

CAPÍTULO I

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA Y DE LA MADRE QUE DA DE LACTAR

1.1 Etapa preconcepcional

El periodo comprendido entre los 15 y los 39 años se considera la etapa fértil de la mujer, donde la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está expuesta a factores de riesgos que pueden afectarla en sus diferentes etapas. El enfoque de riesgo debe comenzar antes de la concepción, cuando la capacidad de concebir y la planificación familiar van de la mano.

Desde el triunfo de la Revolución, Cuba estableció programas dirigidos a proteger la salud materno infantil, entre ellos, el de manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC).

El RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas en las Consultas de Planificación Familiar (CPF) de la Atención Primaria de Salud (APS), las cuales cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, desarrollándose en estrecha interrelación con el médico y enfermera de la familia, mediante el pesquiasaje activo de las mujeres con RRPC, permitiéndole desarrollar un grupo de intervenciones y acciones dirigidas a identificar y modificar los factores de riesgo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud de la mujer. Para obtener el mejor resultado posible, se requiere que éstos sean tratados antes del embarazo.

El programa de RRPC, como política de salud, permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es reducir la morbimortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad, y lograr una paternidad y maternidad responsables.

Las condiciones de salud y nutrición de la mujer antes de la concepción son determinantes para tener un embarazo saludable, por lo cual la pareja se debe preparar física y mentalmente. Es un período de grandes transformaciones para la madre y el padre, ya que lleva a una nueva relación interpersonal entre ellos, la familia y el entorno social en el cual interactúan. Lo ideal es que la decisión de iniciar una gestación se tome de manera conjunta, en pareja; y, posteriormente, se acuda al consultorio del médico y enfermera de la familia (CMF) para realizar el chequeo.

No siempre ella llega a la gestación en las mejores condiciones. Para la reducción de la anemia en la mujer en edad fértil, se dispone de la suplementación con *Mufer*, tabletas compuestas por 60 mg de hierro y 0.40 mg de ácido fólico, la que reciben de forma gratuita en el CMF aquellas mujeres entre 15 y 39 años con riesgo de padecerla.

El equipo básico de salud es el encargado de hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la pareja o en última instancia la mujer constituye un riesgo reproductivo preconcepcional, por lo que en estas edades debe ser cuidadosamente evaluada para identificar los posibles factores que incrementan su vulnerabilidad durante la reproducción, y así trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos.

1.2 Estado nutricional de las embarazadas

El estado nutricional se define como la condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte de éste.

Durante los años 2015 – 2016, y como parte del proceso de elaboración de las “Guías alimentarias para las embarazadas y madres que dan de lactar”, se realizó un estudio en el cual fueron encuestadas 2,476 gestantes residentes en las provincias de Pinar del Río, La Habana, Villa Clara, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Las Tunas y Santiago de Cuba. El objetivo fue identificar los trastornos nutricionales más frecuentes y los hábitos y conductas alimentarias presentes en el grupo, de las diferentes regiones del país. Dentro de los aspectos a considerar se incluyeron el Índice de masa corporal y el valor de la hemoglobina a la captación del embarazo, así como la frecuencia de consumo por grupos de alimentos y por eventos de comidas.

La distribución por regiones fue la siguiente: Occidental: 37.9 % (n = 939); Central: 36.8 % (n = 911), y Oriental: 25,3 % (n = 626). Con respecto a la edad, el 15.2 % eran adolescentes (n = 378); el 76.9 % (n = 1 903) tenía entre 20 y 35 años, y el 7.9 % (n = 195) era mayor de 35 años (Figura 1).

A la captación del embarazo, el 11.1 % tenía un peso deficiente; el 59.4 % un peso adecuado, y el 29.5 % se encontraba sobrepeso/obesa (Tabla 1).

