

# REFLUJO Y LACTANCIA MATERNA<sup>1</sup>

Maura Sesin<sup>2</sup> y Dr. Guillermo Franco del Río<sup>3</sup>

## ¿Qué es el reflujo?

Es el regreso de la leche o los alimentos del estómago al esófago debido a una alteración en la madurez del músculo, cardias, que controla este paso y que se encuentra localizado en la unión del esófago y el estómago. En los adultos esta condición generalmente causa agruras y otros síntomas. En los niños es frecuente encontrar vómito, dolor, irritabilidad, malestar al dormir, sueño intranquilo y en casos avanzados, anemia, pérdida de peso y a veces neumonía. Es importante hacer una diferencia clara entre lo que es:

- El reflujo simple
- La enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Los médicos hemos sobrediagnosticado a los pacientes con enfermedad por reflujo y los hemos confundido frecuentemente con aquellos pacientes que presentan reflujo simple, por lo que hay que reconocer Claramente estas dos condiciones:

El reflujo simple: éste no es un problema médico y se caracteriza porque los niños regurgitan un poco; sin embargo comen bien, duermen bien, crecen bien y no hay ningún cambio en el patrón de sus ciclos comida, sueño y vigilia. Este no es un problema de salud, mas bien es un

problema de lavandería y no requiere mas que recomendaciones y consejos generales para evitar angustia y mala información que pudiera llevar a la suspensión de la lactancia materna debido a que las mamá pudieran creer que su leche le hace daño al bebé, o porque a veces piensa el médico que se trata de otra condición en donde si existe patología.

En la enfermedad por reflujo se presenta una lesión esofágica y pueden observarse una o mas de las siguientes patologías: anemia, sangrado, bajo peso, desnutrición, problemas respiratorios y alteraciones en los patrones vigilia-sueño. Esto es debido a la presencia de alimento y ácidos gástricos en el esófago, el niño vomita frecuentemente todo lo que toma, se trata de vómitos explosivos de mas de una o dos onzas de leche y se acompaña de dolor, malestar e incomodidad, llanto intenso y a veces evacuaciones oscuras o sanguinolentas. En estas condiciones si es necesario un estudio del bebé a fondo y una orientación cuidadosa a la madre para que aprenda a manejar el reflujo y los patrones de alimentación, pero sobretodo debemos hacer hincapié en que no debe suspenderse la lactancia materna o sustituirse por otras formulas que están muy de moda y que solo complican las cosas. Debemos manejar esta patología sin suspender la leche materna, un alimento invaluable para el bebe. Las

---

<sup>1</sup> Versión para internet publicada el 31-10-99 en <http://www.redmedica.com.mx/gfr/>

<sup>2</sup> Consultora y Especialista en Lactancia Materna. Directora de la Liga de la Leche de México. A.C.

<sup>3</sup> Médico Especialista en Pediatra y Neonatología e-mail: [gfr@redmedica.com.mx](mailto:gfr@redmedica.com.mx)

madres deben estar conscientes de que no se trata de que su leche le "cae" mal a su hijo o que existe intolerancia a su leche o que es demasiado líquida o "delgada" y que por eso la vomitan, también deben saber que se trata de un problema que se corrige básicamente con el tiempo, cuando el músculo que funciona como válvula entre el esófago y el estómago alcanza su madurez total. En ocasiones es necesario ayudar al bebé con medicamentos para corregir problemas serios o complicaciones asociadas al reflujo.

### **¿Que tan frecuente es?**

El reflujo simple se presenta en el 60-70% de todos los recién nacidos sanos. La enfermedad por reflujo se presenta aproximadamente en uno de cada 500 recién nacidos vivos.

### **¿Cómo se diagnostica?**

El diagnóstico es básicamente clínico ya que más del 70% de los pacientes presentan vómito, en el otro 30% de los casos puede pasar desapercibido y confundirse con otras patologías como asma o infecciones respiratorias. Aquellos pacientes con repercusiones en su estado nutricional o que no mejoran con el manejo conservador, que son mayores de seis meses y que continúan con este problema deben ser evaluados inicialmente con una serie esofagogastroduodenal con fluoroscopia para descartar malformaciones congénitas y corroborar la presencia del reflujo, si esto no es concluyente en el diagnóstico es recomendable hacer otro tipo de estudios de mayor complejidad.

### **¿Cómo beneficia la lactancia materna a los niños con reflujo?**

Los niños alimentados con leche materna toleran mejor los efectos del reflujo debido a que durante la alimentación los movimientos de la lengua favorecen movimientos peristálticos o de impulso a lo largo del tubo digestivo favoreciendo el movimiento del contenido alimenticio hacia el estómago y de ahí al intestino.

- La leche materna se digiere el doble de rápido que las fórmulas de vaca, soya o las espesadas. La caseína y beta lactoglobulina, proteínas presentes en la leche de vaca, retrasan el vaciamiento gástrico, y son de muy difícil digestión para el bebé.
- En general los niños alimentados con leche materna son colocados en una posición más sentada que los alimentados con fórmula y la gravedad ayuda a mantener la leche y el contenido gástrico ácido por debajo del esófago.
- La leche materna forma una capa protectora en las paredes del esófago ayudando a que los jugos gástricos que se regresan del estómago no lesionen tan severamente al esófago.
- El bebé se siente consolado en los brazos de su madre cuando amamanta al mismo tiempo que para él es sumamente placentero succionar de su pecho .
- La nutrición del bebé alimentado con leche materna es mejor debido a que el vaciamiento gástrico y la absorción de nutrientes es mucho más rápida.
- La madre que lógicamente se siente preocupada por el bienestar de su bebé sabe que al amamantarlo está haciendo lo mejor por él, lo que mejora su confianza en ella misma y la situación es más tolerable.

