

Artículos de revisión

Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". Servicio de Infectología

LAS INFECCIONES: ¿UN MOTIVO PARA SUSPENDER LA LACTANCIA?

Dr. Juan Carlos Velázquez Acosta¹

RESUMEN

En el contexto de las entidades infecciosas que afectan a la madre y el niño se hace un análisis de los diferentes aspectos que relacionan a la lactancia materna y la infección. Se aborda la prevención de infecciones, la transmisión de infecciones crónicas maternas, así como la repercusión de los cuadros agudos infecciosos de la madre y el niño sobre la mantención del amamantamiento. Se hacen recomendaciones sobre los antibióticos más seguros.

Descriptor DeCS: INFECCIONES; LACTANCIA MATERNA.

A pesar de la amplia discusión que ha tenido el tema de la lactancia materna en los últimos años tanto en la esfera internacional como en Cuba, aún persisten muchos errores y mitos en relación con el binomio: lactancia-infección.^{1,2}

Es precisamente durante el primer mes de vida del recién nacido (RN), en que tanto la madre como el niño están más expuestos a las enfermedades infecciosas de mayor o

menor gravedad, con destaque de la sepsis entre ellas.³⁻⁷

El manejo inadecuado de estas entidades conspira con frecuencia, con la permanencia de la leche materna como única e imprescindible opción alimentaria en etapa tan crucial de la vida.⁸

Existen diferentes aristas en la relación infección-lactancia,^{9,10} y no todas han sido abordadas con la suficiente profundidad.

¹ Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Infectología. Asistente de la Facultad "Enrique Cabrera". Jefe del Servicio de Infectología.

Con el ánimo de hacer énfasis por separado en cada uno de estos aspectos, hemos dividido el tema como sigue:

- Prevención de infecciones en el RN.
- Transmisión de infecciones al RN.
- RN con infección aguda.
- Madre con infección aguda.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL RECIÉN NACIDO

Este es el aspecto más reconocido y existe acuerdo general en la protección que ofrece, tanto por la idoneidad nutritiva como por sus características fisicoquímicas, pero sobre todo por la protección inmunológica que confiere la leche humana.

Esta protección está dada fundamentalmente, por la presencia de leucocitos, sobre todo en el calostro. De ellos alrededor del 90 % son macrófagos, y conservan sus funciones en la luz intestinal del RN, tales como fagocitos, mediada o no por anticuerpos y moléculas del sistema de complemento.¹¹

Existe también un grupo amplio de factores humorales como: inmunoglobulinas, en particular IgA secretoria, factor bífido, factor de resistencia al estafilococo, lisozima, lactoferrina, interferón, complemento, gangliósidos e interleuquinas, que interactúan en los procesos de respuesta inmune contra la infección.²

Es notable la protección dinámica que le ofrece la madre al lactante a través del tejido linfático asociado con las mucosas (TLAM), que permite modificar la producción de Ac de forma cualitativa en dependencia de la experiencia antigénica en cada momento.²

Sin embargo, el beneficio no sólo se limita a impedir la infección, sino que la presencia de sustancias antiinflamatorias y antioxidantes probablemente modulen o

disminuyan los efectos secundarios a la migración leucocitaria y peroxidación lipídica, para contribuir entonces a disminuir al máximo la sintomatología en caso de que se produzca agresión por agentes patógenos.

La enumeración de todos estos elementos podría hacer pensar que la leche materna desempeña un papel sustitutivo o de transferencia pasiva de inmunidad, pero se ha comprobado que no sólo aporta, sino que también estimula la inmunidad propia y contribuye a su maduración.^{2,9,11}

Los beneficios en cuanto a la prevención son tan evidentes, que generalmente por falta de certeza de las ganancias que la lactancia materna ofrece no se suspende esta. Son otros los factores que influyen en su fracaso y están relacionados generalmente con el manejo de las entidades que a continuación mencionamos.

