

Fomento de la lactancia materna en Atención Primaria

B. MARTÍNEZ HERRERA

Centro de Salud de Cazoña. Santander.

*“El parto es dolor y criar al pecho es amor”
(Dicho popular)*

A pesar de que en teoría la mayoría de los pediatras y personal de enfermería en contacto con recién nacidos (RN) estemos a favor de la lactancia materna, la práctica diaria demuestra que en muchas ocasiones somos nosotros los responsables del fracaso de dicha lactancia, al no prestar el apoyo técnico y psicológico necesario a las mujeres que han decidido amamantar a sus hijos, y no ser capaces, bien por desconocimiento o por falta de tiempo, de ayudarles a superar las dificultades habituales al inicio de la lactancia.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de las madres actuales provienen de la cultura del biberón, ya que la caída de la lactancia materna llegó a su punto más bajo a finales de los años sesenta; estas mujeres desconocen prácticamente todo sobre la lactancia natural y desconfían de su propia capacidad para lactar, además de no contar con el apoyo de ningún familiar o amigo que les ayude a superar las dificultades iniciales. En la mayoría de las ocasiones, en su entorno familiar y social la única solución que les van a ofrecer para todos sus problemas es el “milagroso biberón de ayuda” que les va a conducir al fracaso en su decisión de amamantar. Los pediatras y el personal de enfermería debemos estar preparados para suplir esta carencia familiar y cultural ayudando a las mujeres a resolver los problemas iniciales de la lactancia y transmitiéndoles seguridad y confianza en cuanto a su capacidad para dar de mamar a su hijo. Debemos estar disponibles para que las madres tengan fácil acceso en caso de que les surjan dudas; así mismo, debemos tener conocimientos actualizados sobre la fisiología y técnica del amamantamiento, conocer las soluciones para resolver los problemas o dificultades que puedan surgir y conocer los

sistemas de apoyo o grupos de autoayuda a la lactancia (grupos de madres, liga de la leche...).

La promoción de la lactancia materna desde el ámbito de la Atención Primaria se debe realizar: a) **Prenatalmente**: Clases de preparación al parto (matrona), visita prenatal (pediatra); y b) **Posnatalmente** (personal de enfermería y pediatra).

VISITA PRENATAL

El momento más adecuado para realizar la visita prenatal por parte del pediatra es el tercer trimestre del embarazo. En nuestro Centro de Salud la mujer embarazada es remitida por la matrona después de haber asistido a las clases de preparación al parto, en las que se habla sobre lactancia materna, lo cual nos va a facilitar la visita, ya que estas mujeres van a tener unos conocimientos básicos sobre:

- * Ventajas de la lactancia materna.
- * Anatomía y fisiología de la mama.
- * Higiene y cuidado de las mamas.
- * Problemas más frecuentes (ingurgitación, mastitis, grietas...).

Fomento de la lactancia materna

Es importante incluir al padre en la visita prenatal y en los programas de lactancia materna, ya que está demostrado que participan en la elección del método de alimentación de sus hijos, y pueden ser eficaces promotores o detractores de la lactancia materna, dependiendo de cuál sea su actitud ante las dificultades iniciales⁽¹⁰⁾.

El intentar completar todos los datos de la historia clínica en la primera visita puede convertir la visita prenatal en

un interrogatorio casi policial, creando además miedos innecesarios. Muchos datos van a ser de interés posterior y tendremos oportunidad de conocerlos una vez que se haya establecido un lazo de confianza entre los padres y el médico.

Recogeremos los datos de la historia familiar y social que consideremos de interés para el período neonatal inmediato y el fomento de la lactancia materna.

Interrogaremos sobre posibles enfermedades maternas (cáncer de mama, SIDA, medicaciones...) o del feto (malformaciones, embarazo múltiple, retraso crecimiento intrauterino...) que puedan dificultar o contraindicar la lactancia materna, así como por los antecedentes familiares de las enfermedades en las que ésta sea especialmente beneficiosa para su prevención (asma, atopia, diabetes, dislipidemias...).

