesia.

En cuanto al dolor después del parto, en general se administran simples analgésicos que no interfieren para nada

con la lactancia. Incluso, en algún estudio, las madres que reciben analgésicos dan más el pecho, tal vez porque es

más fácil atender a tu hijo cuando no te duele nada. Algunos medicamentos (raramente usados) sí que podrían afectar

a la lactancia, pero eso lo deberían saber los médicos del hospital donde dé a luz. Así que si le dicen: «No puede dar

el pecho porque le hemos recetado un medicamento muy fuerte para el dolor», usted conteste: «Pues deme otro

medicamento para el dolor que sí que pueda tomar, porque voy a seguir dando el pecho». Y ya está.

No usar yodo

El yodo de los antisépticos (tipo Betadine® o Topionic®) se absorbe por la piel y por las mucosas (por ejemplo, la

vagina) y pasa a la placenta. En un niño mayor o en un adulto, eso no hace ningún daño. Antes bien, la aplicación

esporádica de yodo en las heridas probablemente ha evitado muchos déficits de yodo cuando no se consumía sal

yodada. Pero la cantidad de yodo que se absorbe con el desinfectante es enorme, cientos de veces superior a la que

una persona necesita cada día.

Los fetos y los recién nacidos son muy sensibles a esta sobrecarga de yodo, que puede bloquear su tiroides y

provocar un hipotiroidismo transitorio.

Algunos de los sustos que produce el diagnóstico precoz de metabopatías (la prueba del talón) son debidos al

yodo: llega un aviso urgente, los resultados están alterados y hay que comprobados, y el segundo análisis sale bien.

Bastantes problemas causa ya una falsa alarma; pero lo gordo es que no es falsa, sino verdadera. No es que el

yodo haya alterado los resultados, sino que ha producido un verdadero hipotiroidismo, afortunadamente transitorio. No

es una buena cosa que el bebé haya sufrido hipotiroidismo, aunque sólo sea durante unos días.

Por todo ello, jamás se debe aplicar yodo a una embarazada ni a un recién nacido durante los dos primeros

meses. Ni en una herida sin importancia de la embarazada, ni en la barriga antes de hacerle la cesárea, ni en el brazo

antes de ponerle un suero, ni en la vagina antes de hacer la episiotomía, ni en el ombligo del bebé... En el hospital ya

sabrán qué desinfectante hay que usar, en casa use agua y jabón. (Tampoco es muy recomendable la mercromina,

que lleva mercurio.)

En cambio, la embarazada y la madre que lacta sí que tendrían que tomar suplementos de yodo (pág. 166). La

cantidad de yodo en la pastilla es cientos de veces menor que en el desinfectante, y no hace ningún daño.

Arena Ansotegui Emparanza Knórr JI. Los antisépticos yodados no son inocuos.

An Esp Pediatr 2000;53:25-9

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet= 1 1Q48>

El pinzamiento del cordón umbilical

Desde hace muchas décadas, es costumbre cerrar el cordón umbilical con una pinza en cuanto sale el niño,

cuestión de segundos. Eso se hace por temor a que la sangre de la placenta pase al bebé. En efecto, el exceso de

sangre en el bebé (poliglobulia) puede producir graves problemas, como trombosis o dificultad respiratoria. Imagino

que este temor tiene un fundamento real; tal vez hace un siglo a alguien se le ocurrió mantener la placenta en alto,

como un gota a gota, o incluso exprimirla bien para dejar al bebé bien llenito de sangre, con resultados desastrosos, y

los médicos de entonces decidieron pinzar el cordón urgentemente.

Pero estudios modernos demuestran que el pinzamiento demasiado precoz del cordón también da problemas.

Cuando se coloca al bebé sobre el cuerpo de su madre (que es donde hay que ponerlo al nacer) y se espera unos tres

minutos para pinzar el cordón, el bebé recibe un 30% más de sangre; se ha demostrado: a) que ese aumento

moderado no es perjudicial para el bebé, no produce trombosis ni afecta a la

circulación de la sangre, y b) que las

reservas de hierro aumentan, y eso disminuye el riesgo de anemia al cabo de unos meses. Y todo eso se ha

comprobado tanto en niños nacidos a término como en prematuros.

Así que ya ve, muchas anemias en bebés de un año, que dicen que son culpa de la leche materna por tener poco

hierro y de la madre por empeñarse en dar el pecho, en realidad son culpa del que cortó el cordón con tantas prisas.

La cantidad de hierro en la leche es adecuada, pero la naturaleza no había previsto que alguien inventaría las pinzas

y las tijeras. Evidentemente, en la naturaleza ningún mamífero pone una pinza en el cordón umbilical; esperan a que

se cierre solo (en unos minutos) y lo cortan con los dientes. Coméntelo durante el embarazo con su comadrona y su

ginecólogo. Puede imprimir los siguientes artículos y llevárselos (es fácil encontrar un resumen en Medline, buscando

el nombre de los autores, véase pág. 230).

Pisacane A. Neonatal prevention of iron deficiency. Br Med J 1996;312:136-7

<http://brnj.com/cgi/content/full/11/312/7024/136>

Melle M, Zilow EP, Kraus M, Bastert G, Linderkamp O. The effect of Leboyer delivery on blood viscosity and other

hemorheologic parameters in term neonates. Am J Obstet Gynecol. 1993;169:189-93.

McDonnell M, Henclerson-Smart Delayed umbilical cord clamping, in preterm infants: a feasibility study. J

Paediatr Child Health. 1997;33:308-10. Ibrahim HM, Krouskop RW, Lewis DE Dhanireddy R. Placental transfusion:

umbilical cord clamping and preterm infants. J Perinatol 2000;20:351-4 babe Wacker A, 1-lulskarnp G, Hornig-Franz I,

Schulze-Everding A, Harms E et al. A randomised controlled trial of delayed cord clamping in voy low birth weight

preteren infants. Eur J Pecliatr. 2000;159:775-7.

Mercer JS. Current best evidente: a review of the literature on umbilical cord clamping. J Midwifely Womens

Health. 2001;46:402-14.

Grajecla R, Perez-Escamilla R, Dewey KG. Delayed clamping of the umbilical cord in-pi-oyes hernatologic status

of Guatemalan infants at 2 mo of age. Am J

Clin Nutr. 1997;65:425-31.

Gupta R, Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infants born to anemic mothers: a randomized

controlled trial. Indian Pediatr 2002;39:130-5
vwminclianpecliatrics.net/feb2002/1eb-130-135.htm

Capítulo 5 - Inicio de la lactancia

Hospitales amigos de los niños

En 1989, la OMS y el Unicef publicaron un documento conjunto titulado

«Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, la función especial de los servicios de maternidad», en

el que por primera vez se presentaban los diez pasos para una feliz lactancia

materna:

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán cumplir los siguientes diez pasos

hacia una feliz lactancia natural: 1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que

sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en

práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres cómo se debe ciciar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de

separarse de sus hijos.

6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté

médicamente indicado.

7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las veinticuatro horas del día.

8. Fomentar la lactancia materna a demanda.

9. No ciciar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan

en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

He modificado ligeramente la traducción oficial, que en el paso ocho dice:

«Fomentar la lactancia materna siempre que se solicite», lo que parece que quiera decir: «Si alguien solicita que

fomentes la lactancia, la fomentas; y si no, pues no».

Más tarde, en 1991, la OMS y el Unicef lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), con el objetivo

de que todos los hospitales del mundo cumplan esos diez pasos. En cada país se establece un comité que administra

la iniciativa. El comité español está formado por representantes de Unicef, el Ministerio de Salud, organizaciones

profesionales de comadronas, enfermeras pediátricas, ginecólogos, gestores de hospital y pediatras, grupos de

madres y asociaciones de apoyo a la lactancia.

Los hospitales que voluntariamente lo solicitan son evaluados (muy duramente).

Si cumplen con los diez pasos, se les concede el título de Hospital Amigo de los Niños. En España hay

actualmente (2005) menos de una docena de tales hospitales, puede consultar la lista en www.ihan.org.es.

Si en su localidad existe un hospital amigo de los niños, vale la pena dar a luz en él. Si no lo hay, no desespere.

Cumplir plenamente los diez pasos y obtener el galardón es muy difícil, pero

por fortuna hay muchos otros hospitales

que, aunque no lleguen a la perfección, se acercan bastante.

Pregunte a su ginecólogo y a su comadrona, pregunte a amigas y conocidas que hayan dado a luz

recientemente, y no dude tampoco en visitar personalmente los hospitales y preguntar.

Le interesará saber cómo es la atención al parto, si podrá andar durante la dilatación y ponerse en cuclillas o en

la posición que desee durante el parto en sí, si podrá estar presente su marido o la persona que usted elija, si tienen la

costumbre de rasurar, de poner enemas o hacer episiotomías... Hablar en detalle de cómo debería ser un parto normal

se aparta del propósito de este libro; encontrará documentos de la OMS sobre la atención al parto normal en

www.saa.org.a/Revista0/020Sarc10/0C30/0A1/99b/78-80.pdf

www.waairilreprocluctive-heafth/publications/pcpnc/

También resulta muy interesante la descripción que en su libro Maternidad y lactancia hace la Dra. Nylander

sobre la asistencia al parto en Noruega.

Es también importante saber cuál es la tasa de cesáreas en su hospital. Por supuesto, en algunos casos, la

cesárea es imprescindible, y permite salvar la vida de la madre, del niño o de ambos. Pero también se hacen muchas

cesáreas innecesarias. En España, la media nacional es de poco más del 20%.

Lógicamente, las clínicas pequeñas y hospitales comarcales, que no atienden embarazos de alto riesgo, deberían

tener menos cesáreas; y los hospitales de primer nivel, adonde acuden precisamente esas embarazadas de alto

riesgo, deberían tener más cesáreas. Y sin embargo, hay hospitales de primer nivel en nuestro país con menos de un

15% de cesáreas, y pequeñas clínicas con más del 35%. No tema preguntar cuál fue el porcentaje de cesáreas de su

hospital el año pasado; es un dato que le deberían facilitar sin ningún problema.

http://mys.rnatrix.nal/mys_1_1_1_2/dossier/doss_1_1_12_04.html

Pero vamos a lo nuestro: la lactancia. Averigüe cuáles de los diez pasos anteriores cumplen los hospitales de su

zona. Es especialmente importante saber si le ponen al niño al pecho en la sala de partos, y si lo puede tener en la

habitación día y noche. Compruebe, preguntando a otras madres, si de verdad cumplen lo que le han dicho o si son

sólo bonitas teorías. Averigüe también si el personal es amable, si apoya la lactancia, si han sabido solucionar los

pequeños problemas de las madres.

Si no le queda más remedio que dar a luz en un hospital donde la madre no puede tener a su hijo hasta al cabo

de no sé cuántas horas, o en que se llevan al bebé por la noche (puede que incluso quede algún hospital en que se

llevan al bebé también de día, y sólo lo traen cada 3 horas para mamar), o en que les den suero glucosado a todos,

todavía está a tiempo de intentar cambiar las cosas. Le quedan varios meses de embarazo; luche por su salud y por la

de su hijo.

Cuenta con dos armas importantes, la razón y las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría, que

cualquiera puede consultar en su página web www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm. Si es preciso, puede

imprimirlas y llevárselas a quien haga falta. Los médicos no están obligados a seguirlas (no es una ley, sólo una

recomendación científica), pero al menos no pueden decir: «Esto son tonterías de los fanáticos de la lactancia».

Tendrán que escucharla, tal vez hacerle caso, y como mínimo intentar argumentar su negativa.

Si el problema es que la madre o el niño han de estar dos horas (o las que sean) en observación después del

parto, pues muy bien, pida que les observen a los dos juntos. Para el hospital debería ser hasta más cómodo, no hace

falta que haya una enfermera observando al bebé mientras una comadrona observe a la madre, sino que la misma

persona los puede observar a los dos. Si el problema es que «aquí siempre lo hemos hecho así» o «son las normas»,

¿quién tiene autoridad para permitir una excepción? En estos momentos no está usted pidiendo que cambien las

normas; no les está pidiendo que pongan a todos los niños con sus madres. Sólo quiere que pongan a su hijo con

usted. ¿No tiene el jefe de pediatría suficiente autoridad para permitirlo? ¿O el

director médico?

Llegue hasta donde tenga que llegar. Si ha encontrado mucha resistencia, pero al final ceden, es conveniente

pedir que lo anoten en su historia clínica (no diga que no se fía, ¡claro que se fía usted!... pero ¿y si doy a luz un

domingo, y los médicos de guardia no saben que el jefe lo ha autorizado?). Si para tener a su hijo con usted toda la

noche ha tenido que rogar y suplicar, intente que alguien (su marido o su madre, por ejemplo) la acompañe por las

noches para ayudarla con el bebé. Porque, si después de haber dado la lata se le ocurre molestar a media noche para

cualquier cosa, imagínese los comentarios.

Hace más de diez años supe de una clínica en que decían que sólo dejarían al bebé en la habitación de la madre

si ésta firmaba un documento conforme el hospital no se hacía responsable si el bebé moría por la noche. ¡Como si

los recién nacidos no hicieran otra cosa que morir! No era más que un golpe bajo para someter a las madres

mediante el terror. Naturalmente, un documento así no tendría ningún valor legal; el hospital sigue estando obligado a

atender a su hijo si hay cualquier problema. Y las salas nido no son unidades de vigilancia intensiva, los niños suelen

pasar la noche solos sin que nadie los vigile más que de tanto en tanto y desde lejos. También supe de una clínica

privada donde el problema, en último término, era económico. El servicio de nursery se cobraba aparte; si la madre

aceptaba pagarlo de todos modos, podía quedarse con el niño en su habitación. Quiero creer que estos abusos ya no

se producen en nuestro país.

La subida de la leche

Hacia el tercer día, la madre suele notar los pechos algo más llenos, lo que se conoce como subida de la leche

(en muchos países americanos lo llaman bajada).

Hace décadas, cuando no ponían al pecho al niño hasta las veinticuatro o cuarenta y ocho horas del parto (o

más), e incluso entonces con estrictas limitaciones, las subidas de la leche eran espectaculares. A nuestras madres o

abuelas se les ponían los pechos como piedras, e incluso tenían fiebre (la fiebre de leche, que no se debe a una

infección, sino a una inflamación, a la rotura de los conductos por la presión de la leche acumulada, que se extravasa

y actúa como cuerpo extraño). Algunas abuelas cuentan estas historias con el mismo entusiasmo con que los abuelos

cuentan sus batallitas, y el resultado es que algunas madres se sienten decepcionadas y preocupadas. Porque hoy en

día, incluso en los hospitales en que no se hace todo perfecto, las cosas han cambiado. Se inicia la lactancia en las

primeras horas, el niño está con la madre al menos durante el día y el horario como mínimo es flexible, si no

completamente a demanda. Como el bebé va vaciando el pecho, no se llega a acumular tal cantidad de leche.

Aquellos pechos como piedras se consideran hoy una enfermedad, ingurgitación mamaria (pág. 137), y la mayoría de

las madres sólo notan un aumento leve o moderado del tamaño de los pechos. Algunas no notan nada. Más de una

madre me ha dicho, a los quince o veinte días, que todavía no le ha subido la leche. Si el niño estuviera perdiendo

peso, me lo podría creer; pero cuando el niño está engordando y más contento que unas pascuas, y no toma

biberones, pues de algún sitio lo estará sacando.

En ocasiones se producen dos subidas de la leche. Por ejemplo, si un recién nacido está mal agarrado al pecho,

o no succiona bien, y no aumenta de peso, y con una o dos semanas empieza a mamar bien (o empieza la madre a

sacarse intensivamente con un sacaleches), es posible que dos o tres días después del cambio se note la madre los

pechos de repente muy llenos. Es importante saberlo, porque alguna madre, asustada, se ha ido a urgencias. Si

únicamente le dicen con una sonrisa: «No se preocupe, señora, que es la subida de la leche», sólo habrá perdido el

tiempo. Pero es que al menos en un caso le diagnosticaron mastitis (primer error, porque no lo era), le dieron

amoxicilina (segundo error, este antibiótico casi nunca funciona en las mastitis) y le dijeron que tenía que destetar al

niño (tercer error, porque en la mastitis no hay que destetar).

También ha habido madres que han notado una nueva subida de la leche cuando su hijo, de varios meses o

años, ha aumentado súbitamente la frecuencia de las tomas. Por ejemplo, una niña de dos años que estaba de

vacaciones, y que no encontraba de su agrado ninguno de los platos del buffer libre del hotel.

La pérdida de peso

Los recién nacidos pierden peso, y al cabo de unos días lo vuelven a recuperar. Todo eso es normal.

Habitualmente pierden de un 4 a un 6% del peso al nacer, y lo recuperan antes de una semana. Algunos pierden

un poco más, o tardan más días en recuperarlo, pero se sigue considerando normal. ¿Hasta cuándo (y hasta cuánto)

se puede aceptar como normal? No conozco ningún dato científico que permita fijar un límite. Casi todos los pediatras

admiten que se puede perder un 10 o incluso un 12%. Algunos niños que nacen con un peso muy alto (como cuatro

kilos o más) pueden perder un poco más, un 14 o 15%. El peso tan alto al nacer se debe a veces a retención de

líquidos, y se va todo por la orina; esos niños pierden más y tardan más en recuperarlo. Cuando se ha administrado

mucho suero endovenoso a la madre durante el parto, a veces el bebé nace hinchado, y en pocas horas pierde mucho

peso, que era sólo exceso de líquido. ¿Cómo se sabe si ha perdido chicha o sólo agua? Porque la grasa no se puede

perder de un día para otro, el peso va bajando poco a poco en varios días.

En cuanto a la fecha límite para recuperar el peso del nacimiento, todavía hay menos datos. Algunos autores

dicen máximo dos semanas, otros, máximo tres, la mayoría simplemente no dicen nada. Evidentemente, son cifras

arbitrarias y redondeadas. Personalmente, he visto dos niñas que tardaron veintidós días en recuperar el peso del

nacimiento.

Lo que no se puede hacer es quedarse de brazos cruzados esperando a que el bebé engorde por sí mismo.

Seguro que muchos de esos niños que pierden un 8 o 10% de peso se recuperarán espontáneamente en unos días,

haga lo que haga la madre. Pero también hay algunos que pierden, y pierden, y pierden, hasta sufrir graves

problemas. Llega un momento en que se entra en un círculo vicioso: el bebé está tan débil que no llora, sólo duerme,

parece tranquilo; y si a pesar de no llorar lo ponen al pecho, casi no mama porque no tiene fuerza para succionar. Ha

habido niños ingresados en una UCI tras perder alrededor del 30% de peso. Han muerto niños. Todo esto no lo digo

para asustar a las embarazadas; esos problemas son raros y, sobre todo, son previsibles. Un niño no pierde el 30% de

peso, ¡flop!, de un día para otro. Primero ha perdido un 10, un 15, un 20%. Necesita varios días. En esos días, una

persona con experiencia puede notar que el niño no está mamando bien, que su comportamiento no es normal, que

está demasiado adormilado. "Y, a falta de experiencia, una simple báscula nos avisa con suficiente antelación de que

hay que tomar medidas.

Hay que hacer algo mucho antes de que pierda un 10%. Hay que hacer algo si no recupera el peso en unos días.

Hay que comprobar que está mamando en buena posición y con suficiente frecuencia, al menos ocho o diez veces al

día (y mejor si son 12 o más). No le distraiga para que «aguante un poco entre toma y toma»; todo lo contrario. No le

haga perder el tiempo con un chupete, ¡el chupete no engorda! No espere a que lllore de hambre para darle de mamar.

Hay que estar atenta a los signos precoces de hambre: se despierta, se mueve, mueve la cabeza buscando, emite

sonidos, mueve los labios y la lengua, se lleva las manitas a la boca...

Si a pesar de todo lo anterior pierde como un 8%, conviene practicar la compresión mamaria (véase más

adelante), y si eso no le acaba de funcionar (o si le queda tiempo), sacarse leche para luego dársela con un vasito o

cuentagotas.

Cuando un bebé está mamando mal, por el motivo que sea, sacarse leche tiene varias ventajas: se estimula la

producción, se ve la leche (con lo que puede hacer callar a todos los que están diciendo: «No tienes leche»), puede

dársela con otro método y conseguir que engorde. Si se saca leche y se la intenta dar al bebé pero él no la quiere y no

se la toma, si tiene que tirar la leche porque no sabe qué hacer con ella, entonces puede estar segura de que el

problema no es la falta de leche, y de que no se solucionaría con biberones.

Si el bebé no engorda, pero tampoco quiere más leche, probablemente es que algo le pasa. Su pediatra tendrá

que mirarlo bien.

Muy importante: sacarse leche no es fácil, y al principio no sale nada. Eso no significa que no tenga leche, sólo

que no se sabe sacar. Necesitará varios días para aprender.

Compresión del pecho

La compresión mamaria es una técnica muy útil cuando un bebé no mama bien. Tal vez porque está muy

dormido, o porque ha perdido peso y está débil, o porque no consigue colocarlo en buena posición, o porque no

coordina bien la lengua, o porque está enfermo o es prematuro y se cansa al mamar_ También es útil para acortar las

tomas cuando la madre tiene grietas o dolor de pezones.

Normalmente, el bebé mama bien (o al menos pasablemente) unos minutos, y luego se queda con el pecho en la

boca sin hacer nada. No suelta el pecho, pero tampoco mama. Puede que esté media hora o tres cuartos en cada

pecho, pero la mayor parte del tiempo no está mamando. No sirve de nada tener el pecho en la boca sin mamar; es

mejor comprimir el pecho; y si eso no le funciona bien, sacarse leche.

Esos primeros minutos en que el bebé mama activamente, déjelo a su aire.

Cuando se quede quieto, con cuidado y sin sacarle el pecho de la boca, comprima el pecho por la base (tocando

las costillas) entre el pulgar y el índice. Un buen apretón, pero sin hacerse daño. No se trata de bombear, apretando y

soltando. Apriete, y mantenga apretado. Al apretar suele salir un chorro de leche, y el bebé, que estaba sin hacer

nada, se lleva una agradable sorpresa y se pone a mamar otra vez. Mientras vea que mama, mantenga apretado, sin

soltar. Cuando se vuelva a quedar quieto (o casi), suelte el pecho (a veces, al soltar, sale un poco más de leche y

mama un poco más). Cuando se vuelva a quedar quieto, vuelva a apretar. Cuando se vuelva a quedar quieto, vuelva a

soltar. Puede ir alternando la posición: arriba y abajo, a lacio y lado, arriba y abajo... Repita la maniobra hasta que

deje de funcionar, hasta que, apretando el pecho, su hijo siga sin hacer nada porque no sale nada. Es el momento de

sacarlo de ese pecho y volver a empezar con el otro. Ésta es una excepción al principio de la lactancia a demanda,

dejarles mamar hasta que lo sueltan. Pero tampoco es exactamente una excepción: una cosa es dejarles mamar y

otra cosa es dejarles estar con el pecho en la boca sin mamar. Es mejor hacer una toma corta, y al cabo de una hora

volverle a dar, que estar toda la hora con el niño enchufado sin hacer nada. Si hace tornas frecuentes, pero no tan

largas, tendrá usted tiempo de descansar, e incluso, si es necesario y tiene tiempo y ganas, de sacarse leche.

Suplementos

En algunos casos, cuando la pérdida de peso es excesiva, o tarda mucho en

recuperarse, y todo lo anterior ha

fallado, hay que darle al bebé un suplemento de leche artificial. Por supuesto, es mejor darle un suplemento de leche

materna; pero a veces la madre no consigue sacarse suficiente leche, y llega un momento en que no se puede

esperar más.

No se puede ciar una norma fija. No se puede decir: «Necesita un suplemento si pierde un 12%». Algunos lo

necesitarán antes, otros no. El médico tendrá que decidir en cada caso. Depende de su estado general, de la

evolución. Por ejemplo, un niño que ayer perdió 100 gramos y hoy ha perdido 20 se puede decir que «sigue

perdiendo». Pero no es lo mismo que uno que ayer perdió 20 y hoy 100. Tal vez en el primer caso se puede esperar a

ver si sigue mejorando, y en el segundo hay que dar un suplemento ya.

Tanto la Academia Americana de Pediatría como la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología,

Hepatología y Nutrición Pediátricas) recomiendan que en estos casos se use una leche hidrolizada (no una de esas

leches hipoalergénicas que no sirven para nada, sino un hidrolizado de alto grado, las leches que se dan a los niños

con alergia a la leche). Porque, cuando un niño toma siempre biberón, se suele producir un fenómeno de tolerancia

inmunológica. Pero cuando un niño toma el pecho, y sólo durante unos días toma un poco de leche artificial, no se

produce la tolerancia y es fácil que se desencadene una alergia a la leche de vaca. Muchos pediatras desconocen

estas recomendaciones; pueden pasarles el artículo científico que menciono más abajo. Es probable que el

alergólogo del hospital les apoye y convenza al pediatra.

En principio, es mejor dar el suplemento con un vasito o con un cuentagotas, o con un suplementador de

lactancia. Venden suplementadores ya hechos (fig. 13), y también puede hacerse casero, con una jeringa y con una

palomita a la que se ha cortado la aguja. Ahora bien, si el bebé ha perdido mucho peso, y no hay manera de darle la

leche con estos métodos, no dude en usar un biberón.

Tampoco es el fin del mundo, ya volverá a quitar los biberones más adelante.

Figura 13. Un suplementador de lactancia, y la forma de fabricar uno casero.

Cuando se llega a la necesidad de administrar un suplemento, es importante ser generosos. Cuando de verdad

está justificado dar un suplemento es porque la situación es seria, y no se va a solucionar con 30 mililitros al día. Un

bebé que sólo necesita 30 mililitros probablemente no necesita nada. No queremos prolongar la situación, que el

bebé pase dos o tres semanas engordando 30 o 40 gramos por semana. Queremos que engorde rápidamente, que se

ponga sano y fuerte. Entonces mamará mejor, saldrá más leche y podremos retirar los suplementos. Por tanto,

ofrézcale de entrada 30 o 60 mililitros cada tres horas, más o menos, siempre

justo después de tomar el pecho. Y si se

lo toma todo y parece que quiere más, pues 30 más.

Una advertencia importante. Como siempre estamos diciendo que la leche materna es maravillosa, algunos

parece que han entendido que la leche artificial es mala. He visto algunos padres que parecen decididos a darle a su

hijo cualquier cosa menos leche artificial (leche de biberón). Prefieren usar leche de soja, leche de almendras, leche

de arroz, leche de cabra...

Es un grave error. Existe leche de soja adaptada, especial para bebés, pero muchos expertos recomiendan no

usarla si no es por indicación médica. La soja lleva fitoestrógenos naturales de los que no conviene abusar Y eso es

la soja para bebés, que venden en la farmacia y en la etiqueta dice «preparado para lactantes». La leche de soja

normal, para adultos, que venden en muchas tiendas de dietética, no se parece en nada a la leche para bebés, y no

se debe administrar jamás antes del año. Peor aún, la leche de almendras, la leche de arroz o la leche de avena. Esos

productos no se parecen en nada a la leche materna, y un recién nacido que sólo tornase eso se moriría. Suelen tener

pocas proteínas, casi nada de grasas, un montón de azúcar... y de vitaminas, minerales y otros nutrientes más vale no

hablan Se les llama leche porque son líquidos de color blanco, pero no tienen nada que ver. Sería más correcto decir

horchata de almendra, horchata de arroz... En cuanto a la leche de cabra, es muy parecida a la de vaca, y no se

parece nada a la leche materna.

Hace años hubo en Estados Unidos, no sé si sigue habiendo, una marca de leche de cabra adaptada para bebés.

Es decir, que le quitaban un montón de cosas y le añadían otro montón de cosas, igual que se hace con la de vaca,

para convertirla en algo que los bebés puedan tomar Pero en Europa no existe ninguna marca de leche de cabra

adaptada.

Por favor, no ponga en peligro la salud de su hijo con inventos exóticos. La industria lleva un siglo investigando y

mejorando la leche artificial, y una legislación internacional muy estricta regula su composición. Cuando un niño no

puede tomar leche materna, lo siguiente mejor es la leche adaptada para lactantes.

Zeiger RS. Food Allergen Avoidance in the Prevention of Food Allergy in Infants and Children. *Pediatrics*

2003;111:1662-71

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/6/S2/1662>

American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in

infant feeding. *Pediatrics* 1998;101:148-153

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/Iu>

II/pediatrics;101/ 1/148 New Zealand Ministry of health. Soy-based infant

formula. Wellington 1998

www.soyonlineservice.co.nz/downloads/mohsoy.pdf

Capítulo 6 - Algunas curiosidades de los niños de pecho

El pecho del niño

Los niños, tanto varones como mujeres, suelen tener los pechos hinchados al nacer, por efecto de las hormonas

femeninas que han recibido a través de la placenta. En algunos casos incluso producen unas gotas de leche, la

llamada leche de brujas. Es totalmente normal, incluso en varones. No hay que hacer nada. No hay que apretar o

intentar sacar la leche, porque el exceso de toqueo podría producir una mastitis. No tiene nada que ver con que el

niño tome pecho o biberón, y por supuesto que puede seguir tomando el pecho.

En niñas de menos de dos años se produce a veces el crecimiento de uno o ambos pechos, lo que se conoce

como telarquia prematura. El tamaño es variable en todos los sentidos de la palabra (es decir, no sólo es distinto en

cada caso, sino que puede aumentar y disminuir en la misma niña). No hay otros signos de pubertad (no hay vello

pubiano, ni axilar...). No se debe confundir con la pubertad precoz. En caso de duda, es posible que su pediatra le

haga pruebas.

En la pubertad precoz, la edad ósea está adelantada y los niveles de LH (hormona luteinizante) aumentados,

mientras que en la telarquia prematura ambos son normales. Hacia los tres o cinco años de edad los pechos suelen

volver a deshincharse; pero en algunas niñas se mantienen crecidos hasta empalmar con la pubertad. Es totalmente

normal, no es debido a la lactancia materna, y puede seguir dándole el pecho.

El ombligo y el baño

El cordón umbilical se seca y se cae en una media de diez días o menos, pero es frecuente que tarde dos o tres

semanas, y a veces tarda casi un mes y medio en caer. La aplicación de alcohol y otros desinfectantes retrasa la

caída. No conviene aplicar yodo (pág. 79) ni mercromina (que lleva mercurio).

El ombligo del recién nacido puede ser la puerta de entrada de peligrosas infecciones, y por eso se instauró la

costumbre de aplicar desinfectantes (antisépticos). Pero varios estudios científicos con diversos productos han

demostrado que ninguno tiene ventajas sobre la simple higiene: mantener el ombligo limpio y seco.

Hace unos años se solía bañar a los bebés a los pocos minutos de nacer, pero luego se prohibía volverlos a

bañar hasta que se les cayera el ombligo.

Curiosamente, se ha demostrado que las dos recomendaciones eran erróneas. Es mejor no bañar a los niños

durante las primeras veinticuatro horas (o más), principalmente por el peligro de hipotermia (enfriamiento), incluso con

agua caliente. En los minutos que pasan desde que el niño se moja hasta que se seca, el agua se evapora de su piel,

enfriándolo rápidamente. Hoy en día los recién nacidos se secan rápidamente con una toalla calentita, se colocan en

contacto piel con piel sobre su madre y se cubren ambos con una manta.

En los días sucesivos normalmente no hay necesidad de bañar al niño, porque se ensucian muy poco. Puede

limpiarlo con una esponja húmeda. Pero si hace una caca muy líquida y abundante, no dude en bañarlo rápidamente

con agua calentita y secarlo en seguida. (Bañarlo rápidamente porque, claro, no va a estar diez minutos en remojo en

agua llena de caca...).

Por cierto, ya que hablamos de baño, es curiosa la obsesión por bañar a los bebés que hay en nuestra sociedad.

Cuando no gatean, los bebés casi no se ensucian (salvo por la caca). Se dice que el baño es un momento muy

agradable y relajante para los bebés, y que debe hacerse antes de dormir. Pero lo cierto es que a unos les resulta

agradable y otros protestan enérgicamente; que a algunos les relaja y a otros más bien les excita tanto chapoteo, y

que puede bañar a su hijo a la hora del día en que le resulte más cómodo. La primera medida en el tratamiento del

eccema atópico es evitar los baños innecesarios: máximo dos veces por semana, poco tiempo, secar sin frotar y

aplicar por todo el cuerpo una sencilla crema hidratante antes de que pasen tres minutos de haber salido del agua. No

veo motivo para bañar con más frecuencia a los niños sin eccema, la única diferencia es que no necesitan crema

hidratante.

No hace falta limpiarles los ojos con una gasa ni con ninguna otra cosa (salvo para retirar suavemente las

legañas). No hay que limpiarles los oídos con un palito. Los bastoncillos para los oídos son peligrosos, es fácil dañar

el tímpano, y en todo caso el bastoncillo empuja y compacta la cera hacia adentro, provocando tapones. Si dejamos la

oreja en paz, la cera irá saliendo sola. Limpie si hace falta el exterior de la oreja, pero nunca el orificio.

No hay que retraer el prepucio (la piel del pene) de los varoncitos para limpiarlo. Casi todos los recién nacidos

tienen el prepucio cerrado, es decir, que no se puede retirar hacia atrás. El prepucio se abre sólo a lo largo de los

años (años, no meses), y a veces no se abre nunca. Es normal y no da ningún problema. Los intentos intempestivos

de retirar el prepucio pueden provocar lesiones que, al cicatrizar, producen un mayor estrechamiento y una auténtica

fimosis. Insisto: no toque el prepucio de su hijo, ni aunque se lo diga el pediatra, y no permita que el pediatra lo retire a

la fuerza (se ven muchos prepucios sangrantes por absurdas maniobras sin sentido).

La caca

La primera caca que hace un recién nacido es bastante líquida, negra y pegajosa como pintura, y se llama

meconio. Luego, durante unos días, hace las llamadas deposiciones de transición, muy líquidas y de color grisáceo

verdoso.

Por fin aparecen las cacas típicas del niño de pecho, semilíquidas, de consistencia grumosa (con grumos o

hebras de mucosidad), de olor agradable (para lo que puede ser una caca, se entiende) y de color amarillo dorado

(aunque también se fabrica en versiones amarronadas y verdosas).

Estos cambios reflejan los cambios en la alimentación del bebé. En el útero, el bebe no come nada (aunque traga

mucho líquido amniótico), y el meconio es el resultado de digerir las células de la mucosa intestinal que se han ido

descarnando durante meses (una dieta exclusiva de carne humana). Durante los primeros días después del parto, el

bebé come poco (no por falta de leche, sino porque tiene que comer poco), y por eso sus deposiciones son poco más

que agua. Las cacas típicas del niño de pecho indican que está tomando una cantidad apreciable de leche materna, y

son diferentes de las del niño que toma el biberón (normalmente más espesas, más oscuras y más malolientes; a

veces duras, como bolas que no manchan el pañal).

Si a los cinco días de nacer el bebé todavía no hace las cacas típicas, amarillas, grumosas y con la consistencia

de un puré, cabe sospechar que el niño no está mamando lo suficiente. Las sospechas se han de comprobar pesando

al niño; si está engordando bien, pues será que no, que esas cacas en realidad son normales y no tienen ninguna

importancia. Cuando, por cualquier motivo, el niño (o el adulto) no come lo suficiente, puede volver a hacer esas

cacas muy líquidas, grisáceo-verdosas, llamadas deposiciones de hambre. Esto explica por qué muchos niños tienen

otitis y diarrea, moquitos y diarrea, anginas y diarrea... no es verdadera diarrea, sino sólo cacas líquidas porque, al

estar enfermos, han perdido el apetito. También explica por qué se ha abandonado la antigua costumbre de poner a

dieta a los niños (o adultos) con diarrea. Al no comer, o comer muy poco, la diarrea se alarga; comiendo de todo la

diarrea se cura antes.

Durante las primeras semanas, las deposiciones suelen ser muy frecuentes. Los bebés hacen caca cada vez que

maman (parece como si no les cupieran las dos cosas en un cuerpecito tan pequeño, para meter algo hay que sacar

algo). Pero algunos no hacen tantas, sino sólo cuatro o cinco al día. Y otros hacen aún más caca entre toma y torna,

incluso más de veinte veces al día. Todo esto es completamente normal, no es diarrea, y por tanto no hay que hacer

nada: ni dejar de darle pecho, ni darle agua, ni otros líquidos, ni medicamentos, ni nada. Es difícil que un niño que

sólo toma pecho tenga de verdad diarrea; aunque, por supuesto, puede ocurrir. La diarrea se detecta por un cambio

repentino en las deposiciones, mucho más líquidas y abundantes que el día

anterior, o por la presencia de otros

síntomas, como sangre en la caca o fiebre. Sin duda, muchas diarreas leves en niños de pecho pasan completamente

desapercibidas; ¿qué más da que haga seis cacas o que haga ocho?

Poco después, en algún momento entre el mes y medio y los seis meses (algunos algo antes o algo después,

aunque lo más frecuente es hacia los tres o cinco meses) los niños que toman lactancia materna exclusiva suelen

pasar una temporada en que casi no hacen caca. Sólo los que tornan lactancia exclusiva; basta con un poco de

biberón para cambiar las deposiciones. Hace unas décadas eran muy pocos los niños españoles que llegaban a los

tres meses con el pecho, y no digamos exclusivo, de modo que muchas madres y abuelas, y muchos pediatras y

enfermeras, no saben que esto es normal. Pero ahora, cuando cada vez son más los niños que toman solo pecho y

nada más que pecho hasta los seis meses, vemos que de hecho lo raro es que un bebé haga caca todos los días. La

mayoría hace cada dos o tres días, muchos cada cinco o siete. Si acucie a un grupo de madres lactantes, no le será

difícil conocer a algún niño que estuvo diez o doce días sin hacer caca. Personalmente he visto a un niño que estuvo

veintitrés días; y el doctor Newman (un especialista en lactancia materna que ve los casos más raros de Toronto) ha

visto dos niños que estuvieron más de treinta días.

Eso sí, cuando al final hacen caca es completamente normal, semilíquida o pastosa, como solían hacerla antes. Y

se ponen hasta la bandera. No se le ocurra pesar al niño antes y después de hacer caca, porque se llevaría un susto

de muerte. Todo eso es totalmente normal, no es estreñimiento. Repito, no es estreñimiento, porque no hacen bolas

duras y secas. El estreñimiento es una enfermedad que consiste en hacer bolas duras y secas. Si hace usted cacas

como bolas de billar, pida al cielo que sea sólo una por semana, porque si hace tres bolas de billar al día está igual de

estreñida, y encima va a sufrir mucho más. En cambio, el que hace la caca blanda no está estreñado, aunque sólo

haga una al mes. Todavía encontrará algunos pediatras que no saben que esto es normal, y querrán tratar a su hijo

como si tuviera estreñimiento. Y algunas abuelas y cuñadas pueden ponerse muy pesadas. Manténgase firme. No hay

que darle ni agua, ni zumo de naranja, ni otros zumos, ni manzanilla u otras malas hierbas, ni remedios naturales,

homeopáticos o tradicionales chinos, ni laxantes u otros medicamentos, ni agua de remojar ciruelas pasas. No hay

que ponerle lavativas, ni supositorios de glicerina, ni de ningún otro tipo, ni meterle por el culito el termómetro, ni la

ramita de perejil con aceite de oliva, ni el rabito de la hoja de geranio, ni una cerilla... Nada de nada.

Algunas madres aseguran que su hijo está incómodo y lloroso cuando lleva unos días sin hacer caca, y que

cuando hace, se le pasan todos los males. La mayoría, sin embargo, dice que su hijo está la mar de bien. Es un poco

arriesgado poner en duda lo que dicen las madres, porque casi siempre tienen razón; pero se me hace muy difícil

creer que esa caca blanda, a veces líquida, pueda causar dolor o molestias serias al bebé. En el verdadero

estreñimiento, sin duda hay molestias: sacar esa bola dura ha de doler, y es posible que también duela antes, a

medida que va recorriendo el intestino. Pero ¿una caca blanda? Me parece que al no hacer caca le ha ocurrido como

a los dientes, que les echan la culpa de cosas que son pura coincidencia. Cuando un niño de dos a seis meses llora,

protesta o no duerme, no es difícil que lleve un par de días sin hacer caca, y cuando un niño (le seis a dieciocho

meses llora o protesta, es muy probable que le esté saliendo, le acabe de salir o esté a punto de salirle un diente.

Cuando el que llora tiene (los años, como ya no le salen dientes, se dice que son los terribles dos años; y a partir de

los tres cualquier problema se atribuye a la preadolescencia.

Si su hijo no pasa por esta fase, si sigue haciendo varias cacas al día durante toda la lactancia, no pasa nada,

también es normal.

Si, en cambio, durante el primer mes o mes y medio no hace varias cacas al día, también puede ser normal, pero

compruebe el peso. A esa edad, algunos niños hacen poca caca porque no maman lo suficiente. Si el peso ha

aumentado lo suficiente, pues nada.

Si desde el mismísimo día del nacimiento su hijo hace caca una vez cada varios días, si no ha pasado ninguna

temporada, ni corta ni larga, de hacer varias veces al día, consulte a su pediatra. Podría ser normal, pero también

podría tener un problema digestivo. Fíjese en si, al menos, se tira peditos; es buena señal.

El pipí

Los bebés pequeños suelen hacer pipí al menos de seis a ocho veces al día.

Excepto los primeros dos días, cuando están perdiendo peso, en que hacen menos veces.

Pero eso no significa que mojen seis u ocho pañales. Los pañales desechables son muy absorbentes, y a veces

se puede pasar un día con cuatro o cinco pañales (si no hay que cambiarlo porque ha hecho caca). Tampoco es fácil,

cuando se cambia a un bebé porque ha hecho caca, saber si también ha hecho pipí (con un bebé mayor se nota, pero

uno pequeño hace poca cantidad cada vez, y la madre es más novata).

El que un niño haga poco pipí puede sugerir que ha mamado poco. Pero eso se ha de comprobar con el peso. Lo

mismo ocurre cuando hacen poca caca (en el primer mes) o cuando esa caca es muy líquida y grisácea verdosa... Son

sólo datos orientativos que nos indican que hay que comprobar el peso. Si está engordando normalmente, y si está

contento y feliz, no importa cuánto pipí y cuánta caca haya hecho.

Importaría, desde luego, si pudiéramos medir la cantidad exacta. El que de verdad orina poco es porque no ha

tornado suficientes líquidos, y por tanto suficiente leche. Pero en la práctica sólo contamos pañales mojados. Un niño

que hace diez veces, y cada vez hace 30 mililitros, ha orinado menos que el que ha hecho cinco veces, y cada vez 80

mililitros.

Además, el hecho de que un niño orine mucho no garantiza que esté tomando suficientes líquidos. Los niños que

toman pecho no necesitan beber agua; con la leche ya tienen agua de sobra. Les sobra agua. Si toman un poco

menos de la leche que necesitan, seguirán haciendo mucho pipí. Tienen que estar mamando muy poco de verdad

para que la cantidad de orina disminuya.

Por todo ello, observar y contar pañales mojados es muy poco útil para saber qué tal mama un niño. Pero la idea

ha salido en algunos libros, en el apartado Cómo saber si mi hijo toma suficiente leche, se ha extendido por el boca a

boca y ha alcanzado una calidad de dogma que, sin duda, los autores de esos libros no esperaban. Algunas madres

pasan meses contando obsesivamente los pañales, cuando basta con ver la cara de felicidad del niño para saber que

está mamando todo lo que necesita (y si hubiera dudas, tendríamos el peso).

Otras veces, cuando todos los síntomas indican que hay un problema, se busca en los pañales una falsa (y

peligrosa) seguridad Hl. hijo sólo ha engordado 250 gramos entre el mes y los dos meses.» «Pero moja bien los

pañales?» «Sí, orina bastante.» «Pues no te preocupes.») El otro día vi el caso opuesto: un niño de cinco meses,

mamando perfectamente, sano y rollizo, con un perfecto aumento de peso, y la madre preocupada a pesar de todo

(«Sé que tengo poca leche, porque desde que nació está orinando poco; pero no hay manera de que se torne los

biberones»). Un niño que de verdad orina poco desde que nació... a los cinco meses, en el mejor de los casos, está

hospitalizado.

Olvídese de la orina, por favor. Si su hijo está activo, contento, se le ve sano y mama lo que quiere, es que todo va

bien. Si está engordando normalmente, es que todo va bien. Si todo va bien pero moja pocos pañales, simplemente

quiere decir que su hijo aguanta la orina más tiempo y hace más cantidad cada vez. Si un niño de tres meses de

pronto se queda con hambre, no serán los pañales los que nos avisen: será el mismo niño, que pedirá el pecho más a

menudo (y, si se lo da, se le quitará el hambre y asunto resuelto).

Lo de la orina podría tener cierto interés durante las primeras semanas, cuando los niños están muy dormidos y

no se les nota tanto la salud en la cara. Si parece que mama mal (porque está mucho rato y le duelen los pezones, o

porque no se agarra), o que se queda con hambre (porque está todo el día llorando), o que está débil (porque está

todo el día durmiendo), puede ser buena idea fijarse en la orina mientras lo lleva a pesar. Pero de todas maneras,

tanto si el pañal está seco como si está mojado, tendrá que pesarlo.

El sueño

¿Debo despertarlo para mamar?

En general, no.

Los niños suelen mamar muy bien nada más nacer, pero luego suelen pasar ocho, diez o doce horas muy

adormilados, y casi no se cogen al pecho. Eso es normal, y si bien hay que darles toda clase de oportunidades para

mamar (permaneciendo cerca de la madre, y a ser posible en contacto piel con piel, y ofreciéndoles el pecho a la más

mínima oportunidad, en cuanto parecen un poco despiertos, sin esperar a que lloren), tampoco hace falta insistir en

despertarlos. Ya mamarán.

Pero, claro, tampoco pueden estar toda la vida sin mamar. A las diez o doce horas se empieza a insistir un poco

más, y si pasan aún más horas y no mama, conviene por un lado que el pediatra mire al niño para asegurarse de que

no le pasa nada, y por otro que la madre se saque leche y se la intente dar con un cuentagotas o una jeringuilla. Si

pasase muchísimo tiempo sin mamar y no hiciéramos nada para darle leche, entraría en un círculo vicioso, seguiría

durmiendo de pura debilidad y perdería cada vez más peso.

Releo el párrafo anterior y ya me temo: «Esto va asustar a las embarazadas».

Pues no, no se asuste, por favor, la inmensa mayoría de los recién nacidos maman con energía y elegancia y no

tenemos que preocuparnos para nada. Pero comprenda que justo en las excepciones es donde está el peligro, y que

en un libro como éste tenemos que advertirlo. No es cosa que aparezca una madre con su niño de cinco días y diga:

«Le doy el pecho a demanda, y como todavía no ha demandado, todavía no le he dado».

Una vez que la lactancia está encarrilada, cuando el niño ha mamado durante vanos días sin problemas, y se le

ve contento, y engorda normalmente, no hay ninguna necesidad de despertarlo. Si un día duerme ocho horas,

disfrútelo y descanse, que probablemente a los cuatro meses no dormirá tanto (una vez más, usemos el sentido

común: si de pronto un bebé duerme mucho más de lo que solía dormir, obsérvelo, vea si respira normalmente,

tóquelo a ver si tiene fiebre...).

Pero si está perdiendo peso, o ganando muy poco, y encima duerme mucho, sí que conviene intentar despertarlo.

En la mayoría de los casos, más que despertarlo (no es fácil despertar a un niño profundamente dormido), basta con

estar atentos y aprovechar la menor oportunidad, cuando se empieza a mover o parece casi despierto, para ponerlo al

pecho. Lo que significa tenerlo todo el rato al lacio. Un niño poco llorón por carácter, o por debilidad debida a

enfermedad o a la pérdida de peso, puede saltarse muchas tomas si duerme lejos de su madre. Se medio despierta,

mueve la cabeza de un lado a otro, se queja débilmente, nadie se entera y se vuelve a dormir. «Ha dormido seis horas

de un tirón», dicen luego.

Durante los primeros días, todos los niños pierden peso, y por tanto siempre hay que estar atentos para intentar

darles el pecho con frecuencia. No se puede poner un límite, ni máximo cuatro horas ni ningún otro. Hay que usar el

sentido común. No es lo mismo un niño que por la mañana ha mamado varias veces y ha mamado bien, movía la

mandíbula y se le oía tragar; y por la tarde duerme cinco horas, que otro niño que duerme cinco horas, y luego otras

cinco, y luego cinco más, y entre siesta y siesta apenas se agarra, pelea con el pecho y no mama ni dos minutos, o

bien se está media hora con el pecho en la boca pero sin mamar.

¿Cuándo dormiré toda la noche?

Últimamente se han puesto muy de moda diversos métodos para enseñar a dormir a los niños. Eso es una

tontería; todos los niños saben dormir. Los fetos ya duermen antes de nacer, y los recién nacidos suelen pasar más

(algunos, mucho más) de quince horas al día durmiendo. Un niño que no durmiera moriría en pocos días, lo mismo

que un adulto.

En realidad, lo que los niños aprenden con el tiempo no es a dormir, sino a

estar despiertos. Tienen que pasar de

dormir las quince o veinte horas del recién nacido a las siete u ocho del adulto, es evidente que han de dormir-cada

vez menos. Pero no es un verdadero aprendizaje (es decir, algo que te tienen que enseñar), sino un proceso de

maduración, lo mismo que el sentarse o el caminar: todos los niños lo harán cuando les llegue el momento, sin que

los padres hagan nada especial (sólo lo de siempre: quererlos y cuidarlos), y ninguna estimulación intensiva o precoz

puede conseguir que lo hagan antes o lo hagan mejor.

Uno de los hitos en este proceso de maduración tiene lugar hacia los cuatro meses, cuando los niños empiezan a

despertarse con frecuencia por la noche.

Muchas madres se extrañan, se preocupan o incluso se asustan, pues les han dicho que el niño dormiría cada

vez más (¿más todavía? ¡Entraría en coma!).

Pero usted ya está avisada: a los dos o tres meses su hijo puede que duerma seis horas seguidas, tal vez incluso

ocho; pero hacia los cuatro o cinco meses probablemente empezará a despertarse varias veces cada noche, más o

menos cada hora y media o dos horas. Recuerde, es un proceso normal de maduración. No hace falta que le enseñe,

que intente despertar a su hijo cada dos horas, ya lo hará él. (Parece que algunos niños no se despiertan, sino que

duermen siempre de un tirón. Si por casualidad su hijo es de éstos, no se

preocupe, también es normal.)

A partir de ahí entramos en territorio desconocido; tenemos muy pocos datos sobre la evolución natural del sueño

normal de los niños. Seguro que es muy variable, y cada niño es distinto. Parece que hacia los dos años los niños se

despiertan bastante menos, y hacia los tres años suelen dormir de un tirón (al menos, la mayoría de aquellos niños

que no han sufrido experiencias traumáticas porque nadie ha intentado dejarlos solos por la noche contra su

voluntad). Hacia los tres años, muchos niños que dormían con sus padres aceptan dormir en otra habitación, siempre

y cuando les hagan compañía hasta que se duermen. Hacia los siete años muchos niños pueden quedarse dormidos

solos (es decir, les das un besito, les dices adiós, y se quedan en su cama sin llorar, sin protestar, sin llamar...)

Los gases

Tanto los niños como los adultos podemos tener gas en el estómago o en el intestino (sobre todo en el intestino

grueso). Pero son dos cuestiones completamente diferentes.

El gas en el estómago es aire, aire normal y corriente que el individuo ha tragado (lo que los médicos llamamos

aerofagia, comer aire). Los bebés pueden tragar aire al comer, o al llorar, puede que también al chupar un chupete o el

dedo.

El gas que hay en el intestino es distinto, no hay más que olerlo para darse

cuenta. Contiene nitrógeno del aire

deglutido (el oxígeno ha sido absorbido a través del tubo digestivo) y gases que se producen en el mismo intestino por

la digestión de ciertos alimentos y que le dan su olor característico.

Cuando el niño traga demasiado aire sería posible que se tirase demasiados pelitos, pero es más fácil que el

exceso de gas salga por arriba, con los eructos. Un exceso de gas en el intestino es más probable que provenga de la

digestión que del aire deglutido. Cuando el bebé no mama correctamente, porque está mal colocado o tiene alguna

otra dificultad, es posible que tome demasiada lactosa y poca grasa, y la sobrecarga relativa de lactosa puede

producir un exceso de gas (véase pág. 160). Además, al estar mal colocado es más probable que trague gas mientras

mama. Pero ni la mala posición es la principal causa de gases, ni los gases son el principal síntoma de la mala

posición.

El exceso de gas en el intestino sólo puede expulsarse en forma de pedos. Por fortuna, no puede hacer el camino

inverso y salir por la boca.

Es más fácil expulsar el aire del estómago (es decir, hacer el eructo, con c, no confundir con las erupciones

volcánicas) en posición vertical que en posición horizontal. Como nuestros antepasados estaban siempre en brazos

de su madre, en posición más o menos vertical, no debían tener mucho

problema. En el siglo pasado se generalizaron

los biberones y las cunas. Con el biberón, el niño puede tragar mucho aire, y en la cuna le cuesta echarlo; por eso

parecía importante poner al niño a hacer el eructo antes de dejarlo en la cuna.

Sin embargo, no parece que los gases molesten a los bebés, salvo tal vez en casos extremos. Mucha gente

piensa que la principal causa de llanto en los niños pequeños son los gases; y muchos de los medicamentos que a lo

largo de la historia se han recomendado para el cólico del lactante se suponía que ayudaban a expulsarlos (ése es el

significado de la palabra *cannimativo*), o a evitar la formación de burbujas (nunca he entendido por qué, pero sí,

ciertas gotas para el cólico son antiespumantes).

No todo el mundo está de acuerdo en cuál es la causa del cólico (más adelante le explicaré mi teoría favorita),

pero parece que ya no quedan defensores serios de la teoría de los gases. Hace muchos años, cuando no se sabía

que el exceso de rayos X era malo y se hacían radiografías por cualquier tontería, a alguien se le ocurrió hacer

radiografías de los niños que lloraban (el gas se ve perfectamente como una gran mancha negra en la radiografía).

Comprobó que los niños tienen poco gas cuando empiezan a llorar, pero mucho gas cuando llevan un rato llorando.

Lo que ocurre es que tragan aire al llorar, y como no pueden llorar y eructar al mismo tiempo, se les va acumulando

todo hasta que dejan de llorar. La madre suele explicarlo así: «Pobrecito, lloraba mucho porque tenía gases. Lo cogí y

le di unas palmaditas, y por fin pudo hacer el eructo y se le pasó todo». En realidad, la interpretación correcta

probablemente sería: «Pobrecito, lloraba porque me echaba de menos. Cuando le cogí en brazos y le acaricié la

espalda, se tranquilizó y entonces echó un eructo enorme con todo el aire que había tragado mientras lloraba».

Creo que eso explica la importancia del eructo en el siglo pasado. Cuando la madre intentaba poner al niño en la

cuna nada más acabar de comer, el bebé lloraba desesperado. En cambio, si lo tenía en brazos y lo mecía y

acariciaba un rato antes de dejarlo en la cuna, era más fácil que el bebé se tranquilizase y se durmiese. Durante ese

rato que estaba en brazos, claro, el bebé eructaba. Y como nadie quería reconocer que los brazos de la madre eran

buenos para el bebé (¿cómo van a ser buenos?, ¡los brazos de la madre son malos, malcrían, el bebé no tiene que

estar en brazos, o se volverá un llorón!), prefirieron pensar que era el eructo, y no la presencia de la madre, lo que

había obrado el milagro.

El caso es que muchas madres modernas tienen la idea de que el eructo es importantísimo, fundamental para la

salud y el bienestar de su hijo. Tiene que eructar cueste lo que cueste. Pero los niños de pecho, si han mamado

correctamente, no tragan casi nada de aire (los labios se cierran

herméticamente sobre el pecho, por lo que el aire no

puede entrar; y dentro del pecho no hay aire, a diferencia del biberón). Muchas veces, los niños de pecho no eructan

después de mamar. En cambio, cuando están mal colocados al pecho, es posible que traguen aire, haciendo un ruido

como de besuqueo, porque queda una rendija entre los labios y el pecho.

Alguna vez me ha explicado una madre que a su hijo le cuesta mucho hacer el eructo, que hay que tenerlo una

hora dándole golpes en la espalda, que llora y todo de lo mal que se encuentra, hasta que por fin puede echar los

gases.

Pobre criatura, lo que pasa es que no tiene ningún gas que echar; llora de tantos golpecitos y meneos que le dan,

y al final echa el aire que ha tragado mientras lloraba.

No se obsesione con el eructo. Después de mamar, es buena idea tener al bebé un buen rato en brazos. Eso les

gusta. Si en ese tiempo echa los gases, pues muy bien. Y si no, pues será que no tenía gases. No le golpee la

espalda, no le dé manzanilla, ni anís, ni agua, ni ningún remedio para los gases (ni natural ni artificial, ni de la

farmacia ni de la herboristería, ni comprado ni hecho en casa).

El cólico

Los bebés occidentales suelen llorar bastante durante los primeros meses, lo que se conoce como cólico del

lactante o cólico del primer trimestre. Cólico es la contracción espasmódica y dolorosa de una víscera hueca; hay

cólicos del riñón, de la vesícula y del intestino. Como el lactante no es una víscera hueca, y el primer trimestre todavía

menos, el nombre ya de entrada no es muy afortunado. Se le llamaba cólico porque se creía que les dolía la barriga;

pero eso es imposible saberlo. El dolor no se ve, lo tiene que explicar el paciente. Cuando se les pregunta «¿por qué

lloras?», los bebés se obstinan en no contestar; cuando se les vuelve a preguntar años después, siempre dicen que

no se acuerdan. Así que nadie sabe si les duele la barriga, o la cabeza, o la espalda, o si les pica la planta del pie, o si

les molesta el ruido, o si simplemente están preocupados por alguna noticia que oyeron por la radio. Por eso, los

libros modernos suelen evitar la palabra cólico, y prefieren llamarlo llanto excesivo en la infancia. Es lógico pensar

que no todos los bebés lloran por lo mismo; a alguno tal vez le duela la barriga, pero otro tendrá hambre, o frío, o calor,

y otros (probablemente los más) simplemente necesitan estar en brazos.

Típicamente, el llanto se produce sobre todo por las tardes, de seis a diez, la hora tonta. A veces es de ocho a

doce, a veces de doce a cuatro, y algunos parece que estén de guardia las veinticuatro horas. Suele empezar

después de las dos o tres semanas, y suele mejorar hacia los tres meses (aunque no siempre).

Cuando la madre da el pecho y el bebé llora por las tardes, siempre hay algún

alma caritativa que le dice:

«¡Claro, se nota que por las tardes se te acaba la leche!». Pero entonces, ¿por qué tienen cólico los niños que toman

el biberón? (la incidencia de cólico parece ser la misma con pecho o con biberón). ¿Acaso hay alguna madre que por

la mañana prepare los biberones de 150, y por la tarde sólo de 90, para fastidiar y para que el niño llore?

¡Claro que no! Los biberones son exactamente iguales, pero el bebé que por la mañana dormía más o menos

tranquilo por la tarde llora y llora. No es por hambre.

«Entonces, ¿por qué mi hija se pasa toda la tarde enganchada a la teta, y por qué me noto los pechos vacíos?»

Cuando un bebé llora, la madre que da el biberón puede hacer varias cosas: puede tomarle en brazos, mecerle,

cantarle, acariciarle, ponerle el chupete, darle un biberón, dejarle llorar (no estoy diciendo que sea conveniente o

recomendable dejarle llorar, sólo digo que es una de las cosas que la madre podría hacer). La madre que da el pecho

puede hacer todas esas cosas (incluyendo darle un biberón y dejarle llorar), pero además puede hacer una exclusiva:

darle el pecho. La mayoría de las madres descubren que dar el pecho es la manera más fácil y rápida de que el niño

se calme (en casa, al pecho le llamábamos la anestesia), así que dan el pecho una y otra vez a lo largo de la tarde.

Claro que el pecho se queda blando, pero no es porque no haya leche, sino porque toda la leche está dentro de la

barriga del niño. El bebé no tiene nada de hambre, al contrario, está de leche hasta la bandera.

Si la madre está contenta dando el pecho todo el rato, y no le duele el pezón (si el niño pide todo el rato y el

pezón duele, es probable que esté en mala posición), y si el bebé se calma así, no hay inconveniente. Puede darle

todas las veces y todo el tiempo que quiera. Puede meterse en la cama y descansar mientras su hijo mama. Ahora

bien, si la madre está cansada, desesperada, harta de tanto dar el pecho, y si el niño está engordando bien, tampoco

hay inconveniente en que le diga al padre, a la abuela o al primer voluntario que pille: «Toma a este niño, llévatelo a

pasear a otra habitación, o a la calle y no vuelvas en dos horas». Porque si un niño que mama bien y engorda

normalmente mama cinco veces en dos horas y sigue llorando, de una cosa podemos estar razonablemente seguros:

no llora por hambre (otra cosa sería un niño que engorda muy poco, o que estaba engordando poco o nada hasta

hace dos días y ahora empieza a recuperarse: a lo mejor ese niño necesita mamar muchísimas veces seguidas). Eso

sí, si recurre a que alguien se lleve al niño a paseo, aproveche para descansar, y si es posible para dormir.

Nada de lavar los platos y ponerse al día con la plancha, entonces no adelantamos nada.

Ocurre a veces que la madre está desesperada, lleva dos horas pecho, brazos, pecho, brazos, y vuelta a

empezar. Recibe a su marido como si fuera el séptimo de caballería: «Por favor, haz algo con esta niña, porque estoy

a punto de volverme loca». Papá la toma en brazos (no sin cierta aprensión, dadas las circunstancias), la niña apoya

la cabecita sobre su hombro, y ¡cloc! cae dormida. Hay varias explicaciones posibles para este fenómeno. Dicen que

los varones tenemos el hombro más ancho, y que se duerme mejor. Como llevaba dos horas danzando, es lógico que

la niña esté bastante cansada. A lo mejor lo que necesitaba era un cambio de aires, es decir, de brazos (y muchas

veces ocurre al revés: el padre ya no sabe qué hacer, y la madre consigue tranquilizar al bebé en segundos).

Tengo la impresión (pero es sólo una teoría mía, no tengo ninguna prueba) de que, en algunos casos, lo que

ocurre es que el bebé también está harto de mamar. No tiene hambre, pero no es capaz de reposar la cabeza sobre el

hombro de su madre y dormir tranquilo. Como si no conociera otra forma de relacionarse con su madre que mamando.

Tal vez se siente como nosotros cuando nos ofrecen nuestro postre favorito después de una opípara comida. No

podemos negarnos, y luego andamos toda la tarde con indigestión. En brazos de mamá es un continuo quiero y no

puedo; en cambio, con papá, no hay duda posible: no hay teta, así que a dormir.

Mi teoría tiene muchos puntos flojos, desde luego. Para empezar, la mayor parte de los niños del mundo están

todo el día en brazos (o colgados a la espalda) de su madre, y en general descansan tranquilos y apenas lloran. Pero

tal vez esos niños sí que conocen otra manera de relacionarse con su madre, sin necesidad de mamar. En nuestra

cultura nos empeñamos en dejar al bebé en su cuna varias horas al día; tal vez así les transmitimos la idea de que

sólo pueden estar con su madre si maman.

Porque lo cierto es que el cólico del lactante parece casi exclusivo de nuestra cultura. Algunos lo consideran una

enfermedad de nuestra civilización, la consecuencia de dar a los niños menos contacto físico del que necesitan. En

otras sociedades, el concepto mismo de cólico es desconocido. En Corea, el doctor Lee no encontró ningún caso de

cólico entre 160 lactantes. Al mes de edad, los niños coreanos solo pasaban dos horas al día solos, frente a las

dieciséis horas de los norteamericanos. Los niños coreanos pasaban el doble de tiempo en brazos que los

norteamericanos, y sus madres respondían prácticamente siempre a su llanto. Las madres norteamericanas ignoran

deliberadamente el llanto de sus hijos casi la mitad de las veces.

En Canadá, Hunziker y Barr demostraron que se podía prevenir el cólico del lactante recomendando a las madres

que llevasen a su hijo en brazos varias horas al día. Es muy buena idea llevar al bebé colgado, como hacen la mayor

parte de las madres del mundo. Hoy en día es posible comprar varios modelos de bandoleras y portabebés en los que

puede llevarlo cómodamente por casa y por la calle. No corra a dejar al bebé en la cuna cuando se duerma; les gusta

estar con su mamá, aunque estén durmiendo. No espere a que el bebé empiece a llorar, con dos o tres semanas, para

tomarlo en brazos; entonces puede que esté pasado de rosca y ni con los brazos se calme. Los bebés necesitan

mucho contacto físico, muchos brazos, desde que nacen. No les conviene estar separados de su madre, y mucho

menos solos en otra habitación. Durante el día, si lo deja un rato durmiendo en su cunita, es mejor que tenga la cunita

en el salón; así se sentirán los dos (madre e hijo) más seguros, y descansarán mejor.

A nuestra sociedad le cuesta mucho reconocer que los niños necesitan brazos, contacto, afecto; que necesitan a

su madre. Es preferible cualquier otra explicación: que si inmadurez del intestino, que si el sistema nervioso... Se

prefiere pensar que el niño está enfermo, que necesita un medicamento. Hace unas décadas, las farmacias españolas

vendían medicamentos para el cólico que contenían barbitúricos (mano de santo, desde luego, el niño se quedaba

frito).

Otros prefieren las hierbas e infusiones, los remedios homeopáticos, los masajes. Todos los tratamientos de que

tengo noticia tienen algo en común: hay que tocar al niño para dárselo. El niño está en la cuna, llorando; la madre lo

toma en brazos, le da manzanilla, el niño se calla. Se hubiera callado igual sin

manzanilla, con el pecho, o sólo con

los brazos. Si, por el contrario, inventasen un aparato electrónico para administrar manzanilla, activado por el sonido

del llanto del niño, una microcámara que explorara la cuna, un ordenador que identificara la boca abierta y controlara

una jeringa que lanza un chorro de manzanilla directo a la boca... ¿cree que el niño se calmaría así? ¡No es la

manzanilla, no es el medicamento, no es el remedio homeopático!

