



Taller
CONTROL DEL LACTANTE
AMAMANTADO
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moderadora:

María Jesús Esparza Olcina
Pediatra, CS Barcelona, Móstoles, Madrid.

Ponentes/monitores:

■ Juan José Lasarte Velillas
Pediatra, CS de Zuera, Zaragoza.

■ María Teresa Hernández Aguilar
Pediatra, CS Fuente de San Luis, Valencia.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Esparza Olcina MJ. Control del lactante amamantado en Atención Primaria. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 241-2.



Control del lactante amamantado en Atención Primaria. Introducción

María Jesús Esparza Olcina
Pediatra, CS Barcelona, Móstoles, Madrid.
mjesparza@pap.es

Para presentar este taller quiero dedicar unas pocas palabras de elogio hacia el Comité de Lactancia Materna, del cual son miembros los dos ponentes que intervienen en esta edición del curso.

El Comité de Lactancia Materna realiza una extensa labor de divulgación no sólo hacia la población en general, sino sobre todo hacia los profesionales de la salud, especialmente los pediatras. Sí, digo bien, hacia los pediatras, que sin reconocer nuestra ignorancia sobre el manejo práctico de las dificultades de la madre lactante hemos colaborado al fracaso de muchas lactancias de forma innecesaria y lamentable. Pertenezco a la generación de pediatras de cuando se iniciaba la alimentación complementaria a los 3 meses, de los que a la primera queja de la madre respecto al peso o al llanto del niño no dudábamos en iniciar la lactancia mixta que pronto se convertía en artificial, y eso que entonces las leches adaptadas (o sucedáneos de leche materna en la terminología del Comité) no gozaban de las bondades reales y atribuidas a las leches actuales. Ahora es una satisfacción más de mi trabajo diario conseguir que con mi granito de arena las madres (no todas, muchas menos de las que deberían ser) mantengan la lactancia materna exclusiva contra viento y marea (léase suegras, vecinas, báscula pesa-bebés, trabajo materno, etc.).

Excelente el libro que han editado (*Lactancia materna: guía para profesionales*)¹, impactante el congreso de lactancia materna que junto con asociaciones de obstetras, matronas y enfermeras organizan bianual-

mente, bajo el auspicio de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños; excelente su página web², donde se puede aprender mucho leyendo en el foro las preguntas y respuestas de las madres y las respuestas del propio Comité.

Los dos temas propuestos para el taller este año son, a mi entender, clave en la adhesión y el mantenimiento de la lactancia natural: el control del crecimiento del lactante amamantado y la introducción de la alimentación complementaria.

Bibliografía

1. Comité de lactancia materna de la AEP. La lactancia materna: guía para profesionales. Monografía de la AEP nº 5. Madrid: Ergon; 2004.
2. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Asociación Española de Pediatría. [Fecha de consulta: 05/06/2006]. Disponible en: www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm



Taller
CONTROL DEL LACTANTE
AMAMANTADO
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moderadora:

María Jesús Esparza Olcina
Pediatra, CS Barcelona, Móstoles, Madrid.

Ponentes/monitores:

■ Juan José Lasarte Velillas
Pediatra, CS de Zuera, Zaragoza.

■ María Teresa Hernández Aguilar
Pediatra, CS Fuente de San Luis, Valencia.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Lasarte Velillas JJ. Control del lactante amamantado en Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 243-8.



Control del lactante amamantado en Atención Primaria

Juan José Lasarte Velillas
Pediatra, CS de Zuera, Zaragoza.
jjlasarte@comz.org

ACLARACIONES ACERCA DEL PESO

- La ganancia de peso de los niños alimentados al pecho es distinta de aquéllos alimentados con leche artificial. Desde abril de 2006 están disponibles las gráficas de crecimiento del estudio multicéntrico de la OMS, elaboradas a partir de una gran muestra de niños de diferentes etnias óptimamente alimentados (www.who.int/childgrowth/en/). La principal novedad de estas gráficas es que tienen un enfoque preceptivo, no sólo descriptivo. Estos gráficos demuestran que todos los niños de cualquier región del mundo pueden alcanzar estatura, peso y desarrollo similares si se les proporciona una alimentación adecuada, una buena atención de salud y un entorno saludable. Es decir, nos proporcionan información acerca de "cómo debe crecer un niño".
- Los percentiles son medidas estadísticas y, por definición, la mitad de los niños está por debajo de la media. No es infrecuente que un niño "cambie" de percentil en una o más ocasiones a lo largo de su crecimiento.
- Una escasa ganancia ponderal es un síntoma inespecífico que puede obedecer a muchas enfermedades distintas, aunque frecuentemente tan sólo se trata de una variación de la normalidad.