Una vez que hayamos recogido los datos de la historia clínica que consideremos de interés, pasaremos a preguntar a la madre qué tipo de alimentación ha decidido dar a su hijo, ya que en el tercer trimestre del embarazo la mayoría de las mujeres ya han tomado esta decisión.

* En caso de que la mujer haya optado por la lactancia artificial deberemos ser respetuosos con su decisión. Si se ha establecido una buena atmósfera en la visita, podemos interrogarle sobre el motivo de su decisión, ya que puede estar basada en conceptos erróneos o en malas experiencias previas familiares o personales; podemos intentar analizar sus causas, explicándole que es posible conseguir una lactancia satisfactoria para ella a pesar de haber tenido una mala experiencia anterior.

En todo momento mantendremos una actitud de respeto y cordialidad, dándole la información necesaria sobre la preparación de biberones y estimulándola para que favorezca el contacto físico con su hijo.

Tanto si la mujer está indecisa como si ha optado por la lactancia artificial, deberemos preguntarle si conoce las ventajas de la lactancia materna, exponiéndoselas de una forma sensible y con tacto para que no se sienta culpable al tomar su decisión. Presentaremos la lactancia materna, no como una carga más para la mujer, sino como una suerte, ya que es una posibilidad que le ofrece la naturaleza de disfrutar de un contacto íntimo y único con su hijo, que produce gran placer y satisfacción personal.

* En caso de que la mujer haya decidido dar de mamar a su hijo, la felicitaremos por haber tomado la decisión más

adecuada para los dos, ya que la lactancia materna, además de ser el mejor alimento para el desarrollo físico y emocional de su hijo, le va a permitir disfrutar de una gran experiencia que les está reservada sólo a las madres y que produce gran satisfacción y una mayor confianza en sus habilidades para criar a su hijo; pero que, dado que es una habilidad que se aprende, puede no ser fácil al principio, por lo cual es importante estar preparada emocionalmente para no desanimarse ante las dificultades que puedan surgir hasta que se llegue a una adaptación mutua entre el lactante y la madre.

Dado que la mayoría de las mujeres dudan de su capacidad para amamantar adecuadamente, aumentaremos su confianza explicándole que la frecuencia real de enfermedades maternas que producen hipogalactia es muy baja (2%) y que por lo tanto la inmensa mayoría de las madres sanas con hijos sanos a los que se les permita mamar a la demanda, sin suplementos ni chupetes, van a producir suficiente leche⁽³⁾. La mayoría de los fracasos de la lactancia materna son debidos a: mala técnica, horarios rígidos, ayudas de suero o biberón y fatiga, inseguridad y miedo maternos. Todas estas causas se pueden prevenir teniendo la ayuda y los conocimientos precisos para resolver las dificultades iniciales hasta que se instaure adecuadamente la lactancia.

La información que demos deberá estar adaptada a las necesidades específicas de cada mujer, teniendo en cuenta sus antecedentes y su entorno social; no abordaremos el tema de la misma forma con una madre que ha lactado satisfactoriamente a otros hijos, que con una primípara que procede de un medio donde la cultura del biberón es la norma, o con una mujer cuyo hijo posiblemente vaya a ser ingresado.

1. Ventajas

Haremos un repaso de las ventajas de la lactancia materna: enfermedades infecciosas, enfermedades alérgicas, intolerancia a proteínas vacunas, maloclusión, desarrollo intelectual, etc. Se ha comprobado que en países donde la mortalidad infantil es baja, como el nuestro, los niños alimentados con biberón precisan cinco veces más tratamiento hospitalario que los niños alimentados con lactancia materna⁽¹⁾.

Podemos enumerar el listado creciente de enfermedades crónicas en las que parece observarse que la lactancia

materna prolongada es un factor protector: diabetes mellitus, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn en la infancia, dislipidemias...⁽²⁾.

Al exponer las ventajas de la lactancia materna nos extenderemos en unas u otras dependiendo de la curiosidad de los padres, de su nivel socio-cultural y de sus antecedentes familiares.