Son los brazos de la madre los que curan el cólico.

Taubman, un pediatra estadounidense, demostró que unas sencillas instrucciones para la madre (tabla 1) hacían

desaparecer el cólico en menos de dos semanas.

Los niños a los que su madre hacía caso pasaron de llorar una media de 2, 6 horas al día a hacerlo sólo 0,8

horas. Mientras, los del grupo control, a los que se dejaba llorar, lloraban cada vez más: de 3, 1 horas pasaron a 3, 8

horas. Es decir, que los niños no lloran por gusto, sino porque les pasa algo. Si se les deja llorar, lloran más, si se les

intenta consolar, lloran menos (¡una cosa tan lógica!, ¿por qué tanta gente se esfuerza en hacernos creer justo lo

contrario?).

Tabla 1.

INSTRUCCIONES PARA TRATAR EL CÓLICO, SEGÚN TAUBMAN.

PEDIATRICS 1984;74:998

1. Intente no dejar nunca llorar a su bebé.
2. Para descubrir por qué llora su hijo, tenga en cuenta las siguientes posibilidades:
 - a. El bebé tiene hambre y quiere comer.
 - b. El bebé quiere chupar, aunque no tenga hambre.
 - c. El bebé quiere que le tomen en brazos.
 - d. El bebé está aburrido y quiere estimulación.
 - e. El bebé está cansado y quiere dormir.
3. Si sigue llorando durante más de cinco minutos con una respuesta, pruebe con otra.
4. Decida usted misma en qué orden probar las anteriores opciones.
5. No tenga miedo de sobrealimentar a su hijo. Eso no va a ocurrir.
6. No tenga miedo de malcriar a su hijo. Eso tampoco va a ocurrir.

En el grupo control, las instrucciones eran: cuando el niño lllore y no sepa qué le pasa, déjelo en la cuna y váyase

de la habitación. Si a los veinte minutos sigue llorando, vuelva a entrar, compruebe (un minuto) que no le pasa nada, y

vuelva a salir de la habitación. Si a los veinte minutos sigue llorando, etc. Si a las tres horas sigue llorando, le vuelve a

dar de comer, y vuelta a empezar.

Las dos últimas instrucciones del doctor Taubman me parecen especialmente importantes: es imposible

sobrealimentar a un niño por ofrecerle demasiada comida (que se lo digan a

todas las madres que intentan enchufarle

la papilla a un niño que no quiere comer); y es imposible malcriar a un niño por hacerle demasiado caso. Malcriar

significa criar mal. Malcriar a un niño es pegarle, insultarle, ridiculizarle, ignorar su llanto. Por el contrario, hacerle

caso, cogerlo en brazos, acariciarlo, consolarlo, hablarle, besarlo, sonreírle, son y siempre han sido biencriar.

No existe ninguna enfermedad mental causada por un exceso de brazos, de cariño, de caricias... No hay nadie en

la cárcel, o en el manicomio, porque sus padres le cogieron demasiado en brazos, o le cantaron demasiadas

canciones, o le dejaron dormir con ellos. En cambio, sí que hay gente en la cárcel, o en el manicomio, porque no tuvo

padres, o porque sus padres le maltrataron, le abandonaron o le despreciaron. Y sin embargo, la prevención de esa

supuesta enfermedad mental totalmente imaginaria, el malcriamiento infantil crónico, parece ser la mayor

preocupación de nuestra sociedad. Y si no, amiga lectora, haga memoria y compare: ¿cuántas personas, desde que

se quedó embarazada, le han advertido de la importancia de poner enchufes de seguridad, de guardar en lugar

seguro los productos tóxicos, de usar una sillita de seguridad para el automóvil o de vacunar a su hijo contra el

tétanos? ¿Cuántas personas, en cambio, le han advertido de que no coja al niño en brazos, que no se lo meta en la

cama, que no lo malacostumbre?

Lee K. The crying pattern of Korean infants and related factors. Dev Med Child Neurol. 1994;36:601-7

Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. Pediatrics

1986;77:641-8

Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. Pediatrics

1984;74:998-1003

Aclaraciones

Seguro que ahora alguien dirá que por culpa del doctor González (y del doctor Taubman, ¡tal para cual!), las

pobres madres van a estar esclavizadas, todo el día pendientes de sus hijos. Mentira. Yo no le digo al niño que lllore,

llora él solito. Si su hijo llora, habrá quien le diga que sólo puede hacer una cosa: salir de la habitación y dejar que

llore. Tiene que hacerlo tanto si le funciona como si no, una vez y otra, un día y otro. Y durante ese tiempo, ¿qué hace

la madre?, ¿cree que se pone a leer un libro, o a dormir la siesta, o a planchar? Todo el que ha oído llorar a un niño,

llorar de verdad, ¡y además su propio hijo!, sabe que esa madre no puede hacer nada. El llanto de un niño es uno de

los sonidos más desagradables de la naturaleza (en eso consiste, el llanto de un niño está especialmente diseñado

para provocar una reacción en los adultos, para no dejar a nadie indiferente). Esa pobre madre no puede hacer otra

cosa que apretar las mandíbulas, mirar las manecillas del reloj y esperar los veinte minutos. En cambio, la madre a la

que han recomendado hacer caso a su hijo tiene cinco opciones para elegir (y si se le ocurre la sexta, pues

magnífico), puede decidir por cuál de ellas comienza, y si un truco no funciona y el niño sigue llorando, puede probar

con otra cosa.

De hecho, una de las posibilidades, el niño tiene sueño y quiere dormir, podría interpretarse como dejarlo en la

cuna e irse; solamente que, si no funciona, la madre no está obligada a esperar veinte minutos para sacarlo.

La madre esclavizada es aquella a la que obligan a dejar llorar a su hijo, mientras que la madre liberada es

aquella que tiene derecho a hacer lo que le parezca conveniente para calmarlo. Y, además, así conseguirá que su hijo

llore cada vez menos.

Entonces, si dejo llorar a mi hijo, ¿sufrirá un trauma para toda la vida? No, no he dicho eso. No estoy hablando de

traumas para toda la vida, sino del cólico del lactante. Si deja llorar a su hijo, simplemente llorará más.

Los niños lloran. Es normal. Es inevitable. Los niños coreanos, los niños africanos, todos lloran. Aunque estén en

brazos las veinticuatro horas, lloran. Lo que pasa es que lloran menos. No estoy diciendo que, en cuanto el niño llora,

vaya siempre corriendo a calmarlo. Por supuesto que a veces estará usted en la ducha, o en la cocina con el aceite a

punto de quemarse, o haciendo cualquier otra cosa. Intente al menos decirle algo, mirarlo, sonreírle. Si un niño tiene

que esperar, de vez en cuando, unos minutos para que alguien acuda a su llamada, no es el fin del mundo. El

problema es dejar llorar a un niño a propósito y frecuentemente. El problema es hacerlo engañada, porque alguien

que afirma saber mucho (un pariente, una vecina, el médico, el autor de un libro...) le ha dicho que llorar es lo mejor

para su hijo, que si lo toma en brazos o lo consuela le va a malcriar.

Los adultos también lloramos, cuando tenemos motivo. Como los niños. No lloran porque sí; simplemente, sus

motivos son distintos, y muchas veces no los conocemos. Imagine que es usted la que llora; una persona muy querida

ha sufrido un grave accidente, y está sola en casa llorando. ¿A que es triste estar sufriendo y que no haya nadie para

apoyarla y darle consuelo? Ahora imagine que usted no está sola en casa. Allí está su marido, leyendo. Usted está

llorando, y él ni siquiera levanta la vista del libro. O le grita: «Calla de una vez, estoy intentando leer». ¿A que es aún

peor que llorar sola? Además de la pena que ya sufría, ahora se siente despreciada, humillada. Siente que su marido

ya no la quiere. Cuando una persona amada llora, le hacemos caso.

Naturalmente, un bebé de dos meses no puede saber si su madre tardó diez minutos en venir porque estaba muy

ocupada, o si lo hizo a propósito («que se espere un rato, tiene que aprender que no puede salirse con la suya»). El

no lo sabe, pero usted sí. Hacemos lo que creemos correcto, aunque nadie se entere.

La dentición

Hace tiempo, una madre me dijo que a su hija de mes y medio le estaba saliendo un diente. Es raro, pero no

imposible, que un diente salga tan pronto, así que le miré la boquita intrigado. «Pues yo no le veo nada.» «No, si aún

no se ve.»

«Y entonces, ¿cómo sabe que le está saliendo un diente?» «Pues porque está nerviosa, llora, se chupa los

puñitos...» «¡Ah, bueno! Pero eso es normal, los niños lloran, se chupan los puñitos, eso no quiere decir que le esté

saliendo un diente.» La escena se repitió mes tras mes, siempre estaba saliendo el dichoso diente, ya no me

molestaba en desmentirlo. Por fin, a los seis meses, le salió un diente, como a todo el mundo. «¿Lo ve, doctor? ¡Ya

sabía yo que le estaba saliendo un diente!»

En un estudio detallado, la dentición sólo se asociaba, durante unos pocos días y en sólo algunos niños, con

síntomas leves: babear, morder, granitos en la cara (probablemente por la humedad de las babas), irritabilidad, un

aumento de temperatura de unas décimas el día de la erupción (que se detectó sólo porque en el estudio tomaban la

temperatura dos veces al día a todos los niños). La mayoría de los niños no mostraban ningún cambio, ninguno de los

síntomas aumentaba más de un 20% durante la fase de dentición, y ningún síntoma ni combinación de síntomas

permitía predecir la aparición inmediata de un diente. La dentición no producía fiebre, ni diarrea, ni mocos, ni vómitos,

ni escocheduras en el culito, ni despertares nocturnos.

Pero no hacía falta un estudio para comprender que la dentición no puede producir ningún problema serio. No

sólo a los bebés les salen dientes. A partir de los seis años empiezan a salir los dientes definitivos. Y no todos

sustituyen a un diente de leche (se podría argumentar que el agujero ya estaba hecho), porque en la dentición de

leche no hay molares. Nunca se ha visto a un niño de ocho o diez años chupándose los puños, llorando o mordiendo

aros de goma porque le salen los dientes. Nadie les pone cremas en las encías. Haga memoria de su propia infancia:

recordamos el día en que se nos caía un diente (gracias al ratoncito Pérez), pero no recordarnos el día en que nos

salía uno nuevo. Normalmente, ni te enteras. Un día te miras en el espejo, y ¡sorpresa!, hay un diente más. (El caso de

las muelas del juicio es distinto; algunas personas no tienen suficiente sitio en la mandíbula, y sufren considerables

molestias.)

Y sin embargo, mucha gente está convencida de que la dentición provoca serios problemas a los bebés. Tantos

que necesitan tratamiento. Se usan medicamentos de la farmacia (¡venden cremas con anestesia local!),

medicamentos naturales y homeopáticos, hierbas y remedios de la abuela, mordedores de plástico, goma y otros

materiales (hace décadas se usaban los huesos de sepia). Últimamente parece que están de moda los collares de

ámbar (al parecer no son para morderlos, sino ¡para ponérselos al cuello!). Algunas madres se muestran entusiastas:

«Le puse xxx para los dientes, y le fue muy bien». Siempre me he preguntado cómo puede ir mal una dentición.

¿Querrán decir que, si no fuera por el xxx, su hijo no tendría dientes, o que habría muerto en el proceso?

Como a todos los niños les salen 20 dientes en unos pocos meses, siempre hay alguno a punto de salir o que

acaba de salir para echarle la culpa de cualquier problema. En parte, creo que es otra manifestación de ese temor de

nuestra sociedad a la relación madre-hijo. Lo mismo que con el cólico. Si el bebé llora no puede ser porque necesita a

su madre. Es mejor pensar que está enfermo, que tiene miedo, que tiene cólico, que le duelen los dientes...

A propósito de supuestas causas de llanto, durante un tiempo estuve (levemente) preocupado porque mis hijos

no lloraban cuando tenían el pañal sucio. Dice todo el mundo que tendrían que llorar. Incluso en las películas, cuando

un niño llora siempre le miran el pañal. Pero mis hijos podían estar hasta la bandera, y no protestaban. Los descubría

por el olor, no por el llanto. Me sentí reivindicado al leer, no recuerdo dónde, que hace décadas un investigador hizo

un experimento al respecto. A la mitad de los niños les ponía un pañal limpio; a la otra mitad les volvía a poner el

mismo pañal sucio que les acababa de quitar. ¡Se calmaban igual! El bebé no lloraba por la caca; era pura

coincidencia. Se calmaba porque, en una época en que los bebés pasaban horas y horas solos en su cuna, su madre

le cogía en brazos para llevarlo al cambiador, le tocaba, le acariciaba (con la esponja), le miraba a los ojos,

probablemente le decía palabras bonitas...

Sospecho que el famoso efecto relajante del baño antes de ir a la cama pertenece a la misma categoría de mitos.

Lo que su hijo necesita para relajarse y dormir es compañía, atención, brazos. En cuanto al baño, puede hacerlo a la

hora que le sea más cómoda.

El hambre

¡La gran preocupación! ¿Se estará quedando con hambre? (pregunta que encierra otra, no siempre pronunciada:

«¿Es mala mi leche, le tendré que dar biberones?»). Si el niño tiene sueño, pues que duerma; pero si tiene hambre,

muchas madres palidecen, como pilladas en falta.

El problema es que usamos la palabra «hambre» para dos cosas muy distintas.

Por una parte, hambre es la falta de alimento, la desnutrición. Hay hambre en el mundo, niños que mueren de

hambre. Durante la guerra, nuestros padres o abuelos pasaron hambre. Suerte que nosotros no hemos conocido el

hambre. Por otra parte, el hambre es una sensación desagradable que nos impulsa a comer.

Yo sí que conozco el hambre, tengo hambre varias veces al día, por eso como.

Si no tuviese hambre, no comería nunca. Qué gran paradoja: un niño (o un adulto) que no tuviera nunca hambre

moriría de hambre.

«Mi hijo no aguanta las tres horas, a la hora y media ya pide el pecho; ¿será que tiene hambre? ¿Se estará

quedando con hambre?» ¡Claro que tiene hambre!

Por eso pide el pecho. Pero, si usted le da el pecho cuando lo pide, dejará de tener hambre. Sólo se quedará con

hambre si usted no le da hasta las tres horas. No haga pasar hambre a su hijo; dele de mamar cuando tenga hambre.

Brotos de crecimiento

En muchos libros sobre lactancia se dice que los bebés pasan por periodos (brotos de crecimiento o días de

frecuencia) en que necesitan mamar más.

Típicamente, el niño que estaba más o menos contento con un patrón de lactancia estable de pronto empieza a

pedir el pecho a todas horas, mucho más que el día anterior. Si la madre se asusta («¡se me ha retirado la leche!») y le

da biberones, el bebé cada vez toma más biberones y pronto deja el pecho.

Si la madre no le da biberones, sino el pecho a demanda, la producción de leche aumenta y en dos o tres días la

frecuencia de las tomas vuelve a disminuir. Se supone que se trata de periodos en que el bebé crece más

rápidamente y por tanto necesita más leche, y a veces se dice que estos periodos se producen en fechas típicas, a las

dos semanas, al mes y medio y a los tres meses.

La hipótesis es verosímil pues algunos autores han encontrado que los niños pueden estar varias semanas sin

crecer absolutamente nada, y luego crecer uno o dos centímetros en pocos días. Sin embargo, nadie ha comprobado

(que yo sepa) que esos días de frecuencia coincidan efectivamente con periodos de crecimiento rápido, y tampoco

nadie ha comprobado que sucedan a las dos y seis semanas y no a las tres o cinco semanas. Dejémoslo en que

puede ocurrir en cualquier momento, y que no conocemos la causa. Pero conocemos la solución: lactancia a

demanda, y nada de biberones.

La crisis de los tres meses

La crisis de los tres meses (el nombre me lo he inventado yo, no lo encontrará en otros libros) no es una crisis del

niño, sino de la madre. El niño está perfectamente y no le pasa nada. Pero la madre se asusta y cree que no tiene

leche. Suele ocurrir entre los dos y los cuatro meses, pero no tiene fecha fija.

Varios factores se suman para producir la crisis. Los pechos, que al principio de la lactancia se hinchaban y

deshinchaban ostensiblemente con cada toma, ahora parece que siempre estén

igual (¡y siempre deshinchados!). La

leche que goteaba del otro pecho, que incluso iba goteando todo el día, ya no gotea. El bebé, que antes necesitaba

quince o veinte minutos o más en cada pecho, ahora mama en cinco minutos, a veces en dos o menos. Y para colmo,

¡no hace caca!

(pág. 96).

Todos estos cambios son normales. La hinchazón y el goteo de los pechos no indican que haya mucha leche;

son más bien pequeños problemas del inicio de la lactancia, que desaparecen cuando el pecho funciona a pleno

rendimiento. ¡Sólo faltaría tener que usar empapadores en el sujetador durante dos años! El bebé tiene cada vez más

fuerza y más experiencia, y mama cada vez más rápido. El peso nos demuestra que no hay ningún problema... bueno,

nos lo demuestra si sabemos que los bebés engordan cada mes menos que el anterior (algunos parece que no lo

saben, y asustan a la madre con el dichoso peso). Si una madre espera que engorde siempre lo mismo, ya tiene otro

motivo de preocupación: este mes ha engordado menos.

Como es la madre la que está en crisis, en sus manos está la solución: deje de preocuparse, y ya no hay crisis.

Pecho a demanda (y eso incluye dejar que suelte el pecho cuando lo quiera soltar) y nada de biberones.

Rechazo del pecho

Los niños pueden rechazar el pecho por muchos motivos. Si averigua la causa, enseguida se le ocurrirá la

solución.

Falso rechazo

Después del parto, los recién nacidos suelen mamar bien en el curso de las primeras dos horas. Pero en las

siguientes ocho o diez horas muchas veces están como adormilados y casi no maman. Hay que darles todo tipo de

oportunidades, tenerlos en contacto piel con piel, acercarlos al pecho al menor pretexto... pero tampoco hay que

preocuparse mucho. Si pasan más horas y siguen sin mamar, habrá que hacer más esfuerzos para despertarlos, y si

no es posible, habrá que sacarse leche y dársela con un cuentagotas o un vasito.

Al acercarse al pecho, los bebés hacen movimientos de búsqueda, moviendo la cabeza de un lado a otro.

Algunas madres dicen: «Está diciendo que no quiere».

Pero un recién nacido no sabe decir que no con la cabeza, sólo está buscando el pecho.

Cuando se les empuja por la coronilla, los recién nacidos mueven la cabeza hacia atrás. Es un reflejo automático.

Para acercarlo al pecho, empújelo por la espalda, no por la cabeza.

Cuando algo les roza alrededor de la boca, en la mejilla, en el bigote o en el mentón, se dirigen de forma refleja

hacia lo que les ha tocado. En circunstancias normales, este reflejo les sirve

para encontrar el pezón. Pero si lo que

les toca en la mejilla es un dedo de la madre o de otra persona, o un pliegue de la ropa, se apartarán del pezón.

A medida que crecen, como hemos dicho antes, maman cada vez más rápido.

Sueltan el pecho y se niegan a seguir mamando. No insista. En realidad, la causa más frecuente de «rechazo»

del pecho es que el niño no tiene hambre.

Dolor o enfermedad del niño

Muchos bebés sufren al nacer un hematoma en la cabeza o una fractura de clavícula, que pueden ser dolorosos.

Hay que buscar la posición en que mama sin molestias. Lo mismo puede ocurrir más adelante con las vacunas;

procure no presionar la zona dolorida.

Cuando tienen moquitos no pueden respirar y mamar al mismo tiempo. Y, claro, prefieren respirar. Puede estirarlo

boca arriba y dejar caer gota a gota (¡no a chorro!) suero fisiológico (venden unos frasquitos en la farmacia) en sus

fosas nasales. La mucosidad seca se ablanda y en pocos minutos el niño estornuda y lo saca todo. Cuidado con las

perillas para sacar mocos: no la meta en la nariz porque podría hacerle daño (ahora las suelen fabricar romas, pero

hace años eran puntiagudas), y no apriete en la nariz, porque le metería los mocos aún más adentro.

Los bebés con una cardiopatía congénita a veces no quieren mamar porque el esfuerzo les resulta fatigoso.

Si le duele al tragar (otitis, faringitis...) no tendrá muchas ganas de mamar.

Si está nervioso y lleva un rato llorando, no habrá manera de que se agarre.

Hay que tranquilizarlo en brazos y volverle a ofrecer el pecho al cabo de un rato.

Puede que haya tenido una experiencia desagradable en otra toma anterior; por ejemplo, si le pusieron una

inyección mientras mamaba, o si la mordió y usted gritó muy fuerte.

Alergia a algo que ha comido la madre: «Le cae la leche en el estómago, y se pone a llorar». Es importante

distinguirlo de la crisis de los tres meses. En un caso, el bebé mama contento y suelta el pecho contento, sólo se

enfada cuando le intentan volver a dar. En el otro caso, el bebé se pone a llorar mientras mama, sin que nadie le

obligue. Suelta el pecho llorando, porque la alergia le produce picor y dolor desde la boca al estómago. Pero como no

ha acabado, al cabo de muy poco tiempo vuelve a pedir, y otra vez vuelve a llorar... No sabe lo que quiere, se pelea

con el pecho (pág. 101).

Problemas de técnica

Si se ha acostumbrado a biberones y tetinas, intentará tomar el pecho como si fuera un biberón, empujando con

la lengua... y, claro, el pecho se le sale de la boca (pág. 67).

Cuando el bebé está mal colocado al pecho puede producirse un exceso de oxitocina; la leche sale a chorro y el

niño se atraganta (pág. 55).

Las cremas en el pezón pueden hacer que el niño resbale. A veces hay que aplicar alguna crema por algún

problema específico, grietas, hongos, infección del pezón... pero si no tiene nada, no se ponga ninguna crema

«preventiva».

Si el pecho está demasiado lleno, no hay por dónde agarrarlo. Intente vaciar un poco antes de darle (pág. 54).

Cambios que molestan al niño

Algunas maniobras demasiado habituales en la sala de parto (sondajes, aspiraciones, tetinas, introducción de un

dedo en la boca...) constituyen una desagradable experiencia, y provocan aversión oral. El bebé no quiere que le

metan nada más. Hay que armarse de paciencia y darle muchos brazos.

Cuando la madre ha estado ausente (por ejemplo, si empezó a trabajar) y regresa, el niño puede reaccionar

pegándose a ella, o rechazándola, o alternando ambas conductas. Es normal. Su hijo necesita muchos mimos y

mucha atención para superarlo.

A veces, los niños rechazan el pecho cuando notan que su madre no les hace caso porque está ocupada con

otras cosas: discusiones familiares, problemas en el trabajo, preparativos para fiestas, obras en casa, visitas

inesperadas...

Algunos niños rechazan el pecho cuando la madre está embarazada o tiene la regla; se dice que el sabor de la

leche cambia.

A alguno le puede molestar el sabor de algo que comió la madre (pág. 157). O el sabor salado de la piel si la

madre está sudando. O el sabor o el olor del jabón, colonia, crema o desodorante que usa la madre.

Muchos niños un poco mayores se distraen mirando el paisaje. A veces, durante una temporada, hay que buscar

un lugar tranquilo para dar el pecho.

Si se asusta con un ruido fuerte o un movimiento brusco mientras está mamando, puede ser que en la siguiente

toma se acuerde y no quiera mamar.

Rechazo unilateral

Es totalmente normal que un niño sólo tome un pecho cada vez. A veces quieren el segundo pecho, y a veces no.

Otra cosa es que siempre quieran el mismo pecho, y el otro no lo quieran ni en pintura.

Tal vez un pecho es más difícil de agarrar, porque el pezón es plano, o porque es demasiado grande y no le cabe

en la boca.

A lo mejor está incómodo en uno de los pechos, bien porque le duele un oído, o la clavícula, o la nalga donde le

pusieron la vacuna, bien porque la madre se da más traza para cogerlo con un brazo que con otro. En estos casos, es

útil darle el pecho en otra postura, con los pies para el otro lado o sujetándolo con el otro brazo.

En caso de mastitis, la concentración de sodio en el pecho infectado aumenta.

La leche sabe salada, y algunos niños la rechazan. El sodio aumenta siempre que la producción de leche

disminuye, y la producción disminuye cuando el niño no mama, así que se crea un círculo vicioso.

Al principio, puede intentar que el niño acepte el otro pecho, con paciencia y probando diferentes posturas.

Mientras tanto deberá sacarse leche para evitar ingurgitaciones, para mantener la producción y para evitar que

aumente el sodio en la leche. Si su hijo engorda normalmente, no le dé la leche que se ha sacado (puede congelarla

para cuando vuelva a trabajar), porque si ya está lleno y encima le ofrece más leche, tendrá aún menos interés en

mamar.

Si el niño no acepta el pecho en unos días, tal vez es mejor abandonar los intentos, dejar de sacarse leche poco

a poco y continuar la lactancia con un solo pecho (lo que es perfectamente posible). Un pecho puede producir leche

suficiente para el niño, y en el otro pecho la secreción de leche se inhibirá completamente. El único problema es

estético: si la diferencia de tamaño es apreciable, puede ponerse un relleno en el sujetador.

Aunque es muy raro, en algunos casos, meses después de que el niño rechace uno de los pechos, se descubre

en ese pecho un tumor. Tal vez eso afecta al sabor de la leche. Insisto, es algo muy raro, y el rechazo casi siempre se

debe a otro motivo (o no se descubre ningún motivo). Si un niño que mamaba normalmente de los dos pechos de

pronto rechaza uno de ellos, y todos los intentos por dárselo fracasan, compruebe al cabo de unos días que no hay

ningún bulto (digo al cabo de unos días porque en ese momento, cuando el pecho aún produce leche y el niño no

mama, evidentemente habrá varios bultos). Y vuélvalo a comprobar al cabo de unos meses.

Healow LK, Hugh RS. Oral aversion in the breastfed neonate. Breastfeeding Abstracts 2000;20:3-4

www.lalecheleague.org/ba/Aug00.html

Saber A, Dardik H, Ibrahim IM, Wolodiger F. The milk rejection sign: a natural tumor marker. Am Surg

1996;62:998-9

Cómo superar el rechazo

Hay que armarse de paciencia ofrecer el pecho pero sin intentar enchufarlo a la fuerza, darle muchos brazos y

muchos mimos. Pruebe distintas posiciones.

Si el rechazo persiste, tendrá que sacarse leche y dársela con un vasito.

Algunos niños rechazan la leche si se la da su madre, se la tiene que dar otra persona. No se lo tome a mal,

piense lo mal que se debe de sentir su hijo para comportarse así.

No intentar rendirlo por hambre. Cuando esté muy hambriento, probablemente mamará aún peor. Mejor darle

primero la leche con un vaso, y ofrecer el pecho cuando no esté hambriento ni enfadado. Pruebe con el contacto piel

con piel.

No intentar ponerlo al pecho a la fuerza, abrirle la boca, empujarlo... normalmente es contraproducente, acaban

llorando, la madre y el niño, y la desagradable experiencia contribuye a perpetuar el rechazo.

El peso

El peso de los niños es causa de muchas ansiedades innecesarias. Muchas veces los médicos exigen un

determinado peso y asustan a los padres cuando en realidad no hay ningún problema. Tal vez como reacción,

algunos se van al otro extremo: «Si toma el pecho, ya está bien, el peso no importa». ¡Claro que importa! Un niño que

sólo engorda 200 gramos entre el mes y los dos meses tiene un serio problema. En muchos casos, una persona con

experiencia no necesita pesar al niño para ver, o bien que está perfectamente, o bien que está muy desnutrido. Pero

en los casos dudosos, es necesario comparar el peso cuidadosamente con las gráficas, y en esta comparación se

suelen cometer varios errores:

Las curvas de peso no son rectas

Si lo fueran, los lactantes engordarían lo mismo todos los meses. Precisamente

porque no es así, porque suelen

engordar cada mes menos que el anterior, son curvas. El mismo niño que durante los dos o tres primeros meses

engordó 500, 1.000 o incluso 1.500 gramos al mes, puede que sólo engorde 200 gramos a los cuatro meses, o que no

engorde nada entre los nueve y los doce. A veces parece que los niños que más han engordado al principio son los

que menos engordan en los meses sucesivos, como si hubieran engordado al contado en vez de engordar a plazos.

La mitad de los niños están por debajo de la media

Por eso se llama media. Los niños que están por debajo de la media son tan normales como los que están por

encima. Un niño que está por debajo de la media no está justo de peso (¡bienaventurados los justos!), sino

completamente. De hecho si todos los niños estuvieran por encima de la media, el Ministerio de Sanidad declararía la

alerta sanitaria: sería la mayor epidemia de obesidad infantil de la historia.

Y el 3% de los niños están por debajo del percentil tres (la rayita de abajo de la gráfica). No el 3% de todos los

niños, sino el 3% de aquellos niños a los que pesaron para hacer las gráficas. Que, por definición, eran niños sanos y

normales: no eran prematuros, no estaban ingresados en el hospital, no tenían una cardiopatía congénita. Así que, en

la vida real, hay más de un 3%

de los niños por debajo del percentil tres. Tal vez un 4 o 5%. El pediatra debe

distinguir a los tres que están sanos

del cuarto, que puede estar enfermo.

Como en España hay unos 400.000 nacimientos al año, hay 12.000 bebés sanos por debajo del percentil tres.

Más otros 12.000 niños y niñas de un año, y 12.000 de dos años, y 12.000 de tres años...

Las gráficas de peso no son caminitos

Los rayitas de la gráfica son representaciones artísticas (es decir, las hacen bonitas) de funciones matemáticas.

No tienen nada que ver con el crecimiento de los niños reales. Es totalmente normal que los niños corten una o dos

rayas hacia arriba o hacia abajo (por supuesto, no de golpe, sino a lo largo de meses), tanto de peso como de talla. Es

normal que suban de percentil en el peso y bajen en la talla, o al revés.

Mei Z, Grummer-Strawn LM, Thompson D, Dietz WH. Shifts in percentiles of growth during early childhood:

analysis of longitudinal data from the California Child Health and Development Study. *Pediatrics* 2004;113:e617-27

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/6/e617>

Si de verdad no engorda...

Cuando de verdad un niño pesa muy poco, o aumenta muy lentamente de peso, y se sale de lo normal, puede ser

debido a muchos motivos:

1. El niño es muy bajo o muy delgado, pero está sano. Un caso particular es el

retraso constitucional del
crecimiento (pág. 122).

2. Enfermedad que afecta primariamente al crecimiento (déficit de hormona del crecimiento, síndrome de Down...).

El niño está desnutrido, lo que a su vez puede deberse a

Desnutrición secundaria a una enfermedad que interfiera con la absorción de los alimentos (diarrea, celiaquía,

fibrosis quística...) o el metabolismo (diabetes...), aumente el gasto energético (fiebre...), produzca pérdidas de

nutrientes (síndrome nefrótico, parasitosis...) o disminuya el apetito (tuberculosis, infección urinaria, traqueomalacia,

virasis y otitis repetidas...).

b. Aporte insuficiente de alimentos (desnutrición primaria).

En este último caso, y si es que el niño está tomando lactancia materna exclusiva, podemos a su vez distinguir:

- Técnica inadecuada de lactancia (duración o frecuencia insuficiente de las tomas, interferencia de chupetes,

agua o infusiones; posición inadecuada, supresión de tomas nocturnas...). La mayor parte de los niños que engordan

poco con el pecho no necesitan un biberón, sino más pecho.

- Hipogalactia primaria; es decir, escasez de leche debida a causas maternas y que no responde a las medidas

habituales (aumentar la frecuencia de las tomas, corregir la posición...). La hipogalactia puede ser tratable, como la del

hipotiroidismo, o intratable (de momento), como la agenesia de tejido mamario.

Sólo en este último y altamente improbable caso, hipogalactia primaria no tratable, la solución consistiría en

iniciar una lactancia mixta. No disponemos de datos sobre la frecuencia relativa de las distintas causas de bajo peso,

la experiencia indica que en nuestro país las más frecuentes son: a) el niño es pequeño, pero está sano, b) la

enfermedad intercurrente del lactante (habitualmente leve) y c) la técnica inadecuada de lactancia (horario restrictivo,

biberones de agua...), por suerte cada vez menos frecuente.

Sin embargo, muchos médicos reaccionan automáticamente: «Engorda poco, dele un biberón», sin mirar nada

más, sin pensar en nada más. Primero se desteta al niño, y sólo después de destetado, si sigue sin engordar, se toma

el problema en serio y se hacen las pruebas necesarias para acabar encontrando una infección de orina, una celiaquía,

una fibrosis quística... Es muy triste, pero algunas madres se ven obligadas a mentir y decir que no dan el pecho, para

que el médico mire de verdad a su hijo.

Las nuevas gráficas con niños de pecho

Las gráficas de peso habitualmente usadas están hechas con niños que, en su mayor parte, tomaban poco o

nada de pecho. La OMS ha publicado unas nuevas gráficas, basadas exclusivamente en el crecimiento de niños con

una alimentación normal (es decir, lactancia materna más de un año, sin ningún otro alimento antes de los seis

meses). No se trata de hacer dos gráficas distintas, una para niños de pecho y otra para niños de biberón. Sólo habrá

una gráfica, para todos los niños. El objetivo de la lactancia artificial es conseguir que los niños crezcan igual que si

hubieran tomado el pecho. Hace setenta años, los niños que tomaban el biberón engordaban menos. Ahora, parece

que a partir de los tres meses, y sobre todo de los seis, engordan más. Pues tendrán que seguir investigando, hasta

conseguir una leche artificial que no produzca obesidad.

Algunos padres, acosados por el peso de sus hijos, tienen su esperanza puesta en esas nuevas gráficas. Me

temo que se van a llevar una decepción. Las nuevas gráficas serán distintas, pero la diferencia no será muy grande. El

problema no es la gráfica, sino su interpretación. El que dice que los niños están justos de peso si están por debajo de

la media, o que pierden peso cuando bajan de percentil, seguirá diciendo lo mismo y asustando sin motivo a los

padres con las nuevas gráficas.

En el momento de llevar este libro a la imprenta, la OMS ha anunciado que las nuevas gráficas saldrán en abril

de 2006. Las encontrará en

www.who.int/childgrow-th/standards/es/index.html

No tiene sentido pesar a los niños cada semana

El peso aumenta después de mamar y disminuye al hacer pis o caca. En un periodo corto, las variaciones

accidentales del peso y los errores de medida son tan grandes en relación con el aumento esperado que es imposible

valorar el resultado. Salvo en casos concretos que requieran un control exhaustivo (como los primeros días, hasta que

recupera el peso del nacimiento, o en caso de enfermedad), es inútil (y se presta a graves errores) pesar al bebé más

de una vez al mes (o de una vez cada dos meses entre los seis y los doce).

Su hijo no engorda más porque lo pesen mucho. Engorda porque usted le da el pecho.

Retraso constitucional del crecimiento

Cuando de verdad un niño no engorda porque no come, el peso es insuficiente, pero la talla es normal. A largo

plazo, la desnutrición también afectaría a la talla, pero al principio no. La relación peso/talla está por debajo de lo

normal.

Pero si su hijo engorda poco y crece poco, y la relación peso/talla es normal, el problema es muy distinto. Tal vez

le tengan que hacer pruebas para descartar alguna enfermedad, como el déficit de hormona del crecimiento. Pero hay

tener en cuenta dos variaciones normales, que no son enfermedades, cuyo desconocimiento produce muchas

preocupaciones innecesarias.

Una es muy evidente: la talla baja familiar. El padre es bajito, la madre es

bajita, y el niño será bajito cuando sea mayor.

El retraso constitucional del crecimiento es menos conocido, y produce más quebraderos de cabeza. Es la causa

más frecuente de baja estatura y retraso de la pubertad. Hacia los tres o seis meses de edad, la velocidad de

crecimiento (en peso y talla) disminuye. El niño se sitúa en el percentil tres o más bajo de peso y talla, pero el peso es

adecuado para la talla. La edad ósea está retrasada, pero concuerda con la talla. Después de los dos o tres años, la

velocidad de crecimiento vuelve a acelerarse, y los niños crecen en la parte baja de la curva o por debajo del percentil

tres, pero de forma paralela. El estirón puberal es tardío, por lo que durante unos años se salen aún más de la gráfica,

pero también tienen más tiempo para crecer. Finalmente llega la pubertad, y la talla adulta es normal. Normalmente

existen antecedentes familiares. Es muy tranquilizador preguntar a las abuelas, normalmente uno o ambos padres u

otros miembros de la familia: «siempre fueron muy bajitos», o «eran niños canijos», o «el médico del pueblo siempre

les daba vitaminas», y al final crecieron normalmente...

Es una situación absolutamente normal, y que no requiere tratamiento. Por desgracia, muchos de estos niños,

cuando empiezan a crecer más lentamente en el segundo trimestre, son «tratados» (por supuesto, sin ningún efecto)

con biberones suplementarios, introducción precoz de otros alimentos o destete forzoso.

Por cierto, puesto que hemos mencionado la edad ósea: he visto a muchos padres angustiados porque les han

dicho que sus hijos tienen la edad ósea retrasada.

Primero, la edad ósea no coincide exactamente con la edad cronológica; un año más o menos es sencillamente

normal, y los retrasos con importancia clínica son de dos o tres años. Si le hablan de un retraso de nueve meses, se

puede echar a reír. Segundo, en general lo malo no es tener la edad ósea retrasada, sino adelantada. Si un niño es

bajito y tiene la edad ósea normal, o aún peor adelantada, quiere decir que dejará de crecer a la misma edad que los

otros niños, y se puede quedar bajito. En cambio, si la edad ósea está retrasada tres años, quiere decir que seguirá

creciendo durante tres años más, y tendrá tiempo de crecer un poco más.

Clark PA. Constitutional growth delay. 2003.

www.emeclicine.com/ped/topic472.htm

Rodríguez Rodríguez I. «Diagnóstico de la talla baja idiopática».

www.comdes/pediatria/Congreso AEP_2000/Ponencias-htm/Ilde Rguez.htm

Capítulo 7 - Problemas del pecho

Pezones invertidos

Hace años pensábamos que los pezones invertidos dificultaban mucho la lactancia. Intentábamos convencer a

los ginecólogos de la necesidad de revisar los pezones de las embarazadas. ¡Hay que sacar el pezón antes de que

nazca el niño! Para ello se proponían dos tratamientos, las pezoneras formadoras (pág. 136) y los ejercicios de

Hoffman.

Por fortuna, no logramos convencer a los ginecólogos, y así nos ahorramos pasar por el ridículo de tener que

desconvencerlos. Porque en los últimos años nos han dado dos importantes noticias: la mala, que los tratamientos

para el pezón invertido en realidad no hacen nada (y por tanto de nada sirve el diagnóstico precoz); la buena, que se

puede dar el pecho perfectamente con un pezón invertido.

A finales de los años ochenta una comadrona inglesa, apellidada Alexander, se preguntaba cuál de los dos

tratamientos, las pezoneras o los ejercicios de Hoffman, sería más útil. Hizo lo que se suele hacer en estos casos:

buscar estudios científicos publicados sobre el tema. Buscó y buscó, pero nada encontró. Sobre los ejercicios de

Hoffman sólo había un artículo publicado, el del mismísimo doctor Hoffman, explicando lo bien que les fueron sus

ejercicios a dos madres. Sobre las pezoneras no había ni un solo estudio.

Alexander decidió hacer el estudio ella misma. Distribuyó al azar, en cuatro grupos, a unas cien embarazadas

con pezones invertidos. Un grupo utilizó las pezoneras formadoras durante el embarazo, otro hizo los ejercicios de

Hoffman, el tercer grupo hizo las dos cosas a la vez, y el cuarto grupo no hizo nada de nada.

El resultado no pudo ser más sorprendente. Primero, el 60 por ciento de los pezones previamente invertidos eran

normales en el momento del parto, igual en los cuatro grupos (de hecho, mejor en el grupo sin tratamiento, pero la

diferencia era pequeña y podría ser por casualidad). Es decir, que se curaban solos, y que el tratamiento no contribuía

en nada a la mejoría. A las seis semanas, el porcentaje de madres que seguían dando pecho era más bajo en el

grupo que había usado sólo pezonera; algunas encontraron el invento tan incómodo que decidieron no dar el pecho.

Éste es un buen ejemplo de por qué son necesarios los estudios científicos bien hechos. Hace falta un grupo

control para poder separar los resultados del tratamiento de aquellos que son fruto del azar. Durante muchos años,

muchas madres (concretamente el 60%) dijeron que esos tratamientos les habían ido muy bien; y muchos médicos y

comadronas decían: «Yo siempre recomiendo las pezoneras (o los ejercicios), y funcionan muy bien en la mayor parte

de los casos». También hace falta que el estudio mida un resultado realmente importante (cómo les fue la lactancia) y

no un simple resultado intermedio como la forma del pezón. Imaginemos que las madres que usan pezonera hubieran

dado el pecho más tiempo, a pesar de que el porcentaje de pezones curados seguía siendo el mismo. Eso indicaría

que las pezoneras son útiles y se han de recomendar, sólo que no sabemos por qué son útiles. O al revés, podría

haber sucedido que las pezoneras resultasen muy útiles para cambiar la forma del pezón, pero luego, a la hora de la

verdad, las madres dieran el pecho igual en un grupo que en otro; ¿de qué sirve entonces tener el pezón salido?

El estudio de Alexander cayó como un jarro de agua fría. Era muy difícil creer que aquellos tratamientos, que

habíamos visto funcionar durante tantos años, en realidad fueran inútiles. Así que se repitió un estudio similar, pero

más grande, con más embarazadas de distintos hospitales. El resultado fue muy similar: a las seis semanas, el

porcentaje de madres que daban el pecho era exactamente el mismo en los cuatro grupos. Al menos esta vez las

pezoneras no resultaron contraproducentes, sino simplemente inútiles.

Algunos aducen que estos estudios se hicieron con unas determinadas marcas de pezonera, y que en el mercado

existen otras marcas un poco distintas y que sí podrían ser útiles. Hasta donde yo sé, nadie ha hecho un estudio con

esas otras marcas de pezoneras, y por tanto nadie ha demostrado que sirvan para nada.

Súbitamente desarmados, hemos visto que el pezón invertido no era tan fiero como lo pintaban. Las mujeres

pueden dar el pecho, a pesar de todo. En cierto modo, era lógico; una de esas cosas que nos hacen exclamar: ¡cómo

no me di cuenta antes! El bebé no mama del pezón, sino del pecho. Es en la

areola donde tiene que colocar los

labios, es en la areola donde tiene que apretar con la lengua. Mientras está mamando, el bebé no puede notar la

diferencia entre un pezón invertido y otro normal. Una amiga comadrona, Lourdes Martínez, ha visto a una mujer que

dio el pecho durante meses, a pesar de que le faltaba un pezón. Se lo habían extirpado de niña, por una infección en

la piel.

El pezón no sirve para mamar, sino sólo para indicar al bebé de dónde tiene que mamar. Es como la banderita

que ponen en el campo de golf para que desde lejos sepan dónde está el agujero. Si el pecho fuera completamente

liso y homogéneo, como un balón, el bebé no sabría por dónde sale la leche. Se pondría a mamar de cualquier parte.

A mi esposa le pasó una noche; el niño se confundió y le dejó un buen moretón. Para evitar errores, la naturaleza ha

previsto un complejo sistema de identificación, en el que intervienen cuatro sentidos: vista, tacto, gusto y olfato. El

bebé huele el pezón (en un estudio lavaban con jabón uno de los pechos durante el parto, y luego dejaban al recién

nacido en medio; la mayor parte se engancharon al pecho no lavado); ve la areola (que es como una diana pintada

en torno al objetivo, y que se pone más oscura precisamente al principio de la lactancia, cuando hay que aprender a

mamar); toca el pezón con las mejillas y los labios, y lo lametea para comprobar que sabe a pezón. Cuando los cuatro

sentidos coinciden, el bebé no tiene dudas: ¡aquí está el tesoro! Si falta la señal táctil, si el pecho está completamente

liso, todavía quedan otras tres pistas.

Probablemente, nuestros antepasados, durante miles de años, han tenido suficiente con tres pistas para

encontrar el agujero, y casi todos los niños mamaban perfectamente aunque el pezón fuera plano. Hoy en día, como

ya hemos explicado (pág. 64), la cosa es un poco más difícil: anestesia durante el parto, separación en los primeros

minutos, madres que no han tenido oportunidades de aprender a dar el pecho observando a otras madres... Pero si

alguien, la comadrona o la enfermera, ayuda a la madre a colocar a su hijo al pecho, el niño mamará por muy invertido

que esté el pezón.

Cuando el niño lleva un par de días mamando, el pezón se suele quedar fuera. Y es que la fuerza de un bebé,

aplicada durante más de dos horas al día (repartidas en varias tomas) puede con todo. A veces, el cambio de forma es

definitivo; pero muchas madres descubren con sorpresa que el pezón se vuelve a invertir después del destete, y que

el siguiente hijo lo tiene que volver a sacar. Con la práctica adquirida, probablemente podrá ponerse a su segundo

hijo al pecho sin ayuda de nadie.

Figura 14. Con una jeringa del revés se puede aspirar un pezón invertido. Sólo en casos excepcionales.

Así que el pezón invertido sólo dificulta la lactancia cuando la madre no tiene quien la ayude. Pero si las

enfermeras y comadronas conocen el truco y ayudan a la madre, el pezón invertido es casi una ventaja. Porque de un

pezón prominente se puede mamar bien o se puede mamar mal, y el mamar mal ¿acabará produciendo grietas y otros

problemas. Pero de un pezón invertido o se mama bien o no se mama. El personal se esfuerza especialmente en

ayudar a esa madre, y la lactancia va como una seda desde el principio.

Se han inventado algunos otros medios para sacar los pezones invertidos aplicando una succión artificial, con un

aparato especialmente diseñado (Nipplette®). En general, no creo que sean muy útiles ni muy necesarios; se puede

dar el pecho sin usarlos. En algún caso excepcional, puede usarse una jeringa cortada y puesta del revés (fig. 14).

Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for

inverted and non-protractile nipples. Br Med J 1990;304:1030

Dolor en los pezones

Dar el pecho no debería doler.

Mucha gente piensa que el dolor es inevitable, que es parte de la lactancia, que hay que aguantarse. No es cierto.

Dar el pecho no tiene que doler. Todo lo más, puede haber una ligera molestia los primeros días, por la falta de

costumbre. Pero no dolor. El dolor indica que algo va mal, y la causa más

frecuente (en los primeros días casi la única) es la mala posición.

Grietas del pezón

La causa de las grietas es la mala posición del niño al mamar. El bebé tiene la boca poco abierta, sólo agarra el

pezón, está demasiado separado del pecho.

Intenta hacer el vacío (en vez de mamar correctamente con la lengua), y las mejillas se le hunden. Está mucho

rato en el pecho, y mama con gran frecuencia. Muchas veces la madre lo interpreta todo al revés: piensa que su hijo

mama muy bien, mucho y muy fuerte, cuando precisamente está mamando fatal.

El pezón es muy sensible al dolor, precisamente para avisarnos de que hay un problema. Si le duele durante la

toma, sáquele el pecho de la boca (ábrale primero la boquita con un dedo para romper la ventosa) y vuelva a

empezar. En la página 57 explicamos con todo lujo de detalles la manera de conseguir una buena posición. Las

grietas son mucho más fáciles de prevenir que de curar; haga algo en cuanto note dolor, y no espere a tener una

herida sangrante.

Además, cuando un bebé lleva meses mamando en posición inadecuada, a veces es muy difícil conseguir que

cambie.

No siempre es fácil conseguir una posición perfecta. Y, claro, tampoco es muy

conveniente sacarle el pecho y

volvérsele a meter cinco o diez veces seguidas, al final el bebé acaba de los nervios. A veces, al tercer o cuarto

intento hay que conformarse con una posición que, sin ser perfecta, es claramente mejor que la primera, y esperar a la

próxima toma para perfeccionar la postura.

Cuando se corrige la posición, el dolor desaparece de inmediato. O al menos disminuye tanto que, comparado

con lo que era antes, la madre ni lo nota. Es digna de ver la expresión de alivio y asombro de la madre cuando,

después de días o semanas (o a veces meses) de sufrimiento, consigue una toma sin dolor.

Por supuesto, la grieta no se ha curado, sigue ahí, en la base o en la punta del pezón. Pero ya no duele, porque

en la posición correcta las encías no aprietan sobre la grieta, sino mucho más adentro.

A partir de ese momento, la grieta se curará sola en unos pocos días, como cualquier arañazo superficial en la

piel. El único motivo por el que la grieta no se había curado antes es que el bebé, al mamar, la machacaba cada

pocas horas. Cuando la posición correcta no aporta una rápida mejoría, hay que pensar que el problema no eran las

grietas, o que las grietas estaban infectadas (véase más adelante).

Si el dolor es muy intenso o tarda en mejorar, puede recurrir a una compresión mamaria durante unos días, para

acortar las tomas, y disminuir la presión del pezón. Algunas madres llegan a sacarse leche durante unas horas o días

para dársela a su hijo con un vasito y evitar la succión directa. Esto puede ser útil en algunos casos desesperados,

pero en general es innecesario y a veces resulta contraproducente: por una parte, el bebé no tiene oportunidad de

practicar y aprender a mamar mejor; por otra, el saca-leches puede resultar aún más doloroso que la succión del bebé.

No existe ninguna pomada que sirva para prevenir o para tratar las grietas normales (no infectadas). Si el bebé

mama en mala posición, ninguna pomada impedirá el dolor y las grietas. Si el niño mama bien, no es necesario

aplicar pomada antigrietas, ni crema hidratante, ni nada. Del mismo modo, una vez aparecidas las grietas, ninguna

pomada podrá curarlas si no se corrige la posición. Y si la posición se corrige, normalmente la curación es tan rápida

que cualquier otro tratamiento resulta innecesario.

Durante mucho tiempo se han recomendado pezoneras para evitar el dolor de las grietas. Es posible que resulten

útiles en algún caso concreto, pero en general no son recomendables. Los modelos antiguos, de caucho (o de cristal y

caucho), dificultaban mucho la succión, y el bebé no podía obtener toda la leche que necesitaba. Los modelos

modernos, de silicona fina, también suelen reducir un poco la ingesta de leche. El bebé difícilmente aprenderá a

mamar mejor si no puede mamar de un pecho desnudo (la pezonera impide que

el pezón y la areola se estiren y se

amolden a la boca). En algunos casos, el dolor, en vez de disminuir, aumenta con la pezonera, pues la grieta roza una

y otra vez contra la pared rígida. Y, si no se retira la pezonera en pocos días, la lactancia suele irse al traste: mamar

con pezonera es difícil, y aunque he conocido a un par de mujeres que han dado el pecho con pezoneras durante

varios meses, es mucho más habitual que la lactancia vaya empeorando y se abandone en pocos días. Así pues, si el

dolor es tan intenso que decide probar con una pezonera, tenga en cuenta dos puntos importantes: 1) Deje de usarla

si no nota un alivio inmediato. Su única supuesta utilidad es proteger la herida mientras el bebé mama y evitar el

dolor. Si le duele lo mismo o más con la pezonera, no vale la pena seguir intentando; no hará más efecto el segundo

día que el primero.

2) Si nota alivio, úsela sólo durante unos días. Retírela en cuanto la grieta mejore.

Las grietas suelen aparecer en los primeros días de lactancia. O se solucionan, o la lactancia finaliza, porque muy

pocas madres pueden soportar el dolor durante semanas y meses. A medida que el niño crece, suele agarrar el pecho

cada vez mejor, por la práctica y porque tiene la boca más grande; y también la madre suele encontrar una postura un

poco menos mala. No es raro ver curaciones parciales, madres que a los dos o tres meses explican que tuvieron

grietas, que las grietas curaron, pero que todavía les duele cada vez que el niño mama. A veces es difícil corregir la

posición en estos casos; si el niño lleva mucho tiempo moviendo la lengua y la mandíbula de cierta manera, quizás no

sepa o no quiera cambiar. Puesto que lo importante es cómo se mueve la lengua el bebé, es posible colocar su

boquita correctamente en el pecho y que, sin embargo, siga mamando mal.

Una vez el niño aprende a mamar bien, lo habitual es que siga así durante toda la lactancia. Si, después de dar el

pecho sin problemas durante semanas o meses, de pronto empieza a tener dolor de pezones durante las tomas, ¿no

será que su hijo ha empezado a tomar biberones o a usar chupete? Muchos niños alternan el pecho y el biberón sin

dificultad, por ejemplo cuando la madre empieza a trabajar; pero algunos, tengan la edad que tengan, se hacen un lío

y empiezan a mamar mal.

Frenillo corto

Algunos niños no pueden mamar correctamente porque tienen el frenillo de la lengua demasiado corto.

Normalmente, el bebé mientras mama tiene la lengua sobre la encía y sobre el labio inferior. A veces es posible

incluso ver la puntita de la lengua que asoma mientras el niño mama. Si el frenillo es tan corto que la lengua no llega

al labio, al bebé le cuesta sacar la leche (y por tanto tarda muchísimo en mamar), y además la encía muerde

directamente el pecho.

Conocí a una madre que había descubierto y diagnosticado ella misma su problema. Llevaba varias semanas

soportando el dolor y había notado el frenillo tan corto que la lengua se quedaba pegada al suelo de la boca, con la

punta en forma de corazón. Además, su hermana había tenido un hijo casi al mismo tiempo, y probaron a

intercambiarse los bebés para una toma: a ella no le dolió nada cuando dio el pecho a su sobrino, y en cambio su

hermana vio las estrellas. Por desgracia, muchos médicos creen que el frenillo corto no causa ningún problema y es

mejor no tocarlo. Todo lo más piensan que, en algunos raros casos, puede dar problemas de pronunciación..., así que,

antes de cortar nada, hay que esperar a que el niño aprenda a hablar, para ver qué tal pronuncia. Nuestra amiga tuvo

que peregrinar por varios otorrinos, hasta que uno accedió a cortarle el frenillo a su hijo.

Otras veces la punta de la lengua sí que asoma, pero solo hacia abajo (el bebé no puede subir la lengua, como

queriendo tocarse la nariz). Otras veces es la parte de atrás de la lengua la que está demasiado fija y no puede

apretar el pecho correctamente. Este tipo de frenillo, llamado submucoso, no es visible a simple vista; se puede

palpar, o se detecta por sus efectos, porque la parte de atrás de la lengua no se eleva.

Cuando la lactancia resulta dolorosa o el bebé no aumenta de peso a pesar de

estar colocado en buena posición,

es importante que alguien con experiencia valore si hay un problema de frenillo.

El corte del frenillo es una intervención muy sencilla, tan rápida y tan poco dolorosa como poner una inyección.

Pero debe reservarse para los pocos casos en que es realmente necesario, en que no se ha conseguido que el niño

mame en una posición indolora pese a la ayuda de una persona con experiencia. Algunos se dejan llevar por un

exceso de entusiasmo, y le echan la culpa al frenillo cuando el problema era la posición; en esos casos, claro está, la

lactancia no mejora y el dolor no disminuye después de la intervención, lo que hace además que algunos pierdan la fe

(«cortar el frenillo no sirve para nada») y que el próximo niño que de verdad necesite tratamiento se quede sin él.

El bebé mama con los labios evertidos (doblados hacia afuera). Muy raramente, el frenillo del labio (inferior o

superior) también puede dar problemas para mamar, pues el labio queda pegado a la encía y no se puede doblar.

Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the

breastfeeding dyad. Pediatrics 2002;110:e63

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/5/e63>

Candidiasis del pezón

Las candidas son unos hongos microscópicos que se encuentran normalmente

en nuestra piel (y en muchos

otros sitios) sin causar problemas... hasta que se descontrolan y crecen demasiado.

A veces, las infecciones por candidas se producen después de tomar un antibiótico por cualquier otro motivo.

Además de matar a los bichos malos que causan la enfermedad, el antibiótico mata a muchas de las bacterias buenas

que tenemos en el tubo digestivo, en la piel y en todas partes. Quedan pisos vacíos, y otros microbios se apresuran a

ocuparlos, entre ellos las candidas.

En la mujer adulta, las candidas suelen causar vaginitis (flujo vaginal, escozor y enrojecimiento). A veces

producen balanitis en el varón (inflamación del glande del pene). También pueden producir lesiones en la piel, sobre

todo en los pliegues húmedos (axilas, ingles, bajo los pechos voluminosos...).

Los bebés pueden tener candidas en la boca y en el culito, más raramente en otros pliegues del cuerpo. En la

boca producen el muguet, unas placas blancas irregulares sobre la lengua, las encías, el interior de los labios y las

mejillas o el paladar. Pueden confundirse con restos de leche coagulada; pero la leche se mueve fácilmente al

rasparla con un palito o una cucharita, mientras que el muguet está firmemente enganchado a la mucosa.

En el culito suelen producir una lesión típica, distinta de la simple escochedura por la humedad del pañal. Es una

zona roja, irregular, más roja por el borde que por el centro, con límites bien definidos (es decir, hay un cambio brusco

de la zona roja a la piel normal, mientras que la escochedura se va difuminando poco a poco). Suele haber lesiones

satélite, pequeños círculos rojos junto a la lesión principal, como salpicaduras de pintura.

Y también puede haber candidas en el pezón. A veces hay unas placas blancas, como el muguet de la boca, y a

veces unas lesiones enrojecidas, como las del culito. Pero lo más habitual es que no se vea nada de nada. Algunos,

con buena voluntad, ven el pezón un poco sonrosado; muchas veces, ni eso. Pero duele una barbaridad.

El dolor de las grietas puede ser intenso, aunque superficial (es decir, el pecho duele por fuera, no por dentro).

Comienza tan pronto como el niño se agarra y empieza a mamar (el primer mordisco); a lo largo de la toma suele

disminuir un poco, y cuando acaba la toma la madre respira con alivio: «¡Por fin!».

El dolor de las candidas es mucho más intenso (he conocido a madres que han pasado por las dos cosas. El

primer mordisco no duele; el dolor surge durante la toma y va aumentando de intensidad, pero de nada sirve pensar:

«Que acabe, que acabe ya», porque después de soltar el pecho duele todavía más, y sigue doliendo durante un buen

rato después de la toma. El dolor parece profundo, penetrante, como si te clavasen algo por el pezón (algunas madres

dicen: «Como si te inyectasen fuego líquido por el pezón»).

El tipo de dolor y el que el pezón habitualmente tenga un aspecto normal parecen indicar que las candidas están

dentro, invadiendo los conductos de la leche. Eso hace que sean difíciles de tratar, porque las pomadas no siempre

penetran lo suficiente.

Hoy por hoy es difícil comprobar con cultivos la presencia de candidas. El diagnóstico suele hacerse por los

síntomas: dolor intenso, penetrante, durante y después de la toma, en un pecho o en los dos, en todas las tomas y

durante varios días, que no mejora al corregir la posición. La presencia de muguet o de candidiasis del pañal en el

bebé, o de candidiasis vaginal en la madre apoya el diagnóstico; pero en algunos casos sólo hay síntomas en el

pecho.

Hay que tratar al mismo tiempo todas las infecciones de la madre y del bebé, habitualmente con clotrimazol o

nistatina. Incluso cuando no se ve (FALTA TEXTO)

resulta muy práctico). El tratamiento debe durar al menos dos semanas. Si su hijo usa chupete, intente quitárselo

o hiévalo cada día.

Si pasados tres o cuatro días no nota ninguna mejoría, tal vez tenga que añadir un tratamiento por vía oral, como

el fluconazol.

En ocasiones puede existir una infección mixta, por cándidas y bacterias al mismo tiempo (véase el siguiente apartado).

Infeción del pezón.

Cuando el dolor y las grietas persisten a pesar de corregir la posición, puede ser debido a una infección

bacteriana del pezón. El germen más frecuente es el estafilococo, pero puede haber otros distintos. En ocasiones se

observa enrojecimiento, irritación o supuración en la zona del pezón. El tratamiento local con pomadas

antibacterianas muchas veces no funciona, y es preciso recurrir a los antibióticos por vía oral.

Si hay costras o pus, conviene lavarlo varias veces al día con agua y jabón.

Cuando hay una infección mixta, por bacterias y hongos a la vez, hay que tratar a la vez los dos problemas. Si

matamos sólo al hongo, crecen las bacterias; si matamos a las bacterias, crecen los hongos.

Síndrome De Raynaud del pezón

El fenómeno de Raynaud es una alteración de la circulación sanguínea en las partes del cuerpo que los médicos

llamamos arras; es decir, allí donde el cuerpo termina en punta: puntas de los dedos, lóbulos de las orejas... y

pezones. Afecta mucho más a las mujeres que a los varones; parece que una de cada cinco mujeres entre los veinte y

los cincuenta años lo ha sufrido alguna vez. A veces, la madre ha tenido

durante años problemas en otras partes del cuerpo; otras veces, el pezón es el primer afectado.

En algunos casos, el síndrome de Raynaud puede ser desencadenado por una mala posición que ha traumatizado los tejidos.

El problema puede presentarse en cualquier momento; a diferencia del dolor de las grietas o de la cándida, no

surge sólo durante o tras la toma, sino también entre medias. Los vasos sanguíneos del pezón se contraen, y éste se

queda sin sangre y sin oxígeno; el dolor es muy intenso (piense que la falta de oxígeno en el corazón es la que causa

la angina de pecho). El pezón se pone completamente blanco, y al cabo de unos segundos se vuelve azul. A veces,

en una tercera fase, acaba por ponerse rojo. Puede haber ampollas, grietas o úlceras que no acaban de curar (en

parte debidas a la mala posición original, y acentuadas por la falta de riego sanguíneo).

El frío desencadena el problema; y cuando se produce durante la toma, probablemente es más por haber sacado

el pecho al aire que por la succión.

Algunas madres explican intensos dolores al salir a la calle en invierno, al abrir la nevera o al pasar por el pasillo

de los congelados de un centro comercial. Fumar empeora el problema.

El tratamiento se basa en corregir la posición, evitar el frío y dejar de fumar (y que no fume nadie en la casa). Si

no se soluciona, su médico le recetará un medicamento (como el nifedipino).
Algunas madres han tenido que tomar

nifedipino durante meses.

Muchos médicos no han oído ni hablar del Raynaud del pezón, así que le dejo
un par de citas científicas que

puede imprimir de Internet:

Lawlor-Smith L, Lawlor-Smith C. Vasospasm of the nipple-a manifestation of
Raynaud's phenomenon: case

reports. Br Med J 1997;314:644-645

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7081/544>

Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: a
treatable cause of painful breastfeeding.

Pediatrics 2004;113:e360-4

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/4/e360>

Eccema del pezón

Además de los problemas propios de la lactancia, el pecho puede sufrir las
mismas enfermedades que cualquier

otra zona de la piel.

En el eccema, la piel está enrojecida, engrosada y se descarna (la caspa es un
tipo de eccema). Puede haber

vesículas y lesiones de rascado.

Otro tipo de eccema es el llamado atópico, que a veces (pero no siempre) es
producido por alergia a algo. A

veces, la madre que tiene eccema en el pezón ha tenido antes eccemas en otras partes del cuerpo.

Lo primero es comprobar que no se trate de una reacción a algo que ha estado en contacto con la piel. Suprima

cualquier pomada o crema (salvo que la esté usando por un problema serio, como unas cándidas o una infección; en

ese caso consulte a quien se la recetó), incluyendo cremas hidratantes o antiestrías.

¿Ha cambiado recientemente el jabón, el desodorante, el jabón de la ropa?

¿Lleva demasiado tiempo un empapador mojado en el sujetador?

Si el eccema no mejora con estas sencillas medidas, probablemente su médico le mandará una crema de

corticoides. Aplíquela después de la toma, no hace falta lavarla antes de volver a dar el pecho.

Y si sigue sin mejorar después de varios días, vuelva al médico. La inmensa mayoría de los eccemas del pezón

son simples eccemas; pero también existe un tipo especial de cáncer; muy raro, que parece un eccema. Es la

enfermedad de Paget de la mama, que constituye el 1 o 2% de los cánceres de mama, y suele aparecer hacia los

cincuenta años, pero también podría aparecer antes y coincidir con la lactancia. En la mitad de los casos no hay bulto

en el pecho, sino sólo lesiones en el pezón. Un eccema persistente en un pezón no se puede tratar a la ligera.

Ampolla blanca de leche

También llamada punto blanco en el pezón, es lisa y brillante, del tamaño de una cabeza de alfiler. Durante la

toma duele mucho y a veces parece hincharse.

En ocasiones se asocia con obstrucción de un conducto. El tratamiento consiste en pincharla con una aguja

estéril, mejor después de una toma, cuando está más grande. Tiene tendencia a recurrir. Después de pincharla,

conviene hacer un masaje de la zona, y a veces es posible extraer una sustancia espesa, como un tapón de leche

coagulada.

Pezionera

Existen dos tipos de pezoneras: las que se usan durante la toma, y las que se usan entre romas (pezoneras

formadoras).

Originalmente la pezonera era, según el diccionario, una «pieza redonda, con un hueco en el centro, que usan las

mujeres para formar los pezones cuando crían». Es decir, se usaba entre tornas. Estas pezoneras cayeron en desuso,

y el nombre pasó a una tetina que se aplica sobre el pecho y a través de la cual chupa el niño. Posteriormente, se

volvieron a poner de moda las pezoneras formadoras, que fueron rebautizadas con diversos nombres, incluyendo el

de escudos. Lo que vino a aumentar la confusión, porque en inglés nipple shield (escudo para el pezón) es la

pezonera de la que mama el niño, y breast shell (concha para el pecho) es la

que se usa entre torna y toma.

La pezonera formadora (breast shell) teóricamente se usaría durante el embarazo para corregir]os pezones

invertidos. No funciona, como vimos en la página 130.

Las pezoneras de las que mama el niño, en su versión moderna de silicona delgada, parece que pueden ser

útiles en unos pocos casos, como para las primeras tornas de prematuros de muy bajo peso. En ocasiones, resultan

útiles cuando la madre tiene grietas (página 132).

