

HIPERLACTANCIA: CÓMO LAS REGLAS DEL HEMISFERIO IZQUIERDO PARA LA LACTANCIA PUEDEN CAUSAR ESTRAGOS EN UN PROCESO NATURAL.

Hace cincuenta años, las mujeres en los Estados Unidos se les informó de limitar arbitrariamente la lactancia materna a un horario de 4 horas. Como consecuencia, muchas mujeres eran incapaces de producir suficiente leche para alimentar a sus bebés, y cada vez más mujeres recurren a la alimentación con leche en polvo. Esto era, por supuesto, puramente iatrogénico, ya que las consecuencias culturales fueron que muchas madres y profesionales de la salud de los EEUU todavía creen que la producción insuficiente de leche es una preocupación común y probable. Por otra parte, en ausencia de una historia cultural de una lactancia materna fácil y ubicua, y sin la comprensión establecida de la fisiología de la alimentación materna y lactancia, los proveedores de salud pasan ahora a las madres recomendaciones históricas y reglas acerca de la alimentación para los que no hay claras razones fisiológicas. Muchas de estas reglas (tantos minutos en cada lado, siempre alimentar por ambos lados...) probablemente se remontan a los días en que se alimentaba cada 4 horas, y son esencialmente, estrategias para maximizar la producción de leche. Así, vemos cómo cada vez hay más mujeres en periodo de lactancia en los Estados Unidos tratando de dar el pecho de acuerdo con estas reglas definidas culturalmente. Al mismo tiempo vemos como bebés y madres presentan una serie de nuevos problemas, y la leche materna es culpada de nuevo. ¿Cómo puede plantear tantos problemas la leche materna de mujeres de los EEUU cuando no vemos tales efectos en el reino animal, o incluso en mujeres de otras partes del mundo donde la lactancia materna es más frecuente?

En nuestra práctica de especialidad terciaria, limitado a la medicina de lactancia materna, hemos visto aproximadamente 2800 parejas en los últimos 8 años. De estos, se estima que la mitad han buscado nuestra ayuda por problemas de la madre y/o el bebé asociados a la hiperlactancia. Aunque todos somos conscientes de estos problemas tan comunes en bebés, hay pocos datos sobre su incidencia o prevalencia. Un estudio realizado por Adams y Davidson en casi 1000 niños encontró tasas de cólico similares entre los lactantes, los alimentados con leche en polvo o con alimentación mixta, que van desde 19% al 21%. Cuando un bebé alimentado con biberón presenta estos síntomas, la madre frecuentemente cambia el tipo de leche. Pero cuando se trata de un lactante, la madre puede pensar que es por sobrealimentación, subalimentación, que tiene poca leche, o que algo en su dieta es la causa del gas intestinal del bebé o la alergia a la comida. Esto puede llevar a severas dietas de eliminación, suplementos con leche en polvo o un destete precoz. La dificultad para mantener una dieta estricta, el estrés de cuidar a un bebé molesto, sumado a la preocupación de que su leche es a causa del

sufrimiento del bebé y el coste de los medicamentos y consultas médicas adicionales, a menudo puede conducir al destete de la madre. La tabla 2 resume los diagnósticos comunes y diagnósticos erróneos que pueden estar asociados con síntomas de hiperlactancia. Según nuestra experiencia clínica, sostenemos que muchos de estos síntomas no están causados por la leche de la madre y raramente se relaciona con la dieta materna. El propósito de este trabajo es describir los síntomas clínicos que encontramos a menudo, y explorar una hipótesis alternativa para estos síntomas y su etiología, describir la base fisiopatológica, tal como la entendemos y a continuación ofrecer nuestras propias recomendaciones fisiológicas para la gestión. Estas recomendaciones no sustituyen la necesidad de un diagnóstico preciso y la atención médica y no están diseñados para fomentar el auto-tratamiento de mujeres y niños que experimentan síntomas. Se ha publicado muy poco sobre hiperlactancia materna. Lo que describimos aquí se basa en nuestra propia experiencia en nuestra práctica médica lactancia materna terciaria, así como nuestra comprensión de la fisiología de la lactancia. También hemos basado nuestro estudio sobre las observaciones de Woolridge y compañeros, y Livingstone sobre este síndrome. La hiperlactancia fue descrita por primera vez en 1988 por Woolridge y Fisher en un informe sobre un caso, que en realidad describe un niño con retraso en el desarrollo. Él fue el primero en introducir en concepto de que el manejo de la alimentación influye en el valor calórico de la leche materna que se entrega al bebé. Woolridge y compañía, demostraron en 1982 que los bebés tienen la capacidad de autorregular su consumo de calorías, y en una posterior revisión, concluyó que las restricciones culturales sobre la frecuencia y duración de la alimentación comprometen potencialmente la calidad de la leche. Livingstone en 1996 describió el síndrome de hiperlactancia, su fisiopatología y su manejo. Se centró en la técnica de una correcta lactancia y la alimentación de los neonatos en el momento justo, así como el pleno drenaje del seno para permitir la adecuada ingesta de grasas de la leche superior.

