

“La lactancia materna”

Participantes:

Coordinador: Dr. Eduardo Jurado García, Director del Instituto Nacional de Perinatología, DIF.

Dr. Joaquín Cravioto, Director del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología para la Salud del Niño, DIF.

Dr. Salvador García Cazares, Investigador en Neonatología Instituto Nacional de Perinatología, DIF.

Dra. María Elena Gil Tapia, Jefe del Servicio de Cirugía y Recuperación del Instituto Nacional de Perinatología, DIF.

Dra. Regina Martínez Martínez, Jefe del Servicio de Alojamiento Conjunto del Instituto Nacional de Perinatología, DIF.

Dr. Rubén Eli Rocha Valencia, Médico de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología, DIF.

Introducción

Un famoso dibujo a pluma de Picasso representa a una joven madre amamantando a su pequeño hijo. ¿Existe un símbolo más expresivo del amor materno? Sin embargo, a partir de la tercera década de este siglo y más aún, después de la Segunda Guerra Mundial, en que los adelantos en la técnica de preservación de alimentos permitieron obtener leche en polvo perfectamente estéril, muchos médicos por razones ya de estética, ya de comodidad para la mujer, empezaron a desaconsejar la lactancia materna, puesto que podía sustituirse “ventajosamente” por leches maternizadas con todos los componentes de la leche materna.

Sólo los recientes conocimientos de inmunología que vinieron a confirmar lo que el sentido común de siglos ya intuía, demostraron los innegables beneficios que implica la lactancia materna para el niño que llega a este mundo. La leche materna protege al lactante proporcionándole los anticuerpos que todavía no ha tenido tiempo de elaborar, confiriéndole resistencia contra varias enfermedades, algunas tan graves como las diarreas que son elevada causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de un año, o como las afecciones alérgicas, notablemente el eccema, también comunes en ellos.

Así, la imagen de la madre que nutre a su hijo, es más que un símbolo de amor, es la imagen de la protección que la madre le sigue brindando a su hijo, aun después que éste ya abandonó el claustro materno.

**La preparación de la mujer para la lactancia debe ser prenatal e incluir; enseñanza, hábitos higiénicos y ejercicios. La lactancia se ha de iniciar al nacimiento (y la madre no debe estar anes-
tesizada). El niño ya tiene los reflejos aptos para succionar. La succión será productiva si la madre ha seguido los cuidados prenatales estimulará la hipófisis materna, la secreción láctea y la formación del globo uterino. Cuando la lactancia no se inicia al nacimiento se recomienda la extracción manual o con aparato de succión del calostro que se dá al recién nacido.**

Dr. Jurado García

¿Qué cuidados se recomiendan durante el embarazo para facilitar la lactancia?

Dr. Rocha Valencia

La preparación de una mujer para la lactancia, debe iniciarse prenatalmente y debe incluir:

1. *Enseñanza* por parte del ginecoobstetra, perinatólogo, partera o médico general sobre rudimentos de

la anatomía del seno y de la fisiología de la lactancia.

2. *Hábitos higiénicos.* Desde luego resulta suficiente el baño diario con agua y jabón "suave". Conviene, además, lubricar el pezón con un poco de lanolina.

3. *Ejercicios.* Estos incluyen diariamente.

3.1. Masaje con ambas manos sobre las mamas, procurando dar movimientos circulares o bien de descenso de clavícula al pezón y comprimiendo ligeramente el seno. Estos ejercicios reafirman los tejidos, mejoran la circulación de la glándula, favorecen su desarrollo y estimulan la secreción láctea.

3.2. Formación del pezón con los dedos índice y pulgar de la mano opuesta, tómesese el pezón y aplíquese movimiento de rotación. Después dense ligeros tirones hacia afuera. A continuación, colocando ambos índices o pulgares en la areola del pezón, restírese lo más posible. Usese, si se desea, lubricante. Estos ejercicios fortalecen la piel de la areola y del pezón, evitando las molestas grietas y reafirman la posición de éste.

3.3. Expresión manual. Algunos obstetras recomiendan que, a partir del octavo mes, se proceda a la extracción manual de

una pequeña cantidad de calostro, con objeto de limpiar los conductos y estimular las glándulas.

3.4. Ejercicios de los músculos pectorales. Desde el inicio mismo del embarazo, tendientes a reafirmar las glándulas sobre los músculos y mejorar la circulación de la región.

Dr. Jurado García ¿En qué momento debe iniciarse la lactancia?

Dra. Martínez Martínez: Siempre que sea posible, la lactancia debe iniciarse inmediatamente al nacimiento. Salvo situaciones especiales, el recién nacido de término puede y debe colocarse al seno materno en la sala de expulsión. Para ello, se requiere que la madre no este analgesada ni anes-
tesizada, a fin de que pueda manejar al recién nacido.

Los reflejos de búsqueda, succión y deglución estan aptos en éste para prenderse del pezón y succionar. Esta succión será productiva la mayor parte de las veces, si la madre ha seguido los cuidados prenatales referidos por el Dr. Rocha Valencia, pero en cualquier caso, estimulará por vía refleja a la hipófisis materna, incrementando la secreción de hormonas lactogénicas por la hipófisis anterior y de ocitocina por la hipófisis posterior. Las primeras estimulan la secreción láctea y la segunda ayudará a la formación del globo uterino, a la expulsión de la placenta y, de algún modo, a la eyección de la leche de los galactoforos ("bajada").

