

GUIA PARA LA PRACTICA

EL PEDIATRA Y LA LACTANCIA MATERNA

*Dr. Manuel Amador**

La mayor parte de los pediatras opinan que la lactancia materna es beneficiosa para los niños pequeños. Esto también se enseña en nuestras Facultades de Ciencias Médicas; más aún, son muchos los que afirman que la leche materna es el alimento ideal para los lactantes y que debe constituir el único alimento en el primer trimestre de vida postnatal.

Sin embargo, contradictoriamente, ante los ojos vigilantes de los pediatras se abandona la lactancia natural durante el primer mes, y el biberón con leche "maternizada" hace su irrupción en la vida del bebé a veces tan temprano como antes de que madre e hijo egresen de nuestras maternidades.

¿Cómo explicar semejante contradicción entre lo que se dice y lo que se hace?

¿Cuáles podrían ser las causas de tan baja prevalencia y duración de la lactancia natural?

¿Qué puede hacerse para revertir esta situación?

La respuesta a las preguntas anteriores está estrechamente vinculada con la habilidad y capacidad del equipo de salud, y particularmente del Pediatra, para promover exitosamente la lactancia natural entre aquellos pequeños cuya salud cuida. Para ello se requiere como premisa que él esté plenamente convencido de que lactar es para el niño más que una necesidad biológica y nutricional: es una necesidad para su desarrollo emocional, para una vida más saludable.

La promoción de la lactancia natural no es tarea exclusiva del Pediatra. Es más, la educación en el hogar y en la escuela desempeñan un papel relevante en la preparación de las futuras madres para lactar. El Obstetra es quien primero se enfrenta a la gestante y puede y debe, a lo largo de las consultas prenatales, ir creando la conciencia de la necesidad y conveniencia de lactar.

* Candidato a Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Pediatría. Vicedirector del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

En este artículo nos proponemos abordar algunas situaciones que puede enfrentar el Pediatra y dar algunas recomendaciones sobre cómo abordarlas para preservar la lactancia natural.

La madre no está preparada para lactar

Es frecuente que el Pediatra se encuentre ante una madre que manifiesta que desea lactar a su hijo, pero que no ha sido preparada para ello. Aún estamos lejos de haber logrado introducir en los juegos infantiles de nuestras niñas, la práctica de alimentar las muñecas con el pecho en vez de usar un biberón de juguete, pues no nos hemos habituado a considerar la lactancia como algo natural y normal para lo cual debemos ir condicionando a nuestras futuras madres. En la adolescencia estos aspectos deben reforzarse como parte de la educación sexual y alimentaria, y complementarse con explicaciones acerca de la función de las mamas y la importancia de la lactancia, para ir eliminando el prejuicio de que su práctica puede afectarlas estéticamente y enfatizar la contribución que puede tener en la preservación de la salud, al reducir el riesgo de cáncer mamario.

En la primera consulta prenatal, al momento de la captación de la gestante, el Obstetra y su equipo deben reforzar estos conceptos y realizar *invariablemente* un examen de las mamas. Si éstas carecen de pezón o éste es umbilicado, con un adecuado programa de ejercicios que la propia gestante puede realizar en su casa, se logrará que este defecto, que limita la posibilidad de lactar, sea corregido antes del parto.

El Pediatra que se enfrente a una situación de este tipo puede aún salvar la lactancia si actúa con decisión y rapidez y aplica los conocimientos de Fisiología que le permitan desarrollar los reflejos y mantener la producción de leche hasta que la mama esté apta para lactar.

La madre alega no tener suficiente leche

La respuesta más frecuente a este planteamiento suele ser la introducción del biberón (generalmente con leche "maternizada"), con lo cual se da el primer paso hacia la liquidación de la lactancia natural.

La conducta correcta es, ante todo, comprobar si efectivamente la producción de leche es insuficiente. Si esto fuera así, la ganancia de peso del lactante estaría por debajo de lo esperado: un niño que gane peso a un ritmo satisfactorio está recibiendo los nutrientes que necesita en cantidad y calidad y no hay porqué preocuparse acerca de la can-

tividad de leche que se produce. Tampoco es necesario medir las cantidades (lo cual es engorroso y molesto), ni directa (por extracción) ni indirectamente (por pesada), si realizamos un cuidadoso seguimiento del crecimiento del pequeño.

Otro aspecto relacionado con la cantidad de leche es el momento en que esto se refiere: en los primeros días después del parto, cuando se produce el calostro y la leche transicional, la cantidad de secreción láctea es muy inferior a la etapa de leche madura, lo cual es perfectamente normal, y hay que explicárselo a la madre para disipar sus temores de que el niño no se esté alimentando bien.