TRANSMISIÓN DE INFECCIONES AL RECIÉN NACIDO

Son varias las entidades que tienen posibilidades de transmitirse por la lactancia, ya sea por la presencia del agente infectante en la leche, o porque el contacto estrecho con la madre lo facilite. No obstante, de aquellas susceptibles de ser transmitidas, sólo un número muy reducido puede llegar a producir enfermedad.

La tuberculosis materna, en caso de que la madre sea bacilífera, podría ser infectante. Sin embargo no se justifica la privación al niño de su leche, puesto que se le puede ofrecer al proteger a la madre con mascarilla o extrayéndosela y administrándosela al niño posteriormente. En casos extremos se podría hacer una suspensión temporal hasta tanto la madre tenga una baciloscopia negativa.¹²

Las hepatitis no constituyen hoy día una contraindicación absoluta. En el caso de la hepatitis tipo B, se debe garantizar un manejo adecuado del periparto, para evitar

la transmisión por restos de sangre al RN, lo que constituye la medida preventiva más importante.¹³ Si se administra además la gammaglobulina hiperinmune, y el esquema de vacunación correspondiente, las posibilidades de transmisión son prácticamente nulas y no se justifica la suspensión de la lactancia.^{2,13,14}

Las infecciones maternas por Citomegalovirus (CMV) no constituyen un peligro para el amamantamiento de sus hijos. Lo que sí se debe tener en cuenta es no darle leche de una madre infectada a un pretérmino hijo de madre seronegativa para el CMV.²

Dentro de las infecciones crónicas la única contraindicación absoluta para la lactancia la constituye la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Está plenamente comprobada la presencia del virus en la secreción láctea y la infectividad de él, y es responsable de una parte importante de la transmisión perinatal.¹⁵⁻¹⁸

RECIÉN NACIDO CON INFECCIÓN AGUDA

No existe enfermedad infecciosa que justifique la suspensión del amamantamiento. En el caso del niño gravemente enfermo que no pueda o no sea recomendable que succione, mientras tenga peristalsis intestinal útil debe tomar leche materna por sonda nasogástrica.^{19,20}

Es tal el beneficio en el paciente críticamente enfermo, particularmente en aquéllos que padecen una sepsis, que aún cuando estén fuera de la etapa habitual de la lactancia, se recomienda iniciar la vía oral con leche humana. Sus propiedades antiinflamatorias, profiláctica de la translocación intestinal, reguladora de la osmolaridad y la flora intestinal, así como sus propiedades reparadoras la hacen ideal para esta función. Por ello su uso en las salas de atención al crítico, se extiende cada día más.^{3,21,22}

Existen algunas condiciones en el niño como las lesiones en la mucosa oral y labial por herpes simple, que por protección materna es recomendable suspender el amamantamiento por unos días, hasta que las lesiones no estén activas y mientras tanto se alimenta con la leche extraída de su madre ofrecida por vaso o cuchara.

MADRE CON INFECCIÓN AGUDA

Constituye éste un argumento para la suspensión injustificada y frecuente de la lactancia por diversos motivos. Se esgrime la protección del niño como el elemento principal. A veces somos capaces de privarlo de la leche humana y sin embargo, no le ponemos una mascarilla a la madre o a otros familiares, y son entidades de transmisión aérea. Otras veces fundamentamos la suspensión en los posibles efectos del medicamento administrado a la madre, cuando hemos podido indicar otro tratamiento más adecuado.^{22,23}

En la madre que lacta, junto a las infecciones respiratorias agudas y las infecciones de la herida, se destacan la congestión mamaria y la mastitis como las principales causas de fiebre, pero ninguna constituye una contraindicación para lactar.

De particular importancia, por lo sintomática y la alta relación que tiene la mastitis con la suspensión de la alimentación al pecho materno, vale la pena hacer algunas consideraciones.

