

Recomendaciones actuales sobre lactancia materna

(Current recommendations on breastfeeding)

Héctor David Vera García,* Graciela Hess**

RESUMEN

Los beneficios que la lactancia materna otorga al niño, la madre y la familia trascienden a la sociedad y han sido objeto de estudio en los últimos decenios. En base a esta información diversos organismos internacionales han venido desarrollando programas con la finalidad de divulgar las ventajas de la leche materna en la alimentación de los niños en la etapa temprana de su vida y han hecho recomendaciones para los padres, médicos y personal entrenado para la promoción de la lactancia materna. Esta comunicación pretende informar algunas de las recomendaciones y pautas a seguir en la atención de los niños recién nacidos, que deberían considerar todos aquellos que tengan bajo su responsabilidad un niño recién nacido.

Palabras clave: Leche humana, lactancia materna, alimentación neonatos.

SUMMARY

The benefits of the breastfeeding in newborn infants, your mothers, family and the society has been largely studied and it has been taken by international organisms in order to develop programs for to encourage the breastfeeding due to the advantages for the development of infants in the first year of life and the decrease. Also this information has been taken in account for commendations done for medical doctors and trained personnel in infants feeding. The aim of this report is to emphasize in some of these recommendations and another features that should be considered by the doctors and the other people which are guides of the parents regarding the care and feeding of the infants.

Key words: Human milk, breastfeeding, feeding neonates.

La declinación en los índices de niños lactados al seno materno en la segunda mitad del siglo pasado dio lugar a un creciente interés por conocer las ventajas de la lactancia con leche humana con respecto a las que ofrecen las fórmulas lácteas. Esta preocupación científica aún continúa, después de varias décadas, y aún se le viene reconociendo a la leche humana beneficios adicionales con relación a la salud de los niños y su crecimiento y desarrollo en etapas ulteriores. Es por eso conveniente revisar periódicamente lo que en los países anglosajones llaman el

estado del arte en lo concerniente a este tema. En esta comunicación se documentan algunos de estos beneficios de la lactancia al seno reportados en años recientes, tanto para los niños como para las madres, los familiares y a la sociedad;¹ es con base en estas ventajas que da sustento a las recomendaciones para promover la práctica de la lactancia al seno, particularmente en niños de "alto riesgo", por lo que es importante revisar este tema.

BENEFICIOS EN LA SALUD DEL NIÑO

Es conveniente reiterar que la leche humana es la específica de nuestra especie y que a pesar de los adelantos en la tecnología para la fabricación de fórmulas lácteas, lo más semejante posible a la leche humana, la presencia en ella de sustancias y compuestos biológicos (como anticuerpos) en cantidades adecuadas a las necesidades de los niños, es difícil pensar en que pueda ser cabalmente reproducida en

* Director Médico.

** Instructora de Lactancia Materna.

todos sus componentes.² Esta argumentación ha sido repetidamente expresada para insistir en que la lactancia materna (exclusiva) debe ser el modelo de referencia: como de hecho lo ha sido, para conocer los resultados de la alimentación con fórmulas en el crecimiento y desarrollo, y la salud de los niños, a corto y largo plazo.

La mejor manera de reconocer las bondades de la leche materna es lo que ésta representa para los niños prematuros; en estos lactantes la leche de su madre le proporciona la cantidad de nutrimentos adecuados a su inmadurez biológica: contiene menos lactosa, y le proporciona mayor cantidad de sodio (que la de la leche secretada por una mujer cuyo hijo nace a término), acorde con la deficiencia fisiológica de lactasa y la mayor excreción de sodio en la orina de su hijo, lo que se expresa en un mejor crecimiento somático y desarrollo neurobiológico que el observado en los niños prematuros alimentados con fórmula.³

Por otra parte, investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en poblaciones de clase media, en países desarrollados, han mostrado diferencias a favor en la incidencia y severidad de las enfermedades infecciosas entre niños prematuros lactados con leche humana con respecto a aquéllos alimentados con fórmula;⁴ en el mismo sentido, se informa un descenso importante en las tasas de mortalidad neonatal en los Estados Unidos de Norteamérica, lo que, en parte, puede tener relación con el fomento de lactancia materna.⁵ También se le atribuye la disminución de la muerte súbita en lactantes,⁶ de la reducción de la incidencia de diabetes, tanto insulino dependiente (tipo I) como de la diabetes tipo 2,⁷ de linfomas,⁸ de sobrepeso, obesidad e hipercolesterolemia⁹ y de asma.¹⁰

