

Problemas en la Lactancia

Autoras: Dra. Javiera Martinez, Dra. Verónica Valdés

Por generaciones, la lactancia materna ha sido una actividad traspasada de madre a hija a través de la cultura y el ejemplo. Actualmente, sin embargo, las madres muchas veces no cuentan con el apoyo o el ejemplo que ofrecía la familia extensa o sus madres no tuvieron una lactancia exitosa. Se suma a estas dificultades el que las prácticas médicas en las maternidades o centros de salud, suelen interferir con la fisiología de la lactancia. Entre estas prácticas se encuentran la separación de la madre y del niño en la maternidad, el uso de fórmulas lácteas, aguas o chupetes y el ordenamiento de la duración o frecuencia de las mamadas durante las primeras semanas de vida del niño.

¹

. Si bien son múltiples los factores involucrados que inciden de manera importante para una lactancia exitosa; por ejemplo, la carga cultural, la experiencia de vida, la edad de la madre etc., actualmente no son sólo las madres las que enseñan a sus hijas esta técnica milenaria.

El Equipo de Salud, por su cercanía con la madre, es un agente fundamental a la hora de fomentar una lactancia satisfactoria tanto desde el punto de vista nutricional como relacional. Taveras y cols, encontró que una de las razones para discontinuar la lactancia en madres norteamericanas fue la indicación de formulas por parte del equipo de salud si el niño no incrementaba bien de peso. Las madres menos propensas a mantener una lactancia exclusiva fueron aquellas cuyo pediatra tratante no consideraba importante la consejería en lactancia.²

Para lograr estimular una lactancia exitosa en la díada madre-hijo por parte del equipo de salud, es necesario primero, conocer las razones que llevan a las madres a discontinuarla antes de los 6 meses de vida.

Taveras también, en un estudio con 1163 díadas, encontró que las madres eran propensas a discontinuar la lactancia en los siguientes casos: si en una entrevista temprana se sentían inseguras con respecto a su capacidad de amamantar, si tenían "problemas de lactancia" tempranamente, y si las madres tenían bajo nivel educacional. Las madres con síntomas depresivos también tenían más probabilidad de discontinuar lactancia exclusiva.³ Otras razones frecuentemente descritas por las madres para discontinuar la lactancia son: "leche insuficiente o delgada"; problemas en las mamas (dolor, congestión, grietas etc.) y vuelta al trabajo.^{1,2,4}

¹ Kramer MS Kakuma R, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. ² Taveras EM, Li R, Grummer Srtawn L et al. Opinions and Practices of Clinicians associated with Continuation of Exclusive Breastfeeding. Pediatrics 2004; 113 (4): 283-290 ³ Taveras EM, Capra AM, Braveman PA et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics. 2003; 112 (1 pt 1): 108-15 ⁴ Ramos CV, Guerra de Almeida JA, Maternal Allegations for weaning: Quality study. J Pediatr (Rio J) 2003; 79 (5): 385-90.

Es importante considerar que, la mayoría de los problemas descritos pueden ser anticipados y tratados oportunamente por parte del equipo de salud. Es fundamental que el equipo asuma su rol ya que hay suficiente evidencia que demuestra que el apoyo de los problemas de la lactancia y la promoción de lactancia exclusiva aumenta significativamente su duración y la posibilidad

de que esta sea exitosa.^{5,6}

A continuación describiremos un poco más detalladamente algunos de estos problemas^{7,8,9,10} :

- 1 **Problemas de la madre**
- 2 **Problemas en el niño**

1. Problemas de la madre

a) Dolor al amamantar:

Algunas mujeres pueden experimentar cierta molestia inicial al amamantar, sin embargo, si las mamas están sanas, este proceso no debería doler. Es necesario entonces, verificar la que la técnica de lactancia sea la adecuada para lograr un buen acoplamiento, comprobando la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por la compresión de la boca del niño. La principal cause de dolor es un mal acoplamiento boca pezón, si a pesar de una buena técnica el dolor persiste, es necesario descartar otras causas de dolor como pueden ser patología materna o del niño.

Frente al dolor al amamantar, o las grietas, siempre se debe observar la mamada, observar el pezón después de la mamada y examinar la succión del niño.

