

Lactancia materna: cómo valorar su inicio

E. Fernández Pulido

Pediatra e IBCLC (consejera certificada en lactancia materna)
Centro de salud de Vitigudino. Unidad de Lactancia Materna del área de Salamanca



Resumen

El recién nacido tiene derecho a recibir el mejor alimento, el cual, sin ningún género de dudas, es la leche materna, capaz de cubrir sus necesidades nutricionales de forma exclusiva (sin recibir otro tipo de alimento) los seis primeros meses de vida y, luego, junto a la alimentación complementaria, hasta que madre e hijo lo deseen. Además, favorece la relación entre madre e hijo, haciendo que el vínculo se fragüe más deprisa y seguro. El pediatra de Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado para promocionar la lactancia natural, incluso desde antes del nacimiento. No tiene que justificar la recomendación de la lactancia materna, pero sí debe justificar la sustitución de la leche humana por una leche artificial. La valoración de la lactancia materna debe llevarse a cabo cuanto antes; si es posible, en las primeras 24-48 horas tras el alta hospitalaria, para comprobar un buen comienzo de la misma y, si se detectan problemas, para encontrar soluciones, asegurándonos de que el lactante se alimente correctamente y protegiendo la producción de leche materna en el período sensible de calibración (primeras semanas postparto).

Abstract

The newborn has the right to receive the most appropriate nutrition, which without any doubt is breastmilk, since it covers all the basic nutritional necessities on its own (without the need of any other kind of food) for the first six months of life and afterwards, together with the complementary recommended foods, until both, mother and baby, wish to stop. Moreover, breastfeeding improves the relationship between mother and baby making the affective bond grow quicker and stronger. The paediatrician in Primary Health Care is an important influence to promote breastfeeding, even before childbirth. The recommendation of breastfeeding does not have to be justified whereas the substitution of the mother's milk by an infant formula must always be accounted for. The convenience of breastfeeding should be evaluated as soon as possible, preferably between the first 24-48 hours after hospital discharge, to test the correct starting point and, if necessary, to solve any problems that may arise. It's also vital to make sure that the baby is being correctly fed at the same time as the mother's amount of milk is being guaranteed during the susceptible calibration period (first postnatal weeks).

Palabras clave: Lactancia materna; Lactancia; Conducta en la Lactancia; Trastornos de la Lactancia.

Key words: Breast Feeding; Lactation; Sucking Behavior; Lactation Disorders.

Pediatr Integral 2020; XXIV (2): 71–80

Introducción

La leche humana es un fluido vivo, su composición es variable. El calostro es diferente a la leche transicional y ésta, es diferente a la leche madura. Cambia a lo largo del día y del tiempo, la leche inicial de la toma es diferente a la leche del final.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño⁽¹⁾, elaborada por la OMS y UNICEF (año 2002), dice que no practicar la lactancia natural y, espe-

cialmente, la lactancia natural exclusiva los primeros seis meses de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y niño pequeño. Los beneficios de la lactancia materna duran toda la vida y son, entre otros: menor tendencia a sufrir sobrepeso u obesidad, diabetes y mejores resultados en las pruebas de inteligencia. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida, los lactantes deberían ser alimentados

exclusivamente (sin recibir ningún otro alimento o bebida) con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requerimientos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. Una adecuada nutrición los mil primeros días de vida⁽²⁾, período crítico del desarrollo que

abarca desde la concepción hasta los dos años de edad, en un entorno de afecto y estimulación, permite que el niño alcance su máximo potencial de crecimiento y desarrollo y, por tanto, influye en el resultado en la vida adulta. Es de sentido común pensar que la mejor leche que puede recibir una cría es la de su madre, pues todas las leches de mamíferos no son iguales y se adecuan a la cría de la especie. La leche humana es un fluido vivo, su composición⁽³⁾ no siempre es la misma, va a depender de la edad del niño, del momento del día, del tiempo que transcurra entre toma y toma, de la cantidad que ingiera y de si mama de uno o ambos pechos en la toma. No solo se adapta a los requerimientos nutricionales, también a los inmunológicos, según la etapa del desarrollo en la que se encuentre. El calostro posee múltiples cualidades beneficiosas, entre otras, las siguientes: facilita la eliminación de meconio, favorece el crecimiento de *lactobacillus bifidus* en el lumen intestinal, y los antioxidantes y quinonas protegen al recién nacido del daño oxidativo y de la enfermedad hemorrágica. Además, la IgA secretora en el tubo digestivo del neonato previene las adherencias de patógenos (se puede considerar la “primera vacuna”), los factores de crecimiento estimulan la maduración de los diferentes sistemas, su volumen pequeño es idóneo para el recién nacido que comienza a manejar la succión-deglución-respiración, y su osmolaridad se adapta a los riñones inmaduros.

Entre el 4º y 6º día postparto, se produce un aumento brusco en la producción de leche (lactogénesis II), la madre aprecia que los senos aumentan de tamaño, están calientes y algo endurecidos, se ha comenzado a producir la leche de transición, que alcanzará un volumen aproximado de 600 ml a las dos semanas. Aumenta su contenido en: lactosa, grasas, calorías, vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. A partir de las dos semanas, la leche ya se considera madura.

Al final de la “cuarentena”, la mujer produce un volumen promedio de leche madura alrededor de los 900 ml/día y se mantiene así hasta los 6 meses de edad del hijo, momento en que se inicia el destete natural con la introducción

gradual de los alimentos sólidos, que no deben sustituir a la leche materna, sino complementarla y no aportar más del 50% de las calorías totales en el segundo semestre, cuando el volumen promedio de leche materna es de aproximadamente 500 ml/día. Si la gestación es múltiple, la madre producirá un volumen suficiente de leche para cada uno de ellos. Si el parto se adelanta y el recién nacido es pretérmino, la leche que produce la madre tiene una composición diferente, mayor cantidad de proteínas y menor de lactosa que la leche madura, más cantidad de lactoferrina e IgA, adaptada a las necesidades en esa etapa de desarrollo. Pero si es menor de 1.500 gramos, la leche humana de pretérmino debe ser suplementada con “fortificadores de leche materna”, pues no llega a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y, ocasionalmente, de proteínas.

En principio, todas las mujeres pueden amamantar, salvo aquellas que están infectadas por el VIH y por el virus de la leucemia humana de células T en países desarrollados, donde la alimentación con sucedáneos es una alternativa accesible y segura. Todos los recién nacidos pueden ser alimentados con leche materna, excepto los afectados

por galactosemia (aunque algunas formas leves pueden recibir algo de leche materna) y los que presentan déficit congénito primario de lactasa (enfermedad rara). Pocos fármacos contraindican la lactancia materna. En la página web <http://www.e-lactancia.org/> (proyecto de APILAM, Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna), se puede consultar la compatibilidad de la lactancia con medicamentos y otros productos. Otras situaciones requerirán una valoración individualizada⁽⁴⁾.