BENEFICIOS EN LA SALUD MATERNA

Las ventajas de la lactancia temprana al seno también lo son para las madres, éstas incluyen: disminución en el sangrado posparto y más rápida involución uterina: secundaria al incremento de la concentración de oxitocina en la mujer estimulada por la succión del neonato; ulteriormente la madre tiene menor sangrado menstrual y aumento en el lapso intergenésico de sus hijos (atribuible a la amenorrea lactacional) y un más rápido retorno al peso previo a su embarazo.¹¹ A largo plazo las mujeres que lactan muestran tener un menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios,¹² y parece haber una disminución en el riesgo de fractura de la cabeza del fémur y de osteoporosis en la posmenopausia.¹³

BENEFICIOS PARA LA SOCIEDAD

Además de las ventajas en la salud de los niños y las madres, se han descrito beneficios económicos, familiares y

ambientales que conciernen a la sociedad. Es así como en los Estados Unidos los beneficios se han traducido en una disminución en \$3,600 millones de dólares en los costos por cuidado de la salud y en los programas de salud pública; de igual manera se considera que indirectamente ha contribuido a una disminución en la frecuencia de ausentismo al trabajo entre padres, a la vez que los ingresos de la familia se ven favorecidos por una disminución en la incidencia de enfermedades en sus hijos. A todo esto se estima que contribuye a una disminución de la contaminación ambiental, por los desechos de latas, biberones y recipientes desechables, además de contribuir con una disminución de la demanda de energía, por producción y transporte de productos relacionados con la lactancia artificial.¹⁴

Hasta aquí la información habla de los beneficios de la lactancia al seno materno para los niños, los padres y la sociedad, por lo que es razonable pensar que a un lado de los programas de salud pública (orientados a promover la lactancia al seno) es deseable la participación de los médicos y especialmente los pediatras, en el fomento de la lactancia materna; es por eso pertinente resaltar algunas de las recomendaciones vigentes para lograr este propósito.

RECOMENDACIONES PARA NIÑOS LACTANTES SANOS Y NACIDOS A TÉRMINO

Es conveniente recordar que la lactancia exclusiva es definida en términos de: aquélla en la que el bebé ingiere únicamente leche materna, sin complementos de ningún tipo, (agua, jugos, fórmula u otros alimentos), sin considerar entre éstos vitaminas y minerales que puedan ser indicados por los médicos. Tanto los médicos como los padres deben estar convencidos de que la lactancia exclusiva es suficiente para proporcionar un óptimo crecimiento y desarrollo en los primeros 6 meses de vida, y que la lactancia materna debe prolongarse por lo menos durante el primer año de la vida, y aún más allá de esta edad: en tanto haya un mutuo deseo de continuar la lactancia, tanto por parte de la madre como del bebé.

La manera en la que los pediatras pueden proteger, promover y apoyar la lactancia materna, en su práctica privada, en el hospital, en la enseñanza académica y educación comunitaria, han sido delineadas en documentos de organismos internacionales (Healthy people 2010, Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [OMS-UNICEF, 2003] y lactancia materna y el uso de la leche humana [AAP, 2005]), los que consideran que los pediatras juegan un papel crucial, como coordinadores y guías de la lactancia materna, proporcionando protección, fomento y apoyo a la lactancia natural.

De estos documentos es pertinente destacar los siguientes puntos:

1. Los médicos, pediatras y otros profesionales de la salud, deben fomentar la lactancia con leche humana en los niños, excepto cuando haya algunas contraindicaciones como: en neonatos con galactosemia clásica;¹⁵ en madres con tuberculosis activa sin tratamiento; en madres que están recibiendo isótopos radiactivos, antimetabolitos o quimioterapia, o que abusen de drogas.¹⁶ También se considera contraindicada si las madres tienen lesiones por herpes simple y si están infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.¹⁷ A un lado de estas circunstancias que impiden la lactación al seno, todos los padres deben recibir información, completa y actualizada, de los beneficios y técnicas a seguir para la lactancia materna, con objeto de que la madre tome una decisión informada sobre este tipo de alimentación. Por otra parte, cuando la lactancia directa al seno materno no sea posible, por lesiones locales o malformación de los pezones, la leche producida por la madre deberá ser obtenida por algún otro método, para proporcionarla a su hijo, sea en biberón, gotero, vaso o cuchara. Y si se ha identificado alguna contraindicación, es necesario considerar si ésta es temporal, en tal caso se debe aconsejar a la madre cómo extraer y mantener la producción de leche, antes de que abandone la lactación de su hijo, ayudándole a valorar los beneficios de la lactancia materna para el bebé y los riesgos que corre de no recibir leche humana.
2. Debe haber políticas definidas para fomentar la lactancia materna desde la etapa prenatal desde el parto inmediato, para su inicio temprano y el mantenimiento de la lactancia al menos por el primer año de la vida. Es pues necesario informar y educar a ambos padres, antes y después del nacimiento del bebé: explicándoles las ventajas que representa para el niño y la familia el logro de una lactancia materna exitosa. Es necesario hacer énfasis en que el apoyo y aliento por parte del padre es fundamental para alentar a la madre durante la lactación de su hijo: ya que pueden surgir problemas, que inciten el abandono de la lactancia materna, como ante circunstancias en que la madre requiera de algún medicamento: para lo cual es necesario minimizar o modificar la indicación médica sea buscando alternativas de tratamiento, dosis y vías de administración que eviten riesgos para el bebé o que favorezcan el desarrollo de una conducta de rechazo de la lactación.¹⁸
3. Al nacer, los niños deben ser colocados en contacto directo con sus madres, piel a piel, hasta que se concrete la primera succión. Un recién nacido alerta y saludable, es capaz de prenderse al pecho sin asistencia alguna, en la primera hora de vida. Después de secar al bebé y de hacerle su revisión clínica rutinaria en el recién nacido, una vez que se encuentre con su madre no debe ser molestado, pues la madre le provee bienestar; así, se recomienda retrasar la medición del peso, el baño, la aplicación de vacunas, y la profilaxis ocular de rutina hasta después y excepto bajo circunstancias clínicas especiales, el niño deberá permanecer con su madre durante el periodo de recuperación.¹⁸
4. Suplementos como agua, solución de glucosa, fórmula, u otros fluidos, no deben darse a los niños con lactancia materna, a menos que la indicación sea por orden de un médico.¹⁸
5. Durante el inicio de la lactancia hay que evitar el uso de biberones y/o chupones, hasta que ésta se encuentre bien establecida, pues el empleo temprano del biberón interfiere con una buena práctica de la lactancia. Sin embargo, esta recomendación no contraindica el empleo del biberón por el niño para ejercitar una succión no nutritiva: como para el entrenamiento oral de niños prematuros y en otros niños con cuidados especiales.
6. Durante las primeras semanas de la lactancia, se debe alentar a las madres para que den a su hijo de 8 a 12 “tomas al pecho” en 24 horas, ofreciéndolo al niño cuando éste dé muestra de signos relacionados con hambre, como un mayor estado de alerta, mayor actividad física y “chupeteo” y no esperar el llanto, que es un indicador tardío de hambre. Hay que tener presente que para un buen inicio de la lactancia materna, es necesario el continuo contacto madre-hijo día y noche, lo que facilita su desarrollo sin obstáculos. Para esto es necesario que la madre ofrezca el pecho, en cada toma, por el tiempo que el niño permanezca succionando, antes de ofrecerle el otro pecho; de esta manera ambos recibirán igual estimulación y sin leche. En las primeras semanas después del nacimiento, se recomienda que a los niños “no demandantes” se ofrezca el pecho si hayan transcurrido tres horas, a partir de la última toma. Después de que la lactancia ha sido regularmente establecida, gradualmente se puede disminuir la frecuencia de las tomas a ocho tomas en 24 horas, pero puede aumentar su frecuencia nuevamente, según la velocidad de crecimiento cuando el niño precisa de mayor volumen de leche.¹⁸
7. Durante el posparto, en la estancia hospitalaria del niño y la madre la práctica de la lactancia debe ser valorada por personal entrenado, por lo menos durante dos veces al día: observando la posición de la madre

al dar el pecho, la manera en que el niño toma el pecho y transferencia de leche al neonato; las observaciones deben quedar registradas en el expediente clínico, al menos, dos veces al día. En la visita de observación hecha por este personal, debe pedir que se registre la hora y duración de cada tetada, la frecuencia de uresis y el número de evacuaciones durante los días de estancia en el hospital y las primeras semanas en que la madre lactará a su hijo en su casa, todo esto facilitará la evaluación de la lactancia. Cabe hacer notar que los problemas registrados en el hospital deben ser considerados en el plan de manejo de la lactancia en casa y deben ser comunicados a los padres para que se los informen al médico que se hará cargo del seguimiento del bebé.