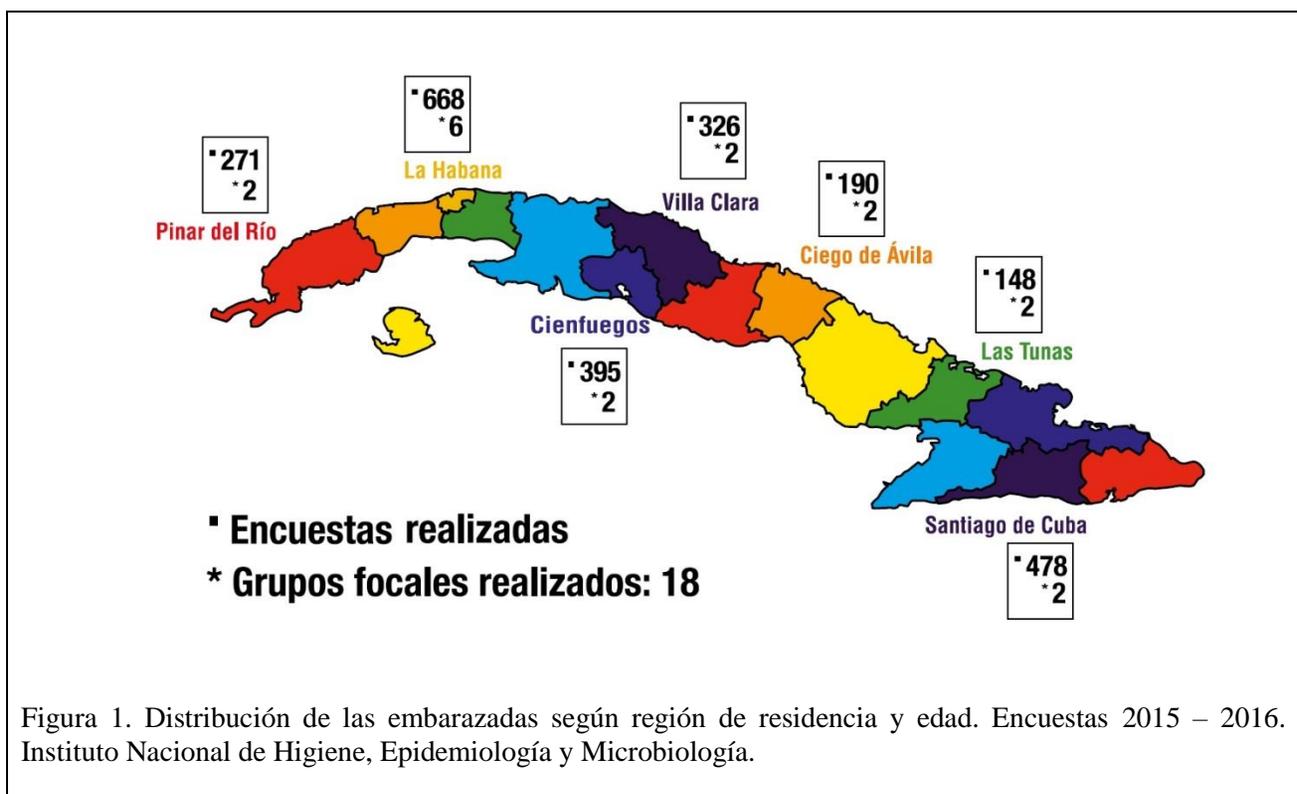


Figura 1. Distribución de las embarazadas según región de residencia y edad. Encuestas 2015 – 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Tabla 1. Peso al inicio del embarazo según Índice de Masa Corporal (IMC). Encuestas 2015 – 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Resumen de los indicadores	Provincias seleccionadas (7)	
	No.	%
IMC/Clasificación		
Peso deficiente	275	11.1
Peso adecuado	1 469	59.4
Sobrepeso	355	14.3
Obesa	377	15.2
Totales	2 476	100.0

Con respecto a la hemoglobina, el 12.3 % presentaba anemia, con predominio de la forma leve; y en el 87.7 % era normal (Tabla 2).

Tabla 2. Anemia al inicio del embarazo. Encuestas 2015 – 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Severidad de la anemia	Provincias seleccionadas (7)	
	No.	%
Grave	1	0.04
Moderada	40	1.6
Leve	264	10.6
No anemia	2 171	87.7
Totales	2 476	100.0

Al analizar los resultados del IMC, la hemoglobina y el uso de las tabletas *Prenatal* por provincias, se observó que las gestantes con mayor porcentaje de peso deficiente al inicio del embarazo se encontraban en: Las Tunas (14.3 %), Santiago de Cuba (13.3 %), y La Habana (11.4 %). Con respecto al sobrepeso y obesidad, a las gestantes de Ciego de Ávila les correspondió el 33.1 %, seguidas de las de la región occidental. La anemia en el primer trimestre fue más frecuente en las provincias de Villa Clara (16.6 %) y Santiago de Cuba (16.1 %). El uso de las tabletas *Prenatal* fue mayor del 94 % todas las provincias (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación nutricional y uso de las tabletas *Prenatal* en las embarazadas por provincias. Encuestas 2015 – 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Provincia	Peso deficiente al inicio del embarazo (%)	Sobrepeso y obesidad (%)	Anemia primer trimestre del embarazo (%)	Uso de tabletas <i>Prenatal</i> (%)
Pinar del Río	9.2	32.4	12.5	98.9
La Habana	11.4	30.0	13.5	95.0
Cienfuegos	9.1	32.9	5.1	98.5
Villa Clara	9.5	27.6	16.6	95.7
Ciego de Ávila	11.0	33.1	10.0	98.4
Las Tunas	14.8	22.2	7.4	99.3
Santiago de Cuba	13.3	26.5	16.1	94.4
Todas las provincias	11.1	29.5	12.3	96.5

En las siete provincias encuestadas el 11.1 % de las embarazadas presenta peso deficiente al inicio del embarazo, el 29.5 % sobrepeso y obesidad, el 12.3 % anemia en el primer trimestre del embarazo y el 96.5 % usan tabletas *Prenatal*.

