

Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas



L. de Antonio Ferrer

Pediatra del Centro de Atención Primaria Florida Norte.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Resumen

La leche materna es el alimento más indicado los primeros 6 meses de vida exclusivamente, continuando junto con la alimentación complementaria hasta el año o más, según la voluntad de madre e hijo, ya que presenta múltiples ventajas para ambos. Es por ello, que debería ser considerado un asunto de salud pública y no solo la elección de un estilo de vida. El pediatra juega un papel importante en la comunidad, promocionando la lactancia materna para conseguir su mantenimiento, por lo que debe conocer la técnica correcta para ayudar a la madre en la resolución de los problemas que puedan surgir y supervisar las posibles contraindicaciones

Abstract

Exclusive feeding with breast milk is indicated for the first 6 months of life, continuing with complementary feeding until the first year or more, according to the will of mother and child as it has many advantages for both. This is why it should be considered a public health issue and not just a lifestyle choice. The pediatrician plays an important role in the community promoting breastfeeding in order to extend its practice. For that purpose, pediatricians must know the correct technique to help the mother in solving problems that may arise and monitor possible contraindications

Palabras clave: Lactancia materna; Lactancia materna, técnica; Lactancia materna, contraindicaciones; Colecho.

Key words: Breastfeeding; Breastfeeding practices; Breastfeeding contraindications; Infant Cosleeping.

Pediatr Integral 2015; XIX (4): 243-250

Introducción

La lactancia materna (LM) exclusiva es el alimento de elección durante los primeros 6 meses, continuando hasta el año de vida o hasta que la madre y el niño deseen, ya que es la forma más natural y saludable de alimentar a los bebés.

El primer año de vida es el período de crecimiento más rápido en todas las especies de mamíferos y, por lo tanto, las demandas nutricionales son mayores. La leche materna es el mejor alimento para cubrir las necesidades nutricionales del lactante y, además, favorece el establecimiento

del vínculo madre-hijo. Estudios en animales han demostrado que, las modificaciones en la dieta durante este periodo sensible de crecimiento pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo; en humanos, se está empezando a demostrar que los beneficios del amamantamiento se hacen manifiestos años después del destete.

Está demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y muerte durante el primer año de vida, disminuye el riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias y urinarias y, de presentarse, que

sean menos graves. Además, ayuda a prevenir la obesidad y futuras enfermedades crónicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan la lactancia materna exclusiva a demanda los primeros 6 meses de vida, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos, salvo muy raras excepciones, continuando hasta el año de vida o más, junto con otros alimentos hasta que la madre y el niño lo deseen.

Según UNICEF, no hay ninguna otra intervención en la salud que

tenga un beneficio tan grande para las madres y sus bebés y que cueste tan poco a los Gobiernos como la lactancia materna. En los países pobres, los niños que reciben lactancia materna tienen 13 veces más posibilidades de sobrevivir, y amamantar desde el nacimiento reduce la mortalidad del recién nacido en un 45%.

Por todo ello, la lactancia materna debe ser considerada un asunto de salud pública comunitaria y no solo la elección de un estilo de vida.

Incidencia

La incidencia de la lactancia materna aún está alejada de las recomendaciones de la OMS. El papel de los profesionales de la salud es imprescindible para promocionar la lactancia materna y ayudar a mantenerla.

En España, no se dispone de ningún registro oficial, únicamente un estudio⁽¹⁾ coordinado por el Comité de Lactancia Materna de la AEP con datos de 1999, en el que se documentó un porcentaje de inicio de LM del 84%, que a los 3 meses se reducía al 55% y a los 6 meses al 25%, muy por debajo de las recomendaciones de la OMS. Otro estudio de 1998⁽²⁾, encontró un inicio de la lactancia materna del 91%, del 57% a los tres meses y del 24% a los 6 meses. Se encontró, que el factor positivo más importante fue el nivel educativo de la madre, mientras que el uso temprano de los suplementos fue el factor negativo más importante. En EE.UU., según los últimos estudios de la AAP⁽³⁾, encontraron que el 75% de las mujeres iniciaban la lactancia materna, pero solo un 35-45% la mantenía a los 6 meses. Según datos de UNICEF, solo el 23% de los niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna en 2012.

Múltiples factores: sociales, educacionales, laborales, rutinas hospitalarias, *marketing* de las fórmulas lácteas, la pérdida de cultura de la lactancia entre familiares y amigos y la falta de apoyo de los profesionales, hacen que muchas madres no logren sus objetivos.

Las cesáreas programadas o dos o más condiciones de estrés psicoló-

gico materno (episodios anteriores de depresión, insomnio y percepción del parto como algo traumático) son factores de riesgo de fracaso de la lactancia materna antes de los 4 meses, mientras que las clases o sesiones de formación pre-parto tienen un efecto protector en el mantenimiento de la lactancia materna⁽⁴⁾.

