

Papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna

MC. Temboury Molina

Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, contiene todos los nutrientes que necesita el niño y es específica de la especie humana. Además la lactancia natural disminuye el riesgo de enfermedades agudas y crónicas en el niño, mejora su desarrollo intelectual, beneficia la salud de la madre, así como la economía familiar. Por todas estas razones, la leche humana es la idónea para todos los lactantes, incluidos los prematuros y los enfermos. Para la OMS, la UNICEF, la Academia Americana de Pediatría y otras muchas organizaciones sanitarias, la protección de la lactancia materna es una medida prioritaria de salud pública, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. Es un deber de los profesionales sanitarios informar a los padres de la importancia de la lactancia natural. El pediatra en especial, ocupa un lugar clave en la protección y promoción de la lactancia materna¹⁻⁵.

Antes en la sociedad tradicional, las familias eran grandes y existía culturalmente protección a la lactancia materna. Las otras mujeres de la familia ayudaban a la nueva madre en el aprendizaje del amamantamiento, de forma que la lactancia se prolongaba habitualmente más allá del primer año de vida.

En nuestra sociedad actual, industrial y urbana, las familias son pequeñas y las nuevas madres carecen del apoyo de la familia tradicional para la lactancia. La mayoría no saben dar el pecho, nunca han visto amamantar, y no tienen familiares cercanos que puedan ayudarlas. En la cultura del biberón además, se tiene la falsa creencia de que la lactancia materna no es tan importante, ya que gracias a los avances técnicos la leche artificial es igual que la natural. En este contexto muchos profesionales sanitarios minusvaloran la lactancia natural y no adquieren los conocimientos necesarios para que tenga éxito. A menudo, cuando se

presenta alguna dificultad en la lactancia, el pediatra lo primero que hace es suspenderla, en vez de informarse e intentar solucionar el problema. Si a ésto se une la propaganda indiscriminada de los fabricantes de leche artificial, es fácil adivinar que en este contexto se produce un elevado porcentaje de fracaso de la lactancia materna, que no suele prolongarse más allá del 2-3º mes⁶⁻⁸.

Es necesario tomar conciencia de la importancia de la lactancia natural en la salud materno-infantil. Los profesionales sanitarios deben informar a las madres y ayudarlas a amamantar a sus hijos. Para que sean capaces de hacerlo, deberían tener conocimientos suficientes. Se debería incluir formación sobre lactancia materna en los planes de estudio de medicina y durante la especialización. Los pediatras, junto a otros profesionales, deberían hacer algún curso de actualización en lactancia materna y seguir las actuales recomendaciones de la OMS y UNICEF para las maternidades (Diez pasos hacia una feliz lactancia natural), tratando de integrarse en "la iniciativa hospital amigo de los niños" de UNICEF⁸⁻¹⁰. Actualmente existen en España cursos para personal sanitario muy útiles, organizados por ACPAM.

Sin embargo, en los pocos estudios publicados en nuestro país, sobre los

conocimientos de los profesionales sanitarios en lactancia materna, se observa que son bastante insuficientes.

Por ejemplo, en una encuesta reciente realizada a personal sanitario de Atención Primaria de Castellón¹¹ aunque el 90% de ellos piensan que la lactancia materna es lo mejor para el bebé, todavía el 20% piensa que la leche puede ser de mala calidad, el 36% piensa que hay que amamantar con horario, y el 30% que tetinas y chupetes relajan al bebé, favoreciendo la lactancia materna. En otra encuesta reciente realizada a personal sanitario sólo al 49% le parecía correcto dar el pecho en público, y el 56% opinaba que si el niño llora mucho hay que analizar la leche para ver si es buena. En una encuesta realizada a residentes de pediatría de Barcelona¹², sólo el 50% recomendaba iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, no dar agua y lactancia a demanda. En otra encuesta realizada a pediatras asistentes a un congreso¹³, el 25% cree que hay que dar leche artificial a los recién nacidos para evitar la hipoglucemia, el 50% que los niños amamantados necesitan agua, o que si lloran por hambre hay que ofrecer biberón, mejor que aumentar el número de tomas. El 50% no cree que el chupete pueda hacer fracasar la lactancia natural.

En Estados Unidos la situación no es mejor. Así en una encuesta realizada en 1999 a los pediatras¹⁴ sólo el 67% recomendaba la lactancia materna exclusiva el primer mes de vida y el 37% mantenerla hasta el año (con otros alimentos). Únicamente el 44% recomendaba iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida y el 59% lactancia a demanda. El 78% creían que no eran necesarios los suplementos de agua o suero, pero sólo el 51% recomendaban el alojamiento conjunto y el 23% evitar el chupete. Además el 30% de los pediatras introducían las papillas antes del 5º mes.

