

37º Conarpe  
Mendoza 2015

# LACTANCIA MATERNA:

## Del Por Qué al Cómo

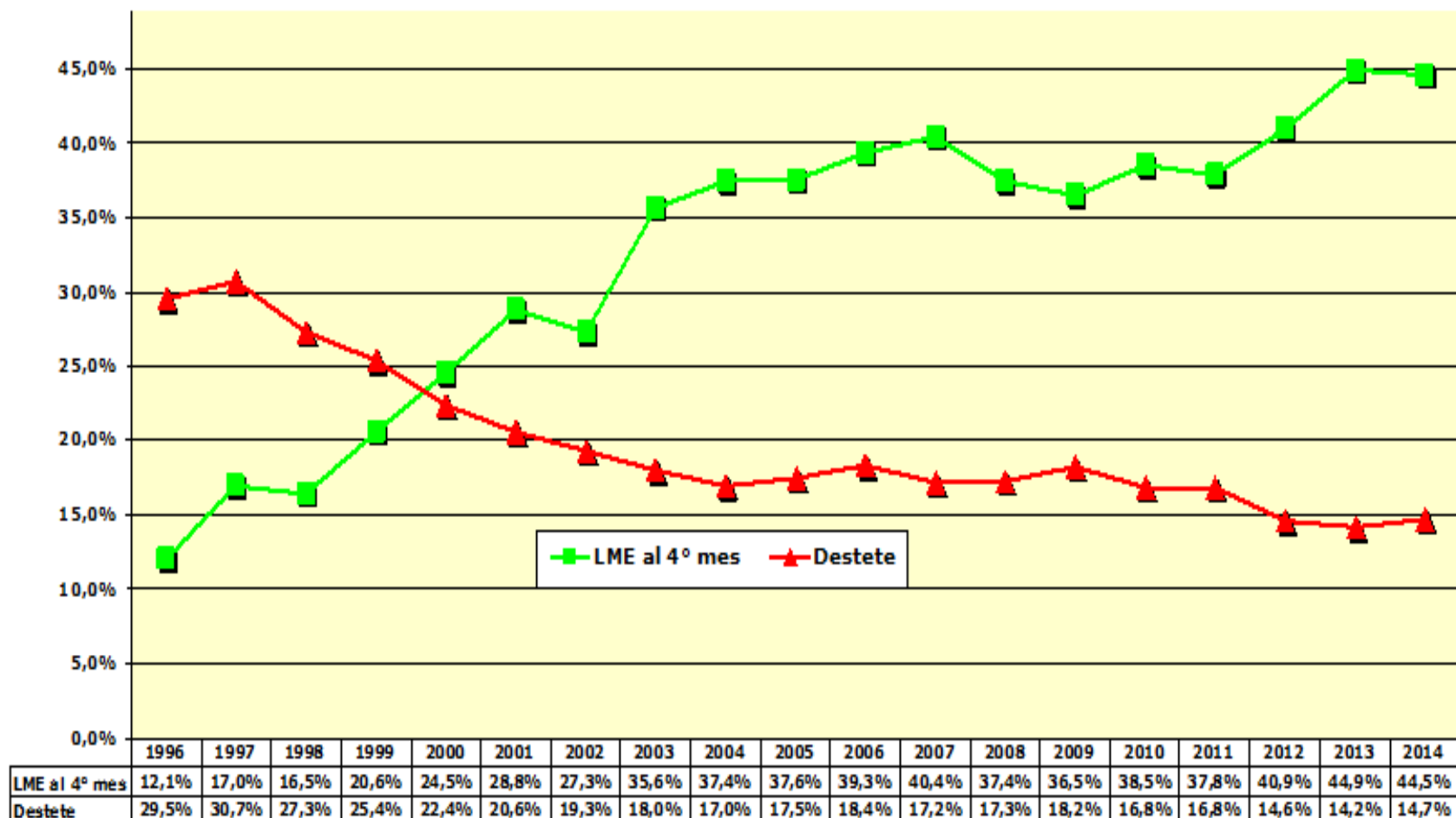
m.w. 2015



# PROGRAMA MATERNO INFANTIL

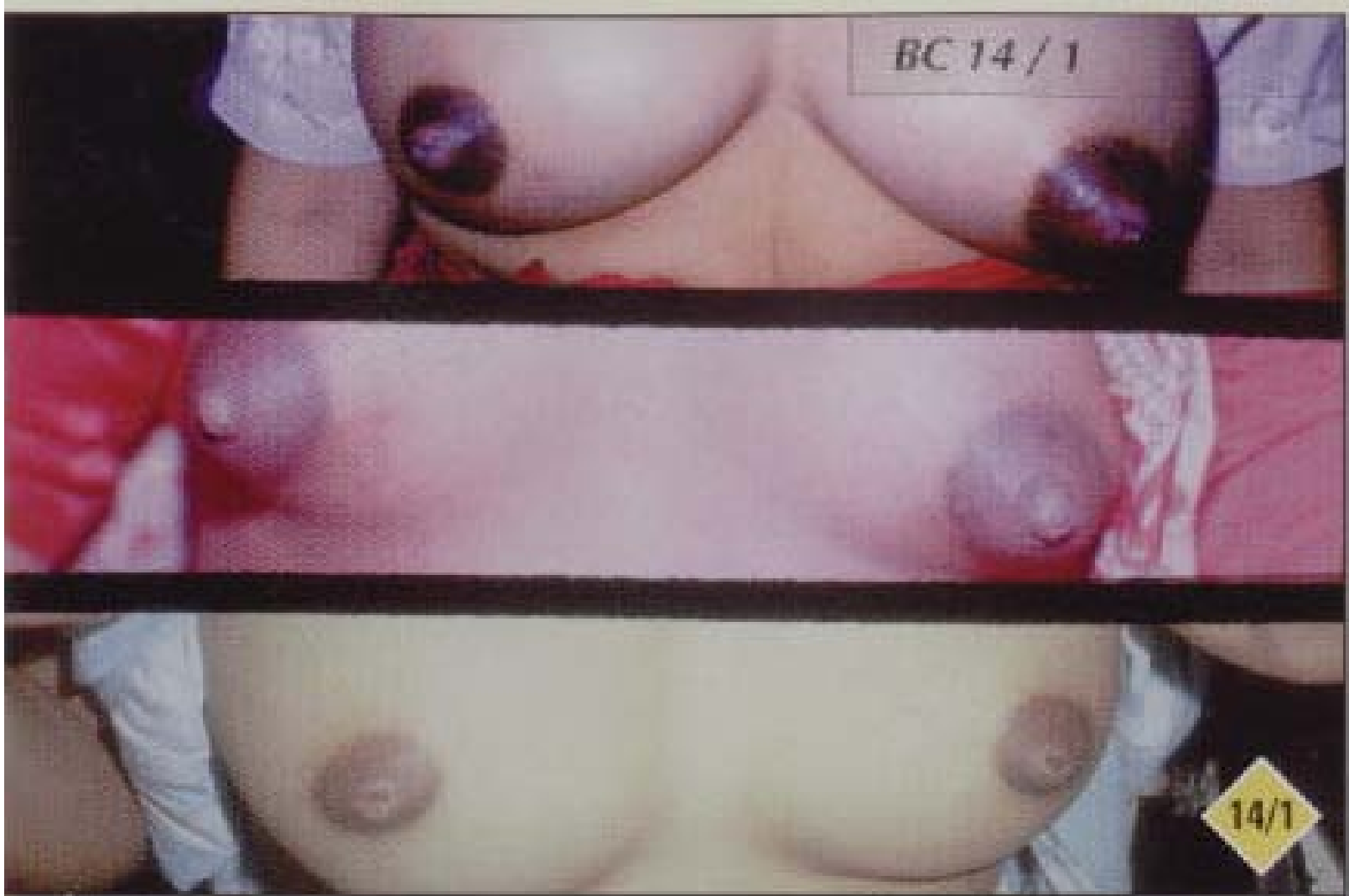
## Encuesta Provincial de Lactancia Materna

### Informe Provincial 2014



Agradecimiento al Area Estadística PMI : Sr. Carlos Sereno - Dr. Marcelo Jaquenod, et al Yoli y Magda.