Un 20-30% de las madres precisan asistencia para superar los problemas surgidos durante la lactancia materna. Es por ello, que los obstetras, comadronas, enfermeras pediátricas y pediatras juegan un papel muy importante, pues son los responsables de transmitir las ventajas de la lactancia materna a las futuras madres, conseguir que se instaure correctamente y que se mantenga el mayor tiempo posible.

Ventajas de la lactancia materna⁽³⁾

Se ha visto que la lactancia materna disminuye: el número y la gravedad de enfermedades infecciosas, algunas alteraciones metabólicas y el síndrome de muerte súbita del lactante, entre otras. También, presenta ventajas para la salud de la madre.

Para el lactante (Tabla I)

Tabla I. Ventajas de la lactancia materna para el lactante

- Disminuye el número y la gravedad de algunas infecciones
- Estimula sistemas enzimáticos y metabólicos
- Consigue el mayor rendimiento nutritivo con la menor sobrecarga metabólica
- Disminuye el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante

La leche materna puede considerarse un órgano inmunológico de transición del recién nacido, al transferir anticuerpos, especialmente IgA secretora y células vivas (macrófagos) con capacidad antiinfecciosa, por lo que disminuye el número y la gravedad de las enfermedades infecciosas:

- **Infecciones de las vías respiratorias bajas (IVRB).** El riesgo de hospitalización por IVRB, en el

primer año, disminuye un 72% en los lactantes alimentados exclusivamente al pecho más de 4 meses. La gravedad (duración de la hospitalización y requerimientos de oxígeno) de la bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial (VRS) se reduce un 74% en lactantes alimentados al pecho exclusivamente a los 4 meses.

- **Otitis.** La lactancia materna reduce el riesgo de otitis media un 23%, si es exclusiva, y un 50% si se mantiene más de 3 meses.
- **Infecciones del tracto gastrointestinal.** La lactancia materna reduce un 64% las infecciones inespecíficas gastrointestinales.
- **Enterocolitis necrosante del prematuro (ECN).** Un meta-análisis, desde 1983 hasta 2005, mostró que los prematuros alimentados con leche materna presentaron una reducción del 58% de incidencia de ECN. Otro estudio de 2010 mostró una reducción del 77% en ECN en pretérminos alimentados exclusivamente con leche materna.

Estimula los sistemas enzimáticos y metabólicos específicos:

- **Patología alérgica.** Existe un efecto protector de la lactancia materna exclusiva durante 3-4 meses, disminuyendo la incidencia clínica de asma, dermatitis atópica y eccema en un 27%, en población de bajo riesgo y hasta un 42% en lactantes con historia familiar de alergia positiva.
- **Enfermedad celíaca.** Se ha encontrado una disminución del riesgo del 52% de presentar celiaquía en lactantes alimentados al pecho durante la exposición al gluten. El factor protector crítico más que el momento de la introducción del gluten, es el solapamiento de la lactancia materna con la introducción del gluten.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal.** La lactancia materna se ha asociado con una reducción del 31% de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal infantil. Se sugiere una interacción del efecto inmunomodulador de la leche humana con la susceptibilidad genética.

La leche materna consigue el mayor rendimiento nutritivo con la menor sobrecarga metabólica:

- **Obesidad.** A pesar de los complejos factores de confusión en los estudios de obesidad, se ha encontrado una disminución de la tasa de obesidad entre un 15-30% en adolescentes y adultos que fueron alimentados al pecho, comparados con los alimentados con fórmula. Los lactantes alimentados al pecho auto-regulan el volumen de la toma, se cree que es esta auto-regulación temprana la que adecuará la ingesta del adulto y la ganancia de peso.
- **Diabetes.** Se ha encontrado un 30% menos de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en lactantes alimentados exclusivamente al pecho. Se postula como mecanismo de desarrollo de DM1 la exposición a la beta-lactoglobulina, la cual estimula un proceso inmunomediado con las células β pancreáticas. En otro estudio, se ha encontrado una disminución del 40% en la incidencia de DM2, posiblemente por el efecto positivo a largo plazo de la auto-regulación en los alimentados al pecho.

Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Un meta-análisis mostró que la lactancia materna reduce un 36% el riesgo de SMSL.

Prematuros. Los beneficios de la leche materna son también para los prematuros, que deberían recibirla, fortificada para los de menor peso. Si la madre no puede proporcionar leche, se recomienda el uso de leche de Bancos de Leche Humana.

Otro aspecto demostrado a favor de la lactancia materna prolongada (hasta los 12 meses), es que reduce las posibilidades de hábito de succión del dedo⁽⁵⁾.

Para la madre

- Mejor establecimiento de vínculo afectivo.
- Favorece la involución uterina y disminuye la hemorragia postparto.
- Retrasa la ovulación. No es un método anticonceptivo eficaz a nivel individual, pero ayuda a espaciar las gestaciones.

- Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario premenopáusicos.
- Mayor comodidad por la ausencia de preparación y manipulación.
- Ahorro económico.
- Ayuda a perder peso tras el embarazo.