Otro uso posible de las pezoneras es el pezón invertido; una vez más, su eficacia en esta indicación no está

demostrada, suelen ser innecesarias, y a veces contraproducentes. Se usarán sólo como último recurso.

En algunos hospitales se abusa de las pezoneras, y se recomiendan a un tercio o más de las madres. Algunas

enfermeras de hospital las creen muy útiles, pues permiten ir tirando durante los dos o tres días de estancia. Muchas

enfermeras extrahospitalarias, en cambio, las detestan, pues ven las consecuencias unos días después: succión

ineficaz, confusión del pezón, escaso aumento de peso, abandono de la lactancia...

En algunas zonas de España gozan de gran predicamento las pezoneras de cera, que se usan entre tomas para

tratar las grietas. No conocemos ningún estudio sobre su eficacia, y en otras zonas se las arreglan bastante bien sin

ellas.

Inflamaciones del pecho

Casi todos los futuros médicos del mundo aprenden al comienzo de sus estudios cuatro palabras latinas que,

afortunadamente para los estudiantes hispanos, han pasado sin cambios al español: calor, dolor, rubor y tumor. Es la

contundente definición de la inflamación que dio el romano Celso, contemporáneo de Cristo. Si tiene usted un tobillo

hinchado, rojo y caliente, y encima le duele, es que tiene el tobillo inflamado.

Hay varios tipos de inflamación del pecho. Los más frecuentes son la ingurgitación (que suele afectar a los dos

pechos a la vez y en su totalidad), la obstrucción de un conducto y la mastitis (que suelen afectar sólo a una parte de

uno de los pechos).

Ingurgitación

A veces los pechos se hinchan demasiado, se llenan a rebosar, enormes, turgentes, dolorosos. Suele ocurrir en

la primera semana, por la interacción de varios factores. Unos tres días después del parto se produce la llamada

subida leche (en muchos países americanos dicen bajada). No se trata de un aumento brusco de la producción de

leche, pues dicho aumento no es brusco, sino Lo que se nota bruscamente, lo que permite a la madre decir: «Esta

noche me ha subido», es más bien la inflamación del pecho. Cuando el pecho despierta de su largo reposo, muestra

auténticos cambios inflamatorios: las células secretoras se multiplican y se hinchan; los vasos sanguíneos se ramifican

y dilatan para aportarles agua, nutrientes y oxígeno; los leucocitos abandonan la 'sangre y se instalan entre las células

secretoras para fabricar las inmunoglobulinas de la leche; el agua se filtra por los capilares sanguíneos y empapa los

tejidos.

Cuando el niño mama normalmente, el pecho se hincha poco. A veces muy poco.

Algunas madres aseguran que no les ha subido la leche, cuando el niño tiene dos o tres semanas y está

engordando a ojos vista. Pero cuando el niño no mama lo suficiente (porque no le dejan, o porque está en mala

posición), la leche se acumula y se suma a la inflamación normal, produciendo una molesta ingurgitación. En los

casos extremos se produce un círculo vicioso: la presión de la leche acumulada revienta algunos de los acinos y

conductos mamarios, y la leche se derrama en el tejido intersticial. Como la leche no tenía que estar ahí, actúa como

un cuerpo extraño y produce una mayor inflamación. Igual que la picadura de un insecto, o la reacción a una

inyección. Pueden producirse síntomas generales de inflamación: malestar general, trancazo (como en la gripe),

incluso fiebre (pág. 85).

El tratamiento de la ingurgitación consiste en sacar la leche. Poner al niño a mamar con frecuencia, en buena

posición, e intentar sacar después la leche sobrante, a mano o con un sacaleches.

A veces, el pecho está tan grande y redondo que el bebé no tiene dónde cogerse; entonces hay que sacarse un

poco de leche antes de darle, para ablandar el pecho y que le pueda entrar en la boquita.

Y si me saco leche, ¿no fabricaré más? Pues sí. Pero si le duele y no se saca leche, le va a doler más todavía. El

truco no es vaciar el pecho (algo por otra parte imposible), sino sacar lo suficiente para que no moleste. Y si fabrica

más, se vuelve a sacar.

Pero recuerde que la ingurgitación tiene dos componentes, la leche retenida y la inflamación. La leche se puede

sacar, pero la inflamación no. Si intenta sacar leche de un pecho inflamado, cuando ya no queda nada por sacar, lo

único que conseguirá es hacerse daño (y por tanto aumentar la inflamación). Si tiene el pecho muy lleno, intente

sacarse leche, pero si no lo consigue por las buenas, déjelo para otro momento.

En ocasiones ocurre que la inflamación, por la parte de la areola, comprime los conductos e impide que salga la

leche. La zona está hinchada por el líquido retenido (edema), y al apretar con los dedos queda la marca (fóvea).

Sacar la leche resulta muy difícil, ya sea a mano, con sacaleches o cuando el niño mama, porque los conductos

están casi cerrados. Usar un sacaleches en este caso puede ser

contraproducente, porque la presión del vacío lo que

hace es concentrar el edema en la zona del pezón, que se hincha todavía más. Lo que hay que hacer es vaciar la

zona, pero no hacia afuera, sino hacia adentro.

Apriete firme y repetidamente la zona hacia dentro, entre el índice y el pulgar o con las puntas de los cinco dedos,

hasta que quede un poco más blanda (puede que necesite veinte o treinta minutos); entonces puede ponerse al niño

al pecho, o intentar sacarse leche.

Y con la leche que me saco, ¿qué hago? Pues depende de si el niño ha mamado lo suficiente o no. Cuando el

problema es el exceso de leche, puede que el bebé no necesite más. En ese caso, estará aumentando de peso,

haciendo pipí y caca, y más o menos contento. En cambio, cuando el problema es la inflamación, o cuando la

ingurgitación se debe precisamente a que el niño no mama bien, hay que darle la leche que se ha sacado con un

vasito o un cuentagotas (no conviene usar el biberón). En caso de duda (puede que no hayan pasado bastantes días

para juzgar si el peso aumenta o no, o que como madre primeriza no esté muy segura de si su recién nacido está/

normal o está flojo), ofrézcale la leche; si se la toma, bien, y si no se la toma probablemente es porque no la necesita.

Cuidado con este probablemente. Con un niño de varias semanas, o varios meses, que engorda normalmente y

que está evidentemente sano y feliz, podemos estar seguros: si no quiere la leche, es porque ya ha tomado bastante.

Pero con un recién nacido, que ya de por sí no son muy movidos que digamos, que puede estar débil por el peso

perdido o atontado por la anestesia del parto o por un parto traumático, no podemos estar tan seguros. A ces no es

que el niño no tenga hambre, sino que no tiene fuerzas para comer y hay que seguir insistiendo. Si no lo ve claro, si le

parece que su hijo está débil, o raro, o que come poco o duerme demasiado, coméntelo con alguien que tenga más

experiencia con bebés (como la abuela u otra madre), y no dude en consultar al pediatra o a la enfermera todas las

veces que haga falta. Para eso están.

Y ésta es la base del tratamiento: conseguir que el niño mame, intentar vaciar un poco el pecho y esperar. Si le

duele mucho, puede tomar algún analgésico y antiinflamatorio, como el ibuprofeno (sí, es plenamente compatible con

la lactancia; la cantidad de ibuprofeno que toma un bebé mamando todo el día es unas 500 veces menos que lo que

habría que darle a ese mismo bebé si tuviera fiebre).

Otros posibles tratamientos son sintomáticos. El frío y el calor, por ejemplo.

Cada uno tiene sus partidarios; una sugerencia bastante extendida es el frío seco (por ejemplo, una bolsa de

verdura congelada o de cubitos de hielo, envuelta en una toalla) entre torna y toma, para aliviar el dolor. En cambio,

un rato antes de ciar el pecho o de sacarse leche, parece que el calor húmedo (un paño empapado en agua calentita,

meter el pecho en una palangana, o incluso ducharse o bañarse) ayuda a que salga más leche. Pero como es un

tratamiento sintomático, sólo lo tiene que hacer si lo encuentra útil. Si no nota ningún alivio con el hielo, no hace falta

que se ponga hielo. Y si, por el contrario, lo que le alivia es el calor, pues póngase calor todo el rato.

En otros países se recomiendan mucho las hojas de col, que se llevan dentro del sujetador. Frías de la nevera,

lavadas, con un agujero en el centro para el pezón, y un poco dobladas y machacadas para romper los nervios (¡de la

hoja, no de la madre!). Si las encuentra útiles, no dude en usarlas; pero no conozco ningún estudio científico que

demuestre que son más útiles que el simple hielo.

Y por último, aviso importante: dos tratamientos que no han de usarse: dejar de beber agua y vendar los pechos.

Está demostrado que vendar apretadamente los pechos no disminuye la ingurgitación, sólo aumenta el dolor.

Dejar de beber agua es inútil (la madre tendría que estar realmente deshidratada para que bajase la

ingurgitación), molesto (tener sed y que no te dejen beber es un verdadero tormento) y peligroso (una madre que de

verdad bebiera muy poco podría, en efecto, deshidratarse).

Obstrucción de un conducto

Esto se entiende en seguida, ¿verdad? Claro, uno de los conductos del pecho capona, el nombre lo dice todo.

Pero no es tan fácil (¿por qué las cosas nunca son tan fáciles como parecen?). En realidad sabemos tan poco...

El caso es que a veces se forma un bulto rojo, caliente y doloroso en un sector del pecho (y uso sector en su acepción

geométrica, porción de un círculo comprendida entre dos radios, como un quesito en porciones). Es una inflamación

que no afecta a toda la glándula, sino sólo a uno (o varios) de sus lóbulos.

La explicación clásica es que el conducto se ha obstruido (¿por qué?) y la leche ha quedado retenida. Al principio

sólo aumenta un poco el volumen, pero si la retención de leche es grande acaban reventando los acinos, y la leche

derramada produce una reacción inflamatoria. En ocasiones, tras masajear y exprimir pacientemente la zona

inflamada, se expulsa por el pezón un auténtico tapón, como un delgado cilindro blanquecino. Pero también hay otra

explicación alternativa: la leche ha quedado retenida (¿por qué?), el agua se reabsorbe y los componentes sólidos se

van concentrando hasta secarse y producir el tapón. ¿Qué es primero, el tapón o la retención? Quizás una

combinación de ambas cosas, o un círculo vicioso, o quizás unos casos empiezan por el tapón y otros por la

retención.

Hace un par de décadas el doctor Yamanouchi, en Okayama (Japón), analizó unos cuantos de esos tapones, y

comprobó que estaban formados principalmente por grasas saturadas. Las grasas insaturadas suelen ser líquidas a

temperatura ambiente, como el aceite; las grasas saturadas suelen ser sólidas, como la mantequilla. En la leche

materna las grasas insaturadas son las más abundantes. Las grasas insaturadas se saturan con hidrógeno, así es

como los aceites vegetales se convierten en margarina (y por eso podrá leer en la etiqueta algo así como aceites

vegetales parcialmente hidrogenados). El doctor Yamanouchi pensaba que los conductos se obstruían cuando la

madre comía demasiada grasa de origen animal, carne y mantequilla, y recomendaba volver a la dieta tradicional

japonesa de vegetales y pescado (con grasa insaturada).

Pero, aparte del análisis de los tapones, no tenía ninguna prueba ni de que la mantequilla cause obstrucciones ni

de que el pescado pueda evitarlas. También cabe la teoría opuesta: esa grasa era normal (predominantemente

insaturada), pero al quedar la leche retenida y concentrarse, por algún mecanismo se saturó y acabó de solidificar;

produciendo el tapón.

Si el problema inicial es la retención de leche, no sabemos qué la produce. En algunos casos la culpa puede ser

de un sujetador demasiado apretado; no use nunca un sujetador que le resulte incómodo o le deje marcas. Como los

niños maman con la lengua, la parte del pecho que está en contacto con la lengua es la que mejor se vacía, y las

obstrucciones suelen producirse en la parte del pecho que habitualmente está más alejada de la lengua: hacia la

zona de la axila (además, como el pecho no es simétrico, hacia la axila hay mucha más cantidad de tejido glandular

que en otras partes del pecho).

El tratamiento es más o menos el mismo que para la ingurgitación: hacer masaje, intentar sacar la leche, dar el

pecho a menudo, aplicar frío entre tomas si eso alivia el dolor y calor antes de la toma para que la leche salga con

más facilidad. Intente encontrar una posición para dar el pecho en la que la lengua del niño quede en la parte de la

obstrucción... lo que a veces requiere mucha imaginación y algo de gimnasia. En la posición de la loba romana es

posible colocar al bebé en cualquier ángulo: el niño boca arriba en medio de la cama grande, y la madre encima a

cuatro patas.

Además de seguir dando el pecho, conviene sacar más leche, a mano o con un sacaleches. Algunas madres

encuentran que el sacaleches hace más daño que el niño al mamar; si es ése su caso, puede sacarse leche del

pecho bueno y tirarla, y dejar que su hijo se concentre en el pecho malo.

Una madre me contó una vez un truco de la abuela (¡de su propia abuela!) que le funcionó muy bien con una

obstrucción: poner al niño al pecho y sacárselo a lo bruto (es decir, sin romper la ventosa con un dedo) mientras

estaba mamando. Se le destaponó el pecho al momento.

Mastitis

La mastitis es la infección de la glándula mamaria (aunque algunos especifican mastitis infecciosa, y llaman

mastitis no infecciosa a lo que aquí hemos llamado obstrucción de un conducto).

Una obstrucción que no se trata a tiempo puede infectarse y convertirse en una mastitis. Probablemente también

hay mastitis que comienzan como tales desde el primer momento.

La mastitis suele producir fiebre y un intenso malestar general, lo que los médicos llamamos síndrome gripal

(cansancio, malestar, dolor de todo el cuerpo). Un antiguo aforismo (que es como llamamos los médicos a los refranes

de nuestra profesión) dice: «Una gripe en una mujer que da el pecho es una mastitis mientras no se demuestre lo

contrario». Y es verdad, algunas madres tienen tanto dolor de piernas y de espalda, tanto malestar general, que no se

han fijado en el bulto rojo del pecho. Pero también la obstrucción de un conducto y la ingurgitación pueden, aunque

raramente, producir fiebre y malestar general por un proceso puramente inflamatorio, sin infección.

De forma que no es posible distinguir, sólo por los síntomas, la simple obstrucción de un conducto de la mastitis.

Habría que hacer un cultivo de la leche, pero en la práctica en España no se suele hacer, y la enfermedad se

diagnostica a ojo.

Está demostrado que la mitad de las mastitis (de las mastitis de verdad, comprobadas mediante un cultivo) se

curan sin necesidad de antibiótico, sólo con lo ya indicado para la obstrucción y la ingurgitación: poner al niño al

pecho con frecuencia y extraer entre tomas la leche retenida. Así que muchos médicos prefieren no dar antibiótico de

entrada, a no ser que el estado de la madre sea muy grave, sino recomendar la extracción de leche y esperar

veinticuatro horas. Si la fiebre se ha ido, es que ya se está curando. Si la fiebre continúa, recetan el antibiótico (porque

la mitad se curan solas... pero la otra mitad no). Según las circunstancias, o la costumbre de cada profesional, otras

veces se da el antibiótico desde el principio.

El antibiótico tiene que ser activo contra el estafilococo (que es el germen más frecuente, y es resistente a la

penicilina y a la amoxicilina). Lo normal es que la fiebre y el malestar desaparezcan a los dos o tres días de tomar el

antibiótico; pero es importante seguir tomando el medicamento los días que le hayan indicado, aunque se encuentre

mejor. Si se interrumpe el tratamiento a medias, es fácil la recaída. Si, por el contrario, torna el antibiótico tres días y

sigue con fiebre, vuelva al médico. Es posible que tenga una bacteria resistente, y que haya que cambiar el antibiótico

por otro. Esta segunda vez habría que hacer un cultivo de la leche, para ir sobre seguro.

Puede seguir dando el pecho aunque tenga una mastitis. Los dos pechos. No hay ningún peligro de contagio

para el bebé. Y los antibióticos con los que se trata tampoco están contraindicados. Si le dicen que ha de dejar de dar

el pecho para siempre, o durante unos días, o que dé sólo el pecho bueno, se equivocan. Además, si el pecho no se

vacía, la mastitis puede empeorar y convertirse en un absceso. No sólo puede dar el pecho, sino que es el único caso

en que tiene que seguir dando el pecho. Incluso si tenía pensado destetar, no lo haga ahora; espere a que la mastitis

esté totalmente curada.

Por otra parte, es posible que el bebé rechace el pecho enfermo. Durante la mastitis, la cantidad de sodio en la

leche aumenta. Eso no le hace ningún daño al niño; pero la leche sabe salada, y a algunos niños no les gusta. Si es

así, siga ofreciéndole los dos pechos sin insistir, y no se preocupe si su hijo sólo toma uno; rápidamente, la

producción aumentará en el pecho bueno, y no se va a quedar con hambre. Pero tendrá que sacarse leche del pecho

enfermo, varias veces al día. Primero, para evitar que se forme un absceso; segundo, para que el pecho siga

produciendo leche, y tercero, para que el sabor de la leche vuelva a ser normal. Cuando un pecho produce muy poca

leche, el sodio también aumenta. Algunas madres que no tomaron la precaución de sacarse leche se han visto en un

círculo vicioso: el niño rechazó el pecho por la mastitis, y luego lo siguió

rechazando porque salía poca leche y con

sabor raro, y han tenido que seguir la lactancia con un solo pecho. Lo que es perfectamente posible y no perjudica al

niño ni a la madre; pero, claro, queda un poco raro (véase pág. 117).

Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Mastitis. Causas y manejo. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud, 2000. Doc.

WHO/FCH/CAI-I/00.13 www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF

Absceso mamario

Cuando la mastitis no se trata adecuadamente (dar el pecho con frecuencia y sacar leche) puede producirse un

acúmulo de pus, un absceso. Hay que pincharlo y sacar el pus. Habitualmente se aspira con una jeringa, pero a veces

hay que hacer un corte un poco más grande y dejar un drenaje, un tubito de goma por el que va saliendo el pus. A

pesar de todo, el bebé puede mamar de los dos pechos, siempre y cuando el orificio por donde sale el pus esté lo

bastante lejos del pezón. Impida que la carita del bebé entre en contacto con el pus (tapando la herida con una gasa).

Si el orificio de drenaje está demasiado cerca del pezón, el niño tendrá que mamar sólo del pecho bueno durante

unos días; pero mientras tendrá que irse sacando leche del pecho enfermo.

Demasiados pechos

Muchas personas tienen pechos de más. Habitualmente es sólo un pezón

atrofiado, en cualquier lugar entre la

axila y la ingle, y el afortunado cree que se trata de un lunar o una verruga.

A veces debajo de ese pezón supernumerario hay auténtico tejido mamario, que se hincha y produce leche

después del parto. Si la mama está normalmente conformada, la leche puede salir al exterior. Se sabe de madres que

han dado de mamar con tres pechos (o más bien con dos y un cuarto; suelen ser muy pequeños). Pero si no quiere ir

por el mundo con un pecho de más, es mejor que no intente sacarse leche ni deje chupar al bebé. En otros casos, la

tercera mama es atrófica, y la leche no puede salir. Los primeros días duele un poco; pero si se pone hielo (si es que

eso la alivia), no aprieta y aguanta pacientemente, pronto la secreción de leche se inhibe y el pecho supernumerario

se vuelve a deshinchar

Algunas mujeres tienen una zona de glándula mamaria, normalmente en que no comunica con el pezón y no se

puede vaciar. Lo mismo de antes: armarse de paciencia, aplicar hielo para calmar el dolor y esperar unos días a que

se inhiba, mientras sigue dando el pecho normalmente.

Capítulo 8 - La falta de leche

¿Todas las mujeres tienen leche? ¡Claro que no! Hay mujeres que no tienen insulina, que no ven, que no pueden

caminar, ¿cómo no va a haber mujeres sin leche? La glándula mamaria es un órgano más, puede sufrir

enfermedades, lo mismo que el corazón o el riñón, puede funcionar mal o dejar de funcionar.

Lo que no puede ser es que haya tantas mujeres sin leche como algunos piensan.

Pocas madres dejan de dar el pecho porque quieren. La mayoría lo hacen «porque se me fue la leche», «porque

se quedaba con hambre», «porque mi leche ya no era buena»... No es posible que la mitad o las tres cuartas partes

de las mujeres no tengan leche, no es posible que sus pechos no funcionen. De ser cierto, estaríamos ante la más

terrible epidemia que ha vivido la humanidad.

La hipogalactia (escasez de leche) debería ser una enfermedad tan rara como cualquier otra, digamos la diabetes

o la hipertensión. Bien mirado, debería ser mucho más rara. Por una parte, la selección natural no actúa contra la

hipertensión. Una mujer hipertensa puede tener tantos hijos vivos como una mujer con la tensión normal. En cambio,

la selección natural es implacable con la hipogalactia: si la madre no tiene leche, sus hijos mueren, salvo que sean

adoptados y amamantados por otra hembra (lo que es enormemente raro en la naturaleza). Apenas hace un siglo que

los niños empezaron a sobrevivir sin leche materna.

Por otra parte, diabetes puede tener cualquiera: una niña, una anciana, una mujer con graves malformaciones

congénitas. Pero ninguna de ellas puede tener hipogalactia. Para enterarte de que no tienes leche, primero necesitas

un niño. Una mujer en edad fértil (en teoría entre unos doce y unos cincuenta y cinco años, pero casi siempre entre

dieciocho y cuarenta, la mejor edad de la vida), lo suficientemente sana de cuerpo y mente para quedarse

embarazada y dar a luz... Estamos hablando de mujeres con una excelente salud. Ya es mala pata que justo el pecho

no les funcione. Puede ocurrir, por supuesto, pero es muy raro. Tanto que hay que descartar primero todas las demás

posibilidades.

El problema es que nuestra sociedad no confía en la lactancia. Hemos llegado a pensar que lo normal es no tener

leche, y que si alguna sí que tiene es sólo por la más extraordinaria de las coincidencias. Cuando le preguntas a una

embarazada cuánto tiempo piensa dar el pecho, raramente contesta algo concreto, «tres meses» o «año y medio»,

Más bien suele decir «mientras pueda», «mientras tenga leche»... no cree que dependa de ella, que pueda tomar una

decisión y llevarla a la práctica; se cree un simple juguete del destino.

Cuando mi esposa daba el pecho, sus amigas no le preguntaban: «¿Cómo lo has hecho? Explícame cómo se

hace, yo también quiero darle el pecho a mi hija».

Todo lo contrario: «¡Qué suerte, tú que tienes leche! Ojalá yo hubiera tenido leche también, me habría gustado

mucho haberle dado el pecho a mi hija».

La inseguridad es tan grande que, pase lo que pase, la madre suele pensar que

no tiene leche. Si el pecho está

vacío es porque no hay leche, pero si está lleno es porque el bebé no mama, y probablemente con razón, porque la

leche debe de ser mala. Si el niño pide el pecho con gran frecuencia, es porque está pasando hambre, pero si duerme

mucho es porque, como no sale nada... Si engorda poco es que necesita un biberón, pero si engorda mucho no tendrá

bastante sólo con el pecho. Los pechos pequeños no sirven, pero los grandes tampoco. Si la madre fue criada con

biberón, «es que en mi familia no tenemos leche»; pero si la abuela o la bisabuela amamantaron a siete hijos: «Ojalá

tuviera yo leche como tuvo mi abuela, que después de dar el pecho a sus siete hijos recogió a un huermanito durante la

guerra y le dio también... pero, claro, las mujeres de ahora no tenemos leche». En conclusión, no existe ninguna

circunstancia que haga exclamar a las madres: «¡Tengo mucha leche!».

La inmensa mayoría de las veces, cuando la madre cree no tener leche, en realidad no hay ningún problema.

Estadísticamente, es más probable ganar el gordo en Navidad que tener hipogalactia. Ni los pechos blandos, ni el

niño que se despierta por la noche, ni un aumento de peso que alguien ha dicho que es escaso pero en realidad es

normal, ni que no aguante tres horas, indican falta de leche. Para creer que existe un problema con la leche, harían

falta tres criterios:

1. El niño engorda de verdad (¡de verdad!) demasiado poco.
2. Después de intentar sacarse leche durante varios días, con buena técnica y varias veces al día, la madre no consigue sacarse leche.
3. Al darle suplementos, el niño engorda más que antes.

Si el niño engorda normalmente, es que está tomando suficiente leche, y punto. Y si el niño no engorda, pero la

madre se saca leche, y el niño no se la quiere tomar, es posible que el niño esté enfermo, pero no hay hipogalactia.

Algunas causas de hipogalactia verdadera

Hipotiroidismo

Una mujer hipotiroidea sin tratamiento normalmente no se puede quedar embarazada. Sin embargo, algunas

madres con hipotiroidismo leve no diagnosticado dan a luz y tienen problemas para amamantar. La presencia de

hormona tiroidea es requisito previo para la producción de leche. El tratamiento hormonal sustitutivo permite mantener

la lactancia.

También se han descrito casos de hipogalactia asociada a hipertiroidismo, se desconoce el mecanismo causal.

Tanto el hipo como el hipertiroidismo son relativamente frecuentes en el embarazo y posparto, por lo que debe

tenerse siempre en cuenta esta posibilidad ante la sospecha de hipogalactia verdadera. El motivo de tantos

problemas tiroideos es el déficit crónico de yodo que muchos sufrieron en la infancia; el tiroides tuvo que hipertrofiarse

para aprovechar el poco yodo que había, y ahora se descompensa con el esfuerzo añadido del embarazo. Por eso

recomendamos suplementos de yodo para la madre (pág. 166), para que sus hijos no tengan ese problema.

Shomon M. Breastfeeding and thyroid disease, questions and answers.

www.thyroid-info.com/articles/breastfeeding.htm

Retención de placenta

Los estrógenos y gestágenos producidos por la placenta inhiben la producción de leche, de modo que una

retención parcial puede tener la hipogalactia como primer síntoma.

Curiosamente, también se ha observado el efecto

opuesto: galactorrea (exceso de leche) por retención de placenta.

Neifert MR, McDonough SL, Neville MC. Failure of lactogenesis associated with placental retention. Am J Obstet

Gynecol 1981;140:477-8

Byrne E. Breastmilk oversupply despite retained placenta) fragment. J Hum Lact 1992;8:152-3

Agnesia del tejido mamario

Las mamas no se han desarrollado normalmente (probablemente no han crecido durante el embarazo), los

niveles de prolactina son normales, y la producción de leche es muy pequeña pese a todos los esfuerzos. Es un

problema rarísimo, los primeros tres casos se descubrieron en Estados Unidos en 1985. Y aquellas tres madres dieron

el pecho (con suplemento) más de un año. Porque si hay poca leche, pues hay poca, pero la que hay se aprovecha.

Neifec MR, Seacat JM, Jobe WE. Lactation failure due to inadequate glandular development of the breast.

Pediatrics 1985;76:823-8

Cirugía

Si le han puesto prótesis de silicona, puede dar el pecho sin problemas. La operación no daña la glándula, y la

silicona no es tóxica ni perjudica al bebé (¡hay chupetes de silicona!).

Si lo que se ha hecho es una reducción mamaria, depende del tipo de operación.

En una técnica, el pezón se separa completamente del pecho, se recorta lo que haya que recortar y al final se

vuelve a colocar el pezón en el centro, donde quede más bonito. En ese caso, la lactancia es casi imposible, aunque

a veces (¡qué tenaz es la naturaleza!) algunos conductos se han reenganchado por pura casualidad, y sale algo de

leche. Algunas mujeres han observado que con el primer hijo no les sale casi nada de leche, pero con el segundo les

sale bastante más; se cree que la parte del pecho que no tiene drenaje se atrofia, mientras que el -trocito que sí que

produce leche se va hipertrofiando.

En otra técnica de reducción, el pezón se mantiene en todo momento

enganchado al pecho, a sus conductos y a

sus nervios. Podrá dar el pecho. Alguno de los conductos puede haberse cortado por accidente, y entonces tendrá los

primeros días un bulto doloroso, porque la leche no puede salir de uno de los lóbulos.

Póngase hielo, aguante un poco, y en unos días ese lóbulo dejará de producir leche y no dará más problemas.

Si la han operado de un cáncer de mama, o si le han hecho radioterapia, podrá dar el pecho sano. A veces,

incluso el pecho enfermo si le hicieron cirugía conservadora.

Hughes 1/, Owen J. Is breast-feeding possible alter breast surgery? Am J

Matero Child Nurs 1993;18:215-7

Marshall DR, Callan PP, Nicholson W. Breastfeeding after reduction mammoplasty. Br J Plast Surg. 1994;47:167-

9

Berlin CM. Silicone breast implants and breast-feeding. Pediatrics 1994;94:547-9 Jordan ME, Blum RW. Should

breast-feeding by women with silicone implants be recommended? Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:880-1

Higgins 5; Haffty BG. Pregnancy and lactation after breast-conserving, therapy for early stage breast cancer.

Cancer 1994;73:2175-80

Síndrome de Sheehan

Es la necrosis de la hipófisis por falta de riego sanguíneo durante el parto,

debido a la pérdida de sangre. Como

no hay ni prolactina ni oxitocina, no sale nada de leche. Más tarde vienen otros problemas, porque la hipófisis produce

otras hormonas. Es una enfermedad grave.

El síndrome completo es muy raro; pero la hemorragia posparto se ha asociado también con una disminución

aislada de la producción de leche (pérdida de peso y deshidratación en el lactante), a veces transitoria, sin afectación

de otras hormonas hipofisarias. Tal vez, la pérdida de sangre explique la asociación observada entre anemia materna

(hemoglobina inferior a 10 mg/dl) y abandono precoz de la lactancia (atribuido a falta de leche, o a que el niño mama

con excesiva frecuencia o aumenta poco de peso).

Sin embargo, se ha publicado el caso de una mujer a la que habían extirpado la hipófisis por un tumor que dio el

pecho durante tres meses. Es mucho lo que desconocemos todavía sobre la fisiología de la lactancia.

Sert M, Tetiker T, Kirim S, Kocak M. Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome. Endocr J

2003;50:297-301

www.jstage.jst.go.jp/article/endocrj/50/3/297/_pdf

Willis CE, Livingstone V. Infant insufficient milk syndrome associated with maternal postpartum hemorrhage. J

Hum Lact 1995;1 1:123-6

Déficit congénito de prolactina

Es hereditario y sumamente raro, se han descrito media docena de casos en todo el mundo. ¡Media docena! Si

antes decía que era más probable pillar el gordo de la lotería que tener hipogalactia, es más fácil casarse con un

príncipe de sangre real que tener déficit congénito de prolactina. En el mundo hay más de media docena de príncipes.

Es tan raro porque, hasta muy recientemente, si una madre no tenía leche sus hijos se morían. Los casos que hay

son mutaciones recientes; sabemos que es hereditario porque se ha visto en una madre y en su hija. Pero seguro que

la abuela estaba sana.

Desnutrición

En nuestro medio, la falta de alimento o bebida en la madre NO es causa de hipogalactia. Sólo la desnutrición

grave llega a afectar a la cantidad o calidad de la leche. Incluso una dieta hipocalórica, de 1.765 kcal/día, se ha

demostrado que no afecta a la producción y composición de la leche ni al aumento de peso del lactante (pág. 171).

Se ha observado estancamiento ponderal en un bebé norteamericano cuya madre consumía una dieta

deliberadamente restringida, de sólo 20 kcal/kg/día. Eso es poquísimo, la madre debía de estar ya en los huesos.

Así que quíteselo de la cabeza: no va usted a tener más leche porque coma más y mejor, ni porque beba mucho.

Galactogogos

Se han propuesto numerosos fármacos tanto tradicionales como modernos para aumentar la producción de

leche. No hay estudios que prueben la eficacia de ciertas hierbas (alholva, comino...) o de determinados alimentos; no

nos sorprendería que alguna de las hierbas tenga un efecto real.

Sí que hay estudios que prueban la eficacia de la cerveza (no el alcohol, sino algo en la cerveza), la

clomperidona, la metoclopramida y la sulpirida; todas ellas actúan estimulando la secreción de prolactina, que es

exactamente lo que hace el niño al mamar. ¿Para qué usar un fármaco, con posibles efectos secundarios, cuando

puede obtenerse el mismo efecto con la lactancia frecuente en posición correcta? No es de extrañar que la mayor

parte de esos estudios estén hechos con madres de prematuros, en las que la producción de leche suele disminuir

después de usar durante semanas un sacaleches, que no estimula tan bien como un bebé. Hoy en día, el problema se

suele solucionar gracias al método canguro; pero es posible que aún se necesiten fármacos en algunos casos.

Sin embargo, muchos de estos medicamentos y hierbas, y otros remedios populares (ciertos alimentos buenos

para la leche) se usan sin ninguna necesidad. Algunos médicos responden automáticamente a la más mínima queja.

(«Creo que no tengo leche.» «Pues tome estas pastillas»), sin comprobar si hay hipogalactia o no, y de qué tipo.

En los casos de hipogalactia real, los galactogogos serán probablemente inútiles: en el hipotiroidismo, el tratamiento

es la hormona tiroidea; en la retención de placenta, lo que hay que hacer es sacarla; en la agenesia mamaria no

servirían de nada, en el déficit de prolactina se han probado sin éxito (la hipófisis no funciona, y por tanto no responde

a los estimulantes).

Es posible que algún día se descubra una enfermedad en que estos medicamentos sí que sean útiles. Una

enfermedad en que la hipófisis produzca poca prolactina, y no responda al estímulo normal de aumentar la frecuencia

de las tomas, pero sí que responda a los medicamentos, y el pecho funcione perfectamente y responda a la prolactina.

Pero tal enfermedad, si existe, nunca se ha visto. ¿Que, por si acaso, en un caso desesperado, se prueba con uno de

estos fármacos, a ver si sirve de algo? Pues bueno, pero eso tendría que ser absolutamente excepcional.

Y si no sirven para tratar la hipogalactia de verdad, ¿para qué sirven? Pues para tratar la falsa hipogalactia. Para

dar confianza a las madres que piensan que no tienen leche, pero sí que tienen. La gente tiene mucha fe en las

pastillas, o en las hierbas.

«Pero es que yo me tomé x y me fue muy bien y me aumentó mucho la leche.»
Pues me cuesta mucho creerlo.

Para creérmelo, necesitaría ver una gráfica de peso del niño, el peso estancado durante semanas y semanas a pesar

de que mamaba a todas horas, y de pronto la madre toma x y el niño empieza a engordar que da gusto. Nunca he

visto tal cosa (supongo que alguna vez ha pasado, pero no lo he visto yo). Normalmente, no hay un antes y un

después en la gráfica de peso.

Todo sigue igual.

Y entonces, ¿por qué piensa la madre que tiene mucha más leche? Creo que es una cuestión de percepción.

Del total de leche que se fabrica en un día, una parte se la toma el bebé, otra parte probablemente se reabsorbe y

una pequeñísima parte gotea. Además, hay una cierta cantidad de leche que se queda en el pecho, como reserva. Y

no hay más.

Cuando la madre toma un medicamento o unas hierbas para tener más leche, ¿qué es lo que aumenta? ¿La

leche que se toma el bebé? No, si la gráfica de peso no ha pegado un salto, quiere decir que el bebé come lo mismo

que antes. Aumenta tal vez la cantidad de leche que se fabrica y se reabsorbe, y eso no sirve de nada. Aumenta la

reserva, en el pecho, en vez de quedar digamos 50 mililitros, quedan 75 y eso hace que la madre los note más llenos

(pero no aumenta cada día, 75, 100, 125... porque a la larga el pecho revienta; no, aumenta a 75 y ahí se queda, y

como el niño no se lo ha tomado, de nada sirve que aumente). Aumenta tal vez la leche que gotea, y como bastan

unos mililitros para empapar el sujetador, el efecto psicológico es importante. Y eso es todo. Simple fachada, parece

que hay más leche, pero (por suerte) no es así.

Las hierbas no siempre son inocuas. En Italia se han publicado dos casos de intoxicación en lactantes (hipotonía,

vómitos y letargia, que precisó hospitalización) cuando sus madres consumían más de dos litros diarios de una

mezcla de hierbas para aumentar la cantidad de leche (regaliz, hinojo, anís y Galega officinalis). «¡Qué barbaridad -

pensará usted-, ¡dos litros!» Ésa es la consecuencia de que por un lacio te digan: «Toma hierbas» y por otro: «Bebe

mucha agua». Y como las hierbas son naturales y no pueden hacer daño, pues adelante con los faroles. Pues no,

algunas hierbas son poderosos medicamentos, y por muy naturales que sean, sólo se debe usar la dosis correcta y

para tratar una enfermedad determinada. La gente sana no debe tomar medicamentos, ni de la farmacia ni del

herbolario.

Rosti L, Nardini A, Bettinelli ME, Rosti D. Toxic effects of a herbal tea mixture in two newborns. Acta Paediatr

1994;83:683

Capítulo 9 - Alimentación de la madre

Varias cuestiones preocupan a las madres: qué y cuánto tienen que comer, qué alimentos hay que evitar y cuáles

son especialmente beneficiosos porque dan mucha y buena leche, cuánto

tienen que beber...

Por fortuna, la respuesta a todas estas preguntas es una y la misma: lo que quiera. Lo explicaremos con más

detalle.

Cuánto comer

Por supuesto, la leche tiene que salir de algún sitio. Lo que la madre come se transforma en leche. Hace ya

muchos años, alguien calculó cuánto tendría que comer de más una mujer que da el pecho para poder fabricar toda

esa leche. El cálculo es sencillo: tantos mililitros de leche contienen tantas calorías.

Añadiendo un porcentaje para el metabolismo (es decir, lo que se gasta en el proceso de fabricarla), salían, creo

recordar, 700 kilocalorías al día, a consumir además de las que ya comía la madre habitualmente.

(Aviso: en el lenguaje popular, y en muchos libros sobre nutrición, se suele llamar caloría a lo que científicamente

es una kilocaloría, es decir, mil calorías.)

Hasta aquí el cálculo teórico. Pero cuando se hicieron estudios reales en madres reales, madres sanas y bien

nutridas de países occidentales, cuyos hijos aumentaban de peso normalmente con lactancia materna exclusiva, se

observó que no comían 700 kilocalorías más al día, sino apenas unas 100 u 150 (incluso menos en algunos estudios).

Bastaban esas calorías para mantener su peso normal, su actividad normal, y

encima fabricar toda la leche que sus

hijos necesitaban. Al parecer, durante la lactancia (lo mismo que durante el embarazo) se produce un cambio en el

metabolismo, que conduce a un mejor aprovechamiento de los alimentos ingeridos. Como un coche que consume

menos gasolina tras la puesta a punto.

Todavía, muchos libros repiten las recomendaciones antiguas. Y algunos de esos libros puede que hayan

traducido las dichosas calorías en alimentos concretos: leche, pan, carne, macarrones... La madre que lea tales

recomendaciones no podrá comérselo todo, por mucho que se esfuerce. Y si alguna puchera... bueno, igual de ahí

viene el mito de que dar el pecho engorda.

En cualquier caso, la madre que lacta no necesita que ningún libro le recomiende cuánto ha de comer. Todos los

animales son capaces de comer lo que tienen que comer sin leer ningún libro, ni preguntarle a ningún veterinario.

Nuestras necesidades cambian a lo largo de nuestra vida; pero a nadie se le ocurre ir a preguntarle al médico qué

tengo que comer ahora que empiezo la adolescencia, o ahora que la acabo, o ahora que empiezo a trabajar como

cartera o como administrativo. ¿Cuántas calorías más tiene que comer en agosto un funcionario aficionado al

ciclismo? ¿O cuántas menos un minero que pasa sus vacaciones sentado leyendo? Es automático; cuando aumentan

nuestras necesidades calóricas (por nuestro crecimiento o por nuestra actividad física), tenemos más hambre y

comemos más; cuando nuestras necesidades disminuyen, tenemos menos hambre y comemos menos.

Así que no necesita seguir una dieta, ni contar calorías, ni nada raro.

Simplemente coma según el hambre que tenga, sin ideas preconcebidas (muchas gente cree que durante la

lactancia hay que comer por dos y se esfuerza por conseguirlo).

¿No falla nunca? ¿Y si me equivoco y como de más, o de menos? En los animales sólo falla si están enfermos;

pero los seres humanos estamos tan sometidos a nuestra educación y cultura, a las presiones del entorno y de la

publicidad, que a veces (raramente) comemos menos de lo conveniente, y otras veces (mucho más frecuentemente)

comemos de más. Pero eso es fácil de descubrir: si engorda demasiado, es que tiene que comer menos, y si adelgaza

demasiado, es que tiene que comer más. Nadie engorda 30 kilos si antes no ha engordado uno, dos, tres... así que

tendrá tiempo de sobra para darse cuenta y tomar las medidas oportunas.

Qué comer

Ah, pero ¿no hay que comer una dieta sana y equilibrada? Pues eso he dicho: lo mismo de siempre. ¿O es que

usted no come una dieta sana, y lo sabe, y sólo ahora que tiene un hijo se le ocurre hacer algo para comer mejor?

Básicamente, una dieta sana consiste en una base de cereales (pan, pasta,

arroz...) y legumbres (lentejas, guisantes, garbanzos, alubias...), complementados diariamente con fruta, verdura o ambas, y de vez en cuando con algún producto animal: pescado, carne, huevos o lácteos.

La mezcla de cereales y legumbres es importante, porque así sus proteínas se complementan. Las proteínas

están formadas por aminoácidos, algunos de los cuales no los puede fabricar nuestro organismo, sino que debemos

ingerirlos ya formados: son los llamados aminoácidos esenciales. Las proteínas de origen animal contienen una

mezcla apropiada de todos los aminoácidos esenciales, y por eso se dice que tienen un alto valor biológico. Las

proteínas vegetales, en cambio, tienen un bajo valor biológico, porque les faltan algunos de los aminoácidos. Si no

tenemos todos los aminoácidos en el mismo momento, nuestro cuerpo no puede fabricar nuevas proteínas; es como si

estuviera montando un reloj y le faltase una ruedecita. Si falta una sola pieza, todas las demás ya no sirven para nada,

el cuerpo no puede utilizarlas, las elimina.

Por suerte, a los cereales y a las legumbres les faltan distintos aminoácidos.

Los que no están en un lado están en el otro, y la mezcla de proteínas es tan nutritiva como una proteína animal.

Los platos típicos, que nuestros tatarabuelos comían casi a diario (salvo los ricos), combinaban legumbres y cereales,

como la escudella, o se comían con abundante pan, como el cocido, las

lentejas, la fabada... Al otro lado del charco,

tortitas de maíz con frijoles. Algún trocito de carne, como el chorizo del cocido, los huevos y el queso servían de

margen de seguridad, aportando más aminoácidos variados. Hoy en día tendemos a comer carne cada día y

legumbres sólo de tarde en tarde, con lo que nos sobran aminoácidos, pero nos falta fibra, y lo pagamos con

estreñimiento y otros problemas.

¿Y si no como una dieta sana, será mala mi leche? ¿Debo sacrificarme por el bien de mi hijo, comer verdura (que

no me gusta nada) y renunciar a los refrescos y a los dulces? ¿O mejor, puesto que ya sé que mi alimentación no va a

ser muy buena, le do el biberón, que al menos se sabe lo que contiene?

Pues no, absolutamente no. No debe sacrificarse comiendo una dieta sana, porque la composición de la leche

casi no depende de lo que usted coma. Y la leche del biberón nunca será mejor que la suya (véase más abajo La

dieta de la vaca).

Las proteínas de la leche se fabrican en el mismo pecho, y no dependen de lo que usted coma. La lactosa de la

leche también se produce en el pecho, y tampoco depende de lo que usted coma. La cantidad de grasa en la leche no

depende de lo que usted coma. La composición de grasa en la leche sí que depende un poco de lo que usted come

(si come más aceite vegetal y más pescado, su leche tendrá más grasas

insaturadas; si come más carne, tendrá más

grasas saturadas). Pero sólo depende en parte. Aunque usted coma muchísimas grasas saturadas, su leche sigue

teniendo más grasa insaturada que la leche de vaca, y sigue siendo adecuada para el bebé. En cuanto a las

vitaminas y minerales, hay algunos que dependen de lo que coma la madre, como el ácido pantoténico y el yodo, y

otros que no varían por mucho que coma la madre, como el hierro, el sodio o la vitamina C. Pero, en todo caso, los

niveles de vitaminas y minerales en la leche de la madre serán normales a no ser que la misma madre tenga un

déficit. Si usted está sana, su leche es normal. Así que el comer más fruta y no abusar de los dulces no va a mejorar la

salud de su hijo, sino la de usted.

A una madre que da el pecho le conviene comer sano, lo mismo que a la que da el biberón, lo mismo que a la

que no tiene hijos, lo mismo que a todo el mundo. Por eso insisto: coma como siempre. Y no se preocupe si su dieta

no es perfecta; primero, porque no existe una dieta perfecta, y segundo, porque la salud no es ni puede ser el único

factor para elegir su dieta. También están sus costumbres, sus gustos personales, su presupuesto y el tiempo de que

disponga. Si puedo exponerme a sufrir una lesión porque me gusta hacer deporte, ¿por qué no puedo exponerme a

que me suba el colesterol, si me gusta comer grasa?

La dieta de la vaca

La alimentación de la madre, insisto, influye muy poco en la composición de su leche. Pero, aunque influyera,

sería absurdo pensar: «Como me alimento mal mi leche será tan mala que más vale darle el biberón». ¿Acaso están

bien alimentadas las vacas? En el mejor de los casos, las vacas sólo comen hierba, lo que es una dieta sana (para

ellas), pero no equilibrada. Las vacas no comen carne, ni huevos, ni fruta, ni leche... Pero es que la mayoría de las

vacas, mal que nos pese, no comen hierba. En años recientes, los europeos nos hemos enterado de que nuestras

vacas estaban comiendo piensos compuestos preparados con ovejas muertas por enfermedad y otras exquisiteces.

¿Cree acaso que los biberones los hacen con leche de vacas selectas, alimentadas con verdes pastos y ordeñadas a

mano por lecheras suizas de mejillas coloradas? Pues no. La leche del biberón se fabrica a partir de leche normal de

vacas normales, que probablemente viven hacinadas en gigantescos establos, comiendo piensos compuestos.

Alimentos prohibidos

Cada pueblo o región tiene sus alimentos prohibidos durante la lactancia, por diversos motivos. En España, los

más habituales son ajos, cebollas, alcachofas, coles de Bruselas y espárragos, que se supone que dan mal sabor a la

leche, y también las legumbres, sobre todo las alubias, y el brécol, que se cree que causan gases al bebé.

Pero en otros países se prohíben otros alimentos. En Noruega, por ejemplo, la madre que lacta no debe comer

uvas ni fresas. Si una madre tuviera que abstenerse de todo lo que alguien ha prohibido alguna vez en algún lugar,

probablemente pasaría mucha hambre.

El único alimento con el que se ha hecho un estudio científico es el ajo. Era un estudio controlado aleatorio y a

doble ciego; es decir, existía un grupo de tratamiento que tomaba el medicamento estudiado (en este caso, el ajo) y un

grupo control que tomaba placebo (un falso medicamento que en realidad no tiene ningún efecto), los dos grupos se

distribuían por sorteo, y ni las madres ni los experimentadores que las atendían directamente sabían quién había

tomado ajo y quién placebo. El ajo venía dentro de una cápsula que había que tragar entera; las madres del grupo

control tomaban una cápsula vacía.

Los experimentadores que estaban en contacto con la madre sólo sabían que a la madre A había que darle la

cápsula número 1, a la madre B la cápsula 2... y sólo los directores del estudio, que no veían a las madres, sabían qué

cápsulas llevaban ajo y qué cápsulas estaban vacías. Todas estas precauciones son necesarias en los estudios

médicos para evitar que la autosugestión (del paciente o del médico) influya en los resultados («desde que torné la

pastilla parece que me duele un poco menos»).

Pues bien, el estudio demostró que la leche olía a ajo, que analizando la leche en el laboratorio se encontraba la

esencia de ajo, y que los niños cuyas madres habían tomado ajo mataban más en la siguiente semana. Aparentemente,

les gustaba el ajo. Lo que no debería sorprendernos, porque a muchos adultos nos gusta el ajo, por eso lo comemos.

Por supuesto, podría haber algún niño al que no le gustase el ajo. O al que no le gustase la alcachofa. En

principio, todas las madres pueden comer de todo; pero si alguna madre concreta comprueba que, después de comer

un alimento concreto, su hijo se enfada con el pecho y se niega a mamar durante unas horas, pues será que no le

gusta. Tampoco es nada grave, va a mamar cuando se pase el sabor, o cuando tenga más hambre. Probablemente es

más fácil que ocurra una cosa así cuando la madre come, de pronto, una gran cantidad de un alimento que no había

comido en mucho tiempo. Porque si la madre suele comer un alimento con regularidad, su hijo se habrá

acostumbrado al sabor incluso antes de nacer, a través de la placenta y del líquido amniótico.

Seguro que alguna astuta lectora estará pensando: «Pues si los niños maman más cuando la madre come ajo, yo

comeré ajo cada día, y mi hijo mamará más y engordará más». Si el razonamiento fuera correcto, sería peligroso (la

obesidad infantil ya es un grave problema en Europa, y especialmente en España). Pero, por fortuna, no funciona así.

Los niños maman más en una toma aislada, pero a la siguiente maman menos, para compensar. Y si la leche sabe a

ajo en cada toma, evidentemente se acostumbrarían y comerían lo mismo de siempre. Nos ocurre a todos: si a usted le

encanta la merluza, comerá un poco más que otros días. Pero si le dan merluza cada día para desayunar, comer,

merendar y cenar; seguro que no le dura mucho el entusiasmo.

Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing's behavior.

Pediatrics 1991;88:737-44

Gases misteriosos

Si bien, en algún caso concreto, podría ocurrir que a un bebé le molestase el sabor de algo que ha comido la

madre, lo que desde luego no tiene ninguna base es lo de los gases. El que la madre coma alubias, frijoles o brécol

no puede de ninguna manera producirle gases al niño.

Esos alimentos nos producen gases a los adultos porque contienen ciertos hidratos de carbono que el ser

humano no puede digerir, y por lo tanto tampoco puede absorber. Pasan enteros al intestino grueso, y allí las bacterias

los fermentan, produciendo gases.

Puesto que esas sustancias no se absorben, no pueden pasar a la leche. Y el gas en sí tampoco puede pasar a la

leche. Cualquier cosa que intente pasar del tubo digestivo a la leche tiene que hacerlo a través de la sangre. Pero ni

la sangre ni la leche tienen burbujitas.

Así que puede usted comer todas las alubias que quiera. Pero tal vez no le interese desmentir el mito. Así, si en

una reunión se oye algún ruido comprometedor, siempre podrá decir con mucho aplomo: «Ha sido el niño, como le

doy el pecho...».

Alimentos para tener más leche

También de muchos alimentos se dice popularmente que son buenos para tener más leche. Me vienen a la

cabeza las almendras y avellanas, las sardinas, la misma leche de vaca. Alguna vez he oído hablar de la alfalfa, que

por lo visto, sí, se vende para consumo humano (supongo que el razonamiento es: «Si lo comen las vacas, que tienen

mucha leche...»).

Algunos de esos alimentos son sanos y nutritivos. Tal vez es un viejo pretexto que tenían nuestras antepasadas

para que, en tiempos en que no todo el mundo comía todos los días, las madres lactantes recibieran la mejor porción.

Pero hoy en día, cuando en Occidente todos comemos de sobra, el mito se vuelve a veces contra las madres,

obligadas a comer lo que no les gusta.

No hay ningún alimento que sea necesario para tener leche. Recuerde que hay mamíferos con dietas de lo más

variado: las vacas comen alfalfa, pero las leonas comen carne, las focas comen pescado, las ballenas comen

plancton y las osas hormigueras comen hormigas, y todas tienen leche. El ser humano es, por naturaleza, omnívoro, lo

que significa que puede usted comer lo que quiera, y tendrá leche. Si no le gustan las avellanas, tranquila, puede dar

el pecho durante años sin comer ni una sola avellana.

La cerveza

Se ha comprobado que la creencia popular de que la cerveza produce más leche es cierta. La cerveza lleva

algún componente que hace aumentar los niveles de prolactina. Pero, claro, para comprobar que la leche aumentaba

tuvieron que sacar leche a dos grupos de mujeres, unas que tomaban cerveza y otras que no.

La única manera de tener más leche, recuerde, es sacar más leche. Si no fuera así, las mujeres sin hijos (o con

hijos ya destetados) tendrían prohibida la cerveza, porque imagínese qué problema que te empiece a salir más leche.

Aunque haya más leche, el niño no mama más (véase pág. 31); la leche sobrante contiene factor inhibidor de la

lactancia" y la producción vuelve a disminuir.

La producción de leche se regula por sí misma.

Tal vez, en la época en que era obligatorio dar el pecho diez minutos cada cuatro horas, la cerveza ayudó a

alguna madre. Pero, cuando la lactancia es a demanda, existe un modo mucho más sencillo de aumentar la secreción

de prolactina: dar el pecho más veces. Y no hace falta que la madre tome una

decisión consciente: «Daré el pecho

más veces para tener más leche»; será el mismo bebé el que, si tiene hambre, querrá mamar más. Y si no quiere

mamar más, es porque no tiene hambre, y punto.

El efecto de la cerveza no depende del alcohol. No funciona con vino, con coñac ni con aguardiente, sólo con

cerveza.

No haga nada para tener más leche. No tome cerveza para tener más leche. Y si le da un día por beber cerveza,

al menos que sea sin alcohol (pág. 236).

Koletzko B, Lehner E Beer and breastfeeding. Adv Exp Med Biol 2000;478:23-8

La leche le vaca

Un alimento que trae problemas a muchas madres es la leche. No pocas veces se les dice que, para poder dar el

pecho, es necesario, imprescindible, tomar un litro de leche al día. A algunas madres les han llegado a decir dos litros,

por aquello de que más vale que sobre que no que falte.

Eso es absurdo. No es posible que los mamíferos necesiten beber leche para fabricar leche. La vaca no bebe

leche. Si para fabricar tres cuartos de litro de leche que produce de media una mujer hubiera que beber un litro, una

vaca, para fabricar 30 litros, tendría que beber 40 litros. ¿Donde estaría el negocio? Nadie criaría vacas si hubiera que

darles más leche de la que pro-El ser humano es el único animal que toma leche de otro animal. El ser humano es el

único animal que sigue tomando leche después de la edad de destete.

Existe, de hecho, un delicado mecanismo que impide a los adultos tomar leche.

La leche contiene un azúcar especial, la lactosa, que no aparece en ningún otro alimento animal ni vegetal. La

lactosa se fabrica en la propia teta; la sangre de la madre no contiene lactosa. La lactosa sólo se puede digerir con

una enzima digestiva especial, la lactasa, que sólo está en el intestino de las crías de los mamíferos. Cuando acaba el

periodo de lactancia, la lactasa desaparece, y el individuo ya no puede digerir la leche. La leche le produce gases,

diarrea, dolor abdominal, los síntomas de la intolerancia a la lactosa.

Se cree que es un truco de la sabia naturaleza para garantizar que la leche llegue a su destinatario. Si los adultos

podrían tomar leche, muchas veces el macho (o una hembra dominante) espantarían de malos modos a la cría y se

pondrían a mamar ellos. Pero no pueden, les sienta mal.

Parece que hace unos pocos miles de años apareció en la raza blanca (sobre todo en los nórdicos) y en algunas

tribus de raza negra una mutación que les permitía digerir la leche. La lactasa se mantiene durante toda la vida. Pero

la mayor parte de la humanidad (orientales, indígenas americanos, la mayor parte de los africanos) no puede tomar

leche. La intolerancia a la lactosa en el adulto no es una enfermedad, es lo

normal. Los raros, los mutantes, somos los

que sí podemos tomar leche.

Hay quien defiende que esa mutación ha sido beneficiosa porque ha permitido explotar una nueva fuente de

alimento. Otros responden con certera ironía que tan beneficiosa no habrá sido la mutación, cuando en este planeta

sigue habiendo muchos más chinos que suecos.

Se han hecho estudios en China para ver a qué edad desaparece la lactasa del intestino. En algunos niños

empieza a desaparecer a los tres años, en otros persiste hasta los doce. Después de los doce años, prácticamente

ningún chino tolera la leche. Otra pista que parece indicarnos hasta qué edad es normal tomar el pecho en la especie

humana.

En España, con nuestra mezcla de razas, no toleramos la leche tan bien como los suecos. Se calcula que un

15% de los españoles adultos tienen intolerancia a la lactosa. Normalmente no lo saben, no se han hecho pruebas

médicas, no están diagnosticados (¿cómo se puede diagnosticar, si no es una enfermedad?), pero no toman leche.

Tampoco es cuestión de todo o nada; muchos pueden tolerar un poquito de lactosa, pero mucha cantidad les sienta

mal. Es la típica gente que se toma un cortado, pero rechaza un café con leche, porque «luego estoy toda la tarde con

el estómago revuelto». Algunos pueden tolerar derivados de la leche que

llevan menos lactosa, como el yogur o el queso.

En Sudamérica la proporción de intolerancia a la lactosa puede ser muchísimo más alta, según los países.

La gracia que debe hacer, teniendo intolerancia a la lactosa, que te obliguen a beber un litro al día. Un verdadero

tormento.

Yang Y, He M, Cui H, Bian L, Wang Z. The prevalence of lactase deficiency and lactose intolerant in Chinese

children of different ages. Chin Med J 2000; 113:1129-32

www.cma.org.cn/cmj/PDF/2000/2000121129.pdf

Dieta vegetariana

Una dieta ovolactovegetariana equilibrada es perfectamente adecuada para adultos y para niños, para

embarazadas y para madres que lactan. Pero tiene que estar bien equilibrada. Las legumbres y los cereales se han

de combinar para que sus aminoácidos se complementen y formen una proteína de alto valor biológico. El hierro de

legumbres y cereales casi no se absorbe si no va acompañado de la vitamina C de la fruta. La dieta omnívora (es

decir, comer de todo, incluyendo carne y pescado) requiere menos precaución, normalmente hay nutrientes de sobra.

Para ser vegetariano no basta con comer mucha ensalada y saltarse el segundo plato; hay que tener buenos

conocimientos de nutrición y escoger los alimentos con cierto cuidado. Encontrará excelente información en la web de

la Unión Vegetariana Española:

www.unionvegetariana.org

La mayoría de los vegetarianos son gente seria, muchas veces con mejores conocimientos de nutrición que su

médico. Pero también hay extraños grupos filosóficos o religiosos que propugnan extrañas dietas inadecuadas, como

la macrobiótica. La dieta macrobiótica es progresiva, los escalones más avanzados son insuficientes para un adulto, y

muy peligrosos para un niño, una embarazada o una madre lactante.

También hay quien va por libre. Hace años conocí a uno que había llegado a la conclusión de que el único

alimento sano es la manzana. Sólo manzanas.

Manzanas todo el día, manzanas cada día. Imponía semejante dieta a su esposa y a su hijo de dos años. Por

suerte, en la guardería le daban de comer a escondidas...

Aprenda a distinguir la información seria de la que no lo es. ¿Hablan de proteínas y nutrientes, de calcio y hierro?

¿O hablan de energías cósmicas que se concentran en los alimentos, de poderes curativos, de toxinas que nunca

tienen nombre propio...?

Vegetarianismo estricto

La dieta estrictamente vegetariana (a veces llamada vegana), sin huevos ni

leche, tiene un serio problema: no

contiene vitamina B12.

Ningún animal y ninguna planta es capaz de fabricar la vitamina B12. Sólo la fabrican las bacterias. Los animales

herbívoros obtienen la vitamina necesaria para vivir de las bacterias y los insectos que comen sin darse cuenta junto

con los vegetales. Lo mismo ocurre con algunas sociedades tradicionales, que pese a ser casi exclusivamente

vegetarianas, no suelen tener problemas con la B12.

Pero nosotros lavamos bien la verdura antes de comérsola, y conviene que lo sigamos haciendo, para evitar

infecciones. Y cuando el arroz o los garbanzos tienen bichos, los rechazamos.

Las plantas no contienen vitamina B12. Ninguna. La carne, pescado, leche y huevos sí que contienen vitamina

B12. El yogur y algunos quesos tienen aún más vitamina B12 que la leche, porque tienen bacterias.

En España, los únicos alimentos de amplio consumo que suelen estar enriquecidos con vitamina B12 son los

cereales para el desayuno; compruébelo en la etiqueta, donde también verá cuántos gramos de cereales necesitaría

para cubrir las necesidades diarias. La jalea real, el tofu, el miso o el tempeh no llevan vitamina B12, tampoco la

levadura de cerveza, a no ser que esté enriquecida, es decir, que le hayan añadido la vitamina en la fábrica (en

España sólo hay una marca).

El alga Spirulina no contiene vitamina B12, por mucho que los que la venden digan que sí. Lo que contiene es

una molécula tan parecida que da positivo en los análisis, pero que no tiene efecto sobre el organismo. Peor aún, se

sospecha que esa molécula podría bloquear los receptores de las células, e impedir que actúe la vitamina de verdad.

Puesto que la vitamina B12 es muy importante, nuestro organismo ha desarrollado métodos muy perfeccionados

para conservarla. Una persona sana suele tener reservas de B12 para tres o cuatro años. No necesita comer carne

cada día, sólo de vez en cuando. Un vegetariano estricto que no tome ningún suplemento de vitamina B12 tardará

varios años en enfermar.

Los vegetarianos estrictos, y también aquellos ovolactovegetarianos que consuman pocos huevos y poca leche,

deben tomar toda su vida suplementos de vitamina B12. Todos, tanto hombres como mujeres. La mayoría de los

vegetarianos lo saben, y los toman.

Cuando se toma mucha vitamina B12 de golpe, el organismo no sabe qué hacer con ella, y se absorbe peor. Por

tanto, la cantidad necesaria depende de la frecuencia con que la tome:

- Si toma alimentos artificialmente enriquecidos con B12, basta con tres a cinco ug (microgramos).

- Si toma cada día un suplemento en pastillas, entre 10 y 100 ug. Las pastillas se han de masticar bien para que

la absorción sea buena, o bien se han de absorber por vía sublingual (dejando que se disuelvan en la boca como un caramelo).

- Si lo toma una vez por semana, 2.000 ug

- Si lleva meses o años sin tomar B12, necesitará recargar primero los depósitos, tomando 2.000 ug al día durante

quince días, y luego continuar con la dosis normal, diaria o semanal.

La falta de vitamina B12 produce anemia megaloblástica, así llamada porque hay pocos glóbulos rojos, pero muy

grandes (al contrario que en la anemia por falta de hierro, en que los glóbulos rojos son pequeños). Pero también

puede producir problemas neurológicos y coma. Estos problemas son más frecuentes en niños pequeños.

En Europa y Estados Unidos han muerto niños por falta de vitamina B12, hijos de madres veganas o

macrobióticas. Normalmente, los niños nacen con reservas que les duran meses o años; pero si la madre ya tenía

déficit de B12, el niño nace sin reservas y ya enfermo. La leche materna normalmente es muy rica en vitamina B12;

pero, claro, si la madre no tiene... de donde no hay, no sale.

Si usted es vegana y toma habitualmente suplementos de B12, ningún problema.

Su hijo nacerá con reservas, y su leche tendrá vitamina B12 como la de cualquier madre. Su hijo no necesita

tomar vitamina, puesto que ya toma el pecho.

Si usted es vegana, pero no toma B 12, y se entera durante el embarazo, tome ahora mismo 2.000 mg al día

durante quince días, y a partir de siga tomando suplementos regularmente. Si todavía faltan varias semanas para el

parto, su hijo tendrá tiempo de empaparse y nacerá con reservas, no hay que preocuparse por él.

Si empieza a tomar vitamina B12 poco antes del parto, o después del parto, su hijo no tendrá reservas, y puede

que ya esté enfermo. Ha darle una dosis masiva de B12. Luego, si usted sigue tornando la podrá tomar el pecho

normalmente, sin más suplementos.

Recuerde que, si lleva años siendo vegetariana estricta, necesita masiva de vitamina ahora mismo. Incluso si

decide dejar el vegetarianismo y volver a comer carne, tardaría meses en recuperarse del todo.

Y si es ovolactovegetariana? ¿Cuánta leche y cuántos huevos son suficientes?

Harían falta unos tres vasos de leche al día, o bien unos cuatro huevos. Con un vaso de leche y un huevo al día,

más algún yogur y algún cereal de desayuno probablemente tiene suficiente. Si consume más vale que tome

suplementos, sobre todo durante el embarazo y la lactancia.

La vitamina B 12 www.unionvegetariana.org/b12.html

Neurologic impairment in children associated with maternal dietary deficiency cobalamin-Georgia, 2001. MMWR

Morb Mortal Wkly Rep 2003;52:61-4

wmcdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5204a1.htm

Vitaminas y minerales

Solo hay dos suplementos que deben tomar las madres lactantes: yodo y, en el caso de vegetarianas estrictas,

vitamina B12.

Yodo

El yodo es parte fundamental de tiroxina, la hormona fabricada por el tiroides y que regula nuestro metabolismo.

Gran parte de la corteza terrestre es pobre en yodo, porque millones de años de lluvia lo han disuelto y lo han

arrastrado hacia el mar. En consecuencia, las plantas y los animales terrestres (incluyendo el pescado de río) tienen

poco yodo. El pescado marino, en cambio, es rico en yodo.

Estábamos acostumbrados a pensar que la falta de yodo sólo afectaba, hace un siglo, a los habitantes de zonas

montañosas aisladas, como Las Hurdes, donde no llegaba el pescado. En aquellas zonas eran frecuentes el bocio

(un bulto en el cuello que es el tiroides hipertrofiado para intentar aprovechar cualquier migaja de yodo que

encuentre) y el cretinismo (retraso mental grave por falta de hormona tiroidea durante la infancia).

