

capítulo 2

Lactancia materna en situaciones especiales

Introducción

La lactancia materna (LM) es ampliamente reconocida por el equipo de salud y la población en general, como el medio nutricional y vincular por excelencia para el lactante y el niño pequeño. Numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas han confirmado el alto valor de la leche humana como inmunomodulador y por lo tanto como factor protector y preventivo de gran número de enfermedades, incluso algunas de aparición tardía en infancia o adolescencia (linfomas, diabetes Tipo I, etc.). Está demostrado en numerosas investigaciones el mayor riesgo al que están expuestos los lactantes no amamantados de contraer enfermedades infecciosas (gastroenterales, respiratorias, urinarias, etc.) y de otra etiología. Existen en la leche humana múltiples factores generales y específicos contra organismos potencialmente agresores: factores antivirales, anti-parasitarios, antibacterianos específicos, además de sustancias con diversas propiedades inmunomoduladoras, y 4.000 células/mm³ especialmente linfocitos, neutrófilos y macrófagos. Existe además menor exposición a gérmenes y a alérgenos en el lactante amamantado.

Los estudios de Vitora en Brasil, y de Kenneth Brown en Centroamérica, demostraron que un bebé NO amamantado presenta: 18 veces más riesgo de padecer diarrea; 4 veces más riesgo de morir por neumonía; 3 veces más riesgo de padecer OMA, en caso de prematuridad 20 veces más riesgo de padecer enterocolitis necrotizante, 4 a 16 veces más riesgo de padecer meningitis por *Haemophilus influenzae*; más riesgo de contraer enfermedades como asma, alergias, enfermedades autoinmunes; diabetes tipo I; 8% de los niños no amamantados son alérgicos a leche de vaca y de ellos 50% los son también a la leche de soja; pueden padecer más: leucemia, linfomas, celiaquía, Enfermedad de Crohn, rechazo a transplantes, síndrome de muerte súbita del lactante.

En términos de neurodesarrollo y de capacidades cognitivas del niño, especialmente en recién nacidos prematuros, se ha demostrado que se logran mejores niveles de desarrollo si los bebés son alimentados con lactancia materna exclusiva (LME). Se siguen descubriendo componentes de leche materna que, al igual que los ya conocidos, cumplen más de una función y actúan en forma sinérgica, conformando un verdadero sistema o “tejido vivo”.

Por otra parte, en términos de salud actual y futura de la mujer, se ha confirmado el gran aporte que constituye el ama-



Dra. Vera May

- Médica Pediatra.
- Consultora Internacional en Lactancia Materna, IBCLC.
- Secretaria de la Subcomisión de Lactancia Materna SAP Entidad Matriz. Dedicada a Atención Primaria de la Salud.
- Consultorio de Lactancia Materna del Instituto de Maternidad Santa Rosa del Municipio de Vicente López.

mantar (menor anemia puerperal, menor depresión puerperal, menos osteoporosis en la edad adulta, menor incidencia de cáncer de ovario y de mamas).

No existen estadísticas nacionales de prevalencia de lactancia materna, los últimos datos disponibles son del 2001 y corresponden a la información brindada por once provincias. (Ver Cuadro 1A, 1B y 2)

Cuadro 1 A: Situación comparativa de la Lactancia Materna 1998 / 2001

Lactancia Materna en Argentina 1998 - 2001			
1998			
	Lactancia Exclusiva	Destete	Lactancia Total
4º mes	16,11%	22,01%	77,97%
6º mes	3,65%	28,80%	71,82%
2001			
4º mes	37,80%	15,50%	84,50%
6º mes	11,50%	21,70%	79,30%

Fuente: Dirección Nacional Materno Infantil. Ministerio Salud Nación, 2003. Datos de 11 provincias, facilitado por Programa Materno Infantil.

Cuadro 1 B: Categorías de Lactancia Materna (por sugerencia de OMS)

LACTANCIA MATERNA	
Exclusiva (LME)	El niño es alimentado sólo con leche materna (también leche materna extraída). Puede recibir vitaminas, medicación y Sales de Rehidratación Oral.
Predominante (LMP)	El niño es alimentado con leche materna. Pueden recibir aguas, tés y jugos, (líquidos no nutritivos) además de vitaminas, medicación y Sales de Rehidratación Oral.
Completa (LMC)	Se trata de la suma de las dos categorías anteriores, es una categoría epidemiológica.
Parcial (LMP)	El niño recibe leche materna y otras leches u otros alimentos.
Destete	Niños sin lactancia materna.

Cuadro 2: Situación de la Lactancia Materna en Argentina (1998)

Edad meses	Lactancia Exclusiva	Lactancia Predominante	Lactancia Completa	Lactancia Parcial	Lactancia Total	Destete
4	16,1%	9,1%	25,2%	52,6%	77,9%	22,0%
6	3,6%	3,0%	6,7%	65,0%	71,8%	28,8%

Fuente: Datos de 11 provincias, facilitado por Programas Materno Infantiles; consolidado: Dirección Materno Infanto Juvenil.

Al analizar las categorías de los datos de prevalencia (R.A. 1998) se puede observar que existe una gran diferencia entre lactancia exclusiva y predominante, que se debe al aporte de líquidos no nutritivos al bebé, práctica que ha sido demostrada no sólo como innecesaria sino perjudicial para el niño, aumentando en gran medida los riesgos de contaminación y de infecciones gastrointestinales.

.....

La lactancia exclusiva desciende mucho del 4º al 6º mes, en gran medida debido a la incorporación temprana e inadecuada de semisólidos o de otras leches.

Las cifras de prevalencia de LME evidencian un gran incremento en los últimos años, pero aún distan de cumplir con la Norma: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, luego incorporación de alimentación complementaria oportuna y continuación de la lactancia hasta los dos años o más (Ministerio de Salud de la Nación; OMS; UNICEF; SAP, APA).

Muchas prácticas asistenciales en relación con la atención del parto y del recién nacido fueron responsables de obstaculizar la LM durante décadas pasadas, algunas de ellas aún persisten.

La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño es una estrategia mundial impulsada por OMS y UNICEF que promueve la implementación, en las instituciones maternoinfantiles, de determinadas normas y prácticas para favorecer la lactancia materna. En nuestro país ya son 45 los establecimientos públicos y privados que han sido evaluados y reevaluados y que han recibido la acreditación de Hospital Amigo. El esfuerzo de equipos profesionales, comisiones de lactancia materna y ONGs en todo el país, ha

logrado un gran avance en la recuperación de la lactancia materna.

En la actualidad se ha elaborado la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño con el propósito de promover la lactancia desde el embarazo y durante todo el período de control de crecimiento y desarrollo.

El pediatra y la promoción de la lactancia materna

Puede afirmarse que, en nuestra sociedad, la mayoría de las madres tienen expectativas de amamantar (forma parte del proyecto gestacional) e inician la lactancia materna. En muchos casos el curso de la lactancia no ofrece mayores inconvenientes y su evolución requiere pocas intervenciones por parte del profesional. En los casos o situaciones en los que la lactancia se complica, se requiere una evaluación más exhaustiva y una intervención específica.

En la práctica se observa una brecha entre las necesidades y demandas de las madres y la capacidad de los profesionales para brindar asesoramiento. Sería conveniente que la habilidad para consejería en lactancia fuera enseñada en las carreras de grado de las profesiones de la salud.

Consejería

Asesoramiento; modo de trabajar con la gente comprendiendo sus sentimientos y ayudando a que adquieran confianza en sí mismas pudiendo tomar sus propias decisiones.

Consejería en LM, Manual de capacitación, OMS, OPS, UNICEF 1998.

Hoy se presentan situaciones complejas en lactancia materna porque las madres se han incorporado al mercado de trabajo y realizan múltiples tareas además de la crianza de sus niños; y también porque existen niños que sobreviven a enferme-

dades, a veces con graves secuelas, que se beneficiarían al mantener la lactancia natural. Estos casos requieren tiempo, dedicación en la consulta, y recitaciones frecuentes, a veces consulta con grupos especializados y convicción para poder sustentar la decisión de una familia de amamantar a pesar de las dificultades.

A veces la lactancia se interrumpe por consejo de un familiar o porque es necesario medicar a la madre: la consecuencia del destete es una alimentación subóptima para el lactante y además, resulta una experiencia negativa o insatisfactoria para la madre, genera sensación de tristeza, frustración, e incapacidad que tendrá impacto vincular con el bebé y probablemente afecte la lactancia de futuros hijos.

.....

El apoyo y orientación profesional es determinante para mantener la lactancia.

El pediatra ocupa una posición privilegiada para la detección temprana de trastornos de la alimentación del bebé. Uno de los objetivos primordiales de su práctica profesional es el monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño. La detección precoz de alteraciones en la lactancia del niño, puede orientar un diagnóstico de patologías más complejas (transitorias o definitivas) y favorecer intervenciones oportunas.

Todas las “Situaciones especiales” requieren reconocimiento, diagnóstico y

tratamiento específico; responden a diversas causas:

- Circunstancias vitales que complican la crianza (trabajo materno, lactancia de mellizos).
- Alteraciones temporarias o definitivas del estado de salud del niño o de la madre.
- Características específicas del niño al alimentarse.

La evaluación cuidadosa de cada caso debe tener en cuenta la unicidad de cada situación familiar, lo que facilitará la elaboración de un diagnóstico correcto y de intervenciones posibles.

En ningún caso puede considerarse la lactancia natural como una imposición para la madre pero, al mismo tiempo, hay que tener presente que constituye un derecho del niño (Convención de los Derechos del Niño, art. 24).

La lactancia materna debe basarse en una elección informada y para ello las mujeres necesitan información y asesoramiento específico.

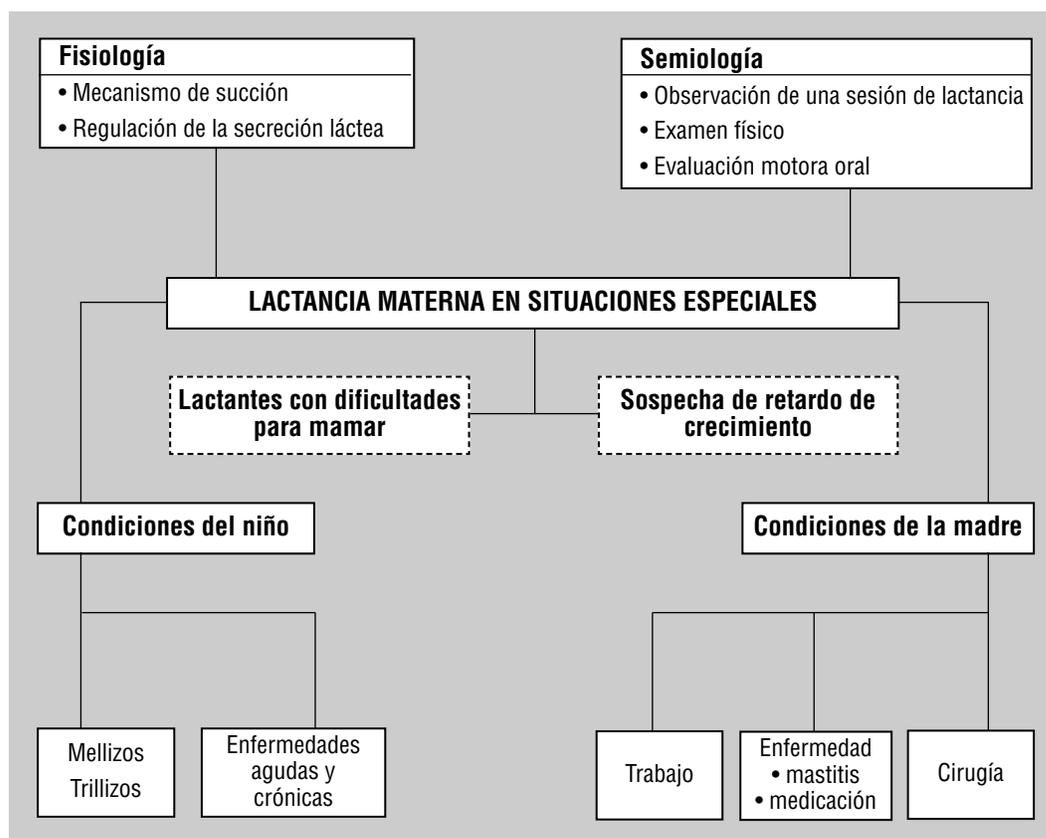
En este capítulo se presentan sólo algunas de las situaciones especiales que se presentan en la práctica clínica, y que suelen alterar el curso normal de la lactancia. No se han considerado la lactancia normal ni las situaciones especiales generadas por problemas en la anatomía de las mamas ni otras complicaciones maternas posibles. Tampoco se trata la lactancia en recién nacidos o bebés prematuros, que constituye otro capítulo.

Objetivos

Esperamos que al finalizar el trabajo con este capítulo Ud. sea capaz de:

- Describir el mecanismo de la succión.
- Enumerar los factores que intervienen en la regulación de la secreción láctea.
- Realizar la semiología de la lactancia materna.
- Realizar una evaluación de la función motora oral para identificar alteraciones en la alimentación del lactante.
- Orientar, en materia de lactancia, a la madre de mellizos.
- Evaluar correctamente el crecimiento de bebés alimentados con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Diferenciar los problemas de escasa producción de leche de los problemas de mala técnica de extracción y decidir las intervenciones adecuadas en cada caso.
- Decidir las conductas adecuadas para sostener la lactancia materna en niños aguda y/o crónicamente enfermos.
- Prevenir el destete en el momento que la madre se reincorpora al trabajo.
- Preservar la lactancia en caso de medicación de la madre.
- Explicar a las mujeres de qué forma la cirugía mamaria afecta la capacidad para amamantar.

Esquema de Contenidos



Fisiología

Mecanismo de succión

La succión es observada en la vida intrauterina desde las 24 semanas, su realización depende principalmente de los pares craneanos: V, VII, IX, y XI (trigémino, facial, glossofaríngeo y espinal); es precedida por la deglución refleja de líquido amniótico desde la 11ª semana de vida intrauterina. La succión se coordina con la deglución desde la semana 32 y ambas con la respiración desde la 34ª semana. Sin embargo estudios recientes demuestran que colocando precozmente al bebé prematuro en contacto piel con piel con su madre, se observa esta coordinación desde un tiempo antes.

La habilidad para succionar puede no estar en todos los niños plenamente desarrollada al nacer y puede estar condicionada por drogas recibidas por la madre durante el parto y/o por condiciones del mismo.

Generalmente después de varios intentos el niño se prende al pecho y comienza a succionar vigorosamente. Estas primeras mamadas son críticas ya que grabarían la impronta del patrón de succión que tiende a ser repetido por el niño en succiones posteriores. Por ello es de tanta importancia el contacto temprano y la puesta al pecho durante la primera hora postparto (como señala la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño). La boca del bebé se “adapta” al pezón y areola conformando juntos una unidad que “trabaja” simultánea y sinérgicamente. Facilitado por el reflejo de hociqueo y de búsqueda, al acercarse al pezón el bebé protruye su lengua por sobre el borde de su encía inferior, y adquiriendo forma cóncava, rodea la areola, comprimiéndola

la con la lengua contra el paladar. La areola se elonga, continuando al pezón erecto, quedando la mitad de la lengua por debajo de los senos lactíferos que, presionados por ella, son exprimidos hacia la concavidad lingual. (Ver Figuras 1 y 2)

Fuente: Stillen, Gúoth - Gumbreger, M; Hormann, E. Ed. Gu 2001.