Cuando no sea posible esta maniobra, la lactancia se iniciará lo más pronto posible y mientras tanto, se recomienda que la madre se extraiga manualmente o con la ayuda de un aparato de succión, el calostro y éste se le de al recién nacido, recurriendo a la técnica apropiada. Esta acción, además de proporcionar al recién nacido los beneficios del calostro, dejan en la madre la sensación de estar haciendo "algo útil" por su hijo y la unen emocionalmente a él con más fuerza.

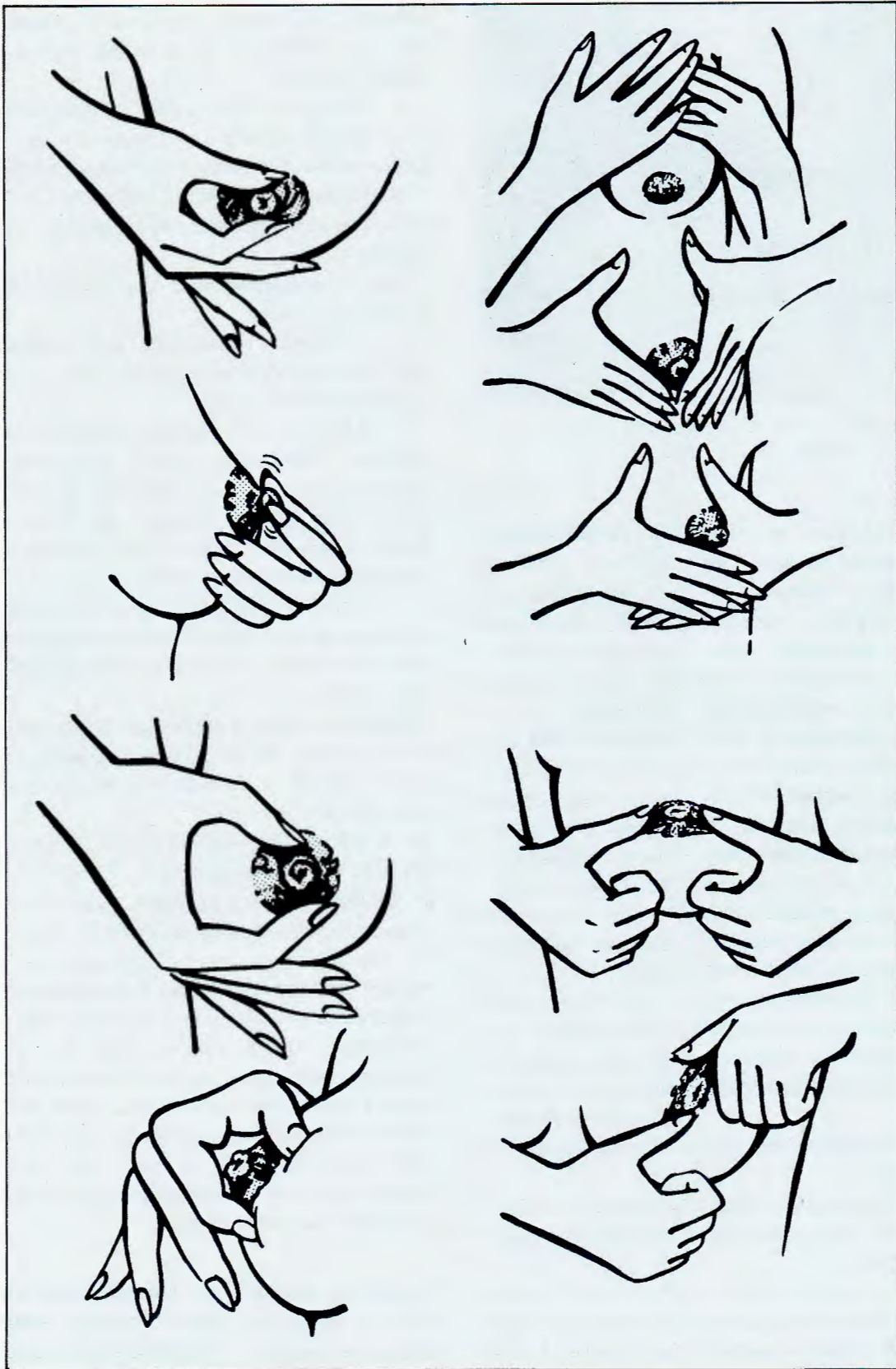


Fig. 1 Cuidados prenatales del pezón.



Fig. 2. Presentación del niño al seno materno, por el padre, en la sala de expulsión.

Las contraindicaciones son maternas y del recién nacido. Las maternas: fiebre tifoidea, tuberculosis, brucelosis, neumonía, etc.; cardiopatías descompensadas, nefropatías con insuficiencia renal aguda, endocrinopatías no controladas, epilepsia, desnutrición, anemia, leucemia y cáncer. Locales: alteraciones del pezón. Cuando la madre va a ser tratada con ciertos fármacos. Las del recién nacido: problemas metabólicos, alteraciones físicas que impidan la succión y defectos congénitos de la cavidad bucal; falta de maduración o alteraciones neurológicas. La mastitis unilateral no requiere interrumpir la lactancia.

tuberculosis, brucelosis, neumonía, meningitis, etc.

