



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Lactancia Materna: técnica, dificultades y retos

Luciano Borges Santiago¹, Francine Gelo Borges Santiago²

Palabras-clave:

asistentes de pediatría,
lactación,
lactancia materna,
pediatría,
trastornos de lactación.

Resumen

A pesar de la lactancia materna (LM) exclusiva ser la mejor forma de alimentación en los primeros 6 meses de vida, trayendo innumerables ventajas para el bebé y su madre, el porcentual de niños en esta condición es muy baja, no alcanzando el 10% en el final de este periodo. Las dificultades que llevan a este escenario se derivan en su mayoría de informaciones inadecuadas y una técnica incorrecta del amamantamiento. Este artículo de revisión presenta las principales dificultades del amamantamiento, no apenas dificultades físicas como también psicológicas y socioculturales, auxiliando al pediatra a notarlas de una manera holística y actuar adecuadamente en el manejo de cada una de ellas. Se priorizó la necesidad de prevención de las dificultades a través de una técnica correcta de LM y advertido que el pediatra o residente de pediatría, para ser eficiente, necesita buscar conocimiento de esta técnica y habilidad en comunicación (orientación) a través de la lectura de material científico y cursos de capacitación.

¹ Doctorado - profesor de la UFTM - pediatría - Presidente del Departamento Científico de LM de la SBP.

² Monitora de la asignatura de Pediatría - UFTM - Discente - graduación en medicina - internado (6º año).

Dirección:

Luciano Borges Santiago.

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Av. Pedro Salomão, nº 435, Barrio Santa Maria. Uberaba - MG, Brasil. CEP: 38050-490. E-mail: lucianoborges@mednet.com.br

INTRODUCCIÓN

Garantizar la lactancia materna (LM) desde el nacimiento hasta 2 años o más, siendo de forma exclusiva en los primeros 6 meses, sigue siendo la forma más segura, eficaz y completa de alcanzarse crecimiento y desarrollo adecuados. Esa práctica alimentar es el estándar-oro para lactantes y se debe almejar por todo pediatra¹⁻³.

No obstante, a pesar de todas sus ventajas en relación con las fórmulas infantiles, las tasas de LM, de acuerdo con las últimas investigaciones nacionales, se muestran todavía allá de lo esperado, apenas el 23% y el 9,3% de LM exclusivo a los 4 y 6 meses de vida respectivamente⁴. Esto se debe a una serie de factores que influyen de forma negativa el inicio y el mantenimiento de esta práctica alimentar.

El pediatra es un profesional que puede actuar decisivamente en favor del LM, dependiendo de su formación y de la manera como promueve, protege y apoya junto a las lactantes. Es fundamental que este profesional posea un excelente embasamiento teórico práctico del tema, competencia clínica y habilidades de orientación, para que pueda establecer un buen vínculo con la nutriz^{3,5,6}. No obstante, muchas veces, esto no se obtiene de forma adecuada en la facultad médica, necesitando alcanzarse a través de cursos de capacitación extracurriculares y lecturas específicas, como este texto que objetiva traer una contribución para la actuación adecuada y tan importante del pediatra en los problemas más comunes del amamantamiento presentes principalmente en el primer semestre de vida.

TÉCNICA

El conocimiento de la técnica correcta de la LM es algo “recuperado” de forma relativamente reciente, pues esta práctica con seguridad era instintiva y natural, como ocurre en todos los mamíferos, conducida solo por la esfera biológica. No había por lo tanto la necesidad de aprenderse esta técnica en una facultad de forma didáctico-científica. No obstante esto hoy se hace necesario, pues se perdió la “cultura del amamantamiento” en nuestro medio. En verdad, la LM es mucho más complejo en el ser humano que en los demás mamíferos, pues además de biológicamente determinado, es socioculturalmente condicionado, tratándose, por lo tanto, de un acto impregnado de ideologías y determinantes que resultan de las condiciones concretas de vida^{7,8}.

Podemos decir que las principales dificultades en la lactancia materna, en general ocurren por errores de técnica de amamantamiento. La técnica correcta se comprende como una serie de condiciones generales y de posicionamientos del cuerpo de la madre y del bebé, que facilitan el contacto adecuado de la boca del bebé en relación con el pezón y aréola, para que al final ocurra una buena agarrada y succión eficaz, con vaciado y sin herir la mama. La dinámica de succión y extracción de la leche materna, cuando ocurre de forma correcta facilita el vaciado de la mama y lleva a la producción adecuada de la leche materna.

Ya una técnica inadecuada de amamantamiento contribuye para varias dificultades de la LM como heridas del pezón,

infecciones mamilares, mastitis, disminución de la producción láctea y consecuente aumento de peso inadecuado del bebé⁹⁻¹¹.