2. Horarios

El lactante debe ser alimentado a la demanda, es decir, siempre que a la madre le parezca que tiene hambre, incluso si hace poco que acaba de mamar. El inicio precoz de la lactancia y la frecuencia elevada de mamadas (más de ocho tomas/día) durante los tres primeros días de vida, produce un aumento en la duración total de la lactancia, en la producción láctea y en la ganancia de peso a los 15 días⁽³⁻⁵⁾.

El horario y la frecuencia de las mamadas varía de unos niños a otros, pudiendo ser muy irregular, aunque la mayoría de los niños acaban adaptándose a tomar cada tres o cuatro horas, durmiendo la mayor parte de la noche. Este período de adaptación va a ser diferente en cada niño, y el pretender conseguirlo desde el principio va a poner en riesgo el éxito de la lactancia.

3. Duración de las mamadas

Al limitar la duración de la tetada a diez minutos, algunos niños no van a ser capaces de obtener la leche tardía del final de la tetada, que es rica en grasas. Sólo van a obtener la leche inicial de ambos pechos, que es rica en lactosa y proteínas, pero pobre en grasas; esta leche puede no ser suficiente para cubrir sus necesidades calóricas, y puede ser la causa de que el niño duerma poco, lllore mucho y mame con frecuencia y en ocasiones a pesar de las tomas frecuentes gane poco peso⁽¹¹⁾. Estos niños son diagnosticados muchas veces de "cólicos", "sobrealimentación"⁽⁶⁾ o "hipogalactia" y el problema se resuelve dejando mamar al niño sin límite de tiempo, sobre todo del primer pecho, antes de ofrecerle el segundo⁽³⁾.

Aconsejaremos a la madre que no limite la duración de las tetadas, debiendo esperar a que el lactante suelte espontáneamente el pezón.

Las mamadas prolongadas no producen grietas en los pezones⁽⁷⁾; éstas son debidas generalmente a una mala postura.

4. Suplementos de suero o biberón

Los RN correctamente amamantados no necesitan suplementos de suero, biberón o agua de forma rutinaria, ni siquiera en climas tropicales⁽⁸⁾. La estimulación del pezón desencadena la liberación de prolactina y ésta va a aumentar la producción de leche; por lo tanto, a mayor frecuencia de mamadas, mayor producción de leche⁽⁵⁾.

Deberemos explicar a los padres las **consecuencias de los suplementos de suero o biberón:**

a. *Disminuye la producción láctea*, ya que al disminuir la succión va a disminuir la producción de prolactina.

b. *Confusión tetina-pezón*: La acción de mamar es mecánicamente diferente a la acción de tomar el biberón. Se puede hacer una demostración comparando la diferencia entre chupar un dedo como si fuese una tetina, y chuparse el antebrazo con la boca llena, como en el caso del pecho⁽⁹⁾. Por lo tanto, deberemos evitar las tetinas artificiales hasta que el niño haya aprendido a succionar correctamente el pecho⁽³⁾.

c. Los biberones de leche *pueden ser el episodio sensibilizante* de una posterior alergia a las proteínas vacunas.

d. *Disminuye la confianza de la madre en cuanto a su capacidad para amamantar*.

5. Llanto

Explicaremos a la madre que es normal que el niño lllore, ya que a través del llanto va a expresar todas sus necesidades (sueño, cansancio...). No sólo llora por hambre. Posiblemente en su entorno familiar, cada vez que el niño lllore lo primero que van a pensar es que tiene hambre y que el problema se solucionaría con un biberón; esto puede disminuir su confianza y producirle cierta inseguridad. Deberemos dejarle muy claro que no dude en consultarnos siempre que tenga dudas o problemas.

6. Buscar ayuda

Es importante buscar ayuda entre familiares o amigos, ya que la causa más común de secreción láctea inadecuada es la fatiga. Durante el primer mes de vida el cansancio y la falta de sueño tienen un efecto devastador sobre la secreción láctea, por lo tanto, es importante que la madre pueda dormir la siesta y descansar, procurando si es posible dejar las tareas domésticas en manos de otras personas próximas. La madre debe aprender a dormir mientras el niño duerme⁽¹²⁾.