Las madres que experimentan una producción abundante de leche se presentan en nuestra oficina con una gran variedad de síntomas en sí mismas y sus bebés. La constelación de síntomas varía con la anatomía de la madre, la fisiología y la vulnerabilidad a las presiones culturales, y con el temperamento de la madre y el bebé y sus interacciones.

SÍNTOMAS

Síntomas del bebé.

Los bebés pueden exhibir una variedad de síntomas y con frecuencia llegan con una variedad de diagnósticos (Tablas 1 y 2). Estos niños a menudo actúan como hambrientos todo el tiempo, lactan con mucha frecuencia, etc. Sin embargo, clínicamente, aumentan de peso bien, con frecuencia mucho más rápido de lo normal, cruzando los percentiles de peso con mayor rapidez en los primeros meses de vida. En raras ocasiones, un niño puede caer por debajo de la curva de crecimiento previsto para los bebés con leche materna, y puede ser llamado "retraso del crecimiento". La regurgitación es común. Esto junto con la angustia produce que el reflujo gastroesofágico sea un diagnóstico predecible erróneo o co-diagnosis secundaria. Los síntomas del cólico pueden ser primarios o secundarios. Los síntomas de los cólicos, combinado con heces explosivas o verdes, pueden llevar al diagnóstico de "intolerancia a la lactosa". Tales síntomas combinados con heces que contienen moco hemo-positivos pueden llevar a

diagnóstico de alergia a la proteína de la leche. Los niños presentan una gran variedad de estilos de alimentación con pecho. Algunos pueden tragar y “devorar” con grandes tragos, pareciendo “glotón”. Para aquellos que tragan aire, son comunes los grandes eructos. Los bebés pueden parecer que luchan con el flujo de leche, a veces se asfixian y tienen tos de pecho. Algunos pueden tirar y tirar, que parece que luchan contra el pecho. Otros pueden pellizcar el pezón, a pesar de experiencias anteriores con un agarre cómodo al mismo. Y otros prefieren amamantar con la boca suelta, descrito como perezoso o "débil", y sin embargo aumenta de peso muy bien. Muchos niños muestran varios de estos patrones en cada comida. Las madres a menudo se desconciertan por el comportamiento de sus hijos en el pecho, y también pueden informar de ciertas horas de comer o en momentos particulares del día, cuando la lactancia materna es más fácil o sin estos problemas.

Síntomas de la madre.

En este artículo, nos estamos centrando principalmente en los síntomas del bebé, pero las madres también pueden presentar una gran variedad de síntomas (Tabla 3). Los síntomas de la madre se refieren principalmente a la gran cantidad de leche producida y la respuesta de su hijo a la misma. Los bebés que pellizcan para controlar el flujo de leche pueden lesionar los pezones de sus madres, produciendo dolor e infecciones posteriores en ellos. La rápida producción de leche puede conducir a la estasis de la misma, por lo que los conductos obstruidos y mastitis son comunes, debido a que los niños tienden a ser inestables y manifiestan el exceso de hambre, muchas de estas mujeres creen realmente que no tienen suficiente leche y puede presentarse en el clínico buscando métodos para mejorar la producción de esta. Si ya están tomando medidas para aumentar la producción de leche, pueden encontrar que sus síntomas o los de sus bebés empeoran. Muchas mujeres no tienen síntomas específicos, pero otras informan sobre síntomas descritos en la tabla 3. No es raro en situaciones específicas llevar a problemas a una madre con tendencia a la producción abundante de leche. Muchas madres y sus bebés se nos presentan entre la semana 3 y 6 después del parto, un tiempo común en el periodo de crecimiento, pero otras madres describen síntomas en los primeros 10 días o 2 semanas después del parto. Los periodos de crecimiento infantil tienden a exacerbar los problemas ya existentes, al igual que los periodos de estrés y tiempo agitados como las vacaciones, visitando familiares, etc.