8. Todos los recién nacidos deben ser vistos por un pediatra, o personal experimentado en la lactancia materna, durante los 3 a 5 días del posparto. La visita a la madre y niño debe incluir: pesar al bebé y el examen físico (con interés especial en detectar la aparición de ictericia, deshidratación o fiebre). Se preguntará a la madre sobre problemas en los pechos (dolor al amamantar, congestión y otros) y se informará acerca del patrón de evacuaciones y uresis del niño: esperando que estas excretas sean entre 3 a 5 orinas y 3 a 4 evacuaciones por día durante los 3 a 5 primeros días, y de 4 a 6 orinas y 3 a 6 evacuaciones en los días 5 a 7 del posparto. Es conveniente señalar que una pérdida de peso en el niño que sea mayor a 7% (con relación a su peso al nacer), puede indicar problemas asociados con la lactancia, por lo que es necesario hacer una valoración minuciosa para tratar de corregir este problema: sea que se trate de aumentar la producción de leche de la madre o constatando que ésta es transferida al niño de manera satisfactoria.
9. Se recomienda que los bebés alimentados al pecho deben ser vistos por algún profesional de la salud a las 2 ó 3 semanas de edad: para monitorear su ganancia de peso y proveer apoyo adicional a la madre en este periodo crítico.
10. Los pediatras, como también los padres, deben estar convencidos de que la lactancia materna será suficiente para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros seis meses de la vida y que ésta le brinda protección contra enfermedades diarreicas e infecciones del tracto respiratorio. La madre también deberá estar convencida que la lactancia materna es imprescindible para su hijo en los seis primeros meses de vida y que es deseable que continúe lactándolo por el primer año de vida y más allá de este lapso.

RECOMENDACIONES GENERALES

Las recomendaciones previstas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, editada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, señala que el niño debe recibir exclusivamente lactancia materna durante los primeros seis meses de vida y que de no ser así el niño estará a mayor riesgo de enfermar o morir por enfermedades infecciosas: riesgos que aumentan con la introducción temprana de alimentos en los bebés. El documento destaca que a los seis meses de edad es cuando los niños deben recibir la alimentación complementaria: a partir de esta edad se deben ofrecer alimentos adecuados e inoocuos para los niños, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad. Tal recomendación se basa en que la leche de mujeres que han amamantado a sus hijos por más de un año contiene mayor cantidad de grasa que la leche de mujeres que han amamantado por menos tiempo.²⁰

En cuanto a los alimentos complementarios, aconseja que aquéllos ricos en hierro deben ser introducidos gradualmente a partir de los 6 meses de edad; hace notar que los bebés pretérmino y los de bajo peso con problemas hematológicos, o que han tenido una inadecuada reserva de hierro al nacer, deben ser manejados con hierro y que éste sea administrado mientras se encuentre con la lactancia exclusiva.

A un lado de las recomendaciones hechas por estos organismos internacionales, consideran que ante necesidades individuales, algunos niños necesitan que la complementación de alimentos distintos a la leche se haga a partir de los cuatro meses de edad, mientras otros, nacidos prematuramente pueden no estar listos para aceptar otros alimentos hasta los ocho meses de edad.

La razón de no introducir la alimentación complementaria antes de los seis meses, es porque estos alimentos solamente la sustituyen los componentes protectores que contiene la leche humana e incluso en lugares con clima cálido, el agua o jugos son innecesarios para los bebés amamantados por su madre y pueden introducir, además de agentes infecciosos, contaminantes químicos o alérgenos.

En cuanto a la duración de la lactancia, no hay evidencias de que haya en los niños algún daño psicológico o del desarrollo somático como consecuencia de ser amamantados durante el tercer año de vida¹⁹ y en cuanto a los bebés que son destetados antes de los 12 meses deben ser alimentados con una fórmula fortificada con hierro y no con leche fresca de vaca.

Del empleo de vitaminas, es aconsejable que todos los niños recién nacidos deben recibir 1.0 mg de vitamina K, por vía intramuscular, después de recibir de su madre la primera tetada y no después de las primeras seis horas

de vida, y deben recibir diariamente por vía oral, 200 UI de vitamina D durante los dos primeros meses de la vida y continuar hasta que la lactación del niño sea complementada con alguna fórmula o con no menos de 500 mL de leche entera. Es oportuno hacer notar que la leche humana contiene una pequeña cantidad de vitamina D: no suficiente para prevenir el raquitismo; por esta razón es necesario exponer directamente la piel del niño a los rayos ultravioleta de la luz solar (sin que haya un vidrio de por medio); de esta manera el ergosterol será activado para producir la vitamina D; sin embargo, es necesario que el niño sea expuesto con cautela para evitar el riesgo de quemaduras.

Es pertinente mencionar que en los primeros 6 meses de vida los niños reciban un suplemento de flúor y de los 6 meses a los 3 años de edad, la decisión de dar este suplemento debe ser en base a la concentración de este mineral en el agua: ya que sólo es necesario que el niño lo reciba cuando su concentración en el agua potable sea menor a 0.3 ppm.

