

# Complicaciones maternas que interfieren con la lactancia

## Maternal complications that interfere with breastfeeding

Carlos Cabrera Lozada

### RESUMEN

*La alimentación del ser humano debe iniciarse con la lactancia materna, innumerables son los beneficios que se describen en su práctica desde lo nutricional hasta lo psicoafectivo, sin embargo, hay algunas pocas condiciones maternas y neonatales que complican su práctica. El presente reporte desarrolla aquellas complicaciones maternas que pueden restringir la lactancia materna pudiendo ser temporales o definitivas. Enmarca las complicaciones inmediatas por la falta de información como aquellas patologías que la contraindican, culminando con las sustancias que pueden no ser beneficiosas para el neonato. Afortunadamente hay alternativas como los “bancos de leche” y las fórmulas lácteas que pudieran suplementar o complementar la alimentación bajo la estricta indicación de los médicos pediatras.*

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.13>

ORCID: 0000-0002-3133-5183

MD. PhD. Ms. Sci. en Bioética, especialista en obstetricia y ginecología. Adjunto a la Coordinación de Posgrado, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.  
E-mail: carloscabreralozada@gmail.com

Recibido: 16 de agosto 2021

Aceptado: 6 de septiembre 2021

**Palabras clave:** *Lactancia, complicaciones maternas, contraindicación, medicamentos.*

### SUMMARY

*The feeding of the human being must begin with breastfeeding, innumerable are the benefits that are described in its practice from the nutritional to the psycho-affective, however, there are a few maternal and neonatal conditions that complicate its practice. This report develops those maternal complications that can restrict breastfeeding and could be temporary or definitive. It frames the immediate complications due to the lack of information as well as those pathologies that contraindicate it, culminating with substances that may not be beneficial for the newborn. Fortunately, there are alternatives such as “milk banks” and milk formulas that could supplement or complement the diet under the strict indication of pediatric doctors.*

**Keywords:** *Lactation, maternal complications, contraindication, medications.*

### INTRODUCCIÓN

Si existe un período especial en la vida de todo ser humano, y fundamentalmente en la mujer, es el período de la lactancia materna, ya que se genera un vínculo particular entre la madre y el niño, que además de generar sensaciones y lazos

de afecto irrompibles para ambos, se adecua un eje fisiológico y hormonal irrepitible para uno y otro (1-3).

Las madres, sobre todo las primigestas, se pasean por una serie de nuevas sensaciones que surgen durante la lactancia deben aprender a sobrellevar y que exigen su buen estado de salud porque se generan una serie de problemas que deben ser resueltos sobre la marcha y cuanto antes para que sea una etapa placentera y sin temores, pues ante una enfermedad de cualquier tipo, la madre prefiere evitar la lactancia por temor a que algún medicamento le haga daño al recién nacido lactante, o es posible que, aunque la madre esté sana, se encuentren complicaciones asociadas a la lactancia con mayor frecuencia, las cuales varían en mayor o menor escala de gravedad y que obligan en la mayoría de los casos a evitar la lactancia en forma temporal o definitiva (1-3).

Dichas complicaciones, fundamentalmente ocurridas en la zona de la mama o en áreas cercanas, son el pezón plano o invertido, dolor en el pezón por grietas o erosiones relacionados con el exceso en el tiempo de lactar y que conlleva a suministro inadecuado de la cantidad de leche, ingurgitación vascular mamaria, infecciones que generan mastitis uni o bilateral que requieren evitar la lactancia hasta la resolución de la enfermedad, sobre todo, en el caso de infecciones maternas al momento de la lactancia, ya que es necesario caracterizar una relación dosis-respuesta entre la cantidad de microorganismos presentes en la leche materna, la frecuencia de transmisión y el grado de gravedad de la infección en el niño (1-3).

Es imperativo la revisión en la historia gestacional, de las situaciones que contraindican la lactancia materna, como enfermedades maternas y del lactante que requieren una valoración individualizada, tales como la galactosemia, el déficit primario de la lactasa o la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

## DESARROLLO

El riesgo de transmisión del VIH aumenta con la duración de la lactancia, especialmente a partir de los 6 meses, si la madre ha contraído la infección justo antes del período de lactancia o durante el mismo y en la lactancia mixta, en

vista que se afecta la integridad de la mucosa intestinal del lactante menor, pudiendo permitir la entrada para el virus. La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados, en los que se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial, situación que es distinta en los países en vías de desarrollo, donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición constituyen las principales causas de muerte en la infancia y no se cuenta con dichas formulas. Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. Diversos factores aumentan el riesgo de transmisión, y explican los índices variables que se han encontrado en diferentes estudios (5 %-53 %). Entre estos factores de riesgo se encuentra: una carga viral alta, un recuento bajo de células CD4 y el padecimiento de mastitis, probablemente por la apertura de la vía para celular entre las células alveolares que facilita el paso del VIH a la leche materna (4,5).