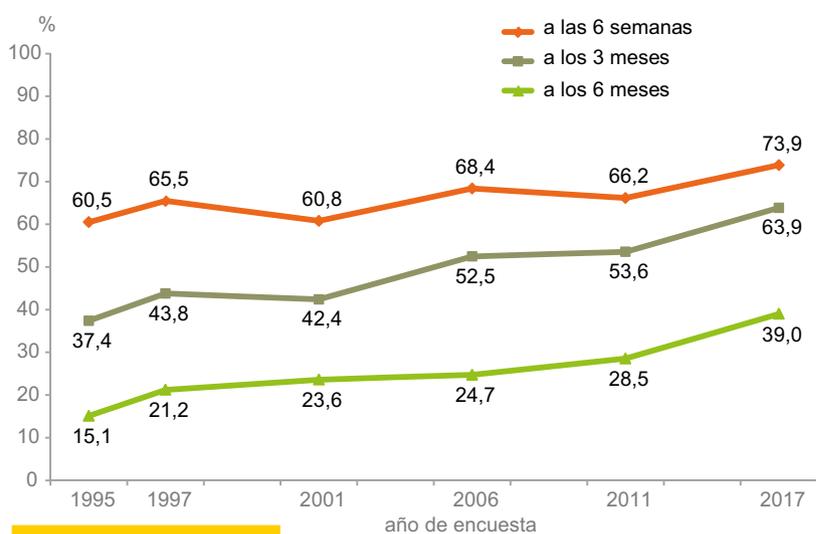
Una de las barreras que dificultan el inicio y el mantenimiento de la lactancia natural es la falta de formación y educación de los profesionales sanitarios. El objetivo de este artículo es proporcionar información para abordar la lactancia natural, incluso desde antes del nacimiento y comprobar su correcto funcionamiento.

Frecuencia de la lactancia materna

En España, las tasas de lactancia materna han ido aumentando en los últimos 20 años, pero aún quedan lejos de las recomendadas por la OMS.

Lactancia materna exclusiva 1995-2017

Población de 6 meses a 4 años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

Figura 1. Gráfico encuesta nacional de salud.

Tabla I. Ventajas de la lactancia materna

| <i>Para la madre</i> | <i>Para el lactante</i> |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Promueve el vínculo afectivo con su hijo - Favorece la involución uterina y disminuye el riesgo de hemorragia postparto - Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario - Satisfacción emocional, sentimiento de realización - Retrasa el retorno del periodo menstrual, extiende el tiempo entre gestaciones y favorece la recuperación de la mujer - Ahorro económico - Resulta más cómoda - Es una opción ecológica. Su fabricación no contamina - Recupera más rápidamente el peso previo al embarazo | <ul style="list-style-type: none"> - Disminuye el número y gravedad de las enfermedades infecciosas - Efecto protector frente a patología alérgica y enfermedad inflamatoria intestinal - Disminuye el riesgo de desarrollar obesidad y diabetes - Reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante - Favorece el óptimo desarrollo de las estructuras orofaciales y así previene alteraciones del lenguaje y mal oclusión - Mejor aceptación de los diferentes sabores de la comida sólida (el sabor de la leche materna varía según la alimentación de la madre) |

Tabla II. Riesgos de la lactancia artificial

| <i>Para el lactante</i> | <i>Para la madre</i> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de asma - Mayor riesgo de alergia - Menor desarrollo cognitivo - Mayor riesgo de enfermedad aguda de las vías respiratorias - Mayor riesgo de oclusión dental alterada - Mayor riesgo de infección por leche artificial contaminada - Mayor riesgo de carencia de nutrientes - Mayor riesgo de cáncer durante la infancia - Mayor riesgo de enfermedades crónicas - Mayor riesgo de diabetes - Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular - Mayor riesgo de obesidad - Mayor riesgo de infecciones gastrointestinales - Mayor riesgo de mortalidad - Mayor riesgo de infecciones para el oído - Mayor nivel de efectos secundarios de las contaminaciones ambientales | <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de cáncer de mama - Mayor riesgo de sobrepeso - Mayor riesgo de cáncer de ovario y endometrio - Mayor riesgo de osteoporosis - Menor intervalo entre embarazos - Mayor riesgo de artritis reumatoide - Mayor nivel de estrés y angustia - Mayor riesgo de diabetes materna |

Los datos que tenemos sobre la duración de la lactancia materna en España son los que aportan las Encuestas Nacionales de Salud que, desde el año 1995, incluyen preguntas relativas al tipo de lactancia. Se llevan a cabo cada 5 años. La última Encuesta Nacional de Salud (ENS) es relativa al año 2017⁽⁵⁾ y se publicó el día 26 de junio de 2018. Los datos corresponden a 23.860 hogares y a 29.195 entrevistas realizadas entre octubre de 2016 y octubre de 2017. Hay que tener en cuenta que no siguen los indicadores ni la metodología recomendados

por la OMS, lo cual impide poder comparar entre países. Se observa una evolución favorable en los últimos 20 años, sobre todo en la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, momento en el que casi el 40% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna, frente a un 28,5% en el año 2012 (Fig. 1). También, han aumentado las tasas de lactancia materna (exclusiva y parcial) a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses de edad, pero aún quedan lejos de las recomendaciones de la OMS, motivo este para seguir promocionando y apoyando la lactancia natural.

Los factores que influyen para que una mujer decida iniciar y mantener la lactancia materna son varios: socioeconómicos, culturales, educativos, psicológicos y, en el caso que nos ocupa, especial interés tienen los relacionados con el sistema de salud, donde el pediatra tiene un papel clave. Son factores protectores⁽⁶⁾: haber recibido educación prenatal durante el embarazo, disponer de una atención postparto adecuada, tener acceso temprano a la Atención Primaria y posibilidad de seguimiento en sus consultas, y asistir a talleres y a grupos de apoyo a la lactancia materna.

Abordaje de la lactancia natural por etapas

El pediatra de primer nivel puede abordar la lactancia natural ya en la etapa intrauterina, proporcionando a los futuros padres información para un buen comienzo. Tras el alta hospitalaria, una atención temprana le permitirá detectar posibles problemas y adoptar medidas para solucionarlos, asegurando una adecuada nutrición del recién nacido y una producción robusta de leche materna.

Etapa prenatal

En este periodo, los futuros padres deben decidir cómo quieren alimentar a su hijo. Este tema debe ser abordado adecuadamente en el 2º trimestre de la gestación por: ginecólogo, médico de familia y/o matrona. Los padres tienen derecho a conocer cuáles son las ventajas de la lactancia materna⁽⁷⁾ y los riesgos que conlleva la lactancia artificial⁽⁸⁾ (Tablas I-II). Debe ser una decisión informada, no debemos privar a la madre de información por el temor de suscitar sentimientos de culpa. Hay evidencia de que las mujeres no se sienten culpables cuando están bien informadas. Si optan por la lactancia natural, es el momento de que ambos progenitores aprendan todo lo posible acerca de ella, pues después del parto, cuando madre e hijo se están recuperando, se pueden sentir abrumados.