Existen 2 tipos de mastitis, la epidémica que se observa en las maternidades y debido a las medidas de prevención de la infección intrahospitalarias se mantiene controlada, y la esporádica que es característica de la comunidad y se relaciona con mala técnica de amamantamiento.^{24,25}

La mastitis esporádica se puede observar hasta en el 5 % de las madres que lactan y es producida por un estafilococo, generalmente el *Staphylococcus aureus*. La medida más importante para evitar la

formación de un absceso que por demás es frecuente, es el vaciamiento y descongestión de la mama, además de la antibiocioterapia. Aun en estos casos no está contraindicada la lactancia, y es precisamente el niño el mejor descongestionante de la mama afectada. Solo en aquellos casos en que se obtenga pus a la succión, o que la piel esté francamente lacerada se justificaría de forma transitoria y sólo en esa mama la suspensión de la lactancia.²⁵

En aquellas infecciones herpéticas en que existan lesiones vesiculosas que afecten el pezón, se tomará igual conducta. La fiebre no constituye un elemento que contraindique la alimentación por leche humana.^{2,26}

Ya hemos visto que la enfermedad en sí no proscribiera la lactancia, pero el uso inadecuado de antibióticos y la existencia de falsos conceptos alrededor de esto sí son los responsables de una buena parte de los fracasos.

El paso a través de las glándulas mamarias de ciertos fármacos al niño, está regulado por un grupo de factores que se deben conocer y tener en cuenta a la hora de administrar cualquier medicamento, particularmente los antibióticos. El momento de la administración, la vía, el número de dosis, cuantía de ésta y las características fisicoquímicas del producto destacan entre ellos.^{25,27}

Existe en la actualidad una amplia gama de medicamentos reconocidos como

seguros. Se caracterizan por tener poco paso a la leche o no alcanzar concentraciones tóxicas en el lactante; esto último porque no atraviesan o lo hacen en poca magnitud la pared intestinal o bien porque pueden ser metabolizados por el organismo del niño.

Los grupos de antibióticos que se consideran en general seguros son los betalactámicos (penicilinas y cefalosporinas), los aminoglucósidos, los macrólidos y las tetraciclinas, estas últimas forman complejos inabsorbibles con la leche.²⁸

Si tomamos en cuenta la gama de posibles agentes infecciosos en la madre y la enfrentamos al espectro que cubren las representantes de los grupos mencionados, resulta evidente que entre betalactámicos, aminoglucósidos y macrólidos se cubren con creces todas las posibilidades terapéuticas. No es necesario entonces la utilización de antibióticos que estén contraindicados durante la lactancia, como sulfamidas, ácido nalidíxico, nitrofurantóinas, cloranfenicol, inhibidores de la girasa.²⁸

Resulta evidente que no son precisamente las infecciones y los problemas que de ellas derivan, justificaciones aceptables para la suspensión de la lactancia. Todo lo contrario, la profundización en el conocimiento de estas entidades corrobora la necesidad de la mantención de la lactancia materna como la piedra angular de la protección contra las infecciones en las edades tempranas de la vida.

SUMMARY

In the context of infectious entities affecting the mother and the child, an analysis is made of the different aspects that relate breast feeding to infection. The prevention of diseases, the transmission of chronic maternal infections, as well as the repercussion of the acute infectious pictures of the mother and the child on the maintenance of breast feeding are approached here. Recommendations on the safest antibiotics are made.