# Diferentes tipos de mamas



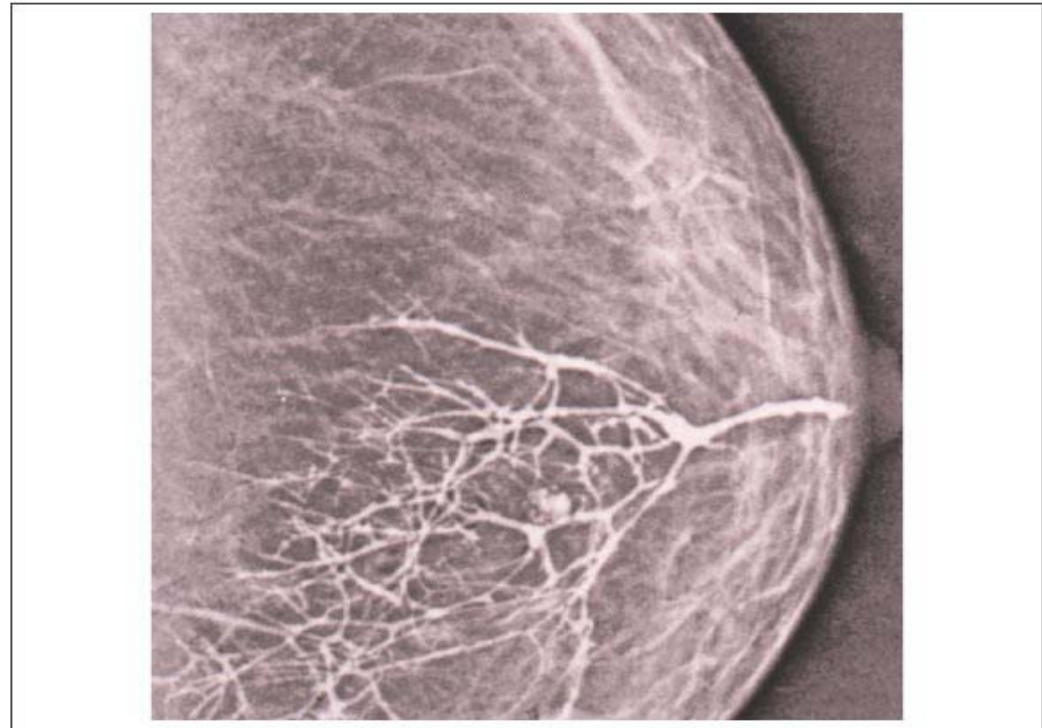
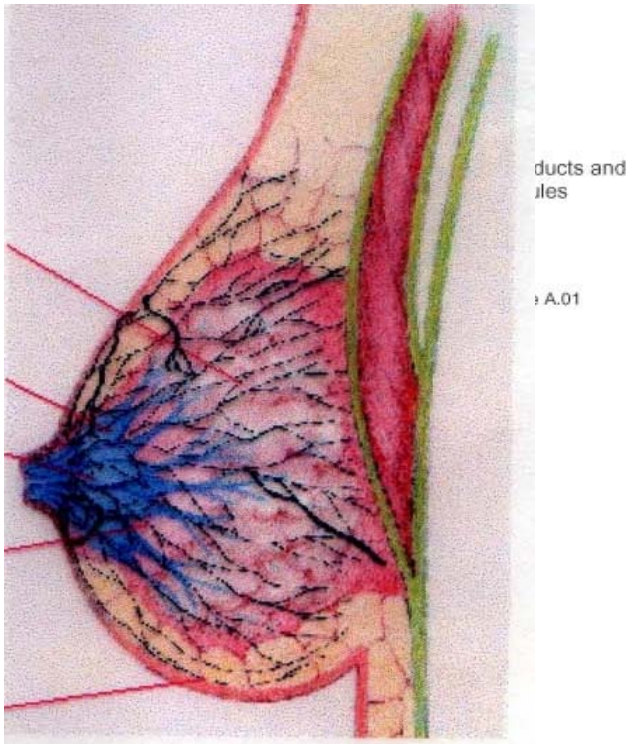
# Cambios en la anatomía funcional del pecho

- Tejido adiposo: variabilidad, inseparable del tejido glandular
- Tejido glandular: 2/3 se encuentran en radio 3 cm.
- Red de canalículos y conductos, sinuosa y enmarañada.
- Conductos principales 4- 18. Disposición no radial. OJO!
- Ausencia de senos lactíferos
- La cirugía reductora hace estragos!
- Importancia del masaje
- Superficiales. Fáciles de comprimir/obstruir
- Los conductos transportan, **no almacenan.**

# CONDUCTOS LACTÍFEROS

Ayer

Hoy



# Vaciamiento de la Mama

- Presencia demostrada de un "**factor inhibidor de la lactancia**" (**FIL**) que se activa a medida de que la leche se acumula en el alvéolo (Wilde, 1995).
- Al activarse el FIL, disminuye la velocidad de producción de leche por la célula alveolar.
- Esto explica las diferencias en la velocidad de producción de leche por la célula mamaria, que aumenta luego del vaciamiento del alvéolo.
- Otros investigadores han encontrado en animales, que la **distensión alveolar** inhibiría la síntesis de leche (Millar, 1997; Sudlow , 1997).
- Ambos mecanismos explican por qué una mama sintetiza leche a distinta velocidad que la otra, pese a que ambas están bajo igual influencia hormonal.

# Regulación de volumen producido: control autocrino

- **El control hormonal no explica las variaciones en la producción de leche.**
- **Mecanismo local de retrocontrol negativo: FIL, pequeña glucoproteína del lactoserum que frena la producción a medida que los alvéolos se llenan.**

## **Por eso:**

- - Producción se ajusta al consumo, variable de 1 a otra mamada por la demanda del bebe, a priori imprevisible.
- - Todo lo que limite la extracción eficaz (factores maternos o del niño/a) acarrea baja en la producción. Todo lo que aumente frecuencia/ eficacia, contribuye a aumentarla.
- - **No es la capacidad materna de producir suficiente leche, sino la eficacia de la transferencia, lo que regula la producción.**

# Jacqueline Kent y col. Volumen de ingesta y contenido de grasa

(Pediatrics online 1098- 4275 2006)

- Método: 71 díadas m-h de 1 a 6 meses con LME.
- Resultados: bebés mamaban  $11 \pm 3$  en 24 hs (6-18).
- Volumen de ingesta:  $76 \pm 13$  ml (0-240) = 67 % disponib.
- MD y MI no producían = volumen.
- Mamadas nocturnas: comunes y significativas.
- Contenido de grasa: 4.1- 7.8 g%. Variación independiente de frecuencia de mamadas.
- NO relación entre N° de mamadas/día y producción diaria.
- Conclusión: amamantar a demanda, día y noche, sin promedios que pueden no adecuarse al caso.