Cardiopatías descompensadas o evolutivas. Nefropatías con insuficiencia renal aguda.

Endocrinopatías no controladas como: diabetes hipo e hipertiroidismo. Epilepsia, Desnutrición grave. Anemia grave. Leucemia. Cáncer.

2. Locales. Alteraciones del pezón:

Dr. Jurado García

¿En qué casos no es aconsejable colocar al recién nacido al seno materno poco después del parto?

Dra. Gil Tapia Las contraindicaciones se pueden agrupar en dos grandes rubros: maternas y del recién nacido.

Las contraindicaciones maternas son:

1. *Generales.* Enfermedades infecciosas agudas o crónicas graves como: fiebre tifoidea,

invertido, deformado, umbilicado, grietas, mastitis, neoplasias de la mama, hipogalactia, agalactia.

3. Cuando la madre deba ser sometida a tratamiento médico con fármacos como: indometacina, fenilbutazona, cloramfenicol, eritromicina, metronidazol, sulfisoxazol, tetraciclinas, coumarínicos, fenobarbital, reserpina.

Las contraindicaciones por parte del recién nacido son:

1. Problemas metabólicos que incluso impidan toda administración de leche: galactosemia "baby sugar".

2. Alteraciones físicas que dificulten la succión, si bien estas no son excluyentes absolutas, pues el manejo adecuado de prótesis la permitirán: síndrome de Pierre-Robin, urano-estafilo-quisis, otros defectos congénitos de la cavidad bucal.

3. Falta de maduración o alteraciones neurológicas que impiden o dificultan el reflejo de succión: prematuridad extrema, lesión cerebral.

En estos casos, la madre puede extraerse la secreción de su glándula mamaria y dársela al bebé de acuerdo a la técnica alimentaria que proceda.

Dr. Jurado García ¿En todo caso de mastitis está indicado el destete?

Dr. Eli Rocha Si los trastornos locales ocasionados por la infección no son muy intensos, me parece que no es necesario interrumpir la lactancia. Como habitualmente el problema es unilateral, la lactancia debe continuarse con el seno opuesto. De la mama afectada deberá extraerse la secreción láctea y tirarse hasta que, con la ayuda del tratamiento médico, se solucione la infección local. El extraer la leche del lado afectado ayuda a descongestionar la mama y favorece su pronta mejoría.

Dr. Jurado García

En la literatura médica se menciona que la alimentación al seno mater-

La lactancia materna protege al bebé contra algunos padecimientos: de la otitis media por que la posición para la alimentación hace menos probable el

paso de alimentos por la trompa de Eustaquio; del catarro común ya que el calostro y la leche contienen anticuerpos contra los virus echo, de la enterocolitis necrotizante y de la diarrea infecciosa, por varias acciones: protección por los leucocitos de la leche, presencia de lactoferrina, etc. El que la leche humana confiera resistencia contra algunas infecciones se basa en: 1) análisis bioquímico, inmunológico y bacteriológico de la leche y de las heces de los niños que se alimentan con ella, 2) estudios epidemiológicos y 4) clínicos.

no protege al bebé contra: 1) La otitis media, 2). El catarro común, 3). La enterocolitis necrotizante, 4). La diarrea infecciosa.

¿Cuál o cuáles sería(n) el o los mecanismos?

Dr. García Cazares Permítame intentar explicar la acción de la lactancia materna en el orden en que fue preguntado:

1. En el caso de la otitis media su-

purada, probablemente la menor frecuencia de casos en los niños alimentados al seno, se deba a que, habitualmente, la posición más frecuentemente utilizada por las madres para dar el seno a su bebé, hace menos probable el paso del alimento a través de las trompas de Eustaquio.

2. Se ha demostrado que el calostro y la leche humana contienen anticuerpos contra los virus *ECHO*, el de la influenza, neovirus, rinovirus y en particular contra el virus respiratorio sincicial.

3. Probablemente a través de varias acciones:

- »Menor osmolaridad
- »Función protectora directa de los leucocitos de la leche
- »Presencia de un factor en la leche humana que promueve la peristalsis

4. Es posible que los siguientes factores ayuden a explicar la menor frecuencia de cuadros diarreicos en los bebés alimentados al seno:

- »Se disminuyen las posibilidades de contaminación.
- »La lactoferrina de la leche humana inhibe el crecimiento de la *escherichia coli* y del estafilococo dorado, agentes causales frecuentes de la diarrea infec-