7. Postura al mamar

Uno de los mayores problemas al inicio de la lactancia es la postura incorrecta del lactante al pecho; dicha postura puede ser la causa de múltiples problemas (dolor e inflamación del pezón, tomas demasiado largas o frecuentes, llanto por hambre, etc.) ya que traumatiza el pezón y dificulta el vaciamiento de la mama.

Podemos hacer coincidir la visita prenatal con la visita de una madre que ya está lactando a su hijo, para que observe la técnica de la lactancia, explicando el porqué de las recomendaciones que damos⁽⁹⁾. La postura correcta al mamar y el cómo ayudar a la mujer lactante están muy bien explicados en las referencias^(9,12). Yo realizo esta práctica en la consulta y, en mi opinión y en la de las mujeres embarazadas que la realizan, resulta útil; además, he observado que es un refuerzo positivo tanto para la mujer embarazada como para la lactante.

8. Hospital

Deberemos estar al corriente de las rutinas de las plantas de maternidad de nuestro hospital de referencia. Lo ideal sería que existiese un protocolo conjunto de fomento de la lactancia materna. En algunas ocasiones puede existir una disparidad entre nuestras recomendaciones y las del hospital. Deberemos preparar a la mujer para que no se sienta desorientada ante esta diferencia de criterios, justificando las normas que en ocasiones se dan en los hospitales, como necesarias para la organización de las unidades de maternidad. Recomendaremos a la mujer que inicie la lactancia lo antes posible⁽⁴⁾.

9. Grupos de ayuda a la lactancia

Deberemos conocer la existencia de los grupos de ayuda a la lactancia de nuestra comunidad (grupos de madres cuyo propósito es ayudar a las personas con interés en la lactancia) y facilitarles el teléfono para que se pongan en contacto con ellos si lo desean, incluso antes del parto.

Por último, deberemos PRESENTARLE A LA ENFERMERA que trabaja con nosotros, explicándole que en muchas ocasiones va a ser ella quien le va a resolver sus dudas, e indicándole que nada más nacer el niño se ponga en contacto con ella para programar la primera visita lo más pronto posible tras el alta hospitalaria.

Es aconsejable dar por escrito una hoja donde se resuman las ideas más importantes de la visita:

- Olvídate del reloj.
- No utilices ayudas de biberón o suero.
- Busca ayuda.
- Durante el primer mes es normal que surjan dificultades transitorias: NO TE DESANIMES Y NO DUDES EN CONSULTARNOS llamando al teléfono...

FOMENTO POSNATAL

La primera visita tras el alta hospitalaria debemos realizarla si es posible antes de los diez días de vida, bien en el domicilio (la matrona) o en la consulta, formando parte de la primera visita del "programa de atención al niño sano" (pediatra y personal de enfermería).

En muchas ocasiones éste va a ser el primer contacto que tengamos con la mujer, ya que muchas de ellas no han realizado la visita prenatal; por lo tanto, a lo largo de la entrevista deberemos ir dándole toda la información que consideremos oportuna, explicando siempre el porqué de nuestras recomendaciones.

Esta primera visita en el Centro de Salud debe ser realizada por el personal de enfermería y el pediatra, tras haber realizado una valoración del estado de la madre y del RN, así como de su entorno familiar, pautarán la frecuencia de las visitas posteriores de forma individualizada, dependiendo de las necesidades de cada caso, insistiendo en la necesidad de llamar o acudir a la consulta antes de la fecha prevista si surgiese alguna duda o dificultad.

Debemos evitar, y, en muchas ocasiones, tendremos que luchar contra los controles de peso semanales rutinarios, ya que en ningún caso resuelven los problemas, y en muchos casos en los que no los hay provocan insatisfacción e inseguridad en la madre. La curva de peso deberá ser valorada en todos los niños, estén con lactancia materna o con lactancia artificial; esto se hace sistemáticamente en todos los controles de salud. Una vez que la lactancia está bien instaurada, si no existen problemas no hay por qué pesar con mayor frecuencia a los niños con lactancia materna que a los que están con lactancia artificial.