Pero aquello no era más que la punta del iceberg. En años recientes, diversos estudios han demostrado que en

toda España, incluyendo las zonas costeras un importante porcentaje de la población (alrededor de un tercio tiene

déficit de yodo; y eso incluye a los adultos, a los niños, a las embarazadas...
Un déficit leve, pero que probablemente

contribuye a algunos casos de retraso escolar. Y que también produce muchos casos de bocio del tiroides que se han

visto obligados a crecer y que están por ello al borde del colapso. Muchos problemas de tiroides en los adultos son

debidos a haber sufrido déficit de yodo durante la infancia.

Para evitarlo hay que consumir siempre sal yodada. Siempre, toda la vida, niños y adultos. No compre sal que no

sea yodada (en algunos países, la sal sin yodo sólo se puede comprar en la farmacia y con receta, para los rarísimos

casos en que el yodo está contraindicado, como algunas tiroiditis). La sal marina no tiene yodo, a no ser que en el

envase ponga sal marina yodada.

Pero durante el embarazo y la lactancia, la mujer necesita más yodo del habitual. Trescientos microgramos, en

vez de los cien habituales. Incluso tomando sal yodada es difícil alcanzar esas cantidades. Por eso se recomienda

que, durante el embarazo y la lactancia, todas las mujeres tomen un suplemento de 100 a 200 microgramos de yodo

al día.

Como con otras muchas medidas de salud pública, se trata a toda la población cuando en realidad dos tercios de

las embarazadas no lo necesitarían. Pero saber exactamente quién necesita yodo y quién no requeriría análisis

molestos y costosos, mientras que el suplemento de yodo es barato y completamente inocuo. Aunque usted tenga

yodo de sobra, una pastillita más no le hace ningún daño. Por eso es mejor que lo tomen todas.

Aunque el Ministerio de Sanidad español recomienda este suplemento de yodo desde el año 2004, es posible

que algunos médicos todavía no lo sepan. Puede que incluso algún médico le diga que no es necesario, que no hay

que tomar yodo. Eso es porque los médicos españoles solemos estudiar con libros norteamericanos traducidos. Y en

Norteamérica hace muchos años que toda la sal, y también otros alimentos, están enriquecidos con yodo. Allí no

tienen problemas de déficit de yodo, porque toda la población está ya tomando suplementos, aunque no lo sepan. Por

eso en sus libros de medicina (o en sus páginas de Internet) no hablan de dar suplementos a las albarazadas.

Morreale de Escobar G. El yodo durante la gestación, lactancia y primera infancia. Cantidades mínimas y

máximas: de microgramos a gramos. An Es Pediatr 2000;53:1-5

<http://db.cloyrna.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=11050>

Domínguez I, Reviriego S, Rojo-Martínez G, Valdés MJ, Carrasco R, Coronas I y cols. Déficit de yodo y función

tiroidea en una población de mujeres embarazadas sanas. Med Clin (Barc) 2004;122:449-53

<http://c1b.cloyrna.es/cgi-bin/wc1bcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piclent=13059996> Dunn JT, Delange E

Damaged Reproduction: The Most Important Consequence of Iodine Deficiency. J Clin Endocrinol Metab

2001;86:2360-3

<http://icemenclojournals.org/cgi/content/full/86/8/2360>

Zimmernann Delange E Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendations.

ELI J Clin Nutr 2004;58:979-84

Vitamina B12

Véase la sección anterior sobre la dieta vegetariana estricta.

Hierro

Al contrario que las necesidades de yodo, que se triplican durante la lactancia, las necesidades de hierro se

reducen a la mitad. La principal causa de anemia en las mujeres es la pérdida repetida de sangre con la

menstruación; durante buena parte de la lactancia no tendrá la regla, y por tanto ahorrará hierro.

Así, si usted no necesitaba tomar pastillas de hierro antes del embarazo, mucho menos las va a necesitar dando

el pecho.

Si se le cae el pelo no es por falta de hierro, sino por otros motivos (véase pág. 286).

Si tiene anemia no sólo puede seguir dando el pecho, sino que le conviene dar el pecho. Dando el pecho, la

anemia se cura antes. Por supuesto, si tiene anemia, sí que tendrá que tomar

pastillas de hierro, la cantidad que le indique su médico.

Calcio

Las necesidades de calcio no aumentan durante la lactancia. La ingesta recomendada de calcio es la misma para

cualquier mujer, tanto si da el pecho como si no. O necesita suplementos toda la vida, o no los necesita nunca.

Durante los primeros seis meses de lactancia, más o menos, todas las mujeres pierden calcio, alrededor del 5%

del calcio de sus huesos. Se ha comprobado mediante densitometría ósea, una prueba que mide la cantidad de calcio

en los huesos. Por mucho que tome alimentos ricos en calcio, o pastillas de calcio, sigue perdiendo calcio de los

huesos. Las pastillas de calcio sólo sirven para aumentar la cantidad que se elimina en las heces y en la orina. Esta

descalcificación de los huesos no se debe, pues, a falta de calcio en la dieta, ni a pérdida de calcio con la leche. Se

debe a un cambio en el equilibrio hormonal y en el metabolismo de la madre.

A partir de los seis meses de lactancia, más o menos, todas las mujeres recuperan el calcio de sus huesos. Esta

recalcificación no depende de la ingesta de calcio; no hace falta tomar pastillas ni suplementos. Con una dieta normal,

no muy rica en calcio, es suficiente. Las mujeres que llevan un año dando el pecho tienen más o menos la misma

cantidad de calcio en sus huesos que las que no han dado el pecho. No

sabemos muy bien qué ocurre después del

año, pero lo cierto es que, a largo plazo, la lactancia materna previene la osteoporosis (aunque todavía muchos

vecinos e incluso algún médico se lo digan justo al revés, por ignorancia).

A largo plazo, el efecto es dudoso: algunos estudios encuentran que las mujeres que dieron más tiempo el pecho

tienen más calcio en los huesos; otros, que tienen menos, y otros, que igual. Pero donde los estudios son

prácticamente unánimes es al comparar el riesgo de fractura. Esto se hace con estudios de casos y controles: los

médicos buscan en los hospitales ancianas con fracturas debidas a osteoporosis (fracturas de húmero,

aplastamientos vertebrales, sobre todo la temida fractura de fémur...) y las comparan con otras mujeres de su misma

edad que no hayan sufrido una fractura. Las mujeres sin fracturas habían dado el pecho más tiempo.

Es curioso que dar de mamar mucho tiempo no proteja tanto contra la osteoporosis, como contra las fracturas por

osteoporosis (que es el verdadero problema; la osteoporosis no tendría ninguna importancia si no fuera porque

aumenta el riesgo de tener fracturas). Al parecer, el riesgo de fractura no depende sólo de la cantidad de calcio en el

hueso, sino de la manera en que esté colocado, de la estructura de las trabéculas (las columnas microscópicas de

mineral que conforman el hueso). Es como la estructura de un puente: no basta con poner mucho acero de cualquier

manera, hace falta un ingeniero que decida dónde ha de ir cada viga. A lo mejor el hecho de que, en cada lactancia,

una pequeña parte de los huesos se disuelva y se vuelva a formar es una manera de remozar la estructura,

cambiando las vigas estropeadas por otras nuevas.

Recapitulando: dar el pecho no debilita los huesos, sino que los fortalece. Y cuanto más tiempo, mejor. Dar el

pecho dos años o tres no es un desgaste para la madre, sino todo lo contrario.

Y si se suceden muy seguidos los embarazos y las lactancias, ¿no acabará eso perjudicando a los huesos? Pues

no. Se ha comprobado que, aunque la madre vuelva a quedarse embarazada antes de dieciocho meses del embarazo

anterior, el calcio de los huesos se recupera igual.

La ingesta dietética de referencia (lo que antes se llamaba cantidad diaria recomendada) de calcio es

exactamente la misma para mujeres que dan el pecho o que no lo dan. Ningún experto dice que haya que tomar más

calcio durante la lactancia que en otros momentos de la vida. Por tanto, es absurdo insistir en que la madre que lacta

tome más leche, o más alimentos ricos en calcio, o pastillas de calcio.

Si usted no torna leche, no se preocupe. La mayor parte de las mujeres del mundo no toman leche (pág. 161).

Otros muchos alimentos son ricos en calcio: las verduras de hoja verde, el brécol, los pescaditos que se comen con

espinas... Las leonas, que sólo comen carne, tienen esqueleto, y se quedan

embarazadas y dan el pecho. Lo mismo

que las ciervas, que sólo comen hierba, o las hembras de murciélago, que sólo comen mosquitos. Habría que tomar

una dieta realmente muy rara para que a uno le faltase el calcio; y si fuera así, no habría que cambiar de dieta (o tomar

suplementos) sólo durante la lactancia, sino durante toda la vida.

Si le duele la espalda, o las piernas, o se siente cansada, no es por falta de calcio, no es por culpa de dar el

pecho, no va a mejorar destetando al niño.

La osteoporosis no duele a no ser que se produzca una fractura; el dolor de espalda que tienen algunas ancianas

se debe a aplastamientos vertebrales. Y para eso hay que tener una osteoporosis muy grave; es imposible que ese

5% que se pierde al comienzo de la lactancia provoque una fractura. Sus dolores y molestias pueden deberse a otras

causas; algunas relacionadas con la maternidad (el trabajo de la casa, el esfuerzo de llevar peso, la falta de sueño...)

y otras no.

Sowers M; Randolph J; Shapiro B; Jannausch M. A prospective study of bone density and pregnancy after an

extended period of lactation with bone loss.

Obstet Gynecol 1995;85:285-9

Melton LJ 3rd, Bryant SC, Wahner HW, O'Fallon WM, Malkasian GD, Judd HL, Riggs BL Influence of

breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. Osteoporos Int. 1993;3:76-83

Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly

women. Int J Epidemiol 1993;22:684-91

Prentice A. Maternal calcium metabolism and bone mineral status. Am J Clin Nutr. 2000;71:13125-6S

<http://vwmajcn.org/cgi/content/ful1/71/5/13125>

Cuánto beber

Lógicamente, la madre que da el pecho necesita más agua. Por eso tiene más sed, y bebe más. Pero no tiene

que forzarse a beber una cantidad determinada; automáticamente beberá usted todo lo que necesite, como cualquier

persona sana. Cuando, además de dar el pecho, haga ejercicio físico y el día sea caluroso, tendrá aún más sed.

A veces se recomienda a las madres beber mucha agua para tener más leche. Por supuesto, no funciona. Los

ganaderos llevan siglos intentándolo, hacer que las vacas beban más, pero no sale más leche. Sólo funciona cuando

se hace al revés: primero se ordeña a la vaca, y luego se añade agua a la leche, entonces sí que hay más. Antes de

que diga aquello de «pero las mujeres no somos vacas», sepa que se han hecho experimentos científicos con

mujeres, bebiendo varios litros de agua al día durante semanas, y la cantidad de leche no aumentó.

En algunas zonas existe la creencia popular de que, si la Madre bebe agua justo en el momento en que el niño

está mamando, el agua va directamente, por algún conducto que los científicos aún no han descubierto, de la boca al

pecho, y el bebé toma agua en vez de leche. Es falso, por supuesto. Y es un error que puede resultar incómodo,

porque la hormona oxitocina produce sed, y las madres suelen sentir sed precisamente mientras el niño mama (lo

mismo que durante el parto). Puede usted beber toda el agua que quiera durante la toma.

Prevención de la alergia

La lactancia materna disminuye el riesgo de varias enfermedades atópicas.

La Academia Americana de Pediatría sugiere que, si existe una fuerte historia familiar de atopia (alergia), la

madre deje de tomar leche, huevos, pescado y frutos secos durante la lactancia. Pero no hay pruebas claras de que

eso disminuya realmente el riesgo de alergia.

En un estudio, las madres dejaron de tomar leche y huevos, pero no se observó ninguna ventaja.

En otro estudio, las madres se abstuvieron de leche, huevos y pescado durante los tres primeros meses. Sus

hijos tuvieron menos dermatitis atópica durante los primeros seis meses (11% frente a 28%), pero la diferencia era

menor a los cuatro años, y a los diez años no había ninguna diferencia.

Tampoco disminuyeron otros tipos de alergia.

¿Vale la pena hacer una dieta tan restrictiva para reducir (tal vez) la incidencia de dermatitis durante unos meses?

Sólo usted puede decidirlo. Eso sí, piense primero que una dieta sin leche y sin huevos resulta muy difícil de seguir

(cuántas recetas de cocina o cuántos productos preparados llevan leche o huevo entre sus ingredientes: galletas,

magdalenas, canalones, rebozados, pizza...). Hacer la dieta a medias probablemente no sirve para nada.

Zeiger Food Allergen Avoidance in the Prevention of Food Allergy in Infants and Children. Pediatrics

2003;111:1662-71

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/6/52/1662>

Adelgazar

Una de las ventajas atribuidas a la lactancia materna es que la madre adelgaza. Eso es cierto, pero a veces se

crean expectativas desmesuradas, seguidas de una cierta decepción.

El aumento de peso durante el embarazo consta de varios apartados: el peso del bebé, el de la placenta, el

líquido amniótico, el aumento del tamaño del útero, el aumento del volumen sanguíneo... y un poco de grasa

almacenada para usarla durante la lactancia. La naturaleza ha previsto que a la madre le va a resultar más difícil cazar

y recolectar, o lo que hicieran nuestras antepasadas para ganarse las lentejas, llevando al bebé en brazos todo el

rato. Lógicamente, la madre que no da el pecho va a tener ciertas dificultades

para deshacerse de esa grasa

innecesaria. Tendrá que fundirla en un gimnasio.

Dar el pecho, en cambio, se puede hacer cómodamente sentada en un sillón. Es como una liposucción natural.

En efecto, se ha visto que las madres que lactan pierden como medio kilo al mes durante los primeros seis

meses. Pero, atención, muchas madres no empiezan a perder peso hasta después de tres meses de lactancia. No

piense que será coser y cantar.

Si el aumento durante el embarazo fue muy grande, no bastara con dar el pecho para volver a la normalidad.

Tendrá que hacer ejercicio y controlar su dieta.

Por supuesto, no es buena idea hacer durante la lactancia (ni en ningún otro momento de la vida) dietas

absurdas, desequilibradas y milagrosas, saltarse comidas, intentar vivir una semana a base de pomelo o pretender

perder cinco kilos antes del lunes. Pero se ha demostrado que una dieta controlada y equilibrada, para perder cinco

kilos en diez semanas, no afecta para nada a la cantidad ni a la composición de la leche. El niño sigue engordando

mientras la madre adelgaza.

Algunos han avisado del peligro teórico de que, al adelgazar durante la lactancia, los pesticidas que la madre

tiene almacenados en la grasa corporal (todos tenemos pesticidas, es la triste verdad) pasen a la leche y contaminen

al niño. Pero eso no ocurre. En un estudio se comprobó que los niveles de pesticidas en la leche no aumentan cuando

la madre adelgaza.

Lo mismo que en cualquier otra época de la vida, si quiere que el adelgazamiento se mantenga es importante que

haga ejercicio además de dieta.

Cuando sólo se hace dieta, se pierde masa muscular. Con dieta y ejercicio, la masa muscular se mantiene (o

incluso aumenta) y se pierde grasa. Pero perder masa muscular no es bueno, y el organismo tiende a recuperarla en

cuanto puede. Además, el tejido muscular es muy activo, quema calorías incluso, cuando está quieto, mientras que el

tejido graso es inactivo y no consume. Por todo ello, los que adelgazan con dieta pero sin hacer ejercicio suelen

volver a engordar rápidamente.

Después de un parto, conviene empezar con una buena gimnasia posparto. Su comadrona podrá aconsejarle

ejercicios para el suelo pélvico. Fortalecer los abdominales antes que el suelo pélvico puede agravar las molestias

(como la pérdida de orina).

Lovelady CA, Whitehead L, McCroiy MA, Nommsen-Rivers LA, Mabury S, Dewey Weight change during

lactation does not alter the concentrations of chlorinated organic contaminants in breast milk of women with low

exposure. J

Hum Lact 1999;15:307-15

McCroi MA, Nornrsen-Rivers LA, Mole PA, Lonnerdal B, Dewey KG.
Randomized trial of the short-term effects

of dieting compared with dieting plus aerobic exercise on lactation
performance. Am J Clin Nutr 1999;69:959-67

www.ajcn.org/cgi/content/ful1/69/5/959

Capítulo 10 - La vuelta al trabajo

Se pueden hacer muchas cosas cuando llega el momento de volver a trabajar.
Y no se puede decir de forma

absoluta que unas sean mejores que otras, porque hay muchos factores a tener
en cuenta. Todos queremos lo mejor

para el bebé, claro; pero también lo mejor para la madre, para toda la familia,
para la economía doméstica... Nadie

puede decidir por usted, porque nadie conoce sus circunstancias.

Por eso es útil asistir a un grupo de apoyo a la lactancia (pág. 75), y también
hablar con otras madres fuera del

grupo. Pregúnteles qué hicieron, qué resultado les dio, qué harían ahora si
pudieran volver atrás. Medite, háblelo con

su esposo, y tome una decisión.

Cuestiones prácticas

El permiso de maternidad

De momento, en España, es de sólo dieciséis semanas. Que se amplían a
dieciocho en caso de gemelos y a

veinte en caso de trillizos (tampoco les hubiera costado tanto poner dieciséis

semanas por niño y ya está, que ni hay

tantos gemelos ni la gente los tiene a propósito para no trabajar).

Si ha estado de baja durante el embarazo por motivos médicos, sigue teniendo dieciséis semanas después del

parto.

La ley permite que hasta diez de las dieciséis semanas de permiso las emplee el padre en vez de la madre. Salvo

en circunstancias excepcionales, no creo que eso pueda favorecer la lactancia ni ser lo mejor para el bebé.

La hora de lactancia

Hasta los nueve meses tiene derecho a una hora diaria de reducción, con sueldo completo. Puede ser un periodo

de una hora, o dos periodos de media hora.

Aunque se le llama de lactancia, no es necesario estar dando el pecho; la madre que da el biberón tiene el mismo

derecho. También puede optar por entrar a trabajar más tarde o por salir más pronto, pero en ese caso, por motivos

que nadie me ha podido explicar, ya no es una hora, sino sólo media. Como una hora de ausencia en medio de la

jornada suele ser más molesta para el empresario que entrar más tarde o salir más pronto, si a usted también le

conviene más esto último es probable que pueda negociar: «Si me concede la hora entera, me voy una hora antes. Si

no, cogeré la hora de lactancia de once a doce, cuando hay más trabajo, para fastidiar» (eso es lo que usted estará

pensando, y lo que su empresario pensará que está usted pensando. Por supuesto, conviene expresarlo de forma

más diplomática).

Tiene derecho a elegir el momento más oportuno para su hora de lactancia; una maestra a la que quisieron

obligar a aprovechar los recreos acudió a los tribunales y ganó. En otra sentencia, una doctora obtuvo el

reconocimiento de que la hora de lactancia corresponde a una jornada de ocho horas, y en una guardia de

veinticuatro horas se tiene derecho a tres horas de lactancia.

La hora de lactancia, a veces unida a la pausa para el bocadillo, se puede aprovechar de varias maneras. Si

trabaja cerca, puede ir a casa a dar el pecho. Si trabaja lejos, puede buscar una guardería que esté cerca de su

empleo, y no cerca de su casa; así podrá dar el pecho en el autobús al ir y al volver, y pasará menos tiempo separada

de su hijo. También puede quedar con la abuela u otra persona que cuide a su hijo para encontrarse a cierta hora en

un parque o una cafetería junto a su trabajo; así puede aprovechar para descansar y charlar con su madre mientras da

el pecho... o bien su madre puede aprovechar para hacer sus compras mientras usted da el pecho. Otras madres usan

la hora de lactancia para sacarse leche.

También es posible acumular las horas de lactancia, cambiándolas por cuatro semanas más de permiso de

maternidad.

Reducción de jornada

Hasta que el niño cumpla los seis años, tanto el padre como la madre (o ambos a la vez) pueden pedir una

reducción de entre un tercio y un medio de la jornada laboral (con la correspondiente reducción del salario). Usted

tiene derecho a decidir cómo organiza la jornada; algunas madres prefieren trabajar dos o tres horas menos cada día,

otras prefieren faltar un día de la semana (por ejemplo, el día que nadie más puede quedarse con el niño).

Recuerde que no es un favor que le hacen, sino un derecho, y que lo está pagando muy caro, perdiendo una

parte de su sueldo. Se supone que, con lo que le deja de pagar a usted, el empresario puede pagar a un sustituto que

trabaje esas horas. Por tanto, no los está dejando colgados, y no tiene que esforzarse para acabar en seis horas el

trabajo de ocho. La reducción nene que afectar también al tiempo de trabajo efectivo, no pueden suprimirle sólo las

horas de formación, reuniones de coordinación o tiempos de descanso.

Excedencia sin sueldo

El padre o la madre o ambos pueden solicitar un permiso sin sueldo de duración variable, hasta la edad de tres

años. Durante el primer año le tienen que reservar su puesto y turno de trabajo; a partir de ahí, dependerá de la

benevolencia de sus jefes, que si desean fastidiarla sin duda encontrarán la

manera.

No hay necesidad de fijar con antelación la duración del permiso. Simplemente, cuando quiera volver al trabajo

tiene que avisar con dos semanas de antelación.

Desde luego, eso de no cobrar es un gran inconveniente. A veces insalvable.

Pero no lo vea como un dinero perdido, sino como un dinero gastado. Mucha gente se gasta un mes de sueldo en

irse de vacaciones, o quince meses de sueldo en comprarse un coche, o 200 meses de sueldo en comprarse un piso.

¿Qué tal gastarse dos, diez, o veinte meses de sueldo en cuidar a su hijo? Al fin y al cabo, es una o dos veces en la

vida, muy pocos españoles tienen ya el tercer hijo.

Un análisis económico completo también ha de tener en cuenta otros factores.

Además de tiempo para estar con su hijo, está comprando también otras cosas.

Tiempo para usted misma, para la familia, para los amigos; tiempo para leer, para pasear, para pensar, para

vivir... («Poco voy a leer con un niño pequeño», estará pensando. Pues es verdad, poco. Pero menos todavía iba a

leer trabajando ocho horas, y luego cuidando a su hijo en los ratos libres.) Compra la tranquilidad de ver a su hijo,

frente a las preocupaciones de tenerlo lejos («¿Qué estará haciendo ahora? ¿Llorará mucho? ¿Habrán vuelto a

vomitarse? Tenía que haberle puesto el termómetro esta mañana...»). Compra, en muchos casos, la salud mental (o,

como se decía antes, la paz de espíritu) de perder de vista el trabajo, los jefes, los compañeros, las envidias, los

objetivos evaluables, las horas extras, las malas caras cada vez que falta un día porque su hijo está malito... Y junto a

los ingresos disminuyen los gastos: guardería, canguro, transportes, comidas (la diferencia entre comer cada día de

restaurante o cocinar en casa)...

Sería magnífico que todos los niños (tanto si toman el pecho como si toman el biberón) pudieran estar con sus

padres hasta más o menos los tres años. Es la edad (por supuesto, variable) a la que los niños suelen dejar de llorar

cuando se separan de sus padres, y empiezan a ir contentos a la escuela. Y, antes de que se enfaden las feministas,

obsérvese que no he dicho con su madre, sino con sus padres. No estoy sugiriendo que la madre deje de trabajar

durante tres años. También el padre tiene derecho a librarse de la tiranía del trabajo y a disfrutar de sus hijos. A partir

del año o año y medio (incluso antes, con un poco de suerte), los niños se quedan bastante a gusto con su padre. La

lactancia materna deja de ser un problema cuando el bebé empieza a comer otras cosas. Muchas familias se turnan,

la madre coge un año de permiso sin sueldo, y luego el padre coge otro año (o más, o menos, según las posibilidades

económicas). No es lo mismo un año cada uno que dos meses cada uno.

Durante los primeros nueve o doce meses,

los bebés necesitan muchísimo a su madre.

Luego, hasta los tres años o así, necesitan muchísimo a cualquiera de los dos, madre o padre. Y luego, entre los

tres y los treinta años, siguen necesitando a cualquiera de los dos, pero ya no muchísimo, sino sólo mucho.

Si su economía no le permite tres años, ni uno, ni medio, sin cobrar, piense si al menos puede permitirse uno o

dos meses. Los cuatro meses de baja maternal se quedan realmente un poco cortos, porque se supone que el bebé

no toma papillas hasta los seis meses. Con un niño que toma papillas, todo es más sencillo; ya no hace falta sacarse

leche, dejarla en la nevera, volverla a calentar... cuando la madre no esté, puede comer arroz, plátano, pollo...

Llevar al niño al Trabajo

En España tenemos una ley pomposamente titulada «de conciliación de la vida familiar y laboral». Pero por más

que me la leo del derecho y del revés, no veo la conciliación por ninguna parte. Básicamente te dan a elegir: o vida

familiar o vida laboral. Si optas por la vida familiar, puedes cogerte un permiso sin sueldo; si optas por la vida laboral,

puedes llevar al niño a una guardería.

Conciliar entiendo yo que sería poder hacer las dos cosas a la vez. Como se ha hecho a lo largo de toda la

historia de la humanidad. Porque nos engañaríamos pensando que el trabajo de la mujer es un fenómeno nuevo; las

mujeres han trabajado desde siempre.

9 Sí -dirá alguno-, se ocupaban de las tareas domésticas, pero no trabajaban fuera de casa, con un trabajo

remunerado.» Bueno, es que trabajar fuera de casa con un trabajo remunerado sí que es un fenómeno relativamente

nuevo. Con la revolución industrial, el marido iba a trabajar a la fábrica o a la oficina, y la mujer se quedaba en casa

limpiando y cocinando. Pero antes, durante siglos, los campesinos y los artesanos han trabajado en su casa o al lado

de su casa, y la diferencia entre las tareas masculinas y femeninas estaba bastante difuminada. Ni la madre ni el

padre se separaban de sus hijos para ir a trabajar. Hace apenas dos siglos que los padres fueron mayoritariamente

arrebataados de los hogares; hace apenas medio siglo que nuestro sistema de producción abdujo también a la madre

para dejar al niño en una guardería.

Todavía hoy, en gran parte del mundo, una madre puede labrar un campo, caminar kilómetros con una carga de

agua o de leña, vender (o comprar) en un mercado, tejer o cocinar, con su hijo a la espalda. Por supuesto, una mujer

cava más despacio cuando lleva a su hijo a cuestas, y tiene que hacer frecuentes pausas para atenderle. Su

productividad disminuye. Pero eso no es un problema en muchas sociedades, porque tienen bien clara la lista de

prioridades: al niño se le atiende al 100%, y de trabajo se hace lo que se puede. En cambio, el lema de nuestra

sociedad parece ser: en el trabajo se rinde al 100%, y al niño se le atiende

como se puede.

Podemos volver a cambiar. Es más, estoy bastante seguro de que cambiaremos.

Nuestra actual organización económica es demasiado estresante, choca demasiado con nuestras necesidades

biológicas. Por supuesto, hay muchos puestos de trabajo en los que sería peligroso o inviable llevar a un bebé. Pero

en muchos otros los niños están prohibidos por la costumbre, no por ningún motivo racional. Algún día la

repcionista del hotel, la funcionaria de hacienda, la taquillera del cine o la agente de viajes nos atenderán con un

bebé en brazos.

Decirle a una madre: «Aquí puede entrar, pero sin su bebé» será tan absurdo como decirle a una embarazada:

«Aquí puede entrar, pero sin su útero». Algún día nuestros nietos se asombrarán de ver en las películas antiguas que

la gente iba a muchos sitios sin sus hijos. Y sólo será el primer paso, porque algún día también a los padres nos será

concedido el conciliar, de verdad, nuestro trabajo y nuestra vida. Algún día los niños corretearán por las oficinas y por

los comercios, como antaño correteaban por los campos y por los talleres de los artesanos.

¿Quién cuidará a mi hijo?

Tanto si es la jornada entera como reducida, tanto si es a los cuatro meses como a los veinte, alguien tendrá que

cuidar de su hijo cuando se separe de él. Es una decisión muy importante. Mucho más importante, por ejemplo, que la elección de escuela para un niño mayor.

En primer lugar, las necesidades afectivas de los bebés y niños pequeños son mucho mayores. No basta con una

persona que cuide o vigile al niño; el bebé tiene que establecer un fuerte vínculo afectivo con su cuidador. En

segundo lugar, la confianza que deposita en ese cuidador es mucho mayor, porque sus posibilidades de supervisarle

o controlarlo son mucho menores. Un niño de seis años puede contarle que le han pegado; uno de dos años no

puede.

Creo que todos los padres estaríamos de acuerdo en que nuestros hijos son nuestro mayor tesoro. Actúe en

consecuencia. ¿Le dejaría a esa persona las llaves de su coche, o de su piso? ¿Le entregaría su tarjeta de crédito y le

diría su número secreto? Si no es así, ¿cómo se atreve a confiarle a su hijo?

Lo ideal, por supuesto, es que el padre se ocupe del niño mientras la madre está ausente. Si el padre se involucra

decididamente en el cuidado de su hijo desde el principio (si le dedica tiempo y atención), la relación puede ser tan

fuerte que el bebé lo aceptará como sustituto de la madre a todos los efectos.

Es decir, que no va a llorar ni a angustiarse por la ausencia temporal de su madre. Algunos matrimonios

consiguen, trabajando con distintos horarios y tal vez con alguna reducción de

jornada, turnarse en el cuidado de sus

hijos.

Otros familiares (generalmente las abuelas) constituyen la siguiente mejor opción. Son personas de su plena

confianza, a las que el bebé probablemente ya conoce, con experiencia probada en la materia (usted es la prueba de

que la abuela no lo hizo tan mal...). Además, son familiares para toda la vida; el vínculo afectivo que su hijo establece

con ellas se mantendrá para siempre, no van a desaparecer de su vida como el personal de una guardería.

Algunas madres dudan en recurrir a las abuelas por temor a estar abusando.

Desde luego, los abusos existen. Algunas abuelas están auténticamente explotadas. ¿Desea ella atender a su

hijo; no tendrá que renunciar por ello a otras aficiones, o descuidar otras obligaciones? ¿Su edad y su estado de salud

le permiten realmente hacerse cargo? En un extremo hay abuelas explotadas; en el otro, abuelas deseosas de cuidar

a un nieto, que disfrutarían haciéndolo, que se sentirían más alegres, más útiles, más vivas... y niños que acaban en la

guardería por un exceso de escrúpulos, por no aparecer aprovechados, por no quedar mal en relación con otros

hermanos. Tal vez se sentiría mejor si el dinero que hubiera gastado en guardería se lo paga a la abuela; así no se

está aprovechando, y al mismo tiempo la ayuda económicamente sin ofenderla (algunas pensiones son tan

escasas...). Claro que en otras familias la ofensa sería ofrecer o aceptar dinero; estas cosas del orgullo son muy

variables.

Otro presunto inconveniente de las abuelas es el mito de que malcrían a los niños y se lo consienten todo. No

haga ningún caso. Ninguna abuela (ninguna madre, ningún padre) puede consentirlo todo. Claro que no permitirán

que su nieto prenda fuego a la casa, se tire por la ventana o juegue con un cuchillo.

Tampoco permitirán que rompa jarrones, pinte las paredes o destruya los libros. ¿A qué se refieren entonces los

que hablan de consentir y malcriar? ¿A que la abuela va a prestar demasiada atención a su nieto, contarle

demasiados cuentos, cantarle demasiadas canciones, jugar con él, sonreírle, hacerle cosquillas...? Pues eso es

precisamente lo que su hijo necesita. Es imposible darle a un bebé demasiada atención, porque necesitan atención

continua.

«Pero si se acostumbra a que estén por él todo el rato, luego nosotros no vamos a poder prestarle tanta atención,

y lo va a pasar mal», dicen algunos padres. Un argumento doblemente erróneo. Primero, ¿cómo que no podrá

prestarle atención? Si el problema es que ambos padres trabajan (por eso lo dejan con la abuela), seguro que estarán

deseando jugar con su hijo cuando lleguen a casa.

Segundo, si de verdad no pudieran prestarle atención por las tardes, pues menos mal que la abuela sí que pudo

hacerlo por la mañana, porque lo único que le faltaría al pobre niño es que nadie le preste atención en todo el día.

Aunque las abuelas son las niñeras más habituales, cada vez hay más abuelos que no se asustan ante un pañal.

Y piense también en otros familiares: una hermana o un primo en paro, una cuñada que está cuidando a su propio

hijo...

A veces, dos o tres amigas se ponen de acuerdo: una se toma un permiso sin sueldo y cuida a los bebés de

todas, mientras las otras trabajan y comparten las ganancias.

En otras ocasiones hay que recurrir a una persona extraña a la familia. Puede ser una guardería, o una niñera

que venga a casa a estar con el niño, o puede llevar al niño a casa de la niñera. Las guarderías tienen la ventaja de

que hay un cierto control oficial, y normalmente son más baratas que una niñera.

Pero el precio favorable se debe a que hay demasiados niños por cuidadora.

La Academia Americana de Pediatría propone, entre otros, los siguientes criterios de calidad para las guarderías:

Menores de doce meses: tres niños por cuidadora. Trece a treinta meses: cuatro niños por cuidadora.

Treinta y uno a treinta y cinco meses: cinco niños por cuidadora. Cuatro o cinco años: ocho niños por cuidadora.

En España, la ley permite ocho bebés menores de un año por cuidadora.
¿Cómo cree que una sola persona

puede cuidar a ocho bebés? ¡Si a usted ya le cuesta cuidar a uno! Sólo en
cambiarles el pañal y darles de comer se

pasa el tiempo, cuando acabas con el último ya le vuelve a tocar al primero. Y
lo más gracioso es que mucha gente

insiste en que lleves al niño a la guardería porque allí lo estimulan o así
espabila. ¡Suerte tendrá si lo sacan de vez en

cuando de la cuna!

Otro de los criterios de calidad que recomienda la AAP es que los padres
puedan observar por sí mismos el

cuidado que se presta a sus hijos. En este sentido, una de las cosas que
siempre me ha sorprendido de las

guarderías es su secretismo. En muy pocas permiten entrar a los padres, ni
siquiera al dejarlo o al recogerlo. Una

amable señorita entra y saca al niño, y los padres se quedan en la calle. ¡Por
favor, que los padres siguen siendo

ustedes, que nene menos de tres años, que no lo han enviado al servicio
militar! Lo normal sería que los padres

podieran entrar en cualquier momento de la mañana, sin previo aviso, y estar
en el aula con su hijo el tiempo que

quisieran. Este elemental derecho se niega con argumentos absurdos: que el
niño se pone nervioso, que interfiere

con el trabajo de la clase... Pues en los hospitales sí que dejan a los padres
entrar y salir cuando quieran, y eso que

allí se hace un trabajo bastante más delicado y el niño tiene más motivos para

ponerse nervioso. Incluso en la UVI

puede entrar la madre, aunque con algunas limitaciones; pero la guardería le está vedada. Y que no vengan con

visiones apocalípticas de ocho padres y ocho madres y dieciséis abuelas compartiendo toda la santa mañana el

limitado espacio con los ocho niños; cuando llevas a tu hijo a la guardería es precisamente porque no puedes estar

con él todo el rato; ¿qué hay de malo en que un día que tengas tiempo pases unos minutos a visitarlo? Ante una

guardería que no deja entrar a los padres siempre me pregunto: ¿qué será lo que no quieren que veamos?

¿Cómo elegir entre varias guarderías? Es importante saber cuántos niños hay por cuidadora, y es más importante

aún saber cómo atenderán a su hijo, y eso en último término depende del carácter de una persona concreta. Visite las

instalaciones, ¿tienen los niños de uno a tres años espacio para moverse y juguetes divertidos, o pretenden tenerlos

sentados trabajando con actividades educativas? Los niños de esa edad no necesitan aprender formas ni colores; lo

que necesitan es atención y cariño. ¿Le parecen amables y cariñosas las señoritas? ¿Puede ir en hora de clase y ver

a los niños y a su cuidadora en acción, aunque sea desde lejos y a través de un cristal? En muchas guarderías llevan

a los niños cada día al parque, puede aprovechar para ver cómo los tratan.

Una niñera se ocupa sólo de su hijo (o tal vez de dos o tres, si deja a su hijo en casa de la niñera), pero resulta

más cara. Algunos ayuntamientos, como el de San Feliú de Guixols (Gerona), promueven este servicio, formando y

supervisando a mujeres que aceptan niños en su casa (

www.memcat.org/quefem/formacio/simposis/03/St.Feliu%20Guixols.doc). En muchos otros casos, la selección y

supervisión les corresponde exclusivamente a los padres, y ésta es una tarea delicada. No dude en hacerse pesada,

en pedir informes y referencias, en hablar con las madres de otros niños a los que haya cuidado. En una guardería

pueden recomendarle a alguna estudiante de puericultura que haya hecho allí sus prácticas.

Es importante que la niñera de su hijo asuma un compromiso a medio plazo, al menos por un año, idealmente

hasta que su hijo entre en la escuela. Por supuesto, pueden surgir imprevistos, y en todo caso no le puede obligar a

quedarse. Pero compruebe que al menos tiene la intención de atender a su hijo durante un tiempo. A un bebé no le

conviene pasar de mano en mano cada pocos meses. Una persona que sólo quiere algo para tres meses, mientras

busca un trabajo mejor, debería cuidar niños mayores, no bebés.

American Academy of Pediatrics Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Quality early

education and child care from birth to kindergarten. *Pediatrics* 2005;115:187-191

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;115/1/187.pdf>

Conocimiento mutuo

Es importante que su hijo conozca con antelación a la persona que lo va a cuidar. Si es la abuela u otra familiar,

normalmente ya la conoce. Pero no siempre, y recuerde que no existe la llamada de la sangre. Si sólo la ha visto de

uvas a peras, la abuela es tan desconocida para su hijo como cualquier otra persona.

Intente conseguir un periodo de transición antes de empezar a trabajar. Si va a contratar a una niñera, contrátela

un par de semanas antes. Si va a llevarlo a la guardería, empiece un par de semanas antes. Pero, ojo, no se trata de

dejarlo media hora con la niñera o en la guardería e irse, y al día siguiente una hora, e ir aumentando. Eso no es más

que un cambio gradual, que puede ser un poco menos malo que un cambio brusco, pero sigue estando muy lejos de

lo ideal. Y para hacerlo gradual ha tenido que adelantar la separación en dos semanas, así que no ha ganado nada.

Se trata de estar los tres juntos, madre, bebé y cuidadora, durante cierto tiempo. Se trata de que usted pueda

pasar unas horas cada día en la guardería con su hijo, o de que la niñera venga unas horas cada día a casa o la

acompañe al parque con su hijo. Ya hay guarderías que permiten entrar a la madre durante este periodo, y es de

esperar que pronto todas se den cuenta de que no sólo pueden permitirlo, sino que les conviene hacerlo.

Cuando el bebé ve a su cuidadora junto a su madre, en cierto modo la clasifica

como amiga de mamá y le

transmite parte de su confianza. Además, como está contento y feliz (porque está con su madre), está más dispuesto a

conocer gente nueva y ambientes nuevos, y la experiencia le resulta agradable. En cambio, el niño al que dejan solo

por vez primera en la guardería se pone a llorar, y es llorando y angustiado como conoce personas y lugares. Les

coge manía. Acaba acostumbrándose, claro, pero le cuesta mucho. En su recuerdo, el comienzo del tole se asocia

para siempre al llanto y al sufrimiento.

Al comenzar el colegio, con tres años, suelen ser precisamente los niños que nunca han ido a la guardería los

que menos lloran. A esa edad, los niños normalmente están preparados para separarse de sus madres durante varias

horas. No están sufriendo en ese momento; pero muchos de los que fueron a la guardería tienen el recuerdo de cómo

sufrieron en otro primer día del año anterior.

Este periodo de transición también le sirve para comprobar si ha acertado en la elección de la niñera. Si observa

algo que no le gusta nada, aún está a tiempo de cambiar.

¿Qué comerá cuando yo no esté?

Las posibilidades son muy variadas. Podrían darle, por ejemplo, biberones de leche artificial. Ojo, no los

menciono en primer lugar porque los considere la mejor opción, sino sólo para que vea que esa posibilidad existe.

Porque he visto a muchas madres destetar antes de volver al trabajo (a veces, destetar un mes antes de volver al

trabajo), porque: «Cuando trabaje, no le podré dar el pecho». Incluso he conocido a alguna madre que no ha dado el

pecho nada, ni un día, porque como iba a trabajar, total, por cuatro meses...

Pues bien, no podrá dar el pecho durante la jornada laboral (hasta que le permitan llevarse al niño al trabajo);

pero sí que podrá dar el pecho el resto del día, y por la noche, y los fines de semana. Si de todas maneras piensa

darle leche artificial, ¿por qué no darle también el pecho por las tardes? Le evitará un disgusto a su hijo (a los niños

no les gusta que mamá se vaya, y tampoco les gusta que les desteten. Destetarles e irse a trabajar es un pato

después de otro). La leche materna le hará más resistente (no resistente del todo, que eso es imposible, pero un poco

más resistente) a los muchos virus que le acechan en la guardería. Usted se sentirá mejor, después de pasar toda la

mañana lejos de su hijo, si al volver a casa puede darle el pecho.

Puede sacarse leche. Como es un poco largo de explicar, lo dejaremos para el siguiente apartado.

Pueden darle otras cosas que no sean leche. Recuerde que la comida alimenta lo mismo a cualquier hora. Lo

digo porque existe una costumbre tan arraigada de dar a los bebés fruta por la tarde y verdura por la noche que

muchas madres se sacan leche y la dejan en la nevera para que la abuela se la dé a su hijo, y luego cuando vuelven

a casa le dan ellas la fruta. Con lo fácil que sería que la abuela le dé fruta, pollo, lentejas, albóndigas y lo que haga

falta, y la madre cuando esté en casa le dé teta y más teta. Por eso le decía antes que unos meses de permiso sin

sueldo son de mucha utilidad; porque a partir de los seis meses el bebé ya puede comer otras cosas, y todo es mucho

más fácil.

Si vuelve a trabajar entre los cuatro y los seis meses, y no quiere, o no puede, o no le resulta práctico sacarse

leche, es mejor adelantar un poco las papillas que darle leche artificial. Porque la leche (y sus derivados, incluyendo

cereales con leche y yogures) es la primera causa de alergia alimentaria en niños pequeños. Es menos peligroso

darle arroz hervido o plátano machacado (he puesto estos dos ejemplos porque son alimentos con bastantes calorías;

si se trata de que el niño pase unas cuantas horas sin pecho, no va a ser a base de verduras hervidas o de manzana,

que son casi todo agua). Hasta los seis meses, los domingos y festivos dele sólo pecho.

Papillas, sólo las imprescindibles.

Y ahora viene lo más divertido. Después de tanto estrujarse el cerebro para ver si el niño comerá esto o aquello o

lo de más allá, tengo que informarla de que lo más probable es que el niño no coma nada.

Los bebés mayorcitos, que ya estaban comiendo una cantidad apreciable de papillas, probablemente seguirán

comiendo cuando su madre se vaya a trabajar.

Pero los de cuatro o seis meses (y muchos de ocho y diez), que (casi) sólo toman pecho, es muy probable que se

nieguen a comer. No quieren biberón, ni con leche materna ni (menos aún) con leche artificial. No vieren la leche en

vaso ni con cuentagotas. No quieren plátano ni arroz hervido. No quieren nada de nada. Si tiene reducción de jornada

y sólo está ausente cinco o seis horas, lo más probable es que su hijo no coma en ese tiempo. Pero incluso cuando la

madre trabaja ocho horas (que son nueve con las idas y venidas), muchos niños no quieren comer. Simplemente se

pasan la mañana sin comer, y gran parte del tiempo durmiendo, y luego recuperan mamando como fieras por la tarde

y por la noche. Por eso, muchas madres que trabajan deciden meterse al niño en su cama; es la única manera de

seguir durmiendo mientras el bebé mama todo lo que quiere.

Conviene que deje a su hijo con el depósito lleno antes de salir. Ponga el despertador con tiempo suficiente para

darle una toma en la cama; y tras asearse, vestirse y desayunar, vuelva a darle de mamar justo antes de salir.

O, si lo lleva a la guardería, intente encontrar una cerca del trabajo, y dele el pecho en el autobús.

Otros niños, desde luego, sí que comen cuando su madre trabaja. Comen papillas, beben leche, toman

biberones, lo que sea. Lo malo es que no podemos saber con antelación qué niño querrá comer y cuál no. Por tanto,

siempre hay que tener algo previsto, y la persona que cuida al niño ha de tener instrucciones claras: cómo calentar la

leche, cómo aplastar el plátano... Pero también hay que advertirle que a lo mejor el bebé no quiere comer, o sólo toma

dos cucharadas, y que no se preocupe, no se espante y no intente obligarlo.

Acostumbrarse a la comida

Es muy útil acostumbrarlo a la persona que le va a cuidar, pero acostumbrarlo al biberón, o a la cuchara, días

antes de volver al trabajo, es perder el tiempo.

Si ese biberón contiene leche artificial, o si adelanta la papilla más a de lo que ya la estaba adelantando, la

nutrición de su hijo empeora. I estar todavía con lactancia materna exclusiva.

Pero incluso cuando el biberón es de leche materna, o cuando intenta darle leche materna con un vaso, el

esfuerzo es inútil y perjudicial (por la gran angustia que causa a todo el mundo).

Cuando a un niño le dan un biberón por primera vez, pueden pasar dos cosas: que se lo tome o que lo rechace.

(Por cierto, es más fácil que se lo tome cuando usted no está en casa que cuando sí que está.) Si un mes o quince

días antes de volver al trabajo le da un biberón a su hijo, y se lo roma encantado, ¿qué ha ganado? Igualmente se lo

habría tomado quince días más tarde. Lo único que ha conseguido es sustituir una toma de pecho, que es algo

hermoso y relajante, por sacarse leche y meterla en un biberón, que es mucho

más engorroso.

Si, por el contrario, le da el primer biberón y lo rechaza, lo escupe y se enfada, ¿qué puede hacer? ¿Taparle la

nariz para que abra la boca y enchufárselo a la fuerza? Sólo conseguirá que las dos últimas semanas de estar en

casa sean un infierno para ambos, en vez de aprovecharlas para disfrutar juntos. Y que le coja verdadera manía al

biberón. ¿Irse de casa durante ocho horas para que el niño vea que no hay teta y acepte el biberón de manos de la

abuela? Pues en ese caso, ¿de qué sirve tener dieciséis semanas de permiso, si a las catorce o a las doce semanas

se va a ir de casa y va a dejarlo con la abuela? Para estar ocho horas en la calle, perdiendo el tiempo, más vale que

se vaya a trabajar, que al menos hace algo útil.

Pase de acostumbrar a su hijo. El día que empiece a trabajar ya veremos lo que ocurre. Si su hijo duerme

tranquilo, que lo dejen en paz. Si se despierta y está contento, que jueguen con él. Si se despierta y parece que tiene

hambre, que prueben a darle lo que haya previsto, el vaso, el biberón o la cuchara. Si come, bien, y si no come,

también; señal de que no tiene mucha hambre y prefiere esperar a que mamá vuelva.

Sacarse leche

Sacarse leche es un arte. ¿Piensa que sería usted capaz de ordeñar una vaca?

Pues ordeñar a una mujer (aunque sea una misma) no tiene por qué ser más

fácil. Es algo que se puede hacer

rápida y cómodamente cuando se sabe, pero que cuesta un poco aprender. Conviene que empiece a practicar al

menos par de semanas antes del día D.

Puede sacarse la leche a mano o con un sacaleches. Hacerlo a mano tic-es ventajas: no tiene que comprar el

sacaleches, ni lavarlo. Puede hacerlo en cualquier sitio. Las madres que conocen los dos métodos suelen decir que a

mano es mas fácil y duele menos que con el sacaleches. El único inconveniente es que hay que aprender, y que en

nuestra sociedad tecnificada parece que un aparato es más serio, y mucha gente se asoma con temor a esto de

sacarse la leche a mano.

Cuando lea codo esto de sacarse leche, probablemente lo encontrará bastante complicado. Recuerde que todo

será mucho más fácil si se toma un tiempo de permiso sin sueldo y vuelve a trabajar cuando su hijo ya sea un poco

mayor y coma otras cosas.

Aquí estamos ha blando de madres que van a trabajar, y por tanto de bebés sanos de varios meses de edad, y

que van a seguir haciendo directamente al pecho la mayor parte de las tomas. La situación es un poco distinta cuando

se trata de un prematuro o de un bebé enfermo y hospitalizado; si ése es su caso, haga las cosas como le hayan

explicado en su hospital.

La extracción de leche

Lávese las manos. No hace falta lavarse el pecho, a no ser que esté especialmente sucio por algún motivo.

Primero conviene hacer un masaje suave por todo el pecho, desde la base hacia el pezón. Algunas mujeres con

el pecho grande se inclinan hacia adelante y los sacuden con la mano. Tocando el pezón (mejor por encima de la

ropa, que el dedo, incluso lavado, tiene muchos más microbios que el pezón) se estimula el reflejo de eyección. Si no

tiene a su hijo cerca, puede ser útil mirar una foto de su bebé o alguna prenda de ropa que se lo recuerde, eso

contribuye a estimular el reflejo.

Para sacarse leche a mano, sitúe el pulgar y los otros dedos, formando una C, a un par de centímetros de la base

del pezón (lo que en muchas mujeres quiere decir fuera de la areola, pero en otras no, porque tienen la areola

enorme).

Apriete con los dedos primero hacia atrás (hacia las costillas) y luego juntándolos, comprimiendo el pecho entre

el pulgar y el índice. No es conveniente deslizar los dedos sobre la piel (acabaría con la piel irritada).

Vaya cambiando los dedos de sitio, todo alrededor del pecho, y repita la maniobra mientras vaya saliendo leche.

Cuando ya salga muy poca, cambie de pecho. A través de un grupo de madres o de su comadrona es probable que

pueda conocer a otra madre que ya sepa sacarse leche y pueda hacerle una demostración.

Si prefiere usar sacaleches, hay varios tipos. Hay unos manuales, que son como una jeringa gigante con un

émbolo que entra y sale, otros a pilas, otros eléctricos pequeños que se alquilan en muchas farmacias o en los grupos

de madres. En los hospitales a veces tienen unos modelos eléctricos grandes, que no se usan en casa porque son

carísimos. Y de cada tipo podrá encontrar varios fabricantes. Pregunte a otras madres cuáles han usado y si les han

funcionado bien. Léase las instrucciones que vienen con el sacaleches; también es útil hablar con una madre que

haya usado ese mismo modelo.

Hay un modelo de sacaleches que no recomendamos en absoluto: el que parece una trompeta o bocina de

bicicleta, con una pera de goma que hay que apretar y soltar. Casi todas las madres coinciden en que hace mucho

daño y sale poca leche.

Tanto a mano como con un sacaleches, lo normal es que el primer día no se saque nada. Sobre todo, que no

cunda el pánico. A alguna madre he oído decir:

«No tengo leche, porque probé con el sacaleches y no salía nada», y a su lado el bebé rollizo como un pequeño

buda, demostrando claramente que algo ha comido. Si no sale leche, no quiere decir que no tiene, sino que no sabe

sacársela; por eso hay que empezar un par de semanas antes.

No se machaque el pecho. Es mejor hacerlo varias veces al día (cinco, ocho, las que pueda), y cada vez estar

sólo cinco o diez minutos, que estarse una hora seguida (que es lo que probablemente ocurriría si el primer día dice:

«Yo de aquí no me muevo hasta que me saque 100 mililitros»... y al final de la hora tampoco se los habría sacado).

No, el primer día el único objetivo razonable es sacarse unas gotas, con suerte unos pocos mililitros; si por casualidad

le sale mucha leche y con gran facilidad, magnífico, suerte que tiene. La facilidad con que una mujer se saca más o

menos leche no tiene nada que ver ni con la cantidad de leche que tiene ni con la facilidad con la que saca la leche su

hijo mamando (su hijo lo hace mil veces mejor que usted, no lo dude).

Los primeros días, las cuatro gotas que van a salir las puede tirar (o echárselas en el café). Cuando empieza a

sacarse una cantidad respetable, 40 o 50 mililitros cada vez, puede ir la congelando.

Normalmente se funciona con la leche de hoy para mañana. Esa leche se guarda en la nevera, sin congelar. La

leche que no piense usar al día siguiente se guarda congelada para emergencias (por si un día no consigue sacarse

suficiente, o su hijo se despierta con un hambre de lobo y se lo acaba todo).

Si tiene que echar mano de la reserva congelada, puede rehacerla con la que se saque el viernes y el sábado.

¿En qué momento sacarse? Cuando le sea más cómodo. Algunas madres se sacan la leche en el trabajo y la

llevan a casa cada día. Para eso necesita tener un lugar limpio y agradable donde sacarse leche, tiempo para hacerlo

(puede usar su hora de lactancia, repartida en dos medias horas), una nevera o nevera portátil en la que dejar la leche

que se ha sacado (con garantías de higiene, que no sea una nevera que abren y cierran docenas de personas, o

donde se guardan cosas que no le gustaría a usted ver mezcladas con la comida), y una nevera portátil para llevar la

leche a casa, especialmente en tiempo cálido (normalmente bastará con una de esas bolsas para congelados, en las

que meterá la leche junto a una bolsa de hielo).

Otras madres no pueden o no quieren sacarse la leche en el trabajo, o sólo se sacan un poco si los pechos se les

hinchán demasiado, pero la tienen que tirar porque se la tienen que sacar en el lavabo, y la verdad... No se preocupe,

también puede sacarse la leche cada día en casa. En principio, es indiferente que sea antes o después de mamar el

niño, o entre toma y toma. Lo que a usted le resulte más eficaz y más cómodo. Si ya domina la técnica y se aclara con

las manos, lo más fácil puede ser sacarse de un pecho mientras el niño mama del otro; así se aprovecha el reflejo de

la oxitocina y la leche sale rápidamente. Luego cambia de lado; puede darle a su hijo el pecho del que se acaba de

sacar (siempre queda algo, y precisamente es la leche con más calorías), y

puede intentar sacarse leche del pecho

que su hijo acaba de mamar (normalmente, también sale algo).

Si se saca leche justo después de mamar el bebé, seque primero la saliva del pecho.

Algunas mujeres se sacan de un tirón toda la leche que necesitan. Otras necesitan repetir la operación dos, tres o

más veces a lo largo de la tarde.

Recuerde que sacarse leche funciona igual que dar el pecho: cuantas más veces lo haga, más leche saldrá. Si le

salen digamos 50 mililitros con facilidad, pero para llegar a 100 tiene que apretar mucho y estar mucho rato, no vale la

pena; es mejor sacarse ahora 50 y dentro de una o dos horas otros 50.

No es necesario hervir o esterilizar el sacaleches o los recipientes donde guarde la leche. Sólo hay que limpiarlos

normalmente, igual que limpia los platos, vasos y cubiertos con que come su hijo y el resto de la familia. Si el

sacaleches tiene tubos o recovecos que no pueda limpiar con el estropajo, es importante aclararlos con agua

abundante inmediatamente después de su uso, para que no queden restos de leche seca.

Conservación de la leche

Se ha discutido mucho sobre si es mejor conservar la leche materna en recipientes de plástico o de cristal. Leerá

que si las células se adhieren aquí y las inmunoglobulinas se adhieren allá. En realidad, no tiene ninguna

importancia; aunque la leche materna pierda una parte de sus inmunoglobulinas, sigue siendo mucho mejor que la

leche artificial, que nunca ha tenido ninguna. Use vidrio o plástico, lo que tenga a mano. Lo importante es que sean

recipientes de fácil limpieza, con tapa, y que si son de plástico sean de uso alimentario (llevan grabado el símbolo de

la copa y el tenedor). Conviene que el tamaño sea suficiente para una toma, unos 150 a 200 mililitros. Si son más

pequeños, tampoco importa, puede juntar varios; pero si son demasiado grandes no los llenará y le ocuparán mucho

espacio en la nevera. Póngales una etiqueta con la fecha de extracción.

La leche materna se puede guardar en la nevera, sin congelar, hasta cinco días. De hecho, durante ese tiempo

es mejor tenerla sin congelar, porque así las inmunoglobulinas y otros factores van atacando a los microbios, y éstos,

en vez de aumentar, disminuyen. Pero normalmente sólo la guardará un día o dos. Lo habitual es sacarse cada día, de

domingo a jueves, la leche para el día siguiente, y tener una pequeña reserva congelada por si algún día no se pudo

sacar suficiente o el bebé tiene más hambre. Esa reserva se acumula durante el periodo de prácticas, antes de

empezar a trabajar. Si consume la reserva congelada, puede reponerla con lo que se saque el viernes y el sábado.

Si se saca leche varias veces al día, puede juntarla en el mismo recipiente, añadiéndola a la que ya está en la

nevera o a la que ya está congelada. Pero sólo la del mismo día; empieza un

frasco nuevo cada día. Si es para

congelar, conviene hacerlo en frascos aún más pequeños, de menos de 100 mililitros, aunque tenga que llenar dos o

más frascos el mismo día. Precisamente porque es para emergencias, se supone que no va a necesitar mucha

cantidad de golpe. Si su hijo se toma 150, como siempre, y se queda con hambre, no va a tomar 150 más, sino sólo un

poquito más. Y si tuviera que descongelar un recipiente grande, tendría que tirar (o tomarse usted) la leche que

sobrase.

La duración de la leche congelada depende de la potencia de su congelador.

Como norma, dura más de lo que duraría un bistec de ternera en el mismo congelador. La carne está muerta,

lleva varios días muerta, y la ha tocado mucha gente en el matadero, en el camión, en el almacén, en la tienda... para

cuando la congela, ya estaba llena de microbios. En cambio la leche se la saca y la congela, y está cargada de

inmunoglobulinas.

La leche de algunas mujeres se altera cuando lleva unos días congelada, y tiene un olor extraño, como a grasa

rancia. Se debe a que la lipasa (una enzima digestiva, que viene en la misma leche para ayudar al bebé a hacer la

digestión) actúa sobre las grasas de la leche y empieza a digerirlas. Eso no es malo, pero puede que al bebé no le

guste. El problema se puede evitar escaldando la leche justo después de

sacársela (caliéntela al fuego hasta que

empiece a hacer pequeñas burbujitas por los lados del recipiente, pero sin hervir, y vuélvala a enfriar inmediatamente.

Se supone que eso la habrá puesto a unos 80

°C).

Pardou A, Serruys E, Mascart-Lemone F, Dramaix M, Vis HL. Human milk banking: influence of storage processes

and of bacterial contamination on some milk constituents. Biol Neonate. 1994;65:302-9

Cómo calentar la leche

En algunos libros recomiendan descongelar la leche de manera lenta, sacándola desde el día anterior del

congelador y dejándola en la nevera. Nunca me ha parecido muy razonable; en primer lugar, eso hace que durante un

día entero la leche esté medio descongelada, y por tanto la conservación no es tan perfecta; en segundo lugar, si la

leche congelada es para emergencias. ¿cómo puede preverlo el día antes?

Para descongelar la leche rápidamente, algunos libros recomiendan poner el frasco bajo el grifo abierto, primero

con agua fría y progresivamente cada vez mas caliente. Descongelar de ese modo requiere tener el grifo abierto

durante mucho tiempo, y consumir una cantidad tal de gas y sobre todo de agua que es un auténtico delito ecológico.

Habíamos recomendado descongelar al baño María, pero con el fuego apagado. Es decir, calentar agua en un

recipiente, y cuando esté caliente pero no demasiado (que pueda meter la mano dentro sin quemarse) apagar el fuego

y sumergir el frasco con la leche. Si el agua estuviera demasiado caliente, un frasco de cristal helado podría romperse

por el cambio brusco de temperatura.

Este método es eficaz, rápido y ecológico, pero ya no lo recomendamos por temor a accidentes. Puesto que la

madre por definición no está, la descongelación suele hacerla la abuela (que ya no tiene los mismo reflejos) o el

padre (un manitas en la cocina), muchas veces mientras el bebé llora de hambre y le pone nervioso. A veces

intentando consolar al bebé con una mano mientras calienta la leche con la otra. El bebé puede quemarse con el

agua caliente, o tocar el fogón apagado pero que aún quema...

Por todo ello, el método que ahora se recomienda, rápido, ecológico y a prueba de accidentes, es descongelar

con agua caliente del grifo, sin encender el fuego. Llene un recipiente grande de agua caliente, sumerja el frasco con

la leche y espere. Si el agua se enfría, cámbiela las veces que haga falta.

También es posible descongelar o calentar la leche con el microondas. Algunos libros dicen que no, porque se

destruyen las inmunoglobulinas; pero no se destruyen todas, y en todo caso la leche artificial tampoco tiene inmune

globulinas. No pasa nada porque un niño grande, en una de las tomas del día, tome un poco menos (otra cosa sería

un prematuro, que necesita mucho esas defensas y que hace todas las tomas descongeladas). Si la leche sólo s

calienta a la temperatura adecuada, sin llegar a hervir, la alteración es mu pequeña. En realidad, el problema gordo

del microondas no es que se alter la leche, sino que pueden producirse quemaduras.

El microondas es el único método de calentamiento que permite calentar más el centro de un objeto que su

superficie, y además de forma irregular una parte puede estar mucho más caliente que otra. Concretamente, un

biberón puede estar tibio al cogerlo con la mano, pero parte de la leche que con tiene puede estar casi hirviendo.

Cuando aparecieron los microondas, y la gente no sabía muy bien cómo funcionaban, se produjeron varios casos de

quemaduras en la boca y en el esófago, y los expertos recomendaron no calentar nunca un biberón en el microondas,

ni con leche artificial ni con leche materna.

Pero si se usa el microondas con prudencia no hay ningún problema. Recuerde que, con la misma potencia y el

mismo tiempo, cuanto más líquido haya, menos se calentará. Es mejor usar una potencia inedia o baja, porque así el

tiempo es más largo y puede regularse mejor: Caliente poco tiempo, compruebe la temperatura, siga calentando si es

preciso. Sobre todo, antes de darle la leche al niño, es importante agitarla bien durante un rato para que se ponga toda

a la misma temperatura y comprobarla echándose unas gotas sobre el dorso de

la mano, como se ha comprobado

siempre la temperatura de los biberones.

Una vez descongelada, la leche se ha de usar antes de veinticuatro horas.

Cómo administrar la leche

Es normal que la leche materna se separe y la nata quede flotando. Basta con agitarla bien.

Algunos niños toman la leche de su madre con el biberón, y luego toman el pecho, y todo lo toman bien y sin

problemas. Pero algunos, incluso después de tomar el pecho durante meses, se malacostumbran con el biberón y

empiezan a mamar en mala posición, lo que puede producir rechazo del pecho, dolor en los pezones, grietas. Y

también hay muchísimos niños que, acostumbrados al pecho, no quieren el biberón y lo rechazan de entrada.

Entre unas cosas y otras, el biberón no suele ser la mejor opción. Puede usarlo, si quiere, pero probablemente le

será más fácil darle la leche con un vasito. Oirá también hablar de la cucharita, la jeringa o el cuentagotas; estos

métodos pueden ser útiles para darle una pequeña cantidad de suplemento a un recién nacido; pero darle 150

mililitros o más de leche a un niño mayor con cucharita puede ser desesperante.

Darle de beber con un vasito a un bebé suena raro en nuestra cultura, y es probable que amigas y abuelas se

queden patidifusas. Pero se puede hacer. En algunos países es habitual darle la

leche con vaso a todos los niños

hospitalizados, incluyendo a los prematuros. En algunos estudios, cuando las enfermeras conocen bien la técnica, los

prematuros toman la leche más deprisa y desperdician menos con un vasito que con un biberón (en otros estudios es

al revés, sospecho que porque las enfermeras no dominaban la técnica).

Lo ideal sería usar un pequeño recipiente con un pico curvado, como un cazo o como un exprimelimonas pero

mucho más pequeño. En la India usan un recipiente tradicional de este estilo, llamado paladai (fig. 15). Tal vez

encuentre a la venta un recipiente similar, quizá un cazo de muñecas... Si no, un simple vaso pequeño, de los de vino

o licor, puede servir.

Lo primero es sostener al bebé bien vertical. Si es usted diestra, probablemente lo más práctico será que lo sujete

sobre su muslo izquierdo y lo sostenga con el brazo izquierdo mientras le da la leche con la mano derecha.

El vasito, medio lleno, se mete bien en la boca del bebé, tocando las comisuras. No se limite a apoyar el borde

del vaso en el borde del labio; así es más fácil que se salga todo por fuera. Una vez bien colocado, levante el vaso

hasta que el nivel de la leche llega al borde. Algunos bebés beben como una persona mayor; otros beben como los

gatos, con la lengua.

He descrito el truco como si lo hubiera de hacer usted; pero en realidad es

otra persona quien lo va a hacer

mientras usted trabaja. Lo mismo que comentamos más arriba sobre los biberones, no es necesario ni conveniente

que acostumbre a su hijo al vasito antes de irse a trabajar, pero sí que es necesario que le explique bien el truco a la

abuela o a quien le vaya a dar la leche.

Figura 15. Un paladai.

La cantidad es la que el bebé quiera. La leche que sobra en el biberón o en el vasito está mezclada con babas y

es un cultivo de microbios, así que es mejor no guardarla. Por eso no es conveniente poner más cantidad de la que

suela tomar; es mejor darle 50 y si se los acaba, 50 más, que intentar darle 200, que sólo tome 50, se ponga a dormir,

tire la leche sobrante, y que al cabo de dos horas se despierte pidiendo más.

Si el niño parece hambriento, pero no le es fácil tomar ni el vaso ni el biberón, puede probar a espesar su leche

con cereales y dársela con cucharita.

Este truco también sirve para alargar la leche si un día no hay bastante en la nevera. Si el niño no quiere ni vaso

ni biberón, pero tampoco parece hambriento, recuerde que es normal, y que no hay que preocuparse ni insistir.

Cuestiones políticas

En España, el permiso de maternidad sólo dura dieciséis semanas. Bueno, en realidad, la ley sólo garantiza seis.

