

Inicio de la producción de leche

Alcanzar una producción de leche adecuada empieza por desarrollar el tejido mamario (desarrollo) e iniciar la síntesis de la leche (inicio). Hacer bien las cosas desde el principio tendrá un impacto fundamental en el éxito de la producción de leche a largo plazo.

La siguiente información es relevante para las madres en los primeros días tras el parto, antes de que se produzca la «subida» de la leche (iniciación).

Desarrollo

Esta fase es conocida como diferenciación secretora (lactogénesis I).

El embarazo no solo consiste en el crecimiento del lactante, sino que también es un periodo en que la mama se prepara para la lactancia.



Hasta un 46 % de crecimiento de la mama

El tamaño de las mamas puede aumentar hasta un 46 % desde antes del embarazo hasta el parto. No todas las madres experimentan tal aumento y para algunas puede ocurrir tras el nacimiento del lactante ¹.



Cambio estructural de la mama

Durante el embarazo, en la glándula mamaria se forma un intrincado sistema de conductos galactóforos ramificados y de células productoras de leche (lactocitos). Durante este periodo, se pueden producir pequeños volúmenes de leche temprana (calostro) ^{2,3}.

Inicio

Esta fase se conoce como activación secretora (lactogénesis II) y comúnmente se le denomina «subida» de la leche.

En las primeras semanas tras el parto, los cambios en hormonas clave activan los lactocitos para que inicien una producción copiosa de leche.



Día 1: 10-50 ml

Las madres producen entre 10-50 ml en las primeras 24 horas tras el parto. Estos volúmenes aumentan durante los días siguientes, coincidiendo con el cambio del calostro a leche de transición ^{3,4,5}.



Día 3: «subida» de la leche

El plazo para la activación secretora es diferente en cada madre y varía entre 24-120 h tras el parto. La activación secretora tardía se ha asociado con una lactancia reducida ^{3,6}.

Las fases de desarrollo e inicio de la lactancia



Empezar bien las cosas

Inmediatamente tras el parto, las madres presentan niveles altos de oxitocina, la principal hormona de la lactancia. La lactancia o extracción temprana y frecuente aprovecha estos niveles altos de oxitocina y ayuda a facilitar la producción de leche a largo plazo en madres tanto de recién nacidos a término como de prematuros.



Para favorecer la lactancia exclusiva del recién nacido a término:

Toma durante la primera hora

Colocar rápidamente al recién nacido piel con piel es la mejor práctica para promover la primera toma ^{7,8}. Esto fomenta una relación lactancia prolongada.

Lactancia frecuente

Se recomienda dar el pecho cada dos o tres horas. El contacto continuo piel con piel favorece que las madres reconozcan las señales tempranas de hambre de su bebé ^{8,9}.

Previsión de 3 pañales manchados

Tres o más deposiciones amarillas en 24 horas a partir del 4.º día aproximadamente son un indicador de que la iniciación ha tenido lugar y de que la producción de leche está en marcha ⁹.



Para favorecer una dieta exclusiva de leche materna cuando no es posible dar el pecho:

Extracción durante la primera hora

Es importante estimular las mamas con tecnología de iniciación basada en la investigación ^{10,11,12} durante la primera hora ¹³. Esto favorece la iniciación a tiempo y la producción de leche a largo plazo.

Extracción frecuente

Extraer varias veces al día con tecnología de iniciación ayuda a alcanzar volúmenes adecuados. La extracción doble ¹⁴ cada dos o tres horas es beneficiosa para ello ¹⁵.

Previsión de 3 x 20 ml

La extracción de ≥ 20 ml en cada sesión durante tres sesiones consecutivas indica que la iniciación ha tenido lugar. Es el momento de utilizar un programa de extracción diseñado para extraer leche ¹⁰.

Bibliografía

1 Cox, D.B. et al. Exp Physiol 84, 421-434 (1999).
2 Hassiotou, F. & Geddes, D. Clin Anat 26, 29-48 (2013).
3 Kulski, J.K. et al. Aust J Exp Biol Med Sci 59, 101-114 (1981).
4 Neville, M.C. et al. Pediatr Clin North Am 48, 35-52 (2001).
5 Neville, M.C. et al. Am J Clin Nutr 48, 1375-1386 (1988).

6 Nommsen-Rivers, L.A. et al. Am J Clin Nutr 92, 574-584 (2010).
7 Christenson, K. et al. Acta Paediatr 81, 488-493 (1992).
8 Salariya, E.M. et al. Lancet 2, 1141-1143 (1978).
9 Lawrence, R.A. & Lawrence, R.M. Elsevier Mosby, (2011).
10 Meier, P.P. et al. J Perinatol 32, 103-110 (2012).

11 Torowicz, D.L. et al. Breastfeed Med 10, 31-37 (2015).
12 Post, E.D. et al. J Perinatol 36, 47-51 (2016).
13 Parker, L.A. et al. Breastfeed Med 10, 84-91 (2015).
14 Prime, D.K. et al. Breastfeed Med 7, 442-447 (2012).
15 Hill, P.D. et al. J Hum Lact 17, 9-13 (2001).