Subject headings: INFECTION; BREAST FEEDING.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frisari P. Alimentación durante el primer año de vida. *Pediatr Act* 1997;1(10):5-6.
2. Valdés V, Pugin E. Lactancia materna. En: Meneghello JR, Fanta N, Paris EM, Puga TF. *Pediatría*. 5 ed. Madrid:Panamericana;1997:295-305.
3. Fiser R, Darville T. Systemic inflammatory response syndrome. *En: Levin DL. Essential of pediatric intensive*. New York:Churchill Livingstone;1997:266-79.
4. Marsh C. The pathogenesis of sepsis. *Clin Chest Med* 1996;17(2):18-97.
5. Meadow, Rudinsky B. Inflammatory mediators and neonatal sepsis. *Clin Perinatol* 1995;22(2):519-36.
6. Astiz M, Saha D, Lustbader D, Lin R, Rackow E. Monocyte response to bacterial toxins, expression of cell surface receptors, and release of anti-inflammatory cytokines during sepsis. *J Lab Clin Med* 1996;128(6):594-600.
7. Klein J. Infecciones del RN. *En: Sanford J, Tyrrell D, Weller T, Wolff S. Infecciones obstétricas y perinatales*. 1ª ed. Madrid:Mosby/Doyma Libros; 1994:339-50.
8. Aliño M. Lactancia materna en Cuba. UNICEF-MINSAP. Ciudad de La Habana, 1997:7-12.
9. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession, 4 ed. Saint Louis:Mostby Year Book;1994:180-233.
10. Colón AR. Nutrition. *En: Mohsen Z. Pediatrics*. 4 ed. Boston:Little Brown;1990:117-23.
11. Castellanos-Cruz C, Fortinos S. Leche humana propiedades inmunológicas y antimicrobianas. *Perinatol Reprod Hum* 1990;4(1):32-7.
12. Victoria C. Factores de riesgo en las IRA bajas. *En: Benguigui Y, Antuñano F, Schmunis G, Yunes J. Infecciones respiratorias en niños*. Washington DC:OPS-OMS 1997:45-57.
13. Arnot R. The evolving efforts to control hepatitis B virus. *Ped Infect Dis J* 1998;17(7):s26-30.
14. centers for Disease Control and Prevention. Program to prevent perinatal hepatitis B virus transmission in a health-maintenance organization-Northern California, 1990-1995. *MMWR* 1997;46(17):378-9.
15. Darío R. Mecanismos de transmisión y factores de riesgo infección por VIH. *En: Velázquez G, darío R. SIDA enfoque integral*. 2 ed. Medellín:CIB;1996:41-7.
16. Blakem, Rogers M. Epidemiology of pediatric HIV infection. *Pediatr Clin North Am* 1991;38(1):1-16.
17. Lepage L. Care of HIV-infected children in developing countries. *Ped Infect Dis J* 1998;17(7):581-6.
18. Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Situación del SIDA en México. *Enf Infec Microb* 1996;16(2):103-10.
19. Bone R. Sepsis, sepsis syndrome and the systemic inflammatory response. *JAMA* 1995;273(2):155-6.
20. Williams G, Toro-Figueroa L. Multiple organ system failure: a continuum of multiple organ dysfunction syndrome. *En: Levin DL. Essential of pediatric intensive care*. New York:Churchill Livingstone;1997:302-12.
21. Bone R. Sepsis and its complications: the clinical problem. *Crit Care Med* 1994;22(7):S8-11.
22. Gómez-Jimenez J, Salgado A. Sepsis: un asunto pendiente para el siglo XXI. *Med CLin Barc* 1995;105(8):304-7.
23. Carvalho M, Brancroft C, Muxi C, Canahuati J. Lactancia materna. *En: Benguigui Y, Land S, Paganini J, Yunes J. Acciones de salud materno infantil a nivel local*. Washington DC:OPS,1996:247-63.
24. Vega O. Infecciones por estafilococos. *En: Vélez H, Barrero J, Rojas W. Enfermedades infecciones*. 5 ed. Medellín:CIB;1996:356-63.
25. Glover D. Mastitis y concentraciones de antibióticos en la leche materna. *En: Sanford J, Tyrrell D, Weller T, Wolff S. Infecciones obstétricas y perinatales*. 1 ed. Mosby/Doyma Libros, Madrid: 1994:86-95.
26. Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Text book of pediatric. 15 ed. WB Saunders, Philadelphia: 1996:151-6.
27. Paris E. Diagnóstico, tratamiento general y prevención de las intoxicaciones. *En: Meneghello JR, Fanta EN, Paris EM, Puga TF. Pediatría* 5 ed. Panamericana, Madrid: 1997:2643.
28. Harms D, Scharf J. Farmacología clínica. *En: Memorix pediatría*. Pev-Iatros. Barcelona: ed LTDA;1997:525.

Recibido: 17 de septiembre de 1998. Aprobado: 12 de octubre de 1998.

Dr. Juan Carlos Velázquez Acosta. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler», calle 100 y Perla, municipio Rancho Boyeros, Habana 8, Ciudad de La Habana, Cuba.