

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LA ENFERMEDAD

PARTE I: EL NEONATO

EXCLUSIVE BREASTFEEDING DURING ILLNESS.

PART I: THE NEWBORN

DELLA FONTANA, Franco Darío¹; CONTRERAS, Nelly²

¹Beuario del Concejo de Investigación UNSa. Tesista de la Lic. en Nutrición.

²Lic. en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Profesora Adjunta en Cátedra de Lactancia Humana y de Salud Materno Infantil, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSa.

CONTACTO: francodariodellafontana@gmail.com

RESUMEN

Los recién nacidos pueden pasar por distintas situaciones patológicas, que pueden ser leves como pueden ser situaciones donde peligra la vida del bebé. Durante las mismas el comienzo de la lactancia materna exclusiva (LME) puede verse dificultado. La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para los recién nacidos por ser un factor que favorece el correcto establecimiento de la LME hasta los 6 meses y por ser un factor protector frente a muchas enfermedades, como así también tiene beneficios para la madre y para el sistema de salud. Sin embargo, establecer la lactancia materna desde el nacimiento es un desafío más aun en situaciones como las que se plantean en esta revisión.

ABSTRACT

Newborns can suffer from different pathological situations which can be mild or can pose a threaten to the newborn's life. During these, exclusive breastfeeding could be difficult. Breastfeeding is the best way to feed newborns because it is not only a protective factor against many diseases, but also because it has benefits for the mother and the public health system. However, breastfeeding from birth is a challenge, even more in situations like the ones presented in this paper.

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es la recomendación por excelencia a nivel internacional para la alimentación de los lactantes menores de 6 meses. Esto quiere decir que el único alimento que deben recibir los niños y niñas desde que nacen es únicamente la leche de su madre. Sin embargo, existen diversas situaciones donde esta condición puede verse afectada, y las madres terminan alimentando a sus hijos con alimentos distintos a la leche materna, como fórmulas infantiles o leche de vaca fluida o en polvo.

Los recién nacidos pueden pasar por distintas situaciones durante su hospitalización, que pueden ser leves como pueden ser situaciones donde peligra la vida del bebé. Durante las mismas el comienzo de LME puede verse dificultado¹. Con la siguiente revisión se pretende describir el manejo de la lactancia materna cuando surgen estas circunstancias particulares, para evitar así la introducción de sucedáneos de la leche materna y disminuir el riesgo de la aparición de otras patologías que pueden evitarse o atenuarse si se establece la lactancia materna.

DESARROLLO

Problemas del lactante durante el período neonatal.

Desde el nacimiento, la puesta del bebé en el pecho de la madre, para que comience a alimentarse antes de que pase una hora, es una de las estrategias más importantes para que la lactancia materna comience con éxito y pueda mantenerse así en el tiempo^{1,2}.

Sin embargo, existen situaciones particulares durante el período neonatal que pueden ser un condicionante para el abandono de la lactancia materna y/o para la introducción de sucedáneos de la leche materna. Las patologías más frecuentes que pueden presentarse en un neonato son: ictericia neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer, e hipoglucemia; y son las que se desarrollarán a continuación³⁻⁶.

- ❖ **Ictericia neonatal:** La ictericia es el tinte amarillento que adquiere la piel cuando está aumentado el nivel de bilirrubina en sangre. La ictericia neonatal puede ser fisiológica y se debe, principalmente, al aumento de bilirrubina indirecta que tiene lugar por el exceso de hemólisis durante los primeros días de vida. En el recién nacido a término se considera ictericia fisiológica siempre que los niveles estén por debajo de 12 mg/dl y no haya datos de hemólisis u otra patología. La decisión de cuándo tratar depende de la edad gestacional del niño y de las horas de vida. La ictericia del primer día de vida es siempre patológica. Se considera hiperbilirrubinemia grave la que supera los 20 mg/dl y la extrema la que está por encima de 25-30 mg/dl³.

La incidencia de ictericia es mayor en los lactantes amamantados y se han descrito dos tipos de ictericia asociadas a la lactancia materna³:

- ❖ **Ictericia por lactancia materna:** tiene lugar durante la primera semana y está relacionada con la falta de ingesta y con el retraso en la eliminación del primer meconio. Si no existe una buena ingesta, disminuye el tránsito intestinal y aumenta la reabsorción de bilirrubina indirecta a través de la circulación enterohepática. A mayor número de tomas durante los 3 primeros días, mayor número de deposiciones y menor cifra de bilirrubina.
- ❖ **Ictericia por leche de la madre:** tiene lugar a partir de la segunda semana. La leche de madre es rica en B-glucuronidasa, que desconjuga la bilirrubina intestinal y, por tanto, favorece la reabsorción de la bilirrubina indirecta. En la leche de algunas mujeres se han identificado otras sustancias, algunas de ellas con características hormonales, que también pueden dificultar el metabolismo de la bilirrubina.