Para que se pueda obtener un análisis más objetivo y proveer a los profesionales de salud una observación más adecuada de la técnica de LM, se desarrolló un formulario de observación de la mamada por OMS (Anexo 1), donde se destacan actitudes y posiciones correctas e incorrectas que pueden o no favorecer a un buen amamantamiento¹².

En el alojamiento conjunto, es imprescindible el monitoreo de la primera mamada (del inicio al final) por una persona capacitada, tranquila, sin prisa, solícita, que escuche y ofrezca ayuda, pero sin imponer, que la observe y evalúe según el Formulario de la Observación de la Mamada de OMS⁵. En este formulario se evalúan ítems comprendidos entre el binomio madre-bebé, con señales de que el amamantamiento va bien y sus posibles dificultades. Se evalúa la salud de la madre, si la misma está confortable y relajada en el acto del amamantamiento y si sus pechos parecen saludables, bien apoyados y con los dedos fuera del pezón.

Al mismo tiempo alerta para señales como madre que se presenta enferma, tensa, incomodada o deprimida, con las mamas arrojadas, hinchadas o doloridas como señales de posible dificultad. Se evalúa además si el bebé parece saludable, calmo y relajado, si hay vínculo con la madre y si busca y/o alcanza la mama cuando tiene hambre. Pero si el bebé parece somnoliento o enfermo, inquieto o llorando, con apoyo frágil, sin contacto visual con la madre, sin buscar o sin alcanzar la mama durante el hambre, se entiende como señales de que el amamantamiento está malo. Se debe también evaluar el posicionamiento del bebé, que para estar correcto, su cabeza y cuerpo deben estar alineados, el bebé debe estar cerca del cuerpo materno, con la nariz dirigida hacia el pezón y bien apoyado.

Ya en relación con la agarrada propiamente dicha, debe sobrar más aréola arriba que abajo de la boca del bebé, con el mentón tocando la mama, labio inferior evertido, boca bien abierta, la succión lenta y profunda con pausas, bebé suelta la mama cuando satisfecho, reflejo de la oxitocina presente y la mama parece más leve después de la mamada son todos señales de que el amamantamiento está bueno. Al paso que, señales como bebé mal posicionado con cuello y/o cabeza girados, desalineados con el cuerpo, no apoyado, con el mentón lejos de la mama, más aréola mirada desde abajo del labio del bebé, labios invertidos, boca no completamente abierta, succiones rápidas y superficiales, madre interrumpe la mamada, o además mamas duras y brillantes después de la mamada y sin señal del reflejo de la oxitocina apuntan error de técnica (Anexo 1 y Figura 1).

DIFICULTADES MÁS COMUNES Y ORIENTACIONES

Gran parte de las dificultades iniciales del amamantamiento, es decir las del primer semestre de vida (en especial primer mes de vida), época en que debería prevalecer la lactancia materna exclusiva (LME), está relacionada al vaciado mamario inadecuado durante el acto de succión del bebé. De esta forma, el pediatra necesita estar capacitado para orientar tanto la técnica adecuada de vaciado de las mamas, como también ofrecer soporte emocional

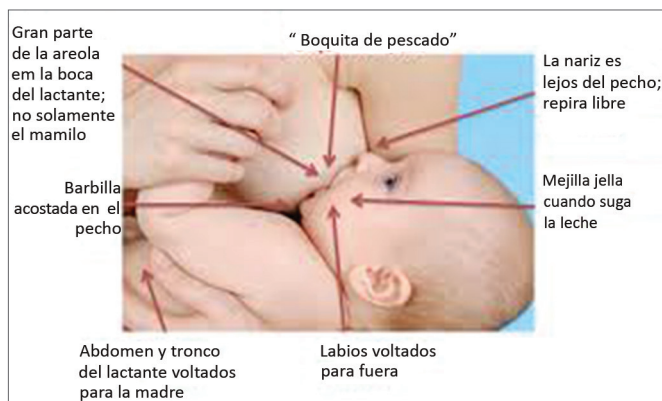


Figura 1. Técnica adecuada de lactancia materna.

y comprensión de los incómodos que las lactantes sienten en este momento tan importante para el binomio madre-hijo.

A continuación se presentan algunas de las principales dificultades del amamantamiento, con sugerencias de como vencerlas de la manera más adecuada posible^{13,14}.

Obstrucción mamaria

Tres componentes están presentes: congestión/vascularización, acumulo de leche y edema (debido a la congestión y obstrucción de los linfáticos). La distensión del tejido derivada de este proceso puede ser leve y benigna (fisiológica) o excesiva (patológica) necesitando tratamiento. En último caso, las mamas se quedan aumentadas, dolorosas, con áreas arrojadadas, calientes, brillantes y con edemas, contribuyendo a volver los pezones achatados, lo que dificulta el agarrado del bebé y la fluidez de la leche (leche más viscosa o empedrada). Generalmente aparece entre el tercero y quinto día después del parto y puede quedar restringido a la aréola, al cuerpo de la mama o extenderse a ambos.