Conviene que los padres soliciten una consulta prenatal con el pediatra, para comentar aquellos aspectos que puedan plantear dudas acerca de la lactancia natural. La entrevista con la familia antes del nacimiento nos va a permitir:

Tabla III. Factores de riesgo prenatales de fracaso de la lactancia materna

| Madre | Feto |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Anomalías en el pecho que puedan dificultar el agarre: pezón plano, invertido - Cirugía previa de la mama - Sospecha de hipoplasia mamaria - Gestación múltiple - Cesárea programada - Enfermedad materna: diabetes, hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, etc. - Toma de medicación o sustancias de abuso - Mala experiencia previa con la lactancia materna | <ul style="list-style-type: none"> - Malformaciones orofaciales: labio leporino, paladar hendido, micrognatia - Otras malformaciones congénitas - Síndromes con afectación neurológica - Retraso de crecimiento intrauterino |

1. Conocer cómo desean alimentarlo, qué esperan de la lactancia natural, qué imagen tienen de la misma (idílica frente a dramática), si ha amamantado a otro hijo, si ha visto dar el pecho a otras mujeres, si va a recibir apoyo y comprensión de su entorno cercano que aumente la confianza en sí misma. Podemos dirigirla a un grupo de apoyo madre a madre de la lactancia materna⁽⁹⁾ si lo hay cerca de su localidad o a un taller de lactancia si se imparte en su centro de salud. Es interesante detectar si hay factores de riesgo en la madre o futuro recién nacido (Tabla III) que puedan comprometer la lactancia natural, para establecer medidas precoces encaminadas a conseguir el mejor inicio posible, como: extracción prenatal de calostro en mujeres diabéticas⁽¹⁰⁾, contacto piel con piel inmediato, método madre canguro, estimulación de la producción de leche, posturas especialmente indicadas, etc.

2. Informar de lo que suele ocurrir en un parto y de la importancia de un contacto piel con piel inmediato al nacimiento, que permita al recién nacido agarrarse espontáneamente al pecho y favorecer el inicio de la lactancia materna para prevenir futuros problemas.

Orientar sobre el comportamiento normal del recién nacido que, en las primeras dos horas de vida, está despierto y activo, momento ideal

para practicar el piel con piel, pues luego entra en un periodo más largo (24-36 horas) de sueño profundo con despertares cortos y los padres deben estar atentos a estos momentos de alerta para ponerlo al pecho.

Explicar por qué es importante alimentar a su hijo a demanda, es decir, que él decida cuándo ha de mamar, durante cuánto tiempo y si toma de uno o de ambos pechos; mamando de esta forma aparentemente “irregular”, ingiere, sin embargo, todos los nutrientes que necesita.

Enseñarles cómo reconocer en el lactante las señales que muestran disposición para mamar antes de que llore: giros de la cabeza, movimientos de la lengua, llevarse las manos a la boca y, si está en el hombro de un adulto, moverse hacia abajo buscando el pecho.

Proporcionarles unos parámetros nutricionales básicos: es normal que los recién nacidos mamen con frecuencia, 10-12 veces en 24 h, pues la capacidad gástrica es pequeña y solo necesitan una minúscula cantidad de leche (media cucharada por toma en las primeras 24 horas (Tabla IV)). En los primeros dos días, ingieren unos 30-60 ml de calostro a lo largo de todo el día, eliminan el meconio y mojan 1 o 2 pañales (orina pálida). El día 3, las heces son verdes y la orina (3 micciones al día) puede ser anaranjada al contener cristales de

urato. En el cuarto día, se produce la lactogénesis II, la “subida de la leche”, la mujer apreciará la ingurgitación mamaria, las heces se vuelven marrones y luego amarillas, la orina se vuelve transparente y sin olor.

Es importante que la madre aprenda la extracción manual de leche (técnica de Marmet, *para saber más de la técnica*: <https://blog.lactapp.es/extraccion-manual-tecnica-marmet/>), la cual puede ser necesaria los primeros días postparto: si se produce separación madre-hijo, si no consigue el agarre, si el pezón está dolorido o si se produce ingurgitación tras la subida de la leche.

Hacer ver la importancia de no usar biberones ni chupetes para evitar una confusión en el recién nacido que dificulte la succión natural al pecho. Finalmente, explicaremos cómo colocar correctamente el recién nacido al pecho para conseguir un buen agarre y evitar muchos de los problemas que se originan en los primeros días (dolor, grietas, pérdida excesiva de peso...). La madre adopta una postura en la que se sienta cómoda y relajada, acostada o sentada. Sujeta al bebé y lo acerca al pecho de frente, con su cuerpo alineado, de manera que la oreja, hombro y cadera formen una línea recta. Coloca la barbilla del bebé en su pecho y con el pezón roza el labio superior, lo que va a hacer que abra la boca y desplace su cabeza hacia atrás consiguiendo un buen agarre.

3. Explorar las mamas de la futura madre para observar si se han producido los cambios propios del embarazo (aumento de tamaño, dilatación de venas superficiales, aumento de la pigmentación de pezón y areola) y posibles estigmas de una hipoplasia mamaria⁽¹¹⁾ (Fig. 2), que pueda comprometer la producción de leche. Palpar las mamas en busca de posibles nódulos o quistes que podrían necesitar tratamiento. Valorar el tamaño y la forma del complejo pezón/areola para identificar cualquier anomalía anatómica (pezón plano, invertido) que pueda requerir intervenciones precoces. No es necesario preparar las mamas ni los pezones durante la gestación, pues durante este periodo cualquier pezón tiende a ser más flexible.

Tabla IV. Capacidad gástrica del recién nacido

| Día 1 | Día 3 | Día 7 | 1 mes |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| 5-7 ml (tamaño de una cereza) | 22-27 ml (tamaño de una nuez) | 45-60 ml (tamaño de una ciruela) | 80-150 ml (tamaño de un huevo grande) |

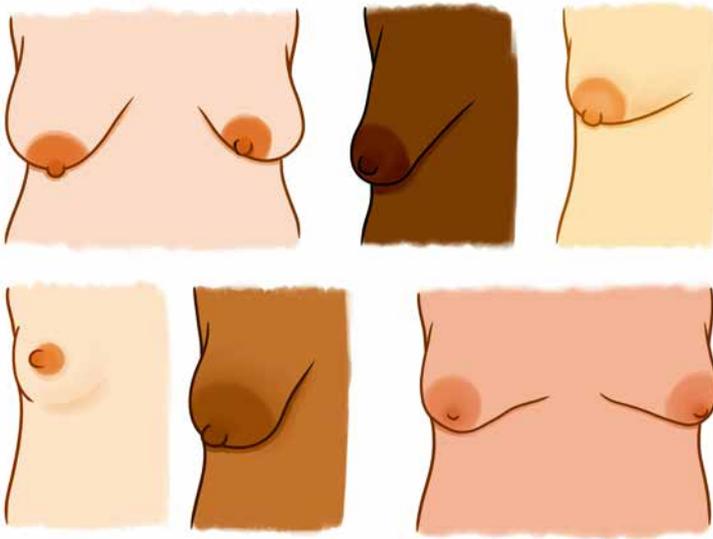


Figura 2.
Sospecha de hipoplasia mamaria.