En otro estudio realizado en 1995 a residentes de pediatría y pediatras jóvenes con menos de 5 años de profesión, también en USA¹⁵, el 90% decían que promocionaban la lactancia materna, sólo el 60% sabían que protegía de otitis, el 26% pensaban que la lactancia materna exclusiva no era la mejor alimentación y sólo el 52% sabían que los suplementos con leche artificial en las primeras semanas de vida pueden producir fracaso de la lactancia. Este estudio también analizaba la formación sobre lactancia impartida durante la residencia y concluía que los pediatras recibían una información insuficiente en lactancia natural durante su residencia.

El primer y probablemente más importante paso para mejorar la lactancia materna, es mejorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios^{3,8}. El pediatra tiene un papel fundamental en la promoción de la lactancia natural y una vez adquiridos los conocimientos necesarios, puede actuar a diferentes niveles¹⁶⁻²⁰:

Debería trabajar en coordinación con otros profesionales sanitarios a cargo de la salud materno infantil, como ginecólogos, matronas y enfermeras. Debería tratar de sensibilizar a las madres sobre las ventajas de la lactancia natural, transmitir confianza de su capacidad de amamantar, e identificar a las madres que necesitan más ayuda.

Durante el embarazo sería conveniente que colaborara con la matrona en la preparación al parto, para explicar a las madres no sólo las ventajas de la lactancia natural, sino también su técnica. No se debe permitir que se entreguen muestras de leche artificial, chupetes, ni biberones a las embarazadas⁷.

En la maternidad debe animar a la madre a que inicie la lactancia en la primera hora tras el parto. Muchas veces, el pediatra tendrá que ayudar a la madre a colocar el niño al pecho correctamente. Es importante saber evaluar la toma.

El niño debe tener una postura de succión adecuada, es decir bien pegado a su madre, colocado de forma que su barriga este tocando con la de la madre. Debe estar mirando el pecho de frente, sin tener que doblar la cabeza para mamar. El recién nacido abrirá bien la boca, para introducir en ella, todo el pezón y gran parte de la areola (que no se vea su parte inferior). Una postura incorrecta producirá dolorosas grietas en la madre y dificultad para engordar en el bebé. Sobre todo hay que evitar que el niño meta en su boca sólo el pezón o que esté mirando para arriba y con la cabeza torcida²⁰.

Hay que procurar no separar al niño de su madre, salvo que sea estrictamente necesario, y facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo, ya que es la única manera de que se establezca bien la lactancia. Hay que recomendar tomas frecuentes, largas y a demanda del niño, enseñando a reconocer los signos precoces de hambre.

Es necesario evitar el uso de chupetes y biberones, porque confunden al niño provocando que succione incorrectamente, así como los suplementos de suero o fórmula, que además de innecesarios, son peligrosos para la lactancia pues disminuyen la succión del niño y por tanto la secreción de prolactina.

El pediatra debe saber solucionar las dificultades de las madres con la lactancia, como grietas, fármacos... así como manejar la lactancia en situaciones especiales, gemelos, cesáreas... Tiene que animar a las madres de los niños ingresados, a sacarse leche para mantener la lactancia y a que permanezcan con el niño el mayor tiempo posible.

Al salir de la maternidad, se debe procurar que el alta sea conjunta siempre que se pueda, cuidando que la lactancia esté bien establecida. Conviene ofrecer a las madres un teléfono de ayuda y recomendarles que si tienen dificultades consulten a los grupos de apoyo a la lactancia.

En el domicilio, la primera visita al pediatra debe ser precoz, ya que los primeros días son claves para detectar y corregir problemas de técnica, postura, grietas que tienen riesgo de conducir al fracaso la lactancia. Se recordarán las ventajas de la lactancia natural y los peligros del biberón. Se recomendará la lactancia materna exclusiva, a demanda del niño y frecuente, enseñando a la madre a reconocer los signos precoces de hambre, sin esperar a que el niño llegue a llorar, así como la importancia de las tomas nocturnas.