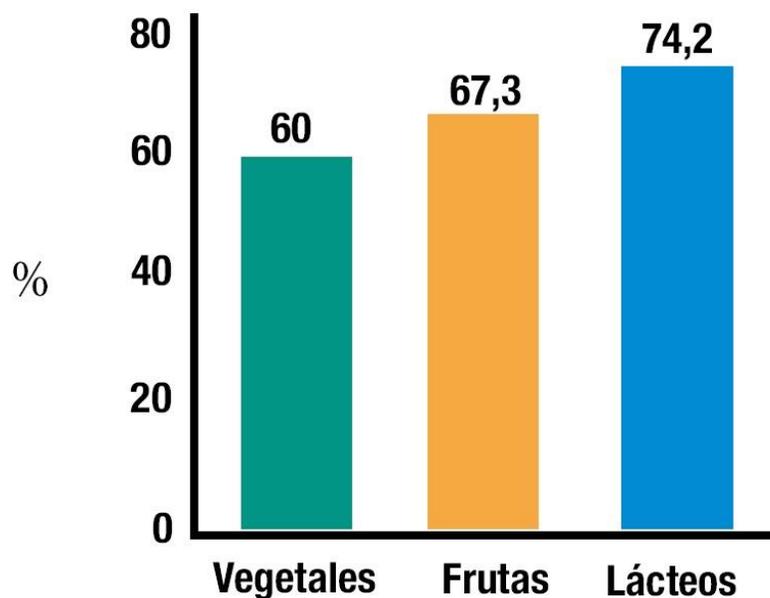
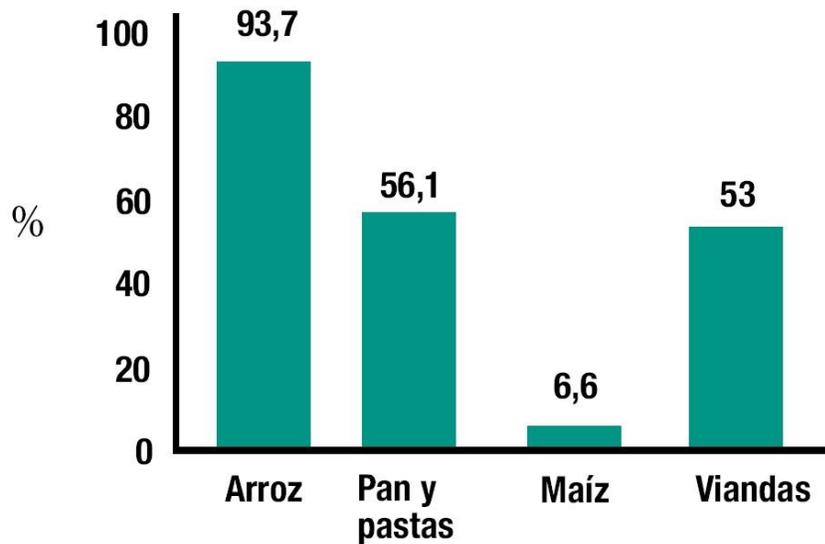
El embarazo en la adolescencia se constató en el 15.3 % de las gestantes encuestadas en las siete provincias. De ellas el 21.6 % presenta peso deficiente al inicio del embarazo, el 17.7 % sobrepeso y obesidad, el 11.6 % anemia en el primer trimestre del embarazo, y el 96.5 % usan las tabletas *Prenatal*.

En Las Tunas, el 17.5 % eran adolescentes. De ellas, más de la tercera parte (34.6 %) empezó el embarazo con un peso deficiente y el 15.4 % con anemia. En Villa Clara el 26.5 % era obesa o sobrepeso, y el 20.4 % tenía anemia, constatándose que el consumo de las tabletas *Prenatal* era del 93.8 % (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación nutricional y uso de las tabletas *Prenatal* en las embarazadas adolescentes. Encuestas 2015 – 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Provincias	Adolescentes (%)	Peso deficiente al inicio del embarazo (%)	Sobrepeso y obesidad (%)	Anemia primer trimestre del embarazo (%)	Uso de tabletas <i>Prenatal</i> (%)
Pinar del Río	14.8	20.0	20.0	15.0	100.0
La Habana	14.2	21.1	18.9	14.7	98.9
Cienfuegos	15.7	19.3	17.7	3.2	100.0
Villa Clara	15.0	18.3	26.5	20.4	93.8
Ciego de Ávila	14.2	29.6	7.4	7.4	100.0
Las Tunas	17.5	34.6	3.8	15.4	100
Santiago de Cuba	15.2	20.5	15.0	8.2	90.4
Todas las provincias	15.3	21.6	17.7	11.6	96.5

Con respecto a la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, la ingestión de 6 a 7 veces por semana en las embarazadas fue la siguiente: *Arroz*: 93,7 %; *Lácteos*: 74,2 %; *Aceite*: 78,6 %; *Frutas*: 67,3 %; *Vegetales*: 60,0 %; *Frijoles y viandas*: 53,0 %; *Huevos*: 39,7 %; *Pollo y otras aves*: 18,4 %; y *Carnes*: 15,6 %. El 35,5 % [Nota del Editor: de las embarazadas] consumían diariamente refrescos y dulces (Figura 2).



