

American Accademy of Pediatrics.

Declaración oficial.

(Principios organizativos para guiar y definir el sistema de cuidados infantiles de salud y/o para mejorar la salud de todos los niños.)

Sección de Lactancia Materna.

Amamantamiento y el uso de la leche humana.¹

RESUMEN. En los últimos años se han producido avances considerables en el conocimiento científico acerca de los beneficios de la lactancia materna y de los mecanismos que los sustentan, así como sobre el manejo clínico del amamantamiento. Esta declaración oficial acerca de la lactancia materna sustituye a la de 1997 de la AAP y refleja estos nuevos conocimientos y publicaciones que los apoyan. En ella se resumen los beneficios de la lactancia materna para el niño, la madre y la comunidad; y se presentan las recomendaciones para guía de los pediatras y otros profesionales sanitarios en la asistencia a las madres en el inicio y mantenimiento de la LM en los niños a término sanos. Esta declaración oficial describe las diferentes formas en que los pediatras pueden promover, proteger y apoyar la LM, no sólo en su práctica individual, sino también en los hospitales, las escuelas de medicina, la comunidad y la nación.

Palabras clave: breast, breastfeeding, breastmilk, human milk, lactation.

Pecho, amamantamiento, lactancia materna, leche materna, lactancia.

ABREVIATURAS.

AAP= American Accademy of Pediatrics.

WIC= Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children.

CMV= Citomegalovirus

G6PD= Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

LM= Lactancia Materna.

INTRODUCCIÓN.

Amplias investigaciones que han utilizado metodología epidemiológica mejorada y modernas técnicas de laboratorio documentan las diversas y comprobadas ventajas del amamantamiento y el uso de la leche humana para la alimentación infantil para los niños, madres, familias y sociedad (1). Estas ventajas incluyen beneficios para la salud, la nutrición y la inmunidad; para el desarrollo, de tipo psicológico, social y económico; y medioambientales. En 1997, la Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó su declaración oficial *Breastfeeding and the Use of Human Milk* (2). Desde entonces, han tenido lugar avances significativos en la ciencia y la medicina clínica. En esta revisión se citan nuevas investigaciones relevantes acerca de la importancia del amamantamiento; se establecen principios que guíen en adelante a los pediatras y a otros profesionales de la salud en la asistencia a mujeres y niños en el inicio y

¹ Ref: Pediatrics vol 115No 2, february 2005.

Traducido por: Ana Martínez Rubio.

Pediatra de A.P. y miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP.

mantenimiento de la LM; se describen los modos en que los pediatras pueden proteger, promover y apoyar la LM en su práctica individual, los hospitales, las escuelas de medicina y la comunidad; y se destaca el papel central del pediatra en la coordinación del manejo de la LM y en la provisión de cuidados habituales de salud para el niño. (3) Estas recomendaciones son compatibles con los objetivos y metas del *Healthy People 2010* (4) del *Blueprint for Action on Breastfeeding* del Departamento de Salud y Servicios Humanos HHS (5) y del Comité de LM de los Estados Unidos “*Breastfeeding in the United States: A National Agenda*” (6).

Esta declaración proporciona los fundamentos para artículos relacionados con el amamantamiento y el manejo de la LM para otras publicaciones de la AAP como la Guía de Amamantamiento para Nuevas Madres (7) (*New Mother's Guide to Breastfeeding*) y los capítulos que tratan sobre la LM en las Guías de Cuidados Perinatales de la AAP elaboradas conjuntamente con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el *Pediatrics Nutrition Handbook* (9) el *Red Book* (10) y el *Red Book of Pediatric Environmental Health* (11).

SOBRE LA NECESIDAD DE LA L.M.

Beneficios para la salud de los niños.

La leche materna es específica de especie y todos los preparados para sustituirla difieren mucho de ella, lo que hace a la leche humana singularmente superior para la alimentación infantil (12). La lactancia materna exclusiva es la referencia o el modelo normativo frente al cual cualquier otro método alternativo de alimentación debe ser comparado con vistas al crecimiento, a la salud, al desarrollo y a otros resultados a corto y largo plazo. Además, los bebés prematuros alimentados con leche materna reciben beneficios significativos con respecto a la protección del huésped y la mejora de los resultados de su desarrollo comparados con los prematuros alimentados con fórmula (13-22). Los siguientes resultados han sido adecuadamente documentados en estudios de niños pretérmino y a término.