# Transferencia de leche: cantidad y calidad

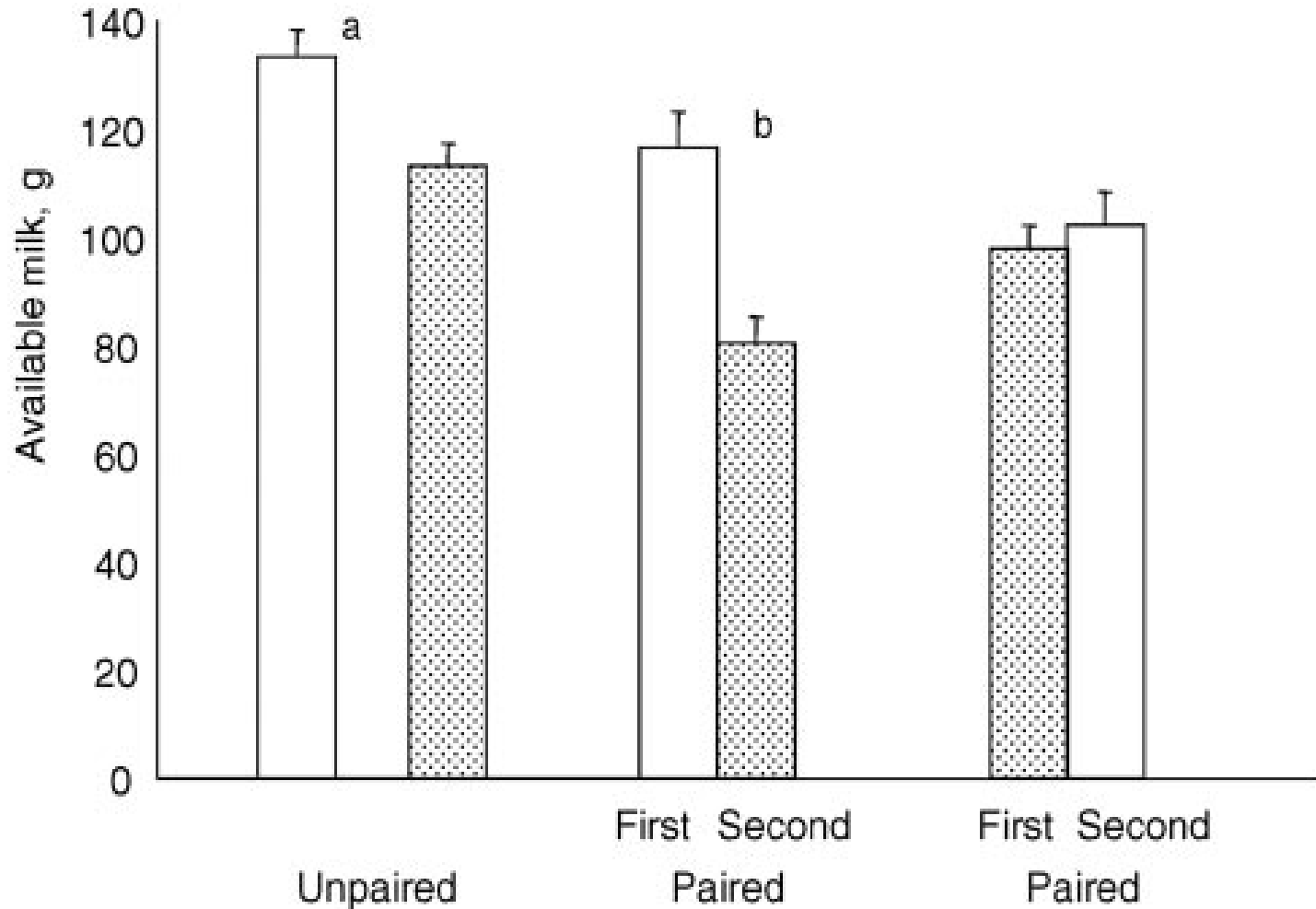
- La cantidad de grasa consumida no depende de la capacidad de almacenamiento.
- El % de grasa aumenta a medida que se vacían los alvéolos (importancia clínica).
- **En niños sanos que maman regularmente, el gran optimizador del crecimiento es el volumen ingerido, y no el % de grasa.**
- En niños sanos que maman regularmente...  
“Let it be” ...