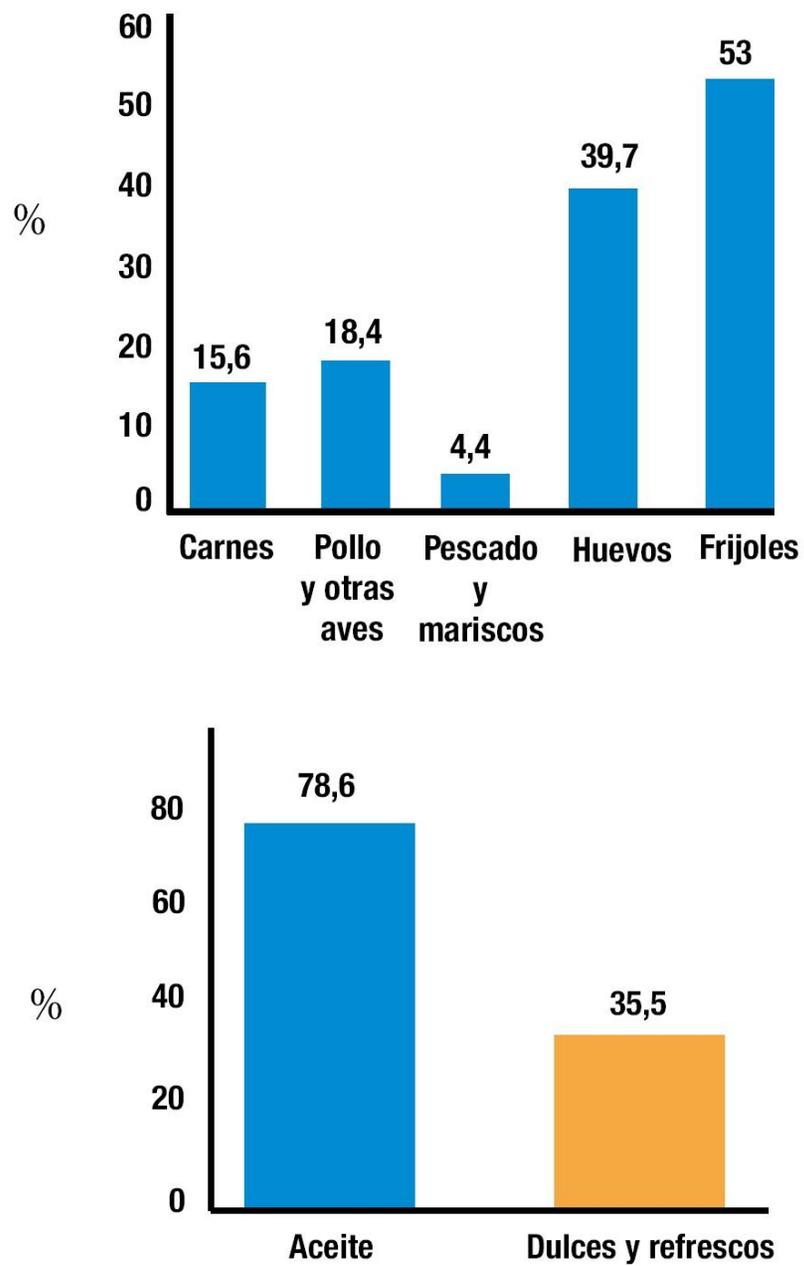
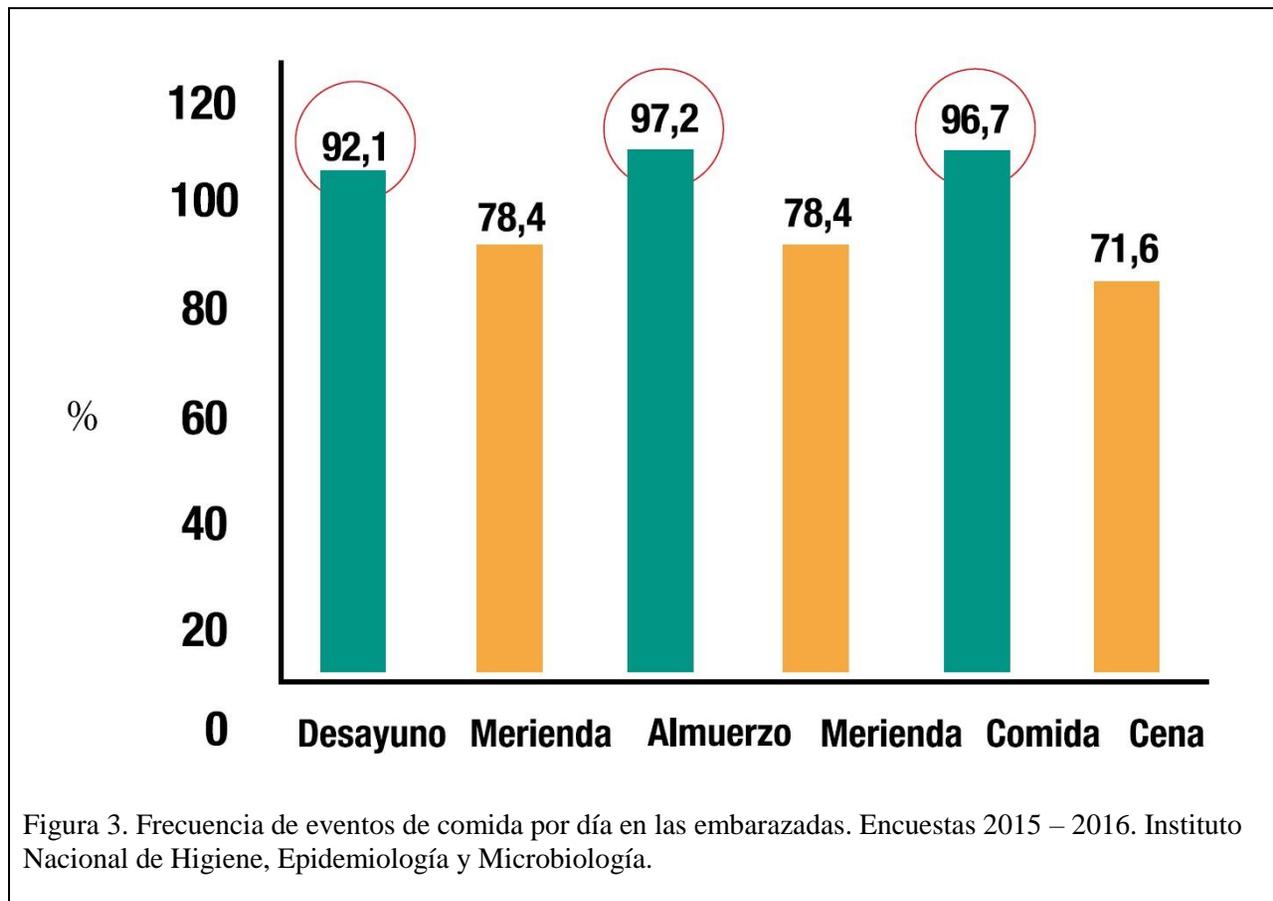