Enfermedades infecciosas

Las investigaciones llevadas a cabo en países desarrollados y en desarrollo, incluyendo poblaciones de clase media en los países desarrollados, proporcionan evidencias sólidas de que la LM disminuye la incidencia y/o gravedad de un amplio grupo de enfermedades infecciosas (23) como meningitis bacteriana (24,25), bacteriemia (25,26), diarrea (27-33), infecciones del tracto respiratorio (22, 33-40), enterocolitis necrosante (20-21), otitis media (27,41-45), infecciones del tracto urinario (46,47), y sepsis tardías en niños pretérmino (17,2). Además, las tasas de mortalidad post-neonatal en los Estados Unidos se han reducido en torno a un 21% en los bebés amamantados (48).

Otros resultados en la salud.

Algunos estudios sugieren un descenso en la incidencia de síndrome de muerte súbita en el primer año de vida (49-55) y una reducción en la incidencia de diabetes tipo 1 (insulin- dependiente) y tipo 2 (no insulin-dependiente)(56-59), linfoma, leucemia y enfermedad de Hodgkin (60-62), obesidad y sobrepeso (19, 63-70), hipercolesterolemia (71) y asma (36-39) en niños mayores y adultos que fueron amamantados, comparados con individuos que no lo fueron. Se han autorizado más estudios en estas áreas.

Desarrollo neurológico.

Se ha asociado la LM con una ligera mejoría en los resultados de los tests de desarrollo cognitivo (14, 15, 72-80). El amamantamiento durante procedimientos dolorosos, tales como la punción del talón en el cribaje neonatal, proporciona analgesia a los niños (81,82).

Beneficios para la salud materna

Asimismo, se han descrito importantes beneficios del amamantamiento y la lactancia para la salud de las madres (83). Los beneficios incluyen la disminución del sangrado post-parto y una involución uterina más rápida atribuibles al aumento de concentración de oxitocina (84), la disminución de la pérdida de sangre menstrual y el aumento de la posibilidad de espaciar los embarazos atribuibles a la amenorrea asociada a la lactancia materna (85), el regreso precoz al peso anterior al embarazo (86), la disminución del riesgo de cáncer de mama (82-92), la disminución del riesgo de cáncer de ovario (93) y la posibilidad de disminuir el riesgo de fracturas de caderas y osteoporosis en el periodo de la post-menopausia (94-96).

Beneficios para la comunidad

Junto a las ventajas específicas para la salud de los niños y de sus madres, se han descrito beneficios económicos, familiares y medioambientales. Estos beneficios incluyen la capacidad para disminuir los costos anuales de cuidados sanitarios de hasta 3,6 billones de dólares en USA (97,98); el descenso en los costes de los programas para la salud tales como el *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children* (WIC) (99); el descenso en el absentismo laboral de los padres asociado a la pérdida de ingresos familiares, más tiempo para la atención de los hermanos y otros asuntos familiares como resultado del descenso de las enfermedades infantiles; la disminución de la carga medioambiental para la preparación de latas de fórmula y biberones; el descenso de la necesidad del gasto energético para la producción y transporte de productos para la alimentación artificial (100-102). Este ahorro para el país y para las familias podría verse contrarrestado por un incremento del coste debido a las consultas a médicos y consultores de lactancia, al aumento del tiempo dedicado a las visitas en consulta, al coste de bombas saca-leches y otro equipamiento, todo lo cual debería ser costado por los pagadores de seguros a las familias.

CONTRAINDICACIONES A LA LACTANCIA MATERNA.