# Variaciones en el tenor graso

- Leche inicio de mamada: menor contenido graso que final.
- Esto se relaciona con el grado de vaciamiento de la mama (Daly, 1993).
- Si pasan muchas horas entre mamadas, ej. si no hay mamadas nocturnas, la leche de esa mamada de la mañana, tendrá concentración muy baja de grasa al inicio. Con mamadas frecuentes durante el día, esta concentración de grasa irá aumentando, haciendo que la cantidad de grasa que recibe el niño diariamente sea relativamente constante (Hartmann, 1998).

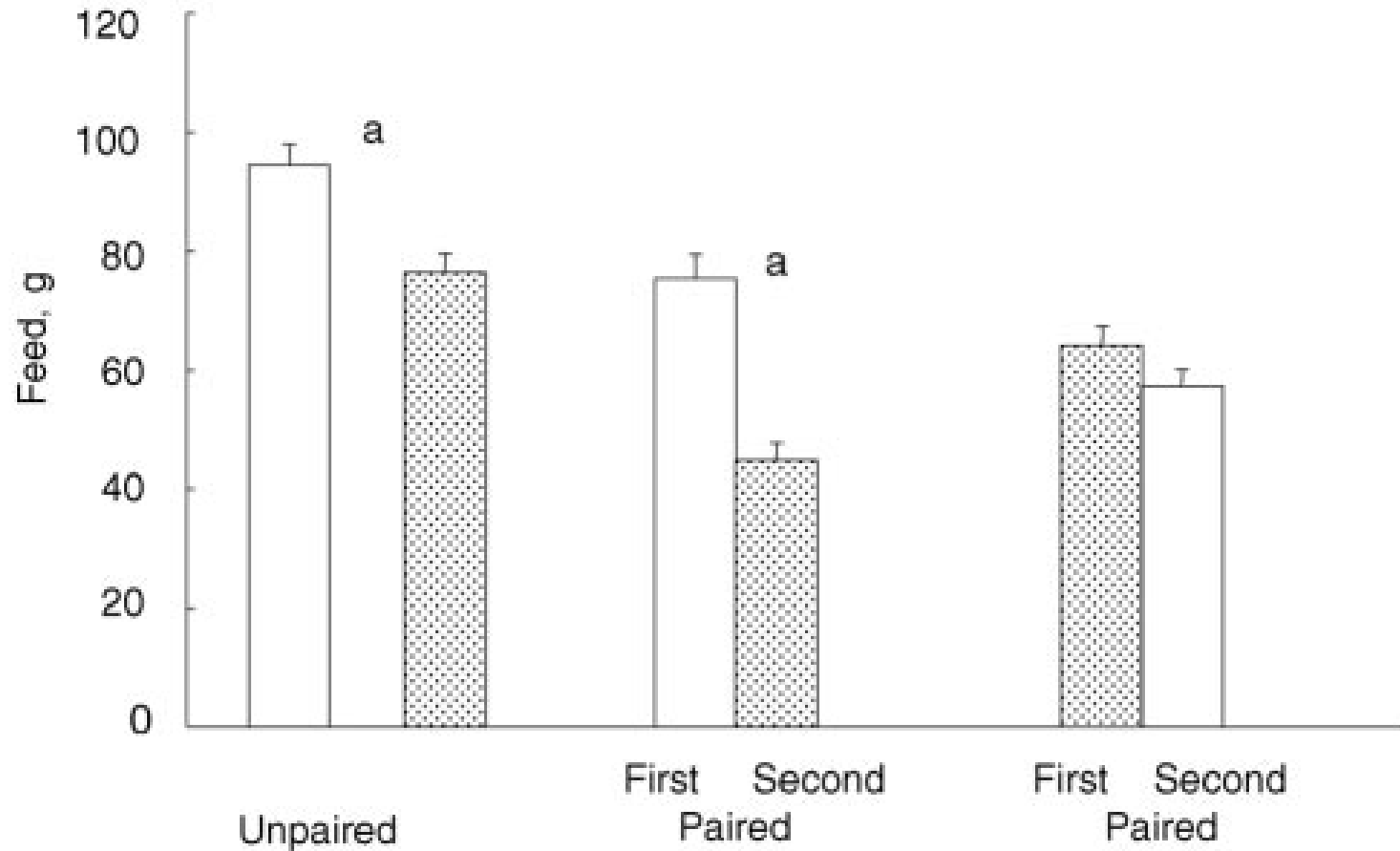
**La variación de la concentración de grasa entre la leche del inicio y la del final de la mamada refleja la efectividad con que el niño vacía la mama.**