Se recomendará a las madres que no limiten la duración de las tomas, ya que

la leche del final es la más grasa y por tanto la que más engorda. Se procurará no obsesionar a las madres con el peso, evitando prácticas como la doble pesada. El pediatra debe recordar que muchos niños cambian de percentil durante el primer año de vida, sin que eso signifique que sea necesario añadir leche artificial. Los suplementos de ésta, disminuyen la succión del niño y por tanto la secreción de prolactina, además le confunden, por el distinto tipo de succión. Si un bebé alimentado al pecho no engorda, se supervisará que la postura sea correcta y se recomendarán tomas más frecuentes y largas, además de tranquilizar a la madre, explicando que es una situación transitoria, que cederá cuando el niño succione más.

Se recomendará la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y continuarla más allá del primer año, completada con otros alimentos no lácteos. Se animará a la madre que trabaje a que siga con la lactancia,

primero extrayendo su leche con sacalaches, conservarla en la nevera y más tarde dando la alimentación complementaria con cuchara, en las horas que ella esté fuera de casa^{2,3,8,16-20}.

En resumen, conviene que los pediatras estén bien informados de las ventajas de la lactancia natural y de cómo ponerla en práctica. La OMS y la UNICEF organizan cursos para profesionales sanitarios y han editado un decálogo con 10 puntos clave para lograr una feliz lactancia natural³. Tienen numerosas publicaciones y han puesto en marcha la iniciativa de los hospitales amigos de los niños, que pretende facilitar la lactancia en las maternidades, cambiando las actitudes de los profesionales sanitarios. La Asociación Americana de Pediatría ha recomendado también iniciar la lactancia en la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y mantenerla acompañada de alimentación complementaria a partir de entonces².

Bibliografía

1. Informe sobre el estudio colaborativo de la OMS acerca de la lactancia natural. *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad*. Ed. OMS. Ginebra 1981.
2. American Academy of Pediatrics. *Breastfeeding and the use of human milk*. (RE9729). 2000.
3. Declaración conjunta OMS/UNICEF. *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*. Ed. OMS, Ginebra 1989.
4. OMS/UNICEF. *Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento, y el apoyo de la lactancia materna*. Florencia 1 de agosto de 1990.
5. Breastfeeding. *The technical basis and recommendations for action*. WHO. Geneva 1993.
6. Martín- Calama J, Casares I, Rodríguez P, Orive I. *El cambio de conducta en el amamantamiento a nivel mundial*. An Esp Pediatr 1986; 25 (1): 39-44.
7. OMS. *Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna*. Ed OMS. Ginebra 1981.
8. Jelliffe DB, Jelliffe EPF. *Programmes to promote breastfeeding*. 1st. ed. Delhi; Oxford University press. 1988.
9. Ruiz-Giménez J, Cabero L. *La lactancia materna: Iniciativa Hospitales amigos de los niños*. SEGO. Boletín informativo 1996; 3: 12.
10. *Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño*. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad. UNICEF/OMS 1992.
11. Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijó A, et al. *Lactancia materna: conocimientos actitudes y ambigüedad sociocultural*. Atención Primaria 1999; 24: 337-43.
12. Catalá Ferrer L, González Rodríguez CJ, Simón Ortoll MA. *Experiencia i actituds dels pediatres vers la lactància materna*. 4º Congrés de pediatres de llengua catalana. Peñíscola 1988, llibre de comunicacions, p. 128-129.
13. Ruiz L, Sullivan K, Laurent S, Canela J. *Conocimientos, actitudes y prácticas de los pediatras españoles respecto a la lactancia materna*. An Esp Pediatr 1994; 40 (supl 62): 77.
14. Schanler Rj, Oconnor KG, Lawrence RA. *Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion*. Pediatrics 1999; 103 (3): 35.
15. Freed GL, Clark SJ, Lohr JA, Sorenson JR. *Pediatrician involvement in breastfeeding promotion: a national study of residents and practitioners*. Pediatrics 1995; 96 (3): 490-4.
16. Temboury MC, Otero A, Polanco I. *Promoción de la lactancia materna en*

atención primaria. *Pediatrika* 1993; 13 (4): 141-5.

17. Temboury MC, Polanco I. *Importancia de las rutinas de la maternidad en el éxito de la lactancia materna*. *An Esp Pediatr* 1992; 36 (5): 367-70.

18. Temboury MC, Otero A, Polanco I. *La lactancia materna en un Área Metropolitana II: Diseño de un programa*

de promoción. *An Esp Pediatr* 1992; 37(3) 215-8.

19. González Rodríguez CJ, Guerrero Desirré J. *Controversias en el manejo de la lactancia materna*. *An Esp Pediatr* 1993; 30: 308-12.

20. Royal College of Midwives. *Lactancia materna. Manual para profesionales*. Barcelona: ACPAM 1994.