Aunque la LM es óptima para los niños, existen unas pocas enfermedades o situaciones en las cuales la LM puede no ser la mejor opción para el niño. La LM está contraindicada en los niños con galactosemia clásica (deficiencia de galactosa 1-fosfato uridil transferasa) (103); en madres que padecen una tuberculosis activa no tratada o son positivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipo I ó II (104-105); en madres que están recibiendo isótopos radiactivos con fines terapéuticos o diagnósticos o que han sido expuesta a materiales radioactivos (durante el tiempo que persista la radioactividad en la leche) (106-108); en madres que estén recibiendo agentes quimioterápicos o antimetabolitos y un pequeño número de otros medicamentos hasta que éstos sean eliminados de la leche (109, 110); en madres que estén usando drogas de abuso (drogas de calle); en madres que tengan lesiones activas de herpes simple en un pecho (el bebé podría tomar del otro pecho hasta que se eliminen las lesiones). Se debe proporcionar información adecuada a las madres que padezcan enfermedades infecciosas para evitar su transmisión a los hijos. (111).

En los Estados Unidos, las madres que están infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) reciben el consejo de no amamantar a sus hijos (112). En zonas del mundo en desarrollo, las poblaciones con riesgo aumentado de otras enfermedades infecciosas y/o de padecer deficiencias nutricionales que conducen a un aumento de la mortalidad infantil, los riesgos asociados a la alimentación artificial pueden superar al posible riesgo de adquirir la infección VIH por esta vía (113,114). Un estudio en África desarrollado en dos informes (115, 116) encontró que el amamantamiento exclusivo durante los primeros 3-6 meses después del nacimiento por parte de madres infectadas por el VIH no incrementó el riesgo de la transmisión del VIH al bebé, mientras que los niños que recibieron alimentación mixta (LM junto con otros alimentos o leches) tuvieron tasas más altas de infección por VIH comparados con los bebés que tomaron exclusivamente fórmula. Las mujeres de los Estados Unidos que sean VIH positivas no deberían amamantar a sus hijos. Se necesitan más estudios antes de reconsiderar estas recomendaciones.

SITUACIONES QUE NO CONTRAINDICAN LA LACTANCIA MATERNA.

Se ha demostrado que algunas enfermedades o situaciones son compatibles con la LM. El amamantamiento no está contraindicado en los hijos de madres que tengan antígeno de superficie para la hepatitis B (111), madres infectadas por el virus de la hepatitis C (personas con anticuerpos frente al virus de la hepatitis C o virus RNA positivo de la hepatitis C en sangre) (111), madres que tienen fiebre (excepto que la causa de contraindicación sea una de las indicadas en la sección previa)(117), madres expuestas a bajos niveles de agentes químicos ambientales (118,119) y madres que sean portadoras seropositivas del citomegalovirus (CMV) (no conversoras recientes si el niño es a término) (111). Las decisiones acerca de amamantar a bebés de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 grs) por madres que se sepa son CMV positivas se debe hacer teniendo en consideración los posibles beneficios para el niño de recibir leche humana versus el riesgo potencial de la transmisión del CMV (120,121). La congelación y pasteurización de la leche pueden disminuir de forma significativa la carga viral de la misma (112).

Fumar tabaco no es una contraindicación para que las madres den el pecho, pero los profesionales de la salud deben recomendar a todas las madres fumadoras que eviten fumar dentro de la casa y a que hagan todos los esfuerzos posibles para abandonar ellas el tabaco tan pronto como puedan. (110).

Las madres que amamantan deben evitar el uso de bebidas alcohólicas, porque el alcohol se concentra en la leche materna y su uso puede inhibir la producción de leche. Una celebración especial o una pequeña dosis de alcohol es aceptable pero se debe evitar dar el pecho en las siguientes 2 horas (123).

En la gran mayoría de los recién nacidos con ictericia o hiperbilirrubinemia, la LM puede y debe ser continuada sin interrupción. En casos raros de hiperbilirrubinemia grave, podría ser necesario interrumpir temporalmente la LM por un periodo breve (124).