Figura 2. Frecuencia de consumo por grupos de alimentos en las embarazadas. Encuestas 2015 – 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Al analizar la frecuencia de eventos de comidas por día, más del 90 % [Nota del Editor: de las embarazadas] realizaba las 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y comida) (Figura 3).



El análisis de los resultados permitió identificar los problemas existentes en las embarazadas y proponer las preguñas, las que fueron validadas con los profesionales en un taller nacional realizado al efecto y en los grupos focales con las gestantes (Anexo 1).

1.3 Situación de la lactancia materna

La OMS* y el UNICEF† han preparado conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño a fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud, y en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños; con especial cuidado en los primeros 1000 días de vida por ser esta etapa una ventana de oportunidad única para lograr un crecimiento adecuado, pero sin predisponerlos a un aumento de peso riesgoso para el futuro, contribuyendo así a la prevención de las enfermedades crónicas del adulto, como por ejemplo, la hipertensión arterial y la Diabetes mellitus.

* Organización Mundial de la Salud.

† Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

La UNICEF y la OMS recomiendan que la lactancia se inicie dentro de la primera hora después del parto, se alimente al bebé exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y que la lactancia continúe hasta los 2 años y más. A los seis meses [*Nota del Editor: la lactancia materna*] se debe combinar con alimentos sólidos, semisólidos y suaves; adecuados, suficientes y seguros.

La lactancia materna durante los primeros años de vida protege a los niños de las infecciones, les proporciona una fuente ideal de nutrientes, es económica y segura. Sin embargo, muchas madres no amamantan tempranamente, ni de manera exclusiva durante los seis meses recomendados, o dejan de hacerlo antes de tiempo.

Las fórmulas lácteas para lactantes, u otras leches, pueden contribuir a un retraso en el crecimiento y a la falta de micronutrientes. Además, pueden ser inseguras si no se preparan en condiciones de higiene adecuada.