Técnica

Es importante repasar la técnica de lactancia para detectar y corregir errores. Existen varias posturas adecuadas y hay que escoger la que resulte más cómoda para madre e hijo.

Una adecuada técnica^(6,7) es muy importante; de hecho, la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica. Siempre que surjan dificultades, es necesario observar una toma y corregir los defectos. Hay que apoyar a la madre y ofrecerle la ayuda de un grupo de apoyo de la lactancia si lo precisa.

1. **Agarre.** Para un buen agarre, es importante que todo el cuerpo del recién nacido esté de frente a la madre, con la cabeza bien alineada al pecho. Hay que introducir gran parte de la areola en la boca del niño. Para saber que la postura es correcta, la barriga del niño debe contactar con la de la madre, posición de ombligo con ombligo, la boca debe estar abierta, el labio inferior hacia fuera, las mejillas aplanadas cuando succiona (no hundidas) y la nariz y el mentón pegados al pecho. No es aconsejable que la madre separe con los dedos la nariz de la mama ni que haga maniobras de "pinza" con el pecho. Hay que evitar que el recién nacido tire del pezón a fin de evitar la aparición de grietas.
2. **Posturas.** No hay una única postura adecuada, la madre debe elegir la que le resulte más cómoda y puede variar con las tomas y en el tiempo. Una postura adecuada de la madre es importante para evitar lumbalgias y otras molestias secundarias a contracturas musculares.
 - Posición de crianza biológica. Más indicada los primeros días o cuando haya problemas de

agarre, la madre si sitúa recostada boca arriba y el bebé boca abajo. Se desarrollan los reflejos de búsqueda y gateo.

- Posición sentada. Puede ser más cómoda con elevación de los pies. El tronco del bebé debe estar de frente y pegado al de la madre, que sujetará con la mano su espalda apoyando la cabeza en el antebrazo.
- Posición acostada. La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también acostado de lado. Cómodo para las tomas nocturnas.
- Posición invertida o balón de rugby. Con el niño por debajo de la axila de la madre, con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho. Cómodo para amamantar gemelos o prematuros.
- Posición de caballito. Cuando la madre sentada, se sitúa el bebé sobre una de las piernas y contactando el abdomen del bebé con el de la madre. Puede ser útil, en el caso de: grietas, reflujo gastroesofágico importante, prematuros, labio leporino, mandíbula pequeña y problemas de hipotonía.

Recomendaciones para la lactancia materna (Tabla II)

Los pilares para una correcta lactancia materna son: amamantar precozmente, a demanda (8-12 tomas al principio), evitar el uso de chupetes y de suplementos al inicio y asegurar una correcta succión⁽⁷⁻⁹⁾.

Los hospitales han de respetar las normas que favorecen la lactancia materna, tratando de cumplir los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) OMS-UNICEF.

10 pasos para una lactancia materna eficaz (OMS/UNICEF 1986)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.

Tabla II. Las diez claves de la lactancia materna⁽¹⁰⁾

1. Amamantar pronto, cuanto antes mejor. La primera toma debe realizarse en la misma sala de partos dentro de los primeros 20 minutos de vida
2. Ofrecer el pecho a menudo día y noche
3. Asegurarse que el bebé succiona eficazmente y que la postura es correcta
4. Permitir que mame del primer pecho lo que desee hasta que lo suelte, después ofrecer el otro
5. Cuanto más mame el bebé, más leche producirá la madre
6. Evitar los suplementos de fórmulas lácteas y agua
7. Evitar el chupete los primeros días hasta que la lactancia esté establecida
8. El llanto no siempre significa hambre
9. Es importante que la madre descanse y se cuide
10. Ofrecer apoyo de grupo de lactancia materna si la madre lo necesita

2. Capacitar a todo el personal de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Es importante que el recién nacido sea colocado encima de la madre, en contacto piel con piel, lo antes posible y dejarlos como mínimo hasta que haya hecho la primera toma. Habitualmente, antes de los 20-30 minutos, el recién nacido ya ha realizado alguna succión. Las rutinas hospitalarias como la identificación y el test de Apgar pue-

den realizarse estando el bebé encima de la madre, el peso y las profilaxis pueden esperar tras las dos primeras horas de contacto piel con piel que es cuando el recién nacido está más despierto y activo, después pasan por una fase de sueño que puede durar entre 8 y 12 horas en las que no es conveniente forzarlo a comer. A partir del primer día, lo habitual es que mamen unas 8-12 veces al día. Si permanecen adormilados, entonces conviene estimularlos colocándolos en contacto piel con piel con la madre. Cuantas más veces mame, más cantidad de leche se producirá.