La valoración del peso semanalmente, e incluso con mayor frecuencia, puede ser pautada por el pediatra formando parte de la valoración clínica de un lactante en el que se ha detectado un problema (independientemente del tipo

de alimentación que lleve) y que tras haberlo estudiado adecuadamente considera necesario dicho control para valorar su evolución.

En la primera visita, y siempre que existan problemas con la lactancia, si pretendemos llegar a un diagnóstico correcto que nos permita dar a la madre las recomendaciones adecuadas para resolverlo, deberemos hacer una buena anamnesis, una exploración física y observar una toma para comprobar que la técnica del amamantamiento es correcta.

Anamnesis

Interrogaremos sobre:

*Miedos, preocupaciones, estado anímico de la madre, ambiente familiar, ¿tiene ayuda en casa que le permita descansar y dormir cuando el niño duerme?, etc.

*Número de tomas y duración de las mismas, ¿el niño suelta espontáneamente el pezón?, ¿queda relajado tras las tomas?

*Número de pañales que el niño moja al día y características de la orina.

*Número y características de las deposiciones.

*Características del reflejo de eyección. ¿Nota la madre el “golpe de leche”?, ¿se atraganta el niño? (en ocasiones, el niño puede atragantarse por un reflejo de eyección muy exaltado; la valoración de este reflejo la podemos hacer al observar la toma).

Exploración

Realizaremos una exploración completa del lactante valorando: Aspecto, turgencia de la piel, tono muscular, curva de peso, etc.

Observación de la toma

La postura incorrecta del lactante al pecho es causa de múltiples problemas, por lo que es importante la observación de la toma en la primera visita y siempre que existan dificultades con la lactancia.

En la observación debemos ser positivos, reforzando a la madre en todos aquellos aspectos que estén bien, transmitiéndole seguridad y confianza (mira qué bien abre la boca, escucha cómo traga el niño, le agarras muy bien...), aprovechando este momento para dar gran parte de la información sobre la técnica de la lactancia.

Aspectos que indican que el lactante está bien agarrado al pecho^(9,13):

1. Madre relajada y cómoda que abraza al niño con seguridad y confianza. Lactante bien alineado, con la boca bien abierta y el labio inferior evertido.

2. El lactante abarca un buen bocado del pecho que incluye el pezón y gran parte de la aréola en su parte inferior; de esta forma va a exprimir la leche de los conductos galactóforos a través de movimientos rítmicos y profundos de la mandíbula y la lengua.

3. No hay que dejarse guiar por la cantidad de aréola visible por encima del labio superior, ya que no da ninguna indicación de la posición de la lengua y la mandíbula inferior. Debemos asegurarnos de que la mandíbula inferior esté muy por debajo del pezón, con la parte inferior de la aréola introducida dentro de la boca.

4. Las mejillas deben estar llenas; si están chupadas hacia dentro el lactante no está correctamente colocado y está chupando sólo el pezón, como se chupa una tetina (podemos aprovechar este momento para explicar la diferencia entre succionar el pecho y chupar una tetina).

5. Después de un corto período de succión rápida el ritmo se vuelve lento y regular con movimientos profundos de la mandíbula, se oye deglutir al lactante y en ocasiones comprobamos el reflejo de eyección al observar la salida de la leche por el otro pecho.

6. El lactante acaba la tetada por decisión propia, soltando el pecho espontáneamente, quedando relajado y saciado.

Mientras observamos la toma suele ser un momento propicio para recoger información sobre el estado anímico de la madre, si tiene ayuda, si existen presiones familiares, etc.

Motivos de consulta más frecuentes

1. *Problemas que pueden ser provocados por una mala técnica*

Problemas maternos

La postura incorrecta del lactante al mamar puede traumatizar el pezón, provocando dolor y grietas. Además, puede dificultar el vaciamiento de la mama, pudiendo ocasionar una disminución en la producción láctea, ingurgitación mamaria y mastitis.

El tratamiento de los pezones dolorosos, las grietas, la ingurgitación mamaria y las mastitis está perfectamente explicado en la cita bibliográfica⁽¹²⁾.