- Es mejor utilizar el incremento de peso durante un período que el peso puntual en un momento determinado.
- El control del peso debería realizarse siempre en la consulta. Tras el período de recién nacido no tiene sentido el peso semanal, salvo en algunos casos con el objeto de reforzar la confianza de la madre.

MÉTODOS INÚTILES PARA COMPROBAR LA CANTIDAD DE LECHE¹

- **Doble pesada:** requiere un meticuloso control y es fácil que el "examen" al que se somete a la madre influya negativamente en el resultado, por lo que lo único que origina son dudas en la madre y en el personal que la atiende.
- **Biberón de prueba:** no siempre que un niño alimentado al pecho acepta un biberón significa que esté obteniendo una cantidad insuficiente de leche; de hecho, un bebé perfectamente alimentado al pecho puede aceptar sin problemas 30 ó 60 cc de leche artificial.
- **Sacarse leche:** la extracción de leche requiere entrenamiento y paciencia; es frecuente que las primeras veces que se intenta no se obtenga una cantidad significativa de leche.

LACTANTE QUE GANA POCO PESO Y RETRASO DEL CRECIMIENTO

Es habitual que los recién nacidos pierdan un 5-10% del peso de nacimiento y en algunos casos un poco más. Esta variabilidad hace que la evaluación del peso en los primeros días tenga que ser un poco más cuidadosa.

Aunque varios autores aportan límites distintos, en general, puede hablarse de un retraso de crecimiento si:

- El recién nacido continúa perdiendo peso pasado el décimo día de vida².

- No ha recuperado el peso del nacimiento a las 2 semanas³.
- Está por debajo del P10 de incremento de peso al mes de vida².

En niños mayores, hablamos de retraso del crecimiento si el incremento de peso es menor de 2 desviaciones estándar (DS) durante dos meses (niños menores de 6 meses) o durante tres meses (niños entre 6-12 meses) y la relación peso/talla está por debajo del P5⁴:

Tabla I. Ganancia de peso durante el primer año^{5,6}

0-6 semanas	20 g/día
< 4 meses	113-227 g/semana
4-6 meses	85-142 g/semana
6-12 meses	42-85 g/semana

- Las características de las deposiciones y de las micciones y la percepción de "crecida" por parte de la madre⁷ son signos valiosos en los primeros días, más adelante su utilidad es limitada.
- Es fundamental diferenciar dos situaciones bien distintas, cuyos casos extremos son^{2,8}:

– **Lactante bien alimentado que gana poco peso:** los pechos tienen un buen funcionamiento (pechos llenos y con buena eyección), las tomas son frecuentes y largas, el bebé moja más de 5-6 pañales al día con una orina pálida y diluida, sus deposiciones son normales, está alerta y feliz y responde al entorno.

– **Lactante que está tomando poca leche y/o con retraso del crecimiento:** el pecho está blando, la madre no se ha notado "la crecida", las tomas son escasas y cortas (a veces están continuamente pegados al pecho y nunca parecen satisfechos), el bebé moja pocos pañales con orina fuerte, las deposiciones son

Tabla II. Etiología del retraso del crecimiento^{2,9}**Causas maternas**

- **Escasa producción.**
 - Enfermedad (desnutrición, deshidratación, shock).
 - Anatómica (agenesia, traumatismos, cirugía)
 - Hormonal (hipotiroidismo, déficit congénito de prolactina, retención de restos placentarios, S. Sheehan).
 - Nutricional (desnutrición o deshidratación grave).
 - Farmacológica (anticonceptivos –estrógenos–, levodopa, ergotóxicos, bromocriptina, cabergolina, plantas).
- **Alteración del reflejo de eyección.**
 - Fatiga, dolor, estrés, aversión a la lactancia...
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Medicamentos (opiáceos).

