



Viernes 14 de febrero de 2020

Taller:

Problemas en la lactancia

Ponente/monitora:

- **Margarita Tomico del Río**
*Pediatra. Consultorio de Campohermoso.
Humanes de Madrid. Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Tomico del Río M. Problemas en la lactancia materna. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 451-461.

Problemas en la lactancia materna

Margarita Tomico del Río

Pediatra. Consultorio de Campohermoso.

Humanes de Madrid. Madrid.

margarita_tomico_del_rio@yahoo.es

RESUMEN

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que la lactancia materna (LM) beneficia al lactante amamantado desde el nacimiento y que sus efectos se prolongan durante años después de haberse producido el destete.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALYP), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, reafirmó la importancia de promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y mantenerla hasta los dos años, complementada con una alimentación sana, segura, apropiada y factible¹.

El pediatra se encuentra en un lugar privilegiado para promover la LM por ello es tan importante que mantenga al día su formación. El principal objetivo de este taller es proporcionar a los profesionales sanitarios responsables de la salud materno-infantil los conocimientos y herramientas necesarias, que les permitan desarrollar habilidades para conseguir prácticas óptimas de LM y para ayudar a las madres en el amamantamiento. Además se pretende que los asistentes obtengan los conocimientos teóricos necesarios para el manejo de la LM y sus problemas clínicos, desarrollen habilidades prácticas en la entrevista de lactancia a las madres (historia clínica de lactancia) y en la resolución de los problemas más frecuentes del ama-

mantamiento, aprendan a observar y valorar de forma adecuada una toma al pecho a fin de identificar a las madres con problemas y riesgo de destete precoz y aprendan cómo prolongar y mantener la lactancia hasta los dos años o más.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica en los últimos años ha demostrado la superioridad nutricional de la leche materna (nutrientes específicos de especie, máxima biodisponibilidad, aporte de células vivas: linfocitos y macrófagos, enzimas digestivas, inmunomoduladores, factores de crecimiento y receptores análogos) para la alimentación del recién nacido y lactante². La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (LM) es una prioridad de salud pública porque es la forma natural de alimentar a los bebés y niños pequeños.

Existen multitud de estudios en que se recoge la importancia del papel del profesional sanitario que está en contacto con la madre, tanto en el embarazo como en el parto y postparto para la prevalencia de la LM. El paso primero y más importante para su promoción posiblemente sea mejorar los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios en contacto con la diada madre-hijo. Ellos deben ser capaces de ayudar a las madres a iniciar la LM y de resolver las dudas y problemas que presenten durante el amamantamiento. Asimismo, la educación prenatal y postnatal de los progenitores parece ser esencial en el éxito de la lactancia³.

El pediatra, por tanto, se encuentra en una posición privilegiada para influir en la protección de la LM. Mantener al día su formación en lactancia, ser agente activo, capaz de apoyar y promoverla y ayudar en la resolución de los problemas, es un reto gratificante que deparará grandes beneficios para todos. De ahí, la importancia de los cursos de formación en LM para los profesionales sanitarios.

“Si una nueva vacuna estuviera disponible para prevenir un millón o más muertes de niños y, además, fuera barata, segura, administrada oralmente y no necesitara de una cadena de conservación en frío, se convertiría

inmediatamente en un imperativo público de salud. La LM puede hacer todo esto y más, pero necesita de una ‘cadena cálida’ de ayuda, es decir, de un cuidado adecuado a las madres para potenciar su confianza, mostrarles cómo hacerlo y para evitar prácticas nocivas. Si esta cadena se ha perdido en la cultura o es inexistente, debe encargarse de ello el Servicio de Salud⁴.

Por todo ello, los profesionales sanitarios encargados de la salud de madres y niños deberían adquirir formación teórica y práctica que les capacite para informar adecuadamente y para resolver los problemas técnicos que se presenten, a fin de proteger la LM.