Figura 1: Esquema sagital de un lactante prendido correctamente

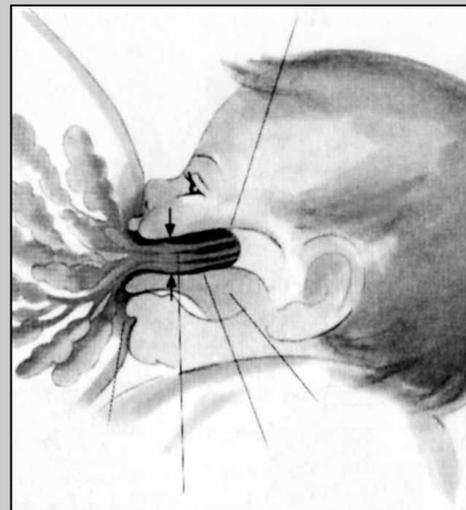
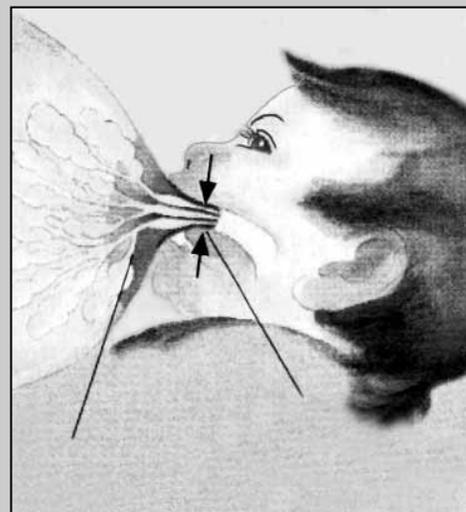


Figura 2: Esquema sagital de un lactante prendido incorrectamente al pecho



Los movimientos peristálticos de la lengua, junto a los movimientos de descenso mandibular del bebé, imprimen ritmo de presión-descompresión, en salvas de succión. Estas son muy frecuentes 4-5/segundo al comenzar la mamada, y al producirse el reflejo de eyección láctea, cambia el ritmo a 1-2/segundo. Este cambio de ritmo es apreciable así como se puede oír la espiración forzada del bebé mientras traga con un sonido característico: “ee”. El niño alterna las salvas de succión nutritiva, con otros momentos de descanso o de succión no nutritiva (“aleteo”), observadas como temblores de su mentón. El tiempo requerido para completar una mamada o quedar saciado, es completamente variable en cada niño.

La madre puede concomitantemente sentir signos de “bajada” de leche, cosquilleo, pinchazos, o turgencia o goteo del otro pecho. Puede haber más de una bajada de leche. Frecuentemente la madre no advierte los síntomas de bajada de leche hasta que le advierten cuales son y la conveniencia de reconocerlos.

Regulación de la secreción láctea

Numerosas hormonas y factores son responsables del crecimiento y desarrollo del tejido mamario y del comienzo de la secreción láctea durante el embarazo y postparto (estrógenos, progesterona, prolactina, hormona luteinizante, corticoides, hormona tiroidea, etc.). Los niveles de prolactina y ocitocina, principales responsables de la producción y eyección láctea, son pasibles de modificarse por variados estímulos. Sin embargo, una vez instalada la lactancia, la regulación de la producción láctea se basa principalmente en la demanda del niño, (succión adecuada y frecuente del niño) y en el vaciamiento de la mama.

Si no hubiera remoción láctea, la secreción cesa y la composición de la leche se modifica (se vuelve más transparente, con más concentración de cloro y sodio). Recientemente se describió como responsable de esta reacción a una sustancia proteica (FIL: factor inhibiting lactation) que se encuentra en leche residual y que posee un efecto inhibitorio sobre la producción de leche. Factores como la nutrición materna, la edad de la madre, su contextura física o su parición, no parecen ser determinantes en la secreción láctea.

El ritmo circadiano de producción de prolactina persiste durante toda la lactancia, con niveles superiores durante la noche. La prolactina es estimulada por el tacto sobre pezón y areola (especialmente por succión) y no parece responder al efecto psicológico de la cercanía del niño, a diferencia de la ocitocina.

La succión simultánea de ambos pezones o la extracción de leche de ambos pechos (manual o por bomba doble), activan la secreción de prolactina y el volumen de leche producida, aunque no se ha demostrado fehacientemente la interrelación entre estos dos factores.

La respuesta a estímulos sobre el pezón puede ser inhibida por medicación especialmente anestésicos locales o interposición de pezoneras entre la boca del bebé y pezón.

La ocitocina es la responsable de la contracción de células mioepiteliales alrededor de los acinos glandulares y los conductillos proximales con el consiguiente “vaciado” de la leche a la luz de los conductos lácteos.

.....
La secreción de ocitocina por la neurohipófisis es estimulada por la visión, el olfato y el contacto directo con el bebé y es inhibida por el dolor, el cansancio o el stress.

- ▶ *Se sugiere no indicar horarios rígidos a la madre que la confunden y suscitan errores de interpretación.*
- ▶ *Es aconsejable sugerir la “lactancia según mutuo requerimiento” o sea cuando el bebé reclama ser alimentado o la madre siente turgencia y requiere vaciamiento de los pechos.*
- ▶ *Es orientador sugerir un período entre 2 y 4 horas entre mamadas, en bebés del primer trimestre de vida, aclarándole a la familia la característica irregularidad y variabilidad de estos períodos, durante los primeros meses.*
- ▶ *Existe polémica acerca de la necesidad de vaciar uno o ambos pechos en cada mamada. Para mantener la producción láctea es conveniente que se vacíen los dos pechos, en cada oportunidad; pero si el niño se durmió profundamente luego del primero, es aceptable que tome un pecho por vez alternadamente, y la madre complete el vaciamiento con extracción manual o mecánica.*
- ▶ *El corto descanso con que los bebés suelen terminar la succión del primer pecho, es frecuentemente interpretado por las madres como fin de la mamada. En realidad el bebé necesita retomar la succión luego de unos minutos.*

Semiología de la Lactancia Materna

Observación de la lactancia

Es conveniente que la observación de una mamada este siempre precedida por la confección de una historia clínica completa, que incluya motivo de consulta, antecedentes de lactancias anteriores, antecedentes mamarios personales, ambiente familiar favorable o no a la lactancia materna, necesidad de volver a trabajar, expectativas e información de la madre acerca de lactancia materna.

La semiología de la lactancia materna se basa en la observación completa del bebé mamando y se complementa con la evaluación motora oral y con el examen de las mamas.

Durante el seguimiento de un bebé amamantado es aconsejable:

- observar una sesión de lactancia completa
- registrar lo observado
- repetir la observación en caso de consultas por aparente producción insuficiente de leche o alteraciones en la conducta alimentaria del niño.

- ▶ *En todos los casos conviene prestar atención a los siguientes detalles:*
 - *Actitud de la madre (segura, insegura; activa, pasiva; imperativa, atenta al bebé).*
 - *Posición de la madre: (sentada, en decúbito lateral, o decúbito supino, otras posiciones).*
 - *Actitud del bebé (responde a actitud materna).*
 - *Posición del bebé (sostenido en: posición tradicional o de acunar; posición invertida; posición de transición; posición sedente “a caballito”; en decúbito; en decúbito invertido).*
 - *Iniciativa (¿Quién comienza la mamada?).*
 - *Prensión o agarre del pezón (abarca toda la areola, evierte labio inferior, se observa lengua entre labio y areola).*
 - *Ritmo de succión: relación succión/ deglución: se modificó de 4/1 a 2/1.*
 - *Deglución audible sin ruidos de succión patológica (chasquidos).*
 - *Interacción (se establece mutuamente, adaptándose, o no).*

- *¿Quién termina la mamada?*
- *¿Parece satisfecho el bebé?*
- *Tipo de bebé al mamar (hambriento, prolijo, degustador, lento; “atolondrado”, irritable).*
- *Entorno o medio ambiente (institucional o familiar).*

(Ver Cuadro 3).

Existen varias guías para sistematizar la observación. En el Anexo encontrará un ejemplo.

En caso de verificar señales de succión insuficiente, conviene investigar y actuar sobre las posibles causas, según la hipótesis diagnóstica.

En la mayoría de estos casos conviene recomendar a la madre que facilite la mamada con masajes iniciales; intensifique el tiempo de succión insistiendo al niño, despertándolo si se duerme, “prendiéndolo” nuevamente luego de su corto descanso, y verificar al finalizar la mamada que haya succionado (niño con señales de saciedad, pechos menos turgente y llenos al finalizar la mamada).

Cuadro 3: Guías

<p>SEÑALES DE UNA LACTANCIA ADECUADA (aplicable a los primeros dos meses de vida)</p>	<p>Hace 8 a 12 mamadas por día. Duración de las mamadas entre 30 y 45 minutos. Moja 5-6 pañales descartables por día y 7-8 de tela (30 cc. aprox.). Termina la mamada satisfecho, rubicundo y somnoliento. Duerme tranquilo entre mamadas. Presenta 2 a 5 deposiciones diarias. La madre siente los pechos menos turgentes después de cada toma.</p>
<p>SEÑALES DE SUCCIÓN INADECUADA</p>	<p>Se pueden presentar todos o alguno de los siguientes síntomas o situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mamadas cortas y muy frecuentes - Se duerme al mamar - No quiere que lo alejen del pecho - Se impacienta porque el flujo es insuficiente - Madre no siente bajada de leche (pinchazos, calor, cosquilleo o goteo) <p>Al mamar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se escucha chasquido • se observa hoyuelo en mejilla (signos de mala colocación de la lengua) • hay salvas de succiones rápidas • no modifica ritmo de succión • no se oye deglutir <p>Consecuencias posibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • no queda satisfecho • escaso aumento de peso • duerme poco e intranquilo • escasa diuresis • deposiciones escasas, poco frecuentes

- ▶ *Es conveniente observar un tiempo suficiente antes de indicar correcciones o de emitir una opinión diagnóstica.*
- ▶ *Siempre es aconsejable reafirmar la autoestima materna y ponderar el esfuerzo realizado, tomando en cuenta la sensibilidad puesta en juego en la situación de puerperio y lactancia.*
- ▶ *Una parte importante del trabajo de prevención, promoción y sostén de la L.M. consiste en mostrar a los padres la técnica adecuada e informar acerca de las señales de la vida cotidiana del niño que les permitan deducir que la alimentación de su bebé es adecuada. Se sugiere indagar acerca de estos signos en las consultas pediátrica, ya que son valiosos en la orientación diagnóstica. El incremento de peso constituye un dato más y no el definitivo.*
- ▶ *Los mitos familiares son relevantes ya que tendrán “peso” en la crianza del hijo y son especialmente influyentes cuando la madre se siente muy insegura, conviene conocerlos.*

Evaluación motora oral

Esta evaluación es muy importante y constituye un aspecto fundamental del examen pediátrico habitual. Permite diagnosticar patologías orales y causas de alteración de la succión, que determinan una ingesta insuficiente de leche y reviste mayor importancia si se están pesquisando posibles problemas en la alimentación del niño.

Antes de hacer la evaluación motora oral se debe observar el comportamiento neuromotor corporal del bebé en posición de reposo y luego suspendido; se evaluarán su tono muscular, su reactividad y sus reflejos. Es conveniente realizar ambas evaluaciones con el bebé despierto, tranquilo y sin hambre.

Se recomienda realizar la evaluación oral con el bebé en brazos de su madre,

estimulando el reflejo de búsqueda. Para valorar avidez y fuerza de succión se puede observar directamente la mamada u ofrecer el dedo índice del examinador (enfundado en un dedil a modo de pezón), evaluando reflejos de orientación y búsqueda, e inducir al niño que lo incorpore en su boca y lo succione. Conviene ofrecer el pulpejo hacia arriba y hacerlo por un tiempo corto, para evitar lesionar al niño o defraudar su deseo de succionar. La correcta deglución también debe ser evaluada (deglución audible, no “derrama” leche al tragar, sin remanente lácteo en la boca luego de deglutir).

.....

Las alteraciones de prensión boca-pezón o de succión pueden ser indicadores tempranos de alteraciones neurológicas generalizadas (transitorias o definitivas), de disfunciones estomatognáticas (relativas a las estructuras responsables de la succión, respiración, fonación, deglución, masticación).

La segunda fase consiste en examinar exhaustivamente la boca del niño y todos sus componentes, para descartar lesiones o alteraciones en las estructuras de la misma.

Se pueden encontrar:

- Fisura labio alveolo palatina (FLAP).
- Anquiloglosia: Frenillo sublingual corto, puede dificultar la lactancia si no permite protrusión de la lengua y que esta rodee pezón y areola. Se sugiere intentar con cambio de posiciones y de técnicas mejorar la efectividad de la succión del niño. Solamente se indica su sección quirúrgica (anquilorafía) cuando la lengua no puede sobrepasar la encía inferior y se altera en gran medida la lactancia provocando gran dolor a la madre o succión insuficiente).

- Síndrome de Pierre Robin: se puede presentar solo como micrognatia (falta de desarrollo de mandíbula) o acompañado de microglosia o fisura palatina posterior. En estos últimos casos la lengua se mantiene retraída tapando la fisura velar y presenta dificultades respiratorias. No es factible la lactancia salvo en caso de Pierre Robin leve, cuando existe aceptable protrusión lingual se puede estimular la misma con la posición de mano de bailarina (ver S. de Down).
- Macrostomía, microstomía, paladar ojival, premaxila protruída, encías fusionadas, tumor en boca o de encías, hipoplasia o anquilosis temporomandibular, son condiciones que requieren adaptaciones especiales para poder amamantar.
- Mucosa oral: lesiones provocadas por sondas, aspiraciones u otros procedimientos, vesículas de origen infeccioso o traumático, pueden producir dolor.
- Cándida (muguet), puede contagiar al pezón y areola maternos provocándole dolor y complicación de probables lesiones traumáticas (grietas). Debe por lo tanto tratarse y controlar su evolución.
- Lengua: en ocasiones se observa una lengua muy rellena, compacta, que se mantiene en tercio posterior de la boca o “pegada” contra el paladar, y ante el estímulo no se aplanan ni toma la necesaria forma acanalada. Corresponde en general a un bajo tono neuromotriz generalizado y debe ser enfocado en forma global (consultorio de neurodesarrollo, estimulación temprana, etc.).

Algunas de estas alteraciones pueden revelar lesiones más complejas o generalizadas y pueden generar dolor en el niño, o una dificultad mecánica para efectuar una correcta succión y deglución, lo que podría generar lesiones (grietas) en pezones y areolas y dolor a la madre.

Se observa succión disminuía o ausente en los siguientes cuadros: anestesia o analgesia maternas, anoxia o hipoxia neonatal, prematuridad, trisomía 21, trisomía 13-15, hipotiroidismo, infecciones de SNC, afecciones neuromusculares (distrofia neuromuscular congénita, Werding-Hoffman) y otras.

Los diagnósticos posibles al efectuar evaluación motora oral son:

- Disfunción motora oral primaria. Causada por inmadurez o alteraciones neurológicas transitorias o definitivas. Se trata de un bebé que nunca succionó correctamente. Puede ser provocada por las patologías arriba descriptas.
- Disfunción motora oral secundaria. Por empleo de chupetes, pezoneras, biberones: modifica su patrón de succión original. La boca se abre insuficientemente y la lengua no rodea al pezón ni lo comprime contra el paladar para extraer leche, sino que opone la punta de la lengua al pezón para controlar el flujo, como lo haría con un biberón, lesionando el pezón. Suele diagnosticarse como “síndrome de confusión de pezones”. En ocasiones se manifiesta como “falta de prendida” o suelta el pezón rápidamente. La frecuente e innecesaria indicación de “pezoneras” siliconadas, son causa habitual de esta disfunción.

