

LACTANCIA EN CASOS ESPECIALES• **Hepatitis B**

Fuente: R. Lawrence. "La lactancia materna" Ed. Mosby. St. Louis, 1999.

Se puede dar el pecho con absoluta confianza a los hijos de madres portadoras de la Hepatitis B que han recibido la inmunoglobulina antihepatitis B (HBIG 0,5 ml i.m.) inmediatamente en la sala de partos, así como la primera dosis de vacuna humana de la hepatitis B, seguida de una segunda dosis a la edad de una semana ó más. La HBIG no debe retrasarse, y se ha de administrar entre una hora después del parto y no más de 12 horas. Esto disminuye el riesgo de adquirir la infección casi a cero, y en todos los países se permite la lactancia de los niños así protegidos.

Los hijos de madres portadoras de la Hepatitis B que han recibido la HBIG y la vacuna pueden tomar el pecho.

Según Committee on Infectious Disease :Report of the Committee on Infectious Disease, American of Pediatrics Redbook, ed 21, Evanston Ill, 1988, American Academy of Pediatrics.

Otros estudios demostraban, incluso cuando no existía vacuna, que la Hepatitis B no se transmite por la lactancia materna

Beasley R P, Stevens CE, Shiao IS, Meng HC. Evidence against breast-feeding as a mechanism for vertical transmission of hepatitis B. 1975; 2:740-741. Woo D, Cummins M, Davies PA, Harvey DR, Hurley R, Waterrrsosn AP. Vertical transmission of hepatitis B surface antigen in carrier mothers in two west London hospitals. Arch Dis Child 1979; 54:670-675.

González González ML, Viela Sala C, Salvá Armengod F, Lardinois Gibón R. An Esp Pediatr 1995; 43:115-119

• **Hepatitis C**

Recientes estudios han demostrado que no se transmite por la lactancia materna.

En cinco estudios con un total de 125 madres, de las cuales el 69% eran HCV RNA positivas, no se registró ningún caso de contagio.

La hepatitis C no se transmite por la lactancia materna

Según estudios publicados en Taiwán, Japón, USA y Cataluña, que demuestran que no se transmite. El estudio de Taiwán es sobre un grupo de madres altamente contagiosas, con títulos elevados de viremia; no se contagió ninguno de 11 niños.

-Lin HH, Kao JH, Hsu HY, Ni YH, Chang MH, Huang SC, Hwang LH, Chen PJ, Chen PJ, Chen DS. Absence of infection in breast-fed infants born to hepatitis C virus-infected mothers, J Pediatr 1995;126:589-591

-Roca AM, Fortuny C, Ercilla G, Coll O, Torné A, Jimenez R. Trasmisión vertical del virus de l'hepatitis C (VHC) Estudi prospectiu en 40 fills de mares VHC positives. Pediatr Catalana 1996; 56:77-81

• **VIH – SIDA**

BOLETIN IBFAN INFO *Septiembre de 1999 - Volumen 1*

Muchas preguntas claves con relación al VIH como una enfermedad pandémica, inquietan a todos los sectores de la población y se discuten en todos los niveles de sector salud, comunidad y reuniones de las agencias de Naciones Unidas y en todas partes del mundo.

El objetivo de estas discusiones es desarrollar medidas para prevenir la transmisión del VIH y para enfrentar los efectos de esta enfermedad a nivel de las comunidades.

La transmisión de la infección de la madre al bebé es particularmente compleja y se necesita más conocimiento sobre la forma de transmisión para poder proteger realmente al bebé y a la madre. También es vital para proteger la lactancia materna como óptima para todas las madres, independientemente del estadio de enfermedad que puedan tener.

La leche materna es vital para la supervivencia y desarrollo de la niñez y salud de las mujeres en todas partes.

La transmisión del VIH de la madre al bebé puede tener lugar durante el embarazo, el parto, o después a través de la leche materna pero es difícil establecer con exactitud la relativa contribución de cada uno de estos eventos.

Una importante investigación realizada en Sudáfrica ofrece la primera evidencia del impacto de la lactancia materna exclusiva en la forma de transmisión vertical.

Los resultados indican que la lactancia materna exclusiva ejerce un efecto protector en los intestinos de los infantes minimizando el riesgo de la transmisión del VIH vía pared intestinal.

Cuando no se practica el amamantamiento exclusivo durante los primeros meses de vida y otros alimentos y fluidos son introducidos, se daña la pared del intestino y pueden suceder muchas otras cosas.

