

RESPUESTA DE CARTA AL EDITOR:

En respuesta a su carta al Editor nombrada “Lactancia materna exclusiva asociada a deshidratación aguda en los recién nacidos sanos: algunas medidas sencillas para evitar este problema”, donde analiza el artículo “Deshidratación hipernatrémica secundaria a alimentación inadecuada al seno materno en recién nacidos hasta los 28 días de vida extrauterina que ingresan al servicio de Pediatría del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso”, el Comité Editorial desea hacer algunas observaciones:

- La lactancia materna exclusiva es la forma ideal de alimentar al lactante durante los primeros 6 meses de vida. No se requiere suplementar con fórmula de inicio a partir de los 3 a 4 meses de vida, a pesar de aseverarse que todas las madres dejan de producir leche nutricionalmente completa para su hijo. Además, el uso de alimentación mixta ha registrado una mayor mortalidad por infecciones gastrointestinales y respiratorias. Por ello, se deberá individualizar cada caso según se requiera.¹
- La producción de leche materna está profundamente regulada por la demanda del recién nacido. De tal manera que al nacimiento por parto, el apego a la succión inmediata al seno materno, logra establecer de manera más exitosa una lactancia efectiva. Es importante establecer que la leche materna se produce en cantidades fisiológicamente adecuadas para el recién nacido desde que ocurre el nacimiento, incluso, la primera secreción láctea denominada calostro, como sabemos rica en retinoides, inmunoglobulina A, grasas, proteínas y un volumen pequeño, es totalmente adecuada para la capacidad gástrica del recién nacido, así como para prevenir la hipoglucemia en un lactante a término sano y de peso apropiado para la edad gestacional; estos volúmenes reducidos son fáciles de manejar para un lactante, a medida que aprende a coordinar la succión, deglución y respiración.² Por eso, no podemos aseverar que la madre debe “esperar” cantidades suficientes de leche materna hasta el 5to. o 7to. día, es más correcto conocer la normalidad y mostrarle a la madre cómo reconocerla.
- Existen factores de riesgo para que el recién nacido presente deshidratación hipernatrémica. Distintos autores han registrado que el nacimiento por cesárea, madres primigestas y una pérdida de peso mayor a 10% en los primeros 7 días de vida en un recién nacido amamantado, incrementa 2 veces la probabilidad de presentar deshidratación hipernatrémica y sodios séricos mayores a 150mEq/L.³
- La administración enteral de líquidos isotónicos en el recién nacido (agua, jugos, tés, fórmula de inicio diluida, soluciones de rehidratación oral) puede producir hiponatremia euvolémica. Los recién nacidos y lactantes que se alimentan en forma exclusiva del seno materno durante los primeros seis meses de vida no requieren ningún otro suplemento, aun en ambientes calurosos y con niveles de humedad extremos. No se recomienda durante este período la suplementación con ningún otro líquido.⁴ La leche materna, que está compuesta por 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y los tés son administrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con una duplicación del riesgo de diarrea, así como de intoxicación hídrica.⁵
- La administración precoz de suplementos de leche de inicio en aquellos recién nacidos que no los requieran, se asocia a una disminución de las tasas de lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses y a una duración global más breve de la lactancia materna.⁴

Estrategias mencionadas en la literatura para evitar la presentación de deshidratación hipernatrémica en los recién nacidos:

- La capacitación en lactancia de la madre y su familia; es fundamental capacitarse desde el embarazo para facilitar el proceso y evitar complicaciones.
- Se considera que una madre es capaz de alimentar a su hijo con lactancia efectiva cuando, después de 48 horas continuas y posteriores al nacimiento, el recién nacido recibió leche materna de forma exclusiva con evidencia de patrones de succión, sueño, micciones y evacuaciones normales. En nuestro país, en el sistema de salud público o privado, no se lleva a cabo la verificación de una lactancia exitosa antes de que la madre y su hijo egresen, con la certeza de que la alimentación es eficiente y segura. Esto debe cambiar.
- Capacitar a los padres para la detección temprana de signos en el recién nacido que orienten a una alimentación no eficiente al seno materno y con riesgo de deshidratación. La Academia de Medicina de Lactancia propone pautas para el alta hospitalaria segura en su protocolo Going home.⁶
- Las clínicas de lactancia materna deberán ser una realidad para cada hospital con unidad materno-infantil cuyo fin es dar un seguimiento adecuado del binomio.
- Se ha demostrado que una línea de apoyo para resolver dudas de lactancia de los padres es una gran herramienta.

Atentamente

Dra. Berenice Gómez-Sapien, Pediatra e Instructora en lactancia materna.

Encargada del Banco de leche humana del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). Correo electrónico: beresapiens@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. *Rev Chil Pediatr.* 2017; 88(1): 15-21.
2. Protocolo ABM No. 3. Tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado. BREASTFEEDING MEDICINE. 2017; 12(3). Mary Ann Liebert, Inc. doi: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk
3. Ünver Korğalı E, Cihan MK, Oğuzalp T, Şahinbaş A, Ekici M. Hypernatremic Dehydration in Breastfed Term Infants: Retrospective Evaluation of 159 Cases. *Breastfeed Med.* 2017; 12: 5-11. doi: 10.1089/bfm.2016.0077
4. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Modelo de libro de texto para estudiantes de medicina. Organización Mundial de la Salud. 2009.
5. Rodríguez-Weber, Arredondo García, et al. Consumo de agua en pediatría. *Acta Pediatr Mex.* 2013; 34: 96-101
6. Protocolo ABM No. 2. Pautas para el alta hospitalaria del recién nacido a término y de la madre. BREASTFEEDING MEDICINE. 2014; 9(1). Mary Ann Liebert, Inc. doi: 10.1089/bfm.2014.9996