# Volumen disponible en cada pecho antes de la mamada (Kent 2006)



# Volumen consumido de cada pecho

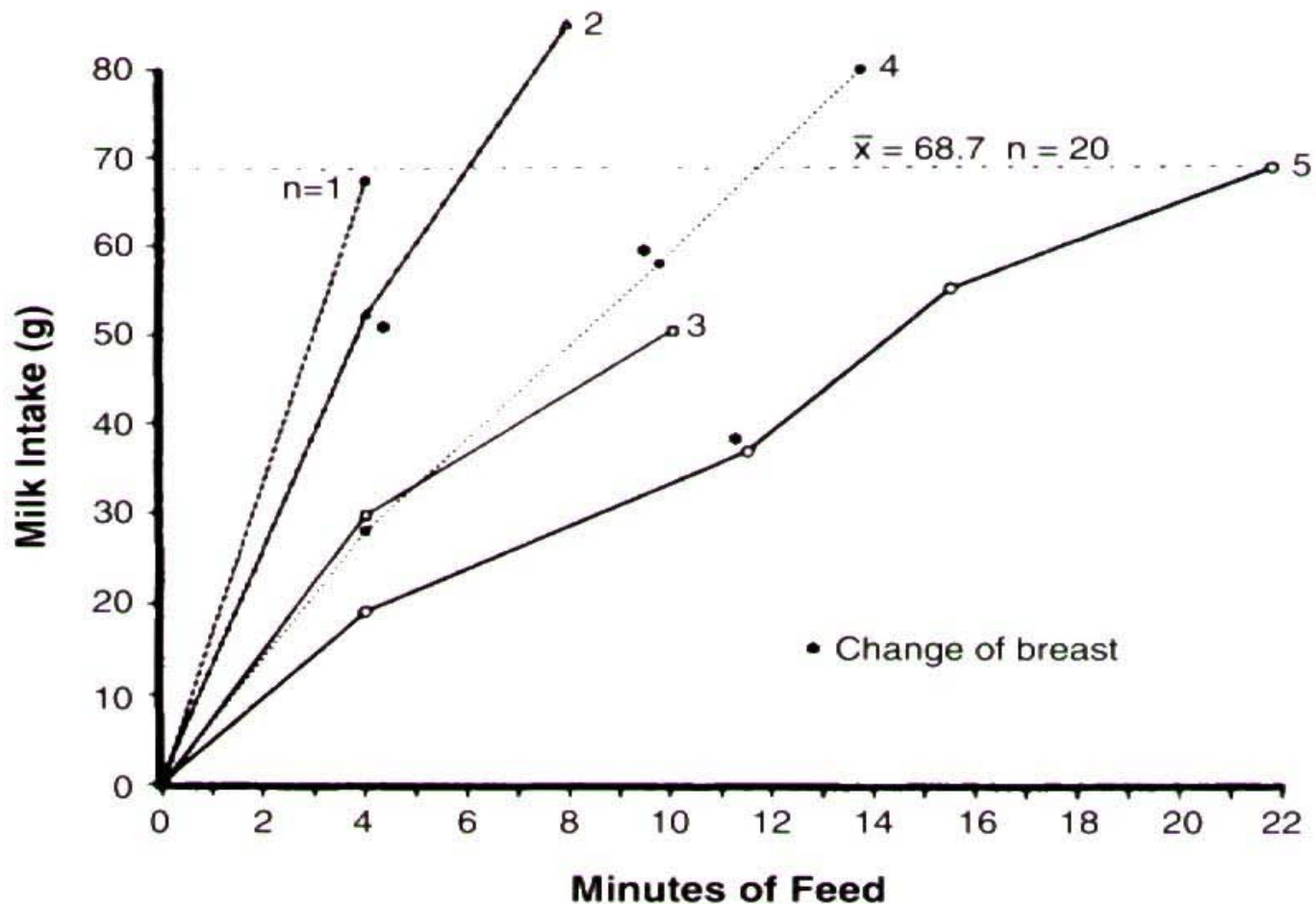
(Kent 2006)