Etapa hospitalaria (postparto inmediato)

Esta etapa se encuentra fuera del ámbito del pediatra de Atención Primaria, pero si se llevó a cabo la entrevista prenatal con los futuros padres, éstos estarán mejor preparados para afrontar los primeros días de vida de su hijo. Conocerán la importancia de practicar el contacto piel con piel de forma inmediata, tras el nacimiento, ininterrumpido, tanto tiempo como sea posible, para conseguir que el bebé agarre el seno materno con éxito en esa primera fase de alerta tranquila. Estarán atentos a las señales de su hijo que muestran disposición para mamar, a sus despertares cortos, para ponerlo al pecho en la postura correcta a fin de evitar un mal agarre que puede causar grietas, dolor y baja transferencia de leche. No se preocuparán por las tomas frecuentes, pues saben que su estómago es pequeño y es normal que pierda peso (hasta un 7-10%) los cinco primeros días. Evitarán el uso de chupetes y biberones para no confundir al recién nacido en la forma de succionar. Si se produce separación madre-hijo, los padres conocen la importancia de extraer leche de forma precoz (antes de que transcurran 6 h tras el parto) y frecuente (cada 2-3 horas), y se considerará una alternativa al biberón para administrar la leche materna.

Etapa posthospitalaria

Es recomendable que la primera visita al centro de salud se produzca en las primeras 24-48 horas tras el alta hospitalaria, con el objetivo de detectar pre-

cozmente problemas que puedan comprometer el inicio y mantenimiento de la lactancia natural, poniendo en riesgo la salud del recién nacido. En el informe de alta hospitalaria del neonato deberían constar, si las hubiese, las dificultades detectadas relativas al amamantamiento y las medidas adoptadas. En esa primera visita, la madre debe saber que se va a observar una toma, de manera que si el lactante está listo para mamar mientras están esperando en la sala de espera, debe avisar al personal para que le facilite un sitio cómodo e íntimo para amamantar y llevar a cabo una adecuada evaluación.

Valoración de la lactancia materna en el primer control de salud

Se debe valorar la lactancia materna de forma sistemática y quedar registrada en su historia de salud. Realizaremos una buena anamnesis materna, una exploración física al recién nacido y a la madre, que permita detectar anomalías en el amamantamiento y observaremos una toma.

Podemos comenzar la anamnesis haciendo preguntas abiertas del tipo “¿cómo alimenta a su bebé?”, y luego prestar atención a sus preocupaciones, dedicándole el tiempo suficiente, haciéndole ver que entendemos lo que nos dice y cómo se siente, evitando palabras enjuiciadoras y elogiando lo que está haciendo bien. De esta forma, estableceremos una relación con ella de confianza y no se sentirá cohibida a la

hora de mostrarnos cómo está siendo su experiencia con la lactancia. Cuando tengamos que darle información, será corta y pertinente, la que le resulte útil en ese momento, y expresada con un lenguaje sencillo. Si damos demasiada información y a destiempo, no va a ser capaz de asimilarla y podemos crearle inseguridad. Si consideramos que tiene que hacer algo diferente de lo que viene haciendo, en lugar de darle órdenes, es preferible hacerle sugerencias, de manera que no pierda la sensación de control ni disminuya la confianza en sí misma⁽¹²⁾. Una vez que la mujer se ha expresado libremente, pasaremos a realizar el interrogatorio dirigido para terminar de recabar la información necesaria en la valoración de la lactancia materna. Existen fichas ya elaboradas que nos pueden servir de guía, como la ficha de historia clínica de lactancia de la OMS (Tabla V).

En la **exploración física** del recién nacido, trataremos de identificar aquellas anomalías que puedan influir negativamente en el amamantamiento. A continuación, destacamos algunos aspectos.

Apariencia general

En la evaluación inicial es útil observar, en reposo y en una toma: el tono muscular, la simetría, el estado de alerta, la respiración y el color. Un lactante hipotónico, al pecho, puede perder la succión y derramar leche por la boca. Uno hipertónico puede aparecer: rígido, arqueado, tener dificultad para abrir bien la boca e iniciar la succión. El lactante que ingiere leche en la toma está despierto, tranquilo. Si está excitado puede que no consiga agarrar el pecho, aunque esté activado el reflejo de búsqueda. Si está adormilado puede no tener interés en mamar. Si la toma le resulta estresante puede presentar: sudoración, palidez, taquipnea y llanto. La asimetría en la postura, forma y movimientos puede ser sintomática de algún trastorno subyacente que dificulte la alimentación, como: fractura de clavícula, tortícolis muscular congénita, parálisis braquial obstétrica, craneosinostosis, trastornos del SNC (hipotonía, parálisis cerebral) y malformaciones congénitas (síndrome de Klippel-Feil, entre otros). La ictericia puede aparecer si hay escasa ingesta de leche junto a signos de deshidratación.

Tabla V. Ficha de historia clínica de lactancia materna

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Nombre de la madre: _____ | | Nombre del bebé: _____ | |
| Fecha de nacimiento: _____ | | | |
| Motivo de consulta: _____ | | Fecha: _____ | |
| 1. Alimentación actual del bebé (pregunte todos estos datos) | <ul style="list-style-type: none"> - Mamadas - Frecuencia - Duración - Intervalo más largo entre mamadas (tiempo que la madre está lejos del bebé) - Uno o ambos pechos - Otros alimentos o bebidas (y agua): <ul style="list-style-type: none"> • Qué recibe • Cuándo comenzaron • Cuánto • De qué manera | - Día | - Noche |
| 2. Salud y comportamiento del bebé (pregunte todos estos datos) | <ul style="list-style-type: none"> - Peso al nacer - Prematuro - Producción de orina (más/menos de 6 veces por día) - Deposiciones (blandas y amarillentas o duras y verdes; frecuencia) - Conducta al mamar (apetito, vómitos) - Conducta para dormir - Enfermedades | - Peso actual | - Crecimiento |
| 3. Embarazo, parto, primeras comidas | <ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal (sí/no) - Parto - Alojamiento conjunto - Comidas previas a la lactancia - ¿Qué le dieron? - Muestras de leche artificial que le dieron a la madre - Ayuda postnatal con la lactancia | - Gemelos | - Anormalidades |
| 4. Condición de la madre y planificación familiar | <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Salud - Método de planificación familiar | - ¿Discuten sobre lactancia? | - Contacto temprano (1ª ½-1 hora) |
| 5. Alimentación de bebés anteriores | <ul style="list-style-type: none"> - Número de bebés anteriores - Cuántos amamantó - Uso de biberones | - Cuándo dio la 1ª comida | - Cómo las dieron |
| 6. Situación familiar y social | <ul style="list-style-type: none"> - Situación de trabajo - Situación económica - Actitud del padre con relación a la lactancia - Actitud de otros familiares - Ayuda con el cuidado del niño - Qué dicen otros de la lactancia | - Condición del pecho | - Motivación para lactar |
| | | - Alcohol, cigarrillo, café, otros hábitos nocivos | - Experiencia buena o mala |
| | | | - Razones |
| | | | - Nivel de educación |

Fuente: Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Manual del participante. WHO/CDR/93.5.