Orientación preventiva: se recomienda iniciar el amamantamiento lo más cedo posible (sala de parto), régimen de libre demanda, técnica correcta y evitar bicos y suplementos.

Orientación terapéutica: ordeñar la aréola antes de las mamadas (en el caso de que esté tensa), para que se quede más blanda y posibilite la agarrada correcta; amamantamiento bajo libre demanda; masajes en las mamas para disminuir la viscosidad del leche y estimular el reflejo de eyección; el uso de analgésicos/antiinflamatorios (Ibuprofeno y Paracetamol), cuando necesario; usar soporte adecuado y/o sostenes para mantener las mamas en posición adecuada; caso el bebé no consiga vaciar la mama durante la succión, ordeñarla manualmente después de cada mamada. Hay controversia en el uso de compresas (frías o tibias) en la práctica del amamantamiento, defendiéndose (con criterios) por algunos grupos y no utilizada por otros.

Pezones doloridos y/o trauma mamilar

Un discreto dolor o incómodo al inicio de la mamada, se puede considerar normal, siempre que el dolor no sea intenso y no haya lesiones mamilares. En este caso, la causa más común es la técnica inadecuada del amamantamiento. Tipos de traumas mamilares: eritema, edema, fisuras, ampollas, etc.

Orientación preventiva: técnica correcta de amamantamiento; mantener los pezones secos y exponerlos al sol diariamente, no usando productos que saquen la protección natural de los pezones; amamantar en libre demanda; ordeña manual de la aréola antes de las mamadas; evitar protectores de pezón.

Orientación terapéutica: iniciar el amamantamiento por la mama menos afectada; ordeñar un poco de leche antes de iniciar la mamada; reducir la presión en puntos dolorosos a través de cambios de posiciones en las mamadas; recortar un sostén viejo en el lugar de los pezones para dejarlos libres, cubriendo la región con un tejido de algodón bastante suave; analgésicos cuando necesario. Además, baños de luz (lámpara de 40 watts) o baños de sol (tratamiento seco). Otra forma sería el tratamiento húmedo con el uso de la propia leche materna en los pezones o cremas adecuadas a base de vitamina A y D, lanolina anhidra modificada y corticoides (desde que alejada la posibilidad de infecciones). Evitar sustancias sin comprobación científica como tés y cáscaras de frutas (banana y papaya).

Infecciones mamilares

Causadas principalmente por *Staphylococcus aureus* y *Cándida albicans*. En el primer caso el tratamiento sistémico es preferible al tópico y se hace con dicloxacilina o cefalexina. Para el hongo en cuestión se recomienda mantener los pezones secos después de las mamadas y el uso tópico de nistatina, clotrimazol, miconazol o cetoconazol por 14 días (tratar también el bebé). En algunos casos se puede necesitar la utilización de fluconazol oral sistémico por 14 a 18 días. Recordar que los bicos de chupetes y biberones son vehículos y causas de infecciones iniciales y nuevas infecciones.

Bloqueo de ductos lactíferos

El bloqueo se manifiesta típicamente por la presencia de nódulos mamilares sensibles y dolorosos, sin otras alteraciones de la mama, pudiendo además ocurrir señales inflamatorias sin fiebre alta.

Orientación preventiva: medidas que favorezcan el vaciado completo de las mamas, la técnica adecuada de amamantamiento y el uso de sostenes adecuados.

Orientación terapéutica: prácticamente la misma que en la obstrucción mamaria.

Mastitis

Se trata de un proceso inflamatorio de uno o más segmentos de la mama que puede o no evolucionar para una infección bacteriana. Los gérmenes más comúnmente involucrados son los *Staphylococcus (aureus y albus)* y en menor frecuencia la *Escherichia coli* y *Streptococcus* (alfa, beta y no hemolítico). Las fisuras mamilares tienen la costumbre de ser la puerta de entrada.

Orientación preventiva: las mismas para la obstrucción mamaria y fisuras.

Orientación terapéutica: vaciado adecuado de las mamas ya sea por el amamantamiento, que se debe mantener en el bebé nacido saludable, o por la ordeña manual. Antibioticoterapia

sistémica específica, pudiendo usarse dicloxacilina, amoxicilina, cefalosporinas, clindamicina o eritromicina por 10 a 14 días. Descanso materno, analgésicos y/o antiinflamatorios no esteroides, sostenes adecuados, ingestión adecuada de líquidos. El soporte emocional es de gran importancia y no habiendo mejora después de 48 horas, se debe investigar la posibilidad de absceso mamario.

Absceso mamario y galactocele

El absceso es consecuente a la mastitis no tratada, tratada tardíamente o de forma ineficaz. Ya el galactocele es una formación cística en los ductos mamarios conteniendo fluido lechoso, que más tarde, se puede volver viscoso.