CÓMO PROMOCIONAR Y VALORAR DE FORMA ADECUADA LA LACTANCIA MATERNA

El pediatra es una figura especialmente relevante en la educación prenatal y es deseable que comparta la responsabilidad, junto con enfermeras, médicos de familia, matronas, obstetras y cualquier otro profesional en contacto con los progenitores, de ayudar a las madres y padres a realizar una elección informada sobre el método de alimentación de sus hijos pues la educación de los progenitores antes y después del parto es esencial para el éxito de la lactancia. Durante el postparto inmediato todos los recién nacidos necesitan ser colocados encima de la madre, en contacto piel con piel, para favorecer el inicio de la lactancia y mantenerlos así hasta que realicen la primera toma de pecho, siempre que el estado del niño y de la madre lo permitan animando al padre a estar junto a ellos. Además, así se favorece el vínculo afectivo madre-hijo.

Es fundamental que el neonato permanezca durante las 24 horas del día con su madre en la habitación y animarla a ofrecer el pecho con mucha frecuencia, entre 8 y 12 tomas al día y siempre que el bebé muestre signos de hambre (chupeteo, bostezo, movimientos de búsqueda o de las manos a la boca) sin esperar a que lllore desesperadamente. Se animará a la madre a mantener a su hijo al pecho todo el tiempo que quiera. En la toma se debe ofrecer el primer pecho durante el tiempo que desee, hasta que lo suelte espontáneamente para asegurar el vaciado de la primera mama,

ofreciendo posteriormente el segundo pecho si lo desea. Se instruirá a las madres para alternar el orden de los pechos en las tomas.

El llanto excesivo en los neonatos amamantados puede indicar problemas con la lactancia que deben ser evaluados de forma estrecha y corregidos si fuera necesario. Es aconsejable explicar a la madre y a sus familiares la importancia de la succión no nutritiva para aliviar la ansiedad que causa el llanto del bebé.

Es primordial realizar la evaluación de una toma al pecho (**Tabla 1**) para detectar y resolver precozmente los posibles problemas de agarre. La colocación correcta al pecho es uno de los requisitos principales para el éxito de la LM pues buena parte de los problemas que surgen al principio, se deben a una mala posición, a un mal agarre o a una combinación de ambos⁵. También es muy útil la escala LATCH (**Tabla 2**), que consta de cinco puntos validados, con un valor predictivo moderado para identificar situaciones de destete temprano a causa del dolor en los pezones.

La alimentación en los recién nacidos es una actividad compleja, que requiere una coordinación eficaz entre los procesos de succión, deglución y respiración. Para obtener la leche materna, el neonato debe coordinar una serie de mecanismos complejos de succión-deglución, los cuales están implicados en el desarrollo motor oral durante los primeros meses de vida. Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional, tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la areola formando un cinturón muscular, que haga un masaje en la zona de los senos lactíferos. Los niños deben ser capaces de efectuar cuatro movimientos con la lengua:

1. La lengua se proyecta por delante de la encía inferior (se extiende).
2. La porción anterior de la lengua envuelve el pezón y parte de la areola, y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar (se eleva). Este parece ser el movimiento que más influye en la lactancia.

3. La lengua se puede mover hacia los lados (laterización).
4. El movimiento ondulante de la lengua y la mandíbula produce un efecto de émbolo, que permite que la leche extraída vaya al fondo de la boca (peristaltismo).