El calostro constituye “la primera vacuna”, pues en las primeras 24 horas el recién nacido recibe unos 300 mg de IgA secretora. También, tiene un efecto prebiótico, favoreciendo el crecimiento de lactobacilos e impidiendo el de bacterias patógenas y favoreciendo el peristaltismo intestinal. El estómago del bebé tiene poca capacidad y en las primeras 24 horas pueden tener suficiente con 1,5 mL por toma cada 2-3 horas.

Los primeros 3 días hay que dejar que mame con frecuencia, porque el pecho aún está blando y le resultará más fácil aprender y porque se precisa estimular el pecho para que produzca leche. Tras la subida de la leche, a partir de las 48-72 horas después del parto, la mayoría de los bebés suelen mamar entre 8 y 12 veces al día.

La leche cambia de composición durante la toma, al principio es rica en agua y azúcar y gradualmente aumenta su contenido en grasa que sacia al bebé.

Por eso, es importante que acabe un pecho y que lo suelte espontáneamente, antes de ofrecer el otro. Para evitar la ingurgitación mamaria, se recomienda empezar cada toma por el último pecho que tomó o del que no ha completado la mamada.

Se recomienda que el bebé comparta la habitación con su madre para facilitar la lactancia materna.

La alimentación al pecho debe ser a demanda y la duración de cada toma la determina cada niño. Hay que estar atentos a signos sugestivos de hambre, como un estado de alerta y un aumento de actividad, y ponerlo entonces al pecho, ya que el llanto suele ser un indicador tardío de hambre y, en ocasiones, cuando está ya irritable puede dificultar el amamantamiento.

Cuando la ingesta de leche es insuficiente, hay que estimular la producción de leche aumentando el número de tomas o con la ayuda de un sacaleches.

No se deben administrar suplementos de fórmulas lácteas ni agua los primeros meses, las necesidades hídricas con el pecho quedan cubiertas. Además, los lactantes alimentados con fórmula o que usan chupete tienen tres veces más riesgo de tener problemas con la lactancia materna.

Datos que confirman un buen aporte lácteo (Tabla III)⁽¹¹⁾:

- Pérdida fisiológica de peso del 6-10% a los 3-4 días, que recupera hacia los días 10-14 y con aumento posterior de más de 20 g al día.
- Niño activo, succión vigorosa y relajado al finalizar la toma.
- Tras una succión rápida inicial, esta se enlentece y se observa deglutir, la madre nota que sale leche y se le vacía el pecho.
- Succionan vigorosos hasta 10-15 minutos.
- Moja 4-6 pañales al día, a partir del 4º día. Deposiciones blandas: 5-6 al día o cada 2-3 días, pero abundantes.

Hay que identificar los factores de riesgo de fracaso, como son: prematuros, nacimientos múltiples, los que son separados de sus madres por razones médicas, mujeres con pezones planos o invertidos o malformaciones del bebé

Tabla III. Signos de alerta

- Pérdida ponderal más de 3-4 días o incremento lento sin recuperación del peso de nacimiento a los 12-14 días
- Signos de deshidratación (boca seca, ojos hundidos, piel seca, ictericia)
- Lactante hiperalerta, hambriento o letárgico e indiferente
- Queda dormido tras escasas succiones al pecho
- Disminuye la diuresis y el volumen de las heces
- Signos de mala posición: boca muy cerrada, alejado del pecho, pezón dañado o niño que succiona muy rápido, mucho tiempo sin llegar a saciarse o sin aumento de peso

que afecten a su habilidad para mamar. El recién nacido casi a término o de bajo peso tiene mayor riesgo de ictericia y deshidratación, porque no tiene las reservas de líquidos, electrolitos y calorías que protegen al recién nacido a término y de peso adecuado las primeras 72 horas, hasta la subida de la leche. En estos casos, el umbral para suplementar debería ser cuando pierdan más del 8% de su peso (en lugar del 10%), ofreciendo la mínima cantidad posible (menos de 30 mL) y con cuchara, vasito o jeringa.

Alrededor de los 3 meses de vida, puede aparecer el bache de la lactancia materna, que se describe como el momento en que el bebé reclama mamar más a menudo porque está creciendo y la madre no nota el pecho tan lleno, porque ya se ha ajustado a las necesidades del niño que vacía el pecho de manera más eficaz. La madre lo puede interpretar como que el niño se queda con hambre y ella no tiene suficiente leche.

Complicaciones durante la lactancia materna

Las complicaciones de la lactancia materna suelen ser problemas obstructivos o de insuficiente vaciado que se solventan aumentando la frecuencia de las tomas y con tratamiento sintomático.

- La ingurgitación mamaria ocurre cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae. Se soluciona ofreciendo más a menudo el pecho o usando un sacaleches para vaciarlo. Esta leche se puede congelar para alimentar al niño posteriormente.