# DURACIÓN DE LA MAMADA. 1 o los 2 pechos?

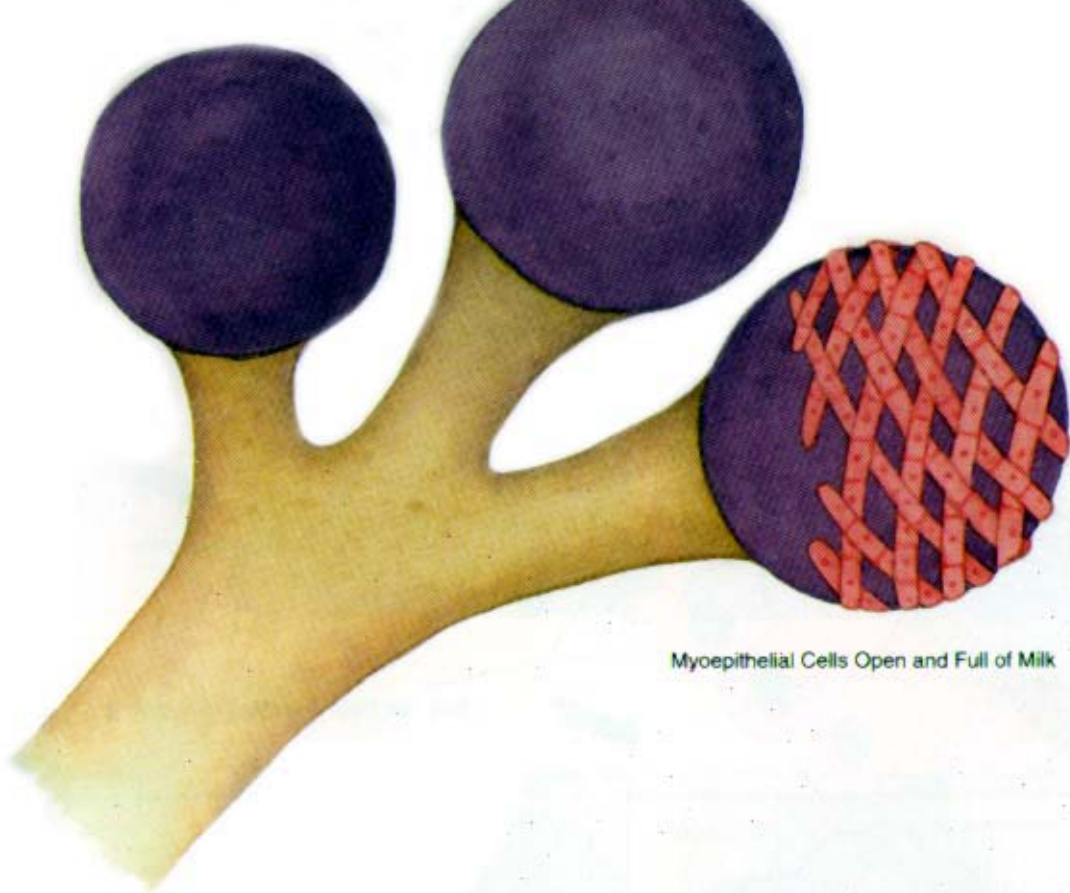
SLOW WEIGHT GAIN AND LOW MILK SUPPLY IN THE BREASTFEEDING DYAD