.....
“ Si a un niño con dificultades para alimentarse, se le indica un biberón, éstas sólo se agravarán, y si no las presenta para qué indicar el biberón”. Ruth Lawrence

Examen de mamas

La madre puede espontáneamente referir síntomas (ingurgitación, ardor o dolor en pezones, grietas, retención láctea, etc.) o ante el interrogatorio pueden surgir datos que la mujer consideraba

“normales” (ardor, dolor exquisito). En muchas ocasiones éstos son el primer signo de disfunción del bebé al succionar o “mala prendida”. A su vez, una micosis de pezón y areola, pueden ser causa o consecuencia de candidiasis oral del niño.

La mujer debe ser interrogada y sus mamas examinadas por inspección. La palpación se realizará en situaciones que lo requieran. En todos los casos de dolor

debe considerarse la medicación analgésica de la madre.

Muchos profesionales pueden sentirse incómodos o no estar preparados para revisar las mamas, en cuyo caso se sugiere interconsultar con colegas o derivar a la madre. Quién se hará cargo del examen de mamas de la madre que amamanta, dependerá de las posibilidades de cada profesional y las características del servicio, pero alguien debe ejercer esa función.

Lactante con dificultades para mamar

Los padres al concurrir a la consulta suelen expresar dificultades tales como:

- El bebé se niega a acercarse al pecho.
- Bebé irritable (fussy baby)
- El bebé no se prende al pecho, o no permanece prendido.
- El bebé no succiona.
- El bebé rechaza uno o ambos pechos.

Las situaciones planteadas, corresponden a la terminología con la que los padres plantean la consulta, y de este modo aparecen en los textos específicos de lactancia.

No existe una causalidad identificable en cada caso, y en ocasiones no se logra arribar a un diagnóstico certero, pero es conveniente encarar todos estos casos con el mismo proceso ordenado de diagnóstico explicitado en semiología de la lactancia. En estos casos conviene ampliar la anamnesis y prestar especial atención a lo que refieren los padres e indagar ¿qué pudo haber motivado esta situación?, ¿cuánto tiempo hace que sucede?, ¿qué sucedió pocos días antes?, ¿cómo resolvieron situaciones similares?

Además habrá que detenerse en la observación de una sesión de lactancia, en el examen físico, en el examen de las mamas y en la evaluación oral motora.

La presencia de los siguientes signos dan cuenta de dificultad con la técnica de lactancia:

- **Pezones dolorosos.**
- **Ingurgitación severa.**
- **Irritabilidad generalizada.**
- **Mastitis reiterada.**
- **Grietas persistentes.**
- **Tipo de deposición, escasa diuresis.**

- **Bebé que se niega a acercarse:** al acercarlo al pecho llora a gritos; no comienza a mamar, cuanto más insisten, se empeora la situación.

Causas probables: Injuria de parto; fractura de clavícula; medicación materna; le dieron chupete; manipuleo excesivo al amamantar; la posición le despierta dolor por vacunas, injurias previas; estado psíquico materno (generalmente de gran ambivalencia o inseguridad).

Como tratamiento se sugiere: buena posición y sostén; colocarlo pocos minutos al pecho por vez; retirarlo si llora y no insistir; contacto piel a piel en ambiente tranquilo; no sostenerlo en lugares dolorosos (vacunas); no colocarlo en posición de amamantar para procedimientos médicos; no usar chupetes ni biberones; ofrecer leche extraída con métodos alternativos.

- **Bebé irritable:** se trata del bebé intranquilo, movedizo, lloroso, que no puede encarar una sesión de lactancia con la dedicación necesaria para que resulte efectiva.

Las causas pueden variar según edad de comienzo del síntoma y momento de la mamada en que aparece.

(Ver Cuadros 4 y 5).

- **Rechazo unilateral del pecho:** existen casos registrados de rechazo unilateral de un pecho, de manera súbita. Causas posible: siente dolor en esa posición, un pecho tiene pezón o flujo de leche

distinto que el otro, un pecho está más turgente o congestionado. Soluciones posibles. Ofrecer el pecho “rechazado” luego de haber succionado del otro, siempre en situaciones tranquilas, agradables, vaciarse el pecho si el bebé no se prendiera, facilitar la succión no nutritiva de ese pecho. Luego de las medidas implementadas, si persiste el síntoma derivar a una consulta ginecológica a la madre, existen casos descritos de rechazo unilateral de pecho, sin diagnóstico y con posterior diagnóstico de carcinoma mamario.

Cuadro 4: Dificultades para mamar

Edad de comienzo del síntoma	Posibles causas
Desde el nacimiento	intervenciones obstétricas (traumas, injuria, medicación, etc.) y/o por pobre posición o prendida inadecuada.
Del 2º al 4º día de vida	ingurgitación mamaria, reflejo de eyección muy potente, reflejo de eyección inhibido o demorado.
De 1ª a 4ª semana	candidiasis, OMA, confusión de pezones, cambio de temperamento a las 2 o 3 semanas. Pezones planos o invertidos. Disconfort al mamar.

Cuadro 5: Dificultades para mamar

Momento en el que aparece	Posibles causas
Al comenzar (antes del reflejo eyección)	reflejo inhibido o retrasado al comenzar.
Al promediar	reflejo eyección tardío; o reflejo eyección potente, bebé se ahoga, le cuesta coordinar.
Avanzada la mamada	aerofagia se torna más molesto al progresar la mamada, o debe realizar deposición.

En todos los casos referidos, se sugiere suprimir o disminuir en lo posible la causa desencadenante (si pudo ser identificada), no forzar la lactancia, y mientras persista el problema ofrecer leche extraída con métodos alternativos de succión. En momentos de crisis de lactancia, la incorporación del biberón agrava la resolución del conflicto.

Métodos alternativos de alimentación del lactante amamantado

Relactación: se trata de un proceso por el cual la lactancia materna puede ser iniciada o reanudada aunque hayan transcurrido varios meses sin amamantar. También es útil para reforzar la lactancia con complemento, sin ofrecer otros métodos de succión como tetinas, biberones, etc. La succión frecuente del niño constituye el principal estímulo para la madre (haya tenido gestación o lactancias anteriores o no), y la secreción de leche tarda entre un par de días hasta dos semanas en recuperarse. Mientras tanto el bebé recibe complemento de leche materna (previamente extraída) o de fórmula por medio de una fina sonda externa adosada al pezón. El proceso debe ser conducido y evaluado

por profesionales, ya que se incrementa o disminuye el complemento según evolución y estado del niño. Es frecuentemente empleada en Unidades de cuidados intensivos neonatales, y también en casos de adopción. (Ver Figura 3)

Método del vasito o taza: útil para alimentar al niño, sin ofrecer métodos alternativos de succión que pudieran confundirlo como el biberón. Se trata de ofrecer leche materna al bebé en un vasito pequeño (tamaño pocillo de café). Para ello se lo sostiene en posición semi-sentado, reforzando su cabeza y nuca con la mano del adulto que lo tiene sobre su regazo. Se acerca el vasito al labio inferior, inclinándolo hasta que el contenido del mismo contacte la mucosa labial, y se sostiene en esa posición. El bebé lamará con su lengua, el contenido lácteo, lenta pero eficientemente. No es esperable que succione o sorba del vaso.

Método del gotero: se gotea leche sobre la mama de la que el bebé está prendido, incentivando una succión más eficaz y aumentando la oferta láctea a modo de complemento. Es aconsejable realizarlo con leche materna extraída.

Figura 3: Relactor industrial



Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque V si considera que es verdadero y F si es falsa.

1. La OMS, Unicef, el Ministerio de Salud de la Nación y la SAP han establecido como norma que los niños deben ser alimentados con lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses de vida.

V F

2. Los bebés menores de 6 meses de vida que reciben jugos y té tienen mayor riesgo de infecciones gastrointestinales.

V F

3. La lactancia materna exclusiva es definida como la alimentación con leche materna que admite la incorporación de otros líquidos (agua, té, jugos).

V F

4. Los bebés que no son amamantados tienen 4 veces más riesgo de morir por neumonía.

V F

5. En Argentina, en el año 2001, sólo el 25% de los niños menores de 6 meses eran alimentados según la norma de OMS, Unicef, Ministerio y SAP.

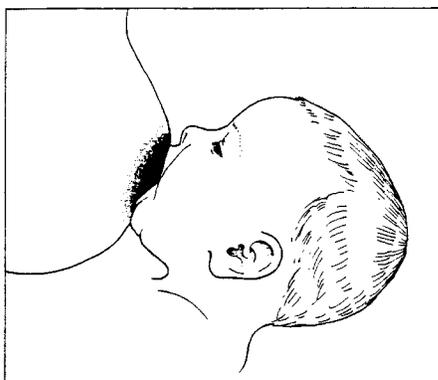
V F

6. La Consejería en Lactancia Materna es una actividad de asesoramiento orientada a que las familias tomen decisiones informadas en relación a la alimentación de los bebés.

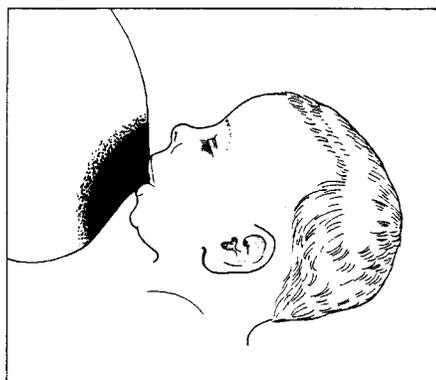
V F

Observe las imágenes 1 y 2 y establezca las diferencias. En el cuadro que sigue, marque con una cruz las afirmaciones que correspondan a cada una de las imágenes.

Nº 1



Nº 2



Ejercicio

2



Ejercicio**2**

Afirmaciones	N° 1	N° 2
1. La boca del bebé se adapta al pezón y areola conformando juntos una unidad que trabaja simultánea y sinérgicamente		
2. La boca del bebé rodea la areola comprimiéndola con la lengua contra el paladar		
3. La mitad de la lengua queda por debajo de los senos lactíferos		
4. Abarca toda la areola, evierte labio inferior		
5. El pecho materno ocupa sólo el tercio anterior de la boca del bebé		
6. La lengua del bebé apenas contacta con pezón y areola		
7. Toma pezón con encías y labios		

Identifique las "señales" de una lactancia adecuada y las de una lactancia inadecuada. Marque con una cruz el casillero que corresponda.

"señales"	Adecuada	Inadecuada
1. hace 8-12 mamadas por día		
2. se duerme al mamar, mamadas cortas		
3. diuresis escasa		
4. succión arrítmica, salvas de succiones rápidas		
5. moja 5-6 pañales descartables por día (30 cc/d)		
6. la lengua se aplana y toma forma acanalada		
7. menos de 8 mamadas por día		
8. orina pálida, diluída		
9. entre 2-5 deposiciones por día		
10. no modifica ritmo de succión		
11. la madre no siente la "bajada de leche"		
12. deglución audible		
13. cuando succiona se observa hoyuelo en la mejilla		
14. las mamadas duran entre 30-45 minutos		
15. derrama leche al tragar		



Sospecha de retraso de crecimiento en lactantes amamantados

El retraso del crecimiento obliga a un plan de estudios para arribar a un diagnóstico. Sus causas fueron asociadas con disfunción orgánica de diversos tipos y también con factores nutricionales, ambientales, sociales y psicológicos.

Frecuentemente esta preocupación surge al evaluar el crecimiento de los primeros 6 meses en un niño alimentado con LME, con los gráficos de peso y longitud corporal habitualmente empleados.

Los gráficos utilizados para la evaluación del crecimiento, fueron construidos con datos de peso y longitud corporal de niños/as que fueron alimentados predominantemente con leche artificial o mixta, de modo que sus valores difieren respecto de bebés con lactancia materna exclusiva.

¿Cuándo se debe hablar de Retraso de Crecimiento?

Según Fomon debería ser aplicado a un lactante cuyo aumento de peso o longitud es inferior a 2 desvíos standard por debajo de la media para su edad y sexo, durante un intervalo de al menos 56 días en lactantes menores de 5 meses o un intervalo de al menos 3 meses en el lactante mayor.

Fomon también sugiere que podría plantearse, Sospecha de Retraso de Crecimiento en aquellos lactantes cuyo aumento de peso o longitud corporal está por debajo del percentilo 10.

En cambio Lawrence define Retraso de Crecimiento como un recién nacido que sigue perdiendo peso más allá del 10º día; no recuperó el peso de nacimiento a la 3ª semana de vida, o aquel que gana peso por debajo del percentilo 10 de

incremento de peso después de un mes de edad.

No hay datos de incidencia ni estudios prospectivos sobre retraso de crecimiento en niños amamantados en forma exclusiva.

Múltiples investigaciones realizadas en poblaciones de diferentes países han demostrado que los bebés sanos alimentados con lactancia materna exclusiva, presentan mayor velocidad en progreso de peso durante los primeros tres meses de vida, si los comparamos con las curvas actuales. En los meses siguientes presentan una disminución de la velocidad de crecimiento manifestándose con un descenso de centilos al construir las curvas en los gráficos de peso/edad y peso/talla, y menos evidente en los gráficos de talla/edad.

Existen estudios que evaluaron el crecimiento de bebés exclusivamente amamantados en poblaciones acotadas (Estudio CLACYD de Córdoba, Pelotas de Brasil, Darling de EEUU) que demostraron un desarrollo normal en estos niños y un crecimiento diferente al compararlo con las curvas existentes.

El profesional que no esté advertido del crecimiento normal que presentan los niños con LME durante los primeros 6 meses y observe la curva que presentan algunos de ellos al percentilar los datos en los gráficos nacionales probablemente alertará a los padres acerca del crecimiento insufi-

ciente del niño e indicará complemento o destete precoz.

La OMS ha impulsado la construcción de nuevos gráficos de crecimiento de niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Se están realizando en base a 10.000 niños, en ocho países y su finalización está planificada para el año 2005. Con estos gráficos serán evaluados todos los niños, independientemente del tipo de alimentación que reciban, considerando "normal" el crecimiento de los niños amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses y alimentados con semisólidos y lactancia materna a partir de esa edad (Academia Americana de Pediatría).

Hasta contar con los nuevos gráficos, se sugiere realizar una exhaustiva evaluación clínica y cotejar el aumento de peso de los bebés con sospecha de retraso de crecimiento, con los datos de incremento g/día existentes para el primer año de vida.

Son muy frecuentes las consultas por "hambre" del niño o percepción de escasa producción de leche por parte de la madre. Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial entre baja producción de leche e incorrecta técnica de amamantamiento o succión insuficiente.

La baja producción de leche obedece a diversas causas maternas, del bebé, de la interacción o del entorno. Existen muchas y variadas medias de intervención que pueden incrementar la producción de leche materna o mejorar la ingesta por parte del niño.

La recitación frecuente del niño se impone, debiendo reevaluarlo clínica y antropométricamente. La madre referirá periódicamente dificultades en la aplicación de lo sugerido, o modificaciones apreciadas. En caso de requerir comple-

mento, éste se puede indicar con relactor u otro sistema alternativo (ante la sospecha de confusión de pezones) intentando volver a lactancia materna exclusiva una vez superada la situación crítica.

El diagnóstico de Retraso de Crecimiento requiere un proceso ordenado, en el caso de un lactante amamantado se sugiere seguir la siguiente secuencia.

