

Leche materna y lactancia,

L e c h e m a t e r n a y l a c t a n c i a ,

siempre actual

s i e m p r e a c t u a l

Germán E. Silva Sarmiento, MD

Pediatría, medicina interna pediátrica

La lactancia materna: 'Un imperativo clínico'

La gran mayoría de las madres pueden y deben amamantar, así como la gran mayoría de los lactantes pueden y deben ser amamantados. Solo bajo circunstancias excepcionales puede considerarse la leche materna inadecuada para el lactante.



© Thinkstock

A pesar de ser un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. Las tasas de inicio de lactancia en el hospital demuestran que la mayoría de las madres quieren amamantar y tratan de hacerlo. Sin embargo, e incluso desde el inicio, las madres no pueden conseguir el apoyo a la lactancia que necesitan. Las bajas tasas de lactancia materna a los 3, 6 y 12 meses muestran que las mujeres se enfrentan a múltiples barreras adicionales para mantener una lactancia materna exitosa.

La lactancia materna es ampliamente reconocida como el mejor alimento para los bebés, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los niños tengan lactancia materna exclusiva durante al menos seis meses después del nacimiento e idealmente hasta los dos años de edad. Los alimentos complementarios ofrecidos antes de los seis meses de edad tienden a desplazar a la leche materna y no dan ninguna ventaja nutricional para la salud. La lactancia materna mejora la salud del niño, la salud de la madre, y fortalece el vínculo madre-hijo. Los bebés con lactancia materna tienen menores tasas de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, de otitis media y alergias, mejor agudeza visual y mayor desarrollo cognitivo y del lenguaje.

Los pediatras deben desempeñar un papel activo en optimizar las políticas y las prácticas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

¿Qué podemos hacer para ayudar a que más mujeres tengan éxito lactando?

Como profesionales de la salud, y en especial como pediatras, tenemos que ser creyentes en que la lactancia materna vale la pena el esfuerzo. El desarrollo de la glándula mamaria (mamogénesis), el proceso mediante el cual la glándula mamaria genera la capacidad de secretar leche (lactogénesis), el proceso de producción de leche (lactancia) y las propiedades específicas de la leche humana es lo que la hacen **única y apropiada para los bebés humanos**. Las propiedades de la leche humana facilitan la transición desde la vida intrauterina a la vida ex útero. Esta dinámica de fluidos proporciona una gran variedad de sustancias bioactivas para el crecimiento del bebé durante los períodos críticos del desarrollo del cerebro y de los sistemas inmune e intestinal.

Composición de la leche materna

La leche humana no es un fluido corporal uniforme, es una secreción de la glándula mamaria de composición cambiante. El calostro o primera leche es muy diferente de la leche de transición y de la leche madura. La leche cambia con la hora del día y durante el curso de la lactancia. Tal vez, lo más importante es darse cuenta de que la leche humana no es simplemente un alimento, se trata de un sistema humano complejo, sofisticado y altamente integrado de apoyo infantil que proporciona al niño: protección contra las infecciones (es la más reconocida y con los resultados científicos mejor documentados), información (a través de sustancias volátiles y sabores presentes en la leche) y una nutrición ideal.

La importancia de lactar al bebé en la primera hora posnatal

El recién nacido sano tiene un patrón secuencial innato de comportamiento durante las primeras horas después del nacimiento, si el bebé se pone en contacto piel a piel con el pecho de la madre. Poco a poco, los reflejos llegan a la vida; el bebé adquiere sucesivamente la succión y los reflejos primitivos, empuña la mano, una media hora después del nacimiento lleva la mano a su boca y, luego de una hora posparto, encuentra el seno materno y comienza a succionar. Esta oportunidad de vínculo temprano ha demostrado que lo ayuda en la transición metabólica y termodinámica que le ocurre.

La secuencia del comportamiento alimentario normal del bebé empieza inmediatamente después del nacimiento y termina cuando agarra el pezón, succiona y luego se queda dormido. Aparte de provocar un comportamiento secuencial del bebé, el contacto “piel a piel” es la mejor manera natural de mantenerlo caliente después del nacimiento.

Con el contacto piel a piel con la madre, los comportamientos y actividades del bebé desde el nacimiento hasta la primera succión o el primer período de sueño siguen nueve fases:

1. Llanto inmediato, cuando se pone en contacto con la piel.
2. Un corto período de relajación, sin movimientos corporales.
3. Se despierta.
4. Incremento progresivo de la actividad, tales como mirar la areola/pezón, emitiendo sonidos específicos y haciendo movimientos mano-pecho-boca.
5. Rotación, movimientos para encontrar la areola.
6. Descanso.
7. Familiarización, cuando alcanza la areola, empieza a lamer y a tocarla con los labios, y luego de 15 minutos e incluso hasta 45, comienza a succionar.

8. Succión.
9. Sueño, que resulta en una pronta y óptima autorregulación.

Al bebé recién nacido le toma entre 45 a 50 minutos interesarse por la cara de la mamá en vez de por el seno, posiblemente por la atención dada a la voz de ella en ese momento y por ser capaz de dirigir la cabeza hacia su voz, la cual reconoce desde el útero y, de esta forma, asocia la voz conocida con la cara de su mamá. Durante este proceso, el bebé coordina los movimientos de su cuerpo con los sentidos de la vista, oído, olfato y gusto. A las madres de bebés nacidos por cesárea se les anima a amamantar tan pronto como sea posible, idealmente en el quirófano o en la sala de recuperación.