- La obstrucción de un conducto lácteo surge por un vaciado defectuoso o ineficaz, se manifiesta como un bulto doloroso y enrojecimiento de la piel, sin fiebre ni otros síntomas. El tratamiento es similar a la ingurgitación, aumentando la frecuencia de las tomas (ofreciendo primero el lado sano) y aplicando calor local.
- La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede acompañarse o no de infección. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios, suele acompañarse de síntomas generales. La infección no se transmite al lactar, por lo que no debe suspenderse la lactancia materna. El tratamiento consiste en: aplicar calor local antes de las tomas, masajear el pecho, aumentar la frecuencia de las tomas, extracción manual o con sacaleches al final de la toma y aplicar frío entre tomas. Se debe tomar una muestra de leche y realizar un cultivo para identificar el agente causal y el tratamiento de elección.

Fármacos, drogas, alimentación y lactancia materna

La mayoría de los fármacos son compatibles con la lactancia materna, pero deben conocerse las contraindicaciones y barajar el riesgo/beneficio de cada fármaco^(6,12,13).

La mayoría de fármacos son compatibles con la lactancia. Es importante valorar el riesgo que presenta cada uno y saber elegir la mejor opción. Se recomienda utilizar fármacos de vida media

corta y las dosis mínimas eficaces. Se pueden utilizar pautas cortas e intensivas que permiten interrumpir la lactancia materna temporalmente, en caso de existir contraindicación.

Además de los antineoplásicos y las drogas de abuso, los fármacos absolutamente contraindicados durante la lactancia materna son: fenindiona, amiodarona, derivados de la ergotamina, anfetaminas y yoduros.

Actualmente, la AEP recomienda consultar la base de datos de Internet www.e-lactancia.org para conocer el riesgo de cada fármaco.

La nicotina a dosis muy altas puede disminuir la producción de leche, además de los numerosos efectos secundarios del tabaco. Se recomienda a las madres fumadoras que no fumen dentro de casa y que reduzcan la cantidad de cigarrillos. Pero los beneficios de la lactancia materna son tantos que si una madre no puede dejar de fumar, es preferible que disminuya el consumo y no fume dentro de casa, pero que siga dando el pecho para contrarrestar los efectos nocivos del tabaquismo pasivo.

Grandes dosis de cafeína (más de 6 tazas al día) pueden producir irritabilidad e insomnio en el lactante, algunos con menos dosis.

Es recomendable no consumir alcohol o hacerlo de forma muy moderada, al menos, los primeros 3 meses. Más de 0,5 g/kg de alcohol por kg de peso (200 mL de vino, 500 mL de cerveza o 60 mL de licor) reduce la producción de leche y puede sedar al lactante. Se debe evitar dar el pecho hasta 2-3 horas después de haber bebido y no practicar colecho si ha habido consumo de alcohol.

La mujer que da el pecho no debe seguir ninguna dieta especial ni existe ningún alimento prohibido. Se recomienda una dieta equilibrada y variada. No se ha demostrado que ningún alimento ayude a producir más leche.

Contraindicaciones de la lactancia materna

Existen pocas contraindicaciones de la lactancia materna que el pediatra debe conocer⁽⁶⁾.

- Negativa de la madre.
- Galactosemia y déficit congénito de lactasa.
- Consumo de fármacos contraindicados.
- Consumo de drogas de abuso.
- Madre con absceso mamario. Puede continuar con el pecho sano, una vez drenado el absceso y tratado con antibióticos se puede reanudar. La mastitis no es una contraindicación.
- Madre con lesión activa de herpes simple (HSV-I) mamaria.
- Madre afecta de tuberculosis activa bacilífera no tratada.
- Madre con varicela 5 días antes o 2 días después del parto; según la AAP, debería separarse del lactante, pero puede extraerse leche. En este caso, debe administrarse tratamiento al lactante, pero, puesto que ya ha habido contacto con el virus prenatalmente, el aislamiento de la madre es discutible, una alternativa es el aislamiento de madre e hijo juntos.
- Madre con enfermedad neurológica u orgánica grave. Es una contraindicación relativa según el estado de la madre por el riesgo de caídas del niño o imposibilidad física de la madre.
- Madre VIH positiva. En países desarrollados, hay que escoger la opción más segura, que es la alimentación con fórmula. En los países pobres, en que la lactancia artificial supone un riesgo añadido importante por diarreas y deshidratación, se permite la lactancia materna.
- Madre seropositiva a retrovirus (HTLV-I, HTLV-II) o brucelosis no tratada.

No es una contraindicación la hepatitis B. La lactancia materna no supone un riesgo mayor de infección por VHB. Los hijos de madres HbsAg positivas deben recibir inmunoglobulina específica (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B al nacer. Así, se elimina cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia.

La hepatitis C no es una contraindicación. Existe un mínimo riesgo teórico de transmisión que se relaciona

con los títulos maternos de ARN del VHC. El riesgo es mayor en mujeres coinfectadas con VIH. La decisión de amamantar debe basarse en el consenso entre la madre y el médico.

Anticoncepción y lactancia materna

La lactancia materna es una medida útil para espaciar las gestaciones de forma global, pero no es en absoluto una medida efectiva a nivel individual. Es conveniente consultar al ginecólogo para ayudar a elegir el método anticonceptivo más adecuado⁽⁹⁾.