(Ver Cuadro 7)

- **Historia clínica completa incluyendo los detalles de:** antecedentes maternos en lactancias anteriores, motivos de destete y/o complementación (si los hubo); antecedentes perinatólogicos, características de la primera interacción madre-hijo, si hubo contacto prolongado durante la 1ª hora de vida, primera alimentación, existencia en los pecho de congestión láctea muy sintomática, grietas, mastitis o micosis. Relato de un día de alimentación y actividades realizadas con el lactante.
- **Examen físico completo del niño:** evaluando el estado de hidratación, nutrición, vitalidad, desarrollo, etc.
- **Evaluación motora oral del niño.**
- **Examen de los pechos maternos:** se pueden observar cicatrices de grietas, pezón aplanado por la presión que ejerce el niño al mamar, pezón invertido o umbilicado, signos de taponamiento de conductos, de retención láctea o de mastitis; restos cicatrizales de una cirugía mamaria, o hipoplasia de tejido glandular (muy infrecuente) de causa traumática: quemaduras profundas previo al desarrollo mamario; traumatismos o anomalías torácicas. Algunos signos permiten deducir falla en la técnica de succión por parte del bebé. Muchos pediatras no creen que inspeccionar los pechos les corresponde, sin embargo es aconsejable realizarlo siempre y especialmente en estos casos.

- **Observación de una sesión completa de lactancia.**
- **Exámenes complementarios** relativos a la lactancia. (Recuento de células en leche “lactocrito” o de grasas “crematocrito”, eventual ecografía mamaria o mamografía. Son de escaso empleo en estos casos en la actualidad).

.....

Es importante conocer las diferencias entre el niño sano que gana peso lentamente y aquel que presenta retraso de crecimiento (ver Cuadro 6). Este diagnóstico diferencial es aconsejable realizarlo en un seguimiento longitudinal, y con recitaciones frecuentes del niño, para valorar su evolución.

Al observar una sesión de lactancia se pueden comprobar señales de una succión adecuada o por el contrario signos de producción insuficiente. En algunas ocasiones, la ganancia lenta de peso o retraso de crecimiento se asocia a excesiva ingesta de lactosa resultante del gran consumo de leche inicial de cada mamada, con menor contenido graso y bajo valor calórico. Puede manifestarse con deposiciones persistentemente acuosas, explosivas y verdosas. Los cólicos son frecuentes, y esta sintomatología puede deberse a escaso tiempo de succión en cada pecho, o rotación frecuente de pecho. Se puede recomendar que el niño mame exhaustivamente de un solo pecho cada vez, recomendando a la madre vaciar el otro pecho.

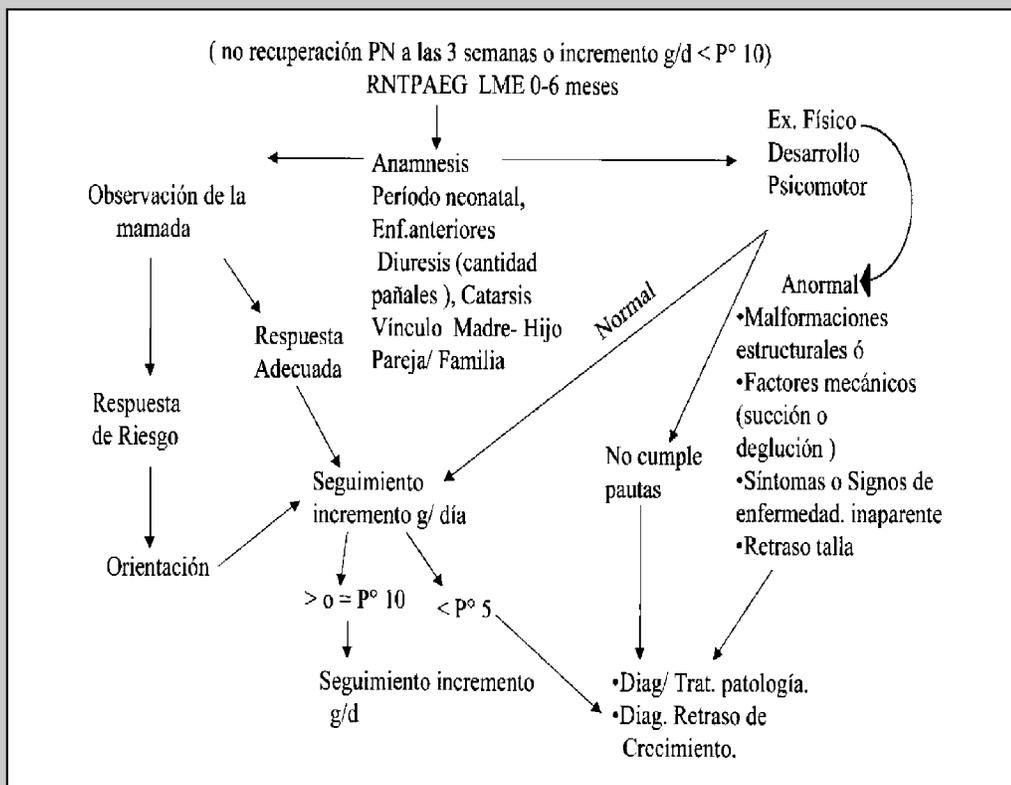
Cuadro 6: Aspectos clínicos del niño con:

Ganancia lenta de peso	Retraso de crecimiento
• Aspecto saludable y alerta	Apático o lloroso
• Buen tono muscular	Hipotonía muscular
• Piel turgente	Turgencia de piel disminuida
• Diuresis: 6 o más pañales/día	Diuresis escasa
• Orina pálida, diluída	Orina concentrada
• Deposiciones frecuentes, blandas	Deposiciones escasas, poco frecuentes
• 8 ó más mamadas/día, aproximadamente de 15-20 minutos	Menos de 8 mamadas por día, cortas
• Reflejo eyección lácteo bien establecido	No hay signos de reflejo de eyección lácteo
• Ganancia de peso consistente pero lenta	Curva peso errática, meseta o puede perder peso

Fuente: Lawrence, Ruth A.; Lawrence, Robert M. Breastfeeding, a guide for the medical profession; cap. 12, p. 404, table 12-4; 1999; Mosby Editors.

Teniendo presente lo desarrollado con respecto a retraso de crecimiento en lactantes amamantados y las dificultades que se presentan en la práctica clínica diaria, se ha construido un algoritmo como guía para orientar el proceso diagnóstico.

Cuadro 7: Algoritmo, frente a un niño con sospecha de incremento deficitario de peso



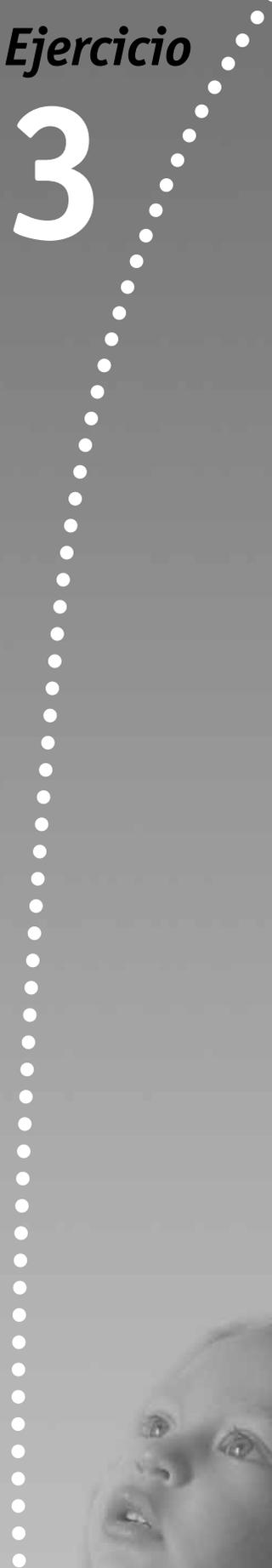
Fuente: Elaborado por consenso de Comités de Nutrición, de Crecimiento y Desarrollo y Subcomisión de Lactancia Materna, SAP. Curso Precongreso: Lactancia materna, Nutrición y Crecimiento y Desarrollo; 32º CONARPE, Salta, 2001.

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque V si considera que es verdadero y F si es falsa.

1. La leche inicial se caracteriza por menor contenido graso y bajo valor calórico.
 V F
2. La ganancia lenta de peso y/o retraso de crecimiento se puede asociar a una excesiva ingesta de lactosa por consumo predominante de leche inicial en cada mamada.
 V F
3. Los cólicos se pueden asociar a succión breve de cada pecho y/o a la rotación frecuente de pecho.
 V F
4. El retraso de crecimiento es un síntoma que se asocia, en todos los casos, con alguna disfunción orgánica.
 V F
5. Según Fomon, en lactantes menores de 5 meses, se identifica Retardo de Crecimiento cuando, en un lapso de 56 días, se advierte un aumento de peso o longitud inferior a 2DS por debajo de la media para edad y sexo.
 V F
6. Según Lawrence se define Retardo de Crecimiento si un recién nacido sigue perdiendo peso más allá de los 10 días de vida.
 V F
7. Según Lawrence, se define Retardo de Crecimiento si un recién nacido, a la tercera semana de vida, no ha recuperado su peso al nacer.
 V F
8. Algunos estudios parecen indicar que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tienen un patrón de crecimiento diferente del registrado como "normal" en las tablas y gráficos existentes.
 V F
9. Durante los primeros tres meses de vida, los bebés alimentados con leche materna exclusiva, presentan mayor velocidad en progreso de peso que lo señalado en las curvas de crecimiento actuales.
 V F
10. En los bebés alimentados con lactancia materna exclusiva, a partir del tercer mes de vida se puede observar una disminución de la velocidad de crecimiento.
 V F
11. Durante el primer año de vida, el crecimiento de los niños alimentados con lactancia materna exclusiva en los que se sospecha retardo de crecimiento, debe ser monitoreado con los datos de incremento gramo/día disponibles.
 V F
12. En todos los casos, una vez superado el problema de baja producción y/o de succión insuficiente que motivó la alimentación con complemento, es recomendable mantener una lactancia parcial.
 V F

Ejercicio

3



Ejercicio

3

13. Complete el siguiente cuadro con las características que marcan la diferencia entre el retraso de crecimiento y la ganancia lenta de peso

RETRASO DE CRECIMIENTO	GANANCIA LENTA DE PESO
	Aspecto saludable, actitud alerta
Hipotonía muscular	
	Moja 6 o más pañales por día
	Orina pálida, diluída
Deposiciones poco frecuentes	
	8 o más mamadas por día de 15-20 minutos cada una
No hay signos de reflejo de eyección lácteo	
	Ganancia de peso lenta pero consistente

14. Lea la siguiente situación clínica y responda el cuestionario

Tomás es un bebé de 5 meses, primer hijo de matrimonio estable, alimentado con lactancia materna exclusiva, pesa: 6.700 g. La madre refiere que últimamente no está mamando bien porque se distrae mucho, con cualquier estímulo.

También hace dos meses que la señora nota que se le llenan los pechos al momento de mamar y que el niño mama menos tiempo por vez. La madre está preocupada porque Tomás ya no aumenta 1kg. por mes y las abuelas insisten en darle un buen biberón nocturno.

Antecedentes:

Nacido de parto eutócico, peso al nacer 3.100 g, sin antecedentes perinatólogicos de importancia.

Fue puesto en contacto prolongado durante la primera hora después del parto, prendiéndose al pecho en sala de partos no ofreciendo dificultades posteriores en la lactancia.

Siempre se lo observa vivaz, con buen estado clínico. Su diuresis y deposiciones son frecuentes y de características normales.

Progresión de peso:

Al alta neonatal (30 hs de vida) pesó: 2.900 g.

En la consulta a los diez días pesó 3.200 g y al mes 3.900 g.

A los dos meses pesaba 4.900 g.

A los tres meses presentó un peso de 6.100 g.

A los cuatro meses su peso fue 6.900 g.

A los cinco meses pesaba 7.400 g.

1. Teniendo en cuenta que Tomás es un niño alimentado con lactancia materna exclusiva ¿el crecimiento de Tomás es normal?

.....

2. ¿Qué información le brindaría a la madre?

.....



Condiciones del niño que afectan la lactancia

Mellizos y trillizos

Datos históricos informan que una madre puede proveer nutrición adecuada para más de un niño. En el siglo XVI en Francia, a las nodrizas o amas de leche les estaba permitido amamantar hasta seis niños al mismo tiempo. Los orfanatos eran provistos de una nodriza para nutrir de tres a seis lactantes.

Numerosos relatos de casos actuales informan que es posible para una madre amamantar mellizos y hasta trillizos. Muchas estrategias fueron sugeridas, especialmente por madres con experiencia personal en el tema.

La clave para llevar a cabo el amamantamiento de mellizos no consiste en el volumen de producción de leche sino en el tiempo disponible que tiene la madre. Es de mucha importancia que ambos padres reciban información y puedan prever desde el embarazo (si es conocida por ellos la situación de parto múltiple) la complejidad de la situación que deberán enfrentar. Esta acción preventiva puede realizarse durante entrevistas prenatales, en talleres para embarazadas y a través de información escrita. Facilitar el contacto con otros padres de mellizos, les permitirá aprovechar consejos, en base a la experiencia de otros. Existen redes y asociaciones de padres de mellizos o de nacimientos múltiples. Estas acciones preventivas también tienen por objetivo conocer la situación de cada familia, su composición, su disponibilidad y expectativas.

Cuando la madre consigue amamantar a los dos niños a la vez, el tiempo necesario para alimentarlos se reduce. Esta sugerencia puede ocasionar rechazo inicial por parte de la madre, que desea dedicarle tiempo individual a alimentar a cada niño, pero es aceptada al ponerla en práctica. Diversas combinaciones de posiciones son posibles y efectivas. Generalmente un

niño es más activo y presenta succión más enérgica que el otro, al alimentarlos simultáneamente el más lento aprovecha el reflejo de succión que su hermano despierta en la madre (*ver Figuras 4 y 5*). Cuando los niños se hacen más grandes y activos, es más complicado amamantarlos al mismo tiempo, sin embargo mellizos acostumbrados a esta práctica desde el nacimiento, podrán continuar por más tiempo.

El primer año de vida de mellizos es un período muy intenso, más aún si el proyecto es amamantarlos. Para la madre que consigue ayuda en las tareas del hogar, y en el cuidado de otros hijos, será más sencillo, y podrá lograr su objetivo. Necesitará tiempo para descansar y proveerse una nutrición adecuada. La lactancia materna exclusiva requiere menos tiempo que la preparación de biberones y su administración. El factor económico, costo de fórmula, así como la morbilidad evitable, deben ser evaluado a la hora de elegir una estrategia nutricional con estos padres.

Los partos múltiples frecuentemente son prematuros de modo que los bebés se benefician especialmente con lactancia materna exclusiva.

En muchas ocasiones dejan de amamantar o de hacerlo en forma exclusiva por creer que la producción láctea es insuficiente o por falta de confianza en poder hacerlo. Es importante reforzar su autoestima y recordarles que con mayor estímulo de succión el cuerpo materno está capacitado para proveer alimento para sus dos hijos en forma completa.

El organismo materno responde a la mayor demanda de succión duplicando y hasta triplicando el volumen de leche producida, y contrariamente a lo que se sostenía antes, no existe un valor límite a esta producción.

La lactancia de cada bebé deberá ser evaluada en forma completa y la alimentación complementaria será aconsejada a partir del sexto mes, al igual que con otros bebés y de acuerdo con la maduración psicomotriz de los niños.

Al decidir el momento del destete, es conveniente que sea gradual y tomando en cuenta las necesidades de ambos bebés así como las posibilidades y deseos de la madre.

Figura 4: Mellizos en dos posiciones: tradicional e invertida



Figura 5: Mellizos: ambos en posición invertida



Fuente: Stillen, Gúoth - Gumbreger, M; Hormann, E. Ed. Gu 2001.

Niños aguda o crónicamente enfermos

Los niños con enfermedades agudas autolimitadas tienen mejor evolución si se sostiene la LM. La menor concentración de solutos de la leche materna, es más adecuada para mantener la hidratación del niño en caso de fiebre o gastroenteritis.