EL RETO

Los datos indican que la tasa de inicio y duración de la LM en USA están muy por debajo de los objetivos propuestos en Healthy People 2010 (ver tabla) (4,125). Más aún, muchas de las madres que constan en las estadísticas como que están amamantando en realidad han dado alimentación mixta durante los primeros 6 meses de vida de sus hijos (5,126) aunque las tasa de inicio del amamantamiento se han ido incrementando

paulatinamente desde 1990, la LM exclusiva al inicio ha mostrado poco o ningún incremento desde el mismo periodo. De forma similar, la proporción de niños que toman LM exclusiva a los 6 meses de edad ha aumentado mucho más despacio que la de los que reciben alimentación mixta. (125). La Sección de Lactancia Materna de la AAP, el colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Academia de Medicina de LM, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF y muchas otras organizaciones para la salud recomiendan la LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (2,127-130). La LM exclusiva se define como la que recibe un niño cuando ingiere solamente leche humana sin suplementos de ningún tipo (ni agua, ni zumos, ni leche de procedencia no humana, ni otros alimentos), exceptuando vitaminas, minerales y medicamentos (131). Se ha demostrado que la LM exclusiva proporciona mayor protección frente a muchas enfermedades y aumenta la probabilidad de continuar el amamantamiento durante al menos el primer año de vida.

Los obstáculos para el inicio y la continuación de la LM incluyen; educación prenatal insuficiente (132,133); políticas y prácticas hospitalarias de separación (134); interrupción inadecuada de la LM (135); alta hospitalaria precoz en algunas poblaciones (136); falta de seguimiento sanitario y visitas a domicilio adecuadas en cuanto a tiempo (137); trabajo materno (138,139) (especialmente en ausencia de facilidades en el lugar de trabajo para apoyar la LM (140); falta de apoyos en la familia y la comunidad (141); representación habitual de biberones en los medios de comunicación como norma (142); promoción comercial de formulas infantiles a través de paquetes de regalo al alta, cupones para adquisición gratuita o para descuentos en fórmula y alguna publicidad en televisión y publicaciones generales (143, 144); desinformación; y carencia de guía y estímulo por parte de los profesionales de la salud. (135, 145, 146).

RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA PARA LOS NIÑOS SANOS NACIDOS A TÉRMINO

1.- Los pediatras y otros profesionales de la salud deben recomendar la leche humana para todos los niños en los cuales la LM no esté contraindicada específicamente y deben proporcionar a los padres información adecuada, completa y actualizada acerca de los beneficios y de la técnica del amamantamiento para asegurar que toman una decisión bien informada sobre la forma de alimentar a su hijo (147-149).

- Cuando la LM directa no sea posible, se proporcionará leche humana extraída (150,151). Si se conoce alguna contraindicación, se debe considerar si tal contraindicación es temporal y, en ese caso, recomendar la extracción para mantener la producción de leche. Antes de dar una recomendación contra de la LM o aconsejar el destete prematuro, se deberán sopesar los beneficios de la LM frente a los potenciales riesgos de no recibir leche humana.

2.- Se deben estimular las políticas y prácticas en torno al parto que optimicen el inicio y el mantenimiento de la LM.

- Un requisito esencial para el éxito de la LM es la educación de ambos padres antes y después del nacimiento del niño. El apoyo y ánimo por parte del padre puede ayudar de forma importante a la madre durante el proceso de inicio de la lactancia y durante los siguientes periodos si aparecen problemas. De acuerdo con el cuidado apropiado de la madre, minimizar o modificar el uso de medicación materna que pueda afectar al estado de alerta del recién nacido o su conducta alimenticia (152, 153). Evitar procedimientos que interfieran con la LM o que puedan traumatizar al niño, incluyendo la succión

innecesaria, excesiva o muy fuerte en las maniobras de aspiración de la cavidad oral, esófago y vías aéreas para evitar daños de la mucosa orofaríngea que puedan dar lugar a un rechazo de la alimentación. (145,155).

3.- Inmediatamente después del nacimiento, los niños sanos deben ser puestos en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerse allí hasta que se realice la primera toma (156-158).