Los métodos de barrera son sencillos e inocuos y pueden emplearse durante este tiempo.

Tras la cuarentena, se puede colocar un dispositivo intrauterino.

Los anticonceptivos hormonales no son de primera elección en las 6 primeras semanas y reducen la producción de leche.

En caso de embarazo mientras se está amamantando, se puede mantener la lactancia materna excepto en embarazos múltiples o antecedentes de prematuridad. Es posible amamantar en tándem a los dos hijos, solo se requiere mantener las medidas habituales de higiene. La leche producida inmediatamente después del parto será calostro y es importante que el recién nacido sea el que mame en primer lugar.

Colecho

La forma más segura para dormir para los lactantes menores de 6 meses es una cuna al lado o adosada a la cama de sus padres, conviene conocer las contraindicaciones del colecho⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

El colecho es una práctica habitual en países no desarrollados y, actualmente, está ganando adeptos y detractores en los países desarrollados. Las recomendaciones actuales del Comité de Lactancia Materna de la AEP y el Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil de la AEP son las siguientes:

1. La forma más segura de dormir para los lactantes menores de 6 meses es en su cuna, boca arriba,

cerca de la cama de sus padres. Existen evidencias que esta práctica favorece la lactancia materna y disminuye el riesgo de SMSL en más del 50%.

2. La lactancia materna tiene un efecto protector frente al SMSL y, por otro lado, el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la lactancia materna, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo de SMSL, por lo que no debe ser recomendado en:

- Lactantes menores de 3 meses de edad.
- Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
- Situaciones de cansancio extremo, como postparto inmediato.
- Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
- Compartir la cama con otros familiares (especialmente otros niños pequeños).

3. Aquellos padres que deseen mantener una mayor proximidad con su bebé durante la noche, pueden optar por colocar la cuna al lado de la cama o utilizar una cuna tipo "sidecar", que facilita la lactancia y no interfiere con la frecuencia de las tomas.

Chupete y lactancia materna

En general, se recomienda retrasar el uso de chupetes hasta que la lactancia materna esté bien establecida, generalmente hasta las dos semanas de vida⁽¹⁷⁾.

Debe evitarse el uso del chupete, en los niños alimentados al pecho hasta que la lactancia materna esté bien instaurada, generalmente, a partir de las primeras dos semanas de vida. La introducción temprana del chupete, en las 2 primeras semanas de vida, aumenta el riesgo de fracaso en la lactancia materna, mientras que no influye si se introduce pasado este tiempo⁽⁴⁾. Cuando la lactancia materna está consolidada, se puede ofrecer chupete, pero hay que recordar que esto

puede reducir la duración de la lactancia materna. El chupete puede ser, además, un marcador de la existencia de problemas con la lactancia. Al usar el chupete, se reduce en parte la succión del pecho que es un buen estímulo para la producción de leche.

Por otra parte, en los niños que se alimentan con biberón, puede ser de interés la utilización del chupete para la prevención del SMSL. En general, se recomienda limitar el uso del chupete hasta los 12 o 14 meses, lo cual incluye las edades de máximo riesgo de SMSL y para evitar otros efectos adversos. Se ha visto que retirarlo antes de los 14 meses se asocia con mayor riesgo de hábito de succión de dedo⁽⁵⁾.

En niños hospitalizados en unidades neonatales, se puede utilizar la succión no nutritiva con el chupete para disminuir el dolor en algunos procedimientos, junto con otras medidas de contención y solución de sacarosa oral.

Frenillo sublingual corto y lactancia materna

La anquiloglosia puede comportar problemas con la lactancia materna, pero si ésta es placentera y eficaz para madre e hijo no es necesario realizar ninguna intervención⁽¹⁸⁾.

La anquiloglosia o frenillo sublingual corto se define como una membrana mucosa situada debajo de la lengua que dificulta o impide el movimiento normal de esta. La movilidad de la lengua es de gran importancia para una buena lactancia materna. Se requieren cuatro movimientos para succionar:

- Extensión (sacar la lengua hasta cubrir la encía inferior).
- Elevación (elevar la lengua hacia el paladar).
- Lateralización y peristaltismo (movimiento ondulante de la lengua para empujar el contenido hacia la faringe).

Si no se pueden realizar estos movimientos, la transferencia de leche será insuficiente y el bebé realizará movimientos compensatorios (sellar el pecho, comprimir el pezón y abrir poco

la boca para evitar que se le escape el pezón), que son los que acabaran causando dolor a la madre.

Las consecuencias de la anquiloglosia pueden ser para el bebé: un mal agarre al pecho, tomas largas y cansadas y menor ingesta con mala ganancia ponderal. Para la madre, esto se puede traducir como: pezones doloridos y grietas (que pueden favorecer mastitis), hipogalactia secundaria (al no tener una estimulación eficaz) o, el caso contrario, ingurgitaciones constantes (para intentar compensar esa succión ineficaz con un aumento de producción).