Posibles causas de los síntomas de bebés y madres.

Creemos que estos síntomas son causados por un círculo vicioso de la sobreproducción de leche causada por la interferencia con procesos fisiológicos normales. Como propuso Woolridge, culturalmente se ha aceptado que las reglas arbitrarias de lactancia materna puedan interferir con la gestión de los mecanismos homeostáticos normales. Esto puede resultar en una producción iatrogénica de aumento en el volumen de la leche con menor contenido en grasa. Este cambio en el volumen y contenido calórico de la leche, sin en control de los mecanismos homeostáticos normales, puede llevar a un círculo vicioso de síntomas preocupantes tanto para la madre y el niño, y una cascada de eventos que pueden conducir a problemas de lactancia y destete prematuro. Antes de describir la base fisiopatológica de estos síntomas, es importante comprender la fisiología normal de la producción de leche. Sólo con

una sólida comprensión de los principios básicos fisiológicos implicados, es posible entender lo que está pasando mal, por lo que los profesionales pueden ayudar a la madre y el niño establecer un ritmo de alimentación que funcione para ellos y se ajuste a sus necesidades.

Visión de conjunto - las bases fisiológicas para la Regulación de la Producción de Leche Humana

La producción de la leche humana está regulada por un proceso de suministro y demanda que se produce a través de la interacción del bebé y la madre. La clave de este proceso son una serie de factores: los comportamientos del infante de apetito y la saciedad, la respuesta materna a la conducta del bebé, la lactancia infantil, materna respuesta hipofisaria hormonal al lactante, y las condiciones locales que afectan la respuesta alveolar.

Control (endocrino) materno de la iniciación de la producción de leche.

Antes de que el bebé nazca, y en los primeros días después del parto, la producción de leche se hace sin ningún tipo de información necesaria del bebé. Este proceso hormonal temprano es impulsado y controlado en su totalidad por el sistema endocrino de la madre. Esta secreción de leche se producirá aunque la madre pretenda o no amamantar.

Control (autocrino) infantil del mantenimiento de la producción de leche.

Una vez que el volumen de leche aumenta, el “interruptor” del control endocrino de la producción de leche (esto es, solamente consecuencia de las hormonas de la madre) para el control autocrino (impulsado por la extracción de leche para los lactantes) traslada la regulación de la producción de la leche de madre a hijo. A partir de este momento, los pechos de la madre y el sistema hormonal están diseñados para cerrar la lactancia, y sólo la succión del bebé y la eliminación de la leche son responsables de que la producción de la leche continúe. De hecho, el niño que tiene acceso frecuente a la mama en los primeros días de posparto puede en realidad aumentar el volumen de calostro incluso antes de que la leche más madura entre en juego. El control autocrino es lo que coloquialmente se conoce como “oferta y demanda”, respuesta que le permite al bebé regular la producción de leche para que coincida con su apetito. El mantenimiento de la síntesis de la leche establecida que controla el sistema autocrino de la oferta y la demanda se denomina galactopoyesis (Fig. 1). Esto ocurre aproximadamente en la segunda semana después del parto hasta el destete.

Efectos del bebé sobre la producción de leche materna.

La producción de leche es estimulada por la prolactina y directamente e indirectamente por la oxitocina, y es el apetito del niño, o la extracción de leche a través de otros medios, el estímulo principal para que la madre libere estas hormonas pituitarias. Por otra parte, la tasa de producción de leche es inhibida por la presencia de leche en los alvéolos, por lo que la producción de leche se detiene si hay falta de extracción de leche, por ejemplo, con el destete o la alimentación con biberón. Así que el bebé no sólo es responsable de estimular la

liberación hipofisaria de las hormonas que promueven la producción de leche, el bebé también es responsable de regular los factores que inhiben la producción de leche.