Al observar la mamada se evalúa acoplamiento, distancia de la nariz del niño con la mama y cuanto de la areola se introdujo a la boca del niño. Si la distancia nariz-mama es mayor de 1cm, es probable que no esté bien acoplado y el dolor se corregirá con solo introducir más areola en la boca del niño y asegurarse que ambos labios estén evertidos y la nariz y mentón del niño cercanos a la mama.

El pezón, luego de mamar debe salir sin deformarse, si se observa un pezón aplastado o deformado, debe intentarse un mejor acoplamiento. Si esto no es posible puede deberse a

⁵ Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1): CD001141

⁶ Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth. Lancet 2003; 361: 1418-143.

⁷ Meneghello. Pediatría. 5a Edición Págs 295-306. Editorial Médica Panamericana 1998.

⁸ Schanler R. Breastfeeding 2001 Part II. The management of breastfeeding. The Pediatric Clinics of North America 2001; 48 (2) : 321-344.

⁹ Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profesion. 4a Ed. Saint Louis. Mosby-Year Book, Inc. 1994.

¹⁰ Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition. Saunders International Editions.

una desproporción boca pezón debido a un pezón grande o invertido. En este caso puede ser necesario extraer la leche y controlar hasta que el niño crezca un poco y se logre el buen acoplamiento.

Si la causa del dolor es una succión disfuncional, al examinar la boca del niño se siente como muerde y no envuelve el dedo del examinador con la lengua. Esto se corrige con la **alimentación por sonda al dedo. Fig 1 (se necesita tomar esa foto, esta es poco clara). El niño recibe la leche extraída por una sonda entre el pulpejo del dedo índice y el paladar, cuando ya sale leche se comienza a retirar el dedo de manera que el niño tiene que envolver el dedo con su lengua para seguir alimentándose. Así aprende la succión que es funcional al mamar. (Hacer un recuadro con esta información)**

Insertar foto “alimentando con sonda al dedo” en fotos modulo 3

b) Grietas en el pezón:

Son heridas en los pezones producto de una presión inadecuada producida por la boca del niño. Generalmente se producen por mal acoplamiento. Aun cuando existan grietas, si el pezón queda bien introducido en la boca del niño, el amamantar no debiera producir dolor. Siempre hay que evaluar una desproporción boca pezón que impide que el niño introduzca la areola en su boca. En este caso se recomienda extraer la leche y darla al niño por vaso o sonda al dedo.

Si el dolor es muy intenso, o la herida de la grieta se abre al mamar, se recomienda dejar de amamantar por 24-48 horas y extraer manualmente la leche cada 3 a 4 horas para dársela al niño. En resumen, lo clave en el tratamiento de las grietas es el buen acoplamiento, pero sobre la herida se puede aplicar un poco de leche de la madre y dejarla secar. No se ha demostrado que ninguna crema sea mejor que la leche, siempre que se corrija el acoplamiento.

Cuando las grietas persisten a pesar de un buen tratamiento ambiental, se debe sospechar una sobre-infección micótica o una succión disfuncional del niño. Estos casos deberían ser evaluados periódicamente por el equipo de salud y tratados según la causa.

c) Sangramiento del pezón: Durante el tercer trimestre de embarazo y en el postparto, puede haber sangramiento a través del pezón por los cambios hormonales característicos de este período. Las grietas también pueden provocar sangramientos. Con una buena técnica de lactancia éstas deberían solucionarse en pocos días. Si esto no sucede o la descarga viene de un ducto en particular, es necesaria mayor evaluación. La papilomatosis viral puede ser causa de sangramiento, siendo muy poco probable un proceso maligno.

d) Micosis del pezón

Es producido por *Candida Albicans*. Se caracteriza por un pezón de color rosado aterciopelado, en contraste con el tono café de la areola, a veces agrietado o descamativo y con lesiones satélites. Puede presentarse con un dolor intenso, quemante antes y después de la lactancia en pezón y areola. A veces hay también compromiso de los conductos intramamarios y se presenta con un dolor tipo clavada en la mama que persiste por un tiempo después de finalizar la mamada. Generalmente se relaciona con alergia en el niño por lo que es importante examinar a la díada en caso de sospechar esta patología. Es más común en madres que cuyos hijos usan chupetes o mamaderas además de la lactancia.¹¹ El tratamiento debe ser efectuado al menos por 10-15 días, aplicando antimicóticos tópicos (nistatina, miconazol) en el pezón y en la boca del niño después de cada mamada, y eliminando el hongo de los lugares contaminados (lavado de ropa, juguetes y hervir chupetes, mamaderas). Si se sospecha compromiso de los conductos, la madre debe usar terapia sistémica con fluconazol.