- El recién nacido sano y alerta es capaz de cogerse al pecho sin necesidad de ayuda específica durante la primera hora tras el parto (156). Mientras el bebé está con su madre se puede secar al bebé, asignar la puntuación Apgar y realizar la evaluación inicial. La madre es una fuente de calor óptima para el bebé (159,160). Se deben retrasar los actos de pesar, medir, bañar, las punciones y la profilaxis ocular hasta después de que se complete la primera toma. Los niños afectados por medicación materna pueden requerir apoyo para un agarre efectivo al pecho (156). Excepto en caso de circunstancias excepcionales, el recién nacido debe permanecer con la madre a lo largo del periodo de recuperación (161).

4.- No se deben administrar a los recién nacidos amamantados suplementos (agua, suero glucosado, fórmula u otros fluidos) a menos que sea por orden médica cuando exista alguna indicación para ello (148,162-165).

5.- Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna y usarlo sólo cuando la LM esté bien establecida (166-168).

- En algunos niños, el uso precoz de chupetes puede interferir con el establecimiento de una buena técnica de amamantamiento, mientras que en otros puede indicar la presencia de algún problema con la lactancia que requiera intervención. (169).
- Esta recomendación no contraindica el empleo de chupetes para succión no nutritiva y entrenamiento oral de prematuros u otros niños con necesidades especiales.

6.- Durante las primeras semanas de lactancia, se debe estimular a las madres a poner al pecho a su hijo entre 8 y 12 veces a lo largo de 24 horas, ofreciendo el pecho siempre que el bebé muestre señales precoces de hambre, tales como alerta aumentada, actividad física, movimientos de la boca o giro de la cabeza (170).

- El llanto es un indicador tardío de hambre (171). El alojamiento conjunto a lo largo del día y la noche facilita el inicio apropiado de la lactancia (172). La madre debe ofrecer ambos pechos en cada toma durante tanto tiempo como el niño siga agarrado al pecho (173). El pecho ofrecido en primer lugar en cada toma se irá alternando de modo que ambos pechos reciban la misma cantidad de estímulo y vaciado. Durante las primeras semanas tras el nacimiento, se debe despertar a los bebés que no reclaman la toma para ser alimentados si han pasado 4 horas desde el inicio de la última toma. Después de que la LM esté bien establecida, la frecuencia de alimentación diaria puede disminuir aproximadamente a 8 tomas en 24 horas, pero el niño puede aumentar la frecuencia de nuevo durante los brotes de crecimiento o cuando sea deseable un aumento del volumen de leche.

7.- Se debe realizar una evaluación formal de la LM todos los días que dure la estancia del recién nacido en el hospital tras el parto, incluyendo la observación de la postura, del agarre al pecho y el paso de leche. Debe ser efectuada por personal entrenado, al menos dos veces al día, y deberá ser documentada y registrada a diario.

- Se debe animar a la madre a que anote el tiempo y duración de cada toma, así como las emisiones de orina o heces durante los primeros días de la LM en el hospital y las primeras semanas en el hogar, porque puede ayudar la evaluación del proceso. Los problemas que sean identificados en el hospital deben ser corregidos oportunamente y se debe comunicar por escrito un plan de manejo tanto a los padres como al personal sanitario.

8.- Todos los recién nacidos amamantados deben ser vistos por una pediatra, o por otra persona con conocimientos suficientes y experiencia en el cuidado de salud, entre los días 3° y 5° de vida, tal como recomienda la AAP (124,176,177).

- Esta visita deberá incluir el peso del recién nacido; la exploración física, con atención especial a la presencia de ictericia y a la hidratación; la historia materna de problemas en los pechos (tomas dolorosas, ingurgitación); los patrones de eliminación del niño (se debe esperar 3-5 emisiones de orina y 3-4 emisiones de heces al día hacia los días 3°-5° de vida, 4-6 orinas y 3-6 deposiciones hacia los días 5°-7° de vida); y una evaluación formal del amamantamiento incluyendo la posición, el agarre al pecho y el paso de leche. La pérdida de peso mayor del 7% indica posibles problemas de amamantamiento y requiere una evaluación más exhaustiva de la lactancia y una posible intervención para corregir los problemas y para mejorar la producción y paso de leche.

9.- Los recién nacidos amamantados deben recibir una segunda visita ambulatoria hacia las 2-3 semanas de vida de forma que el profesional sanitario pueda evaluar el incremento de peso y proporcionar apoyo suplementario y estímulo a la madre durante este periodo crítico.