Prolactina:

La prolactina es secretada por la hipófisis anterior derivada de la maternidad en respuesta a la estimulación del pezón y el estímulo de succión. La secreción depende de la frecuencia, intensidad y duración de la estimulación de los pezones. Se ha hipotetizado que la frecuente eliminación de leche durante las primeras semanas del parto resulta en un aumento en el número de receptores de prolactina en las células glandulares de la mama, lo cual puede influir en la cantidad total de leche que la madre puede producir.

Oxitocina:

La oxitocina es secretada por la hipófisis pituitaria derivada de la maternidad en respuesta a la lactancia del bebé, así como en respuesta a una variedad de otros factores neuroafectivos neurosensoriales, causando un reflejo de eyección de leche (MER). Bajo la influencia de la oxitocina, las células miopiteliales que rodean los alveolos expulsan la leche en los conductos.

La retroalimentación en la inhibición de lactancia:

Cuando el alveolo mamario está relativamente lleno de leche, se observa una disminución en la velocidad de síntesis de leche a nivel alveolar local. Se ha hipotetizado que un péptido en una de las proteínas del suero encontrada en la leche humana, probablemente sirva como un proceso de retroalimentación negativo en la síntesis de leche. Aunque aún no se ha identificado específicamente, este péptido ha sido nombrado el retro-alimentador de inhibición de la lactancia (o FIL) y se cree que es la forma en la que el apetito del bebé es capaz de controlar la producción de leche alveolar tan exactamente como para satisfacer las necesidades del mismo. Cuando el alveolo está relativamente lleno, se fabrica menos leche, pero cuando el alveolo está relativamente vacío, y menos péptido FIL está presente, la velocidad de síntesis de leche aumenta.

Interpretaciones de investigaciones relevantes:

Por lo tanto, el establecimiento temprano de una buena producción de leche consiste en la extracción frecuente y eficaz de la leche. La frecuencia de retirada afecta a la velocidad de síntesis de la leche, mientras que la cantidad de leche retirada y cómo la mama se vacía en conjunto afectan a la producción de leche total. Estudios recientes confirman este trabajo antes de que la plenitud de la mama afecte directamente a los mecanismos de control autocrino de la tasa a corto plazo de la síntesis de leche. El establecimiento de una buena producción de leche depende de varios factores. Como Hartmann y sus colegas lo vieron, la "capacidad de almacenamiento" de la mama de una mujer, es un factor que afectará a la frecuencia con la que tendrá que dar el pecho a su hijo para lograr la producción de leche dada.

Ya que interpretan sus propios datos, creen que cada mujer tiene una capacidad inherente característica primaria de almacenamiento de leche en la mama, definida como el volumen máximo de leche que pueden almacenar en la mama entre las comidas. Por su propia definición, esta capacidad proporciona una capacidad básica que determina el volumen máximo disponible para un bebé en la alimentación. En su opinión, el apetito del bebé determina la producción total de leche de la madre, y dada la inherente capacidad de almacenamiento de leche y las calorías necesarias para el bebé, el apetito del niño determinará con qué frecuencia el niño toma el pecho. La interpretación de estos hallazgos fue que los bebés cuyas madres tienen menos capacidad de almacenamiento cubrían la diferencia mediante lactancia materna con más frecuencia que bebés cuyas madres tenían mayor capacidad de almacenamiento. Por lo tanto, sugieren que es la frecuencia de la alimentación infantil y la extracción de leche la que indirectamente afecta a la velocidad de síntesis de la leche en función de la capacidad de almacenamiento de la madre. Sin embargo, en nuestra opinión, no hay forma de interpretar los datos del grupo de Hartmann. En este escenario, la capacidad de la madre de almacenamiento no puede ser una característica primaria exclusiva inherente a su anatomía, pero también está determinado por patrones de alimentación del bebé. Es decir, sugerimos que los patrones de alimentación pueden ser la variable independiente que ayuda a determinar la capacidad de almacenamiento de la madre, la variable dependiente, y no al revés.

Nosotros proponemos este punto de vista de los datos de Hartmann ya que esto lo hemos observado en nuestras prácticas médicas de lactancia materna. En concreto, hemos visto diferencias significativas en los patrones de alimentación y capacidades de almacenamiento dentro de una misma mujer en diferentes momentos de la lactancia, así como en la lactancia con niños diferentes. Por ejemplo, gemelos que maman exclusivamente pueden alimentarse de forma poco frecuente mientras que su hermano mayor se alimentaba de forma frecuente. Además, se ha demostrado una gran variabilidad en todas las culturas relacionadas con la frecuencia y la duración de la lactancia materna. Los factores que afectan en la frecuencia de alimentación de un lactante o qué tan bien se vacía la mama, podrían considerarse como la causa y no el efecto de la capacidad de almacenamiento de la madre.