El convenio C103 de la Organización Internacional del Trabajo de 1952 recomendaba un permiso de doce semanas,

así que dieciséis no estaba tan mal. Pero el nuevo convenio C183 de 2000 (que el gobierno español todavía no ha

ratificado) recomienda catorce, y la recomendación anexa 8191 indicaba que «los Miembros debe-dan procurar

extender la duración de la licencia de maternidad, mencionada en el artículo 4 del Convenio, a dieciocho semanas,

por lo menos». Pero en España, la ley de conciliación de la vida familiar y laboral, de 1999, estableció que sólo seis

de las dieciséis semanas son obligatorias, y que las otras diez las podía tomar el padre en vez de la madre. Con lo

cual, lejos de alcanzar las dieciocho semanas que casi todos los países europeos superan ampliamente, sólo

tenemos seis semanas de permiso realmente garantizadas.

Claro, el invento se presentó (y al parecer fue aceptado) como un gran avance en la liberación de la mujer. Por fin

seríamos todos iguales, y los padres compartirían el cuidado de los hijos.

Pero ¿cómo puede ser una liberación que te recorten los derechos? Porque la igualdad no consistió en darle

dieciséis semanas de permiso al padre para que tuviera lo mismo que la madre, sino en quitarle a la mujer para

dárselo a su marido. Se imitaba una medida similar que habían tomado los suecos unos años antes, pero en muy

distintas circunstancias. En Suecia, el permiso de maternidad dura veintidós meses, ¡así sí que se puede repartir!

El que las dieciséis semanas ya no sean obligatorias no es ningún avance, ninguna liberación. Trabajador y

empresario no negocian en igualdad de condiciones, el empresario tiene mucha más fuerza para imponer sus deseos.

Por eso todos los derechos del trabajador tienen que ser derechos obligatorios, fijados por ley o por convenio: es

obligatoria la jornada laboral, es obligatorio el salario, son obligatorias las vacaciones y las pagas extras. Si la jornada

de cuarenta horas o el mes de vacaciones no fueran obligatorios, si el trabajador pudiera voluntariamente elegir una

jornada de cincuenta horas (cobrando lo mismo) o unas vacaciones de sólo dos semanas, ¿se imagina las presiones

que recibiría? Pues algunas mujeres ya reciben presiones: «No me digas que te vas a coger las dieciséis semanas

enteras. Ya sabes cómo estamos de trabajo, no encuentro a nadie que te sustituya. Puedes volver en dos meses, y el

resto que lo haga tu marido. Recuerda que tenemos que hablar de aquel posible ascenso...». Por su lado, el padre

puede recibir las mismas presiones: (9 ¿Cómo que un mes de permiso de paternidad? ¡No me salgas con tonterías,

eso es para las mujeres! Sí, ya sé, tienes derecho legal, pero luego no vengas pidiendo favores...».

Existe una campaña para conseguir en España los seis meses de permiso (y eso, por supuesto, sólo es un paso

para llegar al año, y más). Puede firmar en www.fedalma.org/
www.petitiononline.com/6mesbaja/petition.html He

explicado, según mandan los cánones, cómo sacarse la leche y dejarla en la nevera, cómo congelarla y

descongelarla... Pero no acabo de quedarme convencido.

A veces se presenta el sacarse leche como la solución que permite compaginar el trabajo y la lactancia, que

permite a la madre que trabaja seguir dando el pecho a su hijo. Tantas veces lo he leído, tantas veces lo he repetido...

La importancia de una salita para sacarse leche en el centro de trabajo, una nevera, una guardería en la fábrica.

Hasta que un día se despertó mi indignación. ¿Qué solución es ésta? Más bien parece una burla. Es como

decirle a la madre: «Usted deje aquí en la nevera su leche, que es lo que cuenta, y luego ya se puede ir, que su hijo

estará perfectamente, alimentado con leche materna». Como si la leche fuera lo único (o lo más importante) que una

madre le da a su hijo.

Pues no, señor. Se supone que soy un fanático de la lactancia; pero si yo fuera el niño, preferiría que mamá se

quedase en casa y me diera el biberón a que mamá se fuese y otra persona me diera leche materna. Sacarse leche

no es una solución, sólo un pequeño parche para un grave problema socioeconómico, para una organización del

trabajo absolutamente desquiciada que ha puesto las necesidades de los niños y de sus madres en el último lugar de

la lista de prioridades.

Por supuesto que en muchos casos no hay más remedio que separarse del niño; y por supuesto que en esos

casos sacarse leche puede resultar útil. Pero no debemos decir que es una solución, porque entonces dejaríamos (y

dejarían nuestros gobernantes) de buscar una solución de verdad. ¿Para qué ampliar el permiso de maternidad, si es

mucho más barato repartir folletos explicando cómo sacarse leche?

OIT. C103. Convenio sobre la protección de la maternidad, 1952.

www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C103

OIT. C183. Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000

www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C183

OIT. R191. Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000.

www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?R191

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas

trabajadoras.

www.porticolegal.con-Vint/int_Ley749.html

Capítulo 11 - Alimentación complementaria (las papillas)

Resumen práctico

Ya habrá notado que no me gusta decir las cosas porque sí, sino dar una explicación. Cuanto más raro es lo que

digo, cuanto menos se parece a lo que suele decir todo el mundo, más larga tiene que ser la explicación.

He visto que este capítulo sobre las papillas me estaba quedando tan largo que podía resultar poco práctico. Así

que empezaré explicando las cuatro cosas de utilidad práctica; y quien quiera saber el por qué lo encontrará en los

apartados siguientes.

Algunos detalles bastante importantes

(Pero que tampoco son dogma de fe.)

- No obligar nunca a comer a un niño.

- Hasta los seis meses, sólo pecho: ni papillas, ni zumos, ni agua, ni infusiones, ni nada. Ni siquiera naturales o

hechos en casa. Excepciones: si corre los cuatro y los seis meses pide comida cuando ve comer a sus padres, se le

puede ir dando algo. Si la madre trabaja y no puede o no quiere sacarse leche, es mejor adelantar alguna papilla que

darle leche artificial.

- A partir de los seis meses empezar a ofrecerle (sin forzar) otros alimentos, siempre después del pecho (el mismo

niño empezará a comer antes del pecho cuando lo considere oportuno).

- No suprimir tomas para dar papillas; hasta el año debería mamar al menos cinco o siete veces al día, y si son

más, mejor. El mismo niño irá reduciendo tomas, hasta mamar una o dos veces al día... pero eso no debería ocurrir

antes del año. Excepción: lógicamente, se saltará algunas tomas si usted trabaja. Pero ya compensará mamando más

por la tarde y por la noche.

- Ofrecer los nuevos alimentos de uno en uno, con varios días de separación.

Empezar con pequeñas cantidades.

- Empezar con el gluten (trigo, cebada, centeno o avena) cuando todavía toma pecho; durante un mes o más darle

cantidades muy pequeñas (es decir, la mayor parte de los cereales que consume seguirán siendo sin gluten).

- Si toma el pecho a demanda, ya tiene suficiente leche, y de la mejor calidad. No necesita ni le conviene ninguna

otra leche, ni derivados lácteos, ni yogures (aunque diga en la etiqueta que son especiales para bebés), ni papillas

lacteadas. Si usa cereales en polvo para bebés, asegúrese de que no lleven leche, y no les añada leche (puede

disolverlos con agua o con caldo).

Esto no lo decimos por puro fanatismo contra la leche; ocurre a menudo que la leche de las papillas produce

alergias.

- Escurrir los alimentos, no llenarle la barriga con sopa, caldo o el agua de cocción.

- No dar alimentos que suelen causar alergia (sobre todo leche de vaca y derivados, huevos, pescado, soja,

cacahuetes, y cualquier otro que produzca alergia a algún miembro de la familia) hasta los doce meses.

Especialmente cuando el niño o algún familiar tiene o ha tenido alergias. (En esto soy tal vez demasiado precavido;

en general los expertos dicen que, cuando no hay antecedentes de alergia, se puede dar cualquier alimento a partir

de los seis meses, incluso el pescado o los huevos. Pero, bueno, tampoco hay tanta prisa.)

- No añadir azúcar a los alimentos del bebé. Tampoco sal (o el mínimo posible, y siempre yodada).

- Seguir dando el pecho hasta los dos años o más.

- El orden de los distintos alimentos no tiene importancia. No hay una edad para la carne, una edad para la fruta...

- A partir del año, puede comer de todo, salvo que haya un motivo médico específico (por supuesto, con cierta

prudencia, no es cosa de darle cincuenta alimentos nuevos justo el día de su cumpleaños).

Algunos trucos prácticos

(Lo que sigue son preferencias bastante personales. Si no le gusta, pues hágalo de otra manera, y tan amigos.)

Los niños de pecho suelen preferir comer lo mismo que come su madre, y no otros alimentos especialmente

preparados para ellos.

No es necesario triturar los alimentos (es decir, usar una trituradora eléctrica). Esos aparatos se inventaron hace

apenas unas décadas; no creo que ningún niño haya sufrido desnutrición por falta de trituradoras. Con un poco de

habilidad, podrá separar una parte de lo que usted está comiendo y ponerlo al alcance de su bebé:

- Manzana o pera, ralladas con el rallador (y no demasiado fino) o cortadas en rodajas muy delgadas (que se

curven al moverlas).

- Plátano, en rodajas muy finas, o aplastado con el tenedor, o sujetándolo con la mano y mordisqueando una

punta.

- Naranja o mandarina, puede chupar un gajo mientras usted lo sujeta (que no se atragante).

- Verduras hervidas en general, machacadas con el tenedor o en dados que puede coger con sus deditos. La

ensaladilla rusa (sin mayonesa ni atún; al principio aplastar un poco o pelar los guisantes) es ideal.

- Pollo o carne (hervido, asado, a la plancha, frito... no rebozado, por el huevo): puede cortarlo en tiras muy finas,

transversales a la fibra (sería mucho trabajo cortar a tiras una pechuga entera... pero es que probablemente sólo va a

comerse una tira). También puede rehogar en la sartén la carne picada (sin sal ni pimienta) con un poco de aceite,

quedarán unas bolitas que puede coger con los dedos.

- Arroz hervido, normal y corriente. Al principio un poco pasado, estará más blandito y lo podrá aplastar un poco

con el tenedor. Con un chorrito de aceite de oliva probablemente le gustará más y tendrá más calorías. Más adelante

se lo puede dar con tomate.

- Pan: puede ir royendo una corteza.

- Pasta: para no tener que cortar en trocitos los macarrones y espaguetis, puede usar sopa maravilla y otros tipos

de sopa. Pero escurrida, sin agua. En vez de macarrones con tomate, sopa de letras con tomate...

- Legumbres: hervidas y aplastadas con el tenedor. Al principio, conviene retirar la piel dura de garbanzos y

alubias.

La mayor parte de los días no necesitará cocinar nada especial para su bebé.

Basta con programar con un poco de arte la comida de los mayores, apartando una porción antes de añadir la sal,

las especias o los ingredientes que su hijo de momento no pueda comer. Por ejemplo, no importa que las lentejas se

hayan hervido junto al chorizo, o que el arroz se haya hervido con el conejo; simplemente aparte esos ingredientes (el

chorizo, por picante, es posible que no le guste... o quién sabe; el conejo lleva demasiados huesecitos). Pero no le dé

arroz que haya hervido con pescado (como en una paella); aunque aparte el pescado, el arroz ha quedado

impregnado y podría provocar alergia.

Recuerde que la alergia no depende de la cantidad. Basta una minúscula porción para provocarla. He visto

bebés con una urticaria por pegarle un lametón a un helado (que lleva leche). Los macarrones baratos llevan sólo

trigo, pero los caros llevan huevo. Las magdalenas y bollería en general, así como muchas galletas, suelen contener

huevo y leche, léase bien la lista de ingredientes.

Hasta el año, mejor no le dé nada rebozado con huevo (ni siquiera apartando el rebozado), ni con salsa

bechamel, ni gratinado con queso...

En España es tradición introducir los nuevos alimentos por meses: «A tantos meses la fruta, a tantos los cereales,

a tantos la verdura...». Es mejor introducir los alimentos de uno en uno, sobre todo al principio (muchos dicen uno

cada semana, aunque tampoco tiene por qué ser una semana exacta). Muchas madres lo que hacen es, por ejemplo,

la primera semana manzana, la segunda plátano, la tercera pera, la cuarta naranja... Pero no hay necesidad de hacer

meses monográficos de la fruta. Probablemente es mejor conseguir una dieta lo más variada posible en poco tiempo.

Por ejemplo, primera semana, arroz, segunda, pollo, tercera, guisantes, cuarta, plátano. Es sólo un ejemplo, también

podría ser pollo-manzana-zanahoria-arroz, o pera-arroz-lentejas-pollo.

El caso es que a los siete meses su hijo ya tiene una variedad de alimentos para elegir.

La vitamina C de la fruta o del tomate hace que se absorba mejor el hierro de los cereales, verduras y legumbres

(sin vitamina C, el hierro de origen vegetal se absorbe muy mal). Para eso hace falta que los dos alimentos estén

juntos en el estómago; por eso no tiene mucho sentido alimentar a los bebés con dietas disociadas (los cereales por

la mañana, la verdura a mediodía, la fruta por la tarde...) y es mucho más lógico lo que hacernos los adultos: la

vitamina C de la ensalada o del postre ayuda a absorber el hierro del plato principal.

Para darle poca cantidad de gluten (se puede empezar a los seis meses, aunque si está segura de que va a dar

el pecho más de un año también puede comenzar a los 8 o 9 meses), en algunos países hay papillas con gluten pero

sin trigo (el centeno, la cebada y la avena llevan mucho menos gluten que el trigo). En España, que yo sepa, todas las

papillas para bebé con gluten llevan trigo.

Puede mezclar las dos, una cucharadita con gluten y el resto de cereales sin gluten; o si le da cereales caseros,

puede darle un «plato» con arroz hervido, y que cada día mordisque un trocito de pan. Durante al menos un mes,

muy poco gluten al día; luego, ya, la cantidad que quiera.

Una madre me escribió lo que comía su hija Nuria, de diez meses (aparte del pecho, que según la madre era el

95% de su dieta). Es una alimentación modélica, así que se lo copio entero:

Come con sus manos:

- gajos de naranja y mandarina (antes los escupía una vez exprimidos; ahora se traga casi todo; se come más o

menos media naranja o mandarina y media todos los días, repartidas en dos sesiones y casi siempre con otras cosas);

- muy pocos trocitos de otras frutas, que va aceptando muy poco a poco;

- trozos de pan normal o tostado: ya los arranca y traga;
- arroz hervido, con pelín de aceite de oliva: lo come granito a granito prácticamente, pero en una sesión le pueden entrar unos 20; a veces el arroz lleva guisantes o trocitos de judía verde, y alguno se come;
- pollo: repela el hueso del muslo y además come trocitos de chicha;
- macarrones, unos cuatro o cinco por sesión;
- trocillos de jamón york, como 1/6 de loncha por sesión;
- últimamente, trocillos de jamón serrano blanditos;
- alguna vez ha mordisqueado bastoncitos de patata frita hecha en casa o ha comido uno a uno garbanzos

cocidos.

Con cuchara (yo la sostengo por el extremo y ella la maneja agarrándola por el medio: jamás ha permitido, ni con

la papilla, que le metiera yo la cuchara en la boca sin más):

- de vez en cuando, pisto sin triturar de cebolla, tomate, pimiento v calabacín, en total cuatro cucharaditas;
- de vez en cuando, guiso de lentejas sin triturar.

Las desesperadas madres de miles de niños de dos o tres años, que sólo comen triturado, y sólo si se lo da la

madre, y que «si encuentra un trocito que haya quedado sin triturar, le dan arcadas», seguro que mirarían con envidia

a la madre de Nuria, que con 10 meses come comida de verdad, come de todo y come ella solita. Y sin embargo ella

me escribe, preocupada, porque su hija hace semanas no deja que le dé papillas.

;Pero qué listos que son los niños! Prefiere una dieta sana, variada y similar a la de los adultos a las papillas.

Prefiere comer con sus manitas a que le dé su madre. Y está comiendo la cantidad que necesita, cuatro cucharaditas

de verdura o cinco macarrones, o veinte granos de arroz, y el resto pecho. Porque el principal objetivo de la

alimentación complementaria es que los niños se vayan acostumbrando gradualmente a la alimentación normal de los

adultos. El que come medio macarrón, pero lo come contento y feliz y con su propia mano, ha dado un importante

paso en la dirección correcta; meses después comerá cinco macarrones, y años después comerá un plato entero. En

cambio, el que come una papilla entera de nueve cereales, pero se la da su madre insistiendo y distrayéndolo, no ha

dado ni un solo paso. Ni está aprendiendo a comer solo, ni está aprendiendo a masticar, ni está aprendiendo a

disfrutar con la comida, ni está aprendiendo a comer lo que comemos los adultos (que desde luego no comemos

nueve cereales). Y además, al comer mucha cantidad de cereales (o de fruta, o de verdura, o de lo que sea) está

tomando menos pecho. Y eso no es bueno para su nutrición, porque la leche materna es mucho más sana y nutritiva

que cualquier otro alimento por el que la quieran sustituir.

Casi todos los niños comerán como Nuria si se les da la oportunidad desde el

principio. Porque, a esa edad, los

bebés desean hacer las cosas por sí mismos, y desean probar lo que ven comer a sus padres. Pero si no se les

permite probar y experimentar, si por rapidez, o para que coman más cantidad y no se ensucien, recurrimos a

sujetarles las manitas (para que no estorben) y meterles nosotros la cuchara en la boca, probablemente tardarán unos

años en comer solos.

Nomenclatura

Cualquier alimento que se dé a un bebé además de la leche (materna o artificial) es un alimento complementario.

Eso incluye las papillas, los zumos, el agua con azúcar, las infusiones con azúcar, las galletas o los biberones a los

que se añade una cucharada de cereales. Tal vez le parezca que la palabra alimento es demasiado noble para

aplicarla al agua con azúcar, pero lo cierto es que lleva muchísimas calorías. Sería un mal (pésimo) alimento

complementario, pero no es agua pura.

Me gusta el término complementario, porque indica bien claro que existe otro alimento principal (¿adivina cuál?),

y que todo lo demás es sólo un complemento. Pero como alimentación complementaria es un poco largo, a lo largo de

este libro muchas veces diré las papillas en un sentido genérico. Es decir, no me estoy refiriendo sólo a comida

triturada que se come con cuchara, sino también a la comida sólida que el niño

coge con sus deditos, o a cualquier

cosa que beba y no sea leche.

En inglés, los alimentos complementarios suelen denominarse solids o solid foods. En muchos libros traducidos

(o escritos por gente acostumbrada a leer libros ingleses) hablan de alimentos sólidos, pero, ¡ojo!, tiene el mismo

sentido genérico que yo he dado a papillas: los zumos o los biberones con cereales también son sólidos. Insisto en

este detalle, porque algunos espabilados, al leer comenzar con los alimentos sólidos a partir de los seis meses,

argumentan que los zumos y los biberones con cereales no son sólidos, sino líquidos, y por tanto se dan a los dos o

tres meses. No es cierto. Hasta los seis meses se recomienda no dar nada, ni sólido, ni líquido, ni gaseoso.

Nada más que leche. En el otro extremo, algunas madres definen sólido de una forma muy estricta, que excluye a

las papillas; alguna vez me han dicho que un niño de dos años que «todavía no come sólidos».

Otra expresión que a veces se usa en inglés es weaning foods, que a veces se traduce como alimentos de

destete. Pero, ojo, weaning y destete no son exactamente lo mismo (pág. 217), y la expresión no significa, ni

muchísimo menos, que haya que destetar al niño. Al contrario, la leche, preferentemente materna, va a seguir siendo

la base de su alimentación hasta los dos años o más.

Un poco de historia

A lo largo del siglo xx, la edad recomendada para empezar con las papillas sufrió notables cambios. En la figura

16 puede ver las recomendaciones de diversos libros escritos por médicos españoles (que no eran científicos locos,

sino que recomendaban lo mismo que sus colegas ingleses, franceses o alemanes de la época).

A principios del pasado siglo, la primera papilla se ciaba a los doce meses cumplidos. Hasta el año, sólo pecho y

nada más que pecho. Porque en ¿Aquellos tiempos prácticamente todos los niños tomaban el pecho: los pobres, el

de su madre, y los ricos, el de la nodriza. Sólo en los orfanatos (en los peor organizados, porque los mejores orfanatos

contrataban nodrizas) tomaban los niños lactancia artificial, con pésimos resultados. La mortalidad era altísima.

La leche de vaca tiene un gran exceso de proteínas y minerales que el riñón del recién nacido no puede eliminar.

Había que diluirla con agua. Pero la leche de vaca tiene menos lactosa y menos grasas que la leche materna, y al

añadir agua es todavía peor. Como no había manera de mezclar grasa con la leche (se quedaba flotando), lo

intentaban compensar con abundante azúcar. Y así se preparaban los biberones: tanto de leche, tanto de agua, tanto

de azúcar a lo que con el tiempo se fueron añadiendo otros ingredientes, hasta ser tan complicado que ya no se

preparaba en casa, sino en la farmacia. Aún hoy, en inglés, la leche del

biberón se llama fórmula.

Figura 16. Edad recomendada de introducción de los distintos alimentos, según varios libros españoles de puericultura.

Con aquellas mezclas algunos niños sobrevivían, pero tenían problemas. No había leche pasteurizada

industrialmente, a la temperatura más baja posible para destruir las bacterias conservando las vitaminas; la leche se

hervía en casa, a lo bruto (la leche sin hervir podía transmitir varias enfermedades, empezando por la tuberculosis), y

la vitamina C quedaba destruida. Los niños que sólo se alimentaban con aquellas primitivas fórmulas caseras sufrían

escorbuto por falta de vitamina C. El hierro de la leche de vaca se absorbe muy mal, y al diluirla con agua el nivel de

hierro bajaba, y aquellos niños tenían anemias. La principal fuente de vitamina D no es la dieta, sino el sol; nuestra

piel fabrica vitamina D cuando está expuesta a la luz solar. Pero a aquellos niños hacinados en orfanatos no los

sacaban mucho a pasear, y también sufrían de raquitismo. ¿Cómo solucionar todos esos problemas? Si les damos

fruta, sobre todo zumo de naranja, evitamos el escorbuto. Si les damos alimentos ricos en hierro, carne y sobre todo

hígado, evitamos la anemia. Los alimentos ricos en vitamina D, hígado y pescado, previenen el raquitismo. En 1920

se publicó un estudio científico sobre la alimentación de los niños de un orfanato con diversos alimentos sólidos a la

temprana edad de seis meses, al parecer con notable éxito.

A raíz de la primera guerra mundial, y más aún de la segunda, las fábricas y oficinas abrieron sus puertas a las

mujeres; los hombres estaban ocupados matándose unos a otros. Eso acabó con la antigua y noble profesión de

nodriza, que hasta entonces era una de las pocas salidas para una mujer que necesitase ganar dinero. Una nodriza

no puede irse el viernes por la tarde y volver el lunes por la mañana, y mientras el niño que se chupe el dedo. Una

nodriza trabaja veinticuatro horas al día, siete días por semana, 365 días al año, incluso el día de Navidad. La nodriza,

por supuesto, dormía junto a su cliente y le daba el pecho por la noche. Los bebés de los ricos no dormían con sus

padres (los pobres sí, dormían todos juntos, porque no había otra habitación); pero no piense ni por un momento que

dormían solos; eso de dejar a los niños pequeños durmiendo solos en otra habitación es un invento muy, muy

moderno. En inglés, la habitación de los niños se llama nursery, la habitación de la nurse, del francés nourrice, la

nodriza. Cada vez que el niño se despertaba a media noche, la nodriza le daba el pecho, faltaría más, ¿o se cree que

le pagaban por dejarlo llorar? (Por cierto, en inglés actual nurse es la enfermera. Cuando no había escuelas de

enfermería, si había algún enfermo en la casa, le tocaba a la nodriza cuidarlo.)

Así que ser nodriza es uno de los trabajos más duros que hay. ¿Quién va a querer hacer algo así, por un niño que

ni siquiera es su hijo? ¿Quién va a querer trabajar de nodriza, cuando puede ser obrera, secretaria, telefonista...?

Llegó un momento en que sólo las mujeres que no podían encontrar ningún otro trabajo, mujeres ignorantes, enfermas

o de dudosa moral, se ofrecían como nodrizas. En los años veinte y treinta, los pediatras advierten contra los peligros

de confiar al hijo a una nodriza, incluso se usa un término despectivo, lactancia mercenaria. Los ricos muy ricos,

pagando un dineral, podían hacerse con los servicios de una nodriza de confianza. Las mujeres de clase media y alta,

pero no millonarias, no podían encontrar una buena nodriza, pero tampoco podían dar el pecho. Un fuerte prejuicio

social impedía a una señora dar el pecho. Todavía hoy, muchas de mis lectoras habrán tenido que escuchar

reproches de sus propias familiares: «¡Parece mentira, todo el día con la teta fuera, como una gitana!». Si hay quien se

atreve a hablar así en pleno siglo XXI, imagínese lo que le podían soltar en 1930. Así que las mujeres con cierta

posición (la esposa del arquitecto, la esposa del abogado... ¡la esposa del médico!) empezaron a criar a sus hijos con

biberón.

Y los niños ricos (los únicos que iban al pediatra, porque no había seguridad social) empezaron a sufrir

escorbuto, raquitismo, anemia...

Los pediatras, lógicamente preocupados, aplicaron el remedio más adecuado: adelantar progresivamente la

alimentación complementaria. A los cuatro meses, a los dos, al mes... Un experto norteamericano, en los años

cuarenta, llegó a recomendar sardinas, atún y gambas para bebés de pocas semanas, al tiempo que en España se

recomendaba el zumo de naranja a partir de los quince días.

Pero al mismo tiempo estaba pasando al olvido la fórmula preparada en casa o en la farmacia, y los biberones se

llenaron de leche artificial preparada industrialmente. La industria se preocupó de investigar para perfeccionar su

producto, le añadieron vitamina C, vitamina D, hierro... y otras docenas de ingredientes; si tiene una lata de leche a

mano puede ver la composición.

Todavía hoy, la publicidad de la leche para bebés se centra en sus últimas adiciones: enriquecida, plus, forte,

nucleótidos, ácidos grasos de cadena larga... A medida que se iban añadiendo a los biberones los diversos

nutrientes, disminuía la necesidad de añadir otros alimentos. Se hicieron patentes los peligros de una alimentación

demasiado precoz, en particular el peligro de las alergias (un peligro que siempre había existido, pero que antes era

un mal menor en comparación con las ventajas. ¿Qué importan unos pocos casos de alergia al pescado, si así

evitamos cientos de casos de raquitismo?).

Y de nuevo la primera papilla se fue retrasando, a los tres meses, a los cuatro, entre cuatro y seis, a los seis...

Desde hace años, la OMS, el Unicef, la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría

recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y a partir de esa edad ofrecer otros alimentos además

del pecho.

Somos animales de costumbres, nos resistimos al cambio. La edad de comienzo de las papillas no se adelantó

justo cuando desaparecieron las nodrizas, ni se volvió a retrasar en cuanto añadieron vitaminas al biberón. En ambos

casos hubo un retraso de unos veinte años, desde que surgió la necesidad hasta que la respuesta llegó a los libros

para madres. Pero, aparte de ese retraso tan humano, los espectaculares cambios que vemos en la figura 16 no

fueron modas o caprichos de médicos ignorantes, sino la respuesta racional de científicos serios y competentes a las

necesidades de los niños en cada momento.

Lo malo es que esos cambios, reflejo de los cambios en la leche artificial, se aplicaron también a los niños que

tomaban el pecho, cuando la leche materna no ha cambiado nada. La leche materna de ahora es igual a la que

tomaban nuestros bisabuelos, en exclusiva, durante un año. Y tampoco les iba tan mal.

Hace un siglo los estudios científicos no se hacían con tanto detalle como ahora. A lo mejor nuestros bisabuelos,

con lactancia materna exclusiva hasta el año, no estaban perfectamente sanos. Estaban más sanos, eso es seguro y

lo comprobaron los pediatras de su época, que los niños que comían otras cosas.

Pero, claro, el agua no siempre era potable, la leche no estaba pasteurizada, la carne y el pescado no se

conservaban en frigoríficos... Seguro que la alimentación complementaria no es tan peligrosa ahora como lo era hace

un siglo.

No podemos por tanto afirmar que la lactancia exclusiva hasta el año sea lo mejor. Tal vez, los científicos de

aquella época se equivocaron. O tal vez acertaron y doce meses era la mejor recomendación en aquellas

circunstancias, pero ya no lo es en la actualidad. En todo caso, tras echar un vistazo a la figura 16 se me hace difícil

pensar que hemos llegado, por fin, a saber la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad sobre alimentación

infantil.

Si los expertos de ahora ya no dicen lo mismo que los de hace veinte años, ¿qué dirán los de dentro de veinte

años, o de cincuenta? Dudo que hayamos visto el final de la historia, y personalmente creo que la edad de inicio de

las papillas se retrasará aún más. 'Pero es sólo una opinión personal; de momento, diremos todos seis meses, por si

acaso.

¿Por qué seis meses?

A la hora de decidir cuál es la edad idónea para empezar con las papillas, se

pueden tener en cuenta dos

criterios distintos, uno teórico y otro empírico.

El razonamiento teórico sería algo así como: «Los niños de x meses necesitan tantos miligramos de vitamina X;

como la leche materna sólo tiene tantos miligramos, a partir de x meses los niños necesitan comer otras cosas».

El criterio empírico viene a Ser: «Comparamos 100 niños que tomaron lactancia materna exclusiva durante x

meses con otros 100 niños que tomaron lactancia exclusiva durante y meses. Observamos su peso, su talla, su

desarrollo psicomotor, la incidencia de infecciones, el porcentaje de anemia... y la conclusión fue que x meses da

mejor resultado que y meses ».

Necesidades teóricas de nutrientes

El problema de los razonamientos teóricos es que no tenemos datos suficientes para razonar. Casi podríamos

decir que no tenemos ni idea. Una pregunta básica: ¿cuántas calorías necesita un bebé cada día? En la tabla 2 tiene

respuestas para elegir.

Tabla 2.

INGESTA RECOMENDADA (KCAL/DÍA),

DATOS DE DIVERSOS

AUTORES COMPARADOS POR DEWEY Y

BROWN (2003)

Sólo comparamos cifras de fuentes serias y recientes, no quiero ni pensar si empezásemos a buscar libros de los

últimos cincuenta años. Por la metodología usada, las cifras de Butte parecen ser las más fiables. ¿Serán definitivas,

o las volverán a cambiar dentro de unos años? ¿Bajarán más, o subirán? Si las cifras de Butte son correctas, ¿qué

consecuencias ha tenido el que durante años los expertos hayan recomendado una cantidad de comida un 25%

superior a la realmente necesaria? (le adelanto una consecuencia: los niños se han negado a comer tanto, y las

consultas de los pediatras se han llenado de niños que no comen).

Pero, claro, es evidente que no todos los niños comen lo mismo. Esas cifras son sólo un promedio, en el tiempo y

en el espacio. En el tiempo, porque evidentemente un niño no necesita 684 kcal un día, y al día siguiente pasa a

necesitar 894. El cambio será sin duda gradual, y probablemente no sea lineal; es decir, puede haber temporadas en

que las necesidades aumenten rápidamente, y otras en que no aumenten casi nada o incluso disminuyan. En el

espacio, porque las necesidades calóricas son (o se espera que sean), por definición, las necesidades medias de la

población. Se considera estadísticamente normal (que no es lo mismo que médicamente normal) lo que está entre

menos dos y más dos desviaciones típicas; en ese intervalo se sitúa el 95% de la población médicamente sana. Un

5% de personas sanas (y muchas enfermas) todavía está por fuera de esas ± 2 desviaciones.

Como puede ver en la tabla 3, un niño puede necesitar cada día el doble de comida que otro, y ambos son

totalmente normales. Si les damos a los dos lo mismo, o bien uno sufrirá desnutrición o bien el otro se pondrá obeso.

Y recuerde, aún hay un 2 y pico por ciento de niños que necesitan un poco menos de comida, y otros tantos que

necesitan un poco más.

Si ha habido un baile de cifras con las calorías, la situación con los nutrientes específicos (proteínas, vitaminas,

minerales...) ya es un vodevil.

Por definición, las necesidades de nutrientes no se fijan en la supuesta media de la población, sino en dos

desviaciones típicas por encima de la media, redondeadas (normalmente al alza) para que quede una cifra bonita. Es

decir, cuando se dice que una persona necesita 300 miligramos de vitamina X al día es porque los expertos creen

(habitualmente no saben, sólo creen) que el 97,5% de la población necesita menos de esa cantidad. Oficialmente no

se llaman necesidades, se les da otro nombre que cambia con la época y el país. En Inglaterra RNI, ingesta

recomendada de nutrientes; en España CDR, cantidad diaria recomendada, en Estados Unidos se llamaban RDA,

asignación dietética recomendada, pero ahora se llaman RDI, ingesta diaria recomendada. En el lenguaje cotidiano

hablamos de necesidades: «Un adulto necesita 300 miligramos al día de vitamina X», como si eso fuera un mínimo.

Sería más correcto decir:

«La inmensa mayoría de los adultos necesitan menos de 300 miligramos».

Sólo a modo de ejemplo, veamos las recomendaciones para una vitamina que creíamos bien estudiada, la

vitamina C:

No sólo las cifras son distintas, sino que ingleses y norteamericanos ni siquiera han podido ponerse de acuerdo

en si, a partir del año, el niño necesita más vitamina C que antes, o menos.

Con otra vitamina, la niacina, ocurre una cosa aún más curiosa. La ingesta diaria recomendada, según los

norteamericanos, es de dos miligramos hasta los seis meses, y de cuatro miligramos entre los siete y los doce meses.

Un litro de leche materna sólo contiene 1, 5 miligramos de niacina, y un bebé torna menos de un litro al día, de modo

que, según esas cifras, todos los niños de pecho, desde que nacen, deberían tener un déficit de niacina. Apenas

toman la mitad de lo que necesitan. Si hubiéramos de tomar las recomendaciones al pie de la letra, todos los niños de

pecho tendrían que tornar un suplemento de un miligramo de niacina al día. ¿Qué pasa aquí? Resulta que los

expertos no tenían ni idea de cuánta niacina necesita un bebé, y decidieron que lo normal debe de ser lo que torna un

niño de pecho, puesto que los niños de pecho no tienen déficit de ningún

nutriente. Para la mayoría de vitaminas y minerales, la ingesta diaria recomendada durante los primeros seis meses es, por definición, la cantidad que toma un bebé con lactancia materna exclusiva. Pero hicieron el cálculo partiendo de otra cifra (al analizar la leche materna, nunca da exactamente el mismo resultado), suponiendo que la leche lleva 1,8 miligramos por litro. Por tanto el bebé estaría tomando 1,4 miligramos al día, redondeando generosamente, dos miligramos. La cifra de cuatro miligramos al día entre siete y doce meses viene de redondear generosamente la cantidad media de niacina que toma un bebé que toma leche y papillas.

Olvidemos el redondeo; volvamos al razonamiento original: los niños necesitan un miligramo al día de niacina, porque eso es lo que torna un niño de pecho.

Pero ¿cómo sabemos que el niño necesita un miligramo entero? ¿No es lógico pensar que la leche materna lleva

niacina de sobra, por si acaso? ¿No puede ser que el niño tenga suficiente con 0,8, con 0,5, o incluso con

0,1 miligramo? Pues no tenemos ni idea. Para saberlo habría que hacer una serie de experimentos con niños,

dándoles cada vez menos niacina para ver cuál es la cantidad mínima para que no enfermen; evidentemente no se

puede hacer un experimento así, por lo que nunca lo sabremos con certeza.

¿Y después de los seis meses? A esa edad, la ingesta recomendada aumenta de

dos a cuatro, y la leche

materna sí que es verdad que no llega a cuatro ni con redondeo. ¿Es esa la prueba de que, a partir de los seis meses,

la lactancia exclusiva es deficitaria en niacina, y el niño necesita comer otras cosas?

Pues ya ve que no. Las recomendaciones están calculadas partiendo de la base de que la alimentación

complementaria comienza a los seis meses. Si la alimentación complementaria comenzase a los ocho meses, las

recomendaciones serían: de cero a ocho meses, dos miligramos; de ocho a doce meses, cuatro miligramos. Es una

petición de principio, un razonamiento circular. Les damos papilla porque necesitan vitaminas, y necesitan vitaminas

porque toman papillas.

Son sólo dos ejemplos; podríamos contar historias parecidas de casi cualquier vitamina o mineral. En conclusión,

las necesidades teóricas de nutrientes no sirven para decidir cuál es la mejor edad para iniciar la alimentación

complementaria.

Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary

feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. Food Nut Bull

2003;24:2-28

Butte NF, Wong WW, Hopkinson JM, Heinz CJ, Mehta NR, Smith EOB. Energy requirements derived from total

energy expenditure and energy deposition during the first 2 years of life. Am J Clin Nutr 2000;72:1558-69

El hierro

El hierro es un caso especial. Frente a los otros nutrientes, de los que sólo tenemos cálculos teóricos muy

discutibles, con el hierro tenemos datos un poco más fiables. Y si bien es cierto que ningún niño de pecho sufre

escorbuto (por falta de vitamina C) o pelagra (por falta de niacina), sí que hay bastantes que tienen anemia por falta de

hierro.

La leche materna es pobre en hierro, pero ese hierro se absorbe muy bien, mejor que el de cualquier otro

alimento. La de vaca también es pobre en hierro, que además se absorbe muy mal. Y la leche de todos los mamíferos

que se han analizado es pobre en hierro. Cuando a una madre se le dan suplementos de hierro, la cantidad de hierro

en su leche no aumenta. Lo cual resulta muy llamativo, porque si a esa misma madre le damos una aspirina, la

cantidad de aspirina en su leche sí que aumenta. Existe, al parecer, un mecanismo biológico que impide, activamente,

que en la leche haya demasiado hierro.

¿Será que el exceso de hierro no es bueno para las crías? Se dice (pero no hay pruebas, que yo sepa) que el

exceso de hierro en el tubo digestivo del bebé podría facilitar la diarrea, porque varios de los microbios malos que

producen diarrea necesitan mucho hierro para vivir, mientras que los microbios buenos, los lactobacilos que forman la

flora digestiva de los niños de pecho, pueden vivir con muy poco hierro. En un par de estudios, los niños sanos, sin

anemia, a los que se daban suplementos preventivos de hierro, al cumplir el año pesaban y medían un poco menos

que los del grupo control, sin suplementos de hierro. Parece que darle mucho hierro a un bebé que no lo necesita no

es del todo inocuo, y tal vez convendría evitarlo (estoy hablando de los que no lo necesitan. Si su hijo tiene anemia y

le han mandado hierro, por supuesto que se lo tiene que dar).

Y si la leche tiene poco hierro, ¿por qué no tienen anemia todos los bebés, desde que nacen? ¿De dónde sacan

el hierro? No lo sacan de ningún sitio; los niños ya nacen con depósitos de hierro.

El hierro forma parte de la hemoglobina, la molécula que transporta el oxígeno por la sangre. El feto toma el

oxígeno de la sangre de la madre, a través de la placenta. Imagine la placenta como una red, a uno y otro lado dos

equipos juegan a pasarse la pelota. El que se queda la pelota gana. Pero la naturaleza no puede permitir que la

madre gane ese partido; si la madre se queda con el oxígeno, su hijo muere. Así que hace trampas. El equipo del feto

tiene más jugadores, y son todos profesionales. El feto tiene un tipo de hemoglobina especial, la hemoglobina fetal,

que se engancha más fuerte al oxígeno que la hemoglobina normal. Y además

tiene muchísimos glóbulos rojos, más

(por mililitro) que su madre e incluso más que su padre (los varones adultos tienen más, glóbulos rojos que las

mujeres; pero el feto tiene todavía más).

El resultado es que, cuando nace, el feto tiene un montón de glóbulos rojos sobrantes. Rápidamente se destruyen

no sólo los que sobran, sino todos, porque ya no necesita hemoglobina fetal. Y al mismo tiempo se van fabricando los

nuevos glóbulos rojos, con hemoglobina normal. La hemoglobina que se destruye se convierte en bilirrubina; por eso

a los recién nacidos les sube un poco y se ponen ictericos (amarillos). Entre el mes y los dos meses se alcanza el

punto más bajo, cuando quedan pocos glóbulos rojos fetales pero aún no se han fabricado suficientes glóbulos

normales, y el bebé tiene una anemia transitoria, la anemia fisiológica del lactante (fisiológico quiere decir que es

normal, que no es ninguna enfermedad).

El hierro de aquellos glóbulos rojos sobrantes se almacena, y se va empleando poco a poco para fabricar nuevos

glóbulos. Así que el gran problema es:

¿cuánto durarán los depósitos? Cuando el hierro almacenado se acabe, el poco hierro de la leche materna

resultará insuficiente, y el bebé necesitará comer otros alimentos ricos en hierro.

Hace ya varias décadas se hicieron cuidadosos cálculos, y se llegó a la

conclusión de que esos depósitos se

pueden agotar entre los seis y los doce meses. Y eso coincide bastante bien con la realidad: a los seis meses se

empiezan a ver algunos bebés con anemia, a los ocho meses algunos más, a los diez meses, más todavía...

Basándose en aquellos datos se suele decir que «a partir de los seis meses, el hierro en la leche materna es

insuficiente, y por lo tanto hay que introducir la alimentación complementaria». Pero, claro, eso es sólo una

simplificación muy exagerada. Sería más correcto decir: «A partir de los seis meses, algunos bebés pueden necesitar

alimentación complementaria, mientras que otros tienen suficiente hierro sólo con el pecho hasta los doce meses» (o

puede que más). El problema es saber quién necesita hierro y quién no.

Esos cálculos se hicieron en una época en que era costumbre pinzar y cortar el cordón umbilical nada más nacen

Hoy sabemos que es mejor cortarlo unos minutos después (pág. 79), y que así disminuyen los casos de anemia al año

de edad.

El posible déficit de hierro a partir de los seis meses es uno de los principales argumentos para iniciar la

alimentación complementaria a esa edad.

Muchos niños de pecho se niegan en redondo a comer otras cosas hasta los ocho o diez meses, o más; y cuando

digo en redondo quiero decir que ni una cucharada. Y otros muchos apenas

comen tres o cuatro cucharadas, y aquí

viene otro desacuerdo sobre la nomenclatura, porque cuando un niño come tres cucharadas las madres suelen decir:

«No come nada », pero yo digo: «Sí que come».

Personalmente, creo que los niños que se niegan a comer papillas es porque ya tienen hierro suficiente, y que en

el momento en que necesiten hierro (o cualquier otra cosa) ya espabilarán para comer. Así que los padres lo único

que tienen que hacer es ofrecerles alimentos ricos en hierro, y pueden quedarse tranquilos, tanto si el niño se los toma

como si no. Pero es sólo una creencia, no conozco ningún estudio científico que lo demuestre.

Otros creen todo lo contrario: que el déficit de hierro les hace perder el apetito, y por eso no quieren papillas y les

falta aún más hierro y entran en un círculo vicioso. Y en esa situación, los padres no deberían estar nada tranquilos.

Pero es sólo otra creencia; tampoco conozco ninguna prueba científica.

En cualquier caso, cuando un niño se niega a comer no se le puede obligar. No sólo es contrario a la ética (no se

puede obligar a comer a un ser humano), sino que es inútil. Decenas de miles de madres pasan horas intentando que

sus hijos coman, y no consiguen nada. El consejo (tantas veces escuchado) de «no darle teta, y así cuando tenga

hambre ya comerá otra cosa» es absurdo y aberrante: la leche materna es el mejor alimento que existe, y contiene

cientos de ingredientes; no tiene ninguna lógica privar a su hijo de todos ellos sólo para que tome un poco más de

hierro.

Hay una opción mucho más sencilla. Si el niño rechaza todas las papillas y sólo quiere pecho, y los padres o el

pediatra están preocupados por la posibilidad de que le falte hierro, sólo tienen que hacerle un análisis. Si está bien,

todos tranquilos, puede seguir sin papillas. Y si de verdad le falta hierro, pues se le dan unas gotitas de hierro, y

santas pascuas. Con pecho y hierro puede seguir sin papillas todo el tiempo que quiera.

Griffin U, Abrams SA. Iron and Breastfeeding. *Pediatr Clin N Amer* 2001;48:401-13

Makrides M, Leeson R, Gibson RA, Simmer K. A randomized controlled clinical trial of increased dietary iron in

breast-fed infants. *J Pediatr* 1998;133:559-62 Idjradinata P, Watkins WE, Pollitt E. Adverse effect of iron

supplementation on weight gain of iron-replete young children. *Lancet* 1994;343:1252-4 Pisacane A, De Vizia B,

Valiante A, Vaccaro F, Russo M, Grillo G, Giustardi A. Iron status in breast-fed infants. *J Pediatr* 1995;127:429-31

Datos empíricos

Como hemos visto, no se puede decidir la edad ideal para iniciar las papillas basándose en las necesidades

nutricionales de los niños, porque no conocemos cuáles son esas necesidades. De modo que los argumentos

decisivos son de índole práctica: ¿hasta qué edad están sanos los niños que toman sólo pecho?

En 1989, el doctor Hijazi publicó un estudio con el título Por cuánto tiempo es adecuada la lactancia materna

exclusiva. Su equipo siguió a 331 niños jordanos de clase media que habían tomado el pecho durante el primer mes y

cuyas madres tenían intención de continuar con lactancia materna exclusiva hasta nueva orden. Los niños eran

visitados en su domicilio y pesados cada dos semanas. Consideraban que el peso se estancaba cuando, en dos

periodos consecutivos de dos semanas, un niño engordaba menos del mínimo que habría de engordar según las

tablas de peso. El estudio terminaba cuando el peso se estancaba o cuando la madre dejaba de dar lactancia materna

exclusiva.

Un estudio de este tipo tiene muchísimas limitaciones. Primero, por definición un 3% de los niños engordan

menos del mínimo (que es el percentil 3). Segundo, esas tablas están hechas con niños que sí que han tomado

papillas. Tercero, parece que nadie aconsejaba en aquel estudio a las madres cómo mejorar la postura o dar el pecho

con más frecuencia, y que no se tenía en cuenta si el estancamiento de peso era causado por alguna diarrea u otra

enfermedad.

Cuarto, cuando la madre empezaba la papilla por su cuenta, mientras su hijo seguía engordando perfectamente,

nos perdíamos el final de la historia, ¿cuántos meses más hubiera seguido engordando sin las papillas?

El problema de la adecuación de las tablas es particularmente delicado.

Supongamos que los niños engordan más con pecho y papillas que con pecho sólo.

Es lo que supone la mayoría de la gente, pero la verdad es que nadie lo ha demostrado (véase más adelante).

Supongamos que, a los diez meses, los niños que toman sólo pecho pesan de media siete kilos, y los que además

toman papillas pesan 7, 2 kilos. ¿Qué es mejor? Pues seguimos sin saberlo. La decisión de qué es mejor debería

basarse en otros datos objetivos, como cuáles están más sanos, o tienen un mejor desarrollo psicomotor, tanto en ese

momento como a largo plazo. A falta de esos datos, la decisión es puramente arbitraria: si yo decido que lo normal a

los diez meses es tomar papillas, entonces el peso normal es 7, 2 kilos, y a los niños que no toman papillas les faltan

200 gramos. Pero si yo decido que a los diez meses lo normal es la lactancia materna exclusiva, entonces los niños

que toman papillas tienen un exceso de peso de 200 gramos. La teoría no se basa en los hechos, sino que son los

hechos los que se interpretan a la luz de la teoría.

Con todas sus limitaciones, el estudio de Hijazi encontró 53 niños que siguieron engordando normalmente con

lactancia exclusiva durante más de seis meses. De ellos, trece niños pasaron de los nueve meses; uno de ellos llegó

hasta el año y otro hasta los catorce meses. Esto es un mínimo. El estudio demuestra que algunos niños pueden

engordar normalmente durante un año o más sólo con el pecho. Pero no podemos saber si esos mismos niños

habrían engordado más o menos, o habrían estado más o menos sanos, si además hubieran comido otras cosas.

Si queremos resultados más concretos, lo que necesitamos es un estudio experimental. Dividir al azar a los niños

en dos grupos, que empezarán a tomar las primeras papillas a una edad distinta, y ver qué ocurre: cuáles engordan

más, cuáles están más sanos... Por desgracia, sólo se han hecho dos de tales estudios, y los dos por el mismo equipo

de científicos norteamericanos, en Honduras, a mediados de los años noventa. Unos niños tomaban la primera papilla

a los cuatro meses, otros a los seis. No encontraron diferencia en el peso ni en la talla, en los niveles de cinc en la

sangre, ni en la incidencia de diarrea y enfermedades respiratorias o anemia, ni en el desarrollo psicomotor. Las

madres que empezaron más tarde con la papilla perdieron más peso después del parto. Entre los cuatro y los seis

meses, los niños que tomaban papilla engordaron lo mismo que los que no; lo que demuestra que no comieron más,

sino que tomaron menos leche para hacerle hueco a la papilla.

Como la leche materna es más nutritiva que cualquier otro alimento, al hacer el cambio tomaban menos

nutrientes (y menos defensas). Basándose en esos dos únicos estudios (pues no

se ha hecho ningún otro en ningún

país), los principales expertos del mundo (la OMS, el Unicef, la Academia Americana de Pediatría y asociaciones

similares de casi todos los países) han cambiado sus recomendaciones; hace veinte años decían iniciar la

alimentación complementaria entre los cuatro y los seis meses; ahora dicen alrededor de los seis meses.

Dos estudios comparan cuatro meses con seis meses, y prueban que es mejor seis meses. Pero no tenemos ni

un solo estudio que compare seis meses con ocho, con diez o con doce meses. No lo hay, y nunca lo ha habido, pues

antiguamente se cambiaban las recomendaciones a ojo de buen cubero, sin estudios. Si los padres o los

profesionales pensaban que las recomendaciones sobre alimentación infantil se basaban en datos científicos y

procesos lógicos, se equivocaban.

En realidad, ha sido un poco como el juego de las sillas musicales: todo el mundo dando vueltas hasta que para

la música, y entonces se quedan donde están y de ahí no hay quien los mueva. Casualmente, cuando se acabó la

música (es decir, cuando se aceptó la necesidad de hacer estudios serios antes de cambiar las cosas) la norma

estaba en cuatro meses, y ha costado muchísimo cambiar de cuatro a seis. Si la música hubiera acabado hace un

siglo, cuando la norma era primera papilla a los doce meses, los partidarios de empezar a los diez meses hubieran

tenido que aportar pruebas sólidas para conseguir un cambio.

Hijazi SS, Abulaban A, Waterlow JC. The duration for which exclusive breast-feeding is adequate. A study in

Jordan. Acta Paediatr Scand 1989;78:23-8 Cohen RJ, Brown II-1, Canahuati J y cols. Effects of age of introduction of

complementary on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in

Honduras. Lancet 1994;343:288-293 Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Landa Rivera L. Age of introduction of

complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in

Honduras. Am J Clin Nutr 1999;69:679-86

Capítulo 12 - El destete

El destete ha sido víctima de un grave problema de traducción.

En español, destetar significa, evidentemente, quitar la teta. «Hacer que deje de mamar el niño», dice el

diccionario. Puede ser un destete brusco («ayer desteté a mi hija»), aunque por supuesto siempre es mejor el destete

gradual («llevo dos semanas destetando a la niña»).

Teóricamente, en inglés destetar se dice to wean. Pero no es lo mismo.

Etimológicamente, to wean significa acostumbrar, y los diccionarios la definen como: «Acostumbrar a un niño a

alimentos distintos de la leche de su madre».

Por tanto, no se desteta en un día o en un mes, sino en varios meses o años.

El Weaning inglés no corresponde a nuestro destete, sino que es el largo periodo que comienza con la primera

papilla y finaliza cuando al año deja el pecho definitivamente.

Cuando nosotros decimos comenzar con las papillas, los ingleses a veces dicen to start weaning. Si alguien lo

traduce como comenzar el destete, los lectores pensarán que, antes de un mes, el niño ha de estar destetado. Del

mismo modo, los ingleses llaman a veces weaning foods a las papillas. Y alguno va y lo traduce como alimentos de

destete, ¡desastre total! La traducción literal sería alimentos de acostumbamiento, una expresión horrible; la

traducción elegante podría ser alimentación complementaria, papillas, primeros alimentos... pero, desde luego, no

tienen nada que ver con el destete.

Una madre inglesa que dice «empecé a destetar el mes pasado» a lo mejor tiene intención de seguir dando el

pecho tres años más.

Destete espontáneo

Todos los niños se destetan, tarde o temprano. Lo crea o no, su hijo dejará el pecho. Si una madre me dijera:

«Quiero batir un récord Guinness, me gustaría dar el pecho durante quince años, ¿cómo podría hacerlo?», tendría que

contestarle:

«Lo siento, no creo que exista ningún método para conseguirlo. Haga lo que haga, su hijo dejará el pecho mucho

antes».

No existen estudios bien hechos sobre la edad del destete espontáneo.

Aparentemente, la mayoría de los niños dejan el pecho entre los dos y los cuatro años. Algunos maman hasta los

seis o siete. Personalmente, nunca he visto a ningún niño que haya mamado más de siete años. Una vez le pregunté

a una de las fundadoras de la Liga de la Leche, una persona que ha conocido a miles de madres lactantes durante

cuarenta años; me dijo que había visto dos niños que mamaron hasta los ocho años. Álvaro Núñez Cabeza de Vaca,

en sus Naufragios, habla de una tribu en lo que hoy es Florida en que los niños solían mamar hasta los doce años;

pero eran circunstancias muy especiales: vivían en un mecho muy hostil, sufrían frecuentes hambrunas, y Núñez está

convencido de que sin tan prolongada lactancia, los niños no hubieran sobrevivido.

También hay niños que dejan espontáneamente el pecho antes de los dos años; especialmente cuando las

papillas se han introducido en grandes cantidades desde el principio, saltándose tomas.

Las mujeres que dan el pecho más de un año se enfrentan a veces con la incomprensión y el rechazo de

familiares, amigos y profesionales de la salud.

Lo mismo ocurrió hace medio siglo con las primeras que se pusieron pantalones.

Paciencia, ya se acostumbrarán.

No existe ningún límite a la lactancia materna. No hay ningún motivo médico, nutricional ni psicológico por el que

haya que destetar obligatoriamente a determinada edad. Sí que existen médicos, nutricionistas o psicólogos que

pretenden establecer tales límites: «Tu leche ya no alimenta»; «le estás creando dependencia»... Son afirmaciones

que no se basan en ningún dato científico; son prejuicios. Usted no está obligada a compartir las opiniones de su

médico sobre la lactancia, del mismo modo que no tiene que ser del mismo equipo de fútbol o votar al mismo partido.

Algunas madres deciden dar el pecho hasta que el niño se cansa y lo deja espontáneamente. Otras prefieren

tomar ellas la iniciativa y destetarle antes.

Vd. decide.

Dettwyler KA. A time to wean: The hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations.

En Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds.: Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter, 1995

Sugarman, M, Kenclall-Tackett, IK. Weaning ages in a sample of American women who practice extended

breastfeeding. Clinical Pediatrics 1995; 34:642-7

González C, Aráuz F. Estudio sobre lactancias prolongadas.

<http://www.vialactea.org/destete.htm>

Destete dirigido

Si desea destetar a su hijo, conviene que lo haga poco a poco, reduciendo el número de tomas en varias

semanas, o como poco en varios días. El destete brusco resulta muy duro para el niño, para la madre y para toda la

familia (que tiene que oír los llantos del niño).

Recuerde que el pecho no es sólo comida, sino también cariño, contacto, consuelo, relación humana...

Precisamente por eso tengo que escribir un capítulo sobre la manera de destetar. Si el pecho fuera sólo comida, la

pregunta «¿cómo lo puedo destetar?» tendría una respuesta ridículamente obvia:

'9 Pues cada vez que pida pecho, en vez de pecho le da un vaso de leche, o un bocadillo de jamón». Pero no es

tan fácil.

Para destetar a un niño hay que darle todas esas cosas, cariño, contacto, consuelo... por otros medios. Ni por un

momento piense que destetar significa descansar. Muchas madres descubren que el pecho es, en realidad, una de las

formas más cómodas de atender las necesidades de su hijo. Para destetarlo hay que jugar más con él, leerle más

cuentos, enseñarle más canciones, admirar más sus dibujos, escuchar con más paciencia sus razonamientos, hacerle

más cosquillas, darle más besos... Un niño no va a renunciar al pecho si no obtiene otra cosa a cambio. Es cierto que

todo esto, a diferencia de dar el pecho, también lo puede hacer el padre; pero aun así la madre tendrá que hacer más

cosas que antes.

Y todas esas cosas hay que dárselas antes de que pida pecho. Hay que tomar la iniciativa y prestarle atención

aunque esté entretenido y sin molestar. Porque cuando se aburra y pida atención, probablemente no pedirá que

jueguen con él o le cuenten un cuento; pedirá pecho, que es lo que tiene costumbre de pedir.

Por ejemplo, si papá se lleva al niño al parque, y allí está jugando con él (no simplemente leyendo el periódico

mientras el niño se aburre), es muy difícil que el niño pida: «Vamos a casa, papá, que quiero teta». Pero si el niño está

aburrido en casa mientras sus padres están ocupados en otras cosas, cuando pida teta lo mejor es dársela enseguida.

Demasiado tarde para: «Manolo, llévate al niño al parque, que está pidiendo teta otra vez»; el niño se daría cuenta

rápidamente y pediría el pecho con renovado entusiasmo.

El niño destetado antes del año debería tornar leche adaptada para bebés (leche artificial). Después del año,

puede tornar leche de vaca entera. La leche materna tiene más grasa que la leche de vaca entera, por lo que no es

lógico darle leche desnatada o semi a un niño pequeño.

Capítulo 13 - Medicamentos y otras sustancias

Si el mundo fuera el lugar redondo y tranquilo que nos prometieron, un libro

para madres sobre lactancia materna

no debería tener un capítulo sobre medicamentos. No debería ni mencionar el tema. La posibilidad de que un

medicamento que toma la madre- perjudique al bebé es tan absolutamente remota que no vale la pena ni

mencionarla. Es más fácil ganar a la lotería (en cada sorteo gana alguien) que tener problemas con un medicamento

durante la lactancia. Y en esos casos absolutamente excepcionales, el médico que receta el medicamento en

cuestión debería saber qué hacer.

Pero el mundo está loco. Los medicamentos no causan casi ningún problema durante la lactancia; pero el miedo

a los medicamentos (el miedo de los médicos y el miedo de las madres) causa infinitos problemas, hasta tal punto que

me he visto obligado a escribir este capítulo.

Vivimos una situación que bordea la histeria colectiva. El mismo médico que le receta un tratamiento al bebé sin

pensárselo dos veces se cree obligado a consultar gruesos libros y a sopesar los pros y los contras antes de darle el

tratamiento a la madre. La misma madre que le da a su hijo sin vacilar cualquier medicamento que le hayan recetado

(¡y unos cuantos que ni siquiera le han recetado!) mira con desconfianza lo que le recetan a ella, comprueba en

alguna página de Internet que es compatible, pregunta a dos o tres médicos antes de decidirse... ¿Qué pasa, acaso el

medicamento es mucho más tóxico disuelto en leche que cuando está en la pastilla? Los prospectos de muchos

medicamentos advierten de presuntos peligros falsos o imaginarios. Muchos profesionales recomiendan el destete

cada vez que la madre debe tomar algún medicamento sin importancia (algunos, creyéndose muy modernos, no

recomiendan el destete, sino sólo interrumpir la lactancia durante el tratamiento y luego volver a dar el pecho, como si

eso fuera tan fácil de hacer). Muchas madres sufren el dolor y la enfermedad sin tratamiento, sólo porque están dando

el pecho. Veamos algunos ejemplos:

- Amaya es obligada a destetar porque tiene que tomar un antibiótico muy fuerte. A la semana siguiente, su bebé

tiene fiebre... y le recetan el mismo antibiótico.

- Silvia tiene una hernia discal, sufre terribles dolores y su médico sólo le dice: «Como estás dando el pecho, no

puedo darte nada». Tras tres meses de tortura, el médico le explica que ya no hace falta que dé el pecho, porque la

leche «ya no alimenta» y le receta por fin un antiinflamatorio. Al leer el prospecto, Silvia descubre que es el mismo

medicamento que le recetaron a su hijo cuando le pusieron la vacuna, por si le daba fiebre.

- A Lola le han hecho una simple radiografía de tórax, y le han dicho que tiene que estar veinticuatro horas sin dar

el pecho. ¿Imaginará este médico que, después de la radiografía, el paciente se vuelve de color verde fosforito, corno

en los dibujos animados?

- Lucía es asmática. En los últimos meses ha tenido varios ataques leves, para los que no le han permitido tornar

ningún tratamiento. ¿Se imagina lo que es cansarse al caminar, dormir superficialmente, notar que te falta el aire, ser

consciente de cada respiración, saber que todo pasaría con un golpe de inhalador, y tenerlo prohibido? Hace cuatro

días la situación se hizo insostenible: «Tienes que destetar a la niña ahora mismo y usar el inhalador cada cuatro

horas». ¿Se imagina lo que es destetar a lo bruto, de un día para otro, a una niña de siete meses; los llantos

inconsolables, las noches en vela? Tras varios meses de tortura asmática y cuatro días de desgarrador destete, Lucía

se entera de que el inhalador es perfectamente compatible con la lactancia, de que podía haberlo usado desde el

principio sin ningún peligro para ella ni para su hija.

- Montse tiene una infección de orina. Aunque su médico le aseguró que puede tomarse el antibiótico sin ningún

problema, el prospecto del medicamento dice que «no se ha demostrado su seguridad durante la lactancia». Así que,

por si acaso, en vez de tres pastillas al día ha tomado sólo dos. Lástima que no se le ha curado la infección.

El origen del mito

Creo que toda esta histeria en torno a los fármacos viene de la confusión entre embarazo y lactancia. ¿A que

parece imposible confundirlos? En el embarazo, el niño está dentro; en la lactancia, el niño está fuera; cualquiera

puede verlo. Pero en el prospecto de cualquier medicamento encontrará un párrafo titulado «embarazo y lactancia».

Todas las demás circunstancias tienen derecho a una explicación separada en el prospecto; nunca se dice «niños y

ancianos», ni «conducción de vehículos e insuficiencia renal». Pero el embarazo y la lactancia van siempre juntos,

como si fueran lo mismo.

Y no lo son. Las diferencias entre el embarazo y la lactancia son abismales, y no sólo en cuanto al consumo de

medicamentos.

Durante el embarazo, el bebé está a medio fabricar. Algunos medicamentos pueden producir efectos secundarios

completamente distintos de los que producen en un adulto. Esto quedó bien claro con el terrible desastre de la

talidomida. Era un buen analgésico, con muy pocos efectos secundarios, por lo que se usó ampliamente en

embarazadas. Pronto empezaron a nacer niños sin brazos, o con los brazos gravemente malformados. Hubo miles de

afectados en todo el mundo. El problema sólo puede ocurrir si la madre toma el medicamento justo en el momento en

que se están formando los brazos de su hijo. Cuando el fármaco lo toma un adulto, o un niño mayor, o un bebé, o

incluso un feto un poco mayor, cuyos brazos ya están completamente formados, no pasa nada. La talidomida no

puede hacer que los brazos se te desenrosquen y se caigan.

Los efectos de un medicamento durante el embarazo son completamente imprevisibles, y no tienen nada que ver

con sus efectos secundarios en el adulto. Aunque sea el medicamento más inocente del mundo, aunque el prospecto

diga: «Efectos secundarios: raramente, ligero dolor de cabeza que desaparece espontáneamente», nadie sabe si

puede provocar una malformación. En el laboratorio se hacen experimentos con ratas, perras y conejas embarazadas,

pero tampoco son una garantía, porque cada especie es distinta. Algunos medicamentos son muy peligrosos para el

feto de perro, y no hacen nada al feto de conejo.

Así que, las primeras veces que se administra un medicamento a una embarazada, es un salto en el vacío. Nadie

sabe qué ocurrirá. Sólo se lo darán si está muy enferma y si su enfermedad no se puede tratar con otro medicamento

más antiguo y mejor conocido. Sólo cuando un medicamento ha sido administrado a cientos, miles de embarazadas, y

no ha pasado nada, podemos afirmar que no hay ningún riesgo.

En cambio, cuando se le da un medicamento a un bebé, en principio los efectos secundarios van a ser más o

menos los mismos que en el adulto. Puede haber algunas variaciones; los niños pequeños pueden ser más sensibles

(o menos sensibles) a algunos efectos concretos, o puede que su hígado y sus riñones tarden más en eliminar

algunos productos. Pero, de todos modos, un medicamento cuyos peores efectos son «náuseas, dolor de cabeza, mareo» se lo daremos sin temor a un bebé; mientras que otro medicamento que puede producir «hepatitis fulminante, insuficiencia renal, convulsiones y coma» nos dará tanto miedo en un bebé como en un adulto, y sólo lo usaremos para tratar enfermedades graves.

Otra importante diferencia entre el embarazo y la lactancia es la cantidad de medicamento que recibe el niño.

Casi todos los medicamentos pasan tranquilamente a través de la placenta, y la concentración del fármaco en la

sangre de la madre y del niño son exactamente las mismas. Es decir, si el medicamento afecta al corazón de la

madre, afectará igual al corazón del feto (en cuanto su corazón esté formado y sea capaz de reaccionar). Si el feto

tuviera una infección, podríamos tratarlo dándole el antibiótico a su madre.