e) Mastitis

Se produce aproximadamente en un 1 – 7 % de las mujeres amamantando. Es una infección del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario. Los factores que predisponen a esta infección pueden ser grietas en el pezón, retención de leche, cambio abrupto en la frecuencia de las mamadas, mal vaciamiento, disminución de la resistencia materna a la infección, etc. La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona de la mama, generalmente unilateral, cefalea, mialgias, compromiso del estado general y fiebre con calofríos. El agente causal más frecuente es el stafilococo aureus. Otros pueden ser organismos menos frecuentes son estreptococos y haemofilus.

El tratamiento consta de: Vaciamiento frecuente de la mama, reposo, líquidos abundantes, analgésicos o AINES (Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas) y antibióticos por 10 días. El antibiótico recomendado es Cloxacilina o Flucloxacilina en dosis habituales. Se debe mantener la lactancia, favoreciendo el vaciamiento del lado comprometido. La mastitis responde rápidamente al tratamiento. Si no ha mejorado en 3 a 5 días, sospechar mala adherencia al tratamiento o a la presencia de uno o más abscesos. En mastitis recurrentes, es necesario verificar adherencia al tratamiento y causas predisponentes de mastitis como la retención de leche

Para las mastitis recurrentes, se puede realizar tratamiento profiláctico con dosis bajas de antibióticos como Eritromicina.

¹¹ Zollner MS, Jorge AO. Candida spp. occurrence in oral cavities of breastfeeding infants and in their mothers' mouths and breasts. *Pesqui Odontol Bras.* 2003 Apr-Jun;17(2):151-5. Epub 2003 Oct 10

f) Absceso mamario

Aproximadamente un 5 a 11 % de las mujeres con mastitis se complican con absceso mamario que requiere tratamiento específico. Se produce por un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis. El absceso no siempre se palpa como una masa fluctuante y es necesario sospecharla en caso de una mastitis tratada con antibióticos que no mejora. En estos casos se recomienda control ecográfico y extensión del tratamiento a 15 días.¹² La mayor parte de los abscesos pueden ser tratados de esta manera. Si el absceso se palpa como una masa mamaria fluctuante cerca de la piel, el tratamiento es drenaje por punción o quirúrgico más tratamiento antibiótico. Con el fin de evitar la congestión mamaria post quirúrgica, se recomienda amamantar sin problemas del lado contrario. Se puede amamantar del lado afectado dependiendo de la cercanía del acceso al absceso con el pezón. Esta situación debe ser analizada caso a caso. Si el drenaje está muy cerca de la areola la mujer puede extraer la leche de esa mama manualmente o por bomba.

g) Congestión mamaria: No es raro que al 3º o 4to día postparto, las madres experimenten una sensación de calor y peso en sus mamas debido al cambio de calostro a leche más abundante. Lamentablemente, en un porcentaje menor de mujeres esta sensación se exagera evidenciándose como aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario. Esta situación es secundaria a mamadas infrecuentes y/o inefectivas y

debe ser prevenida. El tratamiento es el vaciamiento frecuente, idealmente por el niño. Si la areola está comprometida, primero debe vaciarse manualmente o con bomba esa zona para que el niño pueda acoplarse y mamar efectivamente. En algunos casos, la congestión puede llegar a ser tan intensa que comprime los conductos y dificulta el vaciamiento de la leche. Existe evidencia de que tanto aplicar hojas de repollo como compresas frías tendrían un efecto moderado. Lo mismo se puede decir de tratamiento con ultrasonido y calor local. Se ha demostrado que el masaje mamario y los antiinflamatorios serían efectivos contra la congestión pero sin dudas lo más efectivo es la prevención.¹³

Se han identificado 5 variables que estarían relacionadas con congestión mamaria:

- 1 Inicio tardío de la lactancia
- 2 Mamadas infrecuentes e inefectivas
- 3 Mamadas restringidas en tiempo
- 4 Maduración tardía de la leche (cambio de calostro a leche)

5. Lactancia artificial Todas éstas han de ser prevenidas para evitar este problema.¹⁴

¹² Dixon JM: Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. BMJ 297: 1517-1518, 1988

Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd..

h) Reflejo eyecto-lácteo excesivo (RELE):