Una variedad de factores pueden afectar tanto a la frecuencia de la alimentación o el grado de vaciamiento de la mama y estos tendrían un efecto inverso sobre la capacidad de almacenamiento materno. Estos factores podrían ser en algunos casos maternos, y por lo tanto aparecen de forma intrínseca, como su comprensión de la frecuencia y lo “mucho” que “debería” dar el pecho. Sin embargo, incluso esto puede cambiar en una madre de un bebé a otro. Más a menudo, los factores del bebé pueden variar, y es esta variabilidad que nos ha hecho mirar los datos de Hartmann y obtener diferentes conclusiones. Entre los factores del bebé se incluyen: a) temperamento del bebé, b) la edad del bebé, c) si el bebé está lactando exclusivamente o también recibe leche materna extraída o leche artificial para bebés, d) el número total de comidas y su frecuencia del bebé, e) la relación entre el apetito del niño y el comportamiento y la respuesta de la madre.

Se desconoce mucho sobre la producción de leche materna. No obstante, sabemos que la lactancia materna, al igual que el resto de los órganos y sistemas del cuerpo humano, representan procesos que han mantenido a los seres humanos y mamíferos a través de

milenios, y por tanto se puede presumir del “trabajo”, sin importar si entendemos todos los aspectos del proceso o no. Los procesos de homeostasis permiten a la fisiología de la mama de la madre satisfacer las necesidades de su hijo en crecimiento.

Ya sea por la capacidad de almacenamiento de la mama o por la demanda infantil que es primaria, o si la producción de leche o de la conducta del bebe es secundario, es el mecanismo homeostático el que controla las interacciones que importan. Es la respuesta homeostática de la variabilidad la que permite que el bebé pueda afectar continuamente a la producción de leche de su madre y así satisfacer sus propias necesidades de apetito y crecimiento. Sólo cuando las reglas arbitrarias acerca de la lactancia materna interfieren con el proceso natural homeostático, cuando el apetito del niño o su comportamiento se entienden mal, se mal interpretan o se retiran de la interacción fisiológica con su madre, puede desarrollarse una mala sincronía entre madre e hijo, y entre la producción de leche y las necesidades del bebé (véase el caso de estudio, tabla 4). La adecuación de la ingesta de leche del bebé puede ser evaluada por una variedad de métodos. Una comida con alto contenido en lípidos provoca colecistoquinina y comportamientos como consecuencia de la saciedad, los cuales pueden ser indicadores muy fiables de una buena transferencia de leche. Sin embargo, estos signos pueden ser poco fiables. En bebés muy pequeños, la lactancia puede, a través de la liberación central de oxitocina, inducir a una transitoria pero falsa saciedad, con o sin lípidos en la comida. Además, el bebé deshidratado puede estar somnoliento o despertarse de forma lenta en respuesta al hambre. Así, desde el principio, animamos a las madres para ver la salida, la frecuencia de orinar, así como la frecuencia y consistencia de las evacuaciones, para ayudar a evaluar la adecuación de la ingesta. Este enfoque inicial en la adecuación de la transferencia de leche, aunque es importante, puede reforzar las ansiedades de base cultural sobre la adecuación de la producción de leche de la madre. En informe de Hill y Humenick percibe el aporte insuficiente de leche como una causa “universal” para el destete precoz y la suplementación. Ahora que se ha revisado la fisiología normal de la producción de leche, un vistazo a cómo los mecanismos fisiológicos pueden ser interrumpidos y un modelo fisiopatológico propuesto para la compresión y la hiperlactancia y sus síntomas podrán ser descritos.

Explicación de este cuadro clínico.

A pesar de que las variaciones normales en la anatomía y fisiología materna y ciertos temperamentos del bebé sin duda pueden interactuar para crear este cuadro clínico, la causa inicial de la hiperlactancia es la desinformación acerca de las prácticas culturales de una lactancia materna óptima. Además, incluso cuando existen predisposiciones maternas o infantiles para una producción rápida de leche, los mecanismos homeostáticos deben llevar normalmente a una auto-corrección. Sin