Para desempeñar adecuadamente estas funciones, es necesaria la interacción entre la lengua, los labios, la mandíbula, el maxilar, el paladar duro, el paladar blando, el piso de la boca y los rebordes alveolares. Este mecanismo se inicia cuando los labios son estimulados; la cara es dirigida hacia el estímulo, se abre la boca proyectando la lengua, el labio inferior se invierte permitiendo a la lengua sobrepasar el reborde alveolar. Posteriormente, la punta y el dorso de la lengua se elevan comprimiendo la areola y el pezón contra el paladar duro sin dejar espacios en la superficie bucal, mientras que la porción lingual posterior forma un sello contra el paladar blando y la faringe. Una vez que la mandíbula se desplaza en sentido inferior, se produce una presión negativa, facilitando la extracción de la leche materna. Estos procesos representan el inicio de la alimentación y la alteración de alguna de las estructuras anatómicas podría impedir el correcto funcionamiento de los mecanismos de succión-deglución. Un ejemplo es la **anquiloglosia**, un frenillo anormalmente corto y grueso. La longitud, la elasticidad y el punto de inserción de la lengua influirán en el grado de restricción de los movimientos linguales⁶. Tiene una prevalencia variable, alrededor del 4%, pero no olvidemos que entre el 25-44% de los recién nacidos manifiestan dificultades para alimentarse. La anquiloglosia suele ser más frecuente en los varones y, aunque la mayoría de las veces se presenta aislada, puede ir asociada a algún síndrome raro, como el de Ehlers-Danlos, Ellis-Van Creveld, Pierre Robin, orofacial digital, estenosis pilórica hipertrófica infantil o el paladar hendido ligado al cromosoma X. El diagnóstico de la anquiloglosia suele ser clínico, según la apariencia y la función de la lengua. Si valoramos los criterios anatómicos y de función, no todos los frenillos darán problemas, puesto que dependerá de si son flexibles, de su punto de inserción, de si están formados de tejido fibroso o blando y de si son largos o cortos, pues-

Tabla 1. Ficha de observación de la toma

Nombre de la madre:	Fecha:
Nombre del bebé:	Edad del bebé:
Signos de que la lactancia va bien	Signos de posible dificultad
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 ■ 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^a ■ Mejillas llenas y redondeadas al mamar ■ Más areola por encima del labio superior ■ Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas ■ Puede verse u oírse 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Boca poco abierta ■ Labios apretados o invertidos ■ No se ve la lengua^a ■ 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 el reflejo de eyección^b ■ 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 o dolorido ■ La madre no refiere reflejo de eyección^b ■ La madre ha de retirar al bebé del pecho
Evaluación de una toma	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué nota acerca de la madre? ¿Cómo sostiene a su bebé? 2. ¿Qué nota acerca del bebé? ¿Cómo responde el bebé? 3. ¿Cómo coloca la madre a su bebé para que mame? 4. ¿Cómo sostiene el pecho durante la mamada? 5. ¿Se ve que el bebé agarra bien el pecho? 6. ¿Está el bebé succionando de una forma eficaz? 7. ¿Cómo termina la mamada? ¿Parece satisfecho el bebé? 8. ¿En qué condición están los pechos de la madre? 9. ¿Cómo se siente la madre al estar lactando? 	

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

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

Fuente: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea. 2006.

Tabla 2. Escala de LATCH

	L (<i>latch</i>) Agarre	A (<i>audible swallowing</i>) Deglución audible	T (<i>type of nipple</i>) Tipo de pezón	C (<i>comfort</i>) Comodidad de pecho y pezón	H (<i>hold</i>) Postura, colocación al pecho
0	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demasiado dormido. ■ No se coge al pecho 	Ninguna	Invertidos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ingurgitadas. ■ Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes ■ Molestia o dolor intenso 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ayuda total (el personal mantiene colocado al niño al pecho)
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repetidos intentos de cogerse ■ Mantiene el pezón en la boca ■ Llega a succionar 	Un poco si se le estimula	Planos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mamas llenas (cargadas) ■ Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras ■ Molestia o dolor medio o moderado 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mínima ayuda (colocar una almohada) ■ Si se le enseña en un lado, la madre lo coloca al otro ■ El personal lo coloca y luego la madre sigue
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agarra el pecho ■ Lengua debajo ■ Labios que ajustan ■ Succión rítmica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Espontánea e intermitente si <24 h de vida ■ Espontánea y frecuente si >24 h de vida 	Evertidos tras estimulación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mamas blandas ■ No presenta dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ■ No es necesaria ayuda del personal ■ La madre es capaz de mantener al niño al pecho

Báez C, Blasco R, Martín E, Pozo M, Sánchez A, Vargas C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. *Index de Enfermería*. 2008;17:205-9.