Se produce luego de establecida la lactancia, aproximadamente al final del primer mes. La madre consulta por llanto excesivo del niño, que puede ser interpretado como cólicos o incluso como que “el niño queda con hambre”. En estos casos la mujer tiene una sobreabundancia de leche y ésta es expulsada con tal fuerza que el niño no es capaz de deglutir sin atorarse. Esta situación puede producir distensión gástrica, cólicos del lactante y potencialmente abandono precoz de la lactancia por parte del niño. La madre entonces, debe estar atenta a ésta situación y retirar al niño del pezón si comienza a atorarse, es útil amamantar al niño en posición vertical y vaciar parcialmente las mamas de forma manual para facilitar un mejor acoplamiento. La otra intervención importante para el RELE es amamantar de una mama por vez, de esa manera disminuye un poco la producción y el niño es capaz de llegar a la leche con mayor concentración de grasa.

i) “Leche insuficiente o delgada”

Si bien este es un problema frecuentemente expresado por las madres, la “falta de leche” real es un problema muy poco frecuente. Cualquier instancia, tanto materno o infantil, que determinen una inadecuada extracción de leche puede resultar en una disminución de la producción. El clínico entonces, debe evaluar la duración y periodicidad de las mamadas, el acoplamiento adecuado del lactante, buena técnica de succión, la ausencia de congestión mamaria, el normal apego de la díada madre-hijo etc. de manera de identificar la causa del problema y así tratarlo. Si bien con estas medidas generales, el problema debiera ser resuelto, existen múltiples sustancias que han sido utilizadas como galactogogos en las distintas culturas. Se han utilizado múltiples hierbas y medicamentos cada uno con distintos mecanismos de acción. Uno de los más usados es actualmente la Metoclorpramida que aumentaría la prolactina a través de la inhibición dopaminérgica del factor inhibidor de la prolactina. Esta puede tener efectos extrapiramidales y

está contraindicada en enfermedades GI y madres con depresión. Otros fármacos utilizados son la Domperidona y el Sulpiride. Ninguno de estos medicamentos aumenta la producción de leche sin un vaciamiento efectivo y frecuente de las mamas.

Ninguno de estos fármacos está aprobado por la FDA para esta indicación y todos tienen efectos secundarios peligrosos. El apoyar la fisiología de la lactancia, evitando el dolor, mamadas frecuentes, vaciamiento completo, sin interferir con chupetes, suplementos o restricciones a la frecuencia o tiempo de las mamadas, es el mejor galactogogo conocido y no tiene efectos indeseables.

j) Pezones planos o invertidos

Este problema puede ser fácilmente identificado en los controles anteriores al parto.

¹⁴ Moon JL, Humenick SS, Breast Engorgement: Contributing variables and variables amenable to nursing intervention. J Obstet Gynecol Nurs 1989; 18 (4): 309-15

En este caso se recomiendan suaves masajes de elongación y el uso de tensadores de pezón. Esto, antes de las 20 semanas de gestación cuando no hay receptores de ocitocina en el útero, ya que posterior a esto, el estímulo del pezón puede producir contracciones uterinas y parto prematuro. Una vez nacido en niño, es importante ponerlo al pecho frecuentemente dentro de los primeros días de vida en que el pecho se encuentra blando. Si el niño no es capaz de acoplarse, se recomienda la extracción manual de leche hasta que éste sea lo suficientemente grande para abarcar toda la areola con su boca.

En los pezones invertidos, el tensador de pezón o una bomba de extracción pueden ayudar a evertir el pezón para que el niño pueda tomarlo.

k) Depresión materna Un estudio realizado en una comuna marginal de de Santiago, Chile ¹⁵ mostró que cerca del 30 % de las madres presentaba síntomas de depresión postparto. El tratamiento utilizado consta principalmente de inhibidores de la recaptura de la serotonina, siendo el más seguro la Sertralina. Si no existe esta posibilidad, la fluoxetina o paroxetina son opciones aceptables ¹⁶. El riesgo de la fluoxetina es una pequeña disminución en la velocidad de crecimiento de los niños. En casos como estos siempre es necesario analizar caso a caso la situación y evaluar los pros y contras de ambas situaciones. Sin embargo, una madre atenta y cariñosa tomando antidepresivos es de mucho más valor para el desarrollo del niño que una madre sin antidepresivos pero deprimida.