Cabeza

La plagiocefalia congénita que suele ir asociada a tortícolis, hace más difícil el amamantamiento. También, la presencia de *caput succedaneum* o cefalohematoma, que pueden ser dolorosos.

Cara

Aspecto general

Valorar rasgos dismórficos asociados a síndromes congénitos que pueden afectar la lactancia materna. La asimetría de la cara puede deberse a: parálisis del VII par craneal, hipoplasia del músculo depresor del ángulo de la boca o a una postura fetal anómala.

Nariz

Sus orificios deben ser simétricos y estar permeables. Durante la tetada, la respiración es exclusivamente nasal, de modo que cualquier alteración que dificulte el flujo nasal de aire (atresia de coanas, luxación del cartílago, rinitis) también hará difícil el amamantamiento. Si observamos regurgitación nasal de leche, nos debe hacer sospechar paladar hendido y/o insuficiencia velofaríngea.

Boca

- Mejillas: el recién nacido a término tiene unas mejillas redondeadas debido a las bolas adiposas de Bichat que confieren estabilidad lateral en la succión (mantienen la lengua acanalada alrededor del pezón y permiten crear una adecuada presión negativa dentro de la boca); su menor desarrollo en los nacidos prematuros, puede hacer menos eficaz la succión.
- Labios: un frenillo labial superior tenso puede dificultar el agarre y causar la aparición de una ampolla en la parte central del labio superior. Esta también puede aparecer si la lengua tiene sus movimientos restringidos (anquiloglosia), debido al movimiento de barrido que realiza el labio superior sobre el pecho durante la succión.
- Mandíbula: cierto grado de retrognatía se considera fisiológica en los recién nacidos, pero si la mandíbula es demasiado pequeña y corta, puede originar dificultades en la succión y la respiración. En tal caso, el lactante para respirar mejor extiende la cabeza, logrando así agrandar la vía aérea superior más estrecha, y mantiene la punta de la lengua elevada hacia el paladar,

probablemente por la falta de espacio, en lugar de estar sobre la encía o labio inferiores. Esta posición anómala puede impedir una activación normal de los músculos para succionar. Una apertura de boca asimétrica nos debe hacer sospechar tortícolis congénita (cuello inclinado hacia el lado afectado y la cara girada al lado opuesto).

- Encías (crestas alveolares): podemos apreciar en ellas dientes congénitos que, en ocasiones, pueden asociarse a síndromes. Cualquier diente congénito se cae antes de la erupción de los de leche y no suele estar indicada su extracción a menos que estén sueltos o dificulten la alimentación.
- Paladar: valoraremos su integridad en busca de una hendidura completa o submucosa (resultará sospechosa si el arco de Cupido del labio superior aparece muy marcado y observamos una protuberancia a ambos lados de la nariz). Estaremos atentos a la movilidad del paladar blando, cuando el lactante llora o al estimular el reflejo nauseoso: una asimetría al contraerse (la úvula se desplaza hacia el lado sano) puede indicarnos compromiso neurológico en los nervios glossofaríngeo y vago. Por último, nos fijaremos en la forma: si es alto y estrecho, puede ir asociado a una lengua con la movilidad restringida, debido a la falta de contacto de la lengua contra el paladar en la vida intrauterina. Por este motivo, el paladar puede ser hipersensible y el lactante tener un reflejo de la náusea hiperactivo que dificulte un agarre profundo del pecho.
- Lengua: valoraremos la apariencia y la movilidad. Una lengua plana puede indicar hipotonía o frenillo sublingual restrictivo. Si la parte posterior de la lengua se eleva (adquiere aspecto de joroba), puede bloquear la cavidad oral y dificultar el agarre. Una muesca en la punta de la lengua puede deberse a un frenillo sublingual corto. La movilidad la evaluaremos observando sus movimientos espontáneos mientras interaccionamos con él o solicitándolos. Al tocar con el dedo la parte central de la cresta alveolar inferior, estimulamos la extensión de la lengua. Si desde el centro de dicha cresta barremos con nuestro dedo hacia los lados, podremos valorar la lateraliza-

ción de la lengua. Al llorar o al tocar con nuestro dedo la parte central de la cresta alveolar superior, valoraremos la elevación de la lengua con la boca bien abierta. No debemos olvidar levantar la lengua para observar el frenillo sublingual fijándonos en su: grosor, longitud, elasticidad y lugar de inserción. Si es corto, grueso y poco elástico, puede limitar la movilidad de la lengua (anquilosia) y causar un paladar alto y estrecho, originando problemas en el agarre y la succión. Más difíciles de valorar son los frenillos submucosos, no visibles, pero que igualmente pueden restringir la movilidad lingual y causar problemas en la lactancia. Por eso, más importante que la apariencia, es valorar los movimientos de la lengua. Existen escalas para valorar la función del frenillo sublingual, la más utilizada es la elaborada por la Dra. Alison

Hazelbaker (*Assessment Tool for Lingual Frenulum Function ATLFF*) o el test de la lengüita, propuesto por la Dra. Roberta Martinelli.

Examen digital de la succión no nutritiva

Si al lactante le cuesta succionar el dedo, probablemente tenga dificultad al pecho, cuando la boca tiene que estar más abierta. Le ofreceremos nuestro dedo para ver cómo lo agarra, rozándole la parte central del labio inferior y la punta de la lengua. En condiciones normales, el recién nacido extiende la lengua y atrapa el dedo. Observaremos si la lengua se acanala alrededor del dedo y lo lleva hacia la parte de atrás del paladar duro. Cuando inicie la succión, valoraremos su fuerza y si mantiene o pierde el contacto la parte anterior de la lengua con el dedo. Si pierde contacto, es fácil que pierda el agarre cuando esté

Tabla VI. Reflejos orales que intervienen en la alimentación

| Reflejo | Estímulo | Respuesta | Pares craneales | Momento de aparición |
|--------------------|---|--|---|-------------------------|
| Tos | Líquido en vía aérea | Movimiento rápido del aire hacia arriba para aclarar la vía aérea | X Vago | 40 semanas gestación |
| Nauseoso | Contacto con la parte posterior de la lengua | Apertura de la boca, extensión del cuello, depresión del suelo de la boca | IX Glossofaríngeo X Vago | 26-27 semanas gestación |
| Mordida | Contacto con las encías | Movimiento rítmico de la mandíbula hacia arriba y abajo | V Trigémino | 28 semanas gestación |
| Lingual transverso | Acariciar los laterales de la lengua | La lengua se mueve hacia el lado del estímulo | XII Hipogloso | 28 semanas gestación |
| Protrusión lingual | Contacto con la punta de la lengua | La lengua protruye hacia fuera de la boca | XII Hipogloso | 38-40 semanas gestación |
| Búsqueda | Contacto en la mejilla o alrededor de la boca | Gira la cabeza hacia el lugar del estímulo, abre la boca, extiende y deprime la lengua para agarrar el pecho materno | V Trigémino VII Facial XI Espinal XII Hipogloso | 28 semanas gestación |
| Succión | Contacto en la zona de unión del paladar duro con el blando | La lengua realiza un movimiento de onda coordinado con movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo | V Trigémino VII Facial IX Glossofaríngeo XII Hipogloso | 27-28 semanas gestación |

Fuente: Hall KD. *Pediatric dysphagia resource guide*. San Diego, CA: Singular. 2001.

mamando. Si la lengua se retrae, el dedo entra en contacto con la encía inferior y el lactante muerde. Esto, en el pecho materno, es causa de dolor y grietas.