En estas circunstancias la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponerse de alternativas seguras. Por este motivo, la OMS recomienda que en dichos países las madres infectadas por VIH mantengan la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus. En el caso de pacientes VIH positivo, es menester conocer el nivel de CD4, cargas virales y esquemas de retrovirales administrados a la madre. Se sabe que cargas virales altas con niveles bajos de CD4 supone un mayor riesgo de trasmisión viral. Esto explica el hecho de que las madres que adquieren la primoinfección en el período postnatal sean transmisoras más eficientes del VIH-1 a través de la leche y que aunque el riesgo de transmisión existe a lo largo de toda la lactancia, se ha observado que la carga viral en el calostro y la primera leche materna es significativamente más alta que en la que se obtiene 14 días después del parto (5-10), y ya se sabe que la leche materna con pacientes infectadas puede congelarse y allí el virus quedará inactivo y puede administrarse sin riesgo al lactante.

También se contraindica la lactancia en casos de infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo I o II), el uso de drogas de abuso ingeridas por la madre, excepto metadona. Del mismo modo, están reportados la utilización de fármacos de formulación

magistral, productos herbales, drogas de abuso y contaminantes ambientales, incompatibles con lactancia materna (5). Finalmente es preciso excluir cualquier otro posible mecanismo de transmisión, para tomar decisiones asertivas, oportunas y eficaces en cuanto a la suspensión o no de la lactancia materna (6,7).

En cuanto al virus linfotrópico de células T, en 1980 se aisló el primer retrovirus humano en un paciente que padecía una Leucemia de Células T del Adulto (LTA), enfermedad endémica en el sudoeste de Japón. Este virus recibió el nombre de virus linfotrópico humano de células T (HTLV-1), y dos años más tarde se describió el HTLV-2. El HTLV-1 está asociado con la leucemia de células T del adulto y también con una mielopatía crónica manifestada por espasticidad o debilidad de las extremidades inferiores que recibe el nombre de Paraparesia Espástica Tropical (PET). Del HTLV-2 se sabe que está asociado a la PET, pero no hay casos descritos de leucemia o linfoma. El HTLV-1 se transmite de forma vertical madre-hijo, vía sexual y vía parenteral (10-13).

La infección por el virus HTLV-1 es endémica en el sur de Japón, Asia, algunas zonas del Caribe, África subsahariana, Centroamérica y Sudamérica y podría aumentar en otros países, como el nuestro, por las contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna. Se ha demostrado la transmisión del HTLV-1 a través de la leche materna. El riesgo es mayor en las madres con una carga viral alta y cuando la lactancia se prolonga más de 6 meses. Como sucede con el VIH, la infección materna por el HTLV-1 es una contraindicación para la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos de la leche materna adecuados. Se ha señalado que el tratamiento de la leche materna mediante congelación inactiva el HTLV-1. Si esto se confirma las madres infectadas por HTLV-1 podrían extraer la leche, congelarla y después administrársela al lactante por biberón (10-13).

Otra consideración aparte merece el citomegalovirus (CMV), virus perteneciente a la familia  $\beta$ -herpes viridae y que es la causa más común en el mundo de infecciones congénitas y posnatales. La infección congénita por CMV puede tener graves secuelas a largo plazo como pueden ser retraso mental, retraso en el

desarrollo psicomotor o sordera neurosensorial. El virus se puede adquirir durante la lactancia. La prevalencia de la virolactia, que se define como la presencia del virus en la leche materna, es del 27 % durante los tres primeros meses posteriores al parto. La secreción del virus comienza la primera semana tras el parto con una baja carga viral que se va incrementando hasta alcanzar el máximo sobre las 4-8 semanas tras el nacimiento y posteriormente va descendiendo hasta desaparecer en la semana 9-12 posparto. La transmisión del CMV madre-hijo suele coincidir con el máximo de virolactia. Se ha demostrado la transmisión del citomegalovirus a través de leche materna. La leche puede contener también anticuerpos específicos frente al virus, pero dichos anticuerpos no protegen frente a la infección.

La tasa de infección por CMV en lactantes de madres portadoras es alta (63 %). En los lactantes a término la infección cursa de forma asintomática o con síntomas leves y no deja ningún tipo de secuelas. En estos niños la lactancia materna no está contraindicada, pero sí lo está en los lactantes prematuros y los que sufren algún tipo de inmunodeficiencia, que tienen mayor riesgo de presentar síntomas graves y secuelas neurológicas. La pasteurización inactiva el citomegalovirus y reduce su probabilidad de transmisión (7-9).