403

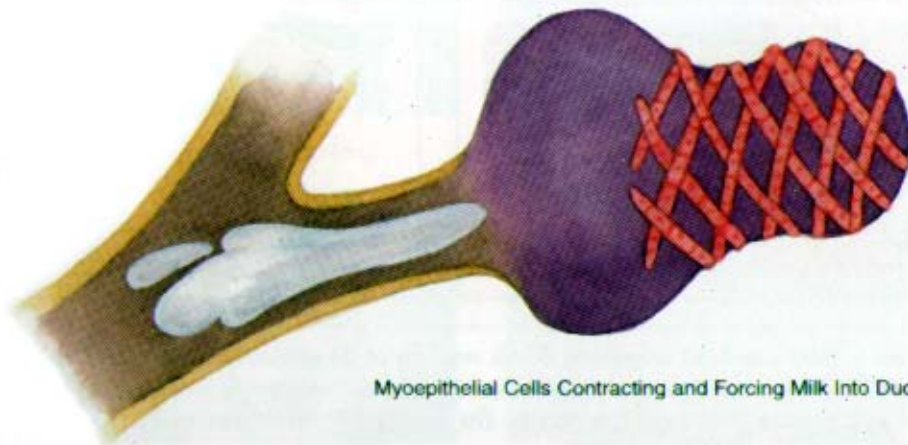


# EYECCIÓN DE LECHE: OCITOCINA

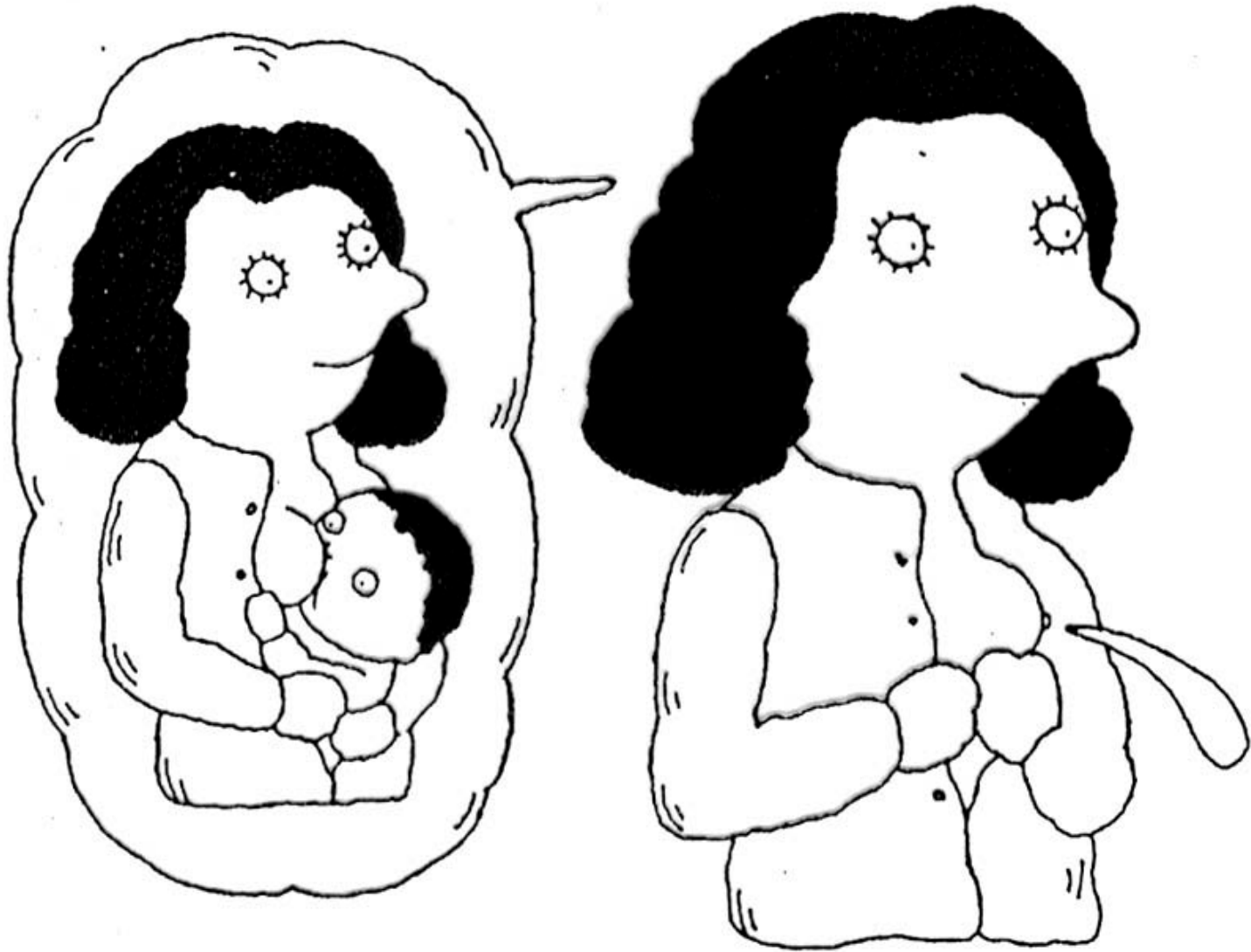
- La leche tiene tendencia a adherirse a las membranas plasmáticas - REFLEJO DE EYECCIÓN ES INDISPENSABLE.
- Acortamiento y dilatación de los conductos.
- Liberación pulsátil, variabilidad en el N<sup>o</sup> de eyecciones por mamada.
- Entre una y otra eyección hay flujo retrógrado hacia conductos proximales (ultrasonido)



Myoepithelial Cells Open and Full of Milk



Myoepithelial Cells Contracting and Forcing Milk Into Ducts



El reflejo de eyección láctea en el humano: un reflejo condicionado.



# Occitocina y disforia

- **Disforia: alteración del ánimo**
- Distress, discomfort, inestabilidad emocional, tristeza, malestar, ansiedad.
- **“Reflejo de eyección láctea disfórico”**: estados emocionales negativos que ocurren **justo** durante la bajada de leche, en cada mamada, y duran 90 a 120 segundos.
- El estado emocional entre mamadas es normal.
- No se relaciona con < producción de leche. No depende de la voluntad.
- **Se desencadena ante diversos estímulos** que produzcan eyección láctea. Se acompaña de déficit en la concentración mental.

# Hipótesis causales

- Al liberarse el reflejo de eyeción, podría producirse un déficit transitorio, real o relativo, de dopamina, y eso llevaría al D-MER.
- Las mujeres que lo padecen raramente piden/obtienen ayuda.
- Los síntomas mejoran con situaciones que > la dopamina (fumar, efedrina, chocolate, bupropion)
- <http://d-mer.org>

# Espectro clínico

- **Tres niveles:**
- **Leve**, corrige aprox. En 3 meses (aprensión, desesperanza, vacío en la boca del estómago).
- **Moderado**, corrige entre 6 y 12 meses (ansiedad, irritabilidad, pánico).
- **Severo**, dura = que la LM (enojo, agitación, ideas suicidas, paranoia, requiere medicación, riesgo de cese de LM).
- Más común en multíparas (Edad? Estado hormonal?)



**Modelo teórico – operacional  
de interrupción de LME en 1<sup>eros</sup> 2 meses**



# DOLOR DE PEZÓN

- **Prendida defectuosa?**
- Anomalías del Pezón?
- Grietas de pezón?
- Candidiasis?
- Anquiloglosia?
- Otras anomalías BB?
- Vasoespasmo – Reynaud?
- Mastitis subclínica?
- Hay un “dolor normal”?
- Cómo es?
- Cuánto dura?

# Para terminar...

## Hospital Amigo de la Madre y el Niño



*Amamantar es un derecho  
para vos y tu hijo*

**gobBnAs**  
SECRETARÍA DE SALUD



*Dar  
la teta es dar  
lo mejor de vos*

—♥—  
unicef 