Dentro de la exploración neurológica del recién nacido, no olvidaremos por su importancia, la valoración de los **reflejos orales** que garantizan la función de la alimentación (Tabla VI). La deglución no se considera un reflejo simple, sino una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas para llevar el bolo alimenticio de la boca al estómago. Está íntimamente relacionada con la succión y la respiración, y su valoración se lleva a cabo observando una toma.

Exploración física de las mamas de la madre

En la que pueda poner de manifiesto: un escaso desarrollo del tejido glandular, un retraso en la lactogénesis II, una ingurgitación patológica, anomalías en los pezones, nódulos, signos inflamatorios, cicatrices, etc.

Observación de una toma

Resulta imprescindible la observación de una toma en la valoración de la lactancia materna, momento que podemos aprovechar, si se detectan dificultades, para intervenir y comprobar si las técnicas empleadas son útiles o no a la diada madre-hijo.

Observaremos la postura, agarre y si hay signos de transferencia eficaz de leche (Tabla VII). Es muy importante que la madre proporcione estabilidad al cuerpo del recién nacido sujetándolo bien (cabeza, espalda y pelvis), sin separación entre ambos y de frente a ella. O bien, colocándolo sobre su cuerpo (madre con la espalda reclinada hacia atrás) con el lactante en decúbito prono y la cabeza girada hacia un lado entre sus pechos descubiertos. De este modo, todo el cuerpo del recién nacido está en contacto con la madre y pueden activarse todos los reflejos neonatales primitivos necesarios para buscar y agarrar la mama. Esto es lo que se conoce como crianza biológica, término acuñado por Suzanne Colson⁽¹³⁾. Los estímulos para que el recién nacido abra bien la boca son: el roce del pezón en su labio superior (*filtrum*) y el contacto de su barbilla sobre el seno materno. Dos pistas clave que la madre debe conocer para llevarlo a la práctica. Como vemos, no

se trata de introducir la mama dentro de la boca del recién nacido, sino de guiar a este hacia el pecho. Con la boca bien abierta, el recién nacido extiende la lengua, agarra el pezón y parte de la areola. Después eleva y acanala la lengua, dirigiéndolos hacia la parte posterior del paladar duro. Al inicio de la toma, cuando el flujo de leche es lento, las succiones son rápidas y los movimientos mandibulares superficiales. Cuando el reflejo de eyección se hace presente, el flujo de leche es más rápido y las succiones son más lentas y profundas, la mandíbula desciende y hace una pequeña pausa (cuando la boca se llena de leche) antes de elevarse de nuevo. El lactante, mientras traga, tiene los ojos abiertos y según va satisfaciendo su hambre, abre los puños, relaja y separa los brazos de su cara, acaba cerrando los ojos al final de la toma con una expresión facial relajada y suelta el pecho espontánea-

mente. Esto describe una toma normal. Nos podemos encontrar ante lactantes que se duermen al inicio de la toma sin soltar el pecho y pueden aparentar estar satisfechos sin estar tomando suficiente leche. En este caso, al retirarlos, se despiertan enseguida o vuelven a succionar rápidamente, y la toma no parece acabar nunca. Otras veces, los lactantes más impacientes, ante un flujo de leche lento, no se duermen y muestran una expresión facial de preocupación o desconcierto, con el ceño fruncido; mantienen los puños cerrados cerca de la cara, empujan y tiran del pecho, o lo amasan con sus manos para, de forma instintiva, estimular otro reflejo de eyección. Así mismo, parecen nerviosos hasta que la leche fluye rápido otra vez. También, hay lactantes que se retiran del pecho, se arquean, lloran y se niegan a agarrarlo de nuevo. Este comportamiento se puede interpretar como que no le

Tabla VII. Evaluación de una toma del pecho

| <i>Signos de amamantamiento adecuado</i> | <i>Signos de posible dificultad</i> |
|--|--|
| Postura de la madre y del bebé | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Madre relajada y cómoda - Bebé en estrecho contacto con su madre - Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho - La barbilla del bebé toca el pecho - Cuerpo del bebé bien sujeto - El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón - Contacto visual entre la madre y el bebé | <ul style="list-style-type: none"> - Hombros tensos, inclinados hacia el bebé - Bebé lejos del cuerpo de la madre - Cabeza y cuello del bebé girados - La barbilla del bebé no toca el pecho - Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé - El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón - No hay contacto visual madre-bebé |
| Lactante | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Boca bien abierta - Labios superior e inferior evertidos - La lengua rodea el pezón y la areola* - Mejillas llenas y redondeadas al mamar - Más areola visible por encima del labio superior - Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas - Puede verse u oírse tragar al bebé | <ul style="list-style-type: none"> - Boca poco abierta - Labios apretados o invertidos - No se ve la lengua* - Mejillas hundidas al mamar - Más areola por debajo del labio inferior - Movimientos de succión superficiales y rápidos - Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos |
| Signos de transferencia eficaz de leche | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Humedad alrededor de la boca del bebé - El bebé relaja progresivamente brazos y piernas - El pecho se ablanda progresivamente - Sale leche del otro pecho - La madre nota signos del reflejo de eyección** - El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma | <ul style="list-style-type: none"> - Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente - La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón - El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido - La madre no refiere signos del reflejo de eyección** - La madre ha de retirar al bebé del pecho |

* Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre.

** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

gusta mamar, pero no es así, los recién nacidos están biológicamente preparados para mamar, lo que les frustra es no ser capaz de conseguir que la leche fluya más rápidamente. Justo al terminar la toma, debemos observar el pezón que debe aparecer redondeado y sin signos de compresión (no debe aparecer blanco, ni con aspecto en punta de lápiz). Si todo el proceso es correcto, la succión del recién nacido no debe causar dolor. Con todo, su ausencia tampoco nos asegura que la lactancia materna sea eficaz.

Las ráfagas normales de succión consisten en 10 a 30 succiones con sus correspondientes degluciones y respiraciones, seguidas de una pausa de 3-5 segundos donde el lactante respira. Al inicio de la pausa, la respiración es más rápida, luego se enlentece y el lactante reanuda la succión. Alteraciones en este patrón nos pueden indicar: inestabilidad cardiorrespiratoria (3-5 succiones seguidas de una pausa larga con signos de dificultad respiratoria), inmadurez (ráfaga de succión más corta, con 5-8 succiones) o dificultad en la coordinación succión-deglución-respiración (ruidos al tragar, atragantamiento, tos, regurgitación nasal, apnea, cianosis, estridor). Como hemos visto anteriormente, los lactantes que no se manejen bien con el flujo de leche pueden rechazar el pecho o hacer tomas intranquilas, sobre todo, cerca de los 3 meses de edad, cuando la protección de la vía aérea se ve reducida por los cambios anatómicos propios del crecimiento (mayor distancia entre el velo del paladar y la epiglotis).