El virus de hepatitis A (VHA) tiene un riesgo de transmisión madre-hijo en madres infectadas muy bajo. Además, los recién nacidos que adquieren de esta manera la infección suelen ser asintomáticos. Se aconseja que los recién nacidos de madres con un diagnóstico reciente de infección por el VHA deben recibir la inmunoglobulina y vacuna del virus, pero no se recomienda suspender la lactancia (7-9).

En cuanto al virus de hepatitis B (VHB), la transmisión vertical es la forma más común de transmisión en áreas donde la prevalencia es alta y es una de las causas más importantes de infección crónica por el VHB (14,15). El riesgo de transmisión madre-hijo está directamente relacionado con el estado replicativo del VHB en la madre, habiéndose observado que en portadoras del Ag Hbe puede ser de hasta el 90 %, y con niveles elevados de ADN del virus en plasma materno. La transmisión del virus madre-hijo puede ocurrir intraútero en el momento del parto,

o después de este. Los Ag Hbs, Hbe y el ADN del VHB han sido aislados en el líquido amniótico, fluidos vaginales, leche materna, sangre del cordón y contenido gástrico del niño. El paso del virus de hepatitis C (VHC) a través de la leche materna es bajo, pero aumenta cuando la madre también es portadora del VIH o si se trata de una hepatitis activa, con sintomatología clínica. La infección por este virus no contraindica la lactancia materna, excepto en los casos señalados (6-9,14).

En lo referente a los virus del herpes simple tipos 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2), causan infecciones perinatales severas y menos frecuente prenatales y posnatales. Existen casos descritos de infecciones por el VHS en lactantes por inoculación directa de madres con lesiones en la mama. En cambio, la transmisión del virus al niño a través de la leche materna es rara. El VHS se ha aislado en la leche materna, pero su transmisión por esta vía es rara. Únicamente si la madre presenta lesiones herpéticas activas en los pezones o cerca de ellos debe interrumpirse la lactancia materna hasta que las lesiones sanen. Para prevenir el contagio también es importante el lavado cuidadoso de las manos y cubrir las lesiones activas de la piel (6-9,16,17).

Tomando en consideración al virus de la varicela Zóster (VVZ), la transmisión postnatal del VVZ ocurre a través de secreciones respiratorias (gotitas) o por aerosoles del virus procedente de lesiones en la piel. El ADN del VVZ ha sido detectado en la leche materna, lo cual sugiere que esta puede ser una posible vía de transmisión. Las madres afectas de varicela o con reactivación clínica sintomática en el período posnatal deben ser aisladas del lactante, el cual podrá ser alimentado con leche procedente de la madre si no tiene lesiones en la mama o tan pronto reciba la inmunoglobulina del VVZ (6-9,17).

En el caso del virus del papiloma humano, es probable una transmisión del virus a través de la leche materna dado que este ha sido aislado en la secreción mamaria y en la cavidad oral del lactante. Sin embargo, el riesgo de transmisión parece ser muy bajo (16).

En torno a la Brucelosis, se sabe que se transmite a través de la leche humana. Se puede recomendar suspender la alimentación al pecho hasta que hayan transcurrido 48-72

horas de iniciado el tratamiento o bien continuar con el amamantamiento y vigilar al bebé (17). Por otra parte, en la enfermedad de Lyme su agente *Borrelia burgdorferi* se ha aislado en la leche materna, pero no existen pruebas de que se transmita por esta vía. Si la madre ha sido diagnosticada y tratada durante el embarazo, puede dar pecho sin riesgo de contagio. En la enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana), la transmisión de esta a través de la leche materna es muy rara. En relación con la sífilis, la presencia de lesiones cutáneas de sífilis en pecho o pezón contraindica la lactancia materna hasta que sanen. El niño debe aislarse de la madre y recibir tratamiento con penicilina G si lo precisa.

Otras infecciones que limitan la lactancia por su morbilidad y capacidad de daño, tanto materno como fetal, son: virus de la influenza, virus del ébola, y el virus del Nilo Occidental (17).

En cuanto a las afecciones metabólicas (17-27), en el apartado de la diabetes mellitus, las madres diabéticas que dan el pecho, a pesar de que tienen mayores probabilidades de sufrir mastitis, logran un mejor control de la glucosa y una disminución de las necesidades de insulina. De la misma manera, cuando la madre sufre procesos infecciosos, como resfriados, diarreas o amigdalitis, no es recomendable dejar la lactancia. En el caso de la alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV): se retirará la leche de vaca y sucedáneos de la alimentación materna, y se mantiene la lactancia materna. Ya de forma muy rara, en presencia del déficit primario congénito de lactasa, está contraindicada la lactancia materna.