Causas infantiles

- **Escasa ingesta.**
 - Tomas infrecuentes o cortas.
 - Vaciado defectuoso por problemas de técnica (retraso en el comienzo, postura, agarre, succión, chupetes) u otras causas –anestesia, anoxia, prematuro, bajo peso, trisomías, alteración del sistema nervioso central (SNC), hipotiroidismo, enfermedades neuromusculares–.
 - Problema anatómico o alteración de la deglución (macroglosia, labio leporino, frenillo sublingual, micrognatia, atresia de coanas, disfagia postintubación...).
- **Aumento de las pérdidas.**
 - Vómitos/diarrea (estenosis hipertrófica de píloro, catárticos –madre–, alergia).
 - Malabsorción.
 - Infección.
 - Enfermedad (galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística...).
- **Aumento de las necesidades.**
 - Cardiopatía.
 - Bajo peso.
 - Hiperactividad (café, té, cola, alteración del SNC).

escasas y está apático, con llanto débil... Estos bebés pueden presentar una deshidratación hipernatrémica, por lo que es necesario realizar un seguimiento estrecho cada 24 horas.

B) Valoración adecuada de la **ganancia de peso** y control hasta que el niño recupera el peso del nacimiento y estamos seguros de que todo marcha bien.

PAUTA QUE HAY QUE SEGUIR

A) Realizar una **valoración del RN precoz**. Tras el alta hospitalaria todos los recién nacidos deberían ser visitados por un pediatra en las 48 horas siguientes¹⁰. Un niño “buenecito” que duerme mucho puede que esté demasiado débil para mamar y esté perdiendo peso. A veces, un niño que mama mucho es posible que esté mal colocado (ver después “síndrome de la posición inadecuada”).

C) **Control clínico del niño.**

- Explorar al RN para descartar patología. Estado general.
- Deposiciones (normalmente un bebé hace más de 3/día en las primeras semanas, y las deposiciones típicas tienen que aparecer en 5-7 días. A partir del segundo mes, es muy frecuente que no hagan deposiciones nada más

que una vez cada varios días, siendo las heces blandas, típicas del lactante.

- Micciones (≥ 6 pañales a partir del cuarto día).

D) **Investigar las tomas**

- Problemas madre/pecho.
- Observación de una toma (posición, chupetes, reflejo eyección...).
- Frecuencia y duración de las tomas.

ACTUACIÓN

- A) **Si todo va bien**, y la ganancia de peso es adecuada, es preciso tranquilizar a la madre, reforzar su confianza, explicarle cómo funciona la lactancia y qué es lo normal. Puede ser necesario abordar el tema del llanto. En muchos casos será conveniente establecer un control semanal hasta que la madre se sienta segura.
- B) **Si hay un problema de técnica de lactancia**, lo esencial es conseguir una técnica adecuada. Al principio, lo recomendable es una frecuencia de, al menos, ocho tomas diarias que deben prolongarse hasta que el bebé se suelta espontáneamente. En el caso de que el niño esté utilizando chupetes, tetinas o pezoneras, deberían retirarse. Si el bebé está tomando suplementos, también deberían ir reduciéndose poco a poco y asegurarse de que los suplementos no se dan con tetina.

Tabla III. Posición correcta del bebé al pecho¹¹

- Cabeza y cuerpo en línea recta.
- La cara mira hacia el pecho; la nariz frente al pezón.
- Madre y bebé muy juntos.
- Apoyo a las nalgas, no sólo a la cabeza y el cuerpo.

Tabla IV. Signos de buen agarre

- El mentón toca el pecho.
- La boca está muy abierta.
- Labios evertidos.
- Mejillas redondas o aplanadas contra el pecho.
- Más areola visible por encima de la boca.
- El pecho se ve redondeado.

Síndrome de posición inadecuada¹²: un niño mal colocado produce grietas en el pezón y extrae leche menos eficazmente; extrae sólo la leche de inicio, que contiene más lactosa y menos grasa, por lo que necesita estar mucho rato agarrado al pecho. Esta lactosa es fermentada por las bacterias intestinales y produce distensión abdominal originando molestias al bebé. Como el bebé tiene que ingerir gran cantidad de leche, es fácil que vomite frecuentemente y los pechos de su madre suelen sufrir ingurgitación debido a la gran cantidad de leche que tienen que producir.