Si un niño crece y aumenta de peso correctamente y la madre no experimenta dolor, es decir si la lactancia es placentera y eficaz para madre e hijo, no es necesario realizar ninguna intervención.

En caso de sospecha de repercusión en la lactancia por anquiloglosia, el pediatra debería observar una toma, fijándose en los movimientos que hace el bebé para succionar, los movimientos linguales que es capaz de realizar y la posición. Lo primero es intentar optimizar la postura, ayudando al bebé a que tenga gran parte de la areola dentro de la boca. La postura “a caballito” puede ayudar a disminuir las molestias o bien intentar un afianzamiento espontáneo que consiste en dejar al niño que busque y coja el pecho por sí solo.

Cuando la anquiloglosia complica la lactancia y no mejora modificando la postura, el tratamiento es quirúrgico y debería realizarse tempranamente. La frenectomía es una intervención segura y efectiva que no suele presentar complicaciones ni requerir anestesia.

Un estudio⁽¹⁹⁾ no halló una mejoría en la lactancia materna con una frenectomía precoz (antes de los 5 días) respecto a un grupo control, pero sí halló una reducción en la introducción temprana de leche de fórmula. Otro estudio⁽²⁰⁾ determina el papel importante del pediatra en la indicación de la frenectomía, ya que hasta un 50% de los lactantes con anquiloglosia no tendrán problemas con la lactancia materna.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.* Comité Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografía de la AEP nº 5, Madrid; 2004. p. 23.
- 2.* Carbonell X, Botet F, Figueras J, Álvarez E, Riu A. J Perinat Med. The incidence of breastfeeding in our environment. 1998; 26: 320-4.
- 3.*** Arthur I, Eidelman, MD. Breastfeeding and the Use of Human Milk, Section on Breastfeeding, *Pediatrics*. 2012; 129: e827-41; originally published online February 27, 2012. doi: 10.1542/peds. 2011-3552.
- 4.* Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an “at risk population” for special support. *Eur J Pediatr*; 2014.
- 5.* Fukumoto E, Fukumoto S, Kawasaki K, et al. Cessation age of breastfeeding and pacifier use is associated with persistent finger-sucking *Pediatr Dent*. 2013; 35: 506-9.
- 6.** Viñas Vidal A. La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. *Pediatría Integral*. 2011; XV: 317-28.
- 7.* Recomendaciones sobre la lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2012. [Consultado en septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>.
- 8.* Pallás Alonso, CR. Promoción de la Lactancia materna. En *Recomendaciones PrevInfad/ PAPPs*. Actualizado en diciembre de 2006. [Consultado en agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>.
- 9.** Preguntas frecuentes sobre lactancia materna. Comité de Lactancia materna. 2013. [Consultado en septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna>.
- 10.* Las diez claves de la lactancia materna, La Liga de la Leche Internacional 2005. [Consultado en septiembre de 2014]. Disponible en: www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/diez_claves.htm.

- 11.* Muñoz Guillén A, Dalmau Serra J, Alimentación del recién nacido sano. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP. Actualizados en 2008. [Consultado en septiembre de 2014]. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/.
- 12.* Gómez Papí A, Paricio Talayero J, Clossa Monasterolo R. Fármacos y lactancia materna, Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Actualizado en el 2008. [Consultado en septiembre de 2014]. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/.
- 13.** Web Lactancia materna. Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades. Base de datos de Internet del Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia. [Consultada en octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org>.
- 14.** Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso. Comité de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo para el Estudio de Muerte Súbita Infantil de la AEP, 2014. [Consultado en diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>.
- 15.* UNICEF UK Baby Friendly Initiative Statement on bed sharing research, May 2013. [Consultado en diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/news/unicef-uk-baby-friendly-initiative-statement-on-new-bed-sharing-research/>.
- 16.* National Institute for Health and Care Excellence. NICE clinical guideline 37. Postnatal care. 2014. [Consultado en febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources>.
- 17.* Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, Hernández Aguilar MT, et al. Uso del chupete y lactancia materna, *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74: 271.e1—271.e5.
- 18.* Coryllos E, Watson Genna C, Salloum A. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding, *American Academy of Pediatrics*, 2004. [Consultado en septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/BBM-8-27%20Newsletter.pdf>.
- 19.* Emond A, Ingram J, Johnson D, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie, *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2014; 99: F189-95.
- 20.* Power RF, Murphy JF, Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance, *Arch Dis Child*. 2014; 01-6. doi: 10.1136/archdischild-2014-306211.

Bibliografía recomendada

- Arthur I, Eidelman, MD. Breastfeeding and the Use of Human Milk, Section on Breastfeeding, *Pediatrics*. 2012; 129: e827-41; originally published online February 27, 2012. doi: 10.1542/peds.2011-3552.