10.- Los pediatras y los padres deben saber que la LM exclusiva es suficiente para asegurar un crecimiento óptimo y un buen desarrollo durante aproximadamente los primeros 6 meses de vida y que proporciona protección continua frente a diarreas e infecciones de vías respiratorias (30,34,128,178-184). La LM debe continuar durante todo el primer año de vida y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el bebé (185).

- Se deben introducir de forma gradual los alimentos complementarios ricos en hierro empezando alrededor de los 6 meses de edad (186,187). Los niños pretérmino y de bajo peso con problemas hematológicos que tengan reservas insuficientes de hierro requieren suplementos con hierro antes de los 6 meses de edad (148,188-92). El hierro puede ser administrado mientras que se continúa con la LM exclusiva.

- En algunos niños concretos con necesidades o conductas de alimentación especiales, puede indicarse la introducción de la alimentación complementaria tan pronto como a los 4 meses, mientras que otros niños pueden no estar preparados para aceptar otros alimentos hasta aproximadamente los 8 meses de edad (193).

- La introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses generalmente no aumenta la ingesta calórica total ni la tasa de crecimiento y todos los alimentos sustitutos carecen de los componentes protectores de la leche humana (194).

- Durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos, el agua o los zumos son innecesarios para los niños amamantados y pueden introducir contaminantes o alérgenos (195).

- El aumento de la duración de la LM confiere beneficios significativos tanto en la salud como en el desarrollo al niño y la madre, especialmente el retraso de la fertilidad, promoviendo por tanto unos intervalos óptimos entre los nacimientos (196)

- No hay in límite superior para la duración de la LM y no existen pruebas de que amamantar en el tercer año de vida pueda producir daños psicológicos ni del desarrollo. (197).

- Los niños destetados antes de los 12 meses de edad no deben recibir leche de vaca sino que deben tomar formulas infantiles fortificadas con hierro (198).

11.- Todos los niños amamantados deben recibir 1,0 mg de vitamina K, de forma intramuscular, después de que se haya completado la primera toma al pecho y dentro de las primeras 6 horas de vida. (199).

- La vitamina K oral no es recomendable. Puede no asegurar las reservas suficientes de vitamina K necesarias para prevenir hemorragias posteriores en la infancia en los niños amantados, a menos que se repitan las dosis durante los 4 siguientes meses de vida (200).

12.- Todos los niños amamantados deben recibir 200 IU al día de vitaminas D oral en forma de gotas durante los primeros 2 meses de vida y continuar del mismo modo hasta que el consumo diario de formula suplementada con vitamina D ó leche sea de 500 ml /día (201).

- Aunque la leche humana contiene pequeñas cantidades de vitamina D, no es suficiente para prevenir el raquitismo. La exposición de la piel a las radiaciones ultravioleta B procedentes del sol es el mecanismo habitual para la producción de vitamina D. Sin embargo, existe un riesgo significativo de quemaduras solares (a corto plazo) y de cáncer cutáneo (a largo plazo) atribuible a la exposición a la luz solar, especialmente en niños pequeños, lo que hace prudente la recomendación en contra de la exposición al sol. Además, el empleo de protectores solares (cremas) disminuye la producción de vitamina D por la piel.

13.- No se deben dar suplementos de flúor durante los primeros 6 meses de vida. (202).

- Desde los 6 meses a los 3 años de edad, la decisión acerca de si dar o no suplementos de flúor debe tomarse basándose en la concentración de flúor en el agua que se utilice (no es necesaria de forma general a menos que la concentración en el agua de bebida sea menor de 0,3 ppm) y en otros alimentos, líquidos y pasta de dientes.

14.- Madre e hijo deben dormir cerca uno del otro para facilitar el amamantamiento (203).

15.- En caso de que fuera necesaria la hospitalización de la madre o el bebé, se deberán hacer todos los esfuerzos necesarios para mantener la LM, preferiblemente de forma directa al pecho, o mediante la extracción y administración de leche extraída si fuera necesario.

RECOMENDACIONES ADICCIONALES PARA LOS NIÑOS DE ALTO RIESGO.