Componentes de protección, para el bebé y la madre

¿Cómo puede un agente único (la leche materna) proteger contra diferentes tipos de infecciones causadas por varias clases de patógenos en diversos sitios, mediados a través de múltiples y distintas fisiopatologías?

La respuesta viene de brindar protección directa e indirecta por medio de los múltiples componentes de la leche y de actividades que incluyen inmunoglobulinas, diferentes glicoproteínas, tales como mucinas y lactadherina, oligosacáridos, proteínas de unión y de actividades enzimáticas, antioxidantes, receptores solubles de citoquinas/antagonistas de citoquina, ácidos grasos libres, pH fecal ácido y una flora fecal característica.

Los efectos directos en la unión de los patógenos potenciales/toxinas y la prevención de su adherencia al tejido objetivo del huésped, evitando la enfermedad, están mediados por la inmunoglobulina A secretora (IgAs), por los oligosacáridos e, incluso, por las membranas de los glóbulos de grasa de la leche. Las fórmulas lácteas han tenido cambios sustanciales para parecerse a la leche materna, pero lo enunciado en los dos párrafos anteriores deja en claro que aún estamos lejos

de imitar por completo el alimento ideal para el bebé, como lo es la leche humana.

La flora fermentativa productora de ácido probablemente controla el número de los potenciales patógenos entéricos de la flora de los adultos en el lactante. En el tubo digestivo del lactante, existen bacterias benéficas, metabólicamente optimizadas para utilizar los carbohidratos de la leche materna como fuente de energía.

Terminología de la lactancia materna

En 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) propusieron una terminología estándar para la recopilación y descripción de los datos del comportamiento de la lactancia materna, actualizada por la OMS, la cual ahora se utiliza ampliamente.

Lactancia materna exclusiva: se define como el bebé que se alimenta con solo leche materna, con la posible excepción en determinadas poblaciones de la vitamina D y del hierro en lactantes de peso relativamente bajo.

Lactancia materna predominante: cuando el bebé recibe leche materna como fuente principal de alimento. Permite que el lactante reciba líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de frutas, soluciones orales de rehidratación) y gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas), pero no que reciba todo lo demás (en particular, leche no materna y líquidos basados en alimentos).

Lactancia materna complementaria: cuando el bebé recibe la leche materna y alimentos sólidos o semisólidos, y permite que el lactante reciba alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana.

Lactancia materna: cuando el niño recibe leche materna en cualquier cantidad y le permite recibir otros alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana.

Toma de decisión materna de lactar



© Thinkstock

Con respecto a la lactancia materna, la futura mamá toma la decisión antes del parto en más del 90% de los casos, y, a veces, incluso, antes de la concepción (en el 30-50% de las mujeres). En Colombia, alrededor del 96% de las mujeres empiezan a amamantar a sus hijos recién nacidos y un poco más de la mitad lo hace en la primera hora de nacido (tasa alta de iniciación en nuestro país, si se compara con el 75% en los Estados Unidos). Pero la realidad es que a los seis meses, según la última encuesta nutricional Ensin 2010, la lactancia materna exclusiva en nuestro país solo alcanza un desalentador promedio de 1,8 meses.

Es necesario llegar a la normalización y a la integración de la lactancia materna en nuestra cultura, para que aumente su aceptación y se incremente la práctica de amamantar. Una vez que se ha ayudado con información a las familias en la toma de decisiones acerca de la lactancia, se requiere proporcionar ambientes de apoyo en nuestros hospitales, consultorios médicos, centros de trabajo y en comunidades o grupos de apoyo que implementen las mejores maneras de apoyar la lactancia materna.

La OMS recomienda que los niños sean alimentados con leche materna durante los primeros dos años de vida. La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Médicos de Familia recomiendan la lactancia

materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, continuándola por lo menos hasta el primer cumpleaños del bebé, y a partir del año, siempre y cuando sea mutuamente deseado.

Factores que afectan el suministro de leche materna

Verdaderas dificultades en el suministro de leche para el bebé están relacionadas, por lo general, con la extracción irregular o incompleta de la leche. En la glándula mamaria humana, la lactancia está bajo control autocrino, en la que la frecuencia y el grado de eliminación de la leche parece regular un péptido inhibidor presente en la leche. En otras palabras, si la leche no se extrae, este péptido inhibidor se acumula, disminuyendo la síntesis de leche. Si la leche es extraída con frecuencia (6-10 veces por día), este péptido inhibidor no se acumula y aumenta la síntesis de leche.

Aunque la mayoría de las mujeres son capaces de producir más leche de la que sus bebés necesitan, más de la mitad de las madres lactantes perciben que su producción de leche es insuficiente. Una madre puede afirmar que su leche no está “entrando” y que su bebé no está recibiendo la cantidad suficiente. Esta percepción errónea es más común durante el período posparto inmediato.

Los requisitos del recién nacido para los líquidos aumentan gradualmente durante los primeros días e idealmente el neonato ingiere frecuentemente la leche en pequeñas cantidades. A medida que el tracto gastrointestinal del bebé se vuelve más regulado y funcional, y a medida que se incrementa el volumen del estómago, también aumenta la ingesta de leche por el bebé.