En cambio, la cantidad de medicamento que recibe el bebé a través de la leche es muy pequeña. Algunos

medicamentos pasan a la leche con dificultad, y la concentración en la leche es muy inferior a la concentración en la

sangre de la madre. Otros pasan con gran facilidad, incluso se concentran en la leche, alcanzando concentraciones

muy superiores a las de la sangre. Esto se valora mediante la relación leche/plasma (el plasma sanguíneo es lo que

queda de la sangre tras centrifugarla y quitarle las células: glóbulos rojos y blancos, y plaquetas):

Relación leche/plasma = Concentración en la leche / Concentración en el plasma

Un ejemplo de medicamento que pasa muy poco a la leche: la amoxicilina, un antibiótico muy usado (en España,

excesivamente usado). La relación leche/plasma es de aproximadamente 0,03. Es decir, la concentración es 33 veces

más alta en el plasma sanguíneo de la madre que en su leche. La concentración en la leche es algo menos de un

miligramo por litro. Mientras la madre toma 1.500 miligramos al día (25 mg/kg, si pesa 60 kilos), su bebé toma menos

de un miligramo al día, 0,3 mg/kg si pesa tres kilos. La amoxicilina se usa, por ejemplo, para tratar las otitis de los

bebés, a una dosis de 80 miligramos por kilo de peso. Es decir, si un niño de cinco kilos tuviera otitis, necesitaría

beber más de 400 litros de leche al día para recibir suficiente antibiótico.

Un ejemplo de medicamento que pasa mucho a la leche: la ranitidina, usada en el tratamiento de la úlcera

gástrica. La relación leche/plasma es de diez (aproximadamente, pues la relación real va variando con el tiempo); es

decir, el medicamento está diez veces más concentrado en la leche que en el plasma de la madre. Aun así, la

concentración en la leche es inferior a 3 mg/L. Es decir, que mientras la madre toma 300 miligramos al día, unos 5

mg/kg, el bebé toma bastante menos de 1 mg/kg. La ranitidina es un medicamento seguro (es decir, con muy pocos

efectos secundarios), y que a veces se administra a bebés (para tratar la

esofagitis por reflujo), a una dosis de 2 a 4

mg/kg. La madre puede tomar ranitidina sin temor.

La ranitidina es uno de los medicamentos que más se concentran en la leche, de hecho hay pocos casos en que

la relación leche/plasma sea superior a uno.

Todas estas cifras y cálculos son para desmentir una idea bastante extendida.

Cuando se dice «se concentra en la leche materna» o «diez veces más en la leche que en el plasma», muchos

se asustan: «Pero, entonces, ¿el niño va a tomar más medicamento que la madre!». Pues ya ve que no es así. El niño

jamás toma más medicamento que la madre. Eso es completamente imposible. En términos absolutos, la

imposibilidad es obvia: si la madre toma 10, en la leche no puede haber 11. Lo que pasa a la leche es sólo una

pequeña parte de lo que la madre ha tomado. Pero también es imposible en términos relativos: la dosis de

medicamento por kilo de peso que toma el bebé a través de la leche siempre es muy inferior a la dosis que toma la

madre. Cuando el medicamento pasa mucho a la leche, la dosis para el bebé es muy inferior (menos de la sexta parte,

en el caso de la ranitidina). Cuando el medicamento pasa poco a la leche (la inmensa mayoría de los casos), la dosis

es ridículamente inferior.

Una importante consecuencia: es imposible tratar a un lactante dándole el medicamento a la madre. Si madre e

hijo tienen la misma enfermedad y han de tomar el mismo medicamento, al niño hay que darle su dosis completa. Con

lo que pasa por la leche, el bebé no tiene ni para empezar. O al revés: para conseguir suficiente medicamento en la

leche, la madre tendría que tomar tanta cantidad que probablemente se intoxicaría.

Algunas ideas generales

- Si se le puede dar al niño sin temor, también se le puede dar a la madre.

Hay medicamentos que se les dan cada día a cientos de bebés por motivos banales, para la tos o los mocos o la

otitis. Otros medicamentos se usan más raramente en bebés, para tratar la tuberculosis, la insuficiencia cardíaca o la

epilepsia; pero cuando los usamos, nadie se asusta y no suele haber efectos secundarios. En general, tales

medicamentos serán plenamente compatibles con la lactancia. En cambio, cuando un medicamento está formalmente

contraindicado en niños pequeños, o cuando sólo se usa en enfermedades muy graves (como el cáncer) porque

tienen peligrosos efectos secundarios, es lógico seguir buscando información. Incluso un medicamento peligroso

puede ser compatible con la lactancia si pasa en pequeña cantidad a la leche; pero si pasa en gran cantidad podría

haber problemas.

- Si se puede tomar durante el embarazo sin peligro, se puede tomar durante la lactancia. Hay medicamentos que

se toman durante el embarazo sólo en caso de vida o muerte, porque no hay otro remedio. Pero aquellos

medicamentos que se puedan tomar tranquilamente y sin ningún temor durante el embarazo, con más motivo se

podrán tomar durante la lactancia. Algunos expertos no estarán de acuerdo con este punto; teóricamente, un

medicamento podría ser peligroso para el bebé pero no para el feto. Por ejemplo, si produjera depresión respiratoria:

como el feto no respira, no puede perjudicarlo. Pero lo cierto es que, aunque teóricamente pueda existir, no conozco ni

un solo ejemplo real de medicamento que se pueda dar sin peligro durante el embarazo («no se preocupe, no pasa

nada») y sea peligroso durante la lactancia.

- Si no se absorbe por vía oral, no puede hacer daño al bebé. No existen pastillas de heparina, gentamicina... sólo

existen inyecciones. No importa si pasan o no pasan a la leche, porque a su bebé no le van a poner una inyección de

leche. Otros medicamentos se dan por vía oral, pero precisamente para que no se absorban, porque actúan

directamente en el intestino: antiácidos, muchos laxantes, algunos antibióticos usados (habitualmente mal usados)

para tratar la diarrea...

- Si los efectos secundarios son leves, no importa si pasa a la leche o no.

Por ejemplo, en el prospecto del omeprazol (para la úlcera de estómago) leemos: «Es bien tolerado. Raramente

se han comunicado náusea, dolor de cabeza, diarrea, estreñimiento y flatulencia. En algunos pacientes se ha

presentado erupción cutánea. Generalmente, estos síntomas fueron leves y pasajeros». Incluso suponiendo que

pasase a la leche en grandes cantidades (que no pasa), ¿qué más da que el bebé tenga una diarrea leve? Si le quitan

el pecho, aparte de lo que va a llorar, es fácil que tenga una diarrea importante.

- Existen más datos sobre los medicamentos más antiguos. Cuando un fármaco sale al mercado, nadie sabe si

pasa a la leche o no, sencillamente porque aún no lo ha tomado ninguna madre. Entre dos medicamentos similares,

normalmente se usa el que se conoce mejor. Pero en algunos casos será mejor usar el fármaco nuevo, aunque sea

poco conocido, por ejemplo si es más seguro (tienen muchos menos efectos secundarios) que el antiguo.

- Todos los fármacos de efecto tópico se pueden usar durante la lactancia. Con efecto tópico quiero decir que

actúan sólo en la parte del cuerpo en que se aplican. Por ejemplo, no es lo mismo la penicilina, que se inyecta en la

nalga para que se absorba y pase a la sangre y actúe sobre todo el cuerpo, que la anestesia local, que sólo duerme

una pequeña zona alrededor del punto de inyección. Si la madre no se duerme toda entera, sino sólo ese trocito,

quiere decir que el anestésico no pasa a la sangre, y por lo tanto tampoco pasa a la leche. Tampoco es lo mismo una

pomada que se usa para tratar una enfermedad de la piel que un parche de nicotina o de nitroglicerina, que se pone

en la piel para que el fármaco se absorba y se distribuya por todo el cuerpo. (Por cierto, la penicilina, la nicotina y la

nitroglicerina sí que son compatibles con la lactancia... pero no porque su efecto sea tópico, sino por otros motivos.)

Todas las pomadas, gotas para los ojos, gotas para los oídos, inhaladores nasales, inhaladores bronquiales, óvulos

vaginales... se pueden usar sin ningún temor durante la lactancia. Es cierto que siempre se absorbe una pequeña

cantidad de esos productos; pero lo que pasa a la sangre ya es muy poco, y por lo tanto lo que pasa a la leche es

todavía menos. Concretamente, el asma o la rinitis alérgica se tratarán siempre que sea posible con inhaladores, que

son mucho más seguros que cualquier medicamento por vía oral.

- Cuando el bebé crece, el riesgo disminuye. El recién nacido todavía no tiene tanta capacidad como el bebé

mayor o el adulto para eliminar algunos fármacos, porque sus riñones y su hígado todavía no trabajan a pleno

rendimiento.

Además, el recién nacido toma siempre una dosis mayor. Un bebé de seis kilos toma más leche que un bebé de

tres kilos, pero no el doble de leche, por lo tanto, la dosis de leche (y de cualquier cosa disuelta en la leche, como los

medicamentos) por kilo de peso va disminuyendo. Un niño de nueve kilos toma menos leche que uno de seis, porque

ya está comiendo otras cosas. Un niño de doce kilos toma menos leche que uno de tres. Todo lo que dicen los libros

sobre fármacos y lactancia está calculado para el peor de los casos, para un recién nacido. Si dicen que cierto

medicamento se administrará con precaución (por ejemplo, si la madre toma barbitúricos, hay que estar atentos por si

el bebé presentara somnolencia), se refieren al recién nacido. Con los niños mayores normalmente no es necesaria

ninguna precaución. Salvo, quizá, alguna rarísima excepción por un medicamento sumamente tóxico, es absurdo

decirle a una madre que destete a su hijo de dos años, que sólo mama un par de veces al día, porque toma un

medicamento; probablemente quien aconseja tal cosa tiene fuertes prejuicios contra la lactancia a los dos años, y usa

el fármaco como simple pretexto.

- Por el mismo motivo, cuando la madre toma el medicamento de forma continuada, el riesgo es cada vez menor.

Por ejemplo, algunos expertos recomiendan hacer controles de hormonas tiroideas al lactante si su madre toma

antitiroideos. Pero si hacemos un control al cabo de un mes, y es normal, y otro a los tres meses, y también es normal,

no tiene sentido seguir haciendo controles. Si hubiera efectos secundarios, sería al principio. Tampoco tiene sentido

decirle a una madre con un tratamiento crónico: «Dale el pecho sólo tres meses, por las defensas, y luego lo

destetas». Si hubiera algún peligro, sería, precisamente, en esos primeros

meses; si no ha pasado nada, puede seguir

todo el tiempo que quiera.

- En general, la hora en que se toma el medicamento no tiene ninguna importancia en relación con la lactancia.

Sólo en algunos casos especiales, aquellos medicamentos que únicamente se puedan dar con grandes

precauciones, le recomendará su médico un horario especial. Se trataría de hacer coincidir el pico máximo de

concentración en sangre (distinto para cada fármaco) con el periodo más largo en el que su hijo no suele mamar (lo

que a veces es por la noche, pero no siempre). Pero en la inmensa mayoría de los fármacos, que son plenamente

compatibles con la lactancia, no hay que darle la menor importancia al horario. ¿Qué más da que pase un poco más o

un poco menos de medicamento?

El doble de una cantidad ridícula sigue siendo otra cantidad ridícula.

- Es una grave irresponsabilidad dejar a una madre enferma sin tratamiento, sólo porque está dando el pecho. Ni

se le ocurra tomar menos dosis, o menos tiempo, del que le han recomendado; su hijo no va a estar ni mejor ni peor

por tomar un pelín más o menos de medicamento; pero tanto usted como su hijo van a estar mucho peor si usted no se

cura.

Cómo buscar información

A veces una madre pregunta al pediatra algo así como: «Tengo colitis ulcerosa (o psoriasis, o hipertensión, o

lupus...), ¿qué puedo tomar?». Pero el pediatra no sabe; esas enfermedades las ha de tratar un médico de adultos, y

muchas veces, un especialista. Es ese especialista el que debe proponer el tratamiento (o mejor varios tratamientos

alternativos). Entonces sí, es probable que el pediatra tenga un libro donde consultar cuál de esos medicamentos

puede tomar.

En un mundo ideal, será el médico de la madre el que se preocupe de buscar un tratamiento compatible con la

lactancia. En algunos casos hablará con el pediatra, o le escribirá una nota, para ponerse de acuerdo en el tema. Pero

todavía hay muchos médicos que prohíben la lactancia sin motivo, o privan a la madre del tratamiento que necesita.

En esos casos, pregunte: «Y si no estuviera dando el pecho, ¿qué medicamento me recetaría? ¿Hay otros

medicamentos parecidos que también se puedan usar en mi caso?». Pida siempre varias opciones y apunte los

nombres. Luego, otro médico con más interés por la lactancia podrá ayudarla a elegir. En algunos casos, la madre se

ve obligada a buscar ella misma la información y llevársela a su médico.

Prospectos y vademécum

El peor sitio para buscar información sobre lactancia es el prospecto del medicamento. Un auténtico desastre.

Casi todos los medicamentos advierten que hay peligro, que no se debe usar, que está contraindicado. Muchos se

descuelgan con vagas admoniciones del tipo: «Durante la lactancia sólo se usará cuando sus posibles beneficios

superen, a criterio del médico, a los riesgos potenciales»; una frase que espanta mucho a las madres, pero que no es

más que una perogrullada (durante la lactancia, y durante toda la vida, por supuesto que un medicamento sólo se usa

si sus beneficios superan a sus riesgos).

Muchas veces ocurre que el médico comprueba con cuidado que un medicamento es perfectamente compatible

con la lactancia, se lo receta a la madre... y ésta, al llegar a casa y leerse el prospecto, se pega tal susto que no se lo

roma, o toma una dosis menor o durante menos días. No haga eso. Si no roma la dosis necesaria, es probable que no

se cure. En caso de duda, llame a su médico y explíquele lo que dice el prospecto. Si no le puede llamar ahora

mismo, tómese el medicamento, siga dando el pecho normalmente, y llámelo al día siguiente.

Siempre habrá tiempo de destetar al niño o de dejar de tomar el medicamento.

No hay ningún medicamento tan venenoso que, por tomar el pecho un par de días, le vaya a pasar nada grave al

bebé (recuerde que cualquier medicamento es más peligroso para la madre que toma la pastilla que para el niño que

sólo toma la leche; si el prospecto no dice: «Haga testamento antes de tomar este medicamento»), será que no es para

tanto).

En España, sobre el escritorio de los médicos suele haber un grueso libro rojo, el vademécum. Básicamente,

contiene los prospectos de todos los medicamentos. Por tanto, está lleno de errores.

Información en Internet

La Academia Americana de Pediatría publica regularmente una lista de medicamentos y lactancia materna. No

aparecen todos los medicamentos que existen; por tanto, no basta con mirar los contraindicados y ver que no están;

también hay que consultar la lista de los medicamentos compatibles y comprobar que sí están. Si el medicamento no

sale en ninguna de las listas, significa que tendrá que buscar la información en otro sitio.

Encontrará esa lista en Internet, traducida al español, en la página de la Asociación Española de Pediatría:

www.aeped.es/pdf-clocs/Im-aap2001.pdf

La excelente página del Hospital de Denia ofrece información más detallada sobre cientos de medicamentos:

www.e-lactancia.org

Completas monografías en inglés sobre muchos fármacos en

<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>

Medline, la madre de todas las informaciones

Muchas veces no encontrará información sobre un determinado medicamento,

y su médico tampoco encontrará

nada en los libros, o la información será insuficiente, o querrá estar segura. En esos casos, lo mejor es ir a la fuente:

Medline.

Medline es una gigantesca base de datos que contiene información sobre millones de artículos de revistas

médicas publicados desde los años cincuenta.

Cientos de revistas médicas en docenas de idiomas. En la mayor parte de los casos, se ofrece un resumen del

artículo en inglés. En algunos casos, es posible leer el texto completo del artículo a través de Internet.

La única pega es que está todo en inglés.

Puede entrar en Medline en

www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez

O, simplemente, busque Medline en el Google.

Un ejemplo práctico. Supongamos que sufre usted una fuerte depresión posparto y le han recetado paroxetina, un

antidepresivo. El primer problema es: ¿cómo diablos se dirá en inglés? No son palabras que suelen salir en los

diccionarios. Por fortuna, los nombres de medicamentos son muy similares en español y en inglés, así que vamos a

probar a lo bruto: escriba paroxetina y dele al Intro.

Aparece un solo artículo, originalmente escrito en italiano (se ve que allí se llama igual). Pero Medline, muy

amablemente, nos pregunta si hemos querido decir paroxetine, que daría 3.199 artículos (para cuando usted lea este

libro, seguro que ya salen más). Puede escribirlo bien, o simplemente puede hacer clic sobre paroxetine, y saldrán los

20 primeros de esos tres mil y pico.

No siempre es tan fácil encontrar el nombre en inglés del medicamento.

Pruebe a cambiar la f por ph, la i por y, o

a añadir alguna h detrás de c o t.

También puede buscar el nombre comercial en Google; es probable que en inglés sea el mismo.

Claro, no se va a mirar los 3.000 artículos. Así que vamos a buscar los que hablan de paroxetina y lactancia. En la

ventanita de arriba, escriba breastfeeding (lactancia materna) después de paroxetina. Es indiferente que escriba una

coma en medio o no la escriba. También podría escribir en medio la palabra AND, en mayúsculas, y el efecto sería el

mismo. Pulse Intro, y esta vez sólo aparecen 20 artículos que contienen al mismo tiempo las dos palabras, ya sea en

el título, en el resumen o incluso en el nombre de los autores.

Repase los títulos, y haga clic en el que le interese para leer un resumen. El primero (pero puede que cuando lo

pruebe usted ya no sea el primero) se titula

«The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding», y dice que es una revisión (review). Pinta

bien. Pero al leer el resumen vemos que no dice nada concreto. O bien vamos

a una biblioteca especializada a buscar

el artículo completo, a ver si se aclara, o bien seguimos buscando entre los veinte resúmenes.

El artículo número 7 también pinta bien: «Paroxetine during breast-feeding: infant weight gain and maternal

adherence to counsel». El resumen esta vez es claro: 27 madres tomaron paroxetina durante la lactancia, no hubo

ningún problema.

El artículo número 10, «Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women», pinta aún mejor: esa

rayita verde que hay en el icono de la izquierda significa que el artículo entero, y no sólo el resumen, se puede leer

gratis en Internet. Éste es más terminante todavía: hicieron análisis de sangre a los bebés, y no encontraron ni rastro

de la paroxetina. Ningún problema. Haciendo clic en el lugar adecuado puede ver el artículo completo, imprimirlo y

llevárselo a su médico si es necesario.

Abreviando, encontrará varios artículos más, algunos de los cuales se pueden leer enteros. Todos coinciden en

que se puede tomar paroxetina durante la lactancia (aunque no todos lo dicen explícitamente; prefieren decir: «No se

observaron efectos adversos»; «bajas concentraciones en la leche», y cosas así).

Aun así, igual no hemos encontrado toda la información sobre el tema. Los ingleses a veces escriben

breastfeeding todo junto, a veces en dos palabras, breast feeding, y a veces con guión, breast-feeding. Medline no

distingue si hay un guión en medio o no, así que no hace falta probar con el guión. También puede ocurrir que el

artículo buscado no use la palabra breastfeeding, al menos en el título y en el resumen, porque no habla de niños que

toman el pecho, sino del periodo de lactancia en la madre (lactation). Esta última palabra la usan también para

referirse a animales. Y alguien puede que no haya hablado de lactancia ni de dar el pecho, sino de «paroxetina en la

leche materna» (human milk o breast milk). Para que no se nos escape nada, podemos escribir en la ventanilla lo

siguiente (al pie de la letra, incluyendo el paréntesis):

paroxetine AND (breastfeeding OR breast feeding OR lactation OR milk)
Aparecerán todos los artículos que

mencionan la paroxetina y al menos una de las palabras que siguen. En este momento, son 31. Al buscar leche, sin

especificar si es materna o no, puede que salga algún artículo sobre tornarse la pastilla con un vaso de leche, pero de

todos modos 31 no son demasiados, y los podemos repasar todos.

Truco de las frases: lo mismo que en Google, cuando quiera buscar dos o más palabras juntas, formando una

frase, tiene que escribirlas entre comillas. En el caso de breast feeding no es necesario, porque Medline tiene un

diccionario interno y reconoce que estas dos palabras forman una expresión; si quiere encontrarlas también por

separado, tendrá que separarlas con una coma. En cambio, paroxetine levels (niveles de paroxetina) no es una

expresión del diccionario; si las busca separadas encontrará 388 artículos; si las busca como frase entrecomillada,

sólo nueve.

¿Y si no sale ni un solo artículo? Aunque no sepamos si el medicamento pasa a la leche o no, todavía podemos

encontrar información útil. Por ejemplo, si buscamos:

indomethacin infant

Aparecen más de mil artículos. Basta con echar un vistazo a los primeros para darse cuenta de que la

indometacina se administra frecuentemente no sólo a bebés, sino a prematuros. Siendo así, es evidente que sí que la

puede tomar durante la lactancia.

Días para tomarse una pastilla

Los datos sobre fármacos en la leche materna resultan a veces difíciles de comprender, incluso para los

profesionales. Por ejemplo, se ha encontrado una concentración de digoxina en la leche de 0,00096 mg/L. Eso es lo

mismo que 0,00096 ug/ml, o 0,000096 mg/100 ml, o 0,000096 mg/dl, o 0,96 pg/L, o 0,096ug/dl, o 96 ng/dl... y en

distintos libros lo encontrará explicado de distintas formas. ¿A que es la locura? Podemos imaginar un kilo de arroz o

cien gramos de jamón, pero nadie puede imaginar 96 nanogramos por decilitro.

¿Eso es mucho, o es poco?

Imagine que una de las pastillas que está tomando se le cae al suelo, y su hijo la encuentra y se la traga. ¿Cree

que con una sola pastilla se va a intoxicar? Pues ahora imagine que, en vez de tragársela, le da un lametazo, la

esconde, al día siguiente le da otro lametazo... ¿Sabe cuántos días tardaría en tomarse una pastilla?

Realizo el cálculo con la concentración máxima en la leche del fármaco (lo que es una exageración, pues la

concentración máxima sólo se alcanza en un momento determinado, y el resto del día es más baja), asumiendo que el

lactante toma cada día 750 mililitros de leche materna (algunos toman un poco más a los cuatro o cinco meses, pero

tanto los recién nacidos como los niños mayores que ya comen otros alimentos en realidad toman bastante menos

leche). En la siguiente tabla damos los resultados para algunos fármacos; las concentraciones en la leche están

sacadas del libro de Hale.

Como se puede observar, el lactante necesita más de un mes para tomarse una sola pastilla de atenolol (mejor

usar propanolol, labetalol o metopronol); dos meses y medio para una pastilla de ranitidina, casi un año para una

pastilla de digoxina, cuatro años y medio para tomar una sola pastilla de cloxacilina (suponiendo que su madre

tomase cloxacilina cada día durante todo este tiempo). ¡Y aún vemos suspender la lactancia en caso de mastitis,

porque la cloxacilina pasa a la leche!

Cuando el medicamento se usa en lactantes, podemos también ver qué dosis le daríamos a su hijo si estuviera

en tratamiento, y cuántos días tendría que mamar para conseguir esa dosis. Por ejemplo, la dosis habitual de digoxina

es de 0,015 mg/kg/d; un lactante de 5 kilos tendría que tomar 0,075 miligramos.

Para obtener esa cantidad de la leche, necesitaría tomar 78 litros, lo que le llevaría 104 días. Es más fácil morir

ahogado en la leche, o aplastado por su peso, que intoxicado por la digoxina.

Hale TW. Medications and mothers' Milk. 11th ed. Amarillo, Texas. Pharmasoft Publishing; 2004

Alcohol

El alcohol pasa fácil y rápidamente de la sangre de la madre a la leche, y viceversa, de forma que la

concentración en ambos líquidos es la misma. La relación leche/plasma es 1.

El límite legal de alcohol en sangre para conducir es de 0,025% o 0,025 g/100ml (0,25 g por litro). Hace unas

décadas, el límite legal era 0,08%. Con un nivel superior a 0,15% la persona está visible y claramente borracha. Con

un nivel superior a 0,55%, te mueres. Así de sencillo, caes muerto al suelo.

Muchos mueren un poco antes.

Incluso las personas acostumbradas a beber reaccionan igual ante los mismos niveles de alcohol. Lo que ocurre

es que los bebedores habituales eliminan el alcohol más rápidamente, y les cuesta más alcanzar un nivel alto; pero al

llegar a 0,15 se emborrachan, y a 0,55 se mueren, como todos los demás.

Por lo tanto, es absolutamente imposible que la leche materna contenga más de 0,55% de alcohol, y para eso la

madre tiene que estar hospitalizada por intoxicación etílica aguda. En la práctica, una madre borracha podría tener 0,2

o 0,3% de alcohol en la leche, y una madre que beba con moderación no va a llegar a 0,05%.

El vino tiene un 10 o 12% de alcohol. Los licores, un 30 o 40% (algunos incluso más). La cerveza tiene un 4 a 6%

de alcohol. La cerveza sin alcohol puede contener legalmente hasta un 1% de alcohol. Una persona con un 1% de

alcohol en la sangre estaría muerta hace tiempo. Por lo tanto, incluso la leche de una madre completamente borracha

se podría embotellar con la etiqueta «leche sin alcohol». Y la leche de una madre que ha tomado una copita, aunque

llegue a 0,04% y dé positivo en el control de carretera, todavía se podría vender como «leche sin alcohol 0,0», porque

0,04 se redondea como 0,0 (si somos puristas, 0,06 se redondea como 0,1; ignoro si los fabricantes de cerveza son

tan estrictos).

En conclusión, la leche es, en el peor de los casos, una bebida alcohólica muy, pero que muy suave, y es casi

imposible que beber alcohol durante la lactancia perjudique al bebé.

Digo casi porque los recién nacidos son muy sensibles al alcohol, lo metabolizan muy lentamente, y además

beben como cosacos. Más de medio litro de leche al día, con poco más de tres kilos, es como para un adulto de 60

kilos beber diez litros al día. Una amiga comadrona me ha contado que en su hospital, en Barcelona, acudió una vez a

urgencias un recién nacido con somnolencia excesiva e hipotonía; la única causa aparente era que la madre se bebía

una mediana de cerveza antes de cada toma. Lo triste del caso es que la madre era abstemia; hacía el esfuerzo de

beber tanta cerveza porque había oído que era buena para tener más leche.

El consumo de alcohol se mide en gramos al día; pero a efectos prácticos se suele medir en copas.

Tradicionalmente, una copa es tanto más pequeña cuanto mayor la gradación alcohólica de la bebida: la cerveza se

bebe en jarras, el vino en vasos, el vino generoso en copas, el coñac en copas más pequeñas, el tequila en

recipientes minúsculos. Cada copa de bebida lleva, más o menos, la misma cantidad de alcohol. No se puede decir,

por tanto, que el tequila sea más peligroso que la cerveza, siempre que se conforme con la dosis de un chupito. Por

supuesto, una jarra llena de tequila sí que sería muy, pero que muy peligrosa.

En un estudio se encontró un leve retraso en el desarrollo psicomotor de los niños cuando las madres consumían

más de dos copas al día. Basándose en ese dato, muchos libros recomiendan «máximo dos bebidas al día» durante

la lactancia. Desde luego, es una norma prudente no sólo durante la lactancia, sino durante toda la vida. El alcohol es

malo para la salud, para la de la madre y para la del padre, y es buena idea no pasar nunca de las dos copas.

Pero si usted es de las que toman tres o cuatro copas al día, y no puede o no quiere dejarlo, no creo que esté

perjudicando por ello a su hijo. Se perjudica a sí misma, pero no al bebé. Es mucho mejor el pecho, incluso si la

madre toma tres copas al día, que el biberón. Es muy difícil que esas cantidades de alcohol afecten al bebé, y los

mismos científicos, cuando volvieron a repetir su estudio unos años después, ya no encontraron relación entre el

alcohol y el desarrollo psicomotor. Probablemente lo que ocurre es que muchas madres que beben durante la

lactancia también bebieron durante el embarazo, y fue eso lo que afectó al desarrollo de sus hijos.

Durante el embarazo, el alcohol sí que es peligroso. Muy peligroso. No hay ninguna cantidad de alcohol que se

considere segura durante el embarazo. El objetivo debe ser consumo cero, ni una gota de alcohol. Por supuesto, una

cerveza por semana será menos mala que una cerveza al día, pero nadie puede garantizar que «con una cerveza por

semana no pasa nada».

Si algún día, en una fiesta, bebe más de la cuenta, puede ser prudente no dar el pecho mientras esté visiblemente

ebria, sobre todo si el bebé tiene pocas semanas. Cuando vuelva a estar serena

querrá decir que su nivel plasmático,

y por tanto el nivel en su leche, ha vuelto a bajar de 0,15. Recuerde, el alcohol pasa fácilmente en los dos sentidos, no

se queda acumulado en el pecho. Por tanto, no es necesario sacarse la leche y tirarla (a no ser que tenga los pechos

demasiado llenos y le molesten); la leche se limpia sola.

Little RE, Northstone K, Golding J; ALSPAC Study Team. Alcohol, breastfeeding, and development at 18 months.

Pediatrics 2002;109:E72-2

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/109/5/e72>

Tabaco

Lo mismo que el alcohol, el tabaco es malo para la salud. La madre que da el pecho, sería mejor que no fumase.

Y la que da el biberón. Y el padre. Y los que no tienen hijos. Fumar es malo para todos.

Ahora bien, si fuma, lo mismo que si bebe alcohol, es mejor que siga dando el pecho. El tabaco es malo, pero no

tanto como para convertir la leche materna en algo peor que la leche artificial.

Los hijos de padres fumadores sufren más problemas respiratorios; bronquitis, neumonías, otitis. Se ha

demostrado que la lactancia materna protege en parte contra esos problemas. Es decir, humo de tabaco y encima

biberón es la peor combinación para la salud del niño. Si no puede dejar de fumar, al menos siga dándole el pecho.

Por desgracia, mucha gente (familiares, conocidos, y puede que hasta algún médico) presiona a la madre

fumadora para que deje de dar el pecho. Tal vez por eso las madres que fuman destetan, estadísticamente, más

pronto.

La nicotina pasa a la leche. Incluso en la leche de algunas madres no fumadoras hay nicotina, porque son

fumadoras pasivas. Pero recuerde que la nicotina es el menor de los problemas del tabaco. El cáncer, la bronquitis y

el enfisema no son causados por la nicotina, sino por el alquitrán y otros componentes del humo. Por eso se usan

parches de nicotina para dejar de fumar: porque el humo del tabaco es mucho más peligroso que la nicotina del

parche.

Por lo tanto, si la madre fuma, el peligro para el bebé no es la leche contaminada, sino el humo. Si no fuma nunca

dentro de casa, su hijo no estará expuesto al humo, y la nicotina en la leche no le hará ningún daño. En cambio, si

fuma dentro de casa, su hijo respira el mismo humo tomando el biberón que tomando el pecho.

Por supuesto, el humo que produce el padre o cualquier otra persona es igual de peligroso que el de la madre. La

ley prohíbe fumar en todos los centros de trabajo, para proteger la salud de nuestros compañeros de trabajo que no

fuman. ¿No le parece que la salud de su hijo merece la misma protección? No basta con no fumar en la misma

habitación; los pisos son muy pequeños y el humo lo invade todo. Insista en que nadie fume en ningún lugar de la

casa. A fumar, al balcón.

Y si, para dejar de fumar, necesita usar parches o chicles de nicotina, pues úselos. Puede seguir dando el pecho

perfectamente. Esos parches están calculados para que la cantidad de nicotina en la sangre sea más o menos la

misma que cuando se fuma, y por tanto no es peligroso para el bebé.

DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and

children's health. Pediatrics 2004;113:1007-15

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/4/S1/1007>

Café

La cafeína pasa a la leche, pero en pequeña cantidad. En un estudio, cuando las madres tomaban cinco tazas al

día de café, con 100 miligramos de cafeína por taza, no se alteraban el sueño ni la frecuencia cardiaca de los bebés,

que recibían con la leche menos de un miligramo por kilo y día de cafeína.

Así que puede usted tomar café tranquilamente. Ahora bien, cabe la posibilidad de que un consumo exagerado

de café, sumado a las bebidas de cola, el chocolate y el té, pueda alterar a algún bebé especialmente sensible. Si le

parece que su hijo duerme poco o está muy nervioso, pruebe a tomar café descafeinado y a reducir otras fuentes de

cafeína.

Ryu JE. Effect of maternal caffeine consumption on heart rate and sleep time of breast-fed infants. Dev Pharmacol

Ther 1985;8:355-63

Isótopos radiactivos

Si se hace una gammagrafía con isótopos radiactivos, es posible que tenga que interrumpir la lactancia durante

unas horas. La agencia de energía atómica de Estados Unidos ha dado normas muy concretas sobre cuántas horas

hay que estar sin dar el pecho según el tipo de isótopo y la dosis. Las encontrará en

www.nrc.gov/reading-rm/doccollections/nlregs/staff/sr1556/v9/r1/sr1556v9r1.pdf

Es un documento muy largo, lo de la lactancia está en las páginas 325 y 326.

Cuando en la columna 3 no dice nada, es que se puede dar el pecho sin ninguna interrupción. Y estas normas

están calculadas con un amplio margen de seguridad, no hay ningún motivo para esperar más tiempo. En muchos

hospitales parecen ignorar que existen estas normas, y recomiendan estar varios días sin dar de mamar, lo que no

tiene ninguna justificación. Puede imprimir esas páginas y llevárselas a su médico.

Es distinto el uso de yodo radiactivo no para hacer una gammagrafía, sino para destruir el tiroides en caso de

hipertiroidismo. La dosis es mucho más alta, y hay que destetar al bebé.

Contaminantes ambientales

De vez en cuando, algún titular de prensa (a veces promovido por alguna organización ecologista) alerta sobre

los pesticidas en la leche materna, y siembra el pánico entre las madres.

¿Por qué los científicos se dedican a buscar contaminantes en la leche materna? ¿Es que el tema les parece

preocupante? No exactamente. Lo que ocurre es que algunos contaminantes, como el DDT, las dioxinas o los PCB,

se acumulan en el tejido graso. Por lo tanto, un análisis de sangre sería poco útil para conocer el nivel de

contaminación de un individuo; habría que recurrir a una biopsia. La leche materna refleja la contaminación del tejido

graso, y proporciona una forma mucho más sencilla de valorar el nivel de contaminación de una población

determinada. Por este motivo se han realizado en todo el mundo docenas de estudios sobre contaminantes en la

leche materna: es un simple marcador epidemiológico, una manera de saber cómo anda el problema de la

contaminación en un país.

La contaminación de la leche materna no es nueva, hace décadas que se publican estudios sobre el tema. De

hecho, los niveles de la mayoría de los contaminantes (PCB, DDT...) han disminuido en las últimas décadas, gracias a

las medidas legales que han limitado o prohibido su uso.

Los cientos de estudios publicados en las últimas décadas, en que la lactancia

materna disminuye la incidencia

de infecciones, alergias, diabetes, celiacía, leucemia, e incluso la mortalidad global en USA (pág. 300), se han

hecho con madres cuya leche estaba contaminada, y más que la de ahora. Incluso cuando está contaminada, la leche

materna es mucho mejor para la salud que el biberón.

Varios estudios en Holanda (Koopman-Esseboom, Boersma, Patandin) muestran que la exposición a los PCB,

sobre todo a través de la placenta, afecta al desarrollo psicomotor y a la inteligencia a medio plazo. Pero la lactancia

materna contrarresta en parte este efecto, y el desarrollo de los niños que toman pecho, aunque la leche esté

contaminada, es mejor que el de los niños que toman biberón.

Salvo que la madre haya estado expuesta a alguna contaminación accidental masiva, sus niveles de

contaminantes reflejan simplemente la exposición de cualquier persona de su edad en su misma comunidad. Si su

hijo respira el mismo aire, come la misma comida y bebe la misma agua, a su edad estará igual de contaminado. El

haber recibido además una pequeña parte de los contaminantes que almacenaba su madre sólo aumentará un poco

sus propios niveles. La única manera de disminuir la contaminación de nuestros hijos es luchar para que nuestro

ambiente esté menos contaminado.

La ingesta de agua contaminada con nitratos no aumenta la concentración de

nitratos en la leche materna. En

cambio, el lactante sí que corre un gran riesgo si le preparan el biberón con esa misma agua contaminada.

Algunas madres están muy preocupadas porque trabajan con productos químicos, a veces, alguien les ha dicho

que no pueden dar el pecho. Es un disparate. Como ocurre con cualquier medicamento, lo que reciba el bebé a través

de la leche es sólo una pequeñísima parte de lo que ha tomado la madre.

Si usted está expuesta a cantidades tan grandes de una sustancia tan tóxica que su leche va a envenenar a su

hijo, entonces lo que tiene que hacer no es dejar de dar el pecho, sino salir por piernas y cambiarse de trabajo. Es un

suicidio trabajar durante años en un sitio tan peligroso. Y si usted no corre peligro, si se cumplen todas las medidas de

seguridad para que usted trabaje en perfecta salud hasta los sesenta y cinco, entonces puede dar el pecho sin ningún

problema

Solomon GM, Weiss PM. Chemical contaminants in breast milk: time trends and regional variability. Environ

Health Perspect 2002;110:A339-47

<http://ehp.niehs.nih.gov/members/2002/110pA339-A347solomon/solomon->

Landrigan PJ, Sonawane B, Mattison D, McCally M, Garg A. Chemical contaminants in breast milk and their

impacts on children's health: an overview. Environ Health Perspect: 2002;110:A313-5

<http://ehp.niehs.nih.gov/members/2002/110pA313-A315landrigan/landriganfull.html>

Pronczuk J, Akre J, Moy G, Vallenias C. Global perspectives in breast milk contamination: infectious and toxic

hazards. Environ Health Perspect 2002;1

10:A349-51 <http://ehp.niehs.nih.gov/members/2002/110pA349-A351pronczuk/pronczukfull.html>

Koopman-Esseboom C, Weisglas-Kuperus N, de Ridder MA, Van der Paauw CG, Tuinstra LG, Sauer Effects of

polychlorinated biphenyl/dioxin exposure and feeding type on infants' mental and psychomotor development.

Pediatrics 1996;97:700-6

Doetsma ER, Lanting CI. Environmental exposure to polychlorinated biphenyls (PCBs) and dioxins.

Consequences for longterm neurological and cognitive development of the child lactation. Adv Exp Med Biol

2000;478:271-87 Patandin S, Lanting CI, Mulder PG, Boersma ER, Sauer PJ, Weisglas-Kuperus N. Effects of

environmental exposure to polychlorinated biphenyls and dioxins on cognitive abilities in Dutch children at 42 months

of age..1 Pediatr 1999;134:33-41

Dusdieleer LO, Stumbo Kross BC, Dungy CI. Does increased nitrate ingestion elevate nitrate levels in human

milk? Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:31 1-4

Capítulo 14 - Enfermedades de la madre

En la mayoría de los casos ni la enfermedad ni su tratamiento van a hacer daño al niño a través del pecho, ni la

lactancia va a hacer daño a la madre. Otra cosa es que la madre no pueda físicamente dar el pecho, o que se

encuentre tan mal que no tenga deseos de hacerlo; pero eso es algo que debe decidir cada madre, y no el médico por

ella.

Anemia

La anemia es frecuente después del parto, por la pérdida de sangre. Por supuesto, si la madre tiene anemia, debe

tomar el tratamiento correspondiente (habitualmente hierro, aunque también existen otros tipos de anemia). Pero no

sólo puede seguir dando el pecho, sino que le conviene mucho dar el pecho el mayor tiempo posible. Porque cuanto

más dé el pecho, más tardará en volverle la regla, y la menstruación es la principal vía por la que pierden hierro las

mujeres.

El hierro que toma la madre no pasa a la leche; el nivel de hierro en la leche se mantiene constante.

Dar el pecho en sala de partos contribuye a prevenir la anemia de la madre, pues la oxitocina hace que se

contraiga el útero y disminuye la pérdida de sangre.

Se ha observado que la anemia importante en el posparto (menos de 10 mg/dl de hemoglobina) se asocia con el

abandono precoz de la lactancia, lo que podría deberse a la disminución de la

cantidad de leche. Cuando la madre

estaba normal durante el embarazo, y tiene una anemia importante después del parto, quiere decir que perdió mucha

sangre en el parto. Se cree que la pérdida de sangre puede afectar a la hipófisis y dejarla como atontada, incapaz de

fabricar suficiente prolactina durante unos días. Pero, probablemente, el problema es transitorio y puede superarse

con un manejo adecuado de la lactancia (posición correcta, lactancia a demanda, extraerse leche si fuera preciso).

Puede dar el pecho, y puede tratarse con cualquier inhalador (salbutamol, terbutalina, corticoides, ipratropio...). La

dosis por vía inhalada es muy baja y pasa muy poco a la sangre, así que tanto para usted como para el bebé (sobre

todo para usted, que para el bebé tampoco hay tanta diferencia) es mejor el inhalador. Si necesita corticoides en

pastillas, tampoco hay problema. Incluso en dosis muy altas (como las que se usan para enfermedades autoinmunes),

la cantidad de corticoide en la leche es muy inferior a la cantidad que el mismo niño fabrica cada día.

Alergias

Se recomienda precisamente que los niños con antecedentes familiares de alergia tomen el pecho el mayor

tiempo posible. Varios antihistamínicos (prometazina, loratadina, dexclorfeniramina, cetirizina...) son compatibles con

la lactancia. Con algunos otros antihistamínicos se han observado casos de somnolencia en el bebé. En cualquier

caso, para la rinitis (estornudos y moqueo), los inhaladores nasales de corticoides son mucho más efectivos y tienen

menos efectos secundarios (para la madre y para el bebé).

Miopía

No hemos encontrado ninguna justificación para el curioso mito de que las mujeres miopes no deben dar el

pecho. De los más de 8.000 artículos sobre la miopía que recoge Medline desde 1963, sólo uno (de 1969) hace

referencia a la lactancia materna. Los tratados de oftalmología no mencionan ninguna relación entre la lactancia y la

evolución de la miopía.

Caries en la madre

Está muy extendida la creencia de que el embarazo y la lactancia producen caries en la madre por

descalcificación de los dientes. Sin embargo, el esmalte dentario no tiene riego sanguíneo, y por tanto no puede

descalcificarse por los cambios metabólicos que afectan al resto del esqueleto. El mayor riesgo de caries que en

algunos estudios se asocia con el embarazo parece debido a cambios en el pH (acidez) de la saliva, y puede

prevenirse con una higiene dental adecuada.

Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. Acta Odontol Scand 2002; 60:257-64

Epilepsia

La carbamazepina, el ácido valproico, la fenitoína y otros medicamentos son compatibles con la lactancia. Si

estaba tomando fenobarbital durante el embarazo, no sólo puede, sino que conviene que dé el pecho, porque eso

puede evitar que el recién nacido convulsione (pueden sufrir un síndrome de retirada, porque han estado recibiendo el

medicamento en el útero). Se ha publicado el caso de una niña que sufrió convulsiones a los siete meses, cuando la

madre (perfectamente controlada en un hospital) la destetó de golpe, mal aconsejada por otro médico. Tuvo que darle

fenobarbital con los biberones durante un año más. Es importante que el destete sea muy lento (meses), como el que

se produce naturalmente a medida que el niño va comiendo otras cosas.

No se le ocurra dejar la medicación o reducir la dosis sin control médico. La mayoría de los antiepilépticos no le

pueden hacer ningún daño al bebé; pero una convulsión mientras lleva a su hijo en brazos o mientras lo baña sí que

puede ser muy peligrosa.

Knott C, Reynolds E Clayden G. Infantile spasms on weaning from breast containing anticonvulsants. Lancet

1987;2:272-3

Dolor

Puede tomar paracetamol, ibuprofeno, diclofenaco, codeína, metamizol (Nolotil)... y muchísimos otros.

Gripe y resfriado

No tienen tratamiento. Se curan solos, al cabo de unos días. Por desgracia, en España se abusa de tratamientos

inútiles, especialmente antibióticos. Sólo hay tratamiento sintomático, es decir, que no cura la enfermedad, pero puede

hacer que se sienta mejor si se encontraba muy mal. Para la fiebre o el dolor de cabeza, paracetamol o ibuprofeno. Si

la tos es insoportable o no le deja dormir, codeína. Los antibióticos, antihistamínicos, mucolíticos y expectorantes no

hacen nada en estos casos, y no vale la pena tomarlos, ni durante la lactancia ni durante el resto de la vida (pero, si

los tomase, tampoco iban a hacerle daño al bebé). La vacuna de la gripe se puede administrar durante la lactancia.

Úlcera de estómago

Puede tomar sin ningún reparo omeprazol, ranitidina, famotidina... y antiácidos. El tratamiento para el

Helicobacter pylori (habitualmente omeprazol, claritromicina y amoxicilina) es plenamente compatible con la lactancia.

Empastes dentales

Un curioso mito asegura que los empastes son tóxicos y que es peligroso empastarse un diente durante la

lactancia. Eso es absurdo. Si el empaste fuera tóxico, la intoxicada sería usted, que va a llevarlo en la boca el resto de

su vida, y no el bebé, que sólo va a tornar el pecho (no a chupar el empaste).

Tampoco la anestesia local afecta para nada al bebé. Si su marido la está esperando con el bebé, puede dar el

pecho en la misma sala de espera del dentista.

Diabetes

A la madre diabética le conviene dar el pecho. Se ha visto que las diabéticas gestacionales (las que han

enfermado durante el embarazo) tienen menos de la mitad de posibilidades (4 frente a 9%) de convertirse en

diabéticas para toda la vida si dan el pecho, y además les aumenta el colesterol bueno y les baja el colesterol malo. Y

las que ya eran diabéticas antes del embarazo habitualmente necesitan menos insulina mientras dan el pecho. Ajuste

la dosis de insulina según los resultados de los controles, y no se sorprenda si necesita sólo tres cuartos de lo que

solía inyectarse.

La leche de madres diabéticas es normal. Puede haber ligeras alteraciones sin importancia y una ligera

disminución de la cantidad en los primeros días si están mal controladas; pero si la glucemia está bien controlada, su

leche es totalmente normal. Lo que hace falta es un buen control diabetológico, un inicio precoz de la lactancia y una

mayor frecuencia de las tomas.

Las madres diabéticas, especialmente si no están bien controladas, parece que tienen más mastitis y más

candidiasis del pezón; para prevenirlo es importante la lactancia frecuente en posición correcta, y no aplicar pomadas

en el pezón.

El recién nacido de una madre diabética necesita un control estricto durante los primeros días, con mediciones

repetidas de la glucemia. Pero esos controles se pueden hacer mientras el niño permanece con su madre. Tanto el

contacto piel con piel como la lactancia frecuente ayudan a evitar la hipoglucemia del bebé. Hospitalizar al recién

nacido, separándolo de la madre, no sólo es innecesario, sino peligroso para el hijo de madre diabética.

Kjos SL; Heniy O; Lee RM; Buchanan TA; Mishell DR. The effect of lactation on glucose and lipid metabolism in

women with recent gestational diabetes. *Obstet Gynecol* 1993;82:451-5

Davies HA, Ciad9 JDA, Dalton Edwards OM. Insulin requirements of diabetic women who breast feed. *Br Med J*

1989;298:1357-8

Neubauer SH, Ferris AM, Chase CG, Fanelli J, Thompson CA, Lammi-Keefe al. Delayed lactogenesis in women

with insulin-dependent diabetes mellitus. *Am Clin Nutr* 1993;58:54-60

van Beusekom CM, Zeegers TA, Martini IA, Velvis HJR, Visser GHA, van Doormaal Muskiet FAA. Milk of patients

with tightly controlled insulin-dependent diabetes mellitus has normal macronutrient and fatty acid composition. *AnD J*

Clin Nutr 1993;57:938-43

Ostrom KM, Ferris AM. Prolactin concentrations in serum and milk of mothers with and without insulin-dependent

diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr* 1993;58:49-53 Ferris AM, Dalidowitz CK,

Ingardia CM, Reece EA, Furnia FD, Jensen

RG, Allen LH. Lactation outcome in insulin-dependent diabetic women. J

Am Diet Assoc 1988;88:317-22

Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P,
Lagercrantz 1-1, Puyol P, Wnberg J.

Temperature, metabolic adaptation and cying in healthy fullterm newborns
cared for skin-to-skin or in a cot. Acta

Pcliatr 1992;81:488-93

Cáncer de mama

No es recomendable amamantar durante la quimioterapia (casi todos los
antitumorales están contraindicados

durante la lactancia). Tampoco es posible dar el pecho durante el tratamiento
con tamoxifeno, porque es un potente

inhibidor de la producción de leche. Pero las madres que ya han terminado el
tratamiento sí que pueden dar el pecho,

se ha visto que después de la cirugía conservadora y la radioterapia es posible
dar el pecho sano, y a veces incluso el

pecho enfermo.

El cáncer de mama tiene un componente hereditario, y es más frecuente en
mujeres cuyas madres tuvieron

cáncer de mama. Hace años se lanzó la hipótesis de que eso podría deberse a
algún virus que se podía contagiar de

madre a hija durante la lactancia; si fuera así, las madres con cáncer de mama
no deberían dar el pecho. Pero se ha

demostrado que aquella teoría del virus es falsa. La herencia se debe a los genes, no a un virus, y las mujeres que

han tomado el pecho tienen la misma incidencia de tumores mamarios, tanto malignos como benignos, que las

mujeres que han tomado el biberón.

Las mujeres que han criado el pecho más tiempo tienen menos riesgo de sufrir un cáncer de mama (pág. 302).

Helewa M, Levesque P, Provencher D, Lea RH, Rosolowich Shapiro HM; Breast Disease Committee and

Executive Committee and Council, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Breast cancer,

pregnancy, and breastfeeding. J Obstet Gynaecol Can 2002;24:164-80

Fibrosis quística

Cada vez más niñas afectas de fibrosis quística alcanzan la edad adulta y tienen hijos. Aquellas que tienen un

peso normal y una situación clínica estable pueden dar el pecho. La concentración de cloro y sodio en su leche es

normal. Aunque en algunos casos la concentración de ácidos grasos esenciales en su leche está disminuida, la

mayoría de los bebés amamantados por madres afectadas se desarrollan de forma normal. El embarazo y la lactancia

no afectan negativamente al estado nutricional y clínico de las pacientes, ni empeoran su supervivencia.

Gilljam M, Antoniou M, Shin J, Dupuis A, Corey M, Tullis DE. Pregnancy in cystic fibrosis. Fetal and maternal

outcome. Chest 2000;118:85-91

www.chestjournal.org/cgi/content/ful1/118/1/85#B35

Enfermedades infecciosas

En general, las infecciones de la madre (gripe, resfriados, infección urinaria, neumonía, diarrea...) no afectan a la

producción de leche ni a su composición, y no se transmiten por la lactancia, de modo que puede seguir dando el

pecho tranquilamente.

En muchos casos, a los pocos días aparecen en la leche anticuerpos contra el causante de la enfermedad, que

pueden proteger al bebé total o parcialmente.

El bebé no sólo puede mamar, sino que le conviene hacerlo.

Zavaleta N, Lanata C, Butrón B, Brown O, Lonnerdal B. Effect of acute maternal infection on quantity and

composition of breast milk. Am J Clin Nutr 1995;62:559-63

Hepatitis B

La hepatitis B no se transmite por la lactancia materna. Incluso cuando no existía la vacuna, ya se había

demostrado que no se transmitía así. Tampoco se transmite durante el embarazo, salvo raras excepciones, porque

el virus no puede pasar la placenta. La hepatitis se contagia de madre a hijo en el momento mismo del parto, porque

con las contracciones se producen pequeñas roturas en la placenta por las que puede pasar el virus. Por eso, es

posible evitar el contagio tratando al bebé nada más nacer: sólo tiene unos pocos virus, que acaban de entrar en su

organismo, y es posible destruirlos antes de que causen daño. Si el bebé se hubiera contagiado semanas antes del

parto, ya no tendría remedio.

A todas las embarazadas se les hacen pruebas para detectar la hepatitis B.

Cuando la madre es portadora, al recién nacido se le administra inmunoglobulina y vacuna contra la hepatitis. Es

muy importante que se administren antes de veinticuatro horas, mejor aún, antes de doce horas. Si se retrasan, puede

que ya no sirvan de nada.

Puede dar el pecho sin ningún temor, tanto antes como después de que vacunen a su hijo.

Giles ML, Sasadeusz JJ, Garland SM, Grover SR, Hellard ME. An audit of obstetricians' management of women

potentially infected with blood-borne viruses. Med J Aust 2004; 180:328-32

www.mja.com.au/public/issues/180_07_050404/gi110614_fm.html

Hepatitis C

Numerosos estudios demuestran que la hepatitis C no se transmite por la lactancia materna. En general, la

transmisión de madre a hijo es muy rara.

Por ejemplo, Thomas y colaboradores revisaron once estudios de distintos países. En seis de los estudios no se

contagió ni uno solo de un total de 227 niños, de los que 168 habían tomado el

pecho. Es decir, no se habían

contagiado ni por el embarazo, ni por el parto, ni por la lactancia. En otros cinco estudios (197 niños, de los que 114

tomaron el pecho) hubo algunos casos de contagio, que debieron de producirse durante el embarazo o el parto

porque la incidencia era la misma con pecho que con biberón.

Es posible medir la cantidad de virus que tiene en la sangre una persona portadora; tener la viremia alta equivale

a ser muy contagioso. A veces se dice a las madres con viremia alta que no deben dar el pecho. Pero no hay ningún

motivo. En un pequeño estudio en Hong Kong, de once madres altamente contagiosas que dieron el pecho, no se

contagió ningún niño.

También hay quien dice a las madres que si tienen grietas sangrantes no deberían dar el pecho, porque entonces

sí que podría contagiarse el bebé. El razonamiento es ingenioso, pero no existe la más mínima prueba de que sea

cierto. Antes al contrario, cuando decimos que la hepatitis C no se contagia por la lactancia no lo hacemos con

razonamientos teóricos, no se trata de «no hay virus en la leche» ni de «lo destruyen los jugos gástricos», ni nada por

el estilo. Lo decimos porque hay estudios con cientos de madres reales que han dado el pecho, y los niños no se han

contagiado. Lógicamente, alguna de esas madres habrá tenido grietas, y a pesar de eso los niños no se han

contagiado.

Si es usted portadora de la hepatitis es razonable que intente evitar las grietas (y aunque no sea portadora; que a

nadie le gusta tener grietas), y en el capítulo sobre la posición explicamos cómo. Pero aunque tuviera grietas, puede

seguir dando el pecho.

Sí que hay una excepción: las madres que son portadoras al mismo tiempo de la hepatitis C y del VIH (virus del

sida). En ese caso, la hepatitis C sí que se puede contagia"; durante el embarazo y también durante la lactancia. Es

como si los dos virus fueran amigos, y uno ayudase a pasar al otro.

Thornas SL, Newell M-L, Peckharn CS, Ades AE, Hall AJ. «A review of hepatitis C virus (HCV) vertical

transmission: risks of transmission to infants born to mothers with and without HCV viraemia or human

immunodeficiency virus infection».

Internet _J Epidemiol 1991;3;27:108-17

Lin HH, Kao JH, Hsu HY, Ni YH, Chang MH, Huang SC et al. Absence infection in breast-fed infants born to

hepatitis C virus-infected mothers. 1 Pediatr 1995;126:589-591

Sida

El sida se transmite a través de la leche materna. Aproximadamente un 15% de los hijos de madre portadora se

habrá contagiado durante el embarazo y parto; y otro 15% se contagiará a

través de la lactancia materna. Por tanto, la

lactancia materna se considera contraindicada siempre que existan alternativas razonablemente adecuadas (acceso a

leche artificial suficiente, a agua potable...), como es el caso en nuestro país.

En algunas zonas del mundo, la mortalidad por desnutrición y enfermedades infecciosas entre los niños que no

toman el pecho es tan alta que continuar la lactancia constituye un mal menor.

La administración de antirretrovirales (medicamentos contra el sida) durante la lactancia disminuye la transmisión,

pero no la evita por completo.

Un estudio sugiere que es la lactancia materna no exclusiva la que contagia el sida. Parece que los microbios o

las proteínas extrañas en otros alimentos producen minúsculas lesiones en la mucosa digestiva que permiten la

entrada del virus. Pero falta comprobarlo con otros estudios. Y en todo caso la lactancia debería ser absoluta y

totalmente exclusiva: ni un solo biberón, ni siquiera de agua, durante toda la lactancia, y destete brusco y completo de

un día para otro, porque el destete gradual o la introducción de las papillas son formas de lactancia mixta.

También se está estudiando la posibilidad de extraerse la leche, desinfectarla con calor o con productos químicos

y dársela luego al bebé.

En conclusión, no existe todavía un método seguro y viable de evitar el contagio. En los países desarrollados, el

VIH (virus del sida) es una contraindicación para la lactancia materna.

Tuberculosis

La tuberculosis no se transmite a través de la leche, salvo tal vez en caso de mastitis tuberculosa, una

complicación que no se ve en España desde hace muchas décadas. La forma habitual de tuberculosis, que es la

pulmonar; se contagia por el aire; el niño puede contagiarse igual tomando el pecho que tomando el biberón. La

cuestión, por tanto, no es si el niño puede mamar o no, sino el niño puede permanecer junto a la madre.

A veces se retrasa el diagnóstico de tuberculosis para no hacer una radiografía durante el embarazo. Es un grave

error. La tuberculosis activa no tratada es un riesgo mucho mayor para la madre y para el feto que la mínima

irradiación de una placa de tórax. Si se sospecha que una embarazada puede tener tuberculosis, hay que hacer la

radiografía e iniciar el tratamiento.

Si, en el momento del parto, la madre lleva varias semanas de tratamiento, ya no es contagiosa y no hay riesgo

para el bebé. Si, por otra parte, la tuberculosis se diagnostica unos días después del parto (por ejemplo: al entrar en el

hospital, alguien nota que la madre tose mucho, le hace la prueba de la tuberculina, hay que esperar tres días para ver

el resultado, entonces le pide una radiografía, tarda un par de días más...), el bebé ya ha estado expuesto al contagio,

y no sirve de nada separarlo de la madre. Ese bebé tendrá que tomar isoniazida durante al menos diez semanas,

tanto si está con la madre como si no.

Si, cuando nace el niño, la madre lleva menos de dos meses de tratamiento, podría plantearse separar al bebé de

la madre para evitar el contagio. Pero el coste psicológico para toda la familia es muy alto, y además habría que

garantizar que quienes cuiden al bebé no estén contagiados (si la madre está enferma, ¿se han hecho ya las pruebas

necesarias a los abuelos y otros familiares?). Por todo ello, la OMS recomienda que el bebé se quede con la madre y

reciba isoniazida.

Ni que decir tiene que si el bebé está con la madre, puede mamar.

Si la tuberculosis no es pulmonar (por ejemplo, tuberculosis renal u ósea) tampoco hay ningún motivo para

interrumpir la lactancia ni para separar al niño de la madre; no son contagiosas.

Division of Child Health and Development. Breastfeeding and maternal tuberculosis. UPDATE 1998;23

univ.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/Up_23.htm
Diarrea

Normalmente, la madre no necesita ningún medicamento (excepto en algunos casos muy concretos en que se

usan antibióticos, normalmente después de hacer un cultivo). Eso sí, necesitará beber abundantemente para

compensar las pérdidas.

Algunas mujeres con diarrea grave que no toman suficiente líquido notan una disminución de la leche. Si la

diarrea es seria, tome suero de rehidratación oral. Y siga dando el pecho.

Sería irresponsable destetar a un niño precisamente cuando la madre tiene diarrea, porque es el momento más

peligroso: ¿de dónde sacó su madre la diarrea? Hay una epidemia, tal vez el agua está contaminada? .Con qué agua

iban a preparar los biberones, entonces?

Varicela-herpes zóster

El herpes zóster y la varicela están causados por el mismo virus. Cuando pasamos la varicela, el virus queda

escondido en nuestro cuerpo, y puede volver a salir al cabo de muchos años, aprovechando una bajada de las

defensas, y dando lugar al herpes zóster.

Al comienzo del embarazo (antes de la semana 20), la varicela puede producir malformaciones. En el recién

nacido, la varicela es una enfermedad muy grave, muchas veces mortal. En cambio, en un bebé de un mes o más, la

varicela es una enfermedad leve, lo mismo que en un niño mayor. Por eso se toman precauciones muy estrictas

cuando una embarazada tiene la varicela.

Lo que voy a explicar a continuación son las normas de la sociedad australiana de enfermedades infecciosas.

Puede consultarlas completas en Internet; en caso de necesidad, puede imprimirlas y llevárselas a su médico.

- Una embarazada que no ha pasado la varicela y que ha estado en contacto con un caso de varicela debe recibir

inmunoglobulina específica antes de setenta y dos horas de la exposición. Recuerde que la varicela es contagiosa

desde antes de aparecer las vesículas; si se entera de que el sobrinito con el que estuvo jugando anteayer tiene la

varicela, contacte inmediatamente con su ginecólogo.

Si no está segura de si ha pasado la varicela o no, le harán un análisis para comprobarlo.

- En algunos casos, puede que le tengan que dar un tratamiento antivírico.

- Si la embarazada inicia la varicela siete o más días antes del parto, ha tenido tiempo de fabricar anticuerpos que

pasan la placenta y protegen al bebé. No hay problema.

- Si la madre inicia una varicela entre siete días antes del parto y veintiocho días después, el recién nacido debe

recibir inmunoglobulina antizóster antes de setenta y dos horas (mejor antes de veinticuatro) del nacimiento o del

contacto. Es una urgencia. Eso significa que, si usted ha dado a luz hace menos de veintiocho días y sufre la varicela,

debe llamar inmediatamente al médico o hacer que alguien lleve a su hijo a urgencias del hospital para que le pongan

la inyección. Pero no se le ocurra ir usted a urgencias de obstetricia, podría contagiar a otras embarazadas.

(Explicación tranquilizadora: si la varicela aparece a los veintinueve, o a los treinta y dos días del parto, no se

asuste y no intente que pinchen a su hijo por si acaso. Los médicos somos gente muy cauta para estas cosas, y el por

si acaso ya está incluido en esos veintiocho días, en realidad el peligro grande son las primeras dos semanas. Si un

médico que parece que sabe lo que se hace le dice: «No es necesario, aquí sólo ponemos la inmunoglobulina hasta

los 24 días» o algo así, puede fiarse.)

- Si tiene usted el herpes zóster, en el embarazo o después, no se preocupe: eso significa que ya pasó usted la

varicela hace años, y por lo tanto su hijo ha recibido anticuerpos por la placenta. No hay peligro para el feto ni para el

recién nacido.

- Sea cual sea el caso, no hay que separar a la madre del hijo, y no hay que interrumpir la lactancia materna. Sí

que es posible que haya que aislarlos a los dos juntos en el hospital, separándolos de otros bebés y de otras madres.

Heuchan AM, Isaacs D. The management of varicella-zoster virus exposure and infection in pregnancy and the

newborn period. Australasian Subgroup in Paediatric Infectious Diseases of the Australasian Society for infectious

Diseases. Med J Aust 2001;174:280-9)

www.rnia.corn.au/public/issues/174_06_190301/heuchan/heuchan.html

Herpes simple

En el recién nacido (menos de quince días) el herpes simple produce una infección generalizada y

potencialmente mortal. Normalmente se contagia durante el parto, pero se han descrito algunos casos de contagio por

el pecho.

Durante el primer mes, la presencia de lesiones de herpes simple en el pezón contraindica la lactancia de ese

lado hasta su curación. La lactancia puede proseguir del otro lado. Del mismo modo, las personas con un herpes

labial no deben besar a un recién nacido. Después de un mes, el herpes del lactante ya no reviste especial gravedad,

y de hecho es frecuente que sea el bebé infectado el que ha contagiado el herpes a la madre; la lactancia puede

continuar.

Lawrence RA. La lactancia materna. Barcelona: Mosby-Doyma, 1996

Hipertiroidismo

Se suele tratar con medicamentos antitiroideos, como el carbimazol y el metimazol (no confundir con el

metamizol, Nolotil®, un fármaco para el dolor).

Durante el embarazo, muchos especialistas prefieren usar el propiltiouracilo, que no está a la venta en España y

que sólo se importa para las embarazadas.

Se han publicado muchísimos casos de madres lactantes tratadas con metimazol, incluso durante más de un año,

y los niveles hormonales de los bebés siempre han sido normales.

No es fácil acertar la dosis exacta del medicamento para cada paciente; hay que ir haciendo controles periódicos

y subir o bajar según la respuesta. Pero incluso en las temporadas en que la madre tenía hipotiroidismo porque

estaba tomando demasiado medicamento, al bebé no le ha pasado nada.

Muchos autores recomiendan controlar periódicamente los niveles hormonales del bebé. Probablemente es una

precaución innecesaria, y en todo caso sólo habría que hacerlo los primeros meses, puesto que cada vez el bebé

toma menos leche (y por tanto, menos fármaco) por kilo de peso. Si no le pasó nada en los primeros meses, tampoco

le pasará luego.

Si un médico le dice que no puede dar el pecho, consulte a otro. Si es preciso, imprima el siguiente artículo de

Internet y lléveselo: Azizi F, Khoshniat M, Bahrainian M, 1-ledayati M. «Thyroid function and intellectual development

of infants nursed by mothers taking methimazole».

Clin Endocrinol Metab 2000;85:3233-8

<http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/85/9/3233>

Hipotiroidismo

El tratamiento del hipotiroidismo consiste en tomar hormona tiroidea. El objetivo del tratamiento es tener los

mismos niveles hormonales que una persona sana, y por tanto en la leche

también habrá la misma cantidad de Flor-

mona que en la de cualquier otra madre. Puede dar el pecho, sin la menor duda.

La leche materna siempre contiene hormona tiroidea, es un componente normal.

¿Y si por error la madre torna demasiada hormona durante una temporada, no podría perjudicar a su hijo? No. La

cantidad de hormona en la leche es tan pequeña que, aunque hubiera el doble o el triple, seguiría sin tener

importancia. El exceso de hormona tiroidea tiene efectos muy llamativos: nervios, hiperactividad, taquicardia... la

madre estaría como una moto, se ciaría cuenta y reduciría la dosis, y a todo esto el bebé tan tranquilo.