Los lactantes amamantados con problemas de lactancia durante los primeros días hacen pocas tomas efectivas y sufren una pérdida de peso excesiva y un aumento de las cifras de bilirrubina. Para prevenir la aparición de esta patología se debe colocar al recién nacido en contacto piel a piel al nacer para que pueda hacer la primera toma antes de las primeras dos horas de vida. Además se debe comprobar que el recién nacido haga 10-12 tomas en 24 horas durante los 3 primeros días, observando al menos dos tomas. El control de peso diario, y de los signos indirectos de ingesta adecuada de la leche, como el número y características de las micciones y deposiciones, son también importantes^{3,7}.

Si el recién nacido tarda más de 8 horas en eliminar el primer meconio, aumenta la absorción de la bilirrubina indirecta a través de la circulación enterohepática. Cuanto más precoz es la primera toma, antes se

elimina el primer meconio. Actualmente ya no se aconseja la separación de la madre de su hijo, ya que favorece el abandono total a la lactancia^{3,7}.

Los recién nacidos a término sanos con bilirrubina menor de 20 mg/dl de 72 o más horas de vida, una vez que se han descartado otras causas de ictericia no requieren fototerapia, sino una evaluación de la lactancia materna: técnica, postura, número de tomas al día, duración de cada toma, número y color de las deposiciones. El objetivo es aumentar la calidad y frecuencia de las tomas^{3,7}.

Si ingresan para fototerapia, se debe permitir la lactancia materna a libre demanda y exclusiva; no se precisa aporte extra de agua. Es preferible ingresar a los bebés junto a su madre para evitar las consecuencias de la separación. Las recomendaciones actuales desaconsejan interrumpir la lactancia durante 12-24 horas para comprobar si la ictericia se debe a la leche materna³.

❖ **Bajo Peso al Nacer y Prematurez**

Un recién nacido que pesa menos de 2500g tiene bajo peso al nacer (BPN). Si el lactante pesa menos de 1500g tiene muy bajo peso al nacer (MBPN). El BPN puede ser la consecuencia del nacimiento prematuro (antes de las 37 semanas completas de gestación), del nacer pequeño para la edad gestacional (PEG) o una combinación de ambos. El retardo del crecimiento intrauterino (RCI) es definido como un enlentecimiento de la velocidad normal del crecimiento y generalmente es responsable del PEG⁶.

Lo mejor para los lactantes con BPN, de cualquier edad gestacional, es la leche de sus propias madres. La leche materna está especialmente adaptada para cubrir las necesidades de los lactantes con BPN y existen pruebas sólidas que muestran que la alimentación con la leche de sus propias madres, está asociada con menor incidencia de infecciones y mejores resultados a largo plazo⁶.

No todos los niños con BPN y/o prematuros son capaces de lactar, durante los primeros días de vida. Para aquellos que no pueden hacerlo, se requiere aportar la alimentación empleando alguna alternativa, como ser el método de alimentación oral (vaso/taza/cuchara/extracción directa en la boca del niño) o mediante la alimentación empleando sonda orogástrica⁶.

El niño con BPN que no es capaz de lactar, generalmente requiere ser atendido en una unidad especial para cuidados neonatales. Se deben realizar todos los esfuerzos para permitir que la madre permanezca cerca de esta unidad. De otra manera, ella debería permanecer en el hospital el mayor tiempo posible todos los días⁶.

En función a la edad gestacional al nacer se aconseja realizar las siguientes medidas terapéuticas referidas a la nutrición⁶:

- Los lactantes de 36 semanas de edad gestacional o mayores frecuentemente son capaces de succionar bastante bien y de manera completa el pecho por sí mismos. Después del parto, tan pronto como sea posible, se debe ayudar a que la madre realice el contacto piel a piel con su niño y que el niño trate de succionar el pecho. Si el lactante tiene dificultad para lograr una succión efectiva, o si se cansa rápidamente o no tiene un incremento adecuado de peso, se debe ofrecer leche extraída antes de que sea colocado al pecho, empleando un vaso o taza, o dar alternativamente el pecho y la leche en vaso o taza.
- Los lactantes de 32 a 36 semanas de edad gestacional necesitan ser alimentados, con leche extraída, empleando un vaso o taza o una cuchara, hasta que se pueda establecer la lactancia materna completa. La alimentación puede ser iniciada tan pronto como el lactante esté clínicamente

estable, en lo posible durante la primera hora después del nacimiento y debe ser administrada cada 2–3 horas. Para estimular la lactancia materna, se puede permitir que estos lactantes succionen el pecho tanto como lo deseen, y si no cuentan con la fuerza o coordinación suficiente para la succión, se puede estimular con ayuda profesional, hasta que se establezca el reflejo de succión.