to que algunos pueden parecer cortos, pero tienen suficiente elasticidad para cumplir su función. Los criterios diagnósticos son muy diversos. El método diagnóstico más utilizado es la herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbaker (*Assessment Tool for Lingual Frenulum Function [HATLFF]*) (Figura 1) que valora cinco aspectos anatómicos de apariencia de la lengua (al elevarse, elasticidad del frenillo, longitud del frenillo, unión del frenillo a la lengua, unión inferior del frenillo a la cresta alveolar) y siete funcionales (lateralización, elevación, extensión, anchura/adelgazamiento, acanalamiento, peristaltismo y chasquido), cada uno de estos aspectos es puntuado de 0 (peor) a 2 (mejor). Esta herramienta precisa pero compleja y engorrosa recomienda la frenotomía cuando la puntuación de función es inferior a 11 y ha fallado el manejo conservador y cuando la puntuación en los aspectos de apariencia es infe-

rior a 8. Amir, en 2006, publicó un interesante estudio en el que trataba de validar el método de Hazelbaker y evaluó la validez de cada ítem de forma independiente, de modo que los aspectos más importantes en la evaluación eran los 3 primeros ítems de función (lateralización, elevación y extensión), lo que simplifica la evaluación del frenillo, al usar solo esos tres primeros ítems de función para valorar la anquiloglosia, puntuando cada uno de ellos entre 0 y 2 puntos. Con puntuación menor o igual a 4, se recomendaría la frenotomía. Esta nueva escala tiene una sensibilidad y especificidad muy altas y no varía la recomendación de frenotomía respecto a la herramienta completa.

Para una adecuada valoración de la toma es muy importante realizar una minuciosa exploración física del recién nacido observando su color y perfusión (cianosis, palidez,

Figura 1. Método de Hazelbaker para la evaluación de la función del frenillo lingual

<p>Método Hazelbaker para la evaluación de la función del frenillo lingual</p> <p>Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF)</p> <p>© Alison K. Hazelbaker, PhD, IBCLC June 2013</p>		<p>Nombre de la madre: _____</p> <p>Nombre del bebé: _____</p> <p>Edad del bebé: _____</p> <p>Fecha de la valoración: _____</p>	
CRITERIOS DE FUNCIÓN			
<p>Lateralización</p> <p>2 Completa</p> <p>1 Cuerpo de la lengua pero no la punta</p> <p>0 Ninguno</p>		<p>Concavidad</p> <p>2 Todo el borde formando una concavidad firme</p> <p>1 Solamente los lados de los bordes, concavidad moderada</p> <p>0 Concavidad pobre <i>O</i> no se hace cóncava</p>	
<p>Levantamiento</p> <p>2 La punta de la lengua a la mitad de la boca</p> <p>1 Solo el borde se levanta hacia la mitad de la boca</p> <p>0 La punta de la lengua permanece cerca de la encía, <i>O</i> se levanta hacia la mitad de la boca cerrando la mandíbula <i>Y/O</i> a la lengua se le hace un hoyuelo a la mitad.</p>		<p>Peristalsis (contracción progresiva)</p> <p>2 Completa de anterior a posterior (se origina en la punta de la lengua)</p> <p>1 Parcial: se origina posterior a la punta de la lengua</p> <p>0 Ninguna <i>O</i> la parte anterior se empuja</p>	
<p>Extensión de la lengua</p> <p>2 La punta de la lengua sobrepasa el labio inferior</p> <p>1 La punta de la lengua sobrepasa sólo la encía</p> <p>0 Ninguna de las anteriores, <i>O</i> la lengua se abomba en el medio <i>Y/O</i> se le hace un hoyuelo</p>		<p>Retracción</p> <p>2 Ninguna</p> <p>1 Periódica</p> <p>0 Frecuente <i>O</i> con cada succión</p>	
<p>Expansión de la lengua anterior</p> <p>2 Completa</p> <p>1 Moderada <i>O</i> parcial</p> <p>0 Poca <i>O</i> ninguna</p>		Método Hazelbaker para la evaluación de la función del frenillo lingual	
CRITERIOS DE APARIENCIA			
<p>Apariencia de la lengua al levantarla</p> <p>2 Redonda <i>O</i> cuadrada</p> <p>1 punta de apariencia ligeramente hendida</p> <p>0 forma de corazón</p>		<p>Elasticidad del frenillo lingual</p> <p>2 Muy elástica (excelente)</p> <p>1 Moderadamente elástica</p> <p>0 Poca <i>O</i> ninguna elasticidad</p>	
<p>Largo del frenillo lingual cuando lengua está levantada</p> <p>2: más de 1 cm <i>O</i> frenillo ausente</p> <p>1: 1 cm</p> <p>0: menos de 1 cm</p>		<p>Unión del frenillo lingual a la cara inferior de la lengua</p> <p>2: posterior a la punta</p> <p>1: en la punta</p> <p>0: en muesca <i>O</i> bajo la mucosa en la base de la lengua</p>	
<p>Unión del frenillo lingual al cordón alveolar inferior</p> <p>2: unido al piso de la boca <i>O</i> bien más allá del cordón</p> <p>1: unido justo atrás del cordón</p> <p>0: unido al cordón</p>			
Puntuación			
Puntuación criterios de función: _____		Puntuación combinada: _____ / _____	
Puntuación criterios de apariencia: _____			
Recomendación de tratamiento basado en la puntuación			
14 = Función perfecta sin importar la puntuación de función de apariencia. No se recomienda tratamiento quirúrgico.			
11 = Función aceptable solamente si la puntuación en criterios de apariencia es 10.			
<11 = La puntuación de Función indica que la función está disminuida. Se debe considerar la frenotomía si el manejo falla. La frenotomía es necesaria si la puntuación en criterios de apariencia es < 8.			