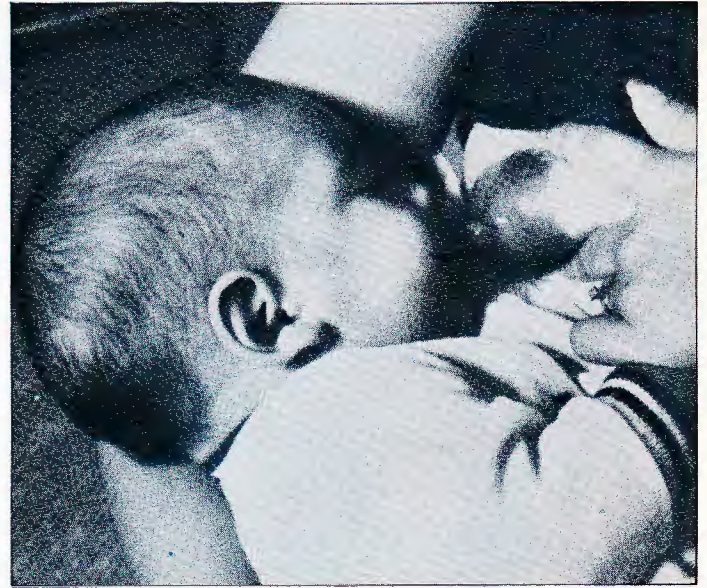


Fig. 3 Manera de ofrecer el seno al recién nacido.

ciosa. La Ig-A. Posee actividad neutralizante de la enterotoxina.

»La leche humana, pero especialmente el calostro, posee anticuerpos contra agentes como: *E. coli*, *Bacteroides fragilis*, *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, etc.

Dr. Jurado García ¿En realidad cuáles son los componentes de la leche humana que confieren o pueden conferir resistencia al niño contra las infecciones?

Dr. Cravioto Los datos en que se basa la aseveración de que la leche humana puede conferir al recién nacido resistencia contra algunas infecciones, provienen de tres líneas de investigación:

1. El análisis bioquímico, inmunológico y bacteriológico de la leche y de las heces de niños alimentados al seno materno.

2. Los estudios epidemiológicos sobre morbilidad comparativa entre bebés alimentados al seno materno o con leche de vaca y,

3. Los estudios de casos clínicos.

En el cuadro 1 se muestran los principales factores que pueden conferir resistencia al niño, así como el mecanismo de acción que se ha propuesto.

En cuanto a los estudios inmunológicos, informes provenientes de diferentes fuentes,

Cuadro 1 Algunos componentes de la leche humana que pueden conferir resistencia contra las infecciones al recién nacido.

Componente	Posible modo de acción
IgA secretoria y algunas otras inmunoglobulinas	Anticuerpos de protección en el tracto respiratorio y digestivo
Factor antiestafilocócico	Inhibe el desarrollo del germen
Leucocitos y otras células	Fagocitosis Producción de IgA, C-4, C-3 Lisozima, lactoferrina
Complemento C-3, C-4	El factor C-3 posee acción opsonizante, quimio-tóxica y anafilatóxica
Lactoferrina	Mata a los microorganismos por medio de la acción quelante del hierro
Lisozima	Destruye la pared celular
Lactoperoxidasa + H ₂ O ₂	Destruye el estreptococo
+ Factor de crecimiento del lactobacilo bífido	Interfiere en la colonización del intestino por gérmenes patógenos

FUENTE: Tomado de Goldman, A.S. y Smith, Smith, C.W. J. Pediat. 82: 1082, 1973.

señalan la presencia de anticuerpos en el calostro o en la leche, contra un gran número de microorganismos, entre los cuales se encuentran: *Escherichia coli* enteropatógena; *Salmonella* sp; *Shigella* sp; *Bacilo tetánico*; *Diplococcus pneumonie*; *Hemophilus pertussis*; *Corynebacterium Diptheriae*; Poliovirus 1, 2, 3; Coxackie B1, B5, B9; Virus *ECHO* 6 y 9; Virus de la influenza.

Asimismo, se ha informado que la leche humana inhibe el crecimiento *in vitro* de los virus de la parotiditis, de la encefalitis B japonesa y de la vaccina. Hasta el momento se desconoce si esta inhibición se debe a los anticuerpos o a otros factores, ya mencionados en esta mesa.

Parece ser que la acción de los anticuerpos en la leche humana este limitada al efecto local protector de la IgA secretoria en el tracto del neonato. Este concepto es:

a) Los anticuerpos en la leche humana son más resistentes a la digestión ácida y a la pepsina que los anticuerpos del suero.

b) La IgA del calostro es intrínsecamente resistente a la digestión triptica.

c) En la leche humana se encuentra durante los primeros 5 días post-parto, un inhibidor de la tripsina y,

d) La IgA del calostro se une a la tripsina —y en un grado menor a la quimotripsina— en tanto que no sucede lo mismo con la IgA del suero.

La concentración de inmunoglobulinas en el calostro se hacen ver en el cuadro 2.

En relación a la forma de acción de la IgA secretoria del calostro y la leche humana, ha quedado demostrado que estos anticuerpos cubren y aglutinan a los microorganismos, previniendo así que estos se adhieran a las membranas mucosas.

Cuadro 2 Concentración de inmunoglobulinas en el calostro humano (mg/ml).

Días post-parto	IgA	IgG	IgM
Primero	6.00	0.80	1.25
Segundo	2.60	0.45	0.65
Tercero	2.00	0.30	0.58
Cuarto	0.80	0.16	0.30

FUENTE: Tomado de Michael, J. G. y cols. J. Infect. Dis. 124: 445, 1971.

