



Lactancia Materna

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Gustavo Sastre	Dr. Wasserman Jorge
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	09/05	24/05



INTRODUCCIÓN

El primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla.

Paralelamente a ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. Estudios en animales han demostrado que las modificaciones en la dieta durante el periodo sensible de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo. En la última década se ha ido acumulando pruebas de que los beneficios del amamantamiento se hacen patentes incluso muchos años después de haberse producido el destete.

Por todo ello los consejos que proporciona el pediatra sobre la alimentación tienen consecuencias más importantes que la curva de crecimiento del niño y tendrán bastante que ver con el estado de salud en la vida adulta.

Tampoco se puede olvidar que al hablar de alimentación no solo se está refiriendo al aporte de nutrientes sino que también implica la adquisición de unos hábitos de alimentación adecuados que van a tener bastante que ver con la relación que se establece entre el niño y sus padres

Fuente Principal:

Section on Breastfeeding. ***Breastfeeding and the use of Human Milk*** Pediatrics 2012; 129:e827-e842. Previnfad. ***Promoción de la Lactancia Materna***. AEPap. Octubre 2006. Lawrence R. ***Breastfeeding: More than just a Good nutrition***. Pediatrics in Review 2011; 32:267-281

LACTANCIA MATERNA

Categorías de Lactancia Materna:

Lactancia materna exclusiva (LME): El niño es alimentado sólo con leche materna (también leche materna extraída). Puede recibir vitaminas, minerales, medicación y sales de rehidratación oral.

Lactancia materna predominante (LMP): El niño es alimentado con leche materna. Puede recibir aguas, té o jugos, (líquidos no nutritivos) además de vitaminas, minerales, medicación y sales de rehidratación oral.

Lactancia materna completa (LMC): Se trata de la suma de las dos categorías anteriores, es una categoría epidemiológica.

Lactancia materna parcial (LMPa): El niño recibe leche materna y otras leches u otros alimentos.

Destete: Niños sin lactancia materna.

Justificación para la promoción de la lactancia materna.

- La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menor durante todo el primer año y mas allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño.

La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de madre es alimentarlos con **sucedáneos de leche de madre** que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de madre. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. La leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

- Lactancia materna y protección frente a las infecciones y atopias.

Infecciones respiratorias y Otitis Media: el riesgo de hospitalización en el primer año de vida se reduce un 72% si los niños reciben lactancia materna (LM) por más de 4 meses. En el caso del Virus Sincitial Respiratorio la reducción es del 74% para estos niños comparados con aquellos que no recibieron LM o recibieron LMP. Con respecto a las otitis medias agudas, la disminución de la incidencia es del 23% en relación a los niños que solo recibieron fórmula. Los niños que reciben LME por 3 meses reducen la incidencia en un 50%. Los cuadros catarrales intensos, las otitis y las faringitis están disminuidas en un 63% en aquellos niños que reciben LME por 6 meses.

Infecciones del tracto gastrointestinal: cualquier forma de lactancia reduce un 64 % la incidencia de infecciones inespecíficas del tracto gastrointestinal. Este efecto se mantiene hasta luego de 2 meses de haber suspendido la lactancia.

Enterocolitis Necrotizante: esta patología se reduce en un 58% en los niños pretérmino que reciben alimentación con leche materna. Un estudio reciente avala que la reducción es del 77% cuando se compara niños con LME vs LMP.

Alergias y Atopía: Si el niño recibe LME por 3 a 4 meses, la incidencia de asma, dermatitis atópica y eccemas se reducen en un 27% en los niños de bajo riesgo y en un 42% en los niños con historia familiar positiva.

- Lactancia materna y otras patologías.

Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: la reducción de la incidencia en este síndrome alcanza un 36% en los niños alimentados con LME.

Enfermedad Celíaca: Si el niño se encuentra recibiendo LME al momento de la incorporación del gluten en la dieta, la reducción del riesgo de desarrollar esta enfermedad alcanza el 52%.

Enfermedad Inflamatoria Intestinal: en este caso, la reducción de la incidencia alcanza al 31%.