## ¿Cuál es el manejo del reflujo durante la lactancia materna?

Lo primero que tenemos que tratar es la angustia de los padres y calmar la ansiedad que se deriva del vomito, la sospecha de hipoalimentación, los trastornos del sueño, la irritabilidad y el llanto excesivo del lactante. Buena nutrición es fundamental ya que esto contribuye a una adecuada maduración y a un crecimiento y desarrollo satisfactorio. Esto quiere decir no suspender la lactancia materna.

- Es muy importante explicar la naturaleza del problema a los padres y hacerles notar que el reflujo simple se corrige solo al madurar por sí misma la función del cardias.
- Favorecer la expulsión de aire deglutido (eructos).
- Alimentación semisentada y evitar acostarlo en posición horizontal inmediatamente después de alimentarlo.
- Alimentación frecuente y en pequeñas cantidades, lo que es muy difícil realizar con fórmula. Al disminuir el volumen de leche se evita el regreso de la leche al esófago. Algunos bebés experimentan disminución del dolor ya que la leche materna tiene efecto antiácido. Durante las crisis de reflujo es conveniente colocar al bebé en posición semisentado y darle palmaditas en el pecho y en la espalda para favorecer el descenso de leche y ácidos gástricos hacia el estómago, evitando así aspiración a las vías respiratorias.
- Algunos niños aprenden que hay dolor después de ser alimentados, de modo que pueden rechazar la leche.

Algunas estrategias como alimentarlo mientras está dormido o semidormido, evitar distracciones, arrullarlo mientras lo amamantan, poner música suave, tocarlo, y acariciarlo, contribuyen a que el bebé continúe alimentándose y no rechace el pecho.

- La combinación de medicamentos como los procinéticos (aquellos que aumentan la fuerza del cardias, mejoran la eliminación de ácido del estómago y aceleran el vaciamiento gástrico), los antiácidos, los antiseoretos de ácido como la ranitidina, los nuevos bloqueadores de la bomba de ácido como el omeprazol y los protectores de la mucosa gástrica como el sucralfato, pueden contribuir a mejorar los síntomas de muchos pacientes.
- En ocasiones podemos ayudar a calmar el malestar del bebé corrigiendo la dieta de la mamá al disminuir el consumo de lácteos, cítricos, condimentos, irritantes, chocolate, bebidas que contienen cafeína y aguacate, entre otros. Debemos recalcar la importancia de una buena nutrición en la mujer que lacta por lo que se requiere de una orientación adecuada sobre su alimentación, recordando la importancia de consumir suficiente calcio.
- No se considera una buena estrategia espesar la leche materna con cereal de arroz, maíz y o avena, esto implica que la madre debe extraerse la leche y agregarle cereal para aumentar su viscosidad y dársela al bebé en biberón. Los inconvenientes de esto son:
  - No es fácil que una madre se extraiga la leche seis a ocho veces en 24 horas por tres o más meses, lo más

seguro es que se canse y termine dándole fórmula.

- Los bebés humanos no están listos antes de los seis meses para ser ablactados, la introducción temprana de otros alimentos además de la leche materna, puede traer como consecuencia intolerancias alimenticias o alergias.
- El bebé que se alimenta a través del biberón pierde el contacto íntimo piel con piel que tendría al succionar del pecho de su mamá, lo cual es un gran consuelo para él cuando siente dolor.

### ¿Cuál es el pronóstico?

El pronóstico del reflujo simple es excelente, ya que antes de 12 meses, casi el 100% de los niños han dejado de regurgitar y con frecuencia el problema se resuelve por sí mismo antes de los seis meses de vida. En términos generales el pronóstico de la enfermedad por reflujo es muy satisfactorio al final del primer año de vida. Esto depende en gran parte de que hayamos hecho un buen manejo nutricional y de la ausencia de complicaciones. Por lo general 1% de los niños continúa con síntomas al final del primer año de vida.

### Bibliografía

1. Ruth A. Lawrence, M.D. Breastfeeding, a guide for the medical profession.
2. La Leche League International: The Breastfeeding Answer Book.

3. Judith Lauwers: Counseling the nursing mother.
4. Jan Riordan: A Practical Guide for Breastfeeding.
5. La Liga Internacional de La Leche: El Arte Femenino de Amamantar.
6. Maureen Minchin: Breastfeeding Matters.
7. New Beginnings, Laura Barmby: Breastfeeding the Baby with Gastroesophageal Reflux. pp. 175-176.
8. Herbst JJ: Gastroesophageal reflux. J Pediatr 1981; 98:859-870.
9. Berquist WB, Rachelefsky GS, Kadden M: Gastroesophageal reflux-associated recurrent pneumonia and chronic asthma in children. Pediatrics 1981; 68:29-35.
10. Barret B, Rothstein FR: Barret's esophagus in children: A consequence of chronic gastroesophageal reflux. Gastroenterology 1984; 86:318-323.
11. Orenstein S. Prone positioning in infant gastroesophageal reflux: Is elevation of the head worth the trouble? J Pediatr 1990; 117:184-187.
12. Work Group of Breastfeeding, American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and use of human milk. Pediatrics 1997, 100:1035-1039.

Derechos Reservados © México 1999. Este documento no puede ser copiado o reproducido por cualquier medio sin la autorización expresa de los autores.