La colocación del bebé lactante es uno de los componentes fundamentales para una lactancia exitosa. La madre debe ser ayudada para que adopte una posición cómoda. La posición más común consiste en acunar al bebé junto al pecho

de la que él o ella se alimentan, con su cabeza apoyada en el brazo de la madre, o sentada en una silla cómoda. El bebé debe colocarse con su estómago contra la parte superior del abdomen de la madre y en el mismo plano. Este contacto ayuda al niño a mantener una temperatura corporal normal. La mayoría de los pediatras puericultores están en desacuerdo con la lactancia con la madre y el bebé acostados.

El tratamiento de primera línea para una insuficiente producción de leche es que la madre amamante con frecuencia, ya que la leche que se extrae es rápidamente reemplazada. Para aumentar aún más la lactancia materna, es importante atender los determinantes básicos de la decisión de la madre de amamantar o no. Los factores determinantes básicos incluyen actitudes familiares, médicas y normas culturales; también están las condiciones demográficas y económicas, las presiones comerciales y las políticas nacionales e internacionales.

Destete prematuro

Los problemas de la lactancia son prevenibles, pero el tiempo es crucial (aspecto señalado en el informe Britton de Cochrane, 2007) y en especial la primera semana posparto. Estadísticamente, se puede atribuir a problemas de la lactancia el que un tercio de las mujeres dejen de amamantar al mes después del parto. Los estudios demuestran que el bebé prematuro tiene mayor riesgo de ser alimentado artificialmente que los nacidos a término.

Para la decisión de destete prematuro, influyen seis factores: tres son demográficos y dependen de la madre: edad muy juvenil, escaso nivel educativo, bajo nivel socioeconómico. Dos son conductuales: condición de fumadora y no haber llegado a amamantar en ningún momento (o bien por muy escaso tiempo). El último factor se relaciona con la atención de salud y consiste en la omisión por parte de los profesionales a cargo de brindar información u orientación adecuada con respecto a los posibles problemas.

Las razones más frecuentes planteadas por las mujeres para suspender la lactancia materna han sido ampliamente documentadas y tienden a relacionarse con aspectos básicos de salud evitables, como:

1. El dolor en los pezones.
2. La preocupación por la suficiencia del suministro de leche.
3. La percepción de que el bebé no se sacia.
4. La percepción del daño que la lactancia puede ocasionar en el seno.

Se ha descubierto que el dolor en el pezón es uno de los retos tempranos más comunes de la lactancia materna y, para la mayoría de las mujeres, es una molestia transitoria que mejora con relativa rapidez. No obstante, las quejas de dolor en el pezón deben llevar a una evaluación del agarre del bebé al seno y tal vez del reposicionamiento. A menudo, una solución simple es el cambio de posición, que ayuda a extender en lugar de flexionar el cuello del bebé o a ejercer una presión suave en el mentón del niño para fomentar una prensión labial más amplia.

Un examen en profundidad de la cavidad oral del recién nacido puede identificar anquiloglosia o frenillo corto, que puede afectar el movimiento y la función de la lengua, llegando a causar abrasión del pezón. Para el dolor de pezón o la formación de grietas, han demostrado ser igualmente eficaces la aplicación de leche materna extraída, compresas de agua caliente, crema de lanolina o compresas con bolsas de té.

Usando la encuesta del *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), la combinación de leche materna con alimentación con fórmula, definida como la ingesta diaria de ambas e iniciada en la primera semana de vida, en general se asocia con una menor duración de la lactancia materna en parejas de madre-bebé blancos, pero no en los hispanos o en los negros.

Una explicación para las altas tasas de iniciación de la lactancia materna pero pobres tasas de lactancia materna exclusiva es que muchos de los lactantes reciben fórmula suplementaria. Esto puede ocurrir en el hospital, ya sea por razones médicas (hipoglucemia, enfermedad materna grave, hiperbilirrubinemia y no disponibilidad de leche materna, pérdida de peso del lactante > 8 al 10% asociada a lactogénesis retardada y dolor intolerable con la alimentación), un nuevo embarazo estando lactando o por razones no médicas (solicitud de la madre), o, peor aún, por recomendación directa y dirigida por el personal de salud, influenciada por prácticas inaceptables de mercadeo de algunos laboratorios farmacéuticos de entrega de latas de leche de fórmula durante la estancia hospitalaria o al egreso de la nueva mamá.

Se observa en Colombia cómo, incluso, se llega a dar a las mamás, en sus primeros días de la lactancia, muestras comerciales de leche de fórmula, sin esperar que la producción de leche se establezca, con el propósito de determinar el uso de fórmula en vez del de seno materno. Por lo general, el producto lácteo suministrado o recomendado es el de más alto precio, pero no el de las mejores condiciones nutricionales (no siempre lo más costoso es lo mejor), y, peor aún, algunas fórmulas lácteas están asociadas a publicidad engañosa, como el asegurar “ser lo más parecido a la leche materna”.

Esta práctica debe desestimularse a todo nivel, al no cumplir con lo reglamentado en el Decreto 1397 de 1992-Ley de Lactancia Materna y el suministro de sucedáneos de la leche materna (“Artículo 8°. Los productores y comercializadores no podrán ofrecer, con el objeto de promover los productos de que trata el presente Decreto, al personal de salud ni a sus familias, gratificaciones, incentivos financieros y materiales, así como tampoco muestras gratis de los mismos alimentos”. “Artículo 11. Los productores y comercializadores no podrán entregar a las madres muestras gratuitas o en venta a bajo precio de los alimentos enunciados

en este Decreto, ni obsequios, utensilios, biberones y chupetes”).