Además, en unión de la lisozima, los anticuerpos de la IgA secretoria parecen mediar el efecto bactericida contra *E. coli* al parecer también aumentan la potencia del efecto bacteriológico de la lactoferrina sobre la *E. coli*.

Otro factor inmunológico importante esta dado por la presencia de células o cuerpos celulares en el calostro como: células epiteliales, linfocitos, neutrófilos y eosinófilos.

La mitad de los leucocitos del calostro, son leucocitos timodependientes, sensibles a la estimulación —*in vitro*— por fitohemaglutinina y concanavalina A. Estos leucocitos sintetizan IgA, aparentemente secretoria y los macrófagos son responsables de las fracciones C-3 y C-4 del completo, así como de la lactoferrina y lisozina que contiene el calostro.

nacidos alimentados al seno materno, se compone casi exclusivamente de *Lactobacillus bifidus*, en tanto que la flora intestinal de los recién nacidos alimentados con leche de vaca, es de tipo mixto. La diferencia parece deberse

a la presencia en la leche humana de un factor que promueve el crecimiento del *L. bifidus*. Este germen metaboliza muchos azúcares que producen grandes cantidades de ácido láctico y acético y pequeñas de ácido fórmico y succínico.

Debido a esta producción ácida el ph de las heces de los niños alimentados al seno es más bajo y esto, aunado a la presencia del bacilo, antagoniza con el crecimiento de ciertos microorganismos patógenos, evitando así episodios diarreicos.

Dr. Jurado García ¿Quisiera usted mismo, Dr. Cravioto, explicarnos qué datos se han obtenido con los estudios epidemiológicos sobre la morbimortalidad comparativa entre alimentados al seno y alimentados con leche de vaca?

Dr. Cravioto Un buen número de estudios tiende a demostrar que, en los medios altamente contaminados, en los cuales viven los segmentos socioeconómicos débiles, la supresión de la alimentación al seno se acompaña de ataques de diarrea cada vez más frecuentes y de mayor gravedad. La diarrea del destete, descrita por Gordon y col. (Amer. J. Med. Sci. 245: 345, 1963) constituye la sistematización de estos conocimientos.

Como se mencionó anteriormente, aun bajo condiciones mínimas de higiene, las infecciones por *Escherichia coli* y las shigelosis son poco frecuentes en los recién nacidos alimentados al seno.

En un pueblo del centro de la república

Larguía y col. señalan la prevención de la diarrea en prematuros con el empleo de calostro humano. Entre las enfermedades alérgicas se previene el eccema y probablemente: asma, rinitis, fiebre del heno y alergia intestinal. Cuando la madre no puede dar el seno o el bebé prehen-derlo se puede usar la "ordeña" que puede ser manual o por medios mecánicos.

El pH de las heces de los niños alimentados al seno es más bajo y la presencia del *L. Bifidus* evitan episodios diarreicos. En los medios altamente contaminados, la supresión de la alimentación materna (diarrea del destete) condiciona ataques diarreicos cada vez más frecuentes y graves. Diversos autores informaron haber controlado brotes epidémicos de diarrea con la administración de leche materna;

Dr. Jurado García

Dr. Cravioto, ¿qué nos puede usted señalar respecto a los estudios bacteriológicos que mencionó al principio de su respuesta?

Dr. Cravioto: Desde principios, de este siglo, se sabe que la flora intestinal de los recién

Mesa redonda

en el cual los recién nacidos se alimentan al seno materno, durante una epidemia de diarrea por *Shigella*, los ataques neonatales fueron leves y ninguno de los niños afectados requirió tratamiento específico ni hospitalización.

Dr. Jurado García Finalmente, Dr. Cravioto, usted mencionó la existencia de estudios clínicos que apoyan el concepto de que la leche humana confiere alguna protección al recién nacido contra las infecciones. ¿Cuales podría usted mencionar?

Dr. Cravioto Al respecto y para no cansar, solo mencionaré que algunos autores como Swirsky-Gross (Ann. Paedit. 180: 109, 1958) desde 1958 y más tarde Tasovatz y Kotsitoh (Ann. de Pédiatrie 8: 265, 1961) informaron haber logrado el control de brotes epidémicos de diarrea del recién nacido en cuneros afectados, mediante la administración de leche materna.

Por otro lado, Larguia y asociados (Arch. Argent. Pediatr. 72: 109, 1974) señalan haber alcanzado la prevención de la diarrea debida a *E. coli* o *Salmonella* en niños prematuros, mediante el empleo de calostro humano a la dosis de 5 ml/Kg/día.

Dr. Jurado García ¿Qué enfermedades alérgicas ha sido posible prevenir en el recién nacido mediante el uso de la leche materna?

Dr. García Cazares De manera establecida: eccema. De manera muy sugerente: asma, rinitis alérgica, fiebre de heno y alergia intestinal.

Dr. Jurado García Estando dada la enorme importancia de que el recién nacido de la especie humana reciba los beneficios del calostro —cuando menos— y tomando en cuenta algunos casos en que la madre no puede dar el seno o el bebé no puede prenderlo, se ha señalado la conveniencia de la “ordeña” para que la secreción así obtenida se de al recién nacido mediante la técnica de alimentación adecuada. ¿Qué se puede señalar con respecto a la ordeña en sí?