Para facilitar la lactación se recomienda que el bebé y la mamá duerman próximos el uno del otro, pero no en la misma cama, para evitar el riesgo de que ocurra el síndrome de muerte súbita del lactante. De ser necesario hospitalizar a la madre o al bebé, se debe hacer el esfuerzo necesario para mantener la lactancia, sea ésta en forma directa o mediante la extracción de la leche.

RECOMENDACIONES PARA NIÑOS DE ALTO RIESGO

En los neonatos considerados como de alto riesgo, particularmente los niños prematuros, se recomienda sean lactados por su madre o reciban la leche de ella, de manera indirecta, empleando goteros, sondas, alimentadores o biberones; para esto la madre debe recibir el apoyo, la información y el entrenamiento adecuados, lo más temprano posible: haciendo ver a la madre la importancia del contacto directo con su hijo, piel a piel. En muchos de estos niños prematuros es necesario fortificar la leche humana para cubrir cabalmente sus necesidades en algunos nutrientes, como proteínas y calcio; de esta manera se pretende preservar la velocidad de crecimiento del bebé después de nacer.

El que haya en el hospital un banco de leche humana puede ser una buena alternativa para niños cuyas madres no son capaces de proveer la leche que requiere su hijo. De ocurrir esta eventualidad, es necesario que mujeres donantes sean estudiadas para evitar el riesgo de que sean transmisoras de alguna enfermedad. Además, se deben tomar las precauciones necesarias en los niños, en cuanto a

que tengan deficiencia de glucosa-6- fosfato - deshidrogenasa (G6PD): que ha sido asociada con un mayor riesgo de hemólisis, hiperbilirrubinemia, y kernicterus. Las madres que amamantan a niños en los que se sospeche esta deficiencia, no deben ingerir frijoles o medicamentos tales como nitrofurantoína, primaquina, fenazopiridina o hidrocortizidas, que les pueden provocar hemólisis.

COMENTARIO FINAL

La labor del neonatólogo o el pediatra en el hospital juega un papel que puede ser crucial en la futura lactación de los niños con leche humana, pero no menos importante es la participación del pediatra que, de no haber atendido al niño en el posparto inmediato, será quien haga seguimiento del niño en su primer año de vida: de él dependerá que la labor para estimular la lactancia materna (iniciada en el hospital) pueda ser apoyada y reforzada en el seguimiento subsecuente del bebé.

Referencias

1. Kramer MS. Promotion of breastfeeding intervention trial: a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413-420.
2. Hambraeus L. Nutritional aspects of breast milk and cow milk formula. In: Hambraeus L et al. *Symposium food and immunology*. Stockholm, Sweden: 1975.
3. Schandler RJ. The use of human milk for premature infants. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 2007-219.
4. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infections among very low birth weight infants. *Pediatrics* 1998; 102(3): E38.
5. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004; 113(5): e435-9.
6. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DM et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 885-90.
7. Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and the incidence of non insulin dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet* 1997; 350: 166-8.
8. Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer* 1998; 11 (Suppl): 29-33.
9. Committee on Nutrition AAP. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112: 424-30.
10. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ et al. Association between breastfeeding and asthma in 6 years old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ* 1999; 319: 815-9.
11. Chua SS, Arukulmaran S, Lim I, Selamat N, Ramant SS et al. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 804-5.
12. Lee SY, Kim MT, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk. *Int J Cancer* 2003; 105: 390-3.
13. Paton LM, Alexander JL, Nowson CA, Margerison C, Frame MG, Kymakci B et al. Pregnancy and lactation have no long term deleterious effect on measures of bone mineral in healthy woman. *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 707-14.

14. Weimer J. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. Food assistance and nutrition research report No. 13.* Washington, DC: US Department of Agriculture; 2001.
15. Chen YT. *Defects in galactose metabolism.* Nelson Textbook of pediatrics 16 ed. Philadelphia, PA: WB Saunders. 2000: 413-4.
16. Committee on Drugs AAP. Transfer on drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001; 108: 776-89.
17. Read JS. Committee on Pediatrics AIDS, AAP. *Pediatrics* 2003; 112: 1196-205.
18. AAP. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.
19. OMS. *Ginebra: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.* 2003: 1-30.
20. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and energy contents of expressed human breast milk in prolonged lactation. *Pediatrics* 2005; 116: e432-5.

Correspondencia:

Dr. Héctor David Vera García
Hospital Santa Teresa,
Acueducto Río Hondo No. 20,
Col. Lomas Virreyes. México D.F.
C.P. 11000
Tel. 5282 5180, 5520 9200, ext. 219.