Artículo de revisión actualizado muy interesante, que presenta numerosos estudios sobre las ventajas de la leche materna.

- Web Lactancia materna. Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades. Base de datos de Internet del Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia. [Consultada en octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org>.

Web actualizada con información sobre la compatibilidad de la lactancia con medicamentos y otros productos, dirigida al personal sanitario. Base de datos muy práctica, basada en recomendaciones de organismos internacionales.

Caso clínico

Madre primípara de 30 años, consulta por llanto de su hijo, cree que se queda con hambre. La alimentación es exclusiva al pecho, a demanda, pero la madre no se ha notado la subida de la leche. El bebé es un varón a término, sano, de 3 días de vida. Al nacer el bebé pesó 3.200 g, al alta 3.020 g. La exploración física del bebé es normal, está afebril y tranquilo en brazos de su madre. El peso en la consulta es de 3.000 g.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas

1. Respecto a la lactancia materna, indique cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:

- En las primeras 48 horas, pueden ser de utilidad los suplementos hasta la subida de la leche.
 - La duración recomendada de la lactancia materna es hasta los 6 meses.
 - La lactancia materna es un buen método anticonceptivo.
 - Si la madre es fumadora se recomienda que suspenda la lactancia materna.
 - Todas son falsas.
2. ¿Cuál de las siguientes situaciones es una CONTRAINDICACIÓN para la lactancia materna?
- Mastitis.
 - Madre fumadora.
 - Tuberculosis bacilífera no tratada.
 - Tratamiento de la madre con ibuprofeno.
 - Ninguna de las anteriores.

3. Respecto a la técnica de la lactancia materna, escoja la respuesta VERDADERA:

- La mejor postura para amamantar es acostada.
 - El lactante debe introducir tan solo el pezón dentro de la boca.
 - Para un buen agarre en posición sentada, es importante el contacto ombligo con ombligo.
 - En cada toma debe tomar el mismo tiempo de cada pecho.
 - Si aparecen ingurgitaciones debe disminuir las tomas del pecho afecto.
4. Una madre le pregunta sobre la práctica del colecho. De las siguientes recomendaciones, ¿cuál es la VERDADERA?

- El consumo de drogas es la única contraindicación del colecho.
 - La cama de los padres es el sitio más seguro para dormir.
 - Solo está recomendado los primeros 3 meses.
 - El colecho no está recomendado en prematuros.
 - Es aconsejable tanto en la cama como en el sofá.
5. Señale la afirmación VERDADERA, respecto a la anquiloglosia y la lactancia materna:
- La frenectomía es un procedimiento invasivo reservado a casos excepcionales.
 - La indicación quirúrgica se hará si repercute en una correcta lactancia una vez descartados errores de técnica.
 - No afecta a la lactancia materna.
 - La anquiloglosia es siempre quirúrgica.
 - Todas son falsas.

Caso clínico

6. ¿CUÁL es su actitud?

- Añadir suplementos de 30 ml de leche de fórmula cada 3 h, ya que la madre no tiene suficiente leche.
- Añadir suplementos de 30 ml de leche de fórmula cuando tenga hambre, ya que la madre no tiene suficiente leche.
- Reparar con la madre la técnica de la lactancia materna, resolver dudas si las hay y mantener la lactancia materna exclusiva.
- Ofrecer chupete como consuelo.
- No hay que hacer nada, es normal la pérdida de peso, citar al mes de vida.

7. Lo cita a control a la semana de vida, el bebé sigue llorando a me-

nudo, aunque se consuela, realizan unos 8 cambios de pañal al día entre micciones y deposiciones, la madre ha mantenido lactancia materna exclusiva y ha tenido la subida de leche, ¿CUÁL es su actitud?

- Cambiar a leche de fórmula, ya que parece que pasa hambre.
- Añadir suplementos de 30 ml de leche de fórmula cada 3 h, ya que parece que pasa hambre.
- Mantener la lactancia materna exclusiva y controlar el peso.
- Ofrecer suplementos de leche de soja.
- Explicar a la madre que tiene que mamar como mínimo 20 minutos de cada pecho por toma.

8. A los 15 días de vida, el lactante pesa 3.500 g, sigue con llanto de predominio vespertino, afebril y sin otra clínica, deposiciones y micciones normales, la exploración física es normal, la madre está muy angustiada porque cree que no tiene suficiente leche y tiene grietas, ¿QUÉ le recomendaría a la madre?

- Calmar a la madre, reparar la técnica de lactancia materna y derivarla al grupo local de apoyo a la lactancia materna. Medidas anticólicos.
- Añadir suplementos de leche anticólicos para mejorar la clínica.
- Cambiar a leche hidrolizada porque puede ser intolerante a las proteínas de leche de vaca.
- Retirar las proteínas de la leche de vaca a la madre porque el bebé puede ser intolerante a las proteínas de leche de vaca.
- Aconsejar suplemento de 30 ml de leche de fórmula antes de cada toma.