- Los lactantes menores de 32 semanas de edad gestacional usualmente necesitan ser alimentados empleando una sonda orogástrica o nasogástrica. Estos lactantes no deberían recibir ningún alimento por vía enteral durante las primeras 12–24 horas, pero posteriormente el alimento indicado es la leche materna, por vía enteral.

❖ **Hipoglucemia neonatal**

La hipoglucemia neonatal clínicamente significativa refleja un desequilibrio entre el suministro y la utilización de la glucosa y los combustibles alternativos, y puede ser causada por varios mecanismos reguladores desequilibrados⁸.

Es común la hipoglucemia transitoria durante las primeras horas después del nacimiento; ocurre en casi todos los mamíferos recién nacidos. En bebés humanos sanos nacidos a término, aún si se les priva de alimentación enteral precoz, este fenómeno es autolimitado, no tiene signos clínicos y se considera parte de la adaptación a la vida posnatal, ya que los niveles de glucosa aumentan espontáneamente dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento (en algunos tarda un poco más, pero sigue siendo un hecho fisiológico)⁸.

Según la Academia de Medicina de la Lactancia Materna^{2,8}, cualquier abordaje del manejo debe estar justificado por el estado metabólico y fisiológico general del bebé y no debe interrumpir innecesariamente la relación entre madre y bebé ni la lactancia; dado que la hipoglucemia grave y prolongada con signos clínicos podría resultar en una lesión neurológica.

El inicio y la implementación de la lactancia y la reducción del riesgo de hipoglucemia se facilitan mediante el contacto piel con piel entre la madre y el bebé inmediatamente después del parto y al menos durante la primera hora de vida, y debe continuar lo más posible. Tales prácticas mantendrán una temperatura corporal normal en el bebé y reducirán el gasto de energía (permitiendo así la conservación de una glucosa en sangre normal) a la vez que estimula la succión y la producción de leche. La complementación rutinaria de bebés sanos nacidos a término con agua, agua glucosada o fórmula es innecesaria y podría interferir con la implementación de una lactancia normal y mecanismos de compensación metabólica normales⁸.

En los casos puntuales donde se puede identificar la presencia de hipoglucemia, las recomendaciones actuales⁸ indican que se debe continuar con la lactancia (aproximadamente cada 1 a 2 horas) o alimentar con 1 a 3 ml/kg (hasta 5 ml/kg) de leche materna extraída del pecho de la madre. En los casos de hipoglucemia grave con signos clínicos presentes se debe iniciar la administración intravenosa (IV) de una solución de glucosa al 10% con un bolo de 2 ml/kg y tratamiento IV continuo a 5 - 8 mg/kg/minuto, y fomentar las instancias de lactancia frecuentes después del inicio de la terapia IV, con un monitoreo continuo y riguroso.

CONCLUSIÓN:

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para los recién nacidos por ser un factor que favorece el correcto establecimiento de la LME hasta los 6 meses y por ser un factor protector frente a muchas enfermedades^{1,3-5}, como así también tiene beneficios para la madre y para el sistema de salud. Sin

embargo, establecer la lactancia materna desde el nacimiento es un desafío cuando surgen situaciones como las que se plantearon en esta revisión¹⁻⁵.

No obstante, con el acompañamiento profesional de la madre en las maternidades y desde los controles prenatales, y con políticas de salud que protejan tanto a la madre como al niño desde el embarazo hasta el puerperio, estas circunstancias pueden superarse con éxito².

BIBLIOGRAFÍA:

1. Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C.; 2007.
2. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeeding Medicine*. 2009;4(3):175-182.
3. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité de Lactancia Materna de la AEP. *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. 1º Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
4. Aguayo Maldonado, J. (ed.) *La lactancia materna*. España: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2004
5. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. España Madrid: Monografías de la A.E.P. Nº 5; 2004
6. Organización Panamericana de la Salud. *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OPS ©; 2010.
7. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Protocolo clínico de la ABM Nº 22: Guía para el manejo de ictericia en el lactante alimentado al seno materno. *Breastfeeding Medicine*. 2010;5(2).
8. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Protocolo clínico de la ABM Nº 1: Pautas para el control de la glucosa en sangre y el tratamiento de la hipoglucemia en recién nacidos a término y prematuros tardíos, revisado en 2014 *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(4):173-179.