Según datos obtenidos de la encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) del año 2014, la cual contó con el apoyo técnico y financiero de la UNICEF, en Cuba el 85 % de los recién nacidos iniciaron la lactancia dentro del primer día, pero con relación al tiempo que transcurrió entre el nacimiento y el momento en que fueron amamantados por primera vez, lo cual resulta de gran importancia en el manejo de la lactancia y en el establecimiento de la relación física y emocional entre el bebé y la madre, solo el 48 % fue dentro de la primera hora después del nacimiento.

Este porcentaje fue algo diferente por regiones. Se destacó la [*Nota del Editor: la región*] occidental con mejores resultados (55 %), seguida de la oriental (46 %) y por último la central (42 %). En el área rural se mostraron mejores índices en el inicio de la lactancia en la primera hora del nacimiento y en el primer día del nacimiento con el 55 y 90 %, respectivamente.

En Cuba, según datos de la MICS del año 2014, aproximadamente un 33 % de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. De 12 a 15 meses [*Nota del Editor: de vida extrauterina*], un 39 % todavía es amamantado, y de 20 a 23 meses, un 24 %.

La lactancia exclusiva no se comporta de manera homogénea en las todas las regiones del país: el occidente y el centro son las que tienen menor cantidad de niños con esta práctica alimentaria (18 y 21%), en contraste con La Habana y el oriente [*Nota del editor: del país*] con aproximadamente 51 y 48 %, respectivamente.

En el caso de la lactancia continuada se observaron importantes diferencias entre niños y niñas, al ser estas últimas las que tuvieron mayor acceso a la misma tanto al año como a los dos años.

En las edades tempranas, la mayoría de los niños recibieron líquidos o alimentos distintos de la leche materna, siendo otras leches y/o fórmulas los de mayor uso, especialmente a partir de los 2 meses de nacidos. De 4 a 5 meses [*Nota del Editor: de nacidos*], el porcentaje de amamantados de forma exclusiva estuvo por debajo de un 8 %. Solo alrededor del 19 % recibió leche materna hasta la edad de 2 años.

En relación con la lactancia apropiada para los menores de 24 meses, se usan diferentes criterios de alimentación adecuada dependiendo de la edad. De 0 a 5 meses [*Nota del Editor: de edad*], la lactancia exclusiva es la alimentación apropiada para esa edad, mientras que de 6 a 23 meses se les considera que están alimentados correctamente si reciben leche materna y alimentos sólidos, semisólidos o suaves.

También fue analizada la diversidad alimentaria mínima, que significa recibir alimentos de al menos 4 de los 7 grupos alimenticios, y la frecuencia mínima de comida, que tiene que ver con la cantidad de veces que durante el día los niños reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves,

y que puede calcularse para los que lactan y los que no lo hacen. Estos últimos, de 6 a 23 meses [*Nota del Editor*: de edad], requieren al menos dos tomas de leche al día.

La evaluación general usando el indicador de la dieta mínima aceptable reveló que solo el 56 % de los infantes entre los 6 y 23 meses se beneficiaban de una dieta suficiente tanto en diversidad como en frecuencia.

De los que recibían la lactancia materna entre los 6 a 23 meses de edad, el 60 % tomaba alimentos sólidos, semisólidos y suaves las veces mínimas requeridas. Entre los que no lactaban, la mayoría (89 %) recibía alimentos sólidos, semisólidos y suaves o fórmulas a base de leche, cuatro veces o más al día, siendo los varones también los que mostraron la proporción mayor (91 %).

El análisis conjunto de los que lactaban y los que no lo hacían mostró que solo el 56 % de los niños tienen una dieta mínima aceptable, siendo las cifras similares por sexo, y este número se incrementa progresivamente con la edad. En el área urbana hay un mayor porcentaje con dieta mínima aceptable y los hijos de madres con nivel educacional superior muestran porcentajes más elevados.

La práctica de la alimentación con biberón es aún prevalente en Cuba. El 76 % de los [*Nota del Editor*: niños] comprendidos entre los 0 a los 23 meses de edad son alimentados con biberón con tetera. Esto puede constituir un riesgo para la salud por la posibilidad de contaminación debido a la falta de medidas higiénicas en su preparación. El uso de biberón es ligeramente más frecuente en los niños (78 %) que en las niñas (75 %) y mayor en las áreas urbanas (79 %) que en las rurales (70 %). En términos de regiones, se destaca su mayor uso en la zona occidental (92 %), en contraste con La Habana (64 %).

Los niños de 12 a 23 meses de edad, así como los hijos de madres con nivel escolar secundario y obrero calificado, son más propensos a ser alimentados con biberón en aproximadamente un 83 %.

El 57 % de los niños de 0 a 5 meses [*Nota del Editor*: de edad] son alimentados con un biberón, lo que está en correspondencia con la baja lactancia materna exclusiva. La proporción de niños alimentados con un biberón aumenta con la edad hasta alcanzar el 83 % entre los 12 y 23 meses [*Nota del Editor*: de edad].