Si efectivamente comprobamos que la secreción láctea es insuficiente, es decir, se trata de una hipogalactia, es necesario precisar de qué tipo se trata:

- a) *Inicial*: la cual es poco frecuente, y se debe a que no se produce el reflejo de "bajada o eyección". Esto puede relacionarse con un inicio tardío de la lactancia, factor éste responsable de una alta proporción de fracasos. El recién nacido debe ser puesto al pecho *tan pronto nace*, o por lo menos en las 2 primeras horas de vida.
- b) *Precoz*: ocurre en los primeros 15 días. Generalmente está vinculada a errores de técnica, a falta de succión o succión defectuosa, a vaciamiento incompleto de la mama o a la introducción del biberón.

Los errores de técnica son muy importantes como causa de hipogalactia, y están vinculados al desconocimiento de la fisiología de la lactancia por el médico y demás miembros del equipo de salud, y al desconocimiento por parte de la madre de cuestiones elementales, *por desinformación*. Comenzando con la errónea interpretación del reflejo de búsqueda, el error de técnica más frecuente suele ser el no colocar al pequeño en la posición adecuada, de forma tal que tanto el pezón como la aréola queden dentro de la boca, lo cual refuerza la vía aferente del reflejo (la aréola es muy rica en terminales sensitivas) y favorece la mecánica del proceso de succión por medio del movimiento de la lengua, que realiza la expresión de los senos galactóforos llenos de leche. Si las tetadas están muy espaciadas, duran poco o la succión es defectuosa, los reflejos no se desarrollarán en la medida necesaria, y la producción de leche será insuficiente.

El vaciamiento incompleto es otra causa de hipogalactia. Debe procurarse que el niño lactee de cada mama alrededor de 10-12 minutos para garantizar el completo vaciado. *Cuanto más se vacía la mama, más se llenará*. Una vez

vaciada una mama, se coloca al bebé en la otra mama hasta que no desee más. En la siguiente tetada, se comienza por la mama que no se vació completamente en la anterior. *El biberón es el peor enemigo de la lactancia natural.* El mecanismo por el cual el bebé se alimenta del biberón es completamente distinto al de la alimentación a pecho. Mientras en ésta, la lengua participa activamente en la expresión de los senos galactóforos, en aquélla, la lengua tiene el único objetivo de obstruir el orificio de la tetera para que el niño pueda respirar, siendo por tanto éste un mecanismo más sencillo, que requiere menos esfuerzo, por lo cual el bebé se habitúa rápidamente al biberón. Por ello es recomendable *no utilizar biberón* durante el primer trimestre de vida. Un niño lactado exclusivamente a pecho tiene cubiertas sus necesidades nutritivas (en el primer trimestre) y, por tanto, *no requiere otro alimento.* El jugo de frutas, como fuente de vitamina C sólo es necesario suministrarlo en niños con lactancia artificial o mixta. El niño lactado a pecho no necesita agua entre las tomas tampoco.

- c) *Tardía:* ocurre al segundo o tercer mes. Está ligada estrechamente a factores socioculturales y a la menor dedicación, que se manifiesta en un menor estímulo. Frente a esta situación es posible realizar la reinducción de la lactancia, aún hasta 2 meses después de haberse interrumpido. El Pediatra solamente puede realizar esta tarea exitosamente con paciencia y dedicación.

La madre alega que el niño no se llena

Esta es una variante de la situación anterior. No obstante, aquí es necesario precisar un hecho que -al ser mal interpretado- conduce directamente hacia la implantación del biberón:

La digestión de la leche humana en el estómago se realiza, en virtud del menor contenido en sales minerales y caseína, en un tiempo máximo de 2 horas. Esto hace que el bebé pueda sentir hambre a partir de ese momento, sin que esto signifique que la tetada anterior no lo satisfizo. Es un error prescribir una fórmula de leche en biberón como complemento para evitar esto: lo correcto es orientar a la madre que vuelva a poner al niño al pecho y repita esto según demande el pequeño. Con el fin de establecer un cierto orden en la alimentación del lactante, es posible llegar a definir un horario que permita mantener satisfecho al pequeño, sin caer en la libre demanda, pero sin recurrir al biberón.

El niño "rechaza el pecho"

Ya hemos hecho referencia a la interpretación errónea del reflejo de búsqueda como supuesta manifestación de rechazo al pecho materno. Lo cierto es que el rechazo del pecho por el lactante es un hecho excepcional.

Un fenómeno de supuesto rechazo puede estar ligado a una mala técnica de la lactancia: cuando el niño no es colocado correctamente para lactar y se halla incómodo esto puede provocar llanto e interrupción de la lactancia. También cuando se coloca sólo el pezón en la boca, dejando la aréola fuera, el mecanismo de succión se ve alterado, ya que la acción de las encías y la lengua en vez de vaciar los senos galactóforos ocluye la salida de éstos y el niño no obtiene leche, lo que lo irrita, y acrecienta su hambre, hace más enérgicos los movimientos de la boca, encías y lengua, y pueden llegar hasta a producir excoriaciones del pezón. Así el bebé no obtiene leche a pesar de que las mamas están pletóricas de leche, y esto puede llevar también a la ingurgitación mamaria, con las consecuencias que más adelante expresaremos.