El ultrasonido estará bien indicado en estos casos, ya que ayuda a confirmar el diagnóstico e indica el mejor local para la punción o incisión.

Orientación preventiva: las mismas para los bloqueos, fisuras y mastitis.

Orientación terapéutica: Vaciado por medio de drenaje quirúrgico o aspiración.

En general el amamantamiento se debe mantener. Caso no lo sea, la mama debe vaciarse por ordeña manual. En el caso del galactocele se puede necesitar la extracción quirúrgica, ya que el quiste tiene la costumbre de llenar nuevamente después de aspiraciones.

Baja ganancia ponderal

La baja ganancia ponderal del bebé puede ser real, generalmente debido a la mala técnica y sus consecuencias, o de forma más rara a la baja producción láctea, pero también debido a innúmeros otros factores que se deben tratar adecuadamente, tales como: enfermedades maternas, medicamentos ingeridos por la madre, malformaciones de la mama, succión ineficiente del bebé, prematuridad y/o gemelaridad, enfermedades sindrómicas o mal formaciones del bebé, etc. No obstante, en la mayor parte de las veces, la baja ganancia ponderal no es real, reflejando apenas la inseguridad y el poco conocimiento de muchas madres a respecto de la anatomía y fisiología de la lactación y de la ganancia ponderal en los primeros días de vida del recién nacido. Muchas asocian el lloro intenso y las mamadas frecuentes al "leche materno flaco", "poco leche", o además a la posibilidad del bebé estar "pasando hambre". Otras veces, el propio profesional de salud desconoce el hecho de un bebé normal poder perder hasta el 10% de su peso de nacimiento y recuperarlo hasta por vuelta de 14 días de vida. Este desconocimiento es, muchas veces, responsable de la prescripción desnecesaria de otros leches, ofrecidos en la mayoría de las veces en biberones, que llevarán, en último análisis, al desmame precoz. Es importante además decir que una ganancia de 20 g/día, en el primer trimestre en bebé que crece adecuadamente, es totalmente normal.

Orientación preventiva: orientar bien a la madre, principalmente las primíparas que tienen mayores inseguridades, a respecto de la fisiología y anatomía de sus mamas y del comportamiento del recién nacido, en los primeros días de vida.

Orientación terapéutica: certificar que la técnica de amamantamiento fue bien asimilada y ejecutada por la madre

lactante; orientar ingestión suficiente de líquidos por la nutriz; alimentación balanceada; descanso; evitar el uso de biberones y chupetes; seguimiento efectivo del pediatra, con retornos frecuentes para pesar y reevaluar la mamada; cuando sea realmente necesario, complementar las mamadas con el propio leche materno ordeñado de la nutriz y en casos excepcionales de baja producción, utilizar por el menor espacio de tiempo, la fórmula infantil, siendo que ambos deberán ofrecerse siempre en el vasito o taza con la técnica adecuada; casos de disfunciones orales el tratamiento debe implicar a un profesional con gran experiencia en LM, preferentemente un fonoaudiólogo.

Enfermedades maternas

Tiene contraindicaciones formales de amamantamiento, apenas las madres portadoras de los virus VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y HTLV-1 (virus T linfotrópicos humanos tipo 1). En las demás enfermedades, realizar una evaluación bastante juiciosa, pero, en la mayoría de las veces, con cuidados específicos para cada caso, la LM se puede mantener¹⁵.

Medicamentos usados por la nutriz

Ante una nutriz que necesita utilizar un determinado medicamento, el ideal es que se consulte al pediatra. Este deberá recorrer a publicaciones específicas y recientes de este tema para decidir por el mantenimiento o no del LM. Hay artículos disponibles en las páginas web de la SBP (Sociedad Brasileña de Pediatría) y Ministerio de Salud como el Manual Amamantamiento y Uso de Medicamentos y Otras Sustancias¹⁶.

En este manual didáctico, de fácil lectura, los medicamentos son clasificados por colores, como en la señal de tráfico. En verde se encuentran los medicamentos de uso compatible con el amamantamiento. De esta categoría forman parte los fármacos cuyo uso es potencialmente seguro durante la lactación, teniendo en cuenta no haber relatos de efectos farmacológicos significativos para el niño. En amarillo están los de uso juicioso durante el amamantamiento. En esta categoría se encuentran los medicamentos cuyo uso en el periodo de la lactación depende de la evaluación del riesgo/beneficio. Cuando utilizados, exigen monitorización clínica y/o de laboratorio del bebé amamantado, debiendo utilizarse durante el menor tiempo y en la menor dosis posible. Nuevos medicamentos cuya seguridad durante el amamantamiento todavía no fue debidamente documentada se encuentran en esta categoría. Por fin, los del color rojo son los de uso contraindicado durante el amamantamiento¹⁶. Vale resaltar que la gran mayoría de los medicamentos no contraindican formalmente el LM. Se sugiere todavía la posibilidad de verificarse con el médico que prescribe la medicación, la posibilidad de cambiarla por otra más segura para el amamantamiento, cuando esto sea posible.