Si el bebé está disneico le será más difícil alimentarse con biberón que directamente del pecho. Los lactantes menores de un año, durante el período agudo de enfermedad o dolor, frecuentemente sólo aceptan pecho como alimento, rechazando los otros componentes habituales de su dieta.

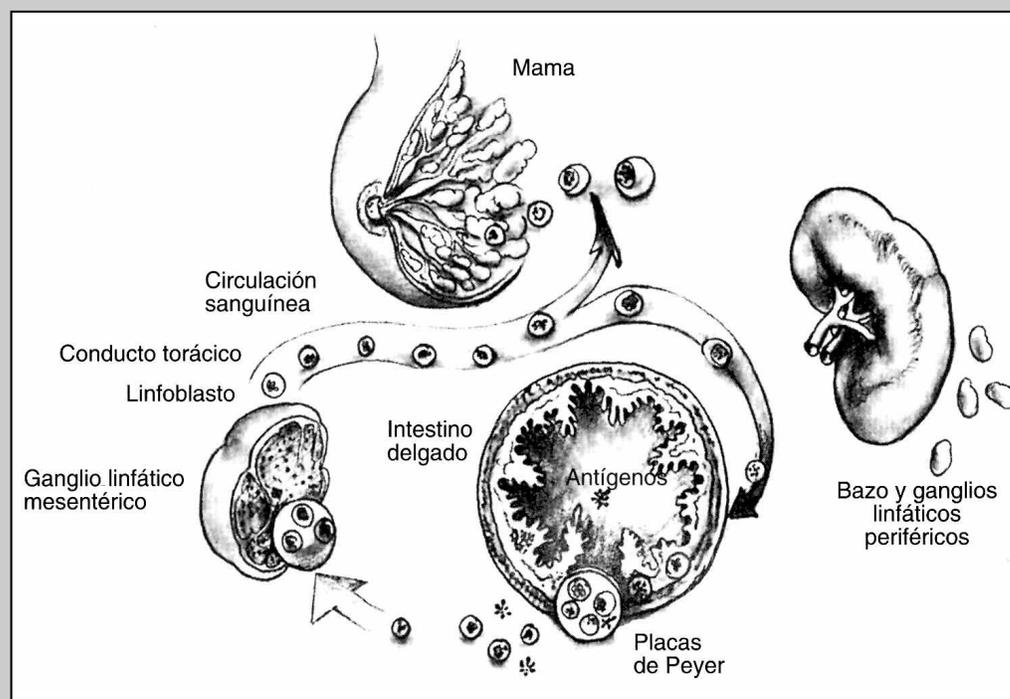
Para el niño enfermo el bienestar depende de la cercanía de su madre. En la década del 50 el Dr. Florencio Escardó comprendió este fenómeno autorizando a madres a compartir la estadía hospitalaria de sus hijos enfermos y continuar amamantándolos. En caso de facilitar la estadía conjunta de su madre conviene

lograr para ella condiciones de confort, y facilidades para la lactancia materna.

Se debe tener en cuenta que al compartir el habitat con el niño, la madre fabrica anticuerpos específicos (Ig A secretoria) en respuesta a los gérmenes locales. Varias investigaciones han demostrado la existencia de respuesta inmunológica celular y humoral en leche materna. Se ha sugerido un sistema por el cual los gérmenes al tomar contacto con la mucosa bronquial o gastrointestinal de la madre producen una respuesta a nivel de los ganglios linfáticos locales, cuyos linfocitos B migran hacia los linfáticos mamarios (“homing”), secretando la porción “s” de la IgA secretoria, que es transferida al niño por leche materna 24 a 36 horas después de la exposición (sistema B.A.L.T bronchio associated lymphoid tissue y G.A.L.T, gut associated lymphoid tissue). Esta coloniza las mucosas digestiva, respiratoria, y urinaria del lactante, ejerciendo una verdadera barrera defensiva.

(Ver Figura 6)

Figura 6: Circuito entero y bronco mamario



Fuente: Lawrence, R. Lactancia materna, una guía para la profesión médica. 1995.

En ocasiones sucede el destete a causa de la internación, agregándose así, el trauma psicológico al causado por la enfermedad. Reponer la lactancia materna es una opción a considerar.

Los integrantes del equipo de salud deben saber cuándo y cómo intervenir sin discontinuar la lactancia materna cuando un niño debe ser hospitalizado. Una medida especialmente importante es que la madre disponga de un lugar cómodo para descansar y de un espacio apropiado para extraerse leche, si el niño no pudiera alimentarse por vía oral.

Enfermedades respiratorias: al alimentarse al pecho el lactante tiene un patrón de respiraciones regulares y cortas, mientras que el niño alimentado con biberón presenta una respiración entrecortada (“grasping pattern”) y en salvas.

La otitis media aguda (OMA) ocurre menos frecuentemente en niños amamantados y los cuadros de otitis recidivante se asocian frecuentemente a la alimentación con biberón. En contraste, la lactancia materna tiene efecto protector que va más allá de los tres años de vida del niño. En un estudio de cohorte de más de 5.000 niños, donde se investigaron episodios infecciosos durante el primer año de vida, la lactancia materna tenía un factor protector respecto a otitis media, mientras que tener hermanos, concurrir a jardín maternal, o padres fumadores tenía el efecto opuesto.

Los niños que son alimentados con biberón tienen OMA más frecuentemente por varias razones:

- factores mecánicos, incluso disfunción tubaria causada por la alteración de las presiones en las estructuras orofaríngeas,
- mayor exposición a alérgenos y gérmenes,
- posibilidad de ingreso de leche de vaca en trompa, provocando irritación de la

mucosa, (especialmente con biberones nocturnos administrados en decúbito del niño),

- menor protección inmunológica.

La lactancia materna presenta mecanismos únicos y sinérgicos entre sí que defienden de variados microorganismos entre ellos el VSR. El calostro y la leche madura tienen gran concentración de Ig. A específica para Virus Sincicial Respiratorio (VSR). En las secreciones nasales de niños amamantados se ha encontrado un factor específico contra el VSR.

Si un niño amamantado se enferma de VSR tendrá episodios de menor gravedad.

Malformaciones congénitas: los padres de un niño con malformación congénita, necesitan efectuar un gran ajuste psicológico, para aceptar la diferencia entre el bebé esperado y el hijo que nació, y para enfrentar el impacto familiar y social que la situación acarrea. Además, para una madre que proyectaba amamantar a su hijo tal vez se agregue la frustración al considerar que no va a ser posible o que lo hará con grandes dificultades.

Empatía y comprensión, así como un seguimiento sostenido por parte del equipo profesional interdisciplinario son importantes en la atención de estos pacientes. Es deseable que el pediatra de cabecera acompañe la evolución del niño y que coordine la acción de los especialistas.

La verdadera posibilidad de amamantar a un niño con defecto congénito dependerá de algunas variables:

- El tipo y grado de patología y su impacto en la dificultad para la alimentación a corto y largo plazo.
- La motivación y perseverancia de la madre para hacerlo.

- La ayuda y sostén que reciba la madre, de su familia y del equipo profesional.

La cirugía en muchos casos se plantea con el objetivo de corregir el defecto congénito y mejorar la calidad de vida, y la lactancia materna facilita la alimentación en el período pre y postquirúrgico.

Fisura labio alveolo palatina (FLAP): se trata de una fusión incompleta de los procesos centrales de maxilar superior y labios. La fisura puede ser uni o bilateral, involucrar labios, encías, paladar blando, duro, o una combinación de los mismos. La ingesta de leche materna es muy importante en estos niños, ya que disminuye la incidencia de complicaciones infecciosas de tracto respiratorio, especialmente otitis y genera menores complicaciones, en caso de aspiración.

Los niños con fisura palatina deben ser contactados rápidamente con un servicio especializado donde el odontólogo pediátrico les confecciona y coloca una placa obturadora.

En caso de defecto sólo en labio, el bebé tendrá mayores posibilidades de amamantar, en cambio si tiene comunicación de orificio bucal y nasal, o si la lesión es bilateral, tendrá problemas en la prensión, en deglutir y en coordinar con la respiración.

Es aconsejable que la madre pruebe qué posición le resulta más efectiva. En todos los casos es aconsejable que el pecho mismo obture el defecto labial del niño, a veces ayudado por la colocación de un dedo de la madre, para colaborar con la formación del sello boca pecho, necesario para efectuar la succión (la plaquita obturadora colabora con la posibilidad de succionar del bebé).

La alimentación con biberón también es complicada, en ocasiones el niño recibe aporte de leche por varios métodos (existen elementos especialmente diseñados). Siempre que pueda recibir leche

materna se beneficiará por los motivos ya expuestos.

Una vez efectuada la primera intervención quirúrgica que cierra el defecto labial, el niño puede amamantar mejor, y además presenta una apariencia menos defectuosa lo cual favorece la aceptación e interacción con él. La secuencia de intervenciones al niño, y otras características del tratamiento varían entre diversos equipos tratantes. En nuestro país se conformó una Red Nacional de Servicios e instituciones (con base en el Hospital R. Gutiérrez) para la atención de estos niños.

La promoción y apoyo de la lactancia por el pediatra constituyen un aporte valioso, desde el punto de vista funcional (colabora con el crecimiento de las estructuras orales y maxilofaciales); inmunológico y vincular.

Fisura palatina submucosa: la mucosa se encuentra íntegra, pero la falta de fusión del paladar suprayacente, es visible a la inspección ocular por el cambio de coloración en la mucosa palatina; frecuentemente no se diagnostica y puede generar complicaciones posteriores.

► **Recomendaciones a la madre para optimizar la lactancia materna del niño con fisura labio alveolo palatina**

1. Estimular por medio de masajes la producción láctea, y extracción manual o por bomba.
2. Sostener al niño en posición erecta, enfrentando directamente el pecho materno, ("a caballito", con una pierna deslizada de cada lado del regazo materno) y la cabeza ligeramente volcada hacia atrás.
3. Masajear el pecho para favorecer la "bajada de leche" (al estimular pezones, se favorece el reflejo eyecto lácteo).
4. Introducir el pecho muy profundamente dentro de la boca del niño, de modo que el tejido mamario colabore en el sello sobre el defecto o foramen.

Lawrence, R

5. Estimular movimientos de succión, enmarcando la mandíbula del niño con la mano materna y suavemente moviendo la misma de abajo hacia arriba.
6. El niño puede sentirse estimulado y comenzar sus propios movimientos de succión, cada vez con mayor energía.

Fuente: Riordan, J. y Auerbach, K. *Breastfeeding and Human Lactation*, 1998, Ed. Jones and Bartlett Publishers.

(Ver Figuras 7 y 8).

Figura 7: Posición invertida



Figura 8: Posición a caballito



Síndromes genéticos o cromosómicos. Síndrome de Down: patología congénita de origen cromosómico, que generalmente se asocia con retraso neuromaturo, cardiopatía congénita, laxitud articular e hipotonía muscular generalizada. La lactancia materna puede resultar difícil, pero posible y muy beneficiosa para el bebé y su entorno. El contacto precoz y la lactancia en el período neonatal disminuyen el impacto negativo que el diagnóstico puede tener sobre sus padres.

El sostén y el abrazo al amamantarlo le otorgan al bebé un estímulo tónico, táctil y muscular que sumados a la mirada y la interacción con su madre surten un efecto poderoso en la necesaria estimulación del bebé. La boca frecuentemente hipotónica y entreabierta con protrusión lingual logra en muchos casos mejorar su tono y un cierre perfecto por el esfuerzo repetido de la succión; y puede ser estabilizada la mandíbula del niño con la posición de "mano de bailarina" así como estimulada la succión con toquitos del índice hacia arriba favoreciendo la repetición del movimiento de succión. (Ver Figura 9).

En un estudio de 59 niños con Síndrome de Down, la mitad no tuvo ninguna dificultad en establecer inicialmente la lactancia; 8 tardaron una semana en hacerlo y a 16 niños les llevó más de una semana.

Figura 9: Mano de bailarina



Cardiopatía congénita: los bebés con cardiopatía que son amamantados, en comparación con los alimentados con biberón, tienen mejor progreso de peso, presentan períodos más largos de alimentación, con menor gasto calórico y mejor rendimiento en su oxigenación.

Por otro lado, conviene recordar que la concentración de sales, especialmente de sodio, es menor en la leche humana que en cualquier otra leche o fórmula. La mejor oxigenación tisular durante la alimentación pueden tener un efecto poderoso en la ganancia de peso.

La severidad del defecto cardíaco no constituye un elemento predictivo de la habilidad del niño para amamantar. Parecen ser más influyentes la decisión materna y el apoyo del equipo.

En caso de cardiopatías congénitas sintomáticas (con cianosis, taquicardia, etc.), el niño también puede amamantar.

La administración de leche materna beneficia mucho al paciente que deberá ser sometido a cirugía, por sus aportes nutritivos, inmunológicos y por el mejor progreso de peso que les permitirá someterse más rápidamente a la intervención requerida.

Enfermedades gastrointestinales: la leche humana es una solución fisiológica que generalmente no causa deshidratación ni hipernatremia. Los episodios de diarrea, si ocurren, son benignos, autolimitados y siempre que el aporte oral sea posible, se debe continuar con la lactancia, ya que es parte del tratamiento.

La alergia a leche humana o sus componentes es extremadamente rara y se requiere evidencia científica para sostener ese diagnóstico.

Intolerancia a la lactosa: lactosa es el carbohidrato de la leche humana de mayor concentración. Hidrolizada por

la lactasa deshidrogenasa, una enzima del intestino delgado, tiene un rol fundamental en la nutrición de la cría de los mamíferos.

La deficiencia congénita de lactasa presente desde el nacimiento es extremadamente rara, y se hereda como un gen autosómico recesivo. La mayoría de los mamíferos adultos incluso algunos adultos humanos, no ingieren leche ya que les provoca indigestión y gastroenteritis causada por su incapacidad de digerir la lactosa. Una declinación en la actividad específica de la lactasa ocurre al destete en la mayoría de las especies de mamíferos. En humanos puede surgir entre los 3 y los 5 años. Los lactantes que se recuperan de diarreas severas pueden presentar intolerancia transitoria a la lactosa. El tratamiento consiste en dieta libre de lactosa transitoriamente.

Acrodermatitis enteropática: enfermedad poco frecuente, hereditaria, autosómica recesiva, la continuidad de la lactancia puede salvar la vida del lactante. Caracterizada por un “rash” peribucal, genital y en la zona periférica de las extremidades. La erupción aguda se complica frecuentemente con candida albicans, presentando lesiones vesículo-bullosas. Fue asociada al destete, puede ser diagnosticada a la tercer semana de vida o mucho más adelante.

Se presenta con pérdida del cabello, retraso del crecimiento, irritabilidad, diarrea crónica de difícil resolución. Asociada con niveles bajos de zinc plasmático, los síntomas remiten con administración oral de gluconato o sulfato de zinc. Se recomienda lactancia materna porque si bien en leche humana la concentración de zinc es baja, su absorción esta muy facilitada. La presencia del complejo zinc-prostaglandinas en la leche, facilitan su absorción. La relactación o lactancia tardía se debe considerar en estos casos.

Enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca: algunas enfermedades crónicas tienen mejor evolución si el niño es amamantado. Los síntomas frecuentemente se agravan con el destete, y la relactación es una opción validera. Se realiza con la ayuda de un suplementador de LM (“relactador”) y supervisión de un profesional experimentado en el tema.

En décadas recientes se ha incrementado la incidencia de la enfermedad de Crohn. Investigadores estudiaron la asociación entre LM y enfermedad de Crohn, y encontraron que su incidencia parece estar en relación inversamente proporcional a la duración de la LME. La explicación estaría relacionada al desarrollo de la inmunidad local de la mucosa intestinal estimulada por la leche materna.