ictericia...), su tono muscular, desarrollo neurológico, su comportamiento y sus reflejos, su simetría de estructuras. Debemos fijarnos en si presenta o no asimetría facial, torticolis, *caput succedaneum* o cefalohematoma, valorando la posibilidad de dolor durante el agarre y además variaciones en la forma de la cabeza (plagiocefalia...), en el emplazamiento de las orejas y de la línea del pelo. También valoraremos su boca y las estructuras que la componen: mejillas, bucinadores, labios, encías, forma, altura o anomalía del paladar (paladar ojival, paladar hendido, disfunción del paladar blando con insuficiencia velofaríngea y regurgitación nasal...), mandíbula (micrognatia, retrognatia), lengua y movilidad de la misma (elevación, extensión /protrusión, lateralización y habili-

dad para permanecer por encima de las encías durante el agarre), existencia o no de frenillo lingual o de frenillo labial superior y existencia o no de alguna anomalía o malformación teniendo en cuenta que las anomalías menores pueden indicar una anomalía o síndrome mayor escondido y que la probabilidad aumenta con el número de anomalías menores.

Nunca debemos olvidar la correcta valoración de la ganancia ponderal del recién nacido utilizando siempre las curvas de LM de la OMS.

A su vez hay que valorar a la madre y observar sus pechos (**Figura 2**).

Figura 2. Manejo de las patologías más frecuentes de la mama lactante



Tabla 3. Ficha de historia clínica de lactancia

Nombre de la madre:

Nombre del bebé:

Fecha de nacimiento:

Motivo de consulta:

Fecha:

Alimentación actual del bebé (pregunte todos estos datos)	Mamadas <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ Cuando comenzaron ■ Cuánto ■ De qué manera 	Día <i>Chupete</i> Sí/No	Noche
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 Gemelos Anormalidades	Crecimiento
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? <ul style="list-style-type: none"> ■ Muestras de leche artificial que le dieron a la madre. ■ Ayuda posnatal con la lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Discuten sobre lactancia? ■ Contacto temprano (1.ª ½-1 hora) ■ Cuando dio la 1.ª comida ■ Cómo las dieron 	
Condición de la madre y planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Edad ■ Salud ■ Método de planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Condición del pecho ■ Motivación para lactar ■ Alcohol, cigarrillo, café, otros hábitos nocivos 	
Alimentación de bebés anteriores	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de bebés anteriores ■ Cuántos amamantó ■ Uso de biberones 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Experiencia buena o mala ■ Razones 	
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 	Nivel de educación	

continúa en pág. siguiente »