Regreso de la madre lactante al trabajo/estudio

El estudio de prevalencias de LM en las capitales brasileñas de 2008⁴ dejó evidente que el regreso al trabajo a los 4 meses es un factor decisivo de desmame, dado que la mayoría de las madres que

mantuvieron LME hasta el sexto mes de vida fueron justamente las que disfrutaron la licencia por maternidad de 6 meses.

Por lo tanto, en el regreso al trabajo, las madres deben ser mejor orientadas sobre sus derechos laborales como:

- a) La licencia por maternidad, subdividida en tres condiciones: Licencia por maternidad I - Artículo 392, sección V, CLT: dependiendo de la actividad de la mujer, la misma podrá disfrutar los 120 días después del parto, siempre que el primer día de alejamiento coincida con el día de nacimiento del niño; Licencia por maternidad II - Dr. Dioclécio Campos Junior, entonces presidente de la Sociedad Brasileña de Pediatría (2006), idealizó la propuesta, con la asesoría del Orden de los Abogados de Brasil (OAB), que se transformó en la Ley nº 11.770/08, de autoría parlamentaria de la senadora Patrícia Saboya, sancionada el 09 de septiembre de 2008. La nueva ley autoriza, en el ámbito de la administración pública federal directa, autárquica y fundacional, los seis meses de licencia por maternidad, por el Decreto n. 6.690 del 11 de diciembre de 2008; Licencia por maternidad III - En el sector privado, la Ley nº 11.770 amplía la licencia por maternidad para seis meses de forma opcional para las mujeres y para las empresas. Desde el comienzo de 2010, cuando la Hacienda Federal publicó instrucción normativa, empresas privadas que hacen declaración por la ganancia real pueden inscribirse en el Programa Empresa Ciudadana. (<http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/empresacitada/default.htm>), obteniendo resarcimiento del 100% de los costos con los dos meses adicionales (además de los cuatro establecidos por la Constitución) en el Impuesto sobre la Renta;
- b) Certificados médicos - Además de acuerdo con la CLT, Art. 392:
 - § 1º: La empleada debe, mediante certificado médico, notificar a su empleador la fecha del inicio del alejamiento del empleo, que podrá ocurrir entre el 28º (vigésimo octavo) día antes del parto y la ocurrencia de este.
 - § 2º: Los periodos de descanso, antes y después del parto, se podrán aumentar de 2 (dos) semanas cada uno, mediante certificado médico.
- c) El derecho a la estabilidad de empleo desde la confirmación de la gravidez hasta el 5º mes después del parto - Constitución Federal, en su Artículo 10º (Inciso II, Letra b) y CLT, Art. 391;
- d) Derecho a la guardería en establecimientos que empleen más de 30 mujeres con más de 16 años - Art. 389, sección IV, CLT;
- e) Dos pausas diarias de treinta minutos cada una para amamantar al bebé hasta el 6º mes - CLT Art. 396;

En el regreso al trabajo se necesita todavía enseñar a la mujer cómo mantener la producción de su leche, aunque trabajando

y/o estudiando fuera y como ordeñar y almacenar la leche, así como realizar el entrenamiento de la persona que cuidará el bebé para que la misma sepa cómo deshelarlo y ofrecerlo en vasito o taza, lo que podrá prevenir la utilización de biberones y el ofrecimiento de otras leches y alimentos complementarios antes del tiempo ideal, garantizando así el LME hasta el sexto mes¹⁷.

El uso del chupete y/o biberón

El bebé posee un reflejo importante para el desarrollo psíquico llamado de reflejo de la succión, observable en ultrasonidos en el que se puede avistar el mismo chupando los dedos de las manos, pies y hasta el cordón umbilical. Ese reflejo es fundamental, sobretodo en el primer año de vida para el amamantamiento y promueve liberación de endorfinas, modulando dolor, ansiedad y humor, provocando sensación de placer y bienestar¹⁸.

El uso de chupete y/o biberón, una práctica cultural propagada de generación en generación a lo largo de los tiempos posee los pros y los contras, siendo estos últimos en mayor cantidad que los pros.

Comúnmente se justifica el uso del chupete como calmante natural y como prevención del evento “Muerte Súbita del Recién Nacido”, una causa de defunción en bebés amamantados todavía muy poco comprendida. Muerte Súbita se define como una muerte inesperada de niños menores de 1 año de edad, con máxima entre 2 y 3 meses, que sigue inexplicada después de extensa investigación, incluso historial clínico, necropsia completa y revisión del lugar de la defunción. Por lo tanto es una situación en que hasta el momento no sabemos cuál es la verdadera causa. Hay muchas críticas sobre las metodologías utilizadas en estos estudios, lo que enflaquecería mucho y haría al menos precoz la argumentación de que el chupete sería un posible protector de la muerte súbita. A pesar de ser una indicación oficial de la AAP, esta opinión no se comparte por importantes órganos como el MS (Ministerio de Salud de Brasil - área técnica del niño y de la lactancia materna), OMS, UNICEF, WABA (ONG internacional que promueve la semana mundial del amamantamiento) e IBFAN (Red Mundial que lucha por las leyes que norman la propaganda de alimentos que pueden perjudicar la instalación y mantenimiento de la LM), que entienden ser necesaria la realización de más estudios sobre este asunto controverso¹⁹⁻²⁴.