¹⁵ Castañón C, Validación de un test de screening para depresión post parto en la comuna de La Pintana. 2004. (Trabajo no publicado)

¹⁶ Gjerdingen D, The Effectiveness of Various Postpartum Depression Treatments and the Impact of Antidepressant Drugs on Nursing Infants. JABFP 2003; 16 (5) 372-382

2. Problemas del niño

a) Niño “dormilón”

Los lactantes pequeños presentan un patrón de sueño que contempla un gran porcentaje de su vida durmiendo. Algunos lo hacen más profundamente y frecuentemente que otros. Esto, la mayoría de las veces es normal y basta con pequeños estímulos para lograr la vigilia y con esto, una mamada exitosa. El dormir con el niño facilita que la madre pueda estar atenta a pequeñas señales de hambre en el niño como son: movimientos rápidos de los ojos, movimientos de succión, “pedaleo” con los pies, sonidos suaves, flexión de brazos, puños apretados, músculos tensos, llanto (última expresión de hambre). Los recién nacidos bien alimentados maman, duermen entre 1 y 3 horas y despiertan con hambre para volver a mamar. Maman activamente y después de vaciar uno o los dos pechos pueden volver a dormirse. El “niño dormilón” es el que en general la madre tiene que despertar para amamantarlo, succiona unas pocas veces y se duerme al pecho. El que un niño sea dormilón en las primeras semanas de vida puede ser secundario a una hipoalimentación, por lo que se debe indicar a las madres estar muy atentas a que el niño despierte con hambre cada 3-4 horas, y lo sienta deglutir en la mama. Es frecuente, especialmente en madres primerizas que interpreten este “estado de conservación para gastar menos energía” con el que el niño esté satisfecho. La familia considera que el “niño se porta tan bien, por que duerme toda la noche y no molesta”. Los niños con mayor riesgo de ser somnolientos son los de bajo peso de nacimiento y los hijos de madres que recibieron benzodiazepinas u otros medicamentos como meperidina o morfina durante el trabajo de parto o el postparto. Es importante, previo a la mamada, desvestir al niño, sentarlo, darle masajes suaves, cambiar pañal etc. y durante las primeras semanas de vida, despertarlo si duerme más de 3 horas en el día o 4 en la noche. Hay que estar atenta también durante las primeras semanas a la frecuencia de pañales sucios y mojados así como al incremento de peso, de manera de intervenir precozmente si el niño somnoliento está siendo mal alimentado. Si además de ser dormilón, el niño no incrementa bien de peso, hay que suplementar la mamada idealmente con elche extraída o con fórmula por suplementador junto al pecho. **Insertar foto “suplementador casero” en fotos modulo 3.**



b) Crisis transitoria de lactancia

La lactancia se establece alrededor de las 4 semanas postrato con un volumen aproximado de 600ml de leche materna/ 24 hrs. Algunas madres incrementan paulatinamente su producción a medida que el niño crece y aumenta sus requerimientos, otras, sin embargo mantienen su producción y cuando el niño casi duplica su peso al tercer mes, presenta una “crisis transitoria de lactancia”

Un estudio prospectivo reveló que aproximadamente un 36 % de las madres sufrían una o más crisis de lactancia en su período de amamantamiento. El 75 % de éstas durante los 3 primeros meses de vida.¹⁷ El cuadro se caracteriza por que el lactante ya no queda satisfecho con la frecuencia de lactancia a la que estaba acostumbrado, la madre siente que las mamas le quedan vacías y el niño pide varias veces en la noche. Se soluciona aumentando el número de mamadas por unos días hasta equilibrar la producción de leche con los requerimientos del niño. Generalmente duran 4 a 6 días, si la madre responde a

¹⁷ Verronen P, Breastfeeding: Reasons for living up and transient lactational crises. Act Pediatr Scand 71: 477. 1982.

los requerimientos del niño. Su producción aumenta y se mantiene a ese nivel volviendo a la

frecuencia previa de mamadas. Es de suma importancia anticipar esta situación a la madre de manera de evitar angustias y suplementación innecesaria. Hay que destacarle que esta situación es transitoria y que se puede repetir en 1-2 meses.

c)Disfunción Motora oral

Se produce en algunos niños por inmadurez, problemas neurológicos o dolor facial o mala succión por el uso de chupete entre otros. La evaluación consiste en determinar el tono y la capacidad de succión del lactante. Debe hacerse con el lactante tranquilo y sin hambre (aprox. 1 hora antes de la siguiente mamada). La evaluación del tono se realiza verificando las extremidades pasivas en flexión, tono adecuado de la cabeza y la columna con el niño en decúbito ventral (levemente levantada y erguida) y que al levantarlo de la cintura escapular, que no se deslice por las manos del examinador. Se busca el reflejo de succión tocando los labios e introduciendo el dedo índice a la boca del niño presionando el paladar con el pulpejo del dedo. La succión normal debe ser rítmica y segura, con la lengua del niño envolviendo el dedo del examinador y sobrepasando la encía inferior. Los labios relajados y no tienden a irse hacia adentro.