Evaluación del crecimiento de lactante amamantado

Para valorar si el lactante está bien nutrido, trasladaremos los datos antropométricos recogidos (peso, talla y perímetro cefálico) a las gráficas de crecimiento de la OMS. http://www.who.int/childgrowth/standards/w_velocity/en/

Estos patrones describen el crecimiento normal en la primera infancia bajo condiciones ambientales óptimas y pueden utilizarse para estudiar a los niños de cualquier lugar, independientemente de: etnia, situación socioeconómica y tipo de alimentación. Otras curvas han sido elaboradas a partir de muestras de lactantes alimentados con

Tabla VIII. Intervenciones que pueden mejorar el amamantamiento

- Contacto piel con piel con la madre (aumenta el estado de alerta y el interés por el pecho)
- Regulación externa de la succión-deglución-respiración (retirarlo brevemente del pecho, presionar sobre el seno materno para disminuir flujo de leche)
- Posturas para mamar que proporcionen estabilidad al bebé
- Crianza biológica (madre semi-reclinada con el bebé sobre su cuerpo en decúbito prono)
- Calmar al bebé cuando esté excitado
- Ambiente tranquilo
- Usar pezonera cuando hay dificultades en el agarre (es importante enseñar la colocación correcta)
- Apoyo mandibular para evitar la pérdida del agarre (útil en retrognatia, hipotonía)
- Apoyo a las mejillas (útil en hipotonía)
- Compresión mamaria cuando el flujo de leche es lento
- Técnica del sándwich para favorecer el agarre profundo asimétrico
- Terapia miofuncional oral
- Terapia corporal
- Estimular producción de leche manualmente o con sacaleches

fórmula y muestran un patrón de crecimiento diferente que nos puede llevar a calificar al lactante amamantado como de crecimiento lento cuando es normal, y al empleo de suplementos sin ser necesario, con el riesgo que supone⁽¹⁴⁾.

Plan de alimentación

Si detectamos algún problema en la alimentación del recién nacido amamantado, debemos intervenir elaborando un plan individualizado con medidas encaminadas a mantener la lactancia materna, asegurándonos una adecuada nutrición del lactante y una producción suficiente de leche materna. La mayoría de las dificultades se pueden resolver dándole a la madre unas pautas para que con la práctica mejore la postura y logre que su bebé agarre de forma óptima. Otras veces, estaremos ante problemas más complejos y puede ser necesario derivar a un profesional especialista en lactancia materna o, si se sospechan alteraciones anatómicas o déficits neurológicos, al hospital. Si la producción de leche está o puede verse comprometida, debemos recomendar la extracción de la misma, de forma preferible con el uso de sacaleches (doble, eléctrico y al menos, 8 veces en 24 horas), sería deseable que al menos una de las extracciones fuera nocturna para favorecer la producción láctea. Nos podemos ver forzados a considerar métodos de alimentación alternativos al biberón (relactador, dedo-jeringa, recipiente cuchara, vaso), cuando precise suplemento de leche materna extraída o de fórmula, para evitar el síndrome de confusión de pezón. También debemos animar al contacto piel

con piel cuando el bebé no tenga hambre para mantener el interés por el pecho y a valorar ejercicios de estimulación oral, incluso de terapia corporal, para mejorar la succión (Tabla VIII).

Las instrucciones se las daremos por escrito, asegurándonos de que las han entendido bien y, para ello, puede ser necesario que nos demuestren en la consulta las técnicas enseñadas. Haremos un seguimiento estrecho hasta que los padres se sientan seguros y el recién nacido mame bien, con un incremento de peso adecuado.

Bibliografía

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

- 1.** Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS y UNICEF; 2002. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/.
- 2.* Butha ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*. 2008; 371: 417-40.
- 3.*** Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Sexta edición. Elsevier. 2007.
- 4.*** Díaz Gómez NM. Contraindicaciones de la lactancia materna. En: Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008: 47-8.
- 5.* Nota técnica. Encuesta Nacional de salud. España 2017. Principales resultados. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 26 de junio 2018. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf.

- 6.* Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica (en línea). Octubre 2008-Marzo 2009, No.15. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
- 7.** de Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral*. 2015; XIX (4): 243-50.
- 8.* Sterken E. Riesgos de la alimentación con leche artificial. *INFACT Canadá/IBFAN Norte América Traducción: Natalia Rybak. IBFAN Boletines Año 4*; 2006: 174-7.
- 9.** Miembros de FEDALMA (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna). Disponible en: <https://www.fedalma.org/la-federacion/miembros-de-fedalma/>.
- 10.* Forster A, Moorhead M, Jacobs E, Davis G, Walker P, McEgan M, et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (diabetes and antenatal milk expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017; 389: 2204-13.
- 11.* Huggins, et al. Makers of lactation insufficiency: a study of 34 mothers. *Clinical Lactation*; 2000: 25-35.
- 12.*** Consejería en Lactancia Materna: curso de capacitación. Manual del participante. OMS. 1993. Edición revisada agosto 1998. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf.
- 13.*** Colson SD, Meek J, Hawdon JM. Optimal Positions triggering primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding Early Human Development. 2008; 84: 441-9.
- 14.* OMS, Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS. *Pediatría de Atención*

Primaria [en línea]. Disponible en: <https://www.who.int/childgrowth/es/>.

Bibliografía recomendada

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Elaborada por profesionales especialistas en lactancia materna (matronas, obstetras, pediatras y personal de enfermería) con la colaboración de mujeres que pertenecen a asociaciones de apoyo a la lactancia materna. Identifica cuáles son las condiciones que favorecen el inicio, la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna, y ofrece recomendaciones basadas en la evidencia científica para que los profesionales sanitarios puedan ayudar a aquellas madres que desean amamantar a sus hijos.

Caso clínico

Díada madre-lactante que acude por primera vez a la consulta siete días después del parto, acompañada del padre del recién nacido. Madre secundípara de 33 años. Primer hijo amamantado durante 4 meses. Sana. Embarazo espontáneo, controlado, de curso normal, estreptococo agalactie negativo. Parto espontáneo a las 39+5 semanas, vaginal, no instrumentado, anestesia epidural, no oxitocina sintética, rotura espontánea de membranas 2 horas antes del expulsivo, líquido amniótico claro. No realizaron episiotomía. No presentó desgarro. Recién nacido, mujer, Apgar 8-9, no precisó reanimación. No hubo contacto piel con piel. Peso al nacimiento 3.350 g. Profilaxis oftálmica administrada los primeros minutos de vida.

La primera toma tuvo lugar en la primera hora de vida mediante agarre dirigido. Alta hospitalaria a los 2 días de vida con *screening* metabólico y auditivo realizados (siendo este último normal). Grupo sanguíneo A + y test de Coombs negativo. Peso al alta de 3.040 g. Juicio clínico: RNAT de PAEG. Ictericia fisiológica.