Según algunos autores la enfermedad celíaca está en disminución en el mundo, a causa de la recuperación progresiva de la Lactancia Materna y también por la disminución de la alimentación del lactante con leche de vaca entera y la introducción tardía del glúten en la dieta. También tiene importancia introducir el glúten mientras el niño aún se alimenta con leche materna. En niños amamantados se observó un debut más tardío y cuadros de menor gravedad.

Una investigación realizada le atribuye riesgo 4 veces mayor a niños alimentados con fórmula o amamantados por un período menor a un mes. Diversos estudios intentaron definir cuál es la relación entre lactancia materna y enfermedad celíaca y establecer si la lactancia constituye un factor protector como parece postularse, pero aún no existen evidencias fehacientes del mecanismo de protección. La lactancia materna como factor protector de enfermedad celíaca no pudo aún ser demostrada. El pasaje de pequeñas cantidades de gliadina por leche materna, según algunos

autores, es fundamental para el desarrollo de respuesta inmune específica. Estimular la lactancia materna sería muy apropiado para familias con historia de celiacía.

Enfermedades metabólicas. Galactosemia: el niño no es capaz de metabolizar galactosa, monosacárido que se encuentra en alta concentración en la lactosa de la leche humana (glucosa más galactosa) por deficiencia de una enzima específica: galactosa 1 fosfato uridyl transferasa. El diagnóstico precoz, permite que el niño sea destetado y reciba una dieta libre de galactosa o sea una fórmula especial. Las formas graves de galactosemia pueden ser fatales.

.....
La galactosemia constituye una contraindicación absoluta para la lactancia materna.

Fenilcetonuria: es la más frecuente de las enfermedades metabólicas congénitas; en niños amamantados presenta debut más tardío; la lactancia materna esta parcialmente contraindicada. La leche humana tiene menores concentraciones de fenilalanina que las fórmulas lácteas, por lo que el niño puede recibir leche humana junto con la administración de fórmulas específicas carentes de fenilalanina. Se puede encontrar en cada caso un balance nutricional que permita el óptimo crecimiento, y se aconseja realizar monitoreos a nivel plasmático de este aminoácido.

.....
Los estudios realizados revelan mejor evolución si el lactante recibió leche materna inicialmente y cuanto más temprano se haya realizado el diagnóstico y tratamiento.

Fibrosis quística: la LM está permitida con el agregado de enzimas y fórmulas nutricionales enriquecidas. Hay diversas recomendaciones no coincidentes respecto al tratamiento: lactancia materna exclusiva; o LM más enzimas hidrolizadas; o LM más enzimas, más fórmula enriquecida (algunos centros especializados sugieren lactancia de 3 a 6 meses).

Los niños pueden presentar retraso de crecimiento como primer síntoma. Con el destete el cuadro se agravará y el niño no se alimentará bien. No es recomendable la alimentación exclusiva con fórmula.

Alteraciones neurológicas: cualquier déficit neurológico que afecte la función neuromuscular acarreará dificultades para alimentarse. La alimentación se verá comprometida frecuentemente, ya sea con lactancia materna o con biberón.

La **succión arrítmica** se presenta en los niños con alteraciones del tono, ya sea hiper o hipotónicos. Tienen dificultad en sostener el pezón en la boca, gran aerofagia, pueden pedir con mayor frecuencia y presentar mamadas cortas e ineficientes. Observar progreso de peso, de ser necesario se puede administrar leche del final con mayor tenor graso. Es conveniente citar frecuentemente para brindar sosten a los padres, evaluar y adaptar las indicaciones impartidas.

Parte del tratamiento se basa en consultas de lactancia frecuentes, no programadas, consideradas como urgencia, considerando posibles cambios a las indicaciones adaptándolos a la modalidad del bebé y su madre. Replantear el diagnóstico, consultando con otros especialistas.

En todos estos casos el apoyo a la madre es fundamental y es muy tranqui-

lizante para los padres que se les advierte que la situación es complicada, y que muy posiblemente se logren mejoras progresivas.

.....
“No se han demostrado evidencias sobre los beneficios de no amamantar a un niño con déficit neurológico. Aunque puede resultar una tarea compleja, a veces agobiante, también lo es alimentarlo con biberón, y al reemplazar la lactancia materna, las dificultades en la estimulación, y en el vínculo con su madre se pueden profundizar” .

Sarah Coulter Danner

Lactante hipotónico: niño que se “derrama” al ser ubicado para amamantar. Puede resultar difícil sostener su cabeza para succionar, es frecuente que el pezón se salga seguido de su boca. No logra formar el “sello” alrededor de pezón y areola, y su lengua arqueada en el tercio posterior de la boca, no se adapta ni es protruída hacia delante por el bebé para comenzar la succión. La succión es débil o agotable. En ocasiones la posición invertida o de transición son útiles. En otras se aconseja “fajar” al niño, y ubicarlo de frente al pecho, en posición semierecta. La madre debe conseguir un buen sostén, ayudada por almohadones en un buen sillón.

La mano de la madre en “posición de bailarín” sostiene en un mismo plano el pecho y la mandíbula del bebé, manteniendo a esta última en posición por medio de un arco ofrecido por los dedos pulgar e índice. Estimular la succión por medio de goteros o jeringas que vierten gotas de leche sobre el pecho puede resultar útil (“Método del gotero”). El tratamiento debe ser integral, y la esti-

mulación temprana y específica está indicada.

Lactante hipertónico: leves estímulos pueden despertar reacciones motrices bruscas, hiperextensión u opistótonos. La “prendida” puede ser muy tónica y provocar dolor en la madre, siendo además disfuncional porque muerden el pezón, y no succionan. Se observa el pezón comprimido y pálido (isquémico) al salir de la boca del niño. La succión suele ser incoordinada, presenta mucas, reflejo de náusea muy potente y regurgitaciones frecuentes. A menudo el bebé presenta fuertes cólicos y llanto de irritación.

En ocasiones estos bebés se alimentan mejor cuando están adormilados, como en mamadas nocturnas. No mejorarán su alimentación con biberón, por lo que el destete o complemento no son indicados.

La madre requiere mucho apoyo por parte del profesional, y arribar a un diagnóstico no es tarea simple. La aclaración que el niño es difícil y no se trata de inexperiencia de los padres suele ser muy tranquilizadora. Se debe interrogar acerca de excitantes en dieta materna (café, mate, té, chocolate y algunas gaseosas), que deberían ser reducidos.

► **Mejorando las respuestas de succión y nutrición de un niño con déficit neurológico:**

- *Ambiente tranquilo y confortable, iluminación tenue y apoyos confortables.*

- *Alentar a la madre que adopte una posición de confort para sí y que intente la mejor posición para el niño.*
- *Mostrarle el conveniente sostén del pecho, imprimiéndole un suave ángulo hacia arriba (pezón “orientado hacia el techo”).*
- *Enseñar y verificar la posición de mano de bailarín, para lograr estabilidad de la mandíbula del niño.*
- *Pulgar e índice sostienen la barbilla e imprimen una suave presión a las mejillas del niño, que se halla sentado.*
- *Deglución facilitada por la gravedad y por la posición erecta del niño que favorecen el pasaje de alimento.*
- *Estimular que la madre se exprima unas gotas de leche en la boca del niño, estimulando labio inferior para favorecer el reflejo de búsqueda.*
- *Expresión manual de leche después de la mamada para extraer la leche “del final” más rica en grasas, útil en caso de complementar.*
- *Alimentar al niño frecuentemente.*
- *Considerar el empleo de suplementador de lactancia (“relactador”) para facilitar la oferta de mayor leche con menor esfuerzo.*

Fuente: Riordan, J. y Auerbach, K. *Breastfeeding and Human Lactation*, 1998, Ed. Jones and Bartlett Publishers pág. 645.

A continuación se describen algunas situaciones ¿Qué información le parece importante ofrecer durante la consulta? Escriba dos o tres frases muy breves.

A. Una pareja consulta con mellizos, y desean alimentarlos con lactancia materna exclusiva.

.....

B. Un bebé que es alimentado con lactancia materna exclusiva es internado por una afección aguda.

.....

C. Un bebé con cardiopatía congénita que se alimenta con lactancia materna exclusiva, será intervenido quirúrgicamente.

.....

D. Una pareja cuyo bebé recién nacido presenta Síndrome de Down, desea saber cómo alimentarlo.

.....

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque V si considera que es verdadero y F si es falsa.

1. La anquiloglosia (frenillo sublingual corto) puede determinar succión ineficiente con ganancia lenta de peso.

V F

2. Un niño con fisura labio alveolo palatina nunca puede amamantar por razones mecánicas.

V F

3. La alergia a leche humana es muy poco frecuente y debe contarse con evidencias científicas para diagnosticarla.

V F

4. La evaluación de una sesión de lactancia puede realizarse en cualquier momento, no importando el estado en que se encuentra el niño.

V F

5. Observar una sesión de lactancia tiene como objetivo evaluar la semiología de la lactancia y la efectividad de la succión.

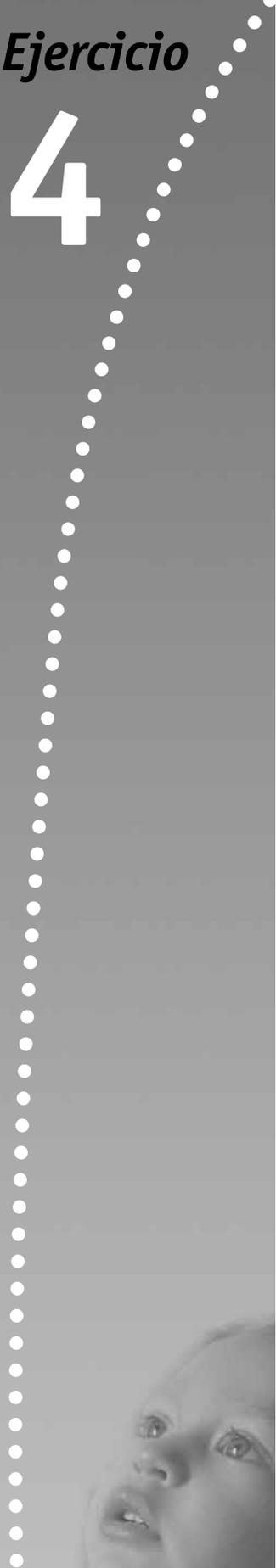
V F

6. Un niño internado que permanece con su madre y continúa con lactancia materna, tiene mayores probabilidades de evolucionar favorablemente y de un alta más temprana.

V F

Ejercicio

4



Ejercicio

4

7. Un niño con alteraciones neurológicas se alimentará mejor con biberón que con lactancia materna.

V F

Lea cada una de las preguntas y marque la respuesta correcta.

1. ¿Cuál de las siguientes situaciones es contraindicación absoluta de lactancia materna?

- a) Fenilcetonuria.
- b) Enfermedad fibroquística.
- c) Galactosemia.
- d) Acrodermatitis enteropática.

2. ¿Qué beneficios representa la lactancia materna para un niño con cardiopatía congénita?

- a) Menor gasto calórico al amamantar.
- b) Leche con menor concentración de sodio.
- c) Mejor coordinación succión deglución respiración.
- d) Todas las anteriores.

3. La Ig A aportada por leche materna prolifera en mucosas de:

- a) Tracto respiratorio.
- b) Tracto digestivo.
- c) Vías urinarias.
- d) Todas las anteriores.

4. ¿Cuál de las siguientes es la conducta a seguir en caso de gastroenterocolitis de un bebé amamantado?

- a) Sales de rehidratación oral, sin ningún aporte de leche.
- b) Continuar con lactancia materna, siempre que tolere aporte oral.
- c) Suspender lactancia y recomenzar con fórmula, ya que es más fácil medir lo que recibe.
- d) Suspender leche humana por riesgo a intolerancia o alergia.

5. La otitis media aguda es menos frecuente en niños amamantados por la:

- a) Presencia de presiones dentro de oro y nasofaringe que ejercen un factor protector.
- b) Menor exposición a gérmenes y presencia de protección inmunológica para combatirlos.
- c) Mayor inocuidad si existe pasaje de leche hacia trompa.
- d) Todas las anteriores.

6. Un niño con hipertonia neuromuscular, al mamar puede presentar:

- a) Mordida hipertónica y disfuncional.
- b) Arqueo excesivo del cuerpo e hiperextensión.
- c) Reflejo de náusea y vómito muy acentuados.
- d) Todas las anteriores.



Condiciones de la madre que afectan la lactancia

Madre que trabaja

En numerosas investigaciones se ha demostrado que la madre que trabaja y amamanta

- presenta menos ausentismo laboral (menor incidencia de enfermedad del niño)
- trabaja con mejor ánimo
- adquiere un vínculo muy favorable con sus empleadores cuando le facilitan las condiciones para amamantar.

Es conveniente interrogar durante el embarazo acerca del trabajo materno, ya que constituye un factor de riesgo de destete precoz, si no se brinda la información adecuada sobre los recursos posibles para madres que trabajan y amamantan.

Toda madre que trabaja debe conocer las leyes que la protegen, las licencias disponibles (hora para amamantar, ley de excedencia, incluidas en la Ley de Contrato de Trabajo) y hacer uso de ellas de acuerdo a las características del trabajo que realiza.

El pediatra puede estimular a la familia a que se informen de sus derechos según la jurisdicción en que trabaje y según el tipo de actividad que desempeñe.

Una posibilidad es llevar el niño al trabajo, esta opción debe ser explorada por la madre conversando con su empleador/a. Muchas madres descartan esa posibilidad aún antes de averiguar si sería posible.

Conviene que la madre planifique su reincorporación al trabajo y la separación de su bebé no más de 15 días antes, ya que el pensar en ello generalmente trae angustia, nerviosismo y como consecuencia hipogalactia.

Los jardines maternales son recursos valiosos, más aún si se encuentran cercanos al lugar de trabajo. Tanto el personal de los mismos como otros cuidadores familiares o contratados deben apoyar y no obstaculizar la continuidad de la lactancia materna. La capacitación en lactancia materna, de las profesionales o equipo que cuida a los niños en el jardín es fundamental.

La cantidad de horas que la madre trabaja, las características del trabajo que realiza y la disponibilidad de ayuda para las tareas del hogar, influyen especialmente en su cansancio y en la posibilidad de sostener la lactancia.

La extracción frecuente de leche durante las horas de trabajo, facilitan el nivel de producción de leche, por el vaciamiento de las mamas, y por la secreción frecuente de prolactina.

La madre puede aportar su leche extraída al lugar donde cuidan a su niño. El transporte puede hacerse con leche congelada, en envases conservando frío (congeladores), o si los trayectos son cortos a temperatura ambiente.

Siempre es posible y valioso continuar con LM al regresar del trabajo, en horario nocturno y fines de semana. Ambos, bebé y mamá se benefician de la continuidad de la lactancia.

Extracción y conservación adecuada de la leche humana

El lugar óptimo para la extracción de leche, es un ambiente íntimo, limpio,

con un lavabo provisto de agua corriente y una heladera. No debería realizarse esta tarea en el baño por el peligro de contaminación. Algunas empresas tienen un ambiente especial para este fin, y en otras este constituye un reclamo de las empleadas.

Debe realizarse la extracción con las manos bien lavadas con jabón, y los pechos enjuagados sólo con agua. En caso de trabajo con sustancias irritantes o partículas, es aconsejable que la madre se saque las ropa de trabajo.

Existen varias técnicas de extracción de leche: manual; con bomba manual, eléctrica, a batería. Es aconsejable que toda madre sepa realizarlo manualmente, aunque elija el empleo de tecnología.