Dr. Rocha Valencia La “ordeña” o ex-

tracción de leche del seno materno puede hacerse de dos modos:

1. Manual
2. Por medios mecánicos

1. Extracción manual. En este caso, que es más productivo cuando se lleva a cabo una vez que ha sido previamente establecida la lactancia, hay que empezar por que la madre se asee cuidadosamente manos y senos y enseguida, se aplique masaje sobre ambas mamas del modo descrito al inicio de esta mesa, y después, mediante compresión gentil pero firme de la areola entre los dedos índice y pulgar de la mano opuesta al seno ordeña-, do extraiga el contenido de la glándula; la fuerza que extrae la leche es la presión de la glándula contra la pared torácica y no el masaje o deslizamiento de los dedos. Por cierto, hay que cambiar la posición de los dedos alrededor de la areola para asegurarse que toda el área sea sujeta a compresión.

Hay que prevenir a la madre de que, cuando se esté ordeñando un seno, tenga la precaución de colocar un recipiente colector abajo del pezón del otro seno, ya que la extracción puede estimular la salida de leche de la otra glándula mamaria.

2. Extracción por medios mecánicos. Existen varios tipos de “tira leche” o bombas para facilitar el proceso y se pueden agru-

La extracción manual empieza por aseo cuidadoso de manos y senos y luego masaje y compresión de la areola colocando un recipiente bajo cada mama. La extracción mecánica implica el uso de bombas manuales o eléctricas. De las manuales se usan el “tira leche” y la bomba Loyd B. Las bombas eléctricas simulan la succión ejercida por el bebé, tiene dos fases: corta y larga y forma anatómica que “pesca” el pezón. Se empieza por el aseo cuidadoso y la colocación de la copa centrando la aerola y ubicando el pezón; se bombea evitando molestias. Al principio la cantidad de leche obtenida suele ser pequeña y el médico y la enfermera deben indicar a la madre que esto es un éxito. La producción de leche varía diariamente, si cesa hay que resolver el problema con la colaboración materna, a veces se necesita apoyo psicológico.

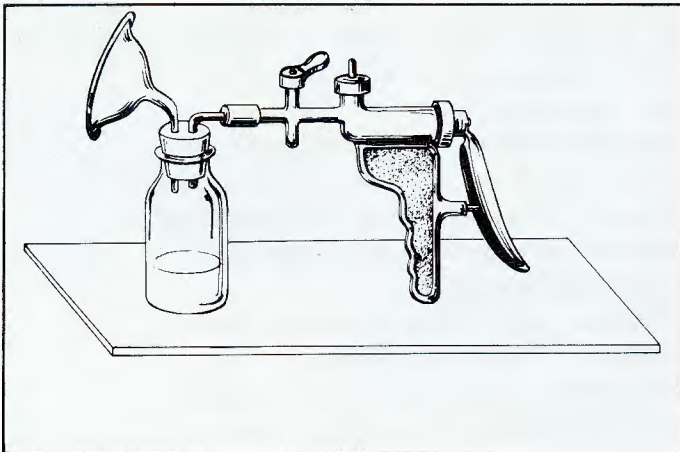


Fig. 4. Bomba para extracción de leche tipo Loyd's B.

par en manuales y eléctricas.

Con respecto a los manuales, es común el conocido como "tira leche", de fácil adquisición y uso, o bien, la bomba "loyd-B" un poco más complicada (vease figura 4). En ambos casos, el equipo es de fácil esterilización.

Las bombas eléctricas están idseñalas para simular la succión ejercida por el bebé. Poseen una fase corta de succión, de rápida suspensión y una fase relativamente larga de reposo con una presión positiva ligera. La copa de vidrio se adapta a la forma anatómica del seno y "pesca" completamente al pezón.

Como en el caso de la extracción manual y una vez seguros de que el equipo a usar esta debidamente esterilizado, el proceso se inicia con:

- a) Aseo meticuloso de los senos y manos de la madre.
- b) Uso de un poco de agua residual sobre el área del seno donde se va a aplicar la copa del aparato para evitar la molesta sensación de pellizco que produce el vacío sobre la piel del seno.
- c) Colocación cuidadosa de la copa de vidrio sobre el área, procurando centrar la areola y que el pezón quede bien ubicado.
- d) Bombeo lento en el caso de la bomba manual y graduando la presión negativa en el caso de la bomba eléctrica a manera de evitar sensaciones molestas.