Innúmeros estudios contraindican el uso de chupetes y/o bicos artificiales, ya que están de manera importante asociados a un tiempo menor de duración de la LM. El chupete se muestra como un indicador de dificultades del amamantamiento. Este hecho fue decisivo para que la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) optase como recomendación oficial la no utilización de bicos y chupetes desde el nacimiento, pues el tiempo de duración del lactancia materna influye directamente en la salud del bebé y de la madre, es decir, cuanto más tiempo amamantar, más salud para ambos. Esta orientación se comparte por la Sociedad Brasileña de Pediatría y Ministerio de Salud de Brasil, que desde 1990 optó por la implantación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que tiene como regla (9º paso para el éxito

del amamantamiento) la no utilización de bicos, biberones y chupetes en alojamiento conjunto¹⁹⁻³⁵.

La electroneuromiografía en músculos de la cara en bebés en lactancia materna exclusiva, o en uso de vasito, o además en bicos artificiales evidenció el uso de grupos musculares muy diferentes. Los bebés que estaban en lactancia exclusiva y en uso del vasito movieron toda la musculatura de la cara, al paso que los bebés que maman en bicos artificiales prácticamente mueven apenas el músculo bucinador. Así se explica el mejor desarrollo de senos de la cara, mandíbula, mejor oclusión dental y mejor desarrollo en el habla (por la mayor movilización y utilización de la lengua) en los bebés que maman en lactancia materna exclusiva y uso del vasito que en bebés que maman usuarios de bicos artificiales y biberones^{26,36}.

Se añade a eso la elevación del paladar, desvío de septo nasal, mayor causa de otitis. El niño usuario de bicos artificiales tiende a hacerse un respirador oral, que ocasiona menor producción de saliva y así menor protección contra caries, además el aire que debería ser filtrado, humidificado y calentado en su trayecto turbillonado por las coanas nasales, llega a los pulmones sin ese preparo, elevando índice de infecciones de vías aéreas. Podemos citar todavía la casi imposibilidad de completa higienización de los bicos artificiales, de material plástico o silicona que son porosos, lo que lleva a acumulo de impurezas entre sus poros. Además, el proceso del hervor llevaría a la liberación de componentes tóxicos^{26,35,36}.

Podemos todavía citar otras dificultades enfrentadas por las lactantes como

- a. Falta de preparación materna por la falta de orientaciones específicas en el prenatal;
- b. Dificultades para amamantamiento en la sala de parto;
- c. Amamantamiento de prematuros internados en UTI neonatales;
- d. Falta de grupos de apoyo a la LM en la comunidad;
- e. Dificultad para sanar dudas más frecuentes de forma inmediata;
- f. Encontrar a profesional en especial pediatra capacitado en LM.

De una manera general, a pesar de las evidentes influencias socioculturales, las dificultades de la LM son muy semejantes en cualquier región de un país o mismo en países diferentes. Estudios recientes apuntan y confirman esa afirmación. Las principales causas apuntadas son falta de entrenamiento durante el prenatal, expectativas inadecuadas antes del parto (creer que como la LM es un proceso natural todo fluirá sin problemas, pudiendo ocurrir frustraciones), falla en la técnica de LM ocasionando la agarrada incorrecta con sus consecuencias y ausencia de soporte profesional en la solución de dudas y dificultades del amamantamiento. Otros, apuntan todavía ausencia y/o desconocimiento de leyes que protegen el amamantamiento, así como el desconocimiento de estudios que muestran las influencias de medicamentos en el bebé durante la lactación. Las madres se sintieron “abandonadas necesitando resolver solas los problemas con la lactación”. Todo eso mostrando

que el profesional que siguió el caso, ya sea el obstetra y/o el pediatra, no estaba apto a actuar en las dificultades de la LM^{3,37-41}.

RETOS

El hombre es el único mamífero que “desaprendió” a mamar, prácticamente no hay más la LM instintiva (apenas resquicios). De esta forma, se volvió necesario aprender y enseñar cómo se debe amamantar. La necesidad de entrenamiento de equipos de apoyo al amamantamiento, se hizo necesaria y urgente. No obstante estos profesionales, en general, no buscan esta formación, lo que hace esta presencia un gran reto. Se necesita capacitar pediatras, obstetras, médicos de familia, enfermeras, asistentes sociales, agentes comunitarios, entre otros profesionales que puedan estar en contacto con las nutrices y orientarlas a respecto de la técnica de agarrada correcta, entre otras dudas que puedan surgir, apoyando la lactancia materna hasta los dos años, siendo de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño que mama, aumentando así las bajas tasas de LM encontradas no solo en Brasil, pero en muchos países del globo.