La lactancia materna no está contraindicada en la madre diabética, e incluso puede tener ventajas. En la diabetes gestacional se ha comprobado que mejora la tolerancia a la glucosa y en la diabetes insulino-dependiente disminuye las necesidades de insulina. Si la diabetes no está bien controlada puede haber algunas diferencias en la composición de la leche (menor concentración de lactosa, mayor contenido en nitrógeno) y una menor producción de leche, por niveles bajos de prolactina. También es mayor el riesgo de mastitis y candidiasis en el pezón. Para evitar estos problemas se debe aconsejar un buen control de la diabetes y el inicio precoz de la lactancia con tomas frecuentes en posición

correcta. Estas medidas también ayudan a evitar la hipoglucemia en el recién nacido y mastitis puerperal (17,26,27,29,34).

La galactosemia por otro lado es una enfermedad en la que el recién nacido o lactante no puede metabolizar la galactosa, por lo que está contraindicada la lactancia materna. La galactosa es necesaria para sintetizar glucolípidos y glucoproteínas complejas que forman parte del tejido cerebral. Su principal fuente es la lactosa contenida en la leche, aunque también se puede sintetizar a partir de la glucosa. La forma más frecuente de galactosemia se debe al déficit de la enzima galactosa-1-fosfato uridiltransferasa, que puede ser total o parcial. Tiene una herencia autosómica recesiva y se presenta en 1 de cada 45 000 recién nacidos (27).

El fallo enzimático origina el aumento de galactosa en sangre y orina (donde aparece como una sustancia reductora) y acúmulo de metabolitos en el cristalino, cerebro y otros órganos, lo que explica que estos pacientes presenten cataratas, depresión neurológica, ictericia, falta de medro, etc. Existe otra forma de galactosemia debida al déficit de uridilfosfatogalactosa-4-epimerasa, que produce manifestaciones clínicas similares a la anterior. Por último, se ha descrito una forma benigna de galactosemia que obedece al déficit de galactocinasa y se manifiesta por cataratas y retraso mental en edades tardías. La presencia de sustancias reductoras en orina hace sospechar el diagnóstico, que se confirma mediante determinación enzimática en los hematíes. Los niños afectados de galactosemia deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento. Hay que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas sin lactosa o a base de soja (16-26).

La fenilcetonuria y otras metabolopatías no contraindican la lactancia materna, exceptuando las mencionadas previamente (16-29). El hipotiroidismo y el hipertiroidismo materno tampoco contraindican la lactancia (29).

En la consideración con respecto a la lactancia durante las enfermedades maternas más comunes, como infecciones bacterianas o parasitarias, no está contraindicada de entrada la lactancia materna, pero con valoración individualizada en cada caso, si las condiciones maternas o

neonatales lo permiten. La toxoplasmosis es compatible con la lactancia (no se transmite por la leche) (16-29).

Otras enfermedades infecciosas que son compatibles con la alimentación al pecho incluyen: la rubéola, la parotiditis, la salmonelosis y el paludismo. Se ha aislado el virus de la rubéola y el virus de la parotiditis en la leche materna, pero su transmisión por esa vía es rara. Si el lactante contrae la enfermedad, los anticuerpos contenidos en la leche materna mejoran su evolución. Para prevenir el contagio, en lactantes mayores de 6 meses se puede administrar la vacuna triple vírica en las 72 horas siguientes al contacto. Los niños vacunados antes de los 12 meses deben recibir otras dos dosis de triple vírica, a los 12-15 meses y a los 3-6 años. La salmonelosis y el paludismo no se transmiten por la leche materna (17,26,29).

Suspender la lactancia materna cuando la madre presenta síntomas de algún proceso infeccioso común, como un resfriado, una amigdalitis o una diarrea, no sólo no está indicado, sino que es contraproducente. Hay que tener en cuenta que los microorganismos causantes de estas infecciones no se transmiten a través de la leche materna y el lactante ya ha estado expuesto al contagio por su contacto con la madre durante el período prodrómico. En el período posterior a la enfermedad subyacente, se supone que ha formado anticuerpos que pueden pasar a través de la leche, protegiendo al feto frente a la infección o disminuyendo la gravedad de los síntomas. En estos casos se debe continuar con la alimentación al pecho y administrar tratamiento a la madre, si lo requiere, empleando medicamentos que sean compatibles con la lactancia (17-27,29,32-37).