La mucosa se daña y la superficie es más vulnerable a las infecciones, alergias, traumas físicos, y entonces puede permitir la transmisión del VIH a través de la membrana hacia los tejidos.

Los investigadores (*Coustsoudis et al*), utilizando una definición rigurosa del amamantamiento exclusivo, concluyeron que cuando la lactancia es exclusiva desde el nacimiento, no parece transmitirse el VIH de la madre infectada al bebé no infectado. Se encontró en los estudios que las tasas de transmisión entre los bebés amamantados exclusivamente desde el nacimiento era menor a los 3 meses que en aquellos que no habían sido amamantados del todo y que era

mucho más baja que en aquellos amamantados pero no exclusivamente.

A pesar que la diferencia para aquellos no amamantados que no era significativa, los autores definieron que **"esto aumenta la posibilidad de que el virus adquirido durante el parto pueda ser neutralizado por los factores inmunes presentes en la leche materna y que no se encuentran en las fórmulas"**

Coustsoudis, et al. Influencia de los patrones de alimentación infantil en la transmisión temprana del VIH-1, de la madre al bebé, en Durban, Sudáfrica. The Lancet 7 de agosto, 1999.

- **LACTANCIA MATERNA Y:**

Niños prematuros
Cesárea
Gemelos, trillizos
Síndrome de Down
Cardiopatías congénitas
Labio leporino
Fisura palatina

Fuente: La Lactancia Materna Josefa Aguayo Maldonado. Sevilla 2001

Lactancia Materna Manual Para profesionales. *Royal Collage of Midwives. Londres 1995*

- **Niños prematuros**

Una vez que son capaces de mamar, permitir a los niños prematuros mamar del pecho de su madre es beneficioso para el bebé y la madre, pues se ha demostrado que es menos agotadora la lactancia materna que el biberón.

Berbaum J, Periera G, Peckham G 1982 Increased Oxygenation whit Nonn-nutritive Sucking During Gavage Feeding in Premature Infants. *Paediatric Research 16, 278 A Abs 1199.*

Parece que la succión facilita el aprovechamiento de la leche suministrada por sonda, quizás por la producción de lipasa lingual.

- **Cesárea**

No hay ninguna evidencia que apoye la creencia de que la operación cesárea tiene efecto negativo sobre el establecimiento de la lactancia.

- **Gemelos, trillizos**

Inicio precoz y lactancia frecuente es el mejor modo de asegurar una buena producción.

Algunos autores consideran que amamantar a cada niño individualmente durante los primeros días es un método más eficaz. Cada niño puede tener su propio pecho o puede ir cambiando. La madre es la que mejor encontrará el modo.

Si los gemelos son prematuros, será conveniente mantener la producción mediante extracción (sacaleches), hasta que los bebés sean capaces de succionar de forma adecuada.

- **Síndrome de Down**

La hipotonía asociada que presentan estos niños suele afectar a la buena succión al comienzo de la lactancia, aunque algunos pueden succionar bien desde el principio.

Un estudio retrospectivo, (*Aumonier, ME, Cunnigham, C.C. Breastfeeding in infants whit Down's syndrome. Child Care Health Dev 1983; 9(5):247-255.*

.De 59 madres de niños Down, según un estudio retrospectivo: 29 deseaban amantar antes del parto, 16 de ellas lo consiguieron.

-31 no tuvieron dificultad en establecer una buena succión.

-4 tuvieron una succión lenta en los primeros días

-8 tardaron una semana

-16 tardaron más de una semana

En resumen aunque algunos tengan problemas de inicio, no siempre es así y pueden ser alimentados de forma exclusiva., aunque sus madres precisen de una mayor perseverancia y apoyo.

- **Cardiopatías congénitas**

Un estudio de 1995. Se realizó para determinar la correlación entre el método de alimentación y la saturación de oxígeno (Sa O₂) en 7 niños con defectos cardíacos congénitos : Se observó que la SaO₂ durante el amamantamiento es significativamente diferente que la saturación de oxígeno durante la alimentación artificial, indicando que hay menos estrés cardiorrespiratorio con la alimentación al pecho; ninguno de los niños desaturaron durante la alimentación al pecho mientras que cuatro niños si presentaron desaturaciones durante la alimentación artificial

Marino, B.L. ,O'brien, P. Lore H, Oxygen saturations during breast and bottle feedings in ingants whit congenital heart diseae. J. Pediatr Nurs 1995 Dec; 10(6):360-4.

Según otros estudios parecen tener una mayor influencia otras variables como el deseo de amamantar.

- **Labio leporino**

Si no va asociado a fisura palatina, no hay problema. La madre puede sellar con su dedo la zona del defecto.