El hipotiroidismo, y más raramente el hipertiroidismo, pueden provocar una disminución de la producción de

leche (pág. 147), pero con el tratamiento correcto la cantidad de leche se normaliza.

Hipertensión y cardiopatías

De vez en cuando todavía le prohíben dar el pecho a alguna madre porque está enferma del corazón y la

lactancia sería una sobrecarga.

Es mentira. Hace ya muchos años se demostró que las madres que dan el pecho y las que dan el biberón no

tienen diferencias en la frecuencia cardiaca, el gasto cardiaco (la cantidad de sangre que el corazón bombea en un

minuto) ni la presión arterial. Dar el pecho no es ninguna sobrecarga. Y los medicamentos que se usan en estos casos

suelen ser compatibles con la lactancia.

Los diuréticos (tiazidas, furosemida) no hacen daño al bebé, pero algunos creen que en ciertos casos podrían

disminuir la secreción de leche; aunque es muy dudoso, hay que estar atentos; probablemente la respuesta del bebé

sería mamar más a menudo, y la producción de leche volvería a aumentar.

Depresión

La mayor parte de las madres sufren en las primeras dos semanas momentos de tristeza, irritabilidad y llanto fácil,

lo que se conoce como melancolía o tristeza posparto. La verdadera depresión posparto es la que causa síntomas

graves durante la mayor parte del tiempo durante más de dos semanas.

La verdadera depresión es una enfermedad grave y necesita tratamiento. La madre deprimida no responde

adecuadamente a su hijo: le habla menos, le sonríe menos, no es capaz de prestarle atención y darle seguridad, y eso

a su vez afecta al desarrollo del bebé.

El apoyo social es importante para prevenir la depresión. No es bueno que la madre esté sola con su hijo la

mayor parte del día. Las visitas de las abuelas y otras familiares y amigas pueden ser de gran ayuda, así como la

asistencia a grupos de apoyo a la lactancia, o de gimnasia posparto. Se ha demostrado que la simple visita semanal

de una enfermera a domicilio ayuda a prevenir y a tratar la depresión.

La depresión no es motivo para destetar. Se conocen casos de madres que se han suicidado justo después de

que les prohibieran dar el pecho. Podría ser casualidad, por supuesto, pero también es fácil comprender que el

destete no va a mejorar el estado de ánimo de la madre. La depresión se caracteriza precisamente por sentimientos

de inutilidad y fracaso, sólo falta decirle a la madre que lo del pecho también lo está haciendo mal, que su leche le

hace daño a su hijo...

Existen numerosos antidepresivos perfectamente compatibles con la lactancia.

Parece que los más adecuados son la paroxetina, la sertralina y la nortriptilina. También se consideran seguros la

amitriptilina, la desipramina, la clomipramina y la dotiepina. Sí se han descrito efectos adversos (leves) en algunos

recién nacidos cuya madre tomaba doxepina o fluoxetina. Lo de la fluoxetina (Prozac) es un poco confuso; se ha

comprobado que la cantidad que pasa a la leche es bajísima, y muchos creen que es compatible con la lactancia y

que esos presuntos efectos adversos se han observado precisamente porque es el antidepresivo más usado, con

diferencia.

Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant

drugs on nursing infants. J Am Board Fam Pract 2003;16:372-82

www.jabfp.org/cgi/reprint/16/5/372

Prolactinoma

El prolactinoma es un tumor benigno de la hipófisis, a veces microscópico, que secreta prolactina. Puede causar

amenorrea (falta de menstruación) y galactorrea (producción espontánea de leche en una persona que no está dando

el pecho). Si hay amenorrea, es necesario tratar a la mujer con inhibidores de la lactancia para que pueda ovular y

tener hijos.

Dar el pecho no agrava la enfermedad ni estimula el crecimiento del tumor. Y, por supuesto, la madre con un

prolactinoma tiene leche a chorros (increíble pero cierto: conocí a una madre con un prolactinoma a la que ordenaron

dar suplementos porque no tenía leche). Si su médico le pone problemas para la lactancia, puede recomendarle los

siguientes artículos:

Holmgren U, Bergstrand G, Hagenfeldt K, Werner S. alomen with prolactinoma

-effect of pregnancy and lactation on serum prolactin and on tumour growth.

Acta Endocrinol (Copenh) 1986;111:452-9

Pasinetti E, Schivardi MR, Falsetti L, Gastaldi A. Effetti della terapia e della gravidanza nella iperprolattinemia da

adenoma ipofisario. Caso clinico.

Minerva Ginecol 1939;41:157-60

Zárate A, Canales ES, Alger M, Forsbach G. The effect of pregnancy and lactation on pituitary prolactin-secreting

tumours. Acta Endocrinol (Copenh) 1979;92:407-12

Ingreso hospitalario

Si una madre ingresa en el hospital (por ejemplo, por un traumatismo o para operarse de la vesícula), su bebé

debería ingresar con ella. Tanto si toma el pecho como si toma el biberón. Para un niño menor de tres años, separarse

de la madre es muy doloroso, y más durante varios días seguidos. No se trata sólo de mantener la lactancia, no basta

con que la madre se saque leche para que se la den a su hijo. El bebé necesita la leche, pero necesita mucho más a

su madre.

A veces se impide la visita de niños a los pacientes hospitalizados por el temor a los gérmenes hospitalarios.

Pero, si entrar en el hospital es peligroso, ¿cómo permiten que los bebés nazcan en hospitales, por qué ingresan

precisamente a los niños enfermos? La separación sólo estaría justificada en casos muy concretos, por ejemplo si la

madre está aislada por una grave enfermedad infecciosa. De otro modo, debería facilitarse que los niños visiten a su

madre tanto tiempo como el estado físico de la enferma le permita tolerar (el estado de la enferma, no el prejuicio o la

comodidad del personal sanitario).

Una cesárea es una intervención seria de cirugía abdominal. Si una mujer que

ha estado a luz por cesárea puede

tener a su recién nacido en su habitación y darle el pecho, una mujer operada de apendicitis, vesícula o quiste de

ovario puede tener en su habitación a su bebé de cuatro o de quince meses y darle el pecho.

Probablemente, la madre también descansa mejor si puede ver con frecuencia a su hijo que si no lo ve en varios

días.

En caso de intervención quirúrgica, puede dar el pecho tan pronto como despierta de la anestesia (lo que indica

que ya ha eliminado casi todo el anestésico).

Si el ingreso es programado, además de retrasarlo lo más posible, puede sacarse leche unos días antes y dejarla

en el congelador, para aquellos periodos en que sea imposible dar el pecho (cuando el bebé ya es mayor y toma

papillas, probablemente ya no es necesario sacarse leche). Pregunte en los distintos hospitales de su ciudad, y elija

el que le dé más facilidades para estar con su hijo. Si hay prohibiciones sin fundamento, éste es el momento de hablar

con el director, el jefe de servicio o con quien haga falta para hacer valer sus derechos.

Si durante varias horas va a resultar materialmente imposible dar el pecho (porque estará en quirófano, o en

recuperación, o haciéndose pruebas...), es importante que le vacíen los pechos para que su estado no se complique

con una ingurgitación o una mastitis. Que sus familiares se lo recuerden a las enfermeras.

Colitis ulcerosa (cómo buscar información en Internet)

No podemos hablar una por una de todas las enfermedades que podría llegar a tener una madre mientras lacta,

así que tendrá que aprender cómo buscar información por sí misma. Usaremos la colitis ulcerosa como ejemplo

práctico.

Internet es una fuente inagotable de información. Por desgracia, cualquiera puede publicar cualquier tontería, y

hay que saber encontrar y reconocer la información seria.

Para saber más sobre la enfermedad, es buena idea empezar por Medline Plus, un buscador de información para

no profesionales del gobierno norteamericano.

Sólo da información seria:

<http://medlineplus.gov/spanish/>

Verá que se puede buscar en inglés o en español. Si puede leer inglés, pruebe con los dos idiomas, porque sólo

una parte de la información está traducida.

Otras páginas ofrecen información para médicos muy completa. Pero antes de meterse a leer información para

médicos, recuerde que puede usar un lenguaje poco comprensible, que no está precisamente escrita para tranquilizar

a los pacientes, y que es muy fácil caer en el síndrome del estudiante de medicina: imaginarse que tiene todos los

síntomas que va leyendo.

Por ejemplo, emedicine.com ofrece excelentes artículos muy completos:

www.ernedecine.com/med/topic2336.htm

Es probable que con todo esto aún no haya encontrado la respuesta exacta a la pregunta ¿puedo dar el pecho?

Es una cuestión altamente especializada, que ni siquiera se mencionará en muchos libros de texto de

gastroenterología. Así que tendremos que ir a la fuente y buscar en Medline (pág. 230). Busque: ulcerative colitis AND

(breastfeeding OR breast-feeding OR lactation) Encontrará 30 estudios (o más). Si repasa los resúmenes verá que sí,

que puede dar el pecho aunque tenga colitis ulcerosa, que se han publicado estudios sobre muchas mujeres que así

lo han hecho, que la mayor parte de los fármacos usados son compatibles con la lactancia. También descubrirá que la

lactancia materna disminuye el riesgo de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn en el bebé, lo que sin duda hay que

tener en cuenta cuando le dicen alegremente que no dé el pecho. Puede imprimir los resúmenes más interesantes y

llevárselos a su médico.

Capítulo 15 - Circunstancias especiales

Gemelos

Es perfectamente posible dar el pecho a gemelos. De hecho, se conocen muchos casos de lactancia materna

exclusiva de trillizos, y alguno de cuatrillizos.

Cualquier madre puede producir leche para dos niños. El secreto es el mismo que con uno solo: empezar lo antes

posible y dar el pecho con frecuencia en buena posición. El mayor obstáculo no es la falta de leche, sino la cantidad

de gente (incluyendo profesionales de la salud) que le dirán que no se puede.

Al principio, sobre todo si la madre es inexperta, probablemente le será más fácil darles el pecho por separado.

Cuando ya domina la técnica, puede resultarle más cómodo darles a los dos a la vez. Pueden alternarse pechos, pero

a veces cada niño tiene su pecho favorito, lo que tampoco es ningún problema (algunos libros antiguos advierten que,

si el niño mama siempre del mismo lado, verá siempre a su madre con el mismo ojo, que se desarrollará mejor que el

otro. Nos parece una advertencia absurda e infundada; el niño tiene todo el resto del día para ver a su madre con

ambos ojos a la vez).

Por supuesto, tener gemelos es agotador, tanto con el pecho como con el biberón. Es fácil encontrar voluntarios

para darles el biberón mientras usted hace la compra, pero lo que necesita es alguien que haga la compra (y la

comida, y la limpieza) mientras usted da el pecho. Sobre todo al principio le va a quedar muy poco tiempo libre. Si

sabe que está embarazada de gemelos, procure contactar con un grupo de madres y hablar con otras madres de

gemelos, y piense en quién la ayudará con la casa. Si no pueden ayudarla sus familiares, piense en contratar a

alguien. No hay dinero mejor gastado.

Existe un grupo de apoyo específico para madres de gemelos, trillizos o más.
Multilacta

(<http://personal.auna.com/gemacarcamo>).

Prematuros

Cuando la madre da a luz antes de tiempo, su leche es distinta. Durante varias semanas contiene más proteínas,

calcio, sodio y otros nutrientes que la leche materna normal. Está especialmente adaptada a las necesidades de un

bebé prematuro.

Conviene empezar a sacarse leche a las pocas horas del parto, en cuanto sea físicamente capaz. Es más eficaz

sacarse varias veces al día (seis u ocho) pero poco tiempo cada vez.

Probablemente en pocos días le sobrará leche;

los prematuros comen muy poquito. La leche sobrante se guarda congelada para más adelante.

Antiguamente no se les dejaba mamar hasta que eran capaces de tomar un biberón sin problemas. Ahora

sabemos que era un error. Tomar el pecho es mucho más fácil que tomar el biberón; en los prematuros, la frecuencia

cardíaca y respiratoria y el nivel de oxígeno en la sangre son más normales

cuando toman el pecho, y pueden hacerlo

mucho antes.

En muchos hospitales (y esperamos que algún día sea en todos) se practica el método canguro: el bebé se saca

de la incubadora y se pone en contacto piel con piel con su madre. Se ha llegado a hacer con prematuros de menos

de veintiséis semanas y menos de 600 gramos. En contacto con su madre, los prematuros mantienen mejor la

temperatura, respiran mejor, engordan más, tienen menos infecciones y su desarrollo psicomotor es mejor. La madre

se siente mucho más confiada, y le sale mucha más leche.

Si en su hospital todavía no lo hacen, insista y páseles información. Plantee objetivos sencillos a corto plazo:

«No, no pretendo que cambien el tratamiento de todos los prematuros. Pero ¿no podría tener a mi bebé en brazos tres

horitas esta tarde?».

En Alemania, Sontheimer y colaboradores han transportado a los prematuros en contacto piel con piel, sin

incubadora, hasta a 400 kilómetros de distancia con excelentes resultados. Una ventaja nada desdeñable de este

modo de transporte es que la madre se traslada junto con su hijo; demasiadas veces la madre se tiene que quedar en

un pequeño hospital comarcal, sola y angustiada, mientras su hijo es trasladado a un centro de alta tecnología.

Ludington-Hoe SM, Ferreira C, Swinth J, Ceccardi JJ. Safe criteria and

procedure for kangaroo care with intubated

preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32:579-88

Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Swinth JY, Thompson C, Hadeed AJ.
Randomized controlled trial of kangaroo

care: cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants.
Neonatal Netw 2004;23:39-48

Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Welter A. Comparison of skin-to-skin
(kangaroo) and traditional care: parenting

outcomes and preterm infant development. Pediatrics 2002;110:16-26

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/1/16>

Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, Burns P, Ferlic L. Skin-to-skin holding in
the neonatal intensive care unit

influences maternal milk volume. J Perinatol 1997;17:213-17

Sontheimer D, Fischer CB, Buch KE. Kangaroo transport instead of incubator
transport. Pediatrics 2004;113:920-3

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/4/920>

Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Raves Olivé MM, Martínez
Martínez MJ, Gómez Papí A. Método

canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados
Intensivos Neonatal. An Esp Pediatr

1998;49: 495-8.

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the
implementation of Kangaroo Mother

Care for low birthweight infants. Acta Paediatr 1998; 87: 440-5

Humane neonatal Care Initiative. www.hnci.ee

Red Internacional de Cuidados Madre Canguro.

<http://kangaroo.javeriana.eclu.co/cangesp1.htm>

Capítulo 16 - Enfermedades del bebé

Ictericia

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas (se nota especialmente en el blanco del ojo)

debida a la acumulación de bilirrubina.

La bilirrubina es un derivado de la hemoglobina. Los glóbulos rojos (eritrocitos o hematíes), que contienen

hemoglobina, tienen una vida muy corta, sólo cuatro meses. Mueren y son sustituidos por otros nuevos. La

hemoglobina, cuando no está dentro del glóbulo rojo, es tóxica, y el organismo se da mucha prisa en destruirla. Se

separa la parte proteica, se separa el hierro (que se recicla para formar nuevos glóbulos rojos), y lo que queda se

convierte en bilirrubina. Tanto trabajo para nada, porque sigue siendo tóxica, y hay que expulsarla.

La bilirrubina es liposoluble (soluble en grasas), y por tanto no se puede eliminar ni por la orina ni por la bilis,

porque ambas son agua con cosas disueltas. Por suerte, el hígado es capaz de unir (conjugarse) la bilirrubina con otras

sustancias; la bilirrubina conjugada sí que se disuelve en el agua, y se elimina por la bilis. El color típico de las heces

se debe a la bilirrubina (por eso, en algunas enfermedades del hígado, las deposiciones son blancas).

La bilirrubina conjugada no se puede absorber en el intestino. Pero dentro del intestino, parte de la bilirrubina se

desconjuga, vuelve a ser liposoluble y se vuelve a absorber. Es el ciclo enterohepático de la bilirrubina.

Todo esto ocurre en niños y adultos. Pero no en los fetos. El feto no hace caca dentro del útero (en algunos casos

hace, el último día, durante el parto, y eso indica sufrimiento fetal), y por tanto no puede eliminar la bilirrubina por la

bilis. La bilirrubina del feto tiene que pasar a través de la placenta, y es el hígado de la madre el que la elimina. Y para

atravesar la placenta tiene que ser liposoluble. El hígado del feto no puede conjugar la bilirrubina. Nada, ni un poquito.

Porque toda la bilirrubina que conjugase se quedaría allí, sin poder atravesar la placenta, y se iría acumulando hasta

matarle.

De pronto el niño nace, y todo cambia. Sus pulmones estaban llenos de agua, y ahora tienen que llenarse de aire.

Recibía todo su alimento a través de la placenta, y ahora tiene que comer, digerir y metabolizar la comida. Sus riñones

no expulsaban sustancias tóxicas (el líquido amniótico es básicamente orina del feto... pero no contiene nada tóxico,

porque se lo tiene que volver a beber), y ahora tienen que empezar a hacerlo. Y al mismo tiempo, el hígado tiene que

ponerse a conjugar la bilirrubina. Todos esos cambios los hacen los recién

nacidos al mismo tiempo, tan rápido y tan

bien que la mayoría no tienen ningún problema.

Durante un tiempo, el hígado no funciona al 100% de su capacidad. Se pone en marcha lentamente, y durante

esos días la bilirrubina se acumula y los bebés se ponen un poco amarillitos. Nada importante. Probablemente, esa

lenta activación del hígado no es un fallo de diseño, sino que está hecha a propósito. La bilirrubina no es buena para

el adulto, pero en el recién nacido actúa como antioxidante. Al recién nacido le conviene estar un poco amarillo, pero

no mucho. Un exceso muy grande de bilirrubina puede dañar gravemente al cerebro (quernícterus).

Lo que no había previsto la naturaleza es que separásemos al recién nacido de la madre, le diéramos chupetes y

biberones y no le dejásemos mamar más que cada cuatro horas. Los bebés que maman poco hacen caca pocas

veces al día, y por lo tanto la bilirrubina que ya había sido conjugada y expulsada con la bilis permanece en el

intestino durante muchas horas, y se reabsorbe. El hígado no da abasto a conjuguar a toda esa bilirrubina que vuelve

desde el intestino, y el bebé se pone más icterico. Eso es lo que se conoce como ictericia de la lactancia materna

(breastfeeding jaundice), aunque algunos sugieren que se debería llamar más bien ictericia por falta de lactancia

materna. La mejor manera de evitar que la ictericia aumente es iniciar bien la lactancia: primera toma en sala de

partos, bebé en la habitación de la madre las veinticuatro horas, lactancia a demanda, enfermeras y comadronas que

sepan ayudar a la madre a colocar bien a su hijo al pecho.

Como un poco de bilirrubina es buena para el bebé, la leche materna contiene una sustancia que facilita la

desconjugación de la bilirrubina en el intestino. Mientras que la ictericia desaparece completamente en una semana o

así en los niños que toman el biberón, los niños de pecho pueden estar visiblemente amarillos varias semanas, e

incluso dos o tres meses. Es lo que se llama ictericia de la leche materna (breast milk jaundice). Es un lío terrible, y

quiero pensar que de aquí a pocos años algún científico americano les cambiará el nombre, pero de momento es lo

que hay.

Algunos pediatras, faltos de experiencia con lo que es un niño de pecho normal (hace años había tan pocos...) se

asustan con la ictericia prolongada, y se empeñan en hacer análisis y más análisis. No es necesario. Cuando un bebé

parece muy amarillo, se le pide un análisis, y si la cifra es realmente alta (digamos 18 mg/dl), es razonable volverla a

medir al cabo de un par de días para asegurarse de que no sube aún más. Pero si comprobamos que ha bajado un

poco, ya está. No hace falta repetir los análisis para comprobar que está a 16, a 13, a 11, a 8, 5, a 7... Ya sabemos que

irá bajando lentamente, y que puede tardar varias semanas.

Casi la tercera parte de los niños sanos que están más de un mes amarillos tienen el síndrome de Gilbert. Se trata

de una variación genética (no es una enfermedad, pueden vivir cien años) que afecta a la conjugación de la bilirrubina

en el hígado. Es hereditario. Los adultos con síndrome de Gilbert pueden tener ataques de ictericia leve intermitente, a

veces coincidiendo con otras enfermedades (una gripe o algo así). El problema es que cada vez el médico se asusta y

empieza a pedir análisis pensando que es tina hepatitis. Es un descanso saber qué es lo que tiene y no preocuparse

más. Si en su familia hay casos conocidos de Gilbert (o si hay casos sospechosos, gente que de vez en cuando se

pone ictericia y nunca le encuentran nada), dígaselo a su pediatra.

Como la bilirrubina no se elimina por la orina, sino por el hígado, beber más agua no sirve de nada. El suero

glucosado no sirve para prevenir ni para tratar la ictericia.

Cuando los niveles de bilirrubina son muy altos, se practica la fototerapia.

La luz de unas lámparas especiales actúa sobre la piel, destruyendo la bilirrubina. No hay ningún motivo para

que el bebé ingrese en la unidad de prematuros si sólo necesita fototerapia; las lámparas de fototerapia tienen ruedas,

y se pueden llevar a la habitación de la madre. Insista para que dejen al niño en su habitación. Hay que darle el pecho

muy frecuentemente, primero, para que le baje la bilirrubina, y segundo, porque con el calor de los focos el bebé

necesita más líquido (generalmente será suficiente con darle mucho pecho, pero en algún caso puede que haya que

darle agua). Hace décadas se pensaba que, en caso de ictericia, había que dejar el pecho durante uno o dos días.

Aún quedan médicos que lo recomiendan, pero se ha demostrado que no es necesario. Cuando la ictericia es debida

a otra enfermedad, o a incompatibilidad de Rh, tampoco hay que interrumpir la lactancia.

En rarísimos casos, cuando los niveles de bilirrubina son tan altos que hay un serio peligro para el bebé, hay que

hacer una exsanguinotransfusión, sacarle toda la sangre y cambiársela por sangre nueva. Es muy raro que eso ocurra

en una ictericia normal, simplemente debida a que el niño mama poco (lo que llamamos ictericia fisiológica o

parafisiológica, casi normal). Pero hay otras muchas causas de ictericia: problemas de Rh y grupo sanguíneo,

problemas del hígado, infecciones... En el hospital, según la edad del bebé y otros síntomas, ya se encargarán de

hacerle las pruebas oportunas para asegurarse de que no tiene nada serio.

Hoy en día, en niños sanos de tres o cuatro días, no se suele hacer fototerapia hasta que la bilirrubina sube a 20,

o exsanguino hasta que sube a 25 o más. Antiguamente se hacía la fototerapia mucho antes, pero se ha visto que no

es necesario. Ahora bien, en niños enfermos, o prematuros, o que tienen menos de tres días, la ictericia es más

peligrosa y hay que tratarla antes.

Hoy en día, los niños se van del hospital tan pronto que todavía no se han puesto amarillos. Fíjese en el color de

su hijo cuando se va del hospital: la cabecita, los pies, los ojos. Si en casa, al cabo de unos días, lo ve claramente

más amarillo, acuda al centro de salud más cercano o vuelva al hospital. Hay que mirar siempre con buena luz

natural, la luz artificial a veces es amarillenta y engaña mucho.

Todavía hay muchos médicos y enfermeras que recomiendan a la madre poner a su hijo al sol para que le baje la

ictericia. Es un error. En el hospital, cuando hay que hacer fototerapia, se hace veinticuatro horas al día (sólo se saca

al bebé de debajo de la lámpara para darle de comer). Pero un bebé no debería estar al sol más de diez minutos sin

un protector solar de factor 30 o más; si se le deja una hora al sol sin protección puede sufrir graves quemaduras... y

sin embargo la ictericia aún no le habría bajado, porque con una hora no es suficiente. No haga caso; o su hijo

necesita fototerapia (y entonces se la tendrán que hacer en el hospital), o no la necesita (y entonces tampoco necesita

tomar el sol). Lo que necesita es mucho pecho.

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia.
«Management of hyperbilirubinemia in the

newborn infant 35 or more weeks of gestation».

Pediatrics 2004;114:297-316

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;114/1/297>

American Academy of Pediatrics. La ictericia y su bebé

www.aap.orgfamily/jaundicefaqspanish.htm

Johnston RV, Anderson JN, Prentice C. Is sunlight an effective treatment for infants with jaundice? Med J Aust

2003;178:403

www.mja.com.au/public/issues/178_08_210403/joh10652_fm.html

Síndrome de Down

Los niños con síndrome de Down pueden tener dificultades para mamar. Tienen hipotonía, por lo que maman

débilmente y se caen del pecho si no se les sujeta bien. Tienen la lengua muy grande (macroglosia), por lo que el

pecho a veces no entra bien en la boquita. Muchos tienen también una cardiopatía, y se cansan mientras maman.

Pero al mismo tiempo, la lactancia materna es especialmente beneficiosa para ellos: protege contra las

infecciones (a las que estos niños están predispuestos) y facilita el vínculo afectivo (es muy duro tener un hijo con una

malformación, y muchas madres sienten cierto rechazo. No se avergüence, es normal. Lo superará con muchos

brazos y muchos mimos). Además, los niños con cardiopatías se fatigan al mamar, pero se fatigan aún más con el

biberón (y se afecta su frecuencia cardiaca, su saturación de oxígeno...).

Es muy importante conseguir una posición óptima al pecho. Las romas pueden ser muy largas. Puede que le sea

útil la compresión del pecho (pág. 87) mientras su hijo mama. En una mala, puede que tenga que sacarse leche y

dársela después de la toma con un vasito o con un cuentagotas.

Los niños con síndrome de Down nunca engordan normalmente, no siguen las gráficas de peso. Cuando son

adultos, su talla es inferior a la normal. Por lo tanto, no se asuste si de bebé le dicen que engorda poco. Eso no es

motivo para destetarlo. Encontrará curvas de crecimiento especiales para niños con síndrome de Down en

www.fcsd.org/cas/revista/downloads.htm

Breastfeeding & Down Syndrome Resources.

www.kellymom.com/babyconcerns/down-syndrome.html Fundació Catalana Síndrome de

Down. www.fcscf.org

Labio leporino

El labio leporino es una hendidura en el labio superior, debajo de la nariz. A veces hay un agujero bastante

grande.

Hay pocos problemas para la lactancia. En la mayoría de los casos, el mismo pecho se adapta al defecto y lo tapa

durante la toma. Cuando el defecto es grande y el pecho no se adapta bien, puede pasar aire por el orificio, lo que

dificulta la succión (el bebé traga aire, y además no puede ejercer presión suficiente para mantener el pezón en su

sitio); normalmente podrá solucionarlo usted misma tapando el hueco con su pulgar durante la terna.

El labio leporino se puede operar en las primeras semanas, y el niño puede mamar tan pronto como despierta de

la anestesia. No es necesario ni conveniente tenerlo unas horas sin mamar (véase más abajo paladar hendido).

Cuanto antes empiezan a mamar tras la operación, antes aumentan de peso y antes se van a casa.

Weatherley-White PC, Kuehn DP, Mirrett P, Gimán JI, Weatherley-White CC. Early repair and breast-feeding for

infants with cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;79: 879-87

Childrens Hospitals and Clinics. Breastfeeding an infant with cleft lip.

<http://xpedio02.childrenshc.org/stellent/groups/public/@manuals/@pfs/@nutr/ments/policyreferen ce/proccl>

[u re/018722.pdf](http://xpedio02.childrenshc.org/stellent/groups/public/@manuals/@pfs/@nutr/ments/policyreferen ce/proccl)

Paladar hendido

A veces, en el desarrollo del feto, las dos piezas que forman el paladar no se juntan bien en el centro, y queda un

orificio más o menos grande que comunica la cavidad bucal con las fosas nasales. A veces se acompaña de labio

leporino.

El problema es que la comida se puede ir por el otro agujero y llegar al pulmón (aspiración), provocando

neumonías por cuerpo extraño.

Se ha demostrado que los niños con paladar hendido que toman leche materna sufren menos otitis (a las que

también están muy predispuestos). Además, en caso de aspiración, la leche artificial es una sustancia extraña que se

infecta con facilidad, mientras que la leche materna está cargada de anticuerpos y glóbulos blancos, y es más difícil

que provoque una neumonía.

Es muy importante que un recién nacido con paladar hendido tome leche materna, por cualquier método.

Algunos niños consiguen mamar directamente del pecho, colocándolos en posición muy vertical (sentados a

caballito sobre el muslo de la madre). Es mucho más fácil que mamen si se tapa el orificio con una prótesis blanda

(placa de 1--lotz); es como un parche de silicona que se hace a medida y se adapta al orificio. Si no se lo proponen,

pregunte a su médico; puede imprimir el artículo que citamos más abajo (está en Internet) y llevárselo.

Otros niños no pueden mamar de ninguna manera; hay que darles la leche por sonda, O con un biberón especial

para estos casos, o a veces con un biberón normal... Todos los métodos tienen sus problemas y sus inconvenientes.

Si su hijo se atraganta menos con el biberón, pues dele el biberón... pero con leche materna dentro. Ya podrá ponerlo

directamente al pecho más adelante, cuando se opere.

Estos niños suelen aumentar poco de peso, porque les cuesta comer. Si coma pecho pero engorda poco,

sáquese más leche e intente dársela después con cualquier método. Verá que pronto se saca más leche de la que el

niño admite; le sobraré leche. Por lo tanto, darle leche artificial no es la solución. Es más, a un niño que ya tiene

problemas de peso le pueden fastidiar bastante los virus, diarreas y otitis que son más frecuentes con la lactancia

artificial.

Después de la intervención quirúrgica, era costumbre alimentar e estos niños con cucharilla o por sonda, evitando

el pecho y el biberón por temor a que se saltasen los puntos con el movimiento. Pero los puntos se moverán mucho

más si el niño llora. Así que lo mejor es meterle el pecho en le boca en cuanto se despierte de la anestesia, para que

no llore. Se he demostrado que pueden tomar el pecho inmediatamente después de la intervención y que así

engordan más y no se les saltan los puntos.

Robot J, Hawk Cleft Lip and Palate New Beginnings 2002;19:38

www.lalecheleague.org/NB/NBMayJun02p88.html

Kogo M, Okada G, Ishii S, Shikata M, Iida S, Matsuya T. Breast feeding for Jet': lip and palate patients, using the

Hotz-type plato. Oeli Palate Craniofac 1997;34:351-3

[http://cpcj.al len press.com/pdfsery/10.15970/02 F15451569 \(1997 107, 40/030\).7](http://cpcj.al len press.com/pdfsery/10.15970/02 F15451569 (1997 107, 40/030).7)

50: B FFCLA0/o3 E2.3.000/o3 B2

Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breast feeding or spoon feeding alter deft lip repair: a prospective, randomised

study. Br J Plast Surg 1996;49:94-6

Fenilcetonuria

Es una rarísima enfermedad metabólica. Los niños que le sufren deben tomar una leche especial sin fenilalanina

(un aminoácido), pero también deben tomar cierta cantidad de leche normal, porque cierta cantidad de fenilalanina es

imprescindible para la vida. La leche materna lleve menos fenilalanina que la de vaca; por tanto, estos niños

necesitan menos leche especial cuando toman el pecho que cuando toman el biberón.

Cornejo V, Manríquez V, Colombo M, Mabe P, Jiménez M, De la Parra A, Valiente A, Raimann E. Fenilquetonuria

de diagnóstico neonatal y lactancia materna. Rev Med Chil 2003;131:1280-7
www.scielo.cl/pdf/riTic/y131n1

1/art0C..3.pd.1

Mandíbula pequeña

Algunos niños nacen con la mandíbula inferior demasiado pequeña (retrognatia o micrognatia), como en el

síndrome de Pierre Robin. Les cuesta mamar porque no pueden abarcar suficiente porción de pecho para poner la

lengua en su sitio. A veces hay que sacarse leche y dársela con un vaso. En otros es posible ayudar al niño

colocándolo en posición vertical durante la toma y sujetando su mandíbula con

el pulgar y el índice, al tiempo que la palma de la mano soporta el pecho, y comprimiendo el pecho durante la toma.

Landis 1 Pierre Robin Sequence. Leaven 2001;37:111-112

www.lalecheleague.org/Illeadeivvweb/LV/LVOctNov01p111.html

Problemas neurológicos

La hipotonía, la hipertonia o la falta de coordinación pueden dificultar la lactancia.

Los niños hipotónicos suelen mamar mejor si están en posición horizontal sobre una almohada, con la cabeza y

el culito casi al mismo nivel. Puede ser útil sujetar su mandíbula con el pulgar y el índice, al tiempo que la palma de la

mano soporta el pecho, y comprimir el pecho durante la toma.

Childrens Hospitals and Clinics. Breastfeeding an infant with neurological problems.

<http://xpedio02.childrenshc.org/stellent/groups/public/@Manuals/@PFS/@Nutocuments/PolicyReferen ce>

Proced u re/018724.pdf

Cardiopatía congénita

Los niños con cardiopatía congénita mantienen una mejor saturación de oxígeno cuando toman el pecho que

cuando toman el biberón. Es decir, se fatigan más con el biberón que con el pecho. Puede ser útil comprimir el pecho

durante la toma.

Marino PI, O'Brien P, LoRe H. Oxygen saturations during breast and bottle feedings in infants with congenital

heart disease. J Pediatr Nurs 1995;10:360-4

Diarrea

Cuando yo era niño, la diarrea, cualquier diarrea, se trataba con antibióticos. Todavía recuerdo los que me daba

mi padre, el Sulfatidín®, que sabía a rayos. No era necesario ni ir al médico; mis padres jamás se hubieran atrevido

a darme por su cuenta un antibiótico para las anginas, pero lo de la diarrea lo sabía todo el mundo. Sin embargo, no

recuerdo de mi infancia una dieta especial para la diarrea. Te tomabas la pastilla, y ya está.

Cuando, años más tarde, los médicos quisieron convencer a la población (y a algunos de sus propios colegas,

más reticentes) de que los antibióticos para la diarrea son inútiles y a veces perjudiciales, parece que se sintieron

obligados a dar algo a cambio: la dieta astringente. La dichosa dieta ya era invento antiguo, pero sin duda los

pediatras de los años setenta y ochenta contribuyeron mucho a su difusión. «¿Y no le da antibiótico para la diarrea?»

«No, señora, lo que hay que hacer es una dieta bien hecha, y ya verá cómo se le cura la diarrea.» Suena mejor

que «no, señora, la diarrea se cura sola y no hace falta hacer nada», ¿verdad? Sin la dieta, la mirada de las madres se

habrían ido a la farmacia muy enfadadas a comprar ellas mismas el antibiótico.

Con el tiempo, muchos médicos se llegaron a creer lo de la dieta.

Básicamente (hay variaciones) la dieta consistía en estar veinticuatro horas sin comer nada sólido (sólo agua de

arroz y agua de zanahorias), y luego seguir con arroz y zanahorias hervidas, pollo hervido o a la plancha, pescado

hervido, manzana al horno, plátano maduro y pan tostado. Nada de leche, y mucho menos leche materna (que es

tóxica, como todo el mundo sabe). Nunca entendí por qué el pollo no podía ser asado o frito, por qué la manzana no

podía estar cruda o por qué había que tostar el pan, pero así eran las cosas.

Cuando la diarrea se prolongaba, había que hacer la dieta más estricta, quitando el pollo y el pescado y tal vez la

tostada.

Resultado: el pobre niño estaba muerto de Hambre, porque le daban muy poca comida, y la poca que le daban

era pobre en grasas y en proteínas, y estaba tan mala que ya costaría un esfuerzo comérsela estando sano, no

digamos cuando te encuentras mal y con la tripa revuelta. El niño perdía peso (consecuencia inevitable cuando no se

come) y, paradójicamente, la diarrea empeoraba. Porque la dieta se basaba en el conocido principio: «De donde no

hay, no sale»; o «si no come, no hace caca», pero las cosas no son tan sencillas. En la diarrea se destruyen las

células de la mucosa intestinal, y hace falta materia prima (proteínas y nutrientes) para regenerarlas.

Hoy en día, el tratamiento correcto de la diarrea es:

- Si toma pecho, seguir con el pecho. Cuanto más, mejor. Sin ninguna espera y ninguna interrupción. Procure que

mame más a menudo de lo normal, ofrézcale el pecho aunque no lo pida.

- Si toma biberones, seguir con los biberones, preparados igual que siempre (nada de hacerlos diluidos, con más

agua y menos polvo, y nada de prepararlos con agua de arroz o con otros líquidos en vez de agua normal). En

algunos casos, el médico le recomendará una leche sin lactosa; pero de entrada se suele usar la leche normal.

- Si la diarrea es seria (que aquí llamamos diarrea a tres caquitas mal contadas...), además del pecho o del

biberón ofrézcale suero de rehidratación oral. Son unos sobres (Sueroral®) que se compran en la farmacia y hay que

diluir tal como explican las instrucciones. Si no se lo quiere tomar, será porque no lo necesita.

- Si tomaba papillas y otros alimentos, seguir con las mismas papillas. No hace falta que coma arroz, se curará

igual comiendo macarrones o lentejas. Si le duele la barriga, no querrá comer mucho, ofrézcale con frecuencia. Por

otra parte, no le dé arroz, ni agua de arroz, ni zanahorias, si no estaba comiendo esos alimentos habitualmente. No es

buena idea introducir un alimento nuevo precisamente cuando el niño está con diarrea.

- Si vomita, es igual. Sígame dando el pecho y la rehidratación oral. Si toma 100 y vomita 80, al menos le quedan

20 dentro. Si no toma nada, no le queda nada dentro. Si las deposiciones son muy abundantes y vomita mucho, vaya

al médico (pero no deje de darle pecho y rehidratación oral por el camino).

Román Riechmann E, Barrio Torres J. Diarrea aguda (Protocolo de la Asociación Española de Pediatría)

www.aeped.es/protocolos/gastroentero/2.pdf

Intolerancia a la lactosa

La intolerancia a la lactosa no tiene nada que ver con la alergia a la leche.

No existe la alergia a la lactosa, es imposible. La alergia a la leche es alergia a las proteínas de la leche, y puede

ser una enfermedad grave. Algunos niños que tienen síntomas de alergia a la leche tienen las pruebas de alergia

negativas, algunos médicos le llaman a eso «intolerancia a las proteínas de la leche de vaca», que es una manera de

decir: «Creo que tiene alergia, pero no lo puedo demostrar».

La intolerancia a la lactosa no es alergia. Después de la edad de destete, la intolerancia a la lactosa es

sencillamente normal; los raros somos nosotros, los que podemos tomar leche de adultos debido a una mutación (pág.

161). Pero a veces, en los bebés y niños pequeños, se produce una intolerancia secundaria a la lactosa cuando

tienen diarrea. Se cura sola en unos días, y en todo caso es una enfermedad leve. Cuando el niño roma el biberón, a

veces se le da una leche sin lactosa; pero con el pecho no suele haber problemas. Siga dando el pecho normalmente.

La lactosa en la leche materna no tiene nada que ver con que la madre tome o deje de tomar leche. La lactosa no

se absorbe (ése es el problema de la intolerancia: o la lactosa se digiere y se destruye, o no se puede absorber),

aunque la madre tome litros y litros de leche de vaca, en su sangre no hay ni una molécula de lactosa. La lactosa de la

leche materna se fabrica en el mismo pecho, y se fabrica igual aunque la madre no tome leche.

Existe una rarísima intolerancia primaria a la lactosa, una enfermedad congénita que se puede tratar dando al

bebé la enzima lactasa junto con la leche materna.

Galactosemia

La galactosemia es una grave enfermedad congénita (cataratas, ictericia, retraso mental, cirrosis, poco aumento

de peso, vómitos, hipoglucemia...).

Afecta aproximadamente a uno de cada 50.000 recién nacidos.

Los niños que tienen galactosemia no pueden tomar el pecho, ni tampoco la leche de biberón normal. Deben

tomar una leche completamente exenta de lactosa. Es una contraindicación absoluta.

La galactosemia no tiene nada que ver con la intolerancia secundaria a in lactosa, un problema leve y transitorio

que no contraindica en modo alguno la lactancia. El único motivo por el que menciono la galactosemia en este libro es

para que no las confunda (ni se deje confundir por alguien que las haya

confundido), porque en la intolerancia

(secundaria) a la lactosa se puede dar el pecho sin problemas.

Alergia a la leche y otros alimentos

Un lactante puede tener alergia a algo que ha comido su madre. La causa más frecuente es la leche de vaca,

pero también pueden ser los huevos, el pescado, la soja, los frutos secos... o cualquier otro alimento.

Los síntomas pueden ser variados. Un eccema atópico importante, llanto inconsolable, diarrea, sangre en las

heces, rechazo del pecho. A veces el niño parece insaciable: mama dos minutos, suelta el pecho llorando, como no

ha mamado bastante vuelve a pedir al poco rato, lo vuelve a soltar... parece que se pelee con el pecho.

Es un error atribuir cualquier problema del bebé a la alergia. Estarnos hablando de llanto intenso o de rechazo del

pecho continuo en prácticamente todas las tomas durante días y semanas, no de alguna molestia ocasional.

Ante una sospecha fundada de alergia, la madre debería dejar de tomar leche de vaca durante al menos siete o

diez días. Se han detectado proteínas de la vaca en la leche materna incluso cuatro días después de eliminar la leche

de su dieta. Si el bebé no mejora, pues no sería la leche (si los síntomas de alergia parecen claros, se puede probar

con otros alimentos). Si mejora (a veces es inmediato, y a veces lleva unos días), puede ser por la leche, o por pura

casualidad. Es preciso comprobarlo, volviendo a tomar leche. Hay demasiadas madres que dejan de tomar leche u

otros alimentos durante meses o años, sin suficiente comprobación y sin motivo justificado. Si la madre vuelve a tomar

leche y el niño sigue bien, pues fue casualidad; puede seguir tomando leche. Si los síntomas reaparecen, deberá

evitar el alimento en cuestión durante años, hábale con su pediatra (es posible que quiera hacerle pruebas de alergia

al bebé).

En esto de las alergias no valen las medias tintas. Tomar poca leche no sirve de nada, probablemente el niño no

acabe de mejorar y nunca salga de dudas.

Cuando suprima la leche, hágalo por completo. Lea las etiquetas; hay leche en muchas marcas de galletas,

margarina, embutidos, bollería... (puede venir como sólidos lácteos, lactosuero, proteínas lácteas, lactoproteínas,

caseína, suero de leche...). Al hacer la prueba de volver a tomar leche, no basta con cuatro gotas, porque igual no son

suficientes para causar síntomas. Tome uno o dos vasos de leche al día.

Algunos niños son sensibles a varios alimentos, por lo que en muchos casos es útil eliminar al mismo tiempo la

leche, los huevos, el pescado, la soja y los frutos secos (no tome leche de soja o de almendras cuando suprima la

leche de vaca, porque también producen mucha alergia), además de cualquier alimento sospechoso en el caso

concreto (si el padre es alérgico a las fresas, si el día que usted comió melocotones parece que el niño se puso

peor...). Si su hijo mejora, vuelva a tornar los alimentos suprimidos de uno en uno y con intervalos de una semana,

hasta descubrir cuál desencadena los síntomas.

Algunos médicos, cuando el bebé no mejora al suprimir la leche de la dieta de la madre, recomiendan destetar al

niño y darle una leche hidrolizada. Es absurdo; antes de llegar a ese extremo hay que comprobar otras posibles

causas de alergia. Algunos niños son alérgicos a varios alimentos a la vez. Unos pocos son alérgicos a muchos

alimentos. Conocí a un bebé alérgico a la leche, el huevo, el pescado, el pollo, la ternera, el arroz, el trigo y otros

varios alimentos. Sólo mejoró cuando la madre tomó, durante varios días seguidos, la leche hidrolizada que le habían

recetado a su hijo, y nada más (es una dieta completa, si toma suficiente cantidad). Durante varios meses, la madre

estuvo comiendo sólo leche hidrolizada, zanahorias, patatas, lentejas y carne de caballo, mientras su hijo tomaba

leche materna, zanahorias, patatas, lentejas y carne de caballo (no es que estos alimentos sean especialmente

antialérgicos, simplemente son los que este niño toleraba, pero pueden causar alergia a otra persona).

El término intolerancia a las proteínas de la leche de vaca se usa cuando los síntomas son sugestivos de alergia

a la leche pero las pruebas de alergia son negativas. Esta situación es más

frecuente en los síndromes digestivos,

como la colitis (diarrea con sangre). Se ha de evitar la ingesta de leche, exactamente igual que cuando las pruebas de

alergia son positivas. No confundir con la intolerancia a la lactosa.

En ocasiones, el estreñimiento crónico, incluso en niños con lactancia materna exclusiva, se debe a auténtica

alergia a la leche de vaca, mediada por IgE.

Por supuesto, si a un niño le sienta mal lo que come su madre, peor le va a sentar lo que coma él directamente.

La alergia a la leche de vaca se suele curar hacia los dos o cuatro años; no le dé ningún derivado lácteo hasta que se

lo indique el médico. Adviértalo en la guardería, y a todos los familiares. Si un niño es alérgico a algún alimento, hay

que tener especial cuidado al introducir la alimentación complementaria, siempre los alimentos de uno en uno y

empezando con muy poca cantidad, para poder detectar cualquier problema.

Muchos médicos no saben que la alergia a la leche de vaca puede dar estreñimiento, creen que sólo da diarrea.

Algunos médicos incluso le dirán que es imposible la alergia a algo que ha comido la madre. Aquí hay varios estudios

científicos, por si tiene que convencer a alguien: Tormo, R. Alergia e intolerancia a la proteína de la leche de vaca

(Protocolo de- la Asociación Española de Pediatría).

www.aeped.es/protocolos/gastroenterefl.pdf Pumberger W, Pomberger G, Geissler Proctocolifis in breast ted

infants: a contribution to differential diagnosis of haematochezia in early childhood. Postgrad Med J 2001;77:252-4

<http://pmj.bmjournals.com/cgi/content/full/77/906/252>

Clyne PS, Kulczycki A. Human breast milk contains bovine IgG. Relationship to infant colic? Pediatrics

1991;87:439-444

Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi M et al.

Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-4

Intervención quirúrgica

Antes de una operación, el paciente tiene que pasar muchas horas en ayunas. El objetivo es que el estómago

esté vacío, para que no pueda vomitar durante la anestesia y ahogarse. Pero la leche materna se digiere mucho más

deprisa que la fabada, y es un error tener a un niño pequeño tantas horas sin comer antes de una intervención.

Según la Sociedad Americana de Anestesiología, los niños de cualquier edad pueden tomar líquidos claros

(agua, zumo, manzanilla) hasta dos horas antes de iniciar la anestesia; leche materna hasta cuatro horas antes, leche

artificial y comidas ligeras (sin carne ni grasas) hasta seis horas antes. Muchos expertos creen que la leche materna

se puede tomar hasta dos horas antes de la anestesia. Si tienen que operar a su hijo, pregunte con antelación cuántas

horas ha de estar en ayunas. Si le dicen un montón de horas, imprima el

siguiente documento de Internet y lléveselo

al anestesiista, al cirujano o a ambos:

American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents

to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration.

Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary

aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. 1999

www.asahq.org/publicationsAndServices/npoguide.html

Reflujo gastroesofágico

Todos los bebés vomitan, y por tanto todos tienen reflujo gastroesofágico (en eso consiste el vómito, en que el

contenido del estómago refluya hacia el esófago). Hacia el año se les va quitando. Si están contentos, no les duele

nada y van engordando, el reflujo no tiene ninguna importancia ni requiere ningún tratamiento.

En algunos pocos casos, el reflujo es una verdadera enfermedad, que produce esofagitis (inflamación del

esófago por el ácido del estómago) o problemas respiratorios (por aspiración). La lactancia materna es especialmente

recomendable en estos casos, pues disminuye la duración de los episodios de reflujo.

Por otra parte, los alimentos espesados (como las leches antirregurgitación) resultan prácticamente inútiles en el

tratamiento del reflujo. Es un grave error destetar a un niño para darle una de esas leches.

Heacock HJ, ieffery HE, Baker JL, Page M. Influence of breast versus formula milk on physiological

gastroesophageal reflux in healthy, newborn infants. J

Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14:41-6

Aggett PJ, Agostoni C, Goulet O, Hernell O, Koletzko B, Lafeber HL, Michaelsen KF, Milla P, Rigo J, Weaver LT.

Antireflux or Antiregurgitation Milk Products for Infants and Young Children: A Commentary by the ESPGHAN

Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34:496-8

www.meb.uni-bonn.de/kinder/espghan/position_papers/con_15.htm Spitting Up,

Reflux and Breastfeeding.

www.kellymom.com/babyconcerns/reflux.html

Caries en el niño

La costumbre de irse a la cama con un biberón en la boca, sobre todo si contiene zumo o líquidos azucarados,

produce múltiples caries en los incisivos, la llamada caries del biberón. En 1983, Brams y Maloney mostraban su

sorpresa al encontrar algunos casos de caries del biberón en niños que sólo tomaban el pecho. Posteriormente, este

tipo de caries ha recibido varios nombres: caries de la lactancia, caries rampante... las definiciones son variables;

normalmente se requiere la existencia de caries múltiples, mientras que para el diagnóstico de caries infantil precoz

basta con una caries en un diente de leche, antes de los seis años.

La relación entre lactancia materna y caries no está clara, pues se trata de una enfermedad multicausal. En su

revisión, Valaitis y colaboradores observan que los estudios son de escasa calidad, y no permiten extraer

conclusiones. En sus recomendaciones de 2003, la American Academy of Pediatric Dentistry apenas se compromete:

recuerda que la lactancia materna es la mejor, que las tomas nocturnas frecuentes pueden contribuir a la caries, y que

hace falta más investigación.

Hallonsten y colaboradores, entre 3.000 niños suecos de dieciocho meses, encontraron a 61 que todavía

tomaban el pecho. Tenían caries el 19,7% de los niños que tomaban el pecho, frente al 1,7% de los que se habían

destetado; pero los niños que tenían caries, con o sin lactancia materna, consumían más alimentos cariogénicos que

los que no tenían caries. Los autores piensan que se trata de una asociación, que los niños con lactancia prolongada

tenían mayor «tendencia a establecer hábitos dietéticos inadecuados»

En un grupo de niños holandeses (media, veintinueve meses) cuyas madres asistían a reuniones de la Liga de la

Leche, Weerheijm y cols. encontraron una prevalencia de caries del 14,5%. Concluyeron que «la lactancia a

demanda no aumenta la prevalencia de caries»; pero que las tomas frecuentes y el bajo consumo de flúor contribuyen

a la aparición de caries.

Erickson dejó dientes en remojo en leche materna, y comprobó que la leche materna no produce caries en el

laboratorio.

Es interesante comparar la prevalencia global de caries en distintas poblaciones.

En Tanzania, entre más de 2.000 niños de uno a cuatro años, Matee y cols encontraron un 6, 8% de caries de

lactancia, variando según la región desde el 1, 5 hasta el 12, 8%. El uso del biberón era muy raro, los dulces pocos. El

dormir con el pecho en la boca y la hipoplasia linear (un defecto del esmalte probablemente debido a alguna

enfermedad intercurrente en el embarazo, en el periodo de formación de los dientes) se asociaban con la caries.

Obsérvese que aquí la cuestión ya no es si el niño mama por la noche (lo que probablemente hacen todos los niños

tanzanos), sino si tiene el pecho en la boca todo el rato. A pesar de todo, la prevalencia de caries de lactancia es muy

baja.

En la India, en una población más occidentalizada, pero donde la lactancia materna aún es universal, Jose y King

encontraron una prevalencia del 44% de caries en niños de ocho a cuarenta y ocho meses; el 99% tomaban el pecho,

generalmente a demanda. Identificaron como factores de riesgo la mala higiene dental, el consumo de golosinas y la pobreza.

En una población que ha alcanzado cotas preocupantemente bajas de lactancia materna, entre 244 Inuit

(esquimales) del Canadá de dos a cinco años, Houde y cols. encontraron un 72, 2% de caries de biberón.

Un importante factor para la prevención de la caries podría ser el contacto salivar entre madre y bebé (como

besarles en la boca) antes de la erupción de los dientes, tal vez porque desencadena inmunidad contra el

Streptococcus mutans de la saliva materna. Aaltonene y Tenovuuo, en un estudio prospectivo, clasificaron a 55 bebés

finlandeses de siete meses en dos grupos, según si sus contactos salivares eran frecuentes o raros. Entre los cinco y

siete años, los niños con más contacto salivar tenían menos caries en los caninos y premolares primarios (19% frente

a 56%), a pesar de que consumían más dulces.

En conclusión, la prevención de las caries infantiles pasa por besar al bebé, darle el pecho, evitar el biberón

(especialmente los biberones con zumos, infusiones, azúcar o miel, y los biberones nocturnos), evitar los dulces y

golosinas, iniciar la higiene dental cuando aparecen los primeros dientes, y administrar flúor después de los seis

meses cuando sea adecuado según el nivel de flúor en el agua de bebida (su pediatra le indicará). Si a pesar de todo

se presentan caries en el lactante (lo que puede deberse a una especial sensibilidad individual o predisposición

familiar), podría ser útil intentar que el bebé no pase la noche con el pecho en la boca, sino que mame y suelte el

pecho antes de dormirse (el libro de Pantley ofrece consejos útiles para lograrlo).

Brams M, Maloney J. «Nursing bottle» caries in breast-fed children. *J Pediatr* 1983;103:415-6

Valaitis R, Hesch R, Passarelli C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between

breastfeeding and early childhood caries. *Can J*

Public Health 2000;91:411-7

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Breast-feeding. 2003.

www.aapd.org/members/referencemanual/pclfs/02-03/E_BreastFeeding.pdf

Hallonsten AL, Wendt LK, Mejare I,

Birkhed D, Hakansson C, Lincivall AM, Edvardsson S, Koch G. Dental caries and prolonged breast-feeding in 18-

month-old Swedish children. *Int J Paediatr Dent*. 1995;5:149-55

Weerheijm KL, Uyttendaele-Speybrouck BF, Euwe I-IC, Groen Prolonged demand breast-feeding and nursing

caries. *Gen Res* 1993;32:46-50

Erickson PR, Mazhari E. Investigation of the role of human breast milk: in caries development. *Pediatr Dent*

1999;21:86-90

Matee M, van't Hof M, Maselle S, Mil(x F, van Palenstein Helderma W.
Nursing canes, linear hypoplasia, and

nursing and weaning habits in Tanzanian infant.

Community Dent Oral Epidemiol 1994;22:289-93

Jose B, King NM. Early childhood caries lesions in preschool children in
1(erala, India. Pediatr Dent 2003;25:594-

600

Houde G. Gagnon PF. St Germain M. A descriptive study of early caries and
oral health habits of Inuit pre-

schoolers: preliminary results. Arctic Med Res 1991;Suppl1:683-4

Aaltonen AS, Tenovuo J. Association between mother-infant salivary contacts
and caries resistance in children: a

cohort study. Pediatr Dent 1994;16:1 10-6

Pantley E. Felices sueños. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2003

Capítulo 17 - Dudas diversas

Le doy lactancia mixta. ¿Podría quitarle los biberones?

Sí. La producción de leche se adapta a la demanda. Al dar biberones, el niño
mama menos y sale menos leche.

Al quitar los biberones, mama más y vuelve a salir más leche.

Por supuesto, hay que tener en cuenta el motivo por el que se introdujeron los
biberones. Si no hubo ningún

motivo justificado; si le dijeron que 150 gramos por semana era poco peso
(cuando en realidad es perfecto), o si no

había ningún problema con el peso y le mandaron los biberones para que duerma más, o porque usted tenía que

tomar algún medicamento, o por algún otro peregrino motivo, es evidente que sus pechos funcionaban perfectamente

y pueden volver a funcionar. Pero si le mandaron con los biberones porque había algún problema de verdad, si su hijo

perdió mucho peso, o engordaba de verdad muy, muy poco, cabe la duda. ¿Realmente tengo poca leche, tendré que

continuar siempre con lactancia mixta? ¿O el problema era otro, la mala posición o el horario rígido de las tomas, y

ahora puedo hacerlo de otra manera y todo saldrá mejor? Por lo tanto, retirar los biberones no es una cosa que se

pueda hacer alegremente.

Hay que controlar el peso cada pocos días. Es posible que durante tres o cuatro días el peso se estanque y luego

vuelva a subir. Pero si pierde peso, o si pasan varios días y no lo recupera, quiere decir que hemos de retirar los

biberones más lentamente, o incluso que no podremos retirarlos del todo.

Si la cantidad de biberón que toma su hijo es pequeño, digamos menos de 200 mililitros al día, probablemente

podrá suprimirlos de golpe. 'No le dé más biberones, y ya está. Pedirá pecho a todas horas durante dos o tres días, y

luego se volverá a normalizar.

También puede hacerlo poco a poco, bajando cada día la cantidad de biberón: 180, 150, 120... A veces, en

menos de una semana se suprimen por completo; otras veces hay que ir más despacio. Todo esto, por supuesto,

controlando el peso. Eso sí, siempre los biberones bien preparados, con una medida de polvo por cada 30 mililitros de

agua. No haga los biberones más diluidos; entonces su hijo no estaría tomando suficiente alimento, pero tampoco

podría mamar más porque tendría el estómago lleno de agua.

Otra posibilidad es reducir los biberones a demanda. Dele un pecho, comprimiéndolo si es que no mama muy

bien (pág. 87). Dele luego el segundo pecho (si es que lo quiere). Si se queda más o menos tranquilo y contento, no le

dé biberón. ¿Que al cabo de veinte minutos vuelve a pedir? Pues le vuelve a dar el pecho. Todas las veces que haga

falta. Sólo le da biberón si acaba el segundo pecho y en ese momento se queda protestando de hambre. Pero no le da

tanto biberón como de costumbre, sólo un poquito, 60 o 30 mililitros. ¿Que se lo acaba todo y sigue llorando de

hambre? Pues 30 mililitros más, y otros 30 después si hace falta. Pero si se queda más o menos tranquilo, pues ya

está. Y si a los veinte minutos vuelve a pedir, le vuelve a dar el pecho. Es decir, que si realmente el niño llora de

hambre, le va a dar (aunque a plazos) la misma cantidad de biberón que le solía dar. Pero si aguanta con menos,

pues menos. La idea es que, en vez de tomar cada tres horas el pecho y el biberón, a lo mejor toma el pecho cada

hora u hora y media, pero el biberón, cada cuatro o cinco horas. En unos días

se los habrá suprimido por completo.

Estoy hablando todo el rato de biberones. En realidad, me refiero a la leche artificial, administrada por cualquier

medio. Cuando no queda más remedio que darle un suplemento a un niño de pecho, es mejor no hacerlo con un

biberón, porque muchas veces se lían y empiezan a mamar mal. Es mejor dárselo con un vasito o un cuentagotas.

Pero si ya lleva varios días dándole biberones, y ahora se los va a quitar, ya no viene de aquí. Puede intentarlo con un

vaso, pero si le resulta difícil, no vale la pena que su hijo y usted hagan el esfuerzo de aprender a tomar con vaso,

cuando de todos modos en pocos días lo va a dejar.

Además de darle el pecho a todas horas, ¿vale la pena sacarse leche, para estimular la producción? Si el niño

mama a todas horas, casi no va a tener tiempo material. Y si el niño mama bien (o si le funciona bien la compresión

del pecho) tampoco quedará mucho por sacar. Pero si el niño mama fatal, o rechaza el pecho, o la compresión no le

acaba de funcionar; es buena idea sacarse leche y dársela como suplemento, después del pecho y antes de la leche

artificial.

Dejé de dar el pecho hace semanas, ¿podría volverle a dar?

Sí. Es posible retirar los biberones innecesarios y volver a la lactancia materna exclusiva, incluso cuando el bebé

llevaba semanas o meses sin mamar nada de nada, o cuando no había mamado

nunca.

A lo mejor, su hijo nació prematuro o estuvo muy enfermo y no pudo tomar el pecho. O decidió no dar el pecho, y

ahora ha cambiado de opinión. Tal vez le recomendaron destetarlo porque el niño no engordaba, y ha podido

comprobar que con el biberón engorda lo mismo o menos...

El proceso se suele denominar relactación o relactancia. Hay que conseguir dos cosas: que salga leche, y que el

niño mame. Ambos objetivos están interrelacionados, pero son relativamente independientes. El bebé probablemente

mamará más si sale algo de leche, pero no es imprescindible: del chupete nunca sale nada, y bien que lo chupan;

¿por qué no iban a chupar un pecho vacío? Por otra parte, saldrá más leche si el niño mama, pero tampoco es

imprescindible: también es posible estimular la producción sacándose leche, a mano o con un sacaleches.

Por supuesto, al principio saldrá muy poca leche, o nada. Hay que tener paciencia, y perseverancia. No se

machaque el pecho; es mejor intentar sacarse leche durante cinco o diez minutos cada vez, pero repetirlo ocho o diez

veces al día, o más si tiene tiempo y ganas, que estarse media hora seguida para no sacar nada. Se han probado

distintos medicamentos para estimular la lactancia, pero en general no parece que tengan grandes ventajas; se puede

relactar sin necesidad de medicamentos.

Producir leche es relativamente fácil; si es constante, acabara saliendo. Otra cosa es que el niño mame, porque,

claro, eso ya no depende de usted. Si no le da la gana, no mamará. Cuanto más joven sea el bebé, más fácil será que

acabe mamando; antes de los cuatro meses el éxito es altamente probable. Con los niños mayores cuesta un poco

más. Algunas madres se sacan leche, pero no consiguen que el niño mame; tienen que darle la leche con un vaso, o

mezclada con los cereales. De todos modos, ha habido niños con más de un año que han vuelto a mamar. Vale la

pena intentarlo.

A veces basta con ponerse el niño al pecho, y empieza a mamar tan ricamente, aunque lleve semanas sin

hacerlo. Pero, muchas veces, el niño acostumbrado a los biberones rechaza el pecho, o no sabe qué hacer con él.

Nunca intente rendir al niño por hambre, no darle nada para que se vea obligado a tomar el pecho. Primero, porque es

una falta de respeto; segundo, porque además no funciona: cuando tenga más hambre estará nervioso y enfadado, y

probablemente mamará aún peor. Es mejor darle de comer (mejor la leche con un vasito; pero si lleva semanas o

meses con el biberón, tampoco importa por unos días más) y luego, cuando está contento, dele mucho contacto piel

con piel. Métase con su hijo en la cama, desnuda de cintura para arriba, el bebé sólo con el pañal.

Póngaselo encima, con la cabecita entre los pechos, como si acabase de nacer.

Dígale cosas bonitas, acarícielo, descanse. Muchos niños, al cabo de media hora, o de una hora, se van ellos

solitos hacia el pecho y se ponen a mamar. Y si no, al menos ha pasado un buen rato descansando y disfrutando con

su hijo, y ya volverá a probar en otro momento. En cambio, si dedica ese tiempo a intentar meterle el pecho en la boca

(ponte aquí, ponte allí, abre la boca, ábrela más, no está bien cogido, sácalo y vuelve a empezar...), es probable que

acaben los dos llorando, madre e hijo, y además la desagradable experiencia hará que la próxima vez tenga todavía

menos ganas de mamar.

Muchas madres consiguen volver a la lactancia materna exclusiva. Otras no.

Algunas madres tienen que ciliar lactancia mixta durante unos meses porque si intentan suprimir completamente la

leche artificial, el peso se estanca o disminuye. Cuando se empiezan las papillas, pueden ir sustituyendo a la leche

artificial, de modo que a los nueve o diez meses el bebé puede tomar sólo pecho y comida sólida, como si nunca

hubiera tomado biberones.

Me han dado unas pastillas para cortar la leche...

Aunque haya tomado medicamentos para cortar la leche, podrá volver a dar el pecho. Hace años se usaba

bromocriptina (Parloder), y antes de eso se usaban estrógenos; su efecto era muy limitado, bastaba con dejar de tomar

el medicamento y dar el pecho normalmente, y la leche subía en seguida. Ya

casi no se usa la bromocriptina; en

Estados Unidos hace años que se prohibió su uso para suprimir la lactancia, debido a sus efectos secundarios. Hoy

en día, el medicamento usado para cortar la leche suele ser la cabergolina (Dostinex®); por desgracia es de efecto

muy prolongado; sabemos de madres que han cambiado de opinión y han conseguido dar el pecho, pero han tardado

dos semanas o más en tener algo más que unas gotas de leche. Precisamente porque casi no sale leche, puede

ponerse al niño al pecho inmediatamente: que no le vengan con que pasa a la leche y le puede hacer daño, ¿a qué

leche va a pasar?

Dar el pecho a un niño adoptado

En algunas culturas es habitual que, si la madre muere en el parto, la o alguna tía den el pecho al bebé. Entre

nosotros, hay muchas madres que dan el pecho a sus hijos adoptados.

El truco es el mismo que para relactar a un hijo propio. Cuanto menor la edad del bebé, más fácil es que se

agarre. Hay que ciar el pecho o sacarse leche con frecuencia, diez veces al día o más. Si sabe con antelación cuándo

va a recibir a su hijo, puede empezar a estimular la lactancia con un par de meses de antelación. Partiendo de cero,

las primeras gotas de leche pueden aparecer en un periodo de cuatro a siete días, y se puede conseguir una lactancia

materna exclusiva en tres o cuatro semanas, si es que se consigue. Es más fácil

cuando la madre ha tenido hijos

propios y les ha dado el pecho. Si tiene algún trastorno hormonal que le impide tener hijos, tal vez eso también

dificulte la lactancia.

En todo caso, incluso en las circunstancias más favorables, no todas las madres consiguen la lactancia materna

exclusiva. Muchas tienen que dar lactancia mixta, y algunas no consiguen más que unas simbólicas gotas de leche.

No es bueno obsesionarse con la cantidad de leche; lo importante de esta aventura es la especial relación con su hijo,

la increíble sensación de tenerlo pegadito a su piel.

En la página web de la Asociación Española de Pediatría encontrará, traducido, un interesante documento de la

OMS sobre relactación.

Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Relactación.

Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. OMS, 1998

www.aeped.es/lac-mat/otros-doc.htm

Cesárea

Las mujeres que dan a luz por cesárea suelen dar el pecho menos tiempo que las que han tenido un parto

normal. Pero no tendría que ser así. En la cesárea cortan la barriga, no la leche; los pechos funcionan perfectamente.