Las pezoneras dificultan el vaciamiento de la mama e interfieren en el aprendizaje del mecanismo de succión⁽¹⁶⁾.

Problemas en el lactante

La postura incorrecta dificulta el vaciamiento de la mama y en ocasiones el lactante sólo obtiene la leche inicial, rica en hidratos de carbono y proteínas y pobre en grasas; esto puede ser la causa de que el niño haga tomas muy frecuentes o muy prolongadas, lllore por hambre, o incluso no gane peso adecuadamente.

2. Escasa producción de leche

Fatiga

La causa más común de secreción láctea inadecuada es la fatiga, a veces debida a falta de sueño porque el lactante exige mucha atención por la noche, pero en ocasiones por motivos menos evidentes: presiones familiares, trabajo, compromisos sociales... Como ya hemos comentado en el apartado de la visita prenatal durante el primer mes, cuando se está estableciendo la lactancia, la fatiga tiene un efecto devastador sobre la producción láctea. El lactante tiene hambre, llora y exige mamadas más frecuentes, cerrando el círculo vicioso. La solución a este problema no es indicar un biberón de ayuda, sino prescribir un régimen estricto de reposo, con lo que se resuelve el problema en unos días⁽¹⁴⁾.

Reflejo de eyección alterado

Cuando se altera el reflejo de eyección, a pesar de estar la glándula llena de leche, el lactante puede tener dificultad para obtenerla, por lo que puede soltar el pecho llorando o gritando. La causa más frecuente de reflejo de eyección alterado es la inhibición psicológica provocada por dolor, estrés, ansiedad o angustia, situaciones todas ellas muy frecuentes al inicio de la lactancia; de ahí la importancia de saber tranquilizar a las madres y transmitirles seguridad. Insistir en la necesidad de descansar adecuadamente y disponer de un lugar cómodo y tranquilo para dar de mamar^(14,12).

Brotos de crecimiento

Aproximadamente a las tres y seis semanas y a los tres meses de edad, muchos lactantes experimentan "brotos de crecimiento"^(15,3). Durante un par de días maman con gran frecuencia hasta que la producción de leche aumenta para

cubrir sus necesidades. La madre debe conocer esta posibilidad para saber afrontarla adecuadamente.

3. "Llanto excesivo"

El llanto de un niño no indica hipogalactia, aunque el pecho suele calmar eficazmente el llanto de cualquier etiología.

Ante un lactante con "llanto excesivo" deberemos realizar una anamnesis detallada y una exploración del niño y de la técnica de la lactancia. Si tras realizar esta valoración no encontramos una causa que justifique el "llanto excesivo", deberemos convencer a la madre de que un niño llora por múltiples causas, no sólo por hambre.

Si hemos llegado al diagnóstico de "cólicos del primer trimestre", le daremos a la familia todas las explicaciones oportunas, insistiendo en que el cuadro es igual de frecuente en los niños con lactancia materna que en aquellos con lactancia artificial⁽¹²⁾ y que, si empieza a ofrecerle biberones de prueba, posiblemente acabe con la lactancia materna y el niño siga llorando. En mi opinión, le resulta más fácil asumir el diagnóstico de cólicos del primer trimestre "gases" a las madres con lactancia artificial que a las que están amamantando, y esto es debido a que se sienten inseguras y en cuanto el niño llora piensan que se queda con hambre o que su leche no es buena; de ahí la importancia de transmitir seguridad a la madre, insistiendo en que éste es un problema ajeno a la lactancia materna.

4. Escasa ganancia ponderal

Todo niño que no gana peso adecuadamente debe ser valorado por el pediatra, que tras realizar una anamnesis detallada, una exploración física y observar una toma, va a poder llegar a uno de los siguientes diagnósticos e instaurar el tratamiento más oportuno en cada caso⁽¹⁴⁾:

1. Mala técnica (véase el apartado 1).
2. Lactante sano que gana peso lentamente.
3. Lactante con retraso de crecimiento; en cuyo caso debe descartar la existencia de enfermedades subyacentes o hipogalactia, de causa conocida (fatiga, estrés, falta de reflejo de eyección...) o desconocida.