El niño con disfunción motora oral generalmente presenta alguna de las siguientes condiciones:

1. **Hipertonía:** Se observa un tono motor aumentado en todo el cuerpo, la cabeza tiende a extenderse y si se sostiene al niño de la cintura escapular los brazos están firmes hacia abajo. Al examen de la boca se siente que el niño muerde el dedo y además lo presiona fuertemente contra el paladar duro.
En este caso se recomienda sentarlo de frente a la madre en la posición lo más parecida a la fetal, de manera de relajar la musculatura facial del recién nacido. Además se recomienda, previo a la mamada, masajear sobre la encía inferior del niño.
Si el niño produce grietas o mucho dolor a la madre, ella se puede extraer la leche y alimentar por sonda al dedo o vasito mientras disminuye la hipertonía, lo que ocurre en pocos días con la madurez y los masajes.
2. **Hipotonía:** El tono del cuerpo está disminuido, no afirma la cabeza y si se toma de la cintura escapular, los brazos tienden a levantarse. Esta condición es más frecuente en niños de bajo peso de nacimiento. Al succionar el niño ejerce una presión muy suave, a veces irregular y se escurre leche entre las comisuras labiales.
En esta condición es útil que la madre sostenga el mentón del niño con éste en posición sentada asegurando la cabeza y la espalda. A veces se hace necesario que la propia madre estimule la bajada de leche al inicio y durante la mamada, como haciendo una extracción manual y al final vacíe manualmente los pechos, ofreciendo esa leche al niño, dado que mamada puede no haber sido muy efectiva.
3. **Secundaria a chupete:** Algo que podría ocurrir en el niño luego de una exposición a éste) es que succione de manera distinta que el que mama de forma exclusiva. Al examen del tono, este es normal, pero en la succión el niño suele morder el dedo del examinador y tiende a empujarlo hacia fuera

con la lengua, sin envolverlo.

Esto puede corregirse con la sonda al dedo, haciendo masajes con el dedo índice con el pulpejo hacia arriba provocando presión sobre el paladar del niño y retirando el dedo paulatinamente. Como el niño recibe leche por la sonda, tiende a sujetar el dedo envolviéndolo con la lengua, con lo que aprende el patrón que es funcional a mamar en el pecho y deja de aplicar lo que era funcional al chupete.

No se debe usar chupetes en este tiempo y debe alimentarse con sonda al dedo o vaso mientras aprende a acoplarse al pecho.

d) Problemas anatómicos de la boca del niño:

Uno de los problemas anatómicos del niño, que afectan la lactancia es la fisura labial y/o palatina. Es especialmente recomendable que estos niños sean alimentados exclusivamente con leche materna para proteger sus mucosas y evitar infecciones. Aun cuando las madres de estos niños van a requerir de ayuda especial para aprender a amamantarlos, los niños con fisura pueden mamar ya que la extracción de la leche se hace por masaje y no por succión. El niño debe estar sentado frente a su madre de manera que no se atore, y puede ser ayudado por ella comprimiendo detrás de la areola como en una extracción manual. La madre puede completar el vaciamiento manualmente ofreciendo la leche extraída por vaso o chupete especial. Si el niño es sometido a cirugía para corregir la fisura debiera ser puesto a mamar apenas despierta de la anestesia, ya que si llora, tiende a abrir las suturas, a diferencia de si mama, cuyo movimiento es a juntarlas. Además, la leche materna favorece su cicatrización.

Condiciones del niño asociadas con dificultades en la succión-deglución (Recuadro)

Succión ausente o disminuida

- Uso de anestésicos o analgésicos en el parto.
- Anoxia o hipoxia perinatal.
- Prematuridad
- Trisomía 21. Trisomía 13 - 15.
- Hipotiroidismo

Anormalidad neuromuscular

- Kernicterus
- Enfermedad de Werdnig-Hoffmann.
- Miastenia gravis neonatal.
- Distrofia muscular congénita.