Los hospitales y los médicos deben recomendar leche humana para los bebés prematuros y para otros niños de riesgo tanto de forma directa como utilizando leche materna extraída (13). El apoyo y la educación de las madres acerca de la LM y la forma de extraerse la leche se debe proporcionar lo antes posible por parte del personal sanitario. Tan pronto como sea posible, se debe estimular el contacto piel con piel entre

madre e hijo y la puesta al pecho directamente (204, 205). La fortificación de la leche extraída está indicada para muchos niños de muy bajo peso (13). La leche materna de banco puede ser adecuada como fuente de alimentación alternativa para los niños cuyas madres son incapaces de extraerse su propia leche o no desean hacerlo. Los bancos de leche de Norteamérica se adhieren a las líneas de actuación nacionales para el control de calidad, y por tanto se estudia y analiza la leche de donantes y se pasteuriza toda la leche antes de su distribución (206-208). No se debe recomendar la leche humana fresca de donantes no estudiados debido al riesgo de transmisión de agentes infecciosos.

- Se debe tener especial precaución con los niños con déficit de glucosa- 6 fosfato deshidrogenada (G6DP). Este proceso se ha visto que puede estar asociado con un aumento de riesgo de hemólisis, hiperbilirrubinemia y kernicterus (209). Las madres que amamantan con riesgo conocido de G6DP no deben tomar habas ni medicamentos tales como nitrofurantoina, fosfato de primakina, o fenazopiridina, pues es sabido que inducen hemólisis en personas con esta deficiencia (210, 211).

PAPEL DE LOS PEDIATRAS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Muchos pediatras y otros profesionales de la salud han hecho grandes esfuerzos en los últimos años para apoyar y mejorar éxito del amamantamiento siguiendo los principios orientativos de la guía proporcionada por la AAP (2), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (127), la Academia Americana de Médicos de Familia (128) y otras organizaciones (5,6,130,133,142,162). Las líneas siguientes resumen estos conceptos para proporcionar un entorno óptimo para el amamantamiento.

General

- Promueva, apoye y proteja la LM de forma entusiasta. La extensamente publicada evidencia de la mejora de los pronósticos de la salud y del desarrollo de los niños amamantados y sus madres garantiza una sólida posición a favor de la lactancia materna.
- Promueva la LM como una norma cultural y estimule a la familia y al entorno social a favor de la LM.
- Reconozca el efecto de la diversidad cultural en las actitudes y prácticas hacia la LM y anime a las variaciones, si son adecuadas, que promuevan y apoyen de forma positiva la LM en las diferentes culturas.

Educación

- Adquiera conocimientos y habilidades sobre la fisiología y el manejo clínico actualizado de la LM.
- Estimule el desarrollo de formación especializada acerca de la LM y lactancia en las Facultades de Medicina, en los programas de formación de médicos residentes y para pediatras ya en práctica.
- Aproveche cada oportunidad para proporcionar educación sobre LM adecuada a la edad tanto a niños como a adultos, en la consulta médica y en programas que externos para estudiantes y grupos de padres.

Práctica clínica

- Trabaje en colaboración con los obstetras de la comunidad para asegurar que las mujeres reciben formación suficiente y exacta a lo largo del periodo prenatal

para que puedan tomar una decisión bien informada acerca de la alimentación de sus hijos.