La principal razón para que no se entreguen muestras de fórmula láctea a las mamás es una introducción precoz de fórmula que puede interferir con la producción de leche materna, debido a ser esta última “un sistema de oferta y demanda”. Si se añade leche en forma de fórmula, el volumen de leche materna que el bebé requiere es menor, lo que conduce a una disminución de la producción.

¿Qué es lo que tenemos que hacer de manera diferente para obtener más mujeres que amamenten?

Parte de la respuesta es conseguir que los trabajadores de la salud sean partidarios más fuertes y participen más activamente en ayudar a las madres a amamentar. Más que percibir y presentarlo como una opción deseable para alimentar al bebé, los trabajadores de la salud deben ver la lactancia materna como un imperativo clínico, y debe realizarse esta acción al igual que el control de la talla y peso o de la vacunación de los niños contra las enfermedades infantiles más comunes.

Justificación para el uso de las intervenciones educativas

Se ha demostrado que las fuentes primarias de información de la madre acerca de la alimentación son la familia (33,9%), los amigos (9,9%), el médico (8,3%), el curso prenatal (8,3%), las enfermeras en el hospital (6,6%), la internet, los libros, etc.

Ha sido estudiada una variedad de métodos de promoción de la lactancia, incluyendo los programas educativos para responder a la tendencia mundial de aumentar la duración de la lactancia. En general, se cree que, al mejorar el conocimiento de las madres de las ventajas de

la lactancia antes del parto, se incrementarán las tasas y la duración de esta. La falta de información prenatal y de educación sobre la lactancia han sido unos de los factores atribuidos por las madres entrevistadas acerca de la suspensión temprana de lactar a su bebé.

Intervenciones educativas: se define como educación prenatal en lactancia materna la información que se imparte durante el embarazo en una variedad de formas. Puede ser de modo individual o en grupo, puede incluir programas de visitas domiciliarias, programas de educación o de citas en la clínica, específicamente dirigidas a impartir conocimientos e involucrando a los futuros papás. El apoyo a la lactancia materna está generalmente dirigido a la persona individual, según sea necesario, y se define como una persona, un grupo o una organización que proporciona apoyo de muchas maneras. Puede ser el apoyo psicológico (apoyando y animando a la madre), soporte físico (suministro de comidas, el cuidado de los otros hijos, la limpieza del hogar y la jardinería), apoyo financiero o servicios de información en lactancia disponibles para ser aprovechados cuando surja una pregunta o duda. El apoyo por lo general comienza en el período posnatal y no antes del parto. Los momentos de aprendizaje acerca de los beneficios de la lactancia materna deben incluir a las personas que hacen la diferencia, el padre y las abuelas, teniendo presente que el apoyo a la lactancia es distinto de la educación en lactancia materna.

Educación prenatal en lactancia materna para incrementar su iniciación y duración

El *U.S. Preventative Services Task Force* identificó a la educación en lactancia materna como la intervención más eficaz para incrementar la iniciación de la lactancia y la duración a corto plazo. El resumen de Cochrane de las mejores prácticas de educación refiere que la información educativa es efectiva en los períodos pre y posnatal, y es más eficaz cuando está basada en la

necesidad de la madre, es informal y repetitiva, centrándose en las interacciones entre las madres (apoyo mutuo) antes y después del parto.

Mantener el suministro de leche



El suministro adecuado de leche es una preocupación de muchas madres y de los profesionales de la salud. La extracción eficaz de rutina de la leche de los senos es esencial para aumentar y mantener una producción adecuada. Una activa proteína de suero aislada de la leche ha demostrado que actúa como un inhibidor de retroalimentación de la lactancia. La frecuencia o la integridad de inhibidor de retroalimentación de la lactancia regula la tasa de secreción de leche por un mecanismo que se ha encontrado es local, químico e inhibitorio por naturaleza. La presencia del inhibidor de retroalimentación de la lactancia en el pecho impide la síntesis de los constituyentes de la leche, con lo que la secreción disminuye en forma autocrina.

Por lo tanto, la extracción completa de la leche bloquea el inhibidor de retroalimentación de la lactancia, garantizando un suministro continuo. Las madres deben practicar el masaje del seno y la compresión durante las “comidas” para ayudar a vaciar al máximo la leche. Este concepto es especialmente importante para las mamás que están separadas de sus hijos u optan por usar una bomba para la extracción

de leche. De modo práctico, la incorporación del masaje manual y la compresión durante la extracción ayudan en la extracción completa de la leche.

En la visita rutinaria de control, el médico, y en especial el pediatra, debe asegurar que la mamá tenga una técnica correcta de masaje del seno y de la extracción manual, siendo necesario, en no pocas ocasiones, que, además de examinar al bebé, se examinen los senos maternos, solicitándole a la madre demostración de la técnica que ella emplea, ya sea manual o con el extractor eléctrico o manual, convirtiéndose esta en una oportunidad ideal para estimularla a hacerlo y, en caso necesario, para enseñarle la técnica correcta de ordeño. De esta forma, se asegura un suministro continuo y suficiente para las crecientes necesidades del bebé. El uso de las copas recolectoras y la conservación adecuada de los excedentes de producción evitan o retrasan la necesidad del uso de fórmulas lácteas complementarias y le dan más libertad de desplazamiento a las mamás, o de continuar con la lactancia luego de que la licencia de maternidad expire y tenga que reincorporarse al trabajo.



La revisión médica de los senos maternos permite detectar factores que puedan influir negativamente en la lactancia exitosa, como pueden ser la presencia de pezones pequeños, invertidos, fisurados; la dermatitis del pezón o de la piel del seno; los senos ingurgitados

y dolorosos (mastalgia) por acumulación de leche, lo que la predispone a que se convierta en mastitis; la asimetría de los senos; la presencia de prótesis mamarias, etc. Todas las mamás agradecen que se le dé importancia a una de sus mayores preocupaciones, como es la de alimentar bien a su hijo, y casi nunca rechaza que sean examinados sus senos, aunque se siente mucho mejor si este examen se hace en presencia de su esposo o compañero. La mejoría de las competencias de los profesionales de la salud debe incluir aspectos tales como actitudes personales, comportamiento y conocimiento para cambiar la práctica clínica diaria.

Antes del alta hospitalaria, en cuanto a la lactancia materna, las madres deben ser capaces de:

1. Colocar correctamente el bebé al pecho y sin dolor durante la alimentación.
2. Asegurar el bebé al pecho correctamente.
3. Observar al bebé cuando esté deglutiendo la leche.
4. Tener presente que el bebé debe ser amamantado al menos 8-12 veces al día hasta la saciedad, con algunos niños que necesitan ser alimentados con más frecuencia.
5. Cerciorarse de cumplir los patrones de eliminación para la edad (por lo menos 6 micciones al día y 4 deposiciones por día, hacia el cuarto día de vida).
6. Recordar la lista de indicaciones para llamar al profesional de la salud.
7. Extraer manualmente de modo eficiente la leche de sus pechos*.

Mastitis

El buscar signos de obstrucción de la salida de la leche es clave en la prevención del mayor problema de la lactancia, la mastitis. El riesgo de mastitis puede ser minimizado con la alimentación sin restricciones y evitando la constricción con las tiras del sostén o con el bolso, o la presión de decúbito lateral, o con los cinturones de seguridad, entre otros. Las

madres deben tener cuidado de realizar una inspección de rutina de la mama y palparlas durante la alimentación para identificar induraciones, dolor o enrojecimiento. Si se observan estos síntomas, sobre todo si la madre está experimentando fiebre, dolores corporales o síntomas parecidos a la gripe, debe acudir a un centro de atención médica, tener reposo y aumentar la lactancia materna, con la expresión manual y con compresas tibias y masajes, para aliviar la estasis de la leche. Antiinflamatorios y analgésicos, como el ibuprofeno, son seguros para subsanar la molestia.

Optimización de la lactancia materna temprana

Para establecer, mantener y prolongar las prácticas de lactancia, la OMS y el Unicef crearon la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN, 1992), programa que ha mostrado resultados muy positivos.

La selección de un hospital de maternidad que sea amigo de los niños o uno de los participantes en la Iniciativa ha demostrado que aumenta la iniciación y la duración de la lactancia. Los hospitales amigos del bebé están implementando las prácticas que más apoyen la lactancia materna y las detalla en **10 pasos** para una lactancia exitosa, patrocinados por la OMS y el Unicef, y avalados por la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Diez pasos para una lactancia exitosa

La Iniciativa del Hospital Amigo del Niño promueve, protege y apoya la lactancia materna a través de los **10 pasos**** para la lactancia materna exitosa en los hospitales, como están definidos por el Unicef y la OMS. Tales pasos para los Estados Unidos son los siguientes:

1. Tener una política escrita sobre lactancia materna que rutinariamente sea comunicada a todo el personal de salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora de nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus bebés.
6. No dar al recién nacido ningún otro alimento o bebida que no sea la leche materna, a menos de que sea por indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto entre las madres y los bebés durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar chupos o pezones artificiales (pezoneras) para lactar a los bebés.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos al darlas de alta del hospital o de la clínica.

Apoyo paterno a la lactancia materna: “El bebé necesita el cariño y amor del padre”

Los padres son considerados una fuente importante de apoyo a la lactancia, y su conocimiento de los beneficios y el manejo de la lactancia materna pueden afectar su iniciación y duración. Los padres no dudan de que la lactancia materna sea la mejor manera de alimentar a sus hijos y la apoyan en una variedad de formas, incluyendo el cuidado de las tareas del hogar, ofreciendo apoyo emocional, asesoramiento y apoyo para lactar en público. Las madres son más propensas a iniciar la lactancia materna y continuar con ella cuando creen que sus parejas tienen actitudes positivas hacia esta.

Todos los padres valoran de modo verbal y no verbal la decisión de su pareja de lactar al bebé. Es así como algunos padres señalan la importancia de su presencia física en el momento de la lactancia materna como un mensaje de valor y de apoyo a la madre que amamanta. Los padres deben valorar a la madre que amamanta,

al confiar, respetar y apoyar sus opciones personales, y este apoyo es aún más relevante si la madre decide dejar de amamantar.

Pueden brindar ayuda con el uso de equipos de extracción de leche materna como una participación directa en prestar un par de manos extra. Con frecuencia, los padres participan cuando sus esposas optan por extraerse la leche materna, especialmente en la preparación del extractor. Incluso, puede llegar a darse el caso de ser capaces de extraer la leche materna con mayor eficacia si el padre bombea de un seno mientras la mamá está alimentando con el otro seno.



Demuestran respeto los padres realistas que comprenden las expectativas de las madres en tiempo y en energía. La energía necesaria para la lactancia materna puede limitar la energía disponible para la relación de pareja, esto significa “no poner ninguna propuesta en la intimidad más allá de lo que a ella le interese”. Siendo sin duda la alimentación al seno un importante símbolo de intimidad, pueden presentarse tensiones en la relación, incluyendo cambios en la intimidad física relacionadas con el malestar de las madres de que sus senos sean tocados sexualmente. Los padres a veces expresan admiración por el aumento del tamaño de los senos de la madre, pudiendo haber cierta ambivalencia acerca de “verse como atrevidos”.

La mayoría de los padres apoyan la lactancia materna mediante la participación en el cuidado del bebé. Los padres ayudan con los

eructos, el cambio de pañales, el baño, calmar al bebé –cuando es necesario– y en el cuidado de los otros hijos. El objetivo es proporcionar un respiro a las mamás, a fin de darles tiempo personal para relajarse o de rejuvenecimiento, ya que siguen siendo mujeres y esposas. Es muy raro que el padre alimente en la noche al bebé con tetero, pero sí se observan padres, cuando es necesario, que ayudan con el cuidado de los bebés antes y después de lactar en la noche, con el propósito de colaborar a las mamás para que puedan conciliar el sueño.

Lactancia materna y composición corporal en niños. Protección contra la obesidad

Investigaciones recientes indican que el tipo de alimentación infantil puede contribuir en los niños al sobrepeso y a la obesidad en la infancia temprana y tardía. La lactancia materna, entre otros factores, ha sido sugerida como un factor potencial de prevención contra el sobrepeso.

En los últimos años, ha atraído la atención la identificación de estrategias de programación nutricional para una efectiva prevención contra la obesidad, siendo las más atractivas las estrategias sencillas y sin la presencia de posibles efectos secundarios, criterios que se cumplen con la lactancia materna.

Los mecanismos por los que la lactancia materna puede proteger contra la obesidad en etapas posteriores se deben a que en su comportamiento los bebés amamantados controlan la cantidad de leche que consumen, aprendiendo a autorregular mejor su consumo de energía, persistiendo este comportamiento en el futuro de sus vidas. Pueden influir en la composición corporal en edades posteriores el menor contenido de proteína y energía de la leche materna en comparación con las fórmulas lácteas para lactantes.

Se han demostrado concentraciones plasmáticas de insulina significativamente más altas en

los bebés que fueron alimentados con biberón en comparación con los bebés que fueron amamantados; dichas concentraciones más altas se creen estimulan la deposición de grasa y el desarrollo temprano de los adipocitos. La leche materna contiene factores bioactivos que modulan el factor de crecimiento epidérmico y el factor de necrosis tumoral, los cuales se sabe inhiben la diferenciación de adipocitos in vitro.

La cantidad de energía metabolizada y la ingesta de proteínas en los niños alimentados con leche materna han demostrado ser considerablemente menores que en los lactantes que son alimentados con fórmulas lácteas. Una menor ingesta proteica puede contribuir a una disminución de la liberación de insulina y del almacenamiento de grasa, con lo que se reduce el riesgo de obesidad en edades posteriores de la infancia.

La lactancia materna ha demostrado que protege contra la obesidad infantil y en los pronósticos del riesgo cardiovascular (dosis relacionadas); cuanto mayor tiempo sea amamantado el bebé, menor será el riesgo.

Síndrome de muerte súbita del lactante

Los beneficios de la lactancia materna incluyen un menor riesgo de mortalidad posneonatal, y este efecto es mayor cuando la lactancia es exclusiva. En el metaanálisis de 18 estudios hecho por el Dr. Fern R. Hauck, publicado en *Pediatrics* en junio del 2011, se revela que la lactancia materna de cualquier forma y de cualquier duración es una excelente protección contra el síndrome de muerte súbita infantil.

Los bebés amamantados son despertados más fácilmente del sueño activo que los niños alimentados con fórmula entre los 2 y 3 meses de edad, rango que está dentro de los 2-4 meses de edad, pico en el que ocurre el síndrome de muerte súbita.

Compartir la cama madre-hijo (o dormir en la misma cama) a menudo se promueve como una forma de incrementar las tasas de lactancia materna, sin embargo, a pesar de que compartir la cama se asocia con mayor duración de la lactancia, el compartir la habitación, sin compartir la cama (durmiendo en la misma habitación con la cuna del bebé o la cuna cerca de la cama de los padres), se recomienda para todos los niños como una manera de reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y de asfixia accidental, al igual que facilita la alimentación y el seguimiento del recién nacido. Las políticas de la AAP sobre la lactancia materna y el uso de leche humana establecen que al lactarlos tienen un menor riesgo del síndrome de muerte súbita e indican, además, que puede ser utilizado el chupo por los bebés amamantados para prevenirlo, una vez la lactancia esté bien establecida.

Medicamentos y leche materna



La mayoría de los medicamentos se transfieren a la leche humana, pero lo hacen en cantidades subclínicas, siendo por lo general la cantidad recibida por el bebé menor del 10% de la dosis materna. Es útil recordar que, en el embarazo, el feto recibe 10,5 veces niveles más altos de los medicamentos que los que recibe cuando es lactante. Al considerar la formulación de la mamá lactante, es fundamental evaluar la dosis infantil al igual que el riesgo, y proceder con

su uso si los beneficios superan los riesgos. Los médicos deben tener cuidado cuando se medique a madres con bebés prematuros o de bajo peso al nacer, y especialmente cuando se requieren múltiples medicamentos.

A los profesionales de la salud y a los padres se les aconseja elegir cuidadosamente los medicamentos que tengan perfiles limitados de efectos adversos. Casi siempre, con la adecuada elección de la medicación, la lactancia materna se puede continuar mientras la madre se somete a la terapia medicamentosa. Incluso una interrupción temporal de la lactancia materna conlleva el riesgo de destete prematuro, con los consiguientes riesgos de largo plazo con la alimentación artificial.

Evidencia basada en la guías para el uso de medicamentos

Las mujeres que lactan suelen utilizar relativamente pocos medicamentos, y por lo general son compatibles con la lactancia. No es raro que estas mujeres busquen atención médica durante el período posparto por problemas de salud y los médicos pueden considerar tener que prescribirles medicamentos. Si es necesario darles medicinas, se debe acceder a la información sobre la seguridad de su uso durante la lactancia. La mayoría de medicamentos pueden emplearse de forma segura durante la lactancia a la dosis recomendada, no obstante, hay excepciones que requieren precaución.

Las nuevas mamás pueden tener problemas de salud en los tres meses siguientes al nacimiento. Pueden tener dolor perineal, dolor en la herida por la cesárea, dolores de espalda, dolor en el pezón, etc., y requerir el uso de analgésicos, siendo de elección el acetaminofén a las dosis adecuadas, y, de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el ibuprofeno es el preferido al tener poca transferencia en la leche. La larga vida media de los AINE (como el naproxeno) con su uso prolongado puede hacer que se acumulen en el lactante. La recomendación del uso de

antibióticos y la lactancia materna en mastitis, endometritis, amigdalitis, infección del tracto urinario, del pezón/mama, es compatible (uso seguro) con cefalexina, cefalotina, cefazolina, clindamicina, lincomicina, vancomicina, amoxicilina y/o más clavulanato, azitromicina, metilpenicilina, penicilina benzatínica, trimetoprim + sulfametoxazol, nitrofurantoína, norfloxacin, miconazol gel de oral, tintura de violeta de genciana al 0,5%, fluconazol y nistatina. Es relativamente frecuente que presenten incontinencia urinaria, estreñimiento, hemorroides, cansancio, tos, resfriado, enfermedades leves, o, en una etapa posterior y mientras que dure la lactancia, percepción de baja producción de leche y depresión.

El uso de agentes tópicos, inhaladores y gotas para los ojos es considerado generalmente como seguro y compatible con la lactancia. El exceso de medicamentos de venta libre (por ejemplo, para la tos) se estima por lo general compatible con la lactancia, pero deben evitarse los que contengan pseudoefedrina, que puede disminuir la producción de leche. Para reducir los efectos secundarios de los medicamentos, se recomienda evitar los productos combinados, de concentración “extra” o de efecto prolongado.

Se sabe que algunos medicamentos y sustancias disminuyen la producción de leche, como, por ejemplo, la bromocriptina, la nicotina, cantidades moderadas o elevadas de alcohol y los anticonceptivos orales que contienen estrógenos.

Anticoncepción para la mamá lactante: los anticonceptivos de solo progestágeno son seguros, siendo además los anticonceptivos hormonales preferidos, ya que no inhiben la lactancia. Hay que tener en cuenta que no deben iniciarse antes de las seis semanas posparto y que, después de los seis meses posparto, es poco probable que los anticonceptivos combinados orales afecten la producción de leche, al igual que es mínima la transferencia del estrógeno al bebé.

Galactogogos: no deben utilizarse medicamentos como primera elección para aumentar la baja producción de leche materna. Las maternas en lactancia que tomen metoclopramida pueden experimentar síntomas como depresión y somnolencia, por lo que la domperidona es el galactogogo preferido, al no atravesar la barrera hematoencefálica y tener mínimos efectos adversos.

Puntos clave para recordar de medicamentos y leche materna

- La mayoría de los medicamentos son muy seguros en la lactancia materna. Sin embargo, evitar el uso de medicinas alopáticas innecesarias y de fármacos complementarios o alternativos que no sean estrictamente necesarios.
- Medicamentos que son seguros para su uso en niños en general son seguros para su uso en mujeres lactantes.
- Elegir los medicamentos para los cuales existen datos basados en la evidencia, en lugar de los recientemente introducidos.
- Cuando sea posible, elegir fármacos con vida media corta, alta unión a las proteínas, baja biodisponibilidad oral y de alto peso molecular.
- Debe ser considerada la edad y el peso del niño.
- Cuando sea posible, utilizar tratamientos tópicos o locales, tales como gotas o inhaladores.
- Medicamentos empleados en los primeros 3-4 días después del parto suelen producir niveles subclínicos en el recién nacido debido al volumen limitado de leche materna.
- Puede ser necesaria la suspensión de la lactancia por horas/días, particularmente con compuestos radiactivos.
- Los medicamentos que se deben evitar son los antineoplásicos, metotrexate, ergotamina, y los radiofármacos.

Recursos para el bebé que no puede o no debe ser amamantado

Para las situaciones en la que los bebés no pueden o no deben ser amamantados, la elección

de la mejor alternativa sería entre leche materna extraída de la propia madre, la leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sustituto de la leche materna (leche de fórmula), dependiendo de las circunstancias individuales.

A las mujeres con empleo remunerado se les puede ayudar a continuar con la lactancia al contar con unas condiciones mínimas, por ejemplo, licencia remunerada por maternidad, modalidades de trabajo de tiempo parcial, guarderías en el lugar de trabajo, instalaciones en el sitio de trabajo para extraer y almacenar la leche materna y paradas para lactancia (hora de lactancia). Las madres deben poder seguir amamantando y cuidando a sus hijos al retomar su empleo remunerado.

Lactancia materna y prevención de alergia

Fuertes factores genéticos y ambientales interactúan con la lactancia materna. Madres que saben que sus hijos están en riesgo de alergia pueden estar más dispuestas a amamantar y prolongar la lactancia durante más tiempo que las madres de bebés sin riesgo familiar de alergia. Algunos lactantes con eczema atópico pueden beneficiarse durante la lactancia de la eliminación de la leche de vaca, huevos u otros antígenos de la dieta de su madre.

Contraindicaciones de la lactancia materna

Hay algunas condiciones bajo las cuales la lactancia materna no puede darse al niño. La principal contraindicación para la lactancia materna es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (la transmisión del VIH durante la lactancia es un proceso multifactorial). Los factores de riesgo son la carga viral materna, el estado inmunológico de la madre, la salud materna, el patrón y la duración de la lactancia materna.

Para minimizar el riesgo de transmisión del VIH, la OMS recomienda: “Cuando la alimentación con fórmula es aceptable, posible, asequible, sostenible y segura, se recomienda la prevención de la lactancia materna por las madres infectadas con VIH, en caso contrario, la lactancia materna exclusiva se recomienda durante los primeros meses de vida”.

El Código Sustantivo del Trabajo establece el descanso remunerado durante la lactancia

La legislación laboral colombiana se ha caracterizado por brindar especial protección a la mujer en estado de embarazo o en época de lactancia, por lo que ha creado para ella una serie de beneficios, como los descansos

remunerados. La mujer en lactancia, además de tener derecho a su licencia de maternidad, una vez terminada esta y al estar nuevamente reincorporada a sus labores normales, tiene derecho a que se le conceda un permiso especial durante el día para poder amamantar a su hijo, sin descuento alguno en el salario por dicho concepto, durante los primeros seis (6) meses de edad. También está legislada la prohibición para el despido por motivo de embarazo o lactancia, sin la autorización del inspector del trabajo, o del alcalde municipal en los lugares en donde no existiere aquel funcionario.

* Adaptado de Academia de Medicina Clínica de Lactancia Materna. *Protocolo N° 7: Modelo de la lactancia materna.*

** Disponibles en: <www.babyfriendlyusa.org/eng/10steps.html>.

Lecturas recomendadas

1. Gerd AT, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr* 2012;101(1):55-60.
2. Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *J Pediatr* 2012;160(1):25-32.
3. Holmes AV, Auinger P, Howard CR. Combination feeding of breast milk and formula: evidence for shorter breast-feeding duration from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Pediatr* 2011;159(2):186-91.
4. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128(1):103-10.
5. Beyerlein A, von Kries R. Breastfeeding and body composition in children: will there ever be conclusive empirical evidence for a protective effect against overweight? *Am J Clin Nutr* 2011;94(6 Suppl):1772S-1775S.
6. Brenner MG, Buescher ES. Breastfeeding: a clinical imperative. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(12):1767-73.
7. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *J Hum Lact* 2011;27(2):115-21.
8. Amir LH, Pirotta MV, Raval M. Breastfeeding--evidence based guidelines for the use of medicines. *Aust Fam Physician* 2011;40(9):684-90.
9. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(11):CD006425.
10. Strong GD. Provider management and support for breastfeeding pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40(6):753-64.
11. *Pedia-Gess*, sección Leche materna, portal de pediatría privada en Colombia. Disponible en: <http://www.pedia-gess.com/index.php?option=com_content&view=category&id=14&Itemid=32>.

examen consultado

1. La edad ideal del inicio posparto para darle leche materna a un bebé nacido a término sano es:

- A. en la primera hora posparto
- B. cuando llegue a la habitación
- C. cuando el bebé llore de hambre
- D. luego de cuatro horas de nacido

2. En la terminología estándar de la lactancia materna propuesta en 1988 por la OMS y el Unicef, están incluidas:

- A. la lactancia materna exclusiva
- B. la lactancia materna predominante
- C. la lactancia materna complementaria
- D. la lactancia materna
- E. todas las anteriores

3. Las razones más frecuentes planteadas por las mujeres para suspender la lactancia materna han sido ampliamente documentadas y tienden a relacionarse con evitables aspectos básicos de salud, como:

- A. el dolor en los pezones
- B. la preocupación por la suficiencia del suministro de leche
- C. la percepción de que el bebé no se sacia
- D. la percepción del daño que la lactancia puede ocasionar en el seno
- E. todas las anteriores

examen consultado

4. Los principales motivos para que no se entreguen muestras de fórmula láctea a las mamás son:

- A. la introducción precoz de fórmula puede interferir con la producción de leche materna
- B. lo reglamentado en el Decreto 1397 de 1992 - Ley de Lactancia Materna y el suministro de sucedáneos de la leche materna no lo permite
- C. si se añade leche de fórmula, el volumen de leche materna disminuye, al igual que su producción
- D. desestimula la lactancia materna, interfiriendo con el proceso fisiológico de la lactogénesis
- E. todas las anteriores

5. ¿Cuáles de los siguientes enunciados son ciertos?

- A. la mayoría de los medicamentos se transfieren a la leche humana, pero lo hacen en cantidades subclínicas
- B. por lo general, la cantidad de medicamento recibida por el bebé es menor del 10% de la dosis materna
- C. el feto recibe 10,5 veces niveles más altos de los medicamentos que cuando es lactante
- D. una interrupción temporal de la lactancia materna conlleva el riesgo de destete prematuro
- E. todas las anteriores