La promoción de cursos de gestantes con la participación en especial de los padres es fundamental para ayudar a solucionar problemas simples y disminuir las ansiedades de las madres después del parto. Estos cursos deben tratar temas como: la técnica correcta de LM, elucidación de dudas y mitos a respecto de la lactancia materna, como los derechos de las nutrices en relación con las leyes que protegen el amamantamiento, entre otros.

Es fundamental también el seguimiento de esas madres en el periodo postnatal, cuando surgen las dudas prácticas. Se necesita un lugar de fácil acceso para que las madres busquen a profesionales de salud entrenados en LM, aptos a dar apoyo y sanar las dificultades de la lactación.

También observamos el desconocimiento por parte de la madre trabajadora y de la madre estudiante sobre la licencia por maternidad, cuándo deberá iniciar, qué derechos y leyes protegen el amamantamiento en Brasil, llevando a una interrupción en la lactancia cuando esta madre retoma sus actividades profesionales. Muchas veces hay todavía el desconocimiento de los derechos de la nutriz por parte de los médicos y de los empleadores.

Un reto alcanzado fue que en 2013 la Sociedad Brasileña de Pediatría publicó el “Manual de Lactancia Materna” en lenguaje y costo accesible a profesionales y personas legas, para que los profesionales y padres sean capaces de orientarse. La dificultad mayor ahora, pasa a ser la de que los profesionales adquieran y lean este importante e histórico manual de la SBP⁴².

CONCLUSIONES

El pediatra se encuentra en posición privilegiada para actuar en las dificultades más comunes del amamantamiento. No obstante, para ejercer adecuadamente su papel, el mismo debe estar consciente de la importancia de la LM y conocer las formas de actuación en cada situación, siendo indispensable un entrenamiento adecuado (cursos de capacitación en técnica

de amamentamento son importantísimos y se deben ofrecer en los programas de residencia médica en pediatría), que incluya la adquisición de conocimientos y habilidades clínicas y de comunicación (orientación)⁶, que resulten en actitudes favorables al amamentamento.

De esta forma, el insustituible papel del pediatra resultará en un aumento significativo de los índices de LM, siempre que (se necesita resaltar), políticas de salud favorezcan la actuación de este profesional, con mejor remuneración, más tiempo para consultas completas de puericultura y condiciones dignas de trabajo³.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.
2. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. PMID: 22371471 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
3. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Guttierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(6):504-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1110>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Teruya KM, Bueno LGS. Manejo clínico da amamentação com aconselhamento e referência. In: Santiago LB. Manual de Aleitamento Materno. Barueri: Manole; 2013.p.31-114.
6. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S126-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003>
7. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S119-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700002>
8. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
9. Neifert MR. Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol*. 1999;26(2):281-306. PMID: 10394489
10. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*. 2002;18(2):87-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1054/midw.2002.0308>
11. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(4):310-6.
12. World Health Organization. Positioning a baby at the breast. In: Integrated Infant Feeding Counselling: a training course. Genebra: WHO-UNICEF; 2005.
13. Giugliani ERJ, Victora CG. O aleitamento na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(Supl 3):S238-52.
14. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S147-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700006>
15. Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S181-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700010>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 92p.
17. Vinagre RD, Santiago LB. Proteção legal do AM. In: Santiago LB. Manual de Aleitamento Materno. Barueri: Manole; 2013. p.203-20.
18. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(4):284-6.
19. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 2005;116(5):e716-23. PMID: 16216900 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2631>
20. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245-55. PMID: 16216901 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-1499>
21. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 2006;332(7532):18-22. PMID: 16339767 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38671.640475.55>
22. Cates CJ. Dummies and SIDS: low response rates generate considerable uncertainty. *BMJ*. 2006;332(7534):178. PMID: 16424504 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7534.178-b>
23. Blair PS, Fleming PJ. Dummies and SIDS: causality has not been established. *BMJ*. 2006;332(7534):178. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7534.178-a>
24. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. PMID: 22371471 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
25. Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary vision. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(6):480-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1951>
26. Menino AP, Sakima PRT, Santiago LB, Lamounier JA. Atividade muscular em diferentes métodos de alimentação do recém-nascido e sua influência no desenvolvimento da face. *Rev Med Minas Gerais*. 2009;19(4 Supl 5):S11-8.
27. World Health Organization/Unicef. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breastfeeding in the 1990s: a global initiative". Cosponsored by the United States Agency for International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy; 1990 30 July - 1 August, 1990.
28. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Division of Child Health and Developmentworld. Geneva: World Health Organization; 1998.
29. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: iniciativa hospital amigo da criança. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72(6):363-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.644>
30. Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*. 1993;341(8842):404-6. PMID: 8094171 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92991-2](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92991-2)
31. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99(3):445-53. PMID: 9041303 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.99.3.445>
32. Tomasi E, Victora CG, Olinto MTA. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;7(3):167-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.766>
33. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995;95(4):497-9.
34. Barros FC, Victora CG, Morris SS, Halpern R, Horta BL, Tomasi E. Breast feeding, pacifier use and infant development at 12 months of age: a birth cohort study in Brazil. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997;11(4):441-50. PMID: 9373866 DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-3016.1997.d01-30.x>
35. Pedrosa RS, Siqueira RV. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. *J Pediatr (Rio J)*. 1997;73(1):21-5.
36. Gomes CF, Trezza EMC, Murade ECM, Padovani, CR. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(2):103-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1456>
37. Tarrant M, Dodgson JE, Wu KM. Factors contributing to early breast-feeding cessation among Chinese mothers: An exploratory study. *Midwifery*. 2014;30(10):1088-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.002>
38. Garbarino F, Morniroli D, Ghirardi B, Garavaglia E, Bracco B, Gianni ML, et al. Prevalence and duration of breastfeeding during the first six months of life: factors affecting an early cessation. *Pediatr Med Chir*. 2013;35(5):217-22.