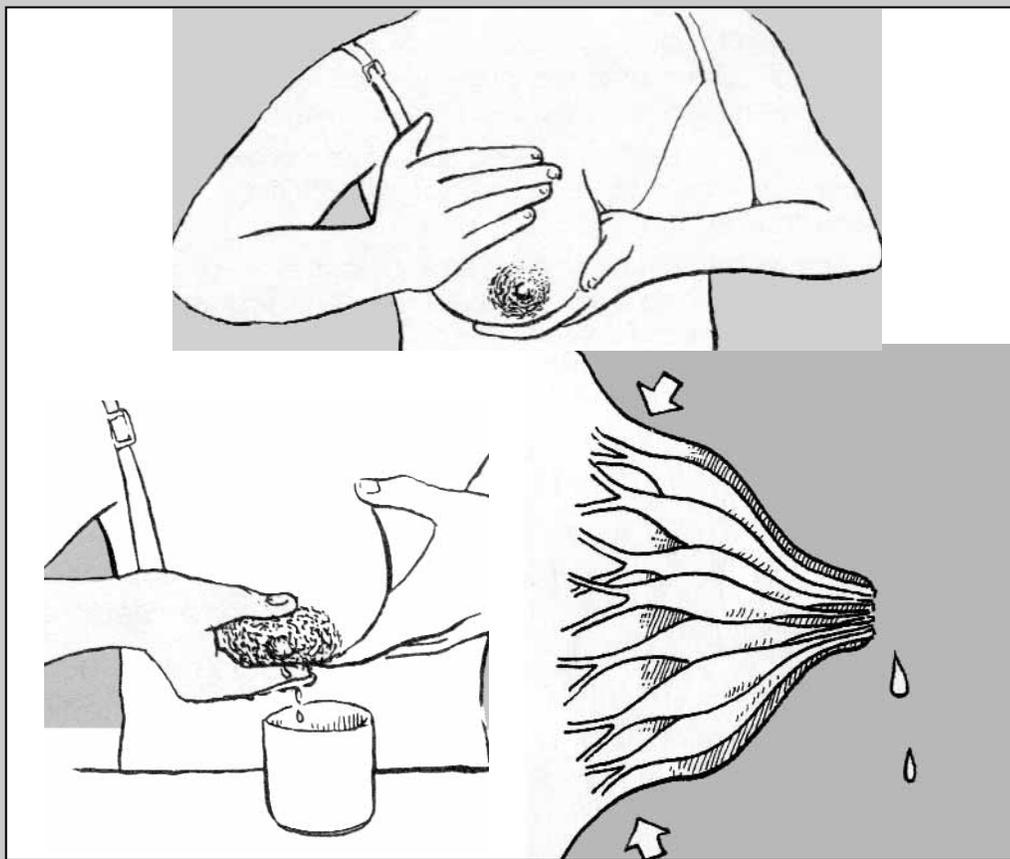
Unos masajes manuales previos, en redondo, facilitan la irrigación y movilización de las mamas congestionadas.

La extracción manual se realiza con dos dedos oponiéndose (índice y pulgar) apoyados sobre el límite de areola con piel, desde donde (sin estirar ni tironear) se debe ejercer presión hacia el tórax y luego aproximar los dedos entre sí, con el tejido mamario interpuesto. Los dedos oprimirán los senos lactíferos, sacando al comienzo gotas de leche y luego “chorritos”.

(Ver Figura 10)

En caso de usar bomba manual o eléctrica, los pasos de higiene y masajes también deben ser realizados. La bomba se aplicará sobre la areola, cubriéndola totalmente y se comenzará con presión suave, hasta lograr un buen efecto extractor, que resulte indoloro. Los accesorios deben lavarse con agua abundante, unas

Figura 10: Extracción manual



Fuente: Lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud. Valdez, Schellhorn, Unicef. Ministerio de Salud. Chile, 1995.

gotas de detergente y enjuagarse bien, luego de cada sesión de extracción.

.....
La “perita” de goma no debe usarse en ningún caso, no permite la higiene adecuada y su efecto es traumático sobre los pezones.

Es aconsejable no trasvasar ni manipular la leche extraída por el riesgo de contaminación, aunque la leche extraída tiene poder de autocontrol de crecimiento bacteriano durante las primeras ocho horas.

La leche extraída se conservará en frío, en un envase con tapa (heladera sin contaminar o conservador de hielo); puede acumularse leche de extracciones sucesivas, congelándola al final del día.

.....
Descongelar a temperatura ambiente.

Los envases aconsejables para la conservación de la leche son de vidrio o plástico rígido porque presentan menos adherencia de elementos celulares y grasas en sus paredes.

- *La leche humana puede conservarse¹*
- *A temperatura ambiente: entre 5° C y 15° C de 4 a 24 hs. No debe conservarse en climas tórridos.*
 - *En heladera: entre 24 y 48 hs.*
 - *En congelador: hasta 14 días.*
 - *En Freezer: hasta 60 días.*
 - *En frío profundo (-20° C): 6 a 12 meses.*

Se sugiere descongelar a temperatura ambiente, y en caso de necesitar entibiarla, hacerlo en recipiente con agua caliente (baño María, no al fuego).

¹ Existen diferencias según los textos consultados.

No se recomienda calentar a fuego directo, para evitar destrucción de componentes inmunológicos; ni el empleo de horno a microondas, ya que no se considera seguro para este fin. Puede suceder que exista algún cambio en la coloración u olor de la leche al descongelarla debido a procesos químicos de las grasas que la componen, que no reviste peligro.

Cuidado de la madre que trabaja y amamanta

La alimentación de la embarazada y la madre lactante deberían ser de especial atención por parte del equipo de salud, dado que garantizan condiciones de salud para la madre y el niño.

- El costo energético de la lactancia es de 500-700 kcal/día; se obtienen de la dieta y 200 kcal/día del propio tejido adiposo.
- Se puede reducir 4 kg de peso aumentados durante el embarazo en los primeros 6 meses de LME.
- 90-95% es la tasa de conversión de la energía de la dieta materna en energía láctea (eficiencia metabólica incrementada). Cuando la ingesta calórica es limitada, hay mecanismos de “ahorro energético” en el organismo materno.

La nutrición materna afecta el estado de cansancio o agotamiento materno, no influye directamente sobre la cantidad de leche producida; sin embargo las dietas muy restringidas en calorías comenzadas bruscamente podrían producir una reducción del volumen de leche.

Algunos estudios demostraron leves diferencias en el perfil de grasas de la leche según el tipo de nutrición materna.

En todos los casos de lactancia materna no es conveniente exagerar acerca de la cantidad de líquido que debe ingerir la madre, ella debe guiarse según su propia sed y no por un volumen fijo.

El cansancio y el estado anímico de la madre pueden influir en la producción de

leche y lo que es más importante influirá en su bienestar y capacidad de disfrutar de una buena interacción con su bebé.

.....

El descanso de la madre debe adquirir la categoría de indicación médica y ser explicitado a otros miembros de la familia.

Enfermedad materna

En general el bebé que se amamanta debe permanecer cerca de su madre y continuar con la lactancia. A su vez la madre debe recibir el cuidado que su situación requiera. Probablemente la madre necesite ayuda para atender al niño, pero puede continuar amamantándolo.

Si se trata de enfermedades contagiosas, el niño ya estuvo expuesto al período de contagio y recibirá en la leche materna los anticuerpos e inmunoglobulinas específicos elaborados por su madre. Pocas situaciones requieren separación madre-hijo o contraindican la lactancia. Si la madre tuviera fiebre, al estar próximo a ella el bebé se acostumbra al incremento de temperatura corporal. Esta consideración es válida para afecciones de las mamas como para otras enfermedades.

Mastitis

La mastitis es una complicación frecuente durante todo el curso de una lactancia. Aunque la mayoría de los casos ocurren durante las primeras 6 semanas y durante los primeros 6 meses, su prevalencia es del 20%.

Literalmente significa inflamación del tejido mamario aunque puede no involucrar una infección bacteriana. Los síntomas descriptos también pueden estar presentes en caso de taponamiento de conducto o éstasis lácteo.

Sus síntomas y signos son: sensibilidad progresiva y dolor, calor, edema o tumo-

ración, en un área con bordes geométricos del pecho asociado con fiebre de 38,5° C o más, escalofríos, decaimiento similar a síndrome gripal y compromiso generalizado por parte del paciente.

.....

Mastitis: constituye una de las causas más frecuentes de producción de leche insuficiente, rechazo unilateral de un pecho, introducción de complemento y de destete.

(Ver Cuadro 8)

No se efectúan habitualmente determinaciones de laboratorio, únicamente en caso de falta de respuesta positiva a los antibióticos en 48hs; de mastitis recurrente; mastitis intrahospitalaria o si el caso impresiona grave o severo. Si se efectuara cultivo de leche, debe ser con leche materna extraída a mano, de chorro medio, en envase de urocultivo, y con higiene de pezón previa para evitar contaminación de la muestra.

(Ver Cuadro 9)

La mejoría es generalmente rápida y radical. Si no hubiera resolución sintomática luego de varios días de tratamiento, incluyendo la antibioticoterapia, se deben establecer los diagnósticos diferenciales: presencia de bacterias con resistencia al tratamiento, formación de abscesos o existencia de un carcinoma o una masa tumoral subyacentes. Son frecuentes el destete, los abscesos la sobreinfección candidiásica posterior al tratamiento antibiótico.

Prevención:

Adecuada técnica de lactancia, consulta y tratamiento al comenzar los signos de complicaciones de la lactancia (congestión mamaria, grietas o dolor).

Cuadro 8: Mastitis

Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> • Mamadas infrecuentes o fijas (según horario) • Mamadas faltantes o “salteadas” • “Prensión” del bebé (al pezón-areola) inadecuada, con la consiguiente escasa extracción de leche • Pezón dañado o agrietado, especialmente si se sobreinfectó con estafilococo aureus • Enfermedad de la madre o del bebé • Excesiva producción de leche • Destete brusco • Presión excesiva sobre el pecho (corpiño o cinturón de seguridad del auto demasiado ajustados) • “Punto blanco” de pezón, o conducto obstruido • Fatiga, stress o angustia • Anemia o desnutrición materna
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> - Menor producción - Composición alterada de la leche (más sodio, y mayor concentración celular): “gusto raro” - Rechazo unilateral del pecho - Candidiasis posterior al tratamiento antibiótico - Falta de confianza materna - Miedo de la madre a la repetición del cuadro

Cuadro 9: Tratamiento de la mastitis

<p>1. Remoción efectiva de leche: (constituye la medida más importante)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Debe asegurarse una remoción frecuente y eficaz de la leche. Las madres deben ser estimuladas a amamantar frecuentemente, comenzando por el pecho dañado. Si el dolor fuera importante, e inhibiera el reflejo eyec-tolácteo es conveniente comenzar por el pecho “sano” y al ocurrir el reflejo de bajada de leche alternar los pechos. Al colocar al bebé es conveniente que su mentón o nariz “apunten” hacia la zona afectada. Algo de calor previo a la remoción (apósitos tibios, ducha, etc.) facilita la extracción y paños fríos al terminar reducen la inflamación. - Masajear suavemente el pecho (con ayuda de un aceite comestible o crema no tóxica) puede ser de mayor alivio. Los masajes siempre se deben comenzar por la zona periférica y dirigirse hacia los pezones. - Una vez terminada la mamada debe extraerse a mano o con bomba la leche para acelerar el proceso de curación. <p>No existe evidencia científica acerca del riesgo del lactante de conti-nuar con la lactancia, solamente en caso de drenaje purulento por pezón o cercano a la boca del niño se sugiere amamantarlo del otro pecho y continuar con extracción de leche hasta la curación.</p>
<p>2. Medidas de sostén</p>	<p>Reposo, nutrición e hidratación adecuadas y delegar las tareas habitua-les constituyen las medidas esenciales.</p> <p>En caso de internación, es fundamental respetar la internación conjunta para favorecer las mamadas frecuentes. Puede considerarse necesaria la internación de la madre en caso de no contar ella con ninguna posibi-lidad de ayuda o sostén personal.</p> <p style="text-align: right;"><i>Continúa en la página siguiente</i></p>

Viene de la página anterior

3. Manejo farmacológico	<p>Debe considerarse en todos los casos, a pesar de la reticencia de las madres a recibir medicación.</p> <p>Analgesia: para reducir el malestar de la madre y favorecer el reflejo de eyección lácteo. Un antiinflamatorio del tipo ibuprofeno (compatible con la lactancia) puede ser más efectivo que un analgésico de tipo paracetamol o acetaminofen.</p> <p>Antibioticoterapia: Si el tratamiento conservador con medidas de sostén no resultara eficiente o la madre estuviera con gran compromiso general, es conveniente comenzar con tratamiento antibiótico considerando que los gérmenes responsables más frecuentes son: estafilococo aureus penicilinas resistente, estreptococo, y E. Coli. Algunos autores sugieren 10 a 14 días de tratamiento aunque no hay evidencia científica suficiente para sustentarlo.</p>
-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Medicación materna y lactancia

En los casos que sea necesario administrar alguna medicación a una madre lactante se deben considerar los siguientes conceptos:

- Proteger al lactante de probables efectos nocivos de medicación materna.
- Evitar suspensiones innecesarias de la lactancia.
- Permitir tratamientos farmacológicos necesarios en madres lactantes.
- La mayoría de las drogas pasan a leche materna.
- Su concentración allí es pequeña.
- Pocas drogas están contraindicadas para mujeres que amamantan.

El conocimiento sobre el pasaje de drogas a través de leche materna y los efectos posibles en el bebé amamantado es cada día más amplio. La información disponible por lo general es ofrecida por los laboratorios productores que temen el efecto teratogénico de drogas, homologando la situación de embarazo y placenta a la de lactancia. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que las mamas actúan a modo de barrera impermeable y la droga puede ser destruida en el tracto

gastrointestinal del niño. Existe tanta preocupación por las repercusiones legales de cada situación médica que la balanza frecuentemente se inclina hacia la precaución excesiva, siendo perjudicados la madre en su deseo de amamantar y su bebé privado de la lactancia materna.

.....

Un médico debería recomendar destete solamente cuando pueda fundamentarlo en la evidencia científica.

La cantidad de droga presente en leche humana depende de varias características:

- el peso molecular de la droga
- el grado de ligadura a las proteínas del plasma y de la leche
- la solubilidad en lípidos y en agua
- la proporción de fracción ionizada vs. no ionizada
- el pH de la droga
- la vida media de la droga
- la relación de concentración leche/plasma.

Una explicación de las técnicas quirúrgicas empleadas actualmente, permitirá comprender mejor su efecto sobre la LM.

Reducción mamaria: si el 4º nervio intercostal y sus ramas mamarias (hacia mama y areola) son dejados intactos, habrá más oportunidad de amamantar. En cirugía reductora se emplean dos técnicas actualmente:

- la del pedículo: es más respetuosa de la anatomía y fisiología de la mama
- de areola libre: se efectúa la desinserción completa de pezón y areola que son vueltos a suturar una vez lograda la forma deseada. Se entorpece mucho la lactancia por la lesión de las estructuras mencionadas.

Colocación de implantes: Las técnicas influyen en distinta medida: se practican las incisiones submamaria; periareolar, transareolar y subaxilar. Pocas dificultades iniciales se observan en caso de implantes, a pesar de sentir mayor tensión mamaria. Se ha comprobado actualmente que las siliconas implantadas no revisten mayor peligro. La Academia Americana de Pediatría no contraindica la lactancia materna en caso de implantes, tampoco los vademécum especializados en lactancia materna.

Sin embargo las madres con cirugía mamaria previa presentan 3 veces más riesgo de tener insuficiente producción láctea, y aquellas con incisión periareolar presentan 4 veces mayor riesgo. La presión intramamaria constante y prolongada puede producir daño en los conductos con lesiones en sus paredes y atrofia alveolar.