Lactante sano que gana peso lentamente

* Mama frecuentemente mostrando buena succión (ocho o más tomas al día, de 15 o 20 minutos).

* El lactante moja más de seis pañales al día y la orina es clara.

* Las deposiciones son frecuentes y grumosas o poco frecuentes, grandes y blandas.

* Aumento de peso lento pero constante.

* Aspecto sano y alerta.

* Buen tono muscular.

* Buena turgencia cutánea.

Lactante con retraso de crecimiento

* El lactante hace menos de ocho tomas al día, generalmente muy cortas.

* La madre no nota el reflejo de eyección.

* El lactante moja pocos pañales y la orina es concentrada.

* Deposiciones infrecuentes y escasas.

* Peso errático, puede perder peso.

* Lactante apático o lloroso.

* Escaso tono muscular.

* Falta de turgencia en la piel.

En las encuestas realizadas en España, el motivo más frecuente de abandono de la lactancia es la escasa ganancia ponderal, con la subsiguiente introducción de biberones de ayuda. Como hemos podido ver, las causas de escasa ganancia ponderal pueden ser múltiples: muchas veces el problema se va a resolver prestando el apoyo necesario a la madre (escuchándola, transmitiéndole seguridad y prescribiéndole el descanso necesario o mejorando algún aspecto de la técnica); en algunos casos, la causa de la escasa ganancia ponderal va a estar en el lactante; y por último, en alguna ocasión, la causa va a ser la hipogalactia. Por lo tanto, *en ningún caso se debería prescribir un biberón de ayuda a un lactante sin que haya sido valorado previamente por el pediatra.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Editorial. *The Lancet*, Vol 344, Num 8932.

2. Lawrence RA. Factores Anti-infecciosos e importancia immuno-

lógica de la leche materna. Mosby/ Doyma libros S.A. La Lactancia Materna 1996: 151-82.

3. González Rodríguez J y Guerrero Desirre J. Controversias en el manejo de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 1989; **30**: 309-312.

4. Solariya EM, Easton PM, Carter JI. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978; **2**: 1141-1143.

5. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A y cols. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; **72**: 307-316.

6. Woolridge MW. Colic, overfeeding and symptoms of lactosa malabsorption in the breast-feed baby: a possible artifact of feed management?. *Lancet* 1988; **2**: 382-384.

7. Slaven S, Harvey D. Unlimited sucking time improves breast-feeding. *Lancet* 1981; **1**: 293-3.

8. Goldberg NM, Adams E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate-not really a necessity. *Arch Dis Child* 1983; **58**: 73-4.

9. Royal College of Midwives. Posición correcta del bebé al pecho. ACPAM, Lactancia Materna. *Manual para profesionales* 1994: 13-24.

10. Gary L, Freed MD, Kennard Fraley J. Actitudes de los padres con respecto a la lactancia. *Pediatrics* (ed. esp.) 1992; **34**, **2**: 79-82.

11. Royal College of Midwives. Factores cuya eficacia ha sido demostrada. ACPAM, Lactancia Materna. *Manual para profesionales* 1994: 21-41.

12. Lawrence RA. Cuidados de la pareja madre-hijo durante la lactancia. Mosby/Doyma libros, S.A. La Lactancia Materna 1996: 221-85.

13. González Rodríguez CJ. Síndrome de la posición inadecuada al mamar. *An Esp Pediatr* 1996; **45**: 527-9.

14. Lawrence RA. Crecimiento normal, retraso de crecimiento y obesidad en el lactante amamantado. Mosby/Doyma libros, S.A. La Lactancia Materna 1996: 373-401.

15. Neifert MR, Seacat JM. Intervención del médico en el amamantamiento adecuado. *Clin Pediatr Norteam* 1986; **4**: 777-98.

16. Woolridge MW, Baum JD, Drewett RF. Effect of a traditional and of a new nipple shield on sucking patterns and milk flow. *Early Hum Dev* 1980; **4**: 357.