1.4 Prevención de las enfermedades asociadas a la gestación

A las mujeres que planifican un embarazo y padecen una enfermedad crónica (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, epilepsia, hipotiroidismo, entre otras), se les debe informar sobre la posible repercusión [*Nota del Editor*: del mismo] en la evolución de su enfermedad y en los resultados perinatales.

En aquellas que presenten sobrepeso u obesidad a la captación [*Nota del Editor*: del embarazo] es imprescindible la búsqueda de factores de riesgo adicionales a la Diabetes o la hipertensión arterial.

Prevención de la hipertensión gestacional

Se recomienda:

- Aumentar la ingestión de frutas y verduras porque contienen cantidades insignificantes de sodio.

- Aumentar la ingestión de potasio: los requerimientos mínimos de una persona son de 2 g/día. La alimentación habitual garantiza el suministro de potasio. Los alimentos ricos en potasio son las frutas: toronja, naranja, limón, melón, mandarina; los vegetales: tomate, zanahoria, calabaza, quimbombó, espinaca, col, entre otros; la leche y sus derivados; carnes: res, cerdo, pavo, conejo, pollo, hígado; las viandas: boniato, ñame, papa, plátano verde, etcétera.
- Ha demostrado un efecto beneficioso la ingestión de calcio contenido en la leche y derivados fundamentalmente a razón de 2 g/día, sin que se haya informado de ningún daño secundario para la madre o el feto, así como de magnesio contenido en las frutas y vegetales, tanto en la prevención [*Nota del Editor*: de la hipertensión arterial] como en la disminución de la ya existente.
- La ingestión de sal [*Nota del Editor*: se debe limitar] hasta 5 g/día distribuida entre todas las comidas.

Se debe evitar:

- Añadir sal de mesa a los alimentos listos para el consumo.
- Consumir alimentos en conserva y embutidos (tocino, jamón, *spam*, jamonada, salchichas).
- Salsas y sopas en conservas, queso y mantequilla, mayonesa, entre otros.

Alimentos que contienen poco o nada de sal: berenjena, frutas cítricas, quimbombó, azúcar refinado, calabaza, plátano fruta, miel de abejas, melón de agua, ciruela, piña.

Prevención de la Diabetes gestacional

La dieta debe adaptarse individualmente a cada embarazada, teniendo en cuenta el peso previo al embarazo. [*Nota del Editor*: La dieta] Debe ser completa, variada, equilibrada y suficiente.

Se recomienda:

- Alimentación variada.
- Evitar el consumo de azúcares simples: refrescos, dulces en almíbar, miel.
- Ejercicio físico. La promoción de la actividad física de leve a moderada forma parte de la consejería en la prevención de la Diabetes e hipertensión gestacional:
 - Incrementa la resistencia cardiorrespiratoria.
 - Controla la ganancia de peso excesiva.

Prevención de la anemia en el embarazo

Debido a que un número importante de mujeres tienen dificultades para disponer de las reservas de hierro que se requieren durante el embarazo, el riesgo de padecer de anemia es elevado. El Programa Materno Infantil establece la suplementación con *Prenatal* desde la captación del embarazo, aun cuando los requerimientos no son tan elevados como en el tercer trimestre.

La anemia más frecuente en el mundo y en Cuba es por déficit de hierro.

Se recomienda la diversidad alimentaria, la cual favorece el consumo de una dieta variada que aporte cereales, viandas, carnes, lácteos, grasas, frutas, y vegetales, principalmente crudos, los cuales contribuyen a la reducción de la ingestión de sustancias que inhiben la absorción del hierro como los fitatos (salvado de los cereales), polifenoles (frijoles), taninos (té y café), proteína de soya.

Otras consideraciones sobre el hierro en los alimentos:

- Los aminoácidos y proteínas facilitan la absorción del hierro.
- En la absorción y transportación del hierro intervienen aproximadamente 20 proteínas.
- Existen dos receptores intestinales, uno para la absorción del hierro inorgánico y otro para la absorción del hierro hemínico.
- La biodisponibilidad del hierro hemínico es varias veces superior a la del no hemínico.
- La caseína y el calcio presentes en la leche inhiben la absorción del hierro no hemínico. Sin embargo, la leche mejora la biodisponibilidad del hierro cuando se une a los cereales, posiblemente por la acción de polipéptidos formados durante la digestión de la caseína (principalmente la cistina, aminoácido que favorece la absorción del hierro).
- La absorción [*Nota del Editor*: del hierro presente] en las leguminosas es baja, pero son fuente importante de hierro si se combinan con otros alimentos.
- El fitato de los cereales está presente en la cubierta del grano. En el grano hecho harina, la cantidad de fitato varía: mientras más fitato tenga la harina, esta será más oscura.
- La soya contiene suficiente hierro, por lo que su balance final la favorece, aunque su proteína la inhiba. Por cada 100 mg de proteínas de soya, hay 14.5 mg de hierro.
- La vitamina A aumenta la absorción del hierro al reducir el efecto inhibitorio de los fitatos presentes en la harina del maíz y del trigo.
- La absorción del hierro interactúa con la de zinc, cobre, cobalto y calcio, por lo que estos minerales también se afectan con una ingesta excesiva de hierro como suplemento farmacéutico, y éste, a su vez, puede inhibir la absorción del hierro.