Es prácticamente un consenso corriente en el grupo interdisciplinario que trata a la madre, que existen pocas patologías donde se sugiera la supresión de la lactancia por los posibles efectos indeseables al feto, de allí que la solución es determinar y seleccionar los medicamentos más compatibles e inoocuos, ya que la Academia Americana de Pediatría (34,35), asegura que a los nutrientes de la leche materna se suman anticuerpos, hormonas y enzimas digestivas que confieren protección al bebé contra multitud de enfermedades, y ofrecen a la madre una gama de beneficios desde el fomento del apego a su

bebe hasta la reducción del peso aumentado en el embarazo. Luego que se ha evaluado cada caso por separado y se considera la interrupción temporal de la lactancia por cualquier motivo, se aconsejará a la madre vaciar con frecuencia las mamas durante el período de interrupción de la lactancia, en forma manual o con los equipos diseñados para ello, para mantener una producción adecuada de leche y poder reiniciar posteriormente la lactancia con éxito (16-29).

Otras patologías que pueden cursar con restricción parcial de la lactancia son enfermedades maternas que requieran tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos nocivos en el niño al pasar a través de la leche, es estos casos, podemos citar la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. Algunos casos de prolactinoma (adenoma hipofisario secretor de prolactina), especialmente los macroadenomas, que requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina que contraindica la lactancia. El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño (17-27).

En cuanto al consumo de productos no considerados fármacos recomendados por la práctica biomédica convencional, existe cada vez mayor tendencia a consumir productos de herbolaria que contienen plantas a las que se atribuye propiedades medicinales. Es difícil valorar si estos preparados son seguros e inocuos durante la lactancia, ya que existe una gran variedad de ellos, contienen plantas con distintas concentraciones del mismo compuesto activo, algunas pueden ser alergénicas o estar contaminadas y no han sido sometidos a controles de calidad. Por otro lado, el método de preparación empleado (temperatura del agua, tiempo de infusión, etc.) influye en los efectos de estos preparados y no se dispone de estudios que hayan medido estos compuestos en la leche humana. Por todo ello se debe recomendar a las madres que no abusen de estos productos de herbolario durante la lactancia y se informen bien sobre sus posibles efectos adversos (17,20-37).

Si la madre padece una enfermedad crónica como: fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, conectivopatías, epilepsia o depresión, la decisión de dar o no

lactancia materna se debe tomar teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y el grado de incapacidad que origina en la madre. Cuando la situación clínica de la madre lo permite, es posible dar el pecho, si se emplean medicamentos que sean compatibles con la lactancia. Los antiepilépticos y otros psicofármacos pueden tener un efecto sedante, condicionando una succión débil en el lactante que dificulta la alimentación al pecho, especialmente durante los primeros días de vida, en los que se debe vigilar de forma estrecha al niño. Al ir mejorando la capacidad metabólica del recién nacido para eliminar el fármaco, por lo general este efecto desaparece (17,20-37).

En cuanto a las enfermedades del lactante, tenemos la fenilcetonuria, enfermedad hereditaria que se transmite de forma autosómica recesiva, con una incidencia de alrededor de 1 caso por cada 10 000 recién nacidos. La forma clásica de fenilcetonuria obedece a un déficit de fenilalanina hidroxilasa, enzima que interviene en la síntesis de tirosina a partir de la fenilalanina. Si no se trata precozmente, el niño desarrolla un cuadro de afectación neurológica progresiva que conduce a un retraso mental. La detección de fenilcetonuria se incluye en las pruebas de cribado neonatal. El tratamiento es dietético y se basa en un aporte restringido de fenilalanina. Como este aminoácido es esencial, hay que suministrarlo en cantidades mínimas para garantizar la síntesis proteica. La leche materna tiene un contenido relativamente bajo de fenilalanina (29-64 mg/dL), por lo que se puede administrar junto con una leche especial sin fenilalanina, controlando los valores de este aminoácido en sangre (deben estar entre 2 y 6 mg/dL), para ajustar en función de ello la cantidad de leche materna. Se ha demostrado que la lactancia materna parcial permite mantener niveles adecuados de fenilalanina y logra que los niños afectados de esta enfermedad alcancen un mejor coeficiente intelectual que los alimentados solamente con fórmula (27).

También entre las enfermedades del lactante tenemos la enfermedad de la orina de jarabe de arce (o leucinosis). Es una enfermedad metabólica poco frecuente (1 caso por cada 185 000 recién nacidos) de transmisión autosómica recesiva, que obedece a un defecto en el metabolismo de los aminoácidos esenciales de cadena ramificada: leucina, isoleucina y valina. Estos aminoácidos son precursores de la síntesis de los ácidos

grasos y el colesterol. La forma clásica, que es la variante más frecuente de esta enfermedad, se manifiesta desde el período neonatal por un cuadro de encefalopatía grave. El tratamiento es dietético y se basa en limitar la ingestión de los tres aminoácidos ramificados esenciales, pero manteniendo el aporte suficiente para lograr un crecimiento normal. El contenido en estos aminoácidos en la leche materna es significativamente menor que en la leche de vaca, por ello, al igual que en la fenilcetonuria, puede usarse una combinación adecuada de leche materna y leche especial que no contenga esos aminoácidos (22-27,32-37).