» continúa de pág. anterior

Cómo obtener una historia clínica de lactancia

Use el nombre de la madre y el nombre del bebé. Salude a la madre con amabilidad. Preséntese y pregúntele cuál es su nombre y el del bebé. Recuérdelos y úselos, o diríjase a la madre de la forma que sea culturalmente la más apropiada

Pídale que le hable de ella misma y de su bebé en sus propias palabras. Déjela que le cuente primero lo que ella piensa que es importante. Usted puede averiguar más tarde otras cosas que necesite saber. Use sus habilidades de escucha y aprendizaje para motivarla a que le cuente más

Mire la gráfica de peso del niño. La gráfica puede aclararle algunos hechos importantes evitándole de paso que tenga que hacer algunas preguntas

Haga las preguntas que le aclararán los hechos más importantes. Usted necesitará hacer preguntas, inclusive algunas preguntas cerradas, pero trate de que no sean demasiadas. La ficha de Historia Clínica de Lactancia es una guía sobre la información que usted podría necesitar. Decida qué es lo que usted requiere saber de cada una de las seis secciones

Tenga cuidado de no aparecer como si estuviera criticando. Haga las preguntas con cortesía. Por ejemplo, no pregunte "¿Por qué está usted dándole biberón?", es mejor decir "¿Qué le hizo decidir darle biberones a (nombre)?"

Ponga en práctica sus habilidades para reforzar la confianza de la madre en sí misma

Acepte lo que la madre dice y elógiela por lo que está haciendo bien

Trate de no repetir preguntas. Trate de no hacer preguntas sobre hechos que ya la madre o la gráfica de peso le han aclarado. Si usted realmente necesita repetir una pregunta, diga primero: "¿Puedo estar seguro de haberle entendido bien?". Y luego, por ejemplo: "¿Usted dijo que (nombre) tuvo diarrea y también neumonía el mes pasado?"

Tome el tiempo necesario para averiguar sobre cosas más difíciles y delicadas. Hay algunas cosas que son más difíciles de preguntar pero que pueden informarle sobre los sentimientos de la mujer y sobre si ella realmente quiere amamantar:

- ¿Qué le ha dicho la gente sobre la lactancia?
- ¿Tiene que obedecer reglas especiales?
- ¿Qué dice el padre del bebé? ¿Su madre? ¿Su suegra?
- ¿Deseaba este embarazo en este momento?
- ¿Está contenta de tener el niño ahora? ¿Con el sexo del bebé?

Algunas madres cuentan estas cosas espontáneamente. Otras las cuentan cuando usted muestra empatía por ellas y muestra que entiende cómo se sienten. Otras toman más tiempo. Si una madre no habla fácilmente, espere, pregunte nuevamente más tarde, u otro día, tal vez en un lugar más privado

Materiales para cursos de lactancia materna, adaptados de Breastfeeding counselling: a training course WHO/CDR/93.3-5.

Los profesionales en contacto con la mujer lactante deben ser capaces de obtener una historia clínica de lactancia adecuada (**Tabla 3**). Hay que preguntar a la madre acerca de:

- Su embarazo (desarrollo de los pechos antes del embarazo, crecimiento de los pechos durante el embarazo o el postparto, problemas de placenta durante el embarazo, lactogénesis durante el embarazo...).
- Su historial de salud en general (cuestiones hormonales, síndrome premenstrual, diabetes, problemas de tiroides, resistencia a la insulina, enfermedades autoinmunes o alguna condición crónica, toma alguna medicación, o algún producto herbal, cirugía mamaria o biopsias, algún golpe en el pecho o cirugía, (p.ej. cardíaca) especialmente cuando era joven...).
- Su historia reproductiva (desarrollo del pecho, menarquia, ciclos menstruales regulares o irregulares, abortos o infertilidad...).
- La historia de las mujeres de la familia (cuestiones de salud como diabetes, enfermedades de corazón, tiroides, infertilidad, problemas de lactancia...).

Es conveniente que el pediatra compruebe que la madre conoce la técnica de extracción manual de leche y el uso de sacaleches.