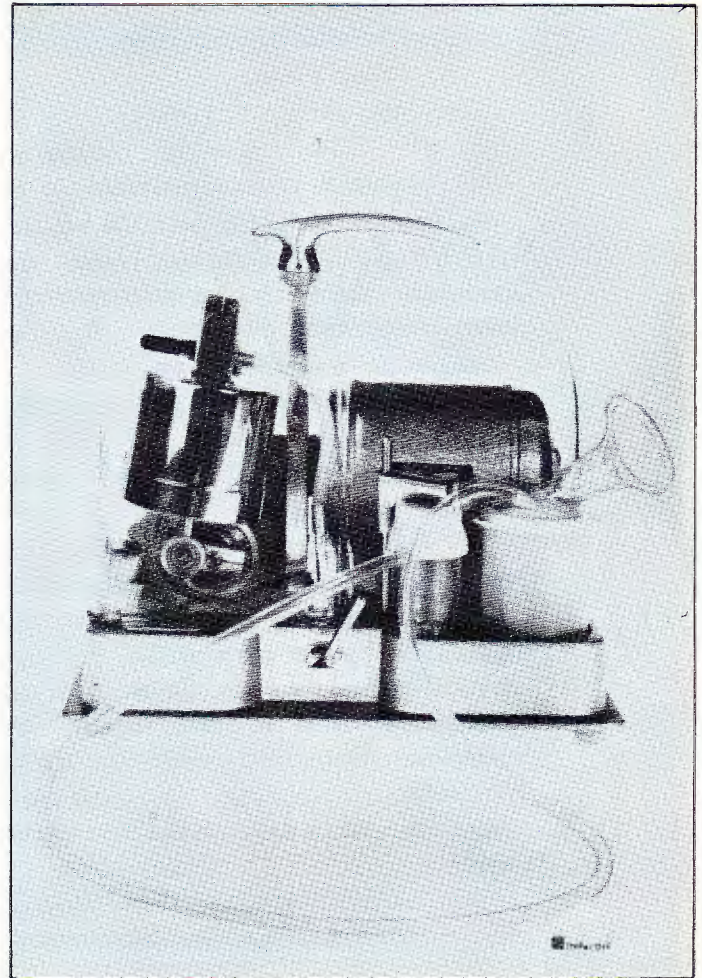


Fig. 5. Bomba eléctrica de Egnell.

e) Si hay incomodidad alguna, habrá que quitar el vacío y proceder de nuevo hasta lograr la ordeña sin molestias.

Dr. Jurado García ¿Podrían decirme algo acerca de las cantidades que se pueden obtener?

Dra. Martínez Martínez Al principio, cuando la madre se comienza a ordeñar sus senos, la cantidad de calostro o leche en su caso, puede ser muy pequeña. El ver salir solo unas cuantas gotas después de tanto esfuerzo, puede ser, y habitualmente lo es, frustrante y causa de desánimo para la madre. Es necesario, por lo tanto, que el médico, la enfermera o la instructora sean lo suficientemente convincentes para indicarle a la madre que esto era de esperarse y que la salida de unas cuantas gotas, la primera vez, es en sí un éxito.

Mesa redonda

Hay que estar conscientes de que la madre en estas circunstancias ha menester de apoyo y constante aliento.

Conforme aumenta la frecuencia y duración del bombeo, igualmente aumenta en forma gradual la cantidad obtenida.

La producción de leche varía día con día, pero hay que estar alertas si se observa una declinación rápida en la cosecha, pues ello puede ser indicador de a) Intensa actividad física, o b) Gran tensión emocional.

En esos casos hay que proceder concomitantemente con la madre para quitar el problema y volver a obtener mejor rendimiento.

Me parece importante dejar señalado que la confianza de la madre en el procedimiento es fundamental y que quizás habrá que informarles que a través de la "ordeña", muchas madres han logrado mantener su producción láctea mientras su hijo, un prematuro enfermo, ha permanecido en la incubadora, incapacitado para succionar, hasta que éste es dado de alta y lo puede hacer.

Conviene, y a veces es indispensable, el apoyo de una psicóloga capacitada al efecto.

Casi siempre es erróneo el destete en niños ictericos ya que el esteroide que inhibe la glucoroniltransferasa, es poco frecuente en la leche materna. En tales casos se recomienda la fototerapia. La mujer que está lactando no está totalmente protegida contra un probable embarazo ya que aún sin menstruación puede ovular. La duración de la lactancia es controversial e intervienen múltiples factores, en el DIF se recomienda de 6 a 9 meses. Desde el mes de edad se recomiendan otros alimentos semisólidos o líquidos para que el niño se acostumbre a sabores, consistencia, olores y sociabilización. Las madres egresadas del Insti-

Dr. Jurado García

Algunos médicos, pediatras incluso, aconsejan el destetar a recién nacidos cuando estos acusan ictericia manifiesta. ¿Es esto correcto?

Dr. García Caza-res: Tal conducta, la más de las veces errónea, se basa en que hace más de 15 años, se reportó por Arias I.M. y cols. (J. Clin. Invest. 43: 2037, 1964) y por Gartner y cols. (J. Pediat. 68:54,

1966) la existencia de un síndrome en el cual algunos niños alimentados al seno desarrollaron hiperbilirrubinemia acentuada a partir del 4o. ó 5o. día de la vida con acné entre el 10o. ó 15o. día alcanzando valores "riesgosos" de 20 ó más mg/100 ml en sangre circulante.

Dichos niveles descendieron rápidamente cuando se destetó a los bebés. La causa es la presencia de un esteroide, el 5β -pregnan- $3-\alpha$, $20-\beta$ -di-ol en la leche, compuesto que inhibe la acción de la enzima hepática glucuroniltransferasa, responsable de la catálisis de la conjugación de la bilirrubina con el ácido glucurónico para su detoxificación, transformándola en un compuesto más polar o hidrosoluble que se excreta por la bilis.