Después de la intervención quirúrgica es aconsejable una alimentación al pecho precoz, pues se ha estudiado que no presenta riesgos y la ganancia de peso es mayor que si se suministra una alimentación con cuchara

- **Fisura palatina**

La succión es muy difícil y a veces casi imposible dependiendo de la fisura. Algunos autores recomiendan una placa ortodóncica aplicada al paladar para sellar el defecto, pero no está demostrada su eficacia.

Si se asocia labio leporino y fisura palatina el amamantamiento es bastante improbable, aunque la madre puede darle su leche extraída con sacaleches. Es muy importante asegurar que estos bebés se alimenten con leche materna ya que se ha estudiado la protección que les confiere frente a las otitis media tan frecuente en estos niños.

EMBARAZO Y LACTANCIA

LACTANCIA EN TÁNDEM

Si la madre está sana y se alimenta bien, la lactancia durante el embarazo no perjudica al feto.

Un estudio con 57 madres (Moscone y Moore 1993). Los bebés que lactaron durante el embarazo, tenían el peso apropiado en el momento de nacer. Otro estudio de 253 mujeres no encontró ninguna diferencia significativa en el peso de los bebés al nacer, comparando con madres que destetaron mayor más de seis meses antes del comienzo del embarazo y las que siguieron dando el pecho hasta entrado el segundo o tercer trimestre del embarazo (Merchant 1990). Aunque el crecimiento del bebé in útero no se vio afectado, el segundo estudio apreció que las madres que dieron pecho durante el embarazo tomaron más de los suplementos nutricionales que se les ofrecían.

Las contracciones del útero provocadas por la oxitocina durante la lactancia, no son peligrosas para el feto y no aumentan el riesgo de parto prematuro. En la leche materna se encuentran en poca cantidad las hormonas que mantienen el embarazo, y no perjudican al bebé que lacta.

Las razones médicas para considerar el destete durante el embarazo incluyen:

- dolor o sangrado en el útero
- antecedentes de partos prematuros
- la continua pérdida de peso de la madre durante el embarazo.

Los cambios emocionales de la madre que lacta y está embarazada, son frecuentes porque no siempre existe una referencia cercana de otras madres que han tenido esa vivencia. En Vía Láctea hay madres que han vivido esta experiencia y es aconsejable ponerse en contacto con ellas para compartir el estado emocional.

Los primeros meses del embarazo se reduce algo la producción de leche. Algunos bebés se destetan voluntariamente en ese momento, también porque cambia el sabor de la leche. Aunque para otros bebés esto no influye.

Y es frecuente que vuelvan a querer mamar con la llegada del nuevo bebé, aunque se hubiera destetado.

Durante los últimos meses del embarazo, la leche se convierte en calostro. Siempre habrá calostro para el recién nacido.

La lactancia en tándem minimiza la ingurgitación mamaria y asegura un buen volumen de leche.

-Berke, G.A. *Nursing Two, is it for you?* LLLI, Agosto de 1989, publicación No. 302-17.

-Bumgarner, N.J. *Mothering your nursing toddler*, Schaumburg, Illinois: LLLI, 2000.

-Frye, A. *Holistic Midwifery, Volume I*, Portland, OR: Labrys Press, 1995.

-Gromada, K.K. *Greastfeeding more than one: multiples and tandem breastfeeding*. NAACOG Clin Is Peri Wom Hlth Nurs 1992; 92;3(4):656-66.

-Gromada, K.K. *Mothering Multiples*, Schaumburg Illinois: LLLI, 1999.

-Lawrence, R. *Lactancia Materna* Mosby, St. Louis, 1999.

-Lufkin, R. *Nursing during pregnancy*. Leaven, mayo- junio 1995.

-Merchant, K.M. R. and Haas, J. *Maternal and fetal responses to stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals*. Am J Clin Nutr 1990; 90; 52:280-8.

-Mohrbacher, N. and Stock, J. *The breastfeeding Answer book*. Schaumburg, Illinois: LLLI, 1997.

-Moscone, S.R. and Moore, M.J. *Breastfeeding during pregnancy*. J Hum Lact 1993; 93-6 9(2): 83-88.

-Newton, N. and Theotokatos, K. *Breastfeeding during pregnancy in women: does a psychobiological weaning mechanism exist in humans?* Proceedings of the fifth International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Zichella, L., de.; London: Academic Press; 1980.

Fuente La Liga de la Leche Internacional Lactancia Materna. Libro de respuestas Enero de 2002