39. Gremmo-Féger G. An update on lactation physiology and breastfeeding. Arch Pediatr. 2013;20(9):1016-21.
40. Smith-Gagen J, Hollen R, Walker M, Cook DM, Yang W. Breastfeeding laws and breastfeeding practices by race and ethnicity. Womens Health Issues. 2014;24(1):e11-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2013.11.001>
41. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. Pediatrics. 2013;131(3):e726-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1295>
42. Santiago LB, coord. Manual de aleitamento materno. Barueri: Manole; 2013.

BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

1. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Del Ciampo LA, Ricco RG, Del Ciampo IRL, Almeida CAN. Fármacos contra-indicados durante o aleitamento materno. In: Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CAN, eds. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004. p.95-8.
3. Melo SL. Amamentação: Contínuo aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
4. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.
5. Rego JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2002.
6. Vinha VHP. O livro da amamentação. 1a ed. São Paulo: CLR Balieiro; 1999. p.20-22.
7. World Health Organization. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000.

Anexo 1. Formulario de observación de la mamada.

Nombre de la madre _____ Fecha _____	
Nombre del bebé _____ Edad del bebé _____	
Señales que el amamantamiento va bien	Señales de posible dificultad
SECCIÓN A	
Observación general	
Madre	
☐ Madre parece saludable	☐ Madre parece enferma o deprimida
☐ Madre relajada y confortable	☐ Madre parece tensa e incomodada
☐ Mamas parecen saludables	☐ Mamas arrojadas, hinchadas/doloridas
☐ Mama bien apoyada, c/ dedos fuera del pezón	☐ Mama agarrada con dedos en la aréola
Bebé	
☐ Bebé parece saludable	☐ Bebé parece somnoliento o enfermo
☐ Bebé calmo y relajado	☐ Bebé inquieto o llorando
☐ Señales de vínculo entre la madre y el bebé	☐ Sin contacto visual madre/bebé, apoyo frágil
☐ El bebé busca/alcanza la mama si está con hambre	☐ El bebé no busca, ni alcanza
SECCIÓN B	
Posición del bebé	
☐ La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados	☐ Cuello/cabeza del bebé girados al mamar
☐ Bebé seguro próximo al cuerpo de la madre	☐ Bebé no es seguro próximo
☐ Bebé de frente para la mama, nariz para el pezón	☐ Mentón y labio inferior
☐ Bebé apoyado	☐ Bebé no apoyado
SECCIÓN C	
Agarrada	
☐ Más aréola es vista arriba del labio superior del bebé	☐ Más aréola es vista abajo del labio inferior
☐ La boca del bebé está bien abierta	☐ La boca del bebé no está bien abierta
☐ El labio inferior está vuelto hacia fuera	☐ Labios dirigidos hacia frente/vueltos hacia dentro
☐ El mentón del bebé toca la mama	☐ El mentón del bebé no toca la mama
SECCIÓN D	
Succión	
☐ Succiones lentas y profundas con pausas	☐ Succiones rápidas y superficiales
☐ Bebé suelta la mama cuando termina	☐ Madre saca el bebé de la mama
☐ Madre percibe señales del reflejo de la oxitocina	☐ Señales del reflejo de la oxitocina no percibidos
☐ Mamas parecen más leves después de la mamada	☐ Mamas parecen duras y brillantes

WHO. Positioning a baby at the breast. In: WHO. Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide 2004.