Los criterios globales de la Iniciativa para la Humanización y Asistencia al Parto y la Lactancia (IHAN) indican incluir en la capacitación, la práctica clínica supervisada, trabajando especialmente las habilidades de la comunicación para aprender a escuchar, aceptar y sugerir actitudes que favorecen la comunicación con la madre y aumentan su confianza para dar el pecho. El entusiasmo por favorecer la LM y ayudar a la madre y al niño, puede hacer olvidar la importancia de la escucha. La LM es algo más que dar leche y es muy importante tener en cuenta el momento y las emociones que están viviendo la madre y su hijo⁷.

Amamantar es un derecho, el derecho un acto de salud y amor que brota del deseo y las personas que acompañan a la diada madre-hijo durante la lactancia deben establecer una comunicación basada en el respeto, la autenticidad y la empatía.

PROBLEMAS EN LA LACTANCIA MATERNA

El amamantamiento es un arte innato en los seres humanos que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Antiguamente eran las madres, familiares y contactos próximos a las parturientas las que ejercían esta labor, pero a partir de los años 60 la LM quedó relegada y actualmente las madres buscan los consejos de los profesionales de la salud. Con más frecuencia de la que quisiéramos surgen dificultades (grietas, dolor durante las tomas o entre tomas, sensación de tener poca leche, obstrucciones o mastitis, escasa ganancia ponderal del bebé, dudas, falta de apoyo...) que hacen que se desencadene un destete precoz. Los motivos más importantes para el abandono del amamantamiento son el dolor materno y la escasez de leche.

Hay muchos motivos posibles de dificultades en la LM:

- Problemas en el agarre y en la técnica de lactancia.
- Problemas anatómicos del bebé mencionados anteriormente.
- Factores específicos que afecten al pecho. La enfermedad de Raynaud puede hacer que la lactancia sea extremadamente dolorosa. Si el pecho está muy ingurgitado puede ser que el bebé encuentre difícil agarrarse. Las mastitis, los conductos obstruidos o las perlas de leche también ocasionan gran incomodidad y dolor. Algunas madres presentan reacciones alérgicas a productos que se han aplicado en el pecho o a fragancias. Un pequeño grupo tiene dolor cuando se produce la eyección de la leche, algo conocido como D-MER. Incluso antecedentes de piercings en el pezón pueden ser la causa de una sensibilidad nerviosa en la madre durante la toma. Tampoco hay que olvidar las contracturas musculares (pectoral mayor, menor, serrato mayor...)
- Factores psicológicos: la depresión posparto o historia previa de abuso sexual. Un trastorno de dolor primario, como la fibromialgia, puede convertirse en un problema. Algunas madres experimentan una creciente incomodidad cuando regresa la menstruación...
- Uso de material incorrecto: el uso inadecuado de una pezonera ya sea porque produce una transferencia de leche insuficiente, genera frustración en el bebé o supone un gran dolor para la madre. Además, el uso incorrecto de un extractor de leche puede causar una presión excesiva y dolor en los pezones.

Esta lista, que no es exhaustiva, ni mucho menos, solo sirve para mostrar que, cuando una madre está experimentando dificultades en la lactancia, estas pueden producirse por motivos muy diversos, de modo que los profesionales sanitarios debemos estar capacitados para diagnosticarlos y para ofrecer una ayuda eficaz a esas familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo J, Cañedo CA, Arena J, Canduela V, Flores B, Gómez A, *et al.* IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
2. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:340-56.
3. Tembory MC, Informe sobre el conocimiento de los residentes de Pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:263-7.
4. Comisión Europea. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan Estratégico para la acción. Luxemburgo: Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos; 2004.
5. Aguayo J, Gómez A, Hernández MT, Lasarte JJ, Lozano MJ, Pallás CR. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Panamericana; 2008.
6. Orte EM, Alba L, Serrano B. La anquilosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof*. 2017;18:e50-e57.
7. Blázquez MJ. Lenguaje sano para acompañar a la madre durante la lactancia materna. *Med Natur*. 2006;10:186-9.