Al preguntar a la madre cómo alimenta a su bebé, nos comenta que solo al pecho y que usa pezoneras desde el 2º día de vida, se las pusieron en el hospital porque le salieron

grietas en los dos pezones. La “subida de la leche” la apreció en casa al tercer día después del parto. En la exploración física del recién nacido, destaca ictericia de ++ y un frenillo sublingual fino, elástico, no demasiado corto, que cuando el bebé llora hace que aparezca una ligera muesca en la punta de la lengua. Peso 3.100 g (7 días de vida).

En la exploración de las mamas de la madre, se aprecian grietas en la punta de ambos pezones (estos son de un tamaño normal, tampoco son planos ni invertidos). No impresionan de mamas hipoplásicas. No se observan signos inflamatorios ni cicatrices. Han transcurrido 4 horas de la última toma y están algo blandas.

Al observar una toma sin pezonera con la madre sentada y el lactante en posición de cuna, la madre parece tensa, con los hombros hacia delante, mira a su hija, le habla, la sostiene con ambos brazos sin ayuda, la barriga del bebé mira hacia arriba y su cabeza se gira buscando el pecho, hay separación entre el cuerpo de ambas y cuando consigue agarrar, la boca del bebé está poco abierta, el labio inferior evertido, inicia succiones rápidas, pero la madre la retira tirando de su hija hacia atrás porque no soporta el dolor.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web:

www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es. 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”.



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: cómo valorar su inicio

- Con respecto a los lactantes alimentados con leche materna de forma exclusiva los 6 primeros meses de vida, señale la opción VERDADERA:**
 - No reciben suficiente aporte de nutrientes.
 - Tienen igual riesgo de infecciones que los alimentados con leche de fórmula.
 - Tienen más riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.
 - De adolescentes y adultos tienen menos riesgo de obesidad.
 - El vínculo que establecen con su madre es menos seguro.
- Sobre la leche humana, señale la opción VERDADERA:**
 - El calostro no es suficiente durante los primeros días de vida y es necesario administrar suero glucosado al recién nacido.
 - El calostro no influye en el establecimiento de la flora intestinal del recién nacido.
 - Aunque cubre los requerimientos nutricionales del lactante, su composición es siempre la misma.
 - La leche de transición es más rica en lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles, y tiene menos proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles en comparación con el calostro.
 - El pico de producción de leche materna se alcanza a las dos semanas después del parto y alcanza un volumen promedio de 900 ml al día.
- En cuanto a las contraindicaciones de la lactancia materna, señale la opción VERDADERA:**
 - En España, una madre infectada por VIH con tratamiento antirretrovírico puede amamantar con seguridad a su hijo, pues no transmite el virus a través de la leche.
 - Una madre con hepatitis B no puede amamantar a su hijo bajo ningún concepto.
 - La lactancia materna no debe suspenderse en caso de mastitis, la leche es segura para el lactante, su cese aumenta el riesgo de absceso mamario.
 - Si la madre amamanta, no puede tomar ningún medicamento hasta que destete a su hijo.
 - La galactosemia no contraindica la lactancia materna.
- En el abordaje prenatal de la lactancia materna, señale la opción VERDADERA:**
 - El pediatra no interviene en este periodo, le corresponde a la matrona y ginecólogo.
 - Recomendaremos que la primera toma, a ser posible, se haga en la primera hora de vida, en contacto piel con piel para favorecer el agarre espontáneo, que ofrezca el pecho a demanda, atendiendo a las señales de disposición para mamar del recién nacido y que evite el uso de tetinas/chupetes las primeras semanas.
- En la observación de la toma, señale la opción que considere VERDADERA:**
 - La postura que elija la madre le debe permitir sentirse cómoda y relajada, independientemente de la posición del lactante.
 - Si la toma es dolorosa, debemos entender que hay un problema que interfiere con la lactancia natural, buscar su origen nos permite ofrecerle una solución satisfactoria.
 - La boca del lactante no tiene por qué estar bien abierta, es suficiente con que agarre el pezón.
 - Los labios del lactante no aportan información sobre el agarre, la lengua es el principal músculo para mamar.
 - Si el lactante se duerme, aunque sea al inicio de la toma y no suelte el pecho, nos indica que ha quedado satisfecho.

Caso clínico

6. Con respecto a los datos aportados, señale la opción VERDADERA:

- a. Acude al centro de salud demasiado pronto, la primera visita se debe realizar a los 15 días de vida, no antes, para que madre e hijo tengan tiempo de adaptarse uno al otro.
- b. Que acudan acompañados por el padre del recién nacido, entorpece el desarrollo normal de la consulta.
- c. El parto ha sido perfecto, no hay ningún motivo para que la lactancia materna vaya mal.
- d. No se practicó contacto piel con piel de forma inmediata o precoz, puede haber dificultades para el establecimiento de la lactancia materna.
- e. Con los datos aportados, podemos realizar una historia clínica completa, no hace falta preguntar más.

7. De las siguientes opciones, ¿cuál le parece más correcta?

- a. Es normal que salgan grietas al inicio de la lactancia materna, porque los pezones están más sensibles, así que esperaríamos.

- b. La ictericia no me preocupa, puesto que el test de Coombs es negativo y el recién nacido va recuperando peso.
- c. La madre parece confiada, es su segundo hijo, le recomiendo que aplique lanolina en los pezones tras las tomas y con eso espero que curen las grietas.
- d. El frenillo sublingual es la causa de las grietas, derivó a cirugía pediátrica para realización de frenotomía, mientras tanto que siga usando la pezonera.
- e. Además de fijarme en la apariencia de la lengua y en las características del frenillo sublingual (lugar de inserción en la lengua y suelo de la boca, longitud y elasticidad), valoraría los movimientos de la lengua, puesto que hay frenillos que no dificultan su movilidad.

8. ¿Qué actitud sería la menos adecuada?

- a. Le dice a la madre que lo está haciendo fatal y, puesto que le duele mucho, aconseja que no lo amamante y le pautó leche de fórmula en biberón.
- b. La postura y el agarre observados no facilitan al lactante la

alimentación, intervengo corrigiendo la posición del recién nacido para que esté bien sujeto, de frente al pecho, en estrecho contacto con su madre, la cabeza y el cuerpo alineados, el pezón en contacto con el filtro del labio superior y la barbilla tocando el pecho de la madre.

- c. Si tras corregir la postura, el agarre es bueno y la toma deja de ser dolorosa, no es necesario usar pezonera.
- d. Transmitiremos a la madre seguridad y confianza en sí misma. Le recordaremos que, a veces, hay que hacer más de un intento para conseguir un buen agarre. Y que una vez logrado no le dolerá, como mucho tendrá ligeras molestias hasta que curen las grietas.
- e. El incremento de peso es escaso, pero como hemos corregido la causa del dolor y las grietas (mala postura), la alimentación mejorará. Los valoro de nuevo en 24-48 h para comprobar de nuevo la técnica de lactancia, el estado de salud del recién nacido y los sentimientos y preocupaciones de la madre.