Existen además datos de la historia médica que no deben desestimarse y que obligan a reducir o evitar la lactancia, como son el consumo de alcohol, ya que el alcohol pasa en cantidades pequeñas a la leche materna y cambia el sabor y el olor de la misma, lo que puede hacer que el niño rechace el pecho. Las moléculas de alcohol bloquean la liberación de oxitocina y dificulta la salida de la leche. El lactante no tiene la capacidad para oxidar el alcohol, y, por lo tanto, puede tener un efecto negativo en su conducta, ritmo de sueño y desarrollo psicomotor. Se le debe sugerir a la madre que no consuma alcohol, o al menos que no lo haga tres horas antes de la toma de pecho y que limite la cantidad a un máximo de 0,5 g/kg de peso corporal materno (para una mujer de 50 kg de peso equivale a unos 200 mL de vino, 500 mL de cerveza y 30 mL de licor), del mismo modo el consumo de cafeína, pues tanto la cafeína y otras metilxantinas como el té, refrescos con cafeína y chocolate, pasan a la leche. Si se consumen en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño (32-37).

La nicotina puede cambiar el gusto y el olor de la leche provocando rechazo del pecho. La nicotina también inhibe la liberación de prolactina, disminuyendo la producción de leche, e interfiere en el reflejo de eyección y al pasar a la leche puede tener efectos adversos en el niño (escaso aumento de peso, mayor frecuencia de cólicos, etc.). A ello se suma los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, tos y asma. Si la madre no puede dejar de fumar, no se debe suprimir

la lactancia, ya que sus beneficios superan los posibles riesgos. En estas circunstancias se le aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, que fume cigarrillos bajos en nicotina, que evite fumar durante un período superior a 2,5 horas antes de la toma de pecho y que no fume, ella ni ninguna otra persona, en la misma habitación donde está el niño (32-37).

Como se comentó previamente, la mastitis no sólo no contraindica la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado (26,27,29). La patología mamaria benigna, como la enfermedad fibroquística, los quistes benignos y los fibroadenomas tampoco contraindican la lactancia. La perforación del pezón para uso de piercings no contraindica la lactancia. La madre se debe quitar las joyas antes de ofrecer el pecho. La reanudación de la menstruación y embarazo no contraindican la lactancia. Tampoco se ha comprobado ningún efecto adverso relacionado con la lactancia en mujeres que llevan un implante de silicona ni en sus hijos, por lo que se puede recomendar la alimentación al pecho en estos casos, sin que sea necesario extraer los implantes ni medir las concentraciones de silicona en la leche materna.

En cuanto a la miastenia gravis (28,29), los anticuerpos contra los receptores de la acetilcolina pueden pasar a través de la placenta y la leche materna, pero no se han descrito casos en los que haya existido sintomatología en lactantes por la lactancia (aunque sí por el paso transplacentario). La razón por la que se suele retirar la lactancia materna (que no es motivo para contraindicar) es por el sobre esfuerzo materno.

En cuanto a ciertas patologías con frecuencia de presentación durante el embarazo, puerperio y lactancia, tenemos (17,26-37):

Síndrome de Sheehan: suele causar fracaso de la lactancia. Se trata de un infarto trombótico y necrosis de la hipófisis secundario a una hemorragia postparto grave. Hipertensión arterial es posible la lactancia si la medicación lo permite. Enfermedades neurológicas: ni la epilepsia ni la medicación antiepiléptica contraindican la lactancia. Trasplantes: la posibilidad de dar lactancia materna dependerá del estado general de la madre y del tratamiento inmunosupresor. Fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal, conectivopatías, lupus, esclerosis

## COMPLICACIONES MATERNAS

múltiple, asma, epilepsia o depresión, la decisión de lactar o no dependerá de la gravedad de la enfermedad, el grado de incapacidad en la madre, y la medicación necesaria (26-37).