1.5 Mitos y realidades sobre la alimentación de las mujeres durante el embarazo y la etapa de lactancia

Son muchos los errores y mitos que rodean las recomendaciones alimentarias de las mujeres durante el embarazo y la etapa de lactancia. No es verdad que se deba “comer por dos”, ni siquiera que sean necesarios suplementos de algunos nutrientes, que en determinados casos pueden ser tóxicos; aunque es cierto que una mala nutrición de la futura madre puede ocasionar problemas de prematuridad y mortalidad fetal, y la obesidad resulta peligrosa para la salud del futuro bebé.

Históricamente, los llamados mitos o falsas creencias populares parten de una influencia cultural, la cual no reconoce diferencias entre estratos sociales, económicos o regiones. Estos [*Nota del Editor*: mitos] suelen jugar un papel importante y, en algunas circunstancias, su papel se convierte en protagónico, como suele suceder cuando se trata de la alimentación de las embarazadas o madres que dan de lactar.

La familia y la comunidad desde el rol protector reproducen los patrones alimentarios heredados de generación en generación. Algunos mitos suelen acarrear problemas serios.

Mito: Las mujeres embarazadas y madres lactantes deben comer por dos para alimentar al bebé o producir más leche. FALSO

“Me dicen: Come todo lo que te apetezca”

“Mi mamá me dice que debo comer bastante para no padecer de anemia”

Realidad: Ellas deben consumir una dieta sana y balanceada, que cubra sus requerimientos. Así, contribuirá a una adecuada formación del feto y la proveerá de nutrientes necesarios para el período de lactancia. Debe evitarse el exceso de carbohidratos y priorizarse las proteínas, frutas, verduras y cereales.

Mito: La madre debe consumir alimentos que aumenten la producción de leche. FALSO

“La malta con leche, el bejuco de boniato, ajonjolí, maní, el guarapo, todo eso dicen que es muy bueno para la madre que da el pecho”

Realidad: Ningún alimento aumenta la producción de leche. Se requiere que la mamá se encuentre alimentada, nutrida e hidratada.

Mito: La madre que da de lactar debe seguir una dieta especial restringiendo el consumo de algunos alimentos, para evitar gases y cólicos en el bebé. FALSO

“A mí una muchacha me dijo que el refresco gaseado le daba al niño cólicos, que si lo voy a tomar debo esperar a que se le vaya el gas”

“Dicen que al potaje de frijoles se le deben quitar los granos, y que el pepino y la col avientan”

Realidad: Es muy frecuente que se le prohíba consumir refrescos gaseados y algunos alimentos porque “pueden causar gases” a los bebés. En general la madre que da de lactar puede comer todo lo que comía durante el embarazo.

Mito: Una madre que da de lactar tiene que beber leche para producir leche. FALSO

“La leche me gusta pero me da acidez. Tomo yogur y en mi barrio me dicen que por eso no tengo leche”

“Mi familia me dice que debo tomar bastante leche para que mis pechos se llenen”

Realidad: Es muy frecuente escuchar que la madre que da de lactar debe aumentar el consumo de leche para hacer frente a una demanda de calcio aumentada por la lactancia. Sin embargo, una dieta saludable rica en verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse y producir leche.

Mito: Los bebés necesitan beber infusiones para fortalecer el estómago, si están enfermos o si tienen sed. FALSO.

“La manzanilla es buena para las diarreas”

“El agua de arroz ayuda a calmar el hambre y les va haciendo estómago a los bebés”

“Mi prima le da agua a su bebé porque hay mucho calor y tiene miedo que se deshidrate”

Realidad: La leche está compuesta en un 85 % de agua aproximadamente. Por lo tanto, los bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecerlos es dándoles leche materna a libre demanda. En caso de diarrea severa, consulte a su médico.

Mito: Si la embarazada o la madre que da de lactar está enferma, no puede tomar medicamentos y no debe dar de lactar. FALSO

“Mi mamá me dice que no puedo enfermar porque no puedo tomar medicamentos”

“Mi esposo me cuida para que no me enferme porque dice que el antibiótico le puede hacer daño al bebé”

Realidad: Si la mujer está enferma (gripe, resfriado, tos) puede dar de lactar. Si se trata de una enfermedad más grave, antes de tomar cualquier medicamento, deberá consultar a su médico.