El pecho "le hace daño al niño"

Afirmar esto es casi como decir que el contacto de la madre es nocivo para su bebé. Las contraindicaciones de la lactancia natural por parte del niño son excepcionales y pueden concretarse en tres grandes grupos: a) las enfermedades congénitas del metabolismo (galactosemia y alactasia); b) las circunstancias que exijan ayuno absoluto (coma, insuficiencia cardíaca congestiva, *distress* respiratorio y malformaciones digestivas), todas ellas, de hecho, contraindicaciones de la alimentación oral, cualquiera que ésta sea, y c) la ictericia grave, por bloqueo de la conjugación hepática de bilirrubina.

La referencia de que la lactancia natural le produce diarrea al bebé no está generalmente sustentada por una observación cuidadosa de las deposiciones, que pueden ser algo blandas (transicional) o ser simplemente las deposiciones blandas, amarillas y brillantes de un niño lactado a pecho. Muchos bebés son destetados festinadamente por esta razón.

Las mamas están ingurgitadas y dolorosas

La ingurgitación mamaria se presenta generalmente cuando en una madre con abundante producción de leche, las tetadas se espacian por más de 3 horas de intervalo, sin que se ha-

ga extracción mecánica de la leche: evidente falta de prevención y cuidado.

Esto debe evitarse, pues la congestión de la glándula produce dolor, que puede inhibir los reflejos de la lactancia, y también puede invertir o aplanar el pezón, lo que dificulta la alimentación del bebé. La congestión puede producirse tan temprano como al segundo o tercer días, muchas veces porque nos hemos demorado en iniciar la lactancia, la hemos espaciado demasiado, o nos hemos entretenido en darle agua glucosada al bebé en vez de ponerlo al pecho.

La ingurgitación, así como otros factores tales como la succión violenta de un bebé hambriento "colgado" del pezón (por no habersele colocado la aréola también en la boca), pueden llevar a la excoriación del delicado epitelio del pezón, y a fisuraciones e infecciones locales que pueden poner en crisis la lactancia natural. En estos casos es posible suprimir la lactancia del lado afectado, pero siempre que se pueda debe mantenerse. Muchas veces un simple truco de la técnica puede resolver la molestia que causa la succión del bebé en un pezón erosionado: cambiar la posición del bebé al lactar, es decir, colocarlo de tal forma que las encías superiores e inferiores no rocen los bordes superior e inferior del pezón, sino los laterales: ésta es una solución sencilla y práctica.

La incidencia de excoriaciones y fisuras mamarias del pezón principalmente se ha atribuido al excesivo lavado de las mamas. La mayoría de los autores coinciden en afirmar que el uso frecuente del jabón e incluso de agua favorece la excoriación y recomiendan lavar las mamas sólo durante el baño diario, y limpiarlas después en cada tetada con un ungüento de lanolina, *sin agua*. Se ha comprobado que las glándulas cercanas al pezón segregan sustancias que protegen al mismo de la infección y de las lesiones traumáticas.

No puedo lactar, pues estoy enferma

La lactancia constituye sin dudas una sobrecarga nutricional y metabólica para la mujer. No obstante, no son numerosas las causas que por parte de la madre contraindiquen la lactancia natural: la tuberculosis grave abierta u otras infecciones graves agudas o crónicas; enfermedades orgánicas graves tales como cardiopatías, hepatopatías, anemia severa, nefropatías, neoplasias, psicosis graves y otras enfermedades neurológicas y la existencia de homocigotia para la enfermedad fibroquística en la madre (por el elevado contenido en sodio de la leche).

Una causa frecuente de destete es la circunstancia de estar la madre recibiendo una medicación determinada. El desconocimiento de cuáles son realmente las drogas que deben excluir la lactancia conduce a acciones injustificadas que privan al bebé de su mejor alimento. Las drogas formalmente contraindicadas durante la lactancia son: atropina, bromuros, carbamizol, catárticos, clordiazepóxido, cloranfenicol, difenilhidantoína, dihidrotaquisterol, esteroides, ergotamina, mercuriales metronidazol, metrotexate y otros antimetabolitos, narcóticos, antitiroideos y preparados tópicos con plomo.

CONSIDERACIONES FINALES

Todo aquel que tenga a su cargo la atención de un niño sano de pocos meses de nacido, debe trabajar por preservar la lactancia natural como una medida para garantizar la buena salud y normales crecimiento y desarrollo del bebé. Algunas cuestiones aquí esbozadas, y otras que completan un gran cúmulo de experiencia sobre este tema, constituyen guías para la actividad práctica diaria que pueden contribuir a rescatar la lactancia natural en miles de niños que se ven privados de ella cuando más lo necesitan. Seamos consecuentes con lo que hemos aprendido en las aulas y en los libros: nuestros niños serán sin dudas más sanos si lactan más.