C) **Niño dormilón** que no mama con fuerza:

- **Reposo materno** y lactancia "intensiva": es conveniente que la madre dedique todas sus energías a la lactancia, que guarde reposo, con el bebé siempre a su lado, para estar disponible para él de forma continua, y despertar al niño, si éste no lo hace, para que realice unas ocho tomas o más diarias. Es muy importante obtener ayuda del padre u otros familiares para las tareas domésticas.
- **Exprimir leche** en la boca del niño¹³: mientras el bebé está agarrado, la madre aprieta el pecho por su base y cambiando cada cierto tiempo la posición de la mano. De esta manera se "fuerza" la salida de la leche cuando el bebé mama con poco vigor.
- **Extraer leche con sacaleches.**

- Si sale leche pero el niño no se la toma y sigue perdiendo peso, probablemente el bebé tiene alguna enfermedad que hay que investigar.
- Si sale leche, el niño la toma y engorda, probablemente existe algún problema de técnica que habrá que solucionar o, simplemente, es un niño pequeñito que chupa con poca fuerza y que necesita más tiempo para obtener la leche que necesita por sí mismo.
- Si no sale, puede haber una hipogalactia verdadera (hipotiroidismo...) aunque normalmente no va a ser así, ya que sacarse leche requiere paciencia y entrenamiento y es muy normal que no salga nada o salga poco las primeras veces que la madre intenta extraerse. En este caso, mientras el niño no está obteniendo la leche que necesita, hay que darle una leche artificial con vasito, cuchara o jeringuilla, preferiblemente hidrolizado¹⁴, ya que hay que asegurar una ganancia correcta de peso. Más adelante, cuando se hayan resuelto los problemas, podrá retirarse este suplemento.
- Algunos niños tienen alguna patología grave (SNC, prematuridad, anoxia, Down...) con

hipotonía importante y/o alteraciones de la succión (disfunción motora oral); en estos casos, además de lo ya comentado, puede ayudar el mantener al niño más vertical, utilizar una mochilita para tener las dos manos más libres o sujetar el mentón con la mano que sujeta el pecho (“posición de bailarina”)².

Puede ser necesario el control cada 24 horas hasta que se comprueba que todo va bien y la ganancia del niño es la adecuada.

Si todo se hace correctamente, la utilización de galactogogos (metoclopramida, sulpiride, domperidona) no suele ser necesaria. En caso de que se utilicen, hay que tener en cuenta que por sí solos no resuelven el problema, de manera que constituyen un recurso secundario y no deberían administrarse como medida aislada ya que lo fundamental es que el bebé succione adecuadamente.

Cuando se ha introducido un suplemento de leche artificial hay que ir quitándolo, poco a poco, al tiempo que la madre se extrae leche para ir estimulando la producción, y con un control de peso cada 2-3 días. En cualquier caso, los suplementos deberían ofrecerse con vaso, cuchara o suplementador para evitar las intenciones de succión con tetina.

Bibliografía

1. González C. El recién nacido. En: González C. Manual práctico de lactancia materna. 1 ed. Barcelona: ACPAM; 2004. p. 27-48.
2. Crecimiento normal, retraso del crecimiento y obesidad en el lactante amamantado. En: Lawrence RA: La lactancia materna, una guía para la profesión médica. 4 ed. Madrid: Mosby; 1999. p. 373-401.
3. Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. Birth to 3 months. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:345-63.
4. Fomon SJ, Nelson SE. Tamaño y crecimiento. En: Fomon SJ. Nutrición del lactante. 1 ed. Madrid: Mosby/Doyma libros; 1995. p. 36-83.
5. Dewey KG, Pearson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *World Health Organization Working Group on Infant Growth. Pediatrics.* 1995;96:495-503.
6. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet.* 1994;344:288-93.
7. Pérez-Escamilla R, Chapman DJ. Validity and public health implications of maternal perception of the onset of lactation: an international analytical overview. *J Nutr.* 2001;131 Suppl: S3021-4.
8. WHO. Not enough milk. Update 1996;21. [Fecha de consulta 17/06/2006]. Disponible en: www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/not_milk.pdf. Traducción no oficial en español en: www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf

9. Landa L. Hipogalactia. En: Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia materna: guía para profesionales. I ed. Madrid: Ergon; 2004. p. 258-61. [Fecha de consulta 17/06/2006]. Disponible en: www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm
10. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:340-56.
11. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. WHO/CDR/93.4. UNICEF/NUT/93.2
12. González Rodríguez CJ. Síndrome de la posición inadecuada al mamar. *An Esp Pediatr*. 1996;45:527-9.
13. Newman J. Breast compression. [Fecha de consulta 17/06/2006]. Disponible en: www.bfirc.com/newman/breastfeeding/compres2.htm
14. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. *Pediatrics*. 2003;111:1662-71. [Fecha de consulta 17/06/2006]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/6/S2/1662>