En la bibliografía médica existen listados por fármacos, cuyo tratamiento puede determinar precaución o interrupción de la lactancia, de la revisión de la literatura se sustrae el siguiente cuadro (32-37):

### Algunos fármacos contraindicados en madres durante la lactancia (27-37)

Clase de fármaco	Efectos específicos en lactantes
Anticoagulantes	Pueden usarse con prudencia, pero en dosis muy altas pueden provocar hemorragias (la heparina no se excreta por leche)
Fármacos citotóxicos	Pueden interferir con el metabolismo celular de un lactante amamantado y causar posible inmunosupresión y neutropenia. Efecto desconocido sobre el crecimiento y asociación desconocida con carcinogénesis
Psicofármacos	Para la mayoría de los fármacos psicoactivos, efecto desconocido en los lactantes, pero como los fármacos y sus metabolitos aparecen en la leche materna y el plasma y los tejidos del lactante, posible alteración de la función a corto y largo plazo del sistema nervioso central Fluoxetina: ligada a cólicos, irritabilidad, trastornos de la alimentación y del sueño, aumento de peso lento Clorpromazina: posible somnolencia, letargo, declinación de las puntuaciones de desarrollo Haloperidol: declinación de las puntuaciones de desarrollo

### Fármacos individuales que se detectan en la leche materna y conllevan un riesgo demostrado

Acebutolol	Hipotensión, bradicardia, taquipnea
Ácido amino salicílico	Diarrea
Atenolol	Cianosis, bradicardia
Bromocriptina	Suprime la lactancia
Aspirina (salicilatos)	Acidosis metabólica Las dosis maternas altas y el uso sostenido pueden determinar concentraciones plasmáticas que aumentan el riesgo de hiperbilirrubinemia (los salicilatos compiten por los sitios de unión a la albúmina) y hemólisis solo en lactantes con deficiencia de G6PD que tienen < 1 mes
Clemastina	Somnolencia, irritabilidad, rechazo del alimento, llanto agudo, rigidez de nuca
Ergotamina	Vómitos, diarrea, convulsiones (con las dosis usadas en fármacos contra la migraña)
Estradiol	Hemorragia vaginal por privación
Yoduros	Bocio
Yodo	

<b>Drogas de abuso</b>	
Anfetamina	Irritabilidad, patrón de sueño inadecuado Con < 1 g/kg diario, disminución del reflejo de eyección de la leche
Alcohol	Con grandes cantidades, somnolencia, diaforesis, sueño profundo, debilidad, disminución del crecimiento lineal, aumento de peso anormal del lactante
Cocaína	Intoxicación por cocaína: irritabilidad, vómitos, diarrea, temblor, convulsiones
Heroína	Temblores, inquietud, vómitos, mala actitud alimentaria
Marihuana	Componentes detectables en leche materna, pero efectos inciertos
Fenciclidina	Alucinógeno

### CONCLUSIONES

En la práctica clínica son muy pocas las situaciones que contraindican la lactancia. El padecimiento de algunas enfermedades en la madre o el niño requiere una valoración individualizada, considerando los grandes beneficios de la alimentación con leche materna frente a los posibles riesgos. El análisis de la evidencia disponible en la literatura biomédica, *up-to-date*, en torno a la lactancia materna, guías y consensos clínicos son un apoyo imprescindible para toma de decisiones con respecto a la lactancia materna.

### REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics. New Mother's Guide to Breastfeeding. 2<sup>nd</sup> edition. Itasca (ILL): American Academy of Pediatric; 2011:3.
- Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth*. 2002;29(2):112-123.
- Howard CR, Lawrence RA. Drugs and breastfeeding. *Clin Perinatol*. 1999;26(2):447-478.
- Kjoller K, McLaughlin JK, Friis S, Blot WJ, Mellenkjaer L, Høgsted C, et al. Health outcomes in offspring of mothers with breast implants. *Pediatrics*. 1998;102(5):1112-1115.
- García-Loygorri M, De Luis D, Torreblanca B, March G, Bachiller M, Eiros J. La leche materna como vehículo de transmisión de virus. *Nutr Hosp*. 2015;32(1):4-10.
- Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- Lanari M, Sogno Valin P, Natale F, Capretti MG, Serra L. Human milk, a concrete risk for infection? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25(Suppl 4):75-77.
- Michie CA, Gilmour JW. Breastfeeding and viral transmission: Risks, benefits and treatments. *J Trop Pediatr*. 2000;46(5):256-257.
- Thiry L, Sprecher-Goldberger S, Jonckheer T, Levy J, Van de Perre P, Henrivaux P, et al. Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. *Lancet*. 1985;326(8460):891-892.
- Ando Y, Matsumoto Y, Nakano S, Saito K, Kakimoto K, Tanigawa T, et al. Long-term follow up study of vertical HTLV-I infection in children breast-fed by seropositive mothers. *J Infect*. 2003;46(3):177-179.
- Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kunh L, Coovadia HM. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group. *Lancet*. 1999;354(9177):471-476.
- Ureta-Vidal A, Angelin-Duclos C, Tortevoye P, Murphy E, Lepere JF, Buigues RP, et al. Mother-to-child transmission of human T-cell-leukemia/lymphoma virus type I: Implication of high antiviral antibody titer and high proviral load in carrier mothers. *Int J Cancer*. 1999;82(6):32-36.