La posibilidad de amamantar luego de estas cirugías, (incluso las de origen terapéutico) dependerá del tipo de técnica empleada, del daño ocasionado sobre vías nerviosas o conductos lácteos y de la cantidad de tejido glandular reseca-

do. En términos generales la paciente con implantes mamarios puede amamantar si se lo propone; en cambio aquella con cirugía reductora hallará la lactancia materna exclusiva más dificultosa y requerirá complementar, en la mayoría de los casos.

.....
El antecedente de cirugía debe ser especialmente indagado en caso de consulta por producción insuficiente o por progreso inadecuado de peso.

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque V si considera que es verdadero y F si es falsa.

1. El hallazgo de grietas persistentes y dolorosas en pezones de una madre lactante indica una deficiente técnica de "prendida".
 V F
2. Las drogas se concentran más en leche que en plasma.
 V F
3. Cualquier medicación está contraindicada para una madre que amamanta.
 V F
4. La mayoría de las drogas son filtradas por la barrera de la lactancia o luego inactivadas por el Ph gástrico del niño.
 V F
5. Si la medicación de la madre fuera irremplazable, se puede aconsejar extraer leche, descartarla y reanudar la lactancia pasada la presencia de la droga en sangre materna.
 V F
6. En la mastitis, la analgesia está contraindicada.
 V F
7. La mastitis es una de las causas mas frecuentes de insuficiente producción de leche.
 V F
8. El destete brusco es un factor predisponente para mastitis.
 V F
9. Como consecuencia de la mastitis se altera la composición de la leche.
 V F
10. Una adecuada técnica de lactancia es una forma de prevenir la mastitis.
 V F
11. El tratamiento de la mastitis se basa fundamentalmente en el espaciamiento de las mamadas.
 V F
12. La cirugía reductora de mamas generalmente es incompatible con lactancia materna exclusiva.
 V F
13. La presión intramamaria constante y prolongada puede ocasionar daño tisular en los alvéolos y conductos mamarios.
 V F

Ejercicio

5



Ejercicio

5

- 14. Cualquier tipo de cirugía mamaria permite una lactancia materna exclusiva.
 V F
- 15. Los implantes mamarios hacen imposible el amamantamiento.
 V F
- 16. Las actividades de promoción de la lactancia materna debe incluir información sobre cirugía mamaria y lactancia.
 V F
- 17. Las madres con cirugía mamaria previa tienen 3 veces más riesgo de tener insuficiente producción láctea.
 V F

18. A continuación se describen algunas situaciones, ¿qué conducta asume?

Escriba dos o tres frases muy breves.

A. Lo consulta un colega: debe medicar por infección urinaria a una madre que amamanta, y le pregunta acerca del destete.

.....

B. Una abuela cuida a su nieto de 3 meses durante el horario de trabajo materno, consulta porque ya no pueden comprar fórmula, por sus costos. ¿Cómo debe alimentar al niño?

.....

C. Una madre que está amamantando debe realizarse un tratamiento odontológico. ¿Qué orientaciones le daría a esta madre?

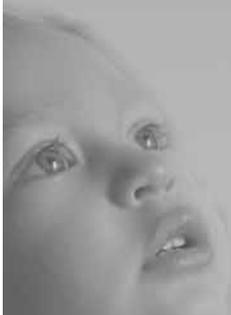
.....

D. Un bebé alimentado con lactancia exclusiva presenta un cuadro respiratorio obstructivo. La madre desea saber cómo alimentarlo.

.....

E. Un bebé de 4 meses aumentó 300 g desde la última consulta, hace 20 días. ¿Qué preguntas haría y qué conducta clínica tomaría?

.....



Conclusiones

Las cosas que consideramos importantes se hacen visibles en las conductas de todos los días. Cada pediatra debería reflexionar sobre su práctica profesional para descubrir en qué medida es realmente **un profesional amigo de la Lactancia Materna**².

Algunas preguntas para orientar la reflexión: **¿Soy un profesional amigo de la Lactancia Materna?**

1. ¿Tengo una clara actitud de promoción de la Lactancia Materna?
2. ¿Ultimamente me formé, capacité y actualicé en prácticas, técnicas e investigación de la lactancia materna?
3. ¿Informo a las familias de mis pacientes sobre la importancia del contacto precoz y la temprana puesta al pecho postparto y ayudo para que estos sean posibles?
4. ¿Recomiendo especialmente la internación conjunta a mis pacientes informando acerca de sus beneficios y desalentando la internación en instituciones que no la favorecen? ¿Lo difundo entre otros colegas?
5. ¿Enseño a las madres técnicas de lactancia materna, si es necesario, y cómo mantenerla aún cuando deban separarse de sus hijos, explicándole también extracción y conservación de leche?
6. ¿Indico que mis pacientes sean alimentados a mutuo requerimiento (madre-bebé), sin horarios ni intervalos fijos?
7. ¿Indico alimentar exclusivamente con leche materna hasta los seis meses a

mia pacientes, y luego continuar con lactancia materna y alimentación complementaria oportuna hasta el segundo año de vida, salvo diagnóstico específico que justifique no hacerlo? (existe listado específico).

8. Desaliento el empleo de tetinas, chupetes u otros objetos de succión artificial a mis pacientes pequeños que son amamantados?
9. Recomiendo a las madres de mis pacientes ponerse en contacto con grupos de apoyo, o con alternativas de seguimiento de la lactancia?
10. ¿Conozco el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna” y lo respeto en todos sus alcances, tanto en el ámbito institucional como en el desempeño personal?

Bibliografía Recomendada

1. Lawrence RA. La lactancia materna. Mosby-Doyma. Madrid. 1996.
2. OMS. División Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra. 1998.
3. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo III. Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires. 1996.

Sitios de consulta en Internet:

www.ibfan-alc.org
www.lalecheleague.org
www.unicef.org/argentina
www.sap.org.ar
www.e-lactancia.org/inicio.htm

² Dra. Vera May: Elaborado en 1992, Presentado en VI Simposio de Pediatría Social y III Simposio de Lactancia Materna, S.A.P.; Salta 1996; modificado en 2003.

Clave de respuesta

EJERCICIO 2

1. **Falso:** la lactancia materna exclusiva debe ser hasta los 6 meses.
2. **Verdadero.**
3. **Falso:** en la lactancia materna exclusiva el niño es alimentado sólo con leche materna, eventualmente puede recibir vitaminas y/o sales de rehidratación y/o medicación en caso de enfermedad.
4. **Verdadero.**
5. **Falso:** sólo el 11% de los menores de 6 meses era alimentado con lactancia materna exclusiva.
6. **Verdadero.**

Afirmaciones

1. **Imagen 1.**
2. **Imagen 1.**
3. **Imagen 2.**
4. **Imagen 1.**
5. **Imagen 2.**
6. **Imagen 2.**
7. **Imagen 2.**

Señales

1. **Adecuada.**
2. **Inadecuada.**
3. **Inadecuada.**
4. **Inadecuada.**
5. **Adecuada.**
6. **Adecuada.**
7. **Inadecuada.**
8. **Adecuada.**
9. **Adecuada.**
10. **Inadecuada.**
11. **Inadecuada.**
12. **Adecuada.**
13. **Inadecuada.**
14. **Adecuada.**
15. **Inadecuada.**

EJERCICIO 3

1. **Verdadero.**
2. **Verdadero.**
3. **Verdadero.**
4. **Falso:** también se asocia con factores ambientales, sociales y/o psicológicos.
5. **Verdadero.**
6. **Verdadero.**
7. **Verdadero.**
8. **Verdadero.**
9. **Verdadero.**
10. **Verdadero.**
11. **Verdadero.**
12. **Falso:** es recomendable reinstalar la lactancia materna exclusiva.

13. RETRASO DE CRECIMIENTO

- Apático, lloroso.
- Hipotonía muscular.
- Diuresis escasa.
- Orina concentrada.
- Deposiciones poco frecuentes.
- Menos de 8 mamadas por día.
- No hay signos de reflejo de eyección lácteo.
- Curva de peso errática.

GANANCIA LENTA DE PESO

- Aspecto saludable, actitud alerta.
- Buen tono muscular.
- Moja 6 o más pañales por día.
- Orina pálida, diluída.
- Deposiciones frecuentes y abundantes.
- 8 o más mamadas por día de 15-20 min. cada una
- Reflejo de eyección lácteo bien establecido.
- Ganancia de peso lenta pero consistente.

14. Situación clínica: Tomás

1. Tomás, desde el 2º mes de vida ha crecido en percentilo 50 y actualmente se ubica en percentilo 25. Recordar que los niños con lactancia materna exclusiva tienen un patrón de crecimiento diferente del registrado como "normal" en las tablas y gráficos existentes.

2. Que el crecimiento, aumento de peso por mes, varía según la edad del niño; que ahora el niño hace mamadas más cortas porque su succión es más eficiente; que la secreción láctea está sincronizada con la demanda del niño y con el vaciamiento de los pechos.

EJERCICIO 4

- A.** Posibilidad de producir leche suficiente
Necesidad de ayuda a la madre, y descanso materno.

Posibilidad de amamantarlos simultáneamente.

Posiciones posibles para mejorar la extracción de leche y comodidad de lactancia simultánea.

- B.** Necesidad de presencia materna durante la internación.

Necesidad de continuar con lactancia y/o con extracción frecuente de leche materna.

Adaptación de la lactancia a las características del tratamiento indicado al niño.

Facilidades para la comodidad de la estadía materna.

- C.** Ayuno quirúrgico menos prolongado.

Mejor progreso de peso con lactancia.

Mejor tolerancia a alimentación a pesar de síntomas.

Alimentación con leche humana más precoz en el período posquirúrgico.

- D.** Estimular al bebé para que se prenda al pecho y succione.

Adoptar posiciones y sostén que colaboren con succión facilitada para el bebé.

Gran necesidad de apoyo familiar y profesional, contacto con otros padres de bebés con Síndrome de Down.

Contacto precoz e internación conjunta son convenientes, alimentación al pecho con ayuda si ésta es necesaria.

1. **Verdadero.**
2. **Falso:** puede mamar si logra una buena adhesión ayudado por el mismo pecho y/o dedo de la madre.
3. **Verdadero.**
4. **Falso:** el bebé tiene que estar mamando con avidez, con ganas, alerta y tranquilo.
5. **Verdadero.**
6. **Verdadero.**
7. **Falso:** con biberón tiene mas riesgo de ahogarse o aspirarse; pierde el estímulo neuromuscular que representa la succión.

Respuestas correctas

1: C; 2: D; 3: D; 4: D; 5: D; 6: D.

EJERCICIO 5

1. **Verdadero.**
2. **Falso:** en general se concentran más en plasma.
3. **Falso:** puede medicarse eligiendo la droga menos nociva para el bebé.
4. **Verdadero.**
5. **Verdadero.**
6. **Falso:** se debe indicar analgesia para reducir el malestar de la madre y favorecer el reflejo de eyección lácteo.
7. **Verdadero.**
8. **Verdadero.**
9. **Verdadero** - Más sodio.
10. **Verdadero.**
11. **Falso:** la medida más importante es la remoción frecuente y eficaz de la leche, se deben estimular las mamadas frecuentes.
12. **Verdadero.**
13. **Verdadero.**
14. **Falso:** la posibilidad de amamantar dependerá de la técnica quirúrgica empleada.
15. **Falso:** la posibilidad de amamantar dependerá de la técnica quirúrgica empleada.
16. **Verdadero.**
17. **Verdadero.**

18.

A. Preguntar al colega qué medicación elige administrar. Si esta fuera inconveniente para el bebé sugerirle usar una alternativa más inocua. Desaconsejar el destete y aclarar los conceptos al colega para futura intervención similar.

B. Averiguar cuántas horas se ausenta la madre, qué posibilidades existen de acercarle al bebé o que ella interrumpa la jornada laboral y venga a amamantarlo.

Explicar extracción de leche, almacenamiento y administración.

Explicar continuidad de la lactancia fuera de horarios de trabajo y necesidad de apoyo efectivo en tareas a la madre que trabaja.

Si hiciera falta administrar complemento, darlo con sistema alternativo, para evitar confusión de pezones.

C. Que le advierta al odontólogo que está amamantando; que consulte nueva-

mente antes de tomar medicación indicada.

D. Si esta en condiciones de alimentarse, que mame, evaluando su tolerancia y agitación. Observar una sesión de lactancia. Posición semisentada del bebé; ofrecerle mamadas más frecuentes y de duración más corta para evitar distensión gástrica que provoca más disnea.

E. Preguntas sobre frecuencia de mamadas, características, diuresis, interurrencias febriles u otras del bebé; indagar qué ocurrió a nivel familiar o personal en ese lapso.

Observar una sesión de lactancia, realizar semiología completa del bebé, evaluación motora oral. Elaborar una hipótesis diagnóstica, descartando posible patología orgánica del niño.

Recitar en 24 o 48 hs. Dar pautas de alarma a la madre sobre "señales" de una succión inadecuada.

Anexo

Ficha de observación de la mamadas

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LAS MAMADAS	
Nombre de la madre: _____	Fecha: _____
Nombre del bebé: _____	Edad del bebé: _____
(Los signos entre paréntesis se refieren al recién nacido, no a bebés mayores)	
<i>Signos de que la lactancia funciona bien</i>	<i>Signos de posible dificultad</i>
POSICIÓN DEL CUERPO	
<ul style="list-style-type: none"> - Madre relajada y cómoda - Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho - Cabeza y cuerpo del bebé alineados - (Nalgas del bebé apoyadas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hombros tensos, se inclina sobre el bebé - Cuerpo del bebé separado de la madre - Cuello del bebé torcido - (Sólo apoyados la cabeza o los hombros)
RESPUESTAS	
<ul style="list-style-type: none"> - (El bebé busca el pecho) - El bebé explora el pecho con la lengua - Bebé tranquilo y alerta mientras mama - El bebé permanece agarrado al pecho - Signos de eyección de leche (chorros, entuertos) 	<ul style="list-style-type: none"> - (No se observa búsqueda) - El bebé no se muestra interesado en el pecho - Bebé inquieto o llorando - El bebé se suelta del pecho - No hay signos de eyección de leche
VÍNCULO AFECTIVO	
<ul style="list-style-type: none"> - Lo sostiene segura y confiadamente - La madre mira al bebé cara a cara - Mucho contacto de la madre - La madre acaricia al bebé 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo sostiene nerviosamente y con torpeza - La madre no mira al bebé a los ojos - Lo toca poco, no hay casi contacto físico - La madre lo sacude
ANATOMÍA	
<ul style="list-style-type: none"> - Pechos blandos después de la mamada - Pezones protráctiles - Piel de apariencia sana - Pechos redondeados mientras el bebé mama 	<ul style="list-style-type: none"> - Pechos ingurgitados (pletóricos) - Pezones planos o invertidos - Piel roja o con fisuras - Pechos estirados o halados
SUCCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Más areola sobre la boca del bebé - Boca bien abierta - Labio inferior evertido - Mentón del bebé toca el pecho - Mejillas redondeadas - Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas - Se puede ver u oír al bebé deglutendo 	<ul style="list-style-type: none"> - Más areola por debajo de la boca del bebé - Boca no está bien abierta - Labio inferior invertido - Mentón del bebé no toca el pecho - Mejillas tensas o chupadas hacia adentro - Sólo mamadas rápidas - Se oye al bebé chasqueando
TIEMPO	
<ul style="list-style-type: none"> - El bebé suelta el pecho espontáneamente 	<ul style="list-style-type: none"> - La madre retira al bebé del pecho
El bebé mamó durante _____ minutos	
NOTAS:	