Lo que ocurre es que, en muchos hospitales, el inicio de la lactancia es muy distinto tras una cesárea. Hay hospitales

en que los niños nacidos por cesárea maman antes de una hora; hay hospitales en que el bebé está en contacto piel

con piel (y mama, si quiere) mientras el médico acaba de coser la herida. Pero también hay hospitales en que el bebé

nacido por cesárea está separado de la madre durante seis o doce horas (¡o más!), en que nadie ayuda a la madre a

encontrar una posición cómoda para dar el pecho sin que le duela la cicatriz.

Un pequeño problema inicial puede crecer como una bola de nieve; si se pone tarde al pecho le habrán dado

algún biberón en ese tiempo, se cogerá mal, la madre tendrá grietas...

Caída del cabello

El cabello no crece eternamente. Cada pelo tiene un ciclo: nacimiento, crecimiento, reposo y caída. Cada día se

nos caen docenas de cabellos, que son sustituidos por otros que van creciendo. En muchos animales, todos los pelos

crecen al mismo tiempo: tienen una hermosa pelambrea en invierno, y se quedan pelados en verano. En el ser

humano, cada pelo va por libre, y nuestra cabellera tiene el mismo aspecto a lo largo de todo el año.

Pero durante el embarazo, muchos pelos se ponen de acuerdo y entran simultáneamente en fase de reposo. Se

caen muy pocos pelos durante el embarazo. La cabellera abundante, la piel suave y elástica, la sonrisa de orgullo...

no hay duda de que las embarazadas están guapísimas. El precio es que los cabellos se han sincronizado, y entre

uno y cinco meses después del parto entran, también simultáneamente, en fase de caída. Es el llamado efluvio

telógeno, un fenómeno completamente normal. ¡No, no se va a quedar calva, por más que el cepillo quede lleno de

pelos cada mañana! Entre los seis y los doce meses después del parto, todo vuelve a la normalidad.

La caída del cabello en el posparto no se debe a la lactancia materna, con el biberón se cae igual; no se debe a

falta de hierro (si le han hecho análisis y le falta hierro, por supuesto tiene que tomar hierro, pero eso no evitará la

caída del cabello) ni de ningún otro nutriente. Algunas almas caritativas insistirán en decirle que está usted dejándose

la salud y desgastándose por su absurda manía de dar el pecho; no haga caso. Desesperadas ante la perspectiva de

quedarse calvas (¿por qué tendrán las mujeres tanto miedo a quedarse calvas? Que lo tengamos los varones, se

entiende; pero las mujeres, ¿cuántas mujeres calvas ha visto por la calle?), muchas madres recurren a lociones,

suplementos y tratamientos comprados en la farmacia, la herboristería o la perfumería. La etiqueta promete detener la

caída del cabello, y en este caso al menos cumplen lo prometido: entre los seis y los doce meses después del parto,

todo vuelve a la normalidad. Exactamente igual que si no hubiera hecho nada. La diferencia es que se habrá gastado

un dinerito (en algunos casos, un dineral) que podría haber usado en cosas más útiles.

American Academy of Dermatology. Expecting a baby? expect some changes in your skin, hair and nails.

www.aad.org/PressReleases/baby.html

American Academy of Dermatology. Hair today, gone tomorrow: early diagnosis is the key to treating hair loss in

women.

www.aad.org/PressReleases/hairloss.html

Radiografías

Los rayos X son radiaciones electromagnéticas, como la luz, y se desplazan a la velocidad de la luz. Unos

segundos después de hacernos una radiografía, los rayos que nos acaban de atravesar ya están más allá de la luna.

No se nos quedan dentro, no nos volvemos radioactivos y de color verde fosforito, como en los dibujos animados. Al

pecho no le afecta para nada, a la leche no le afecta para nada. Puede usted hacerse todas las radiografías que

necesite durante la lactancia, incluyendo radiografías de tórax y mamografías, y puede dar el pecho en cuanto salga

del médico, sin esperar ni cinco horas ni cinco minutos, sin sacarse leche y tirarla. La leche está totalmente normal

después de hacer una mamografía.

No importa que la radiografía sea con contraste. Los contrastes yodados endovenosos no son tóxicos (a usted se

lo van a inyectar en vena y no le va a pasar nada), no alteran el tiroides ni para bien ni para mal (el yodo forma parte

de una molécula de la que no se puede separar), casi no pasan a la leche y casi no se absorben por vía oral. El bario

que se usa para radiografías del estómago o del intestino no se absorbe por vía oral, por lo que es imposible que pase

a la leche, y tampoco es tóxico. A los recién nacidos se les hacen radiografías con contraste sin ningún peligro. Puede

usted dar el pecho a los dos minutos de ponerle el contraste, no hay que esperar, no hay que descartar la leche.

También puede hacerse ecografías, tomografías computerizadas (TAC o TC) y resonancias magnéticas sin

ningún temor, y dar el pecho al momento. El gadopentato y el gadoteridol (contrastes que se usan a veces para la

resonancia magnética) casi no se absorben por vía oral y casi no pasan a la leche, y se usan en recién nacidos

porque no son tóxicos. Para darle a un recién nacido la cantidad de gadopentato necesaria para hacerle una

resonancia, tendríamos que inyectarle varios miles de litros de leche materna.

Sin embargo, todavía hay gente que propone sacarse y tirar la leche durante veinticuatro horas. Eso es un

verdadero disparate. Dar el pecho después de una resonancia con gadopentato no tiene ningún peligro.

Absolutamente ninguno. No estoy diciendo poco, estoy diciendo ninguno. En cambio, dejar de dar el pecho durante

veinticuatro horas sí que es peligroso. Y dejar de hacerle a una madre una resonancia que necesita, dejar su

enfermedad sin diagnóstico y sin tratamiento durante meses porque está dando

el pecho, también es peligroso.

Kubik-Huch RA, Gottstein-Aalame NM, Frenzel T, Seifert B, Puchert E, Wittek S, Debatin JE Gadopentetate

dimeglumine excretion into human breast milk during lactation. Radiology 2000;216:555-8

Teñirse el Pelo

No sé de dónde habrá salido esta leyenda urbana, pero muchas veces he oído decir que no te puedes teñir el

pelo durante la lactancia, porque el tinte es tóxico y pasa a la leche.

Vamos a ver. El tinte no te lo tragas, te lo ponen en la cabeza. ¿Que parte de ese tinte se absorbe por la piel y

pasa a la sangre? Pues no lo sé ni me importa. Tal vez, una centésima o una milésima parte del tinte se absorba, no lo

sé pero es verosímil. Y tal vez una centésima parte de lo que hay en la sangre pase a la leche, tampoco lo sé. En

cualquier caso, una cosa está clara: si el tinte fuera tóxico, la primera intoxicada sería la peluquera, que pasa el día

tocando tinte y respirando los vapores; aunque usen guantes, veríamos miles de peluqueras intoxicadas por el tinte. Y

la segunda intoxicada sería la madre, que es la que tiene todo ese tinte en la cabeza. Puede estar tranquila: si alguna

vez hubo tintes tóxicos, hace décadas que están prohibidos. Y si el tinte no le hace a usted ningún daño, mucho

menos se lo va a hacer a su hijo.

Ejercicio físico

Puede practicar cualquier tipo de deporte durante la lactancia. Su leche seguirá siendo igual de nutritiva e igual

de abundante.

A algunos niños les molesta el sabor salado del sudor en el pezón. Puede limpiarse con una toalla húmeda antes

de dar el pecho.

En algunos casos, después de un ejercicio físico intenso, algunos bebés rechazan el pecho durante unas horas.

Se cree que podría deberse al aumento del ácido láctico (el que produce las agujetas) en la leche. Pero estamos

hablando de ejercicio físico realmente intenso, de deportistas profesionales que entrenan, no de una horita en el

gimnasio del barrio, y en todo caso es un problema leve. El ácido láctico no es tóxico (es el del yogur), y si el niño

rechaza el pecho ahora, ya mamará un poco más tarde. Puede seguir entrenando, y puede seguir dando el pecho.

El ejercicio físico durante la lactancia puede mejorar el bienestar y la forma física de la madre, sin afectar a la

cantidad ni a la composición de la leche ni perjudicar en modo alguno al lactante. La madre que lacta puede practicar

cualquier tipo de deporte.

Lovelady CA, Hunter CP, Geigerman C. Effect of exercise on immunologic factors in breast milk. Pediatrics

2003;111:e148-52

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/2/e148>

Wright KS, Quinn Ti, Carey GB. Infant acceptance of breast milk after maternal exercise. Pediatrics 2002;109:585-

9

<http://pecliiatrics.aappublications.org/cgi/content/full/109/4/585>

Cremas depilatorias

Las cremas depilatorias son muy cáusticas. Comer crema depilatoria produce quemaduras mucho más graves

que beber lejía. Hay que limpiarse bien antes de tomar al bebé en brazos, y se han de guardar en lugar seguro, pues

los niños pequeños podrían confundirlas con pasta de dientes. De hecho, es prudente que en una casa donde hay

niños pequeños no haya cremas depilatorias.

Pero no se absorben a través de la piel, no pasan a la sangre y mucho menos a la leche. Puede depilarse con

crema durante la lactancia. También puede depilarse con cera, con láser o con cualquier otro método.

Rayos UVA

Los rayos ultravioletas UVA, usados en las cabinas de bronceado, no son buenos para la piel. Su abuso, lo

mismo que el de tomar el sol, puede producir cáncer de piel. La Academia Americana de Dermatología recomienda

desde hace años que se prohíban los aparatos de rayos UVA.

En cualquier caso, todo el peligro es para la madre. Puede aplicarse rayos UVA, incluso en los pechos, y puede

dar el pecho a continuación. No hay ningún peligro para el bebé.

American Academy of Dermatology Tanning Salon Exposure Can Lead to Skin Cancer

www.aad.org/public/News/NewsReleases/Press+Release+Archives/Skinn+Ca

Capítulo 18 - Lactancia y fertilidad

Efecto anticonceptivo de la lactancia

Hay quien ha oído decir que la lactancia es un anticonceptivo, y cree entender: «No te puedes quedar

embarazada mientras das el pecho». Eso es absurdo, claro que puedes. Si da el pecho tres o cuatro años, y mantiene

relaciones sexuales y no hace nada por evitarlo, es prácticamente seguro que se quedará embarazada durante la

lactancia.

Lo que ocurre es que durante la lactancia es más difícil quedarse embarazada.

No imposible, pero sí más difícil. Sobre todo al principio.

Es lógico que sea así. Durante millones de años, nuestros antepasados no han tenido ningún método

anticonceptivo y casi ninguna restricción sobre la actividad sexual. Las mujeres se quedaban embarazadas

simplemente todas las veces que podían. Si una mujer del paleolítico hubiera tenido un hijo cada diez meses desde la

pubertad, probablemente habrían muerto ella y todos sus hijos. Tenía que existir un anticonceptivo natural. La

selección natural eligió a aquellas mujeres que tenían un hijo cada dos, tres o

incluso cada cuatro años; de ese modo

les podían cuidar mejor y a la larga tenían más descendencia con menos partos.

Pero hoy en día hay muchas mujeres que tienen el segundo hijo al año del primero, incluso un poco antes. ¿Qué

pasó con el anticonceptivo natural? Pues pasó que lo dejamos de usar. El anticonceptivo era la lactancia.

Es una de esas soluciones elegantes, aparentemente sencillas pero tremendamente adaptables, a las que llega

la naturaleza cuando tiene suficientes millones de años para trabajar. Si el anticonceptivo tuviera una duración fija:

«La mujer no puede quedarse embarazada durante x años después del parto», no podría adaptarse a las

circunstancias, al ritmo de desarrollo del bebé, y sobre todo, a la supervivencia del niño. Nos hemos acostumbrado a

dar por sentado que casi todos los bebés sobreviven, pero durante toda la historia de la humanidad hasta el siglo xx,

la mortalidad infantil ha sido altísima. Todavía lo es en gran parte del mundo, para nuestra vergüenza. A la naturaleza

no le interesa que una hembra pierda a su cría y tarde tres años más en volver a tener otra. Si la cría muere, la madre

debe volverse a quedar embarazada lo antes posible.

Por eso, el anticonceptivo de la naturaleza no es fijo, sino que depende de la lactancia: la mujer puede quedarse

embarazada cuando el cese brusco de la lactancia indica que el bebé ha muerto, o cuando la disminución gradual de

la lactancia indica que el bebé ya está comiendo otras cosas, y que por tanto ya no depende exclusivamente de la

leche de su madre. Durante los primeros meses, cuando el bebé mama mucho y a todas horas, el embarazo es casi

imposible. A medida que va disminuyendo el número de tomas y la producción de leche, la posibilidad de embarazo

es cada vez mayor. Los niños bosquimanos Kung maman con gran frecuencia, varias veces por hora, y comen muy

pocos alimentos complementarios durante los primeros años (¿qué iban a comer, viviendo en el desierto?). Sus

madres se quedan embarazadas aproximadamente cada cuatro años.

Otros pueblos que viven en condiciones menos adversas pueden dar más comida a sus hijos pequeños, y suelen

tener un hijo cada dos o tres años. Entre nosotros, muchos niños comen abundantes papillas desde los seis meses, y

muchas madres que dan el pecho quedan embarazadas antes del año (y por tanto dan a luz hacia el año y medio). La

madre que no da el pecho puede quedar embarazada antes de dos meses.

La disminución de la fertilidad se produce por tres mecanismos: 1. Durante muchos meses la madre no tiene la

regla. Eso se llama amenorrea, falta de menstruación.

Puede haber menstruación sin ovulación previa. Pero lo que no puede haber es ovulación sin menstruación

posterior. Cada vez que la mujer ovula, sólo pueden pasar dos cosas: o se queda embarazada, o tiene la regla en dos

semanas. De hecho, la mujer que conoce la fecha de la ovulación (porque se toma la temperatura), y a los veinte días

no ha menstruado, puede estar segura de que está embarazada. En las mujeres que tienen ciclos irregulares, lo que

varía es la primera parte del ciclo, desde la regla hasta la ovulación. La segunda fase, desde la ovulación hasta la

siguiente regla, es siempre muy constante.

Por tanto, si una mujer tiene la primera regla a los ocho meses del parto, sólo hay dos posibilidades: o bien ovuló

una sola vez, quince días antes, o bien no ha ovulado ninguna vez. Cuanto más se retrasa la regla, mas fácil es que

ovule antes. La que tiene la regla a los cuatro meses, es casi seguro que no ha ovulado. La que tiene la primera regla

a los quince meses, es muy probable que sí que haya ovulado. Es posible quedarse embarazada sin ver In regla.

2. Segundo, cuando vuelve la menstruación es probable que haya varios ciclos anovulatorios, sin ovulación. Es

tanto más probable cuanto mas pronto vuelve la regla.

3. Tercero, cuando regresa la ovulación es posible que haya varios ciclos infértiles, en que el óvulo fecundado no

se puede implantar.

En algunos casos hay uno o varios meses de insuficiencia lútea. El cuerpo lúteo es la zona del ovario por la que

acaba de salir el óvulo. Fabrica grandes cantidades de hormonas que permiten que el óvulo fecundado anide en el

útero y comience la gestación. Cuando el cuerpo lúteo desaparece, baja la regla. Si el cuerpo lúteo se consume

demasiado deprisa, y la regla baja antes de diez días de la ovulación, el embarazo no es posible.

La lactancia materna es el anticonceptivo más usado del planeta y el que más embarazos evita. En la mayoría de

los casos no es usado conscientemente, pero contribuye a espaciar los nacimientos, disminuyendo el total de hijos

que tiene una mujer a lo largo de su vida. Cientos de millones de mujeres no usan ningún otro anticonceptivo; si en

ciertos países las mujeres dejasen de dar el pecho, se produciría un aumento explosivo de la natalidad.

El MELA

Otra cuestión sería si la lactancia materna se puede usar como anticonceptivo seguro a título individual. En 1988,

basándose en los datos hasta entonces conocidos, los expertos reunidos en Bellagio (Italia) propusieron el método de

la lactancia y la amenorrea (MELA, en inglés LAM).

La mujer tiene menos de un 2% de probabilidades de quedarse embarazada si cumple al mismo tiempo los

siguientes criterios:

1. Su hijo tiene menos de seis meses.
2. Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva.
3. Todavía no le ha vuelto la regla.

Lo de la regla a veces se presta a confusión en el postparto. Durante los primeros cincuenta y seis días después

del parto, por definición no es posible la menstruación. Cualquier pérdida de sangre en ese tiempo se considera

loquío (la pérdida de sangre normal después del parto). Pasados los cincuenta y seis días, se distingue entre pérdida

de sangre normal (sangrado) o pérdida mínima, sólo unas gotas (manchado). Como una golondrina no hace verano,

para llamarle menstruación necesitamos al menos dos días seguidos de sangrado, o uno de sangrado y dos de

manchado, o tres días seguidos de manchado.

Lo (le la lactancia casi exclusiva se refiere a algún suplemento ocasional (una vez por semana) y (le pequeña

cantidad, incluso aunque ese suplemento sea de leche de la propia madre (por ejemplo, si va al cine y deja un poco

de leche en la nevera para que la abuela se la dé al niño).

Cuando pasan muchas horas entre torna y toma, la probabilidad de embarazo aumenta. Se puede admitir un

intervalo de diez horas o dos intervalos de seis horas por semana (aquello de «no sé qué ha pasado esta noche, que

ha dormido de un tirón»), pero si el niño duerme sin mamar ocho horas cada noche (lo que es muy raro, por suerte), el

método puede fallar.

Varios estudios posteriores encuentran que la eficacia del MELA es aún mayor de lo esperado. De cien mujeres

que cumplan los tres criterios, probablemente se quedarán embarazadas una o ninguna. Algo menos eficaz que la

píldora, pero similar al DIU y bastante más eficaz que el preservativo. Además, es un método relativamente robusto:

incluso cuando no se usa del todo bien (cuando la madre da algún biberón más de la cuenta, o cuando sigue sin tener

la regla y sin usar otros anticonceptivos hasta al año), el porcentaje de embarazos aumenta, pero no se dispara (al

contrario de, por ejemplo, el preservativo: basta con olvidárselo una sola vez).

Cuando deje de cumplir esos criterios, si le vuelve la regla (poco probable antes de los seis meses si la lactancia

es exclusiva, pero desde luego puede ocurrir), si empieza a darle lactancia mixta o papillas, o si trabaja y por tanto

está cada día muchas horas sin dar el pecho, o cuando su hijo cumpla seis meses, si no quiere quedarse embarazada

más vale que use algún otro método.

El MELA no es un método para el Tercer Mundo. En diversos estudios, la tasa de fallos en Europa o Estados

Unidos es todavía más baja que en los países en desarrollo. Como cualquier método anticonceptivo, funciona mejor

cuando la mujer tiene más estudios y dispone de mejor asistencia profesional.

Otros métodos anticonceptivos

Usaremos el término anticonceptivo en un sentido amplio. Estrictamente, un anticonceptivo es el que impide la

concepción, la unión del óvulo y el espermatozoide (ya sea interponiéndose entre ambos o impidiendo la ovulación).

Pero algunos anticonceptivos pueden actuar, al menos en algunas ocasiones, impidiendo la nidación, es decir,

impidiendo que el embrión se implante en la mucosa del útero, varios días después de la concepción. Para algunas

personas, esto es un detalle sin importancia; para otras, es fundamental. Todo depende de en qué momento piense

usted que comienza la vida humana. Usted decide. La anticoncepción de emergencia o píldora del día después suele

impedir la nidación, aunque a veces impide la ovulación. Los anticonceptivos que sólo tienen gestágenos, ya sea

orales o implantados, así como el DIU, suelen impedir la ovulación, pero también impiden la nidación con bastante

frecuencia. Los anticonceptivos orales combinados (gestágenos y estrógenos) son casi siempre anovulatorios, pero

en algunos casos impiden la nidación.

Larimore Stanford JB. Postfertilization effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent.

Arch Fam Med 2000;9:126-133

<http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/11/9/2/126>

Los preservativos y diafragma (incluso con espermicidas) y el dispositivo intrauterino o DIU (incluso con

hormonas) se pueden usar durante la lactancia sin ningún problema, igual que los anticonceptivos orales que sólo

contienen gestágenos (derivados de la progesterona) o los implantes de gestágenos. Ni que decir tiene que la

esterilización (masculina o femenina) también es plenamente compatible con la lactancia.

Los anticonceptivos orales con estrógenos (que son la mayoría) se decía que pueden disminuir la producción de

leche. La cosa no está nada clara, y muchos ponen en duda ese efecto, pero por si acaso se suele recomendar no

usarlos hasta los seis meses, en que el niño empieza a comer otras cosas. Si en algún caso se considera

indispensable usarlos antes, tórnelos y a ver qué pasa.

Personalmente, sospecho que no pasaría nada del otro mundo. Si la producción de leche disminuye, el niño tiene

hambre y mama más veces, y si el niño mama más veces la producción de leche vuelve a aumentar. El problema se

daría sólo cuando la madre sigue un horario fijo, dando el pecho cada tres horas, y por tanto el bebé no tiene ningún

medio para encargar más leche a la fábrica. Tal vez por eso hace años, cuando muchas mujeres daban el pecho con

horario, parecía que había un problema, y ahora, cuando el pecho se da a demanda, más bien parece que no pasa

nada.

En todo caso, el único posible efecto perjudicial de los anticonceptivos sería la disminución de la cantidad de

leche. No existe, insisto, no existe ni la más mínima posibilidad de que las hormonas perjudiquen al lactante, ni a la

niña ni al niño. Las primeras pastillas, hace décadas, llevaban más estrógenos que las que se fabrican ahora, y los

estudios demuestran que los niños que tomaron el pecho en aquella época, mientras sus madres tomaban

anticonceptivos, son ahora adultos completamente normales. Los chicos no se feminizan ni les pasa nada raro.

La llamada píldora del día después también se puede usar durante la lactancia.

Aunque las dosis de hormonas son muy altas, se usa durante muy poco tiempo, y no perjudican al lactante. No es

necesario (ni conveniente) interrumpir la lactancia durante unas horas.

Lactancia y embarazo, lactancia en tándem

Muchos niños se destetan durante el embarazo de forma más o menos voluntaria, por una combinación de tres

factores:

- Ya le tocaba. Un día u otro se tenía que destetar; y si la madre vuelve a estar embarazada, es que el bebé ya no

es tan bebé...

- La cantidad de leche disminuye y su sabor cambia, o al menos eso se rumorea, a mediados del embarazo.

Algunos niños dicen «¡puagh!» y no quieren más.

- A muchas madres les duelen los pezones durante el embarazo, así que no ponen muy buena cara cuando su

hijo mama, y éste capta la indirecta.

Pero otros muchos niños superan todos los obstáculos. Permanecen impasibles

ante indirectas y directas (o tal

vez a sus madres no les duele), desean seguir mamando, y si notan algún cambio de sabor parece que no les importa.

Muchas mujeres siguen dando el pecho durante todo el embarazo, y luego dan el pecho a los dos niños, lo que

se conoce como lactancia en tándem.

Existen todavía muchos prejuicios al respecto, es probable que más de uno le diga que tiene que destetar

inmediatamente. Veamos algunos de los argumentos que le pueden dar:

- ¿Dar el pecho provoca abortos? No. Es cierto, como dijimos más arriba, que poco después de reanudarse los

ciclos menstruales puede haber algunos meses de insuficiencia lútea, en que el embrión no puede implantarse

porque, cuando llega al útero, la menstruación ya ha comenzado. Pero en esos casos la madre ni sospecha que está

embarazada; no hay un retraso, sino un adelanto de la regla. Una vez implantado el embrión, y consciente la madre

de su embarazo, dar el pecho no puede producir un aborto. Se había creído así porque la oxitocina provoca

contracciones del útero. Pero el útero sólo es sensible a la oxitocina al final del embarazo; en los abortos provocados

no se usa oxitocina porque no hace efecto. Recuerde que la actividad sexual también produce oxitocina, y no está

prohibida durante el embarazo.

- ¿Podría la lactancia provocar un parto prematuro? Que yo sepa, nunca se ha

visto tal cosa, aunque

teóricamente podría ocurrir. Cuando una embarazada tiene amenaza de parto prematuro, se le recomienda reposo

absoluto en cama. No puede trabajar, ni salir a la calle. Es decir, que caminar puede provocar un parto prematuro.

Pero sólo a la que tiene una amenaza de parto. El resto de las embarazadas puede caminar, trabajar o subir escaleras

hasta el último día.

Si su embarazo discurre normalmente, puede usted dar el pecho y pasear sin temor. Si le han recomendado

reposo absoluto, entonces hay que comprobar si la lactancia es perjudicial o no. La oxitocina sólo dura unos minutos

en la sangre, se elimina rápidamente. Por eso, cuando se administra oxitocina durante el parto, se hace con cm

gotero; poner una inyección cada dos horas, o cada media hora, no serviría de nada. Por canto, si la lactancia produce

contracciones, tiene que ser mientras el niño mama, en el mismo momento en que, meses atrás, notaba los entuertos

y le goteaba el otro pecho. Si está usted en reposo absoluto por amenaza de parto prematuro, y justo en el momento

de ciar el pecho nota fuertes contracciones, será mejor que deje de dar el pecho. Pero si las contracciones no

coinciden con la torna, si se producen veinte minutos o dos horas después, puede dar el pecho tranquilamente.

- ¿No será mucho desgaste dar el pecho durante el embarazo? No. Mas desgaste es estar embarazada de

gemelos, y no digamos de cuatrillizos. Frente al esfuerzo que representa para el organismo un embarazo, la lactancia

sólo añade un poquitín más. Y de todas maneras, las madres europeas de ahora raramente pasan de los tres hijos;

piense que nuestras bisabuelas solían tener cinco o siete, y muchas veces daban el pecho durante el embarazo, en

una época en que no todo el mundo comía todos: los días. Simplemente, coma lo necesario para ganar peso

normalmente.

- En la lactancia en tándem, ¿el mayor no le quitará la leche al pequeño? No.

Habrà leche para los dos. Incluso es probable que el mayor, con su fuerte succión, estimule mejor el pecho y

gracias a ello haya más leche el bebé. Al principio es razonable darle siempre primero al bebé, pero al cabo de unas

semanas probablemente ya no tendrá importancia.

- ¿No le contagiará el mayor sus virus, dejando las babas en el pezón? El mayor le contagiará sus virus al

pequeño, haga lo que haga. En general basta con estar en la misma casa, pero es que además los hermanitos

mayores tienen mucha costumbre de abalanzarse sobre los recién nacidos y besuquearlos.

Afortunadamente, la leche materna tiene en cada momento anticuerpos contra los virus que están de moda en la

familia; no es raro que mamá, papá y el hermano tengan la gripe, y el bebé se libre. No necesita desinfectar el pecho

entre un niño y otro.

De los niños que dejan de mamar durante el embarazo, algunos vuelven a pedir el pecho cuando ven mamar a su

hermanito. Lo mejor es darles el pecho sin rechistar; generalmente intentan mamar un poco, no se acuerdan, les

sorprende el sabor casi olvidado, dictaminan: «¡Es leche para bebés pequeñitos!», y no piden más. Probablemente lo

han pedido sólo como prueba de amor, para comprobar que su mamá no les rechaza. También hay algunos niños que

vuelven a reengancharse para unos meses más de lactancia; es normal.

Capítulo 19 - Lactancia y salud

Corno comenté en la introducción, hace tiempo que me dejaron de interesar las ventajas de la lactancia materna.

Muchos se empeñan en cantar las excelencias de la lactancia, pensando que así las madres darán más el pecho.

Pero lo cierto es que las madres han ciado el pecho durante millones de años sin saber que eso tenía ninguna

ventaja; y que justo en el siglo en que se han descubierto tales ventajas y justo en los países en que se descubrieron,

la lactancia materna ha estado a punto de desaparecer del mapa.

Muchos expertos critican, además, que se hable de ventajas de la lactancia materna, lo que parece implicar que

la lactancia artificial es la normal y la lactancia materna es un extra. En realidad, lo normal es la lactancia materna, y

cualquier otra forma de alimentación debe compararse con ella. Sería más

correcto, por tanto, hablar de riesgos de la

lactancia artificial, lo mismo que hablamos de peligros del tabaco.

Pero, aunque el efecto de la lactancia sobre la salud no es el motivo por el que las madres dan el pecho (y menos

aún el motivo por el que los niños lo toman), sí que es importante que usted conozca algo sobre esas ventajas.

Porque, con demasiada frecuencia, se recomienda a la madre destetar por el motivo más peregrino, por peligros

remotos o imaginarios. Como si la lactancia artificial fuera plenamente segura, mientras que la lactancia materna está

siempre en un tris de perjudicar al bebé. Pues no, la lactancia artificial está lejos de ser segura, y antes de recomendar

el destete habría que pensárselo dos veces.

Lactancia y salud infantil

Según los cálculos de Bell y Wright, entre 1000 niños que no tomen el pecho y otros 1000 que tomen lactancia

materna exclusiva durante tres meses, la diferencia sería de 60 episodios de enfermedad respiratoria, 580 de otitis

media y 1.053 de gastroenteritis durante el primer año, que generarían 2.033 visitas al médico, 212 días de

hospitalización, 609 recetas y 51 radiografías, por un precio total (en 1999) de 330.000 dólares. Sólo con tres meses

de lactancia, sólo en tres enfermedades y sólo en costos médicos directos (sin tener en cuenta los días de trabajo que

pierden los padres... ni el sufrimiento, que no se paga con dinero).

Unicef calcula que un millón y medio de niños mueren cada año en el mundo por falta de lactancia materna.

Estábamos acostumbrados a pensar que todas esas muertes se producen en el Tercer Mundo; pero que en los países

desarrollados, gracias a la higiene y la atención médica, la lactancia artificial puede producir algunas diarreas sin

importancia, pero ciertamente no afecta a la mortalidad. Había excepciones, claro, como en el caso de los prematuros.

Lucas y Cole, en 1990, atribuían a la lactancia artificial 100 muertes anuales por enterocolitis necrosante entre los

prematuros británicos.

Sin embargo, una reciente revisión de Chen y Rogan encontró que la lactancia materna también se asocia con

una mortalidad significativamente menor en Estados Unidos. Compararon a 1.204 lactantes fallecidos en 1988 con un

grupo control de 7.740 niños. Para intentar evitar la confusión por causalidad inversa (es decir, que el niño no tomó el

pecho porque estaba enfermo), excluyeron las muertes durante el primer mes y las debidas a malformaciones

congénitas y a tumores malignos. Encontraron una relación dosis-respuesta: cuanto mayor la duración de la lactancia,

menor la mortalidad. Calculan que, si la relación es causal, la promoción de la lactancia podría evitar cada año unas

720 muertes de niños de entre uno y doce meses de edad en Estados Unidos.

Y es que la lactancia materna no sólo previene enfermedades banales. La lactancia artificial también se asocia

con un mayor riesgo de meningitis por *Haemophilus*, de leucemia y de muerte súbita.

También se han observado efectos a largo plazo sobre la salud del niño: durante años, los niños que tomaron el

pecho siguen teniendo menos enfermedades respiratorias, menos obesidad y un cociente intelectual más alto.

La lactancia materna prolongada protege contra la diabetes tipo I (insulinodependiente), probablemente al

retrasar la introducción de la leche de vaca y derivados (como la leche del biberón).

La reciente revisión de la OPS (León-Cava), que puede leerse completa en Internet, ofrece información detallada

sobre los efectos de la lactancia en la salud del niño y de la madre.

Ball TI-1, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999;103:870-6

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/103/4/31/070>

Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990;336:1519-23

McGuire W, Anthony MY. Donor human milk versus formula for preventing necrotising enterocolitis in preterm

infants: systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:F11-4

<http://in.bmjournals.com/cgi/content/full/88/1/F11>

Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;1

13:e435-9

<http://pediatrics.aapublications.org/cgi/content/full/113/5/e435>

Silfverdal SA, Bodin L, Olcen P. Protective effect of breastfeeding: an ecological study of *Haemophilus influenzae*

meningitis and breastfeeding in a nation. *Int J Epidemiol*. 1999;28:152-6

<http://ije.oupjournals.org/Wcgi/reprint/28/1/152>

Bener A, Denic S, Galadari S. Longer breastfeeding and protection against childhood leukaemia and

lymphomas. *Eur J Cancer* 2001;37:234-0

Shu XO, Linet MS, Steinbuch M, Wen WQ, Buckley JD, Neglia JP et al. Breastfeeding and risk of childhood acute

leukemia. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1765-72 <http://jnci.cancerspectrum.oupjournals.org/Wcgi/content/full/jnci;91/20/1765>

Alm B, Wennergren G, Norvenius SG,

Skjæiven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, Irgens LM. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in

Scandinavia, 1992-95. *Arch Dis Child* 2002;86:400-2

<http://adc.bmjournals.com/cgi/content/full/11/86/6/400>

Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau O, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven

year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *Br Med J* 1998;316:21-5 von Kries R, Koletzko B,

Sauerwald T, von Mutius E, Barnert O, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *Br*

Med J 1999;319:147-50 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full>

11/319/7203/147

Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years.

Arch Dis Child 2001;85:185-8

<http://adc.bmjournals.com/cgi/content/full/11/85/3/183>

Ziegler AG, Schmid S, Huber D, Hummel M, Bonifacio E. Early infant feeding and risk of developing type 1

diabetes-associated autoantibodies. JAMA 2003;290:1721-8 León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación

de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, Organización Panamericana de la

Salud, 2002

www.paho.org/WSpanish/HIPP/1-1PN/Benefits_of_B_F.htm

www.ibfan-alc.org/doc/BOBspanish.pdf (completa, ocupa menos espacio)

Lactancia y salud materna

La madre que lacta tiene que oír con frecuencia comentarios del tipo: «Te estás desgastando» o «estás perdiendo

la salud». En tiempos no muy lejanos, se usaron similares argumentos para afirmar que las mujeres no deben trabajar,

hacer deporte o estudiar (¡se les iba a sobrecargar el cerebro!).

Sin embargo, la lactancia también es beneficiosa para la salud de la madre. En páginas anteriores ya hemos

señalado que dar el pecho disminuye el riesgo de fracturas por osteoporosis (pág. 168) y las pérdidas de hierro (pág.

167), y que no provoca caída del cabello (pág. 286). Pero, probablemente, la mayor ventaja de la lactancia es la

prevención del cáncer de mama y de ovario.

Tras reanalizar los datos de 47 estudios en 30 países, con más de 50.000 casos de cáncer de mama y más de

90.000 controles, se ha llegado a la conclusión de que, sólo en los países desarrollados, se podrían evitar cada año

50.000 casos de cáncer por cada doce meses de aumento en la duración media de la lactancia. Obsérvese que lo

que solemos considerar prevención del cáncer de mama, a base de mamografías periódicas, en realidad no es más

que diagnóstico precoz. El cáncer ya lo tiene, y falta ver si se cura. En cambio, la lactancia permite la auténtica

prevención, evitar la aparición del cáncer.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative

reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast

cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95

Tung Goodman MT, Wu AH, McDuffie K, Wilkens LR, Kolonel LN, Nomura AM, Terada KY, Carney ME, Sobin LH.

Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. *Am J*

Epidemiol 2003;158:629-38

Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and the risk of epithelial ovarian

cancer.

The WI-10 Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Int J

Epidemiol 1993;22:192-7

Labbok MI-I. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am 2001;48:143-58

León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la

evidencia. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2002

www.ibfari-alc.org/cloc/BOBspanish.pdf

Capítulo 20 - Protección legal

Son muchas las causas que, a lo largo del siglo XX, llevaron al abandono de la lactancia materna. La

interferencia en el parto y posparto, los cambios sociales, el trabajo... pero la publicidad de los fabricantes de leche

artificial merece un lugar destacado.

En 1981, la OMS promulgó el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna,

cuyas principales disposiciones son:

- Se aplica a todos los sustitutos de la leche materna, incluso a los inadecuados (como zumos o infusiones), y a

los biberones y tetinas.

- Prohíbe a los fabricantes distribuir material educativo (folletos, libros, vídeos...), salvo que las autoridades

sanitarias se lo hayan solicitado previamente por escrito; y aún entonces limita el contenido de tales materiales, que

deben advertir de los peligros del biberón y no pueden mencionar marcas concretas.

- No habrá publicidad al público por ningún mecho, ni ofertas o descuentos.

- La publicidad para profesionales se limitará a datos científicos y objetivos.

- Prohíbe el contacto profesional del personal de comercialización de estos productos con las madres y

embarazadas.

- Prohíbe las muestras gratuitas, y especialmente su distribución a través del sistema de salud.

- Los centros sanitarios no exhibirán carteles ni productos.

- Prohíbe los términos maternizada o humanizada, así como las imágenes que idealicen estos productos.

En España es de aplicación el Real Decreto 72/1998, que recoge la mayor parte de las disposiciones del Código,

pero no se aplica a la leche de continuación ni a los biberones y tetinas.

Todas estas normas intentan proteger a las madres y a los niños contra la publicidad engañosa. Que usted pueda

decidir libremente, sin presiones ni comidas de coco, cómo prefiere alimentar a su hijo.

La publicidad utiliza estrategias sutiles. Los carteles, calendarios y folletos de la industria suelen traer la foto de

un bebé hermoso y sonriente (¿qué habrá comido, para estar tan sano?), que está solo, en primer plano. La imagen de

un bebé solo no aparece en nuestra cultura hasta el siglo xx, de la mano de la publicidad; hasta entonces, los bebés

se representaban siempre en el regazo de su madre. Cuando en un anuncio o folleto de la industria aparece un niño

tornando el pecho, siempre es un bebé muy pequeño, casi recién nacido (lo que también contrasta con los cuadros

clásicos de vírgenes lactantes, en que el Niño Jesús suele tener un par de años). En las imágenes y folletos

publicitarios, la madre que da el pecho suele estar en su dormitorio, en camisón o casi desnuda, con ropa y peinado

pasados de moda. En cambio, la madre que da el biberón viste ropa moderna, de calle, y parece una mujer activa y

dinámica. El lenguaje sugiere siempre que dar el pecho es difícil («a poco que puedas, inténtalo», «si por cualquier

motivo tu leche fuera inadecuada o insuficiente...»).

IBFAN es una red internacional de grupos que defienden el derecho a la lactancia. Pásese por su web, verá

cosas interesantes.

Organización Mundial de la Salud. «Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche

Materna. Ginebra», OMS, 1981

www.ibfan-alc.org/codigo/main.htm

Real Decreto 72/1998, de 23 de enero, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria específica de

los preparados para lactantes y preparados de continuación. BOE 4 febrero

1998

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Anterior/r0-rd72-1998.htm I IBFAN,

«International Baby Food Action Network» www.ibfan.org

IBFAN «América Latina y Caribe» www.ibfan-alc.org/

Capítulo 21 - Separación y divorcio

Algunos jueces parece que sólo conciben una Forma de compartir la custodia en caso de divorcio: fines de

semana alternos y dos semanas en verano. Sean cuales sean las circunstancias, sea cual sea la edad. He visto a un

niño de un año sometido a semejante régimen, separado de su madre para pasar el fin de semana (y poco después

las dos semanas enteras) con un padre que había abandonado el hogar durante el embarazo. Es fácil imaginar (pero

algunos parece que carecen de imaginación) el sufrimiento del niño. En cada separación se pasaba las primeras

horas llorando y los siguientes días como ausente, perdía peso, a su regreso tan pronto se pegaba a la madre como la

rechazaba, retrocedía en el habla y en la autonomía, se despertaba aterrorizado...

Algunas madres intentan alegar que están dando el pecho y por tanto no se pueden separar tanto tiempo de su

hijo. Ilusas. En ocasiones, el juez ha nido por ahí que lo de la lactancia no es problema, que la madre se puede sacar

la leche y darle al padre una nevera portátil de leche congelada, que luego puede seguir sacándose leche durante los

quince días que dura la separación, y que finalmente podrá volver a ponerse al niño al pecho como si no hubiera

pasado nada. Más frecuentemente, la madre descubre que el padre también ha alegado lo de la lactancia ante el juez,

pero con la intención opuesta: esta madre que todavía da el pecho es evidente que está loca, que está abusando de

su hijo y que le está produciendo un trauma y una dependencia, por lo que es urgente separarlos. En nuestra

sociedad todavía hay mucha gente dispuesta a creer semejantes razonamientos.

Estas separaciones son terribles para el niño y dolorosas para la madre, pero también son terribles para el padre.

Si lo que quiere es mantener una relación normal y amistosa con su hijo, ¿cree que lo va a conseguir cada visita a su

padre es un infierno, el niño aprende a aborrecerle.

Por el amor mutuo que alguna vez sintieron, por el amor que ambos dicen profesar a su hijo, por favor, no hagan

eso. Diga lo que diga el juez, busquen un acuerdo distinto, más racional, más adaptado a las necesidades de su hijo.

Ambos tendrán que ceder, y ambos tendrán que esforzarse.

Un bebé no puede establecer una relación con fines de semanas alternos. Es imposible. Necesita un contacto

mucho más frecuente. Una o dos horas cada día, o a días alternos. Probablemente, al principio, ese contacto deberá

ser en presencia de la madre, porque a la más mínima separación, el bebé se pondrá a llorar y rechazará al padre. Ya

sé que se han divorciado y no quieren vivir juntos, pero ¿qué hay de malo en coincidir un rato en el parque, o en ir

juntos a ver las marionetas o los payasos? En esas horas, el padre tendrá que esforzarse por establecer un vínculo:

jugar con su hijo, sentarse a su lado, columpiarle, leerle cuentos... No caigan en la absurda carrera de comprar al niño

con juguetes y regalos; lo que el niño quiere y necesita son caricias y palabras. Con el tiempo podrá empezar a pasar

ratos sólo con el padre, la respuesta del niño y su comportamiento les dirá si lo está llevando bien o si es demasiado

pronto. Tal vez el padre pueda recoger cada día al niño en la guardería, llevarlo una horita de paseo o al parque y

dejarlo luego en casa de la madre. Hacia los tres años, si la relación ha sido constante y satisfactoria durante meses,

probablemente el niño estará listo para pasar una noche con su padre. La primera vez, esté dispuesto a volverlo a

llevar con la madre antes de medianoche si ve que su hijo lo pasa mal, y en tal caso no vuelva a intentarlo en tres o

cuatro meses.

Las vacaciones con el padre se pueden ir ampliando gradualmente. Hacia los seis o siete años es posible que el

niño ya esté preparado para pasar dos semanas con su padre, pero también es probable que prefiera hacerlo en dos

semanas no consecutivas.

Hay un libro muy interesante sobre estas ternas, pero de momento sólo está en inglés:

Brazelton TB, Greenspan SI: The irreducible needs of children. Perseus Publishing, Cambridge (Massachusetts),

2000

Capítulo 22 - La culpa

Cuando era un médico joven e inexperto (ahora soy de mediana edad e inexperto) y comencé a interesarme por

esto de la lactancia, me sorprendió la reacción de muchos de mis maestros, jefes y compañeros: cuidado, que las

madres no se vayan a sentir culpables. Había que decir cosas como: «La lactancia materna es la mejor, pero la

artificial es igual de buena» o «si no puede usted dar el pecho, no se preocupe, hoy en día los niños se crían igual de

bien con el biberón». Yo mismo llegué a escribir, en el borrador de un folleto que nunca vio la luz, algo así como «más

vale dar el biberón con cariño que el pecho con resentimiento».

No solemos mostrar los médicos tanta delicadeza en otros casos. El tabaco produce cáncer, así, con todas las

letras, sin paliativos, y si el fumador se siente culpable, pues que se sienta. Y no es sólo porque muchos médicos han

dado el biberón a sus propios hijos; los médicos fumadores no tienen reparo en decir que el tabaco produce cáncer.

Cuando se recomienda la lactancia materna, parece obligatorio preparar una vía de escape. Un reciente folleto

distribuido en España para prevenir la muerte súbita del lactante incluía consejos como: «Acueste al niño boca

arriba», «no permita que se fume en su entorno» o «si puede, dele de mamar». ¿Por qué sólo la lactancia es optativa?

¿Por qué no «si puede, acuéstelo boca arriba» o «intente que no se fume en su entorno»? O, en el otro extremo, ¿qué

tal «no permita que tome el biberón»?

El caso es que las mujeres, en general, tienden a sentirse culpables de muchas cosas, al menos en nuestra

cultura. Ignoro si es una cosa genética o puramente cultural (es decir, si son realmente así o si las enseñamos a ser

así desde pequeñas), pero algo hay. Una experta en lactancia, Diane Wiessinger, explica que ha planteado a mucha

gente el siguiente caso: Vas de pasajero en una avioneta, y el piloto tiene un infarto. Tú has hecho una sola clase de

vuelo; intentas aterrizar y te estrellas; ¿te sentirías culpable?». Los varones suelen contestar: «¿Culpable? ¡Claro que

no! Pilotar un avión es muy difícil, yo he hecho lo que he podido...». Las mujeres, en cambio, tienden a contestar que

sí, que deberían haber estado más atentas en su primera clase, que el avión se estrelló por su culpa... Una incluso se

sentía culpable de sentirse culpable: «Bueno, ya sé que no debería sentirme culpable, pero creo que sí me sentiría».

Cuando la mujer se convierte en madre, parece que el sentido de la culpabilidad se agudiza, y no sólo en lo

referente a la lactancia. Atiendo el consultorio de una revista, y muchas de las cartas hablan explícitamente de

culpabilidad.

Muchas madres se sienten culpables no por cosas que han pasado, sino que podrían haber pasado. Y no sólo

por algo grave, como «por mi culpa casi se muere mi hijo», sino también por lo que a cualquier otra persona le

parecería una tontería sin importancia. Marta, por ejemplo, se siente culpable porque su hija no se come la carne:

Me produce algún que otro sentimiento de culpabilidad pensar que privarla de la introducción de las carnes esté

exponiendo a mi hija a una anemia.

Según el proverbio, quien hace lo que puede, dice lo que sabe y da lo que tiene no está obligado a más. Pero el

sentimiento de culpa no entiende de lógica; Beatriz se siente culpable de haber estado mal informada (en vez de

echarle la culpa a quienes la informaron mal):

Soy una mamá de un niña de 1 mes que amamanto a pecho y a biberón, por una falta de clara información a su

tiempo (mea culpa).

¿Puede uno sufrir una desgracia imprevisible y, en vez de sentirse víctima, sentirse culpable? Las madres sí.

Ibone se siente culpable por haber sufrido una depresión:

Considero que no le he dado a la niña la tranquilidad y la alegría que todo crío necesita y sobre todo, un recién

nacido, me siento culpable y no sé si esto a la niña le puede afectar en su personalidad, o sistema nervioso, o

desarrollo.

También es verdad que los sentimientos injustificados de culpabilidad constituyen uno de los síntomas de la

depresión. La auténtica depresión posparto es relativamente rara; pero muchas madres sufren una forma leve, a la

que se ha llamado tristeza posparto.

Las madres consiguen sentirse culpables por lo que hacen mal, pero también por lo que no hacen, por lo que

hacen otras personas, e incluso por lo que hacen bien. Julia ha recibido tantas críticas por coger a su hijo en brazos y

malcriado...

... que incluso me han llegado a hacer sentir culpable de quererle tanto.

Si se sienten culpables por casi todo, ¿a quién sorprende que se sientan culpables por no dar el pecho? Laura ha

llegado a sentirse culpable porque sí da el pecho:

¿No sería mejor suspender la lactancia, a mi pesar, porque realmente la niña esté alimentándose de mis nervios,

depresiones, etc. y no la estoy favoreciendo nada con mi leche?

Isabel, porque le da a su hijo pecho siempre que quiere, pese a que el pediatra le ha dicho que dé el pecho sólo

dos veces al día: El caso es que me siento un poco culpable por desobedecer a mi pediatra.

Montse, que se mete a su hijo en la cama cuando llora por la noche, se alegra de haber leído mi libro Bésame

mucho:

Tras leer su libro, me siento menos culpable (¡maldita palabra!).

Pero no me atribuyo ningún mérito; me consta que otras madres, que habían dejado llorar a su primer hijo, se han

sentido culpables al leer mi libro...

¿Por qué todo el mundo intenta protegernos de ciertas culpas, pero no de otras? El mismo pediatra que jamás

diría: «Si no le da el pecho, a su hijo le faltarán inmunoglobulinas» (lo que es absolutamente cierto), no tiene ningún

reparo en decir: «Si no le da carne, a su hijo le Faltara hierro» (lo que sólo es cierto a veces), o incluso: «Si no le da

fruta, a su hijo le faltara vitamina C» (lo que es completamente falso). Si en una reunión familiar dice usted: «Me siento

culpable por llevarlo a la guardería tan pequeño» casi todos intentarán tranquilizarla: «No te preocupes, en la

guardería se lo pasan muy bien». En cambio, si se atreve a decir: «Me siento culpable porque duerme con nosotros,

en nuestra cama», ¿cuánta gente le dirá: «No te preocupes, en la cama de los padres se lo pasan muy bien»?

Algunas madres que dan el biberón se sienten mal al leer en una revista un artículo que habla de las ventajas de la

lactancia materna; pero al menos esos artículos están escritos de forma impersonal, y si no quieres, no te los lees. En

cambio, la madre que da el pecho dos años tiene muchas probabilidades de oír comentarios negativos y personales, a

veces decididamente hostiles o insultantes, de labios de familiares, amigos y profesionales.

Por supuesto, no estoy diciendo que los partidarios de la lactancia materna seamos más amables y respetuosos.

Lo que ocurre es que dar el biberón o dejar llorar al niño forma parte, hoy por hoy, de la corriente mayoritaria en

nuestra sociedad. Dar el pecho más de un año o dormir con el niño se consideran extravagancias propias de gente

rara. Algunas personas son amables y respetuosas por naturaleza, respetan tanto a la mayoría como a la minoría, al

que piensa igual como al que piensa distinto. Pero muchos otros no son respetuosos, sólo lo fingen. Son humildes

ante el poderoso, y arrogantes ante el débil. Están acobardados cuando se sienten en minoría, pero se envalentonan

cuando se sienten respaldados por un grupo. Dentro de unas décadas, si la lactancia materna sigue aumentando, tal

vez las madres que no den el pecho empezarán a recibir críticas directas. Ojalá usted, amiga lectora, no participe en

ello.

Sospecho que a veces, con nuestros esfuerzos para que las madres no se sientan culpables, conseguimos todo

lo contrario. Imagine, por ejemplo, que sufre un accidente de automóvil en el que su hija de tres años se rompe un

brazo. ¿Cuál de los siguientes comentarios haría que se sintiera más culpable?:

a) ¿El brazo roto? ¡Pobrecita! Espero

que se ponga bien enseguida.

b) No tienes por qué sentirte culpable. Yo también he llevado muchas veces a mi hijo sin sillita de seguridad.

Verás como no le quedan secuelas; digan lo que digan, hoy en día romperse un brazo no es nada grave. Y a los niños

les encanta llevar un yeso.

El caso es que la madre que deseaba dar el pecho y, por lo que sea, no ha podido, no puede sentirse bien. No es

lógico sentirse culpable, cuando precisamente ha sido víctima de la falta de información, la falta de ayuda o la simple

mala suerte. Pero tampoco es lógico sentirse bien, cuando deseas algo y no lo consigues. Nos sentimos mal si

suspendemos un examen, si nos ponen una multa, o si simplemente llueve en nuestro día de playa. Y el dar el pecho

es algo mucho más importante; es algo muy especial que la madre quería hacer por su bebé porque pensaba que es

lo mejor para él, y también es una parte de su ciclo sexual, una parte de su vida.

Para muchas mujeres, el fin de la lactancia representa casi un proceso de duelo, similar (aunque por supuesto

más leve) al que provoca la muerte de un ser querido. He visto madres que se sienten mal cuando su hijo se desteta

al año y medio o a los cuatro años; madres que sienten que han perdido algo importante que ya no volverá. Aunque

era un destete esperado, aceptado, incluso buscado y provocado, se sienten mal. ¿Cómo no se va a sentir mal la que

desteta en las primeras semanas, contra su voluntad, tras muchos esfuerzos y muchos sufrimientos?

Por desgracia, nuestra sociedad no suele comprender ese malestar. Con la

mejor voluntad insisten en negarlo,
eliminarlo, borrarlo. Creo que es un error.

Imagine que se queda usted sorda, y que médicos y amigos se empeñan en negar su dolor: «No te preocupes,

hoy en día hay unos audífonos muy avanzados».

«Pues mira, ahora al menos estás tranquila, porque ya sabes lo que te pasa.»

«Una tía mía también se quedó sorda, y decía que estaba mejor que antes, porque tenía más paz interior.» «Total,

para lo que hay que oír...» «No sé por qué te empeñas tanto; cuando no se oye, no se oye, y hay que aceptarlo.» ¿A

que daría rabia?

A la pena de no haber podido dar el pecho, muchas madres han de sumar la pena de sentirse incomprendidas.

En vez de tanto falso consuelo, necesitan oír un comentario sensato y comprensivo: «Tenías muchas ganas de dar el

pecho, ¿verdad? Qué lástima, cómo lo siento...».

Wessinger D. Watch your language! J Hum Lact 1996;12:1-4

Capítulo 23 - Cómo Cambiar el mundo

Si la lactancia ha sido para usted una especie de carrera de obstáculos, si ha tenido que discutir con médicos y

enfermeras, abuelas y cuñadas, amigas y vecinos, o incluso con todos ellos a la vez, tal vez quiera usted hacer algo

para cambiar las cosas y allanar el camino a las que vienen detrás. Aquí van algunas sugerencias.

El poder de la pluma

Aunque no lo crea, se pueden conseguir muchas cosas con una carta, si se tienen en cuenta varios detalles

importantes:

- El destinatario. ¿Está acostumbrado a recibir cartas, tal vez cientos o miles? Cuantas menos reciba, más fácil es

que la lea y que haga algo. ¿Cómo se sentirá al leerla? No ofenda a quien espera ganarse para su causa, no vaya por

las malas si antes no lo ha intentado por las buenas. ¿Cuál es la persona clave en este caso concreto?

- La presentación. Tiene que ser esmerada, sobre todo si es una queja. Una carta de verdad, con su sobre y su

sello, impacta mucho más que un correo electrónico (hay gente que envía los correos electrónicos; como churros, y se

apunta a cualquier cruzada que esté de moda. Una carta indica que esa persona de verdad se preocupa por la

cuestión, se ha tomado ciertas molestias y ha gastado algunos céntimos). Use un papel adecuado, no una página

arrancada de una libreta. Cuide la ortografía y la sintaxis, el lenguaje, los márgenes.

Especialmente si se trata de una queja o una reclamación, es muy importante demostrar que es una persona culta

y razonable.

- El tono. Sea siempre amable y mesurada, jamás insultante u ofensiva.

Las moscas se cazan con miel, y es mucho más útil una carta de

agradecimiento que diez quejas. Pero incluso

cuando se queja, mantenga el tono. No quiere crearse enemigos, sino conseguir cambios.

- La firma. Sólo el más extraordinario de los peligros justificaría una carta anónima («permítame que no le dé mi

nombre, pero la mafia me persigue...»). En cualquier otro caso, ponga su nombre y dirección, especialmente si es una

carta de queja. Nadie hace caso de una queja anónima. No olvide poner también su nombre en los correos

electrónicos.

- A un elogio se le puede dar la mayor difusión posible. Si alguien la ayuda especialmente, le puede enviar una

carta personal, la guardará como un tesoro toda su vida. Pero probablemente, por modestia, no la enseñará a casi

nadie.

En cambio, una carta al jefe de servicio, al director del hospital, o a la Consejería de Sanidad tendrá influencia

sobre mucha gente. Una carta a un periódico local hará que otras madres sepan qué esperar y qué pedir (los

periódicos no publican todas las cartas; si ve que no aparece la suya en un par de semanas, envíela directamente al

interesado).

- En cambio, a una queja (si es que la queja es imprescindible) es mejor darle poca difusión: hablar directamente

con ese médico o esa enfermera, y sólo si le contestan (le mala manera y no le

hacen ni caso, pasar a un escalón

superior. Nunca quejarse en la prensa sin antes haber escrito a la dirección del hospital. Si hace pública su queja, los

implicados pueden pensar que les ha traicionado, que les ha ninguneado: «Si le molestó algo, podría habérselo

dicho, y no ir por ahí con el cuento».

- Piense qué objetivo espera conseguir, y qué efecto puede tener su queja sobre el destinatario, sobre sus

compañeros y colegas, sobre el público en general. Piense que el que tiene enfrente también es un ser humano,

también tiene sentimientos. Muy raramente es conveniente quejarse, es más útil repartir elogios.

Imagínese un hospital donde mucha gente ha estado esforzándose desde hace años para mejorar la atención a

la lactancia. Un representante de un laboratorio ha traído una caja con muestras gratuitas de leche. La supervisora (le

enfermería las ha escondido en un armario para devolverlas la semana que viene, porque el centro no acepta ni

distribuye muestras. Un estudiante las encuentra, y con la mejor voluntad se le ocurre repartir unas cuantas. Y al cabo

de quince días el director recibe una carta de la Consejería de Sanidad pidiendo un informe por escrito, porque les ha

llegado una denuncia furibunda de que en su hospital se reparten muestras gratuitas, lo que está prohibido por la ley.

¿Se imagina las recriminaciones en cadena, los malos humores? ¿Cree que eso aumentará el entusiasmo del

personal por la lactancia? Hubiera sido mucho mejor hacerle un comentario amistoso a la persona adecuada.

Una queja puede resultar muy contraproducente. Por ejemplo: que insistir mucho para que me dejaran al niño en

la habitación por la noche. me miraban como si estuviera loca. Y suerte que una de las enfermeras de la noche me

ayudó con la posición y pude superar las grietas, porque el resto del personal me daba consejos absurdos y

contradictorios».

Muchos pensarán que es una exagerada y se queja sin motivo (¿se queja por cómo la miraron? ¿Le dan la razón

en lo de dejarle al niño, le ayudan con las grietas, y a pesar de todo va y se queja?»). Es probable que se dé curso a

la queja, y eso puede resultar muy desagradable para todos los implicados. El director convoca en su despacho al jefe

de servicio, la supervisora de planta o ambos, y les pide explicaciones. Tal vez por escrito. Éstos. a su vez, piden

explicaciones a los implicados. Se revisa la historia del paciente que se ha quejado, se establece qué médicos y

enfermeras estuvieron en el guardia aquel día. Si de verdad se hizo algo mal, alguien va a recibir una buena

reprimenda, y se va a sentir muy enfadado. La enfermera que lo hizo bien preferiría que se la tragase la tierra antes

que recibir un elogio dentro de una queja; eso puede traerle conflictos con sus compañeras. Algunas personas que

han estado esforzándose por hacerlo mejor que tal vez de hecho ya lo están

haciendo mucho mejor que hace un año,

se sienten decepcionadas, casi traicionadas («te preocupas por ellas y te lo pagan así...») Los que no se habían

preocupado nada y pensaban que esto de la lactancia o de la relación madre-hijo son tonterías mirarán ahora a sus

compañeros con una sonrisa de superioridad («¿ves como no valía la pena?»).

En cambio, esa madre podría haber escrito una carta de agradecimiento:
Director Médico

Hospital de la Salud

Apreciado señor director:

El pasado 12 de marzo di a luz en su hospital.

Quisiera felicitarle por la excelente atención que recibí. Fue muy emocionante tener a mi hija en brazos en la

misma sala de partos y poder darle el pecho nada más nacer. Y el poderla tener en mi habitación, día y noche me

resultó muy cómodo. Mucho mejor que hace cuatro años, cuando tuve al mayor; entonces se le llevaban por la noche

a los nidos, y me pasaba toda la noche preocupada por él. Comprendo que estos cambios han representado un gran

esfuerzo, pero ha valido la pena.

Todos fueron muy amables y me ayudaron mucho con la lactancia. Una de las enfermeras del turno de noche

dedicó media hora a ayudarme a colocar al niño al pecho, creo que es por eso que esta vez no he tenido grietas. Y

eso de que el pediatra revisara al bebé en la habitación delante de mí, y me lo fuera explicando todo, la verdad es que

me dio mucha tranquilidad.

Le ruego transmita mi agradecimiento a todo el personal de maternidad, y les anime a continuar con esta

maravillosa labor.

Un cordial saludo:

Maite Pérez

Calle Rosal 13

87654 Valdearriba

¿Y qué cambia eso, si habla de lo que ya están haciendo? Ni se lo imagina. Para empezar, es muy probable que

esos cambios no hayan sido unánimes. Algunas enfermeras, algunos médicos, y puede que hasta el director, decían

que todo esto eran tonterías. Y como a la gente le gusta más protestar que dar las gracias, es posible incluso que

alguna madre proteste porque le dejaron al niño en la habitación y no pudo dormir. Así que una carta como esta (¡o

varias!) dará la razón a los que querían cambiar, acabará de convencer a los indecisos y acallará a los que se

quejaban. Como los directores reciben más quejas que felicitaciones, la secretaria que abre el correo se la pondrá

encima del montón para alegrarle la mañana y que no esté de mal humor. Incluso puede que insista: «Fíjese qué carta

ha llegado hoy». El director se fijará, y lo comentará con el jefe de maternidad y con la supervisora de enfermería en la

primera reunión que tengan, formal o informal (si los encuentra en la cafetería). Alguien colgará una fotocopia de la

carta en el tablón de anuncios de la sala de enfermeras, alguna quisquillosa rezongará: «¡Hombre, por fin alguien se

acuerda de dar las gracias!», otra hará memoria: «Maite Pérez... ¿no es aquella rubita tan simpática que estaba en la

312?». La enfermera que la ayudó media hora sabrá que se refiere a ella, y se le subirá la moral hasta las nubes; las

otras harán cábalas: «¿Y esa que estuvo media hora con la teta quién sería?». «Magda, seguro; siempre las ayuda

con el pecho, cuando hay uno que no se coge, la llamo a ella y chica, no sé cómo lo hace...» La supervisora, que igual

no conoce tanto a las de noche, oye esa conversación por casualidad y toma nota mental de que Magda es un buen

elemento. El pediatra que estaba revisando a los niños delante de la madre se queda contentísimo, el otro pediatra

que todavía se los llevaba para revisarlos en el nido puede que se decida a probar... Nuestros actos cambian el

mundo, no le quepa la menor duda. Con sus palabras, con su ejemplo, con su paciencia y su amabilidad, usted allana

el camino a otras madres que vienen detrás.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Para profesionales

(¿buscaba un regalito para su pediatra o su enfermera

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
Lactancia materna: guía para

profesionales. Monografías de la A.E.P. nº 5. Madrid: Ergón, 2004.

www.aeped.es/lactanciamaterna/librol.htm

González C. Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM, 2004
(no se vende en librerías, pedidos a

acpam@menta.net).

Mohrbacher N, Stock J. The breastfeeding answer book. 3rd ed. Schaumburg:
La Leche League International,

2003 (en español la segunda edición: Lactancia materna, libro de respuestas).
www.lalecheleague.org/Espana.html

Para madres

La Liga de la Leche Internacional. El arte femenino de amamantar. Mexico:
Pax, 2001.

Renfrew M, Fisher C, Arms S. Dar el pecho es lo mejor. Guía práctica de
lactancia natural. Girona, Ediciones

Tikal, 1999.

Páginas interesantes en Internet

Sólo unas cuantas en desorden. Ya sabe cómo van estas cosas, haciendo
encontrará muchas más páginas.

En español

Hospital de Denia

www.e-lactancia.org

Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia

www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm

Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) www.ibfan.org.es

Alba Lactancia Materna www.albalactanciamaterna.org

Fundación LACMAT

www.lacmat.org.ar

Consejos sobre lactancia materna

www.terra.es/personal/mariachuss/home.htm

La lactancia, necesidad humana y divina

www.egiptologia.com/medicina/lactancia/lactancia.htm Dar de mamar

www.dardemamar.netfirms.com

FEDALMA

www.fedalma.org Crianza natural

www.crianzanatural.com

En inglés y español

Organización Mundial de la Salud www.who.int

IBFAN

www.ibfan.org

World Alliance for Breastfeeding Action www.waba.org.my

La Leche League

www.lalecheleague.org

En inglés

ILCA, International Lactation Consultant Association www.ilca.org

Academy of Breastfeeding Medicine

www.bfmed.org Breastfeeding online www.breastfeedingonline.com

Thoughts on Breastfeeding

www.kathydettwyler.org

Mother-Baby Behavioral Sleep Laboratory www.nd.edu/~jmckennUlab

007 Breasts

www.007b.com

Promom, Promotion of Mother's Milk, Inc.

www.promom.org OMS Europa - BFHI

www.euro.who.int/nutrition/Infant/2002070_2

notes

Table of Contents

[Carlos González](#)

[Un regalo para toda la vida](#)

[Capítulo 1 - Cómo funciona el Pecho](#)

[Capítulo 2 - Cómo dar el pecho](#)

Capítulo 3 - El embarazo

Capítulo 4 - El parto

Capítulo 5 - Inicio de la lactancia

Capítulo 6 - Algunas curiosidades de los niños de pecho

Capítulo 7 - Problemas del pecho

Capítulo 8 - La falta de leche

Capítulo 9 - Alimentación de la madre

Capítulo 10 - La vuelta al trabajo

Capítulo 11 - Alimentación complementaria (las papillas)

Capítulo 12 - El destete

Capítulo 13 - Medicamentos y otras sustancias

Capítulo 14 - Enfermedades de la madre

Capítulo 15 - Circunstancias especiales

Capítulo 16 - Enfermedades del bebé

Capítulo 17 - Dudas diversas

Capítulo 18 - Lactancia y fertilidad

Capítulo 19 - Lactancia y salud

Capítulo 20 - Protección legal

Capítulo 21 - Separación y divorcio

Capítulo 22 - La culpa

Capítulo 23 - Cómo Cambiar el mundo

Document Outline

- [Doc1pdf.pdf \(p.1\)](#)
- [Carlos Gonzalez - Un regalo para toda la vida.pdf \(p.2-121\)](#)