## COMPLICACIONES MATERNAS

13. Sugiyama H, Doi H, Yamaguchi K, Tsuji Y, Miyamoto T, Hino S. Significance of postnatal mother-to-child transmission of human T-lymphotropic virus type-I on the development of adult T-cell leukemia/lymphoma. *J Med Virol.* 1986;20(3):253-260.
14. Sacher M, Eder G, Baumgarten K, Thaler H. Vertical transmission of hepatitis B. Results of a prospective study 1978 to 1981. *Wien Klin Wochenschr.* 1983;95(13):447-451.
15. Shi Z, Yang Y, Wang H, Ma L, Schreiber A, Li X, et al. Breastfeeding of newborns by mothers carrying hepatitis B virus: A meta-analysis and systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(9):837-846.
16. Yoshida K, Furumoto H, Abe A, Kato T, Nishimura M, Kuwahara A, et al. The possibility of vertical transmission of human papillomavirus through maternal milk. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(6):503-506.
17. Hernández M, Aguayo J; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc).* 2005;63(4):340-356.
18. Biller BM, Luciano A, Crosignani G, Molitch M, Olive D, Rebar R, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of hyperprolactinemia. *J Reprod Med.* 1999;44(12 Suppl):1075-1084. 19 . Palanduz A, Palanduz S, Guler K, Guler N. Brucellosis in a mother and her young infant: probable transmission by breast milk. *Int J Infect Dis.* 2000;4(1):55-56.
20. Peter H, Hall CB, Halsey NA, Marcy SM, Pickering LK, Orenstein WA. *Red Book Enfermedades Infecciosas en Pediatría.* 24ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
21. Lawrence RA. Contraindicaciones e inconvenientes de la lactancia. En: Lawrence RA, editor. *La lactancia materna.* 4ª edición. Madrid: Mosby; 1996.p.207-219.
22. Lawrence RM, Lawrence RA. Given the benefits of breastfeeding, what contraindications exist? *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(1):235-251.
23. Reilly S, Reid J, Skeat J, Cahir P, Mei C, Bunik. Academia de Medicina de Lactancia Materna Protocolo clínico de la ABM n.º 17: Pautas para la lactancia en bebés con labio leporino, fisura palatina o ambas afecciones, revisado en 2013. *Breastfeed Med.* 2014;9(4):349-353.
24. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas. Ginebra: OMS [Internet]; 2021 [consultado el 05 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets#I>.
25. Paricio J, Díaz M, Landa L, Sánchez M, Escrivá L. Medicamentos y lactancia materna. *An Pediatr Contin.* 2014;12(5):239-243.
26. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Lactancia materna. Guía para los profesionales sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Madrid: Academia Española de Pediatría [Internet]; 2003 [consultado 05 de junio de 2021]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia\\_prof\\_la\\_rioja.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf).
27. Giovannini M, Rottoli A, Fiori L. Nutrición y enfermedades congénitas del metabolismo. En: Tojo R, editor. *Tratado de Nutrición Pediátrica.* Barcelona: Ediciones Doyma; 2001.p.641-660.
28. Lucot JP, Dufour P, Vinatier D, Tordjeman N, Durant-Réville M, Puech F, et al. Myasthenia and pregnancy. Two case reports. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1996;25(2):179-185.
29. Martín J, Lozano M. Contraindicaciones de la lactancia materna. En: Aguayo J, editor. *La lactancia materna.* Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2001.p.157-179.
30. Morrell MJ. Guidelines for the care of women with epilepsy. *Neurology Neurology.* 1998;51(5 Suppl 4):S21-S27.
31. Mayo Clinic. *Mayo Clinic Family Health Book.* 5th edition. Rochester (MN): Mayo Clinic Press; 2019.
32. Philipp BL, Merewood A, O'Brien S. Methadone and breastfeeding: New horizons. *Pediatrics.* 2003;111(6 Pt 1):1429-1430.
33. Rowe H, Baker T, Hale T. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):275-294.
34. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics.* 2001;108(3):776-789.
35. Sachs H; American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk: An update on selected topics. 2013;132(3):e796-809.
36. E-lactancia.org [Internet]. ¿Es compatible con la lactancia? Gandía, Valencia (España): APILAM; c2020 [actualizado 18 de junio de 2021; consultado 19 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/>.
37. Perinatology.com [Internet]. Drugs in Pregnancy and Breastfeeding. West Covina (CA): Focus Information Technology, Inc; c2021 [consultado 19 de junio de 2020]. Disponible: [www.perinatology.com/exposures/druglist.htm](http://www.perinatology.com/exposures/druglist.htm).