Infecciones del SNC

- Toxoplasmosis
- Infección por Citomegalovirus
- Meningitis bacteriana

Factores mecánicos que interfieren con la succión

- Macroglosia
- Labio y/o fisura palatina.
- Fusión de las encías.
- Tumores de la boca o encías.
- Hipoplasia o anquilosis de la ATM.

Disfunción del mecanismo de deglución

- Atresia coanal
- Fisura palatina. Fisura del velo.
- Disfagia iatrogénica post-intubación.
- Parálisis velo-palatina.
- Tumores faríngeos
- Divertículo faringe

e)“Rechazo” de amamantamiento:

Muchas madres relatan que no pudieron amamantar a sus hijos por que el niño le “rechazó el pecho”. Esto puede verse en niños que recibieron chupetes y fórmulas lácteas en la maternidad. Ese niño aprendió el movimiento de su boca que favorecía la alimentación con chupete (muerde el chupete y empuja la punta con la lengua para regular el flujo), lo que al ser aplicado al mamar, hace que el pezón se salga de la boca, produciendo frustración al niño y a la madre (ver disfunción motora oral secundaria a chupete). La madre interpreta esto como un rechazo personal, asumiendo que su “leche no es buena” y le da fórmula. Es importante anticipar esto de manera que la madre no suprima totalmente la lactancia materna y pueda corregir la succión. Otras causas de rechazo a mamar pueden ser: Enfermedad del niño, obstrucción nasal, dolor o situación extrema de stress materno.

Si la causa es identificada, la probabilidad de restaurar la lactancia es alta, si bien puede demorar varios días. Algunas técnicas incluyen hacer de la lactancia n momento tranquilo, aumentar los cariños, fomentar el contacto piel con piel etc.

Otra situación en que el niño rechaza el pecho es en el reflejo eyecto-lácteo excesivo (ver RELE en problemas de la madre) por que se atora cada vez que mama.

f) Mal progreso ponderal en un niño amamantado

Se considera mal progreso ponderal si el recién nacido baja más del 7 % del peso de nacimiento, no recupera el peso de nacimiento a los 10 días y sube menos de 18 grs/día dentro de las primeras semanas o se cae de carril de crecimiento en los primeros meses. No se considera mal incremento si un niño amamantado exclusivamente, que saltó carriles de crecimiento durante los primeros meses, tienda a retornar al carril inicial entre los 4 y 7 meses. Esta es una de las principales razones de destete precoz. Es muy importante considerar esta condición dentro de los primeros 2 meses de vida del niño y particularmente durante las primeras semanas, donde las principales razones de mal incremento son una mala técnica de amamantamiento con mal acoplamiento y mamadas infrecuentes e inefectivas. Cualquiera de los problemas mencionados anteriormente pueden hacer que el niño no incremente bien de peso. Frente a un niño con mal

incremento se debe evaluar si el problema es de la madre que no produce o libera una cantidad adecuada de leche: esto quiere decir: historia de enfermedad en la madre: problemas tiroideos, cirugías en mama o tórax, medicamentos, examen clínico de las mamas. También evaluar si el problema es del binomio: ver número de mamadas, número de pañales sucios y mojados, averiguar si recibe agua o suplementos, observar la técnica de amamantamiento, succión y deglución del niño, vaciamiento de la mama y como queda el pezón después de la mamada. Si se ve un niño que se cansa o duerme al mamar, descartar cardiopatías, si se ve que succiona y deglute abundante leche y tiene una adecuada frecuencia de mamadas, hay que investigar una infección urinaria u otra patología que esté aumentando sus requerimientos de nutrientes.

La mayor parte de las veces el problema se soluciona corrigiendo la técnica y aumentando la frecuencia de las mamadas y asegurándose que el niño tome de la leche del final de la mamada, más rica en grasa. Si el niño no vacía bien las mamas, es necesario vaciar las mamas manualmente o por bomba y administrar esta leche rica en grasa con un vasito, cuchara, sonda al dedo o suplementador. Si, descartadas y tratados los problemas anteriores el niño no incrementa adecuadamente de peso es necesario y administrar formula por medio de suplementador, junto al pecho, lo que aumentará la producción de la madre. Todo niño con mal incremento de peso debe ser controlado frecuentemente hasta superar el problema, especialmente si esto ocurre en las primeras semanas de vida.