Sin embargo, tal compuesto no esta presente en todas las madres y solo parece afectar a ciertos grupos raciales. En todo caso, su frecuencia es de 1 en 200, según Gartner y de sólo 1 en 13,102 recién nacidos consecutivos, según Drew (J. Hum. Nurt. 3: 53, 1978).

La conducta no es, pues, lógica y por ahora no hay estudios serios en México que la fundamenten. Lo que se recomienda en tales casos es la fototerapia.

Dr. Jurado García Se señala que mientras una madre está lactando a su hijo al seno, no se embaraza. ¿Qué hay de cierto en ello?

Dra. Martínez Martínez La posibilidad de un embarazo está dada por la presencia de un óvulo susceptible de ser fecundado por un espermatozoide. Así las cosas, me parece que la mejor respuesta a su pregunta es el estudio de Pérez A. y col. (Am. J. Obstet. de Gynecol. 114: 1041, 1972).

Dichos autores estudiaron prospectivamente 200 mujeres, mediante biopsia endometrial, temperatura basal, citología vaginal y los caracteres del moco cervical, para detectar la primera ovulación post-parto.

En el cuadro 3, se da cuenta de la primera ovulación, de la primera menstruación y de el estado de lactancia.

tuto siguen la influencia del medio y, al mes solo el 60% lactan.

Cuadro 3 Influencia de la lactancia sobre la aparición de la primera ovulación post-parto.

Lactancia y primera ovulación	Día post-parto del 1er. sangrado			
	0-29	30-59	60 y más	Total
Seno materno total	—	8	19	27
No. de casos	—	0	58	41
% C/ovulación	—	7	38	45
Parcialmente al seno	—	29	79	75
No. de casos	—	18	80	98
% C/ovulación	—	83	93	91

FUENTE: Pérez, A. y col. AM. J. Obstet. Y Gyn. 114: 1041, 1967.

Lo importante de estas observaciones, es dejar bien sentado que, la mujer que esta lactando, no puede considerarse totalmente protegida contra un probable embarazo, ya que incluso sin menstruación previa puede ovular y por ende, entrar en la categoría de riesgo de embarazarse.

Dr. Jurado García ¿Por cuánto tiempo se debe mantener la lactancia?

Dr. Rocha Valencia Este es un tema muy controversial y, además, suelen intervenir factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales, nutricionales, hábitos, etc., que no permiten establecer un patrón. Hay madres que ablactan a las pocas semanas y otras que más allá del año de edad, aún continúan dando el seno a su hijo.

En el Instituto Nacional de Perinatología, DIF, se recomienda que dure alrededor de 6 a 9 meses, aclarando que esta duración no es impedimento para que desde el mes de edad el niño empiece a tomar otros alimentos, semisólidos o líquidos que le introduzcan en el campo de las consistencias, sabores, olores y sociabilización.

Por cierto, que habrá que mencionar que el Dr. Guillermo Armijo Steffen, pediatría

adscrito al Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología, ha revisado la experiencia del instituto de cuanto al número de madres que alimentan a su hijo al seno o no y, en los primeros 1000 casos, ha encontrado los porcentajes mostrados en el cuadro 4.

Los casos en que se indicó leche maternizada en vez de seno materno fueron: 6 casos de ingestión de drogas por la madre, que contraindicaron el seno materno. 5 casos de estado crítico materno. 3 casos de patología cardiopulmonar.

Finalmente, deseo informar que las madres que egresan del instituto, no escapan a

Cuadro 4

Seno materno	90.9%
Alimentación mixta	7.7%
Leche maternizada	1.4%
Total	100.0%

FUENTE: Armijo, S., G. Datos no publicados del Servicio de Alojamiento Conjunto.

Mesa redonda (concluye)

la nociva influencia del medio actual y al mes de edad el porcentaje de madres que lactan, desciende al 60%.

Recomendaciones para ampliar los conceptos vertidos en la mesa redonda:

Lawrence, R.A.: "Breast feeding. A guide for the medical profession". The C.V. Mosby Company St. Louis-Toronto-London 1980. (367 páginas, 110 ilustraciones, 19 capítulos, todos con buen número de referencias bibliográficas).

Lawrence, R.A.: Coordinadora. 11a. mesa redonda patrocinada por los Laboratorios Ross sobre problemas pediátricos comunes, intitulada "Counseling the mother on breast feeding" con la participación de 27 expertos en la

materia. Ross Laboratories. 1980.

Cravioto, J. y Arrieta Milan, R.: Leche humana y algunos factores de la resistencia contra las infecciones. Gaceta Med. Méx. 116: 295-305, 1980. (Excelente revisión sobre aspectos inmunológicos, epidemiológicos y bacteriológicos de la leche humana. 92 referencias bibliográficas).

Wolcott Choi, M.: Breast milk for infants who can't breast feed. Am. J. Neurs. 852-855, 1978. (Buena descripción de la técnica para la ordeña y manejo del calostro y leche humana para alimentar prematuros).

Capurro, W.: "Epoca y causa del destete", publicación 807 del Centro Latino-americano de Perinatología y Desarrollo Humanos. (CLAP-OPS/OMS) Montevideo, Uruguay. Trabajo presentado en el "Seminario regional sobre estímulo al aleitamento materno", en Recife, Brasil. Febrero de 1979.