- Trabaje en colaboración con los odontólogos de la comunidad para asegurar que las mujeres son animadas a continuar dando el pecho y que tienen buenas prácticas de higiene oral. Los niños deben ser evaluados acerca de los riesgos para su salud dental por el pediatra entre los 6 meses y un año de edad o dirigidos a un dentista para la evaluación y el tratamiento si están en riesgo de caries dentales o de otros problemas orales (212).
- Promueva las políticas y procedimientos hospitalarios que faciliten la LM. Trabaje activamente para la eliminación de políticas hospitalarias que dificulten la LM (como la promoción de formulas infantiles incluyendo el regalar paquetes de fórmula al alta, cupones de descuento para fórmulas, separación de madre e hijo, imágenes inadecuadas de alimentación infantil y ausencia de estímulo adecuado por el personal del centro). Y procure que haya expertos en lactancia disponibles a todas horas.
- Provea de bombas sacaleches efectivas y áreas de lactancia privadas y discretas para todas las madres que lo necesiten (incluyendo a pacientes y personal del centro) en zonas de consultas ambulatorias y de ingresos del hospital (213).
- Desarrolle prácticas clínicas que promuevan y apoyen la LM utilizando las recomendaciones y los materiales proporcionados por la AAP. (*Breastfeeding Promotion in Physicians' Office Practices Program*). (214).
- Familiarícese con los recursos locales de apoyo a la lactancia (clínicas WIC, médicos y enfermeras especialistas en LM, educadores y consultores de lactancia, grupos de apoyo, centros de préstamo de extractores de leche...) de forma que sus pacientes puedan ser derivados de forma oportuna (215). Cuando sea necesario usar servicios especializados en LM, deberá quedar claro para los padres el papel esencial del pediatra como primer responsable de la salud del niño dentro del marco de los cuidados habituales de salud.
- Estimule una cobertura por el seguro médico rutinaria para los servicios necesarios o suplementarios para la LM, incluyendo el tiempo requerido por los pediatras y otros profesionales sanitarios para evaluar y resolver la LM así como el coste del alquiler de las bombas sacaleches.
- Desarrolle y mantenga una comunicación efectiva y una coordinación con otros profesionales sanitarios para asegurar una educación óptima, apoyo y consejos en LM. Los coordinadores de lactancia de la AAP y WIC pueden facilitar relaciones colaborativas y desarrollar programas en la comunidad y en las organizaciones profesionales para apoyar la LM.
- Aconseje a las madres a continuar con auto-exámenes de las mamas de forma mensual a lo largo de la LM y que sigan con la revisión anual de su mamas por parte de sus médicos.

Sociedad

- Estimule a los medios informativos a referirse a la LM en forma positiva y a considerarlo la norma de alimentación de los bebés.
- Estimule a los patrones a dar facilidades y tiempo en el lugar de trabajo para amamantar o para la extracción de leche.
- Estimule a quienes proporcionan cuidados de salud a la infancia a apoyar la LM y al empleo de leche humana extraída y aportada por los padres.
- Apoye los esfuerzos de los padres y los juzgados para asegurar la continuación de la LM en los procedimientos de separación y custodia.

- Proporcione consejo a las madres adoptivas que deciden amamantar mediante lactancia inducida, un proceso que requiere mucho estímulo y apoyo profesional.
- Anime el desarrollo y aprobación de las políticas gubernamentales que signifiquen un apoyo para que las madres elijan dar el pecho.

Investigación.

- Promueva la investigación continuada, tanto a nivel básico como clínico, en el campo de la LM. Estimule a los investigadores y a las agencias que proporcionan los fondos a proseguir los estudios que pueden ayudar a mejorar la comprensión de la lactancia y el amamantamiento que conduzcan a una mejor práctica en este campo de la medicina.

CONCLUSIONES.

Aunque existen presiones de tipo económico, cultural y político que a menudo confunden las decisiones acerca de la alimentación infantil, la AAP se adhiere de forma firme al principio de que la LM asegura la mejor salud posible, al igual que el mejor pronóstico de desarrollo y psicosocial para el niño. El apoyo entusiasta y el compromiso de los pediatras en la promoción y la práctica de la LM es esencial para que los niños alcancen una salud, un crecimiento y un desarrollo óptimos.

Tabla 1: Tasas de amamantamiento en niños en USA. Cualquier cantidad (exclusiva)

	Datos de 2001			Objetivos <i>Healthy People 2010</i>		
	Inicio (125)	6 m. (127)	1 año (132)	Inicio	6 m	1 año
Total mujeres	70% (46%)	33% (17%)	18%	75%	50%	25%
Negras	53% (27%)	22% (11%)	12%			
Hispanas	73% (36%)	33% (16%)	18%			
Asiáticas	SD	SD	SD			
Blancas	72% (53%)	34% (19%)	18%			

SD: sin datos disponibles.