Obesidad: los niños alimentados con LM tienen menos incidencia de obesidad a lo largo de toda su vida. Si el niño fue alimentado con LM la incidencia de obesidad en la adolescencia y vida adulta disminuye entre un 15 al 30%. La duración de la LM también es un dato a tener en cuenta: cada mes de LM reduce un 4% el riesgo de obesidad. Los niños que regulan solos el tiempo de succión, presentan mayor capacidad de autoregulación de la ingesta de alimentos en la vida adulta.

Diabetes: En los niños alimentados con LME por al menos 3 meses, la reducción de incidencia de Diabetes tipo 1 alcanza hasta el 30%.

Leucemias y Linfomas en la infancia: La reducción en la incidencia de leucemias está relacionada con la duración de la lactancia: Si los niños son alimentados con LM por 6 meses o más, la reducción en la incidencia de Leucemia Linfocítica aguda alcanza al 20% y para la Leucemia Mieloide al 15%.. Cuando la duración del tiempo de lactancia es menor, los valores bajan a un 12% y 10% respectivamente.

- Lactancia materna y crecimiento. En 1994 la Asamblea de Salud de la OMS solicitó la elaboración de nuevas curvas de crecimiento de los niños amamantados y por ello se puso en marcha el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento.

Éste se llevó a cabo entre 1997 y 2003 y se centró en la obtención de datos de crecimiento e información de 8.440 lactantes amamantados y niños pequeños de diferentes orígenes étnicos y entornos culturales (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán). La muestra conjunta de los 6 países participantes ha permitido la elaboración de un patrón verdaderamente internacional. Estas nuevas gráficas se han puesto a disposición de los profesionales en el año 2006.

Este nuevo patrón de crecimiento infantil proporciona por vez primera, datos científicos y orientación sobre el modo que los niños de todo el mundo *deberían*

crecer. Se confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de pesos y tallas. Por tanto las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Se considera lactancia natural como “norma” biológica y establece el lactante alimentado al pecho como el modelo normativo de crecimiento. Esto asegura por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y posteriormente con alimentos complementarios hasta la edad de 2 o más años. La Sociedad Argentina de Pediatría avala es uso de estas curvas para el seguimiento de los niños de nuestro país.

-Lactancia materna y prematurez. Como se mencionó anteriormente, la incidencia de NEC se reduce sustancialmente en los niños alimentados con LME. También favorece el desarrollo neuroevolutivo, la reducción en la incidencia de la Retinopatía del Prematuro, de síndromes metabólicos y en los adolescentes, está relacionada con menor incidencia de hipertensión arterial y menor nivel de LDL colesterol.

- Lactancia materna y desarrollo cognitivo. Muchos estudios en la literatura médica y psicológica han examinado la relación entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual.

La mayoría de estos estudios han comunicado un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño.

- Lactancia materna y beneficios psicológicos. El hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima.

- Lactancia materna y ventajas para la madre. Hay también numerosos trabajos que indican un posible efecto beneficioso de la lactancia materna en la salud de la madre. Después del parto las mujeres que lactan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de las menstruaciones, se produce un ahorro de hierro que compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen

durante el parto. La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso de antes de la gestación y al retrasarse el inicio de las ovulaciones ayuda a evitar, en parte, las gestaciones precoces. La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad postmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se reduce el riesgo de cáncer de ovario, de cáncer de mama y de artritis reumatoidea en la mujer premenopáusica. A su vez, también reduce el índice de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hiperlipidemias y diabetes en las mujeres que lactaron entre 12 y 23 meses.

- **Lactancia materna e impacto social y medioambiental.** Como ya se ha comentado anteriormente, los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el ausentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y también se consumen menos recursos sanitarios. La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo.

- **Lactancia materna y beneficios económicos.** Además de lo descrito en el párrafo anterior en relación con la disminución del absentismo laboral y el ahorro de recursos sanitarios, la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el coste del sucedáneo de leche de madre supera en mucho el coste del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto.

Recomendaciones para la lactancia materna.

- La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos salvo raras excepciones (*recomendación A*). La decisión última en relación con el modo de alimentar al niño la debe de tomar la madre.
- Antes de que el pediatra recomiende la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esta decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que ha agotado todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna (*recomendación A*).
- Los niños sanos deben ponerse en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerlos allí inmediatamente después del nacimiento hasta que complete la primera toma (*recomendación A*). El recién nacido sano y alerta es capaz de prenderse al pecho sin necesidad de ayuda específica durante la primera hora tras el parto. Se deben retrasar los actos de pesar, medir, bañar, inyectar y la

profilaxis ocular hasta después de que se complete la primera toma. Los niños afectados por medicación materna pueden requerir apoyo para un agarre efectivo al pecho.

- Excepto en el caso de circunstancias excepcionales, el recién nacido debe permanecer con la madre a lo largo del periodo de recuperación. Si un niño precisa observación, debería ser la enfermera o el pediatra el que se desplaza a la habitación de la madre para vigilar al niño, en vez de separarlos a ambos. El personal sanitario que trabaja en las maternidades debe incluir como objetivo prioritario de su trabajo disminuir el número de niños que se separan de sus madres. Esto favorecerá la lactancia materna y ayudará a un mejor desarrollo del niño enfermo (*recomendación B*).

- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño lllore, si está despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho (*recomendación B*). El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el niño está ya irritable, se dificulta el amamantamiento.

Durante los primeros días se recomienda que al menos haga 8 tomas. La duración de las tomas la determina el propio niño, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente. El personal del hospital debe observar cómo se instaura la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a casi todas las mujeres les resulta difícil lactar a sus hijos durante los primeros días y que por eso es normal que necesiten ayuda.

- Cuando un recién nacido o un lactante está recibiendo insuficiente cantidad de leche de madre, la única manera de resolver el problema es aumentar el número de tomas del niño o indicar a la madre que se debe estimular con un sacaleches para así incrementar la producción de leche. En cuanto se introducen biberones de sucedáneo la producción todavía desciende más y la lactancia materna fracasa en poco tiempo.

- No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, jugos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados (*recomendación B*).

- Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna y usarlo solo cuando la LM esté bien establecida (*recomendación B*). En algunos niños, el uso precoz de chupetes puede interferir con el establecimiento de una buena técnica de amamantamiento, mientras que en otros puede indicar la presencia de algún problema con la lactancia que requiera intervención. Esta recomendación no contraindica el empleo de chupetes para succión no nutritiva, entrenamiento oral de prematuros y como analgesia durante procedimientos u otros niños con necesidades especiales.

En la actualidad, debido a los estudios en los cuales se avala la disminución en la incidencia de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, el uso del chupete está

permitido en niños que presente una buena adaptación a la LM luego de 3 a 4 semanas de vida.

- Después del alta de la maternidad, sobre todo si el alta ha sido precoz, antes de las 48 horas de vida, el niño debe ser valorado por el pediatra o por una enfermera experta en los dos o 4 días siguientes. Se aprovechará la visita para valorar la situación del recién nacido, reforzar la lactancia y ayudar a resolver las dificultades que hayan podido surgir (*recomendación B*).
- La lactancia materna exclusiva es el alimento idóneo durante los 6 primeros meses de la vida y debe continuarse durante todo el primer año de vida y más allá de dicha edad si tanto la madre como el niño lo desean. Alrededor de los 6 meses de edad se deben introducir de forma gradual alimentos complementarios ricos en hierro. La introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses generalmente no aumenta la ingesta calórica total ni la tasa de crecimiento y todos los alimentos sustitutos carecen de los componentes protectores de la leche humana (*recomendación A*).

Recomendaciones para la promoción de la lactancia materna.

- Los programas estructurados que combinan la educación en lactancia materna con los consejos orientados a cambios de conducta aumentan las frecuencias de iniciación y su continuación mas allá de los 3 meses son efectivos, (*recomendación B*).
- Sería deseable una visita prenatal para que los futuros padres contactaran previamente al nacimiento de su hijo con el pediatra. En esta visita, uno de los objetivos fundamentales es informar de forma extensa sobre las ventajas de la lactancia, considerando uno a uno todos los aspectos (*recomendación C*)
- El profesional sanitario debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho. Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta (*recomendación B*).
- El profesional sanitario debería disponer de información sobre los recursos de apoyo a la lactancia para ofrecerlos a los padres. Debería apoyar las iniciativas que promuevan alianzas entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- El profesional sanitario debe asegurarse de que la madre conoce los derechos laborales que tienen como objetivo facilitar la lactancia.
- El profesional sanitario debe de disponer de información escrita asequible para las madres sobre las ventajas de la lactancia materna, la técnica de lactancia, mantenimiento de la lactancia e incorporación laboral. Debe poder aconsejar sobre las formas de extraerse la leche, posibilidad de comprar o alquilar

sacaleches y cómo se puede conservar y transportar la leche de madre con seguridad. El uso exclusivo de material escrito tiene poco efecto y no puede ser recomendado.

- El pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud, en relación con el sucedáneo de leche de madre (*recomendación B*).

- El pediatra debe ocuparse de que el conocimiento sobre la lactancia materna del personal que trabaja en su centro y de los residentes en formación sea adecuado, para que nadie haga comentarios improcedentes que en ocasiones son suficientes para terminar con una lactancia materna.

De la lactancia materna a la introducción de la alimentación complementaria.

- La situación ideal es que el niño permanezca 6 meses de lactancia materna exclusiva, pasado este periodo las necesidades nutricionales del niño se modifican sobre todo porque se deben incrementar los aportes de hierro (*recomendación A*). El objetivo del supuesto destete es conseguir introducir los alimentos adecuados (fruta, cereales, verduras, carne, etc.) manteniendo la lactancia hasta al menos el año de edad.

- La introducción de triturados se debe realizar con cuchara, salvo en circunstancias muy especiales como pueden ser los grandes prematuros, no se aconseja el uso de biberones ni siquiera para la administración de líquidos suplementarios. A partir de los 6 meses, los jugos o el agua se pueden dar en un vasito. Antes de esta edad, si están con lactancia materna exclusiva, no precisan ningún aporte de líquido extra (*recomendación B*).

- Se debe aconsejar a las madres que una vez que se sustituya alguna toma o se complete con alimentos triturados, se debe extraer la leche y conservarla para utilizarla cuando ella no esté o incluso para preparar papillas.

- A los niños que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva es preferible introducirles primero fruta y purés de verduras y carne.

La situación ideal es que el niño llegue al año de edad sin que se hayan introducido las proteínas de leche de vaca.

- Si la madre se ha incorporado a su puesto de trabajo se le debe aconsejar que se extraiga la leche durante el horario laboral y que luego cuando esté con el niño le de todas las tomas que pueda. Las tomas nocturnas ayudan a mantener la lactancia. El dispositivo hormonal que se pone en marcha durante la lactancia tarda mucho en desaparecer, los niveles de prolactina se mantienen muy elevados aun meses después de finalizada la lactancia, por lo que la recuperación de la leche, después de disminuciones recortadas en la producción, es fácilmente alcanzable (*recomendación A*).

Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. OMS.

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 h del día
8. Fomentar la lactancia materna a demanda
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital

Técnica de lactancia materna.

Al menos hasta que la madre y el niño se hayan convertido en expertos, es mejor dar las tomas con la madre sentada en la cama, una silla cómoda o una mecedora, apoyando la espalda y el codo en almohadones y situando otro más en el regazo, para sostener al bebé. El apoyo de los pies sobre una banqueta permite elevar las rodillas.

Al empezar la tomas, la madre comprime suavemente la mejilla del niño con el pezón, permitiendo al niño buscar y fijarse al pecho. La boca del niño debe abarcar la mayor parte posible de la areola. De esta forma la succión facilita la expresión de los galactóforos que se sitúan bajo la areola y daña menos el pezón. Las grietas del pezón suelen relacionarse con una mala técnica de lactancia, la forma en la que se agarra el niño al pezón suele ser incorrecta. El agarre a la areola puede mejorarse comprimiendo la madre el pecho entre dos dedos (pulgares e índices) y ofreciendo al niño el pezón. Éste debe mantenerse centrado en la boca del niño, por encima de la lengua. La punta de la nariz del niño debe tocar el pecho.

El niño alterna periodos de succión vigorosa, rápida y momentos de relajación, disminuyendo o deteniendo sus esfuerzos de succión. Es importante no estimularle durante los períodos más activos de succión y, por el contrario,

"espabilarlo" durante los períodos de relajación, hablándole, presionando suavemente sus mejillas, etc.

La duración de las tomas la determina el propio niño, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente pero si por alguna circunstancia se decide finalizar o interrumpir la toma, se introduce primero un dedo en el lateral de la boca del niño para detener la succión y el agarre.

Cuando existen dificultades con la lactancia, es importante para una adecuada valoración y orientación que el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, para así poder corregir las deficiencias de la técnica.

Contraindicaciones para la lactancia materna

Absolutas:

- Galactosemia.
- Infecciones por HTLV I y II.
- Brucelosis no tratada.
- TBC no tratada.
- Herpes Simplex activo en pezones. Si se puede hacer extracción de LM y ofrecerla al niño: no existe evidencia de pasaje de este virus por leche materna.
- Infección activa por Influenza H1N. Si se puede hacer extracción de LM y ofrecerla al niño.
- Varicela activa en la madre en la madre cuyo brote se manifestó 5 días antes del parto o 2 días después del mismo. Si se puede hacer extracción de LM y ofrecerla al niño.
- Infección por HIV.

Relativas:

- Abuso de drogas.
- Abuso de alcohol.
- Tabaquismo materno.
-

Otra opción de contraindicaciones:

1. Negativa de la madre. Se ha de informar y aconsejar la lactancia materna, pero nunca imponerla ni culpabilizar a la madre que decide dar biberón.
2. Enfermedades neonatales; ictericia grave, infección por estreptococo B, que puede transmitirse a la madre y provocar una mastitis bilateral grave.
3. Metabolopatías: galactosemia y alactasia. En la fenilcetonuria es posible una lactancia materna parcial con controles periódicos de fenilalanina; dado que, la leche materna contiene concentraciones bajas de fenilalanina.

4. Madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia
5. Madre que consume drogas.
6. Madre que recibe quimioterapia, antimetabolitos o isótopos radioactivos.
7. Madre con absceso mamario. La mastitis no es una contraindicación. Una vez drenado quirúrgicamente el absceso y tratado con antibióticos se puede reanudar la lactancia.
8. Madre con lesión activa de herpes simple (HSV-1) mamaria. Las lesiones herpéticas en cualquier otra localización deben cubrirse.
9. Madre afecta de tuberculosis activa no tratada.
10. Madre con enfermedad neurológica o psicótica grave.
11. Madre con enfermedad orgánica grave.
12. Madre HIV seropositiva. El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado en la leche materna. Esta contraindicación es discutible en los países subdesarrollados. La OMS recomienda que las madres infectadas por HIV en los países subdesarrollados mantengan la lactancia al pecho; ya que, sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.
13. Madre seropositiva a HTLV-I (infección por el virus de la leucemia humana de células T). Este virus se transmite a través de la leche materna. Parece que la congelación previa de la leche inactiva al virus HTLV-I pero todavía está por confirmarse. Siempre que se disponga de sustitutos adecuados de la leche materna ésta estará contraindicada en madres seropositivas a HIV y HTLV-I.
14. Madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro. El recién nacido a término no suele infectarse, aunque se ha comprobado el paso de CMV a través de la leche.

Fármacos y Lactancia

- A. Fármacos probablemente inocuos, no se ha demostrado peligros para el lactante.
- B. Fármacos que deben usarse con precaución.
- C. Fármacos absolutamente contraindicados.
Se han descrito efectos adversos graves.
- D. Fármacos de los que no se dispone de datos. Evitar su uso.

Relactación.

A pesar de las recomendaciones de la OMS y de otras instituciones sanitarias, muchos niños interrumpen la alimentación al pecho en las primeras semanas o meses de vida y, como resultado, tienen incrementado el riesgo de enfermedad y

en algunos países el de malnutrición y muerte. Sin embargo la alimentación al pecho puede ser restablecida. Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento de su hijo recientemente o en pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional. Esto es a lo que se llama **relactación**. Las mujeres que nunca han estado embarazadas pueden también establecer la lactancia, aunque la cantidad de leche producida a veces es mas limitada, a esta situación en la que la mujer nunca ha estado embarazada es a lo que se llama **lactancia inducida**.

En líneas generales para conseguir una relactación es recomendable que:

- La madre este muy motivada y cuente con apoyos familiares, de amigos o de profesionales expertos en lactancia.
- Se le ofrecerá el pecho al niño igual que se hace con cualquier otro niño. Cuantas mas veces mejor y en los primeros días al menos 8- 10 veces al día. A veces los niños se agarran mejor cuando están somnolientos.
- El contacto frecuente piel con piel de la madre con el niño ayuda a la relactación.
- Los primeros días, hasta que la madre comience a tener leche, se suplementará al niño con el 100% de los aportes. La leche se le dará con vasito, cuchara o jeringa. Nunca con biberón.
- Cuando la madre comience a producir leche se puede ir reduciendo el suplemento de leche de 50cc en 50cc cada 3 días, vigilando la ganancia ponderal del niño.
- La primera leche aparece entre el segundo y sexto día.
- Aproximadamente la mitad de las madres que relactan son capaces de amamantar a sus hijos de forma exclusiva en un mes.
- Hay niños que no se agarran al pecho, para lograrlo se les puede proporcionar la leche con un suplementador o ir echando gotitas de leche en la boca del niño (técnica de gotear y chorrear), así obtendrá leche al succionar y probablemente poco a poco vaya aceptando el pecho. La madre también se puede estimular con un sacaleches.
- Si los métodos fisiológicos no son efectivos o el niño no gana peso, deben considerarse los métodos farmacológicos. Los fármacos que ayudan a la secreción de leche se llaman galactogogos. Los más utilizados son Sulpiride (50 mg/8 horas durante 15 días) y Domperidona (20 mg/6-8 horas durante 3-8 semanas)

PUNTOS A DESTACAR

1. La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños



enfermos salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menor durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño.

2. El peso del niño es solo un aspecto de su desarrollo y evolución y no debe ser el condicionante único para indicar la introducción de sucedáneo de leche de madre.

3. Los recién nacidos deben alimentarse al pecho lo antes posible, preferiblemente durante la primera hora de vida. Los pediatras que trabajan en las maternidades deben incluir como objetivo disminuir el número de niños que se separan de sus madres.

4. No se deben administrar suplementos cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente si no es que están médicamente indicados. No debe aconsejarse el uso de chupetes ni tetinas. (salvo casos especiales en pretérminos o en niños de término, luego de instaurada la lactancia a las 3 o 4 semanas de vida)

5. Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean como mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta.

6. El pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud en relación con las formulas adaptadas, tetinas y chupetes.

7. El pediatra debe ocuparse de que el conocimiento sobre la lactancia materna del personal que trabaja en su centro y de los residentes en formación sea adecuado, para que nadie haga comentarios improcedentes que en ocasiones son suficientes para terminar con una lactancia materna.

8. La alimentación complementaria como su nombre indica complementa a la lactancia materna después de los 6 meses de edad pero en ningún caso debe sustituirla.

9. La relactación o la lactancia inducida es posible en casi todas las mujeres.

Bibliografía:

- 1- Section on Breastfeeding. ***Breastfeeding and the use of Human Milk.*** Pediatrics 2012; 129:e827-e842.
- 2- Previnfad. ***Promoción de la Lactancia Materna.*** AEPap. Octubre 2006.
- 3- Lawrence R. ***Breastfeeding: More than just a Good nutrition.*** Pediatrics in Review 2011; 32:267-281.



- 4- Hernández Aguilar M. ***La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica.*** Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr(brac) 2005;63(4):340-356.
- 5- Hauck et al. ***Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis.*** Pediatrics 2011; 128; 103-110.
- 6- Pronap 2011. ***Infecciones y Lactancia Materna.*** Módulo 1.
- 7- Quinteros C. ***Contraindicaciones de la lactancia en la madre y el niño.*** 6to. Congreso Argentino de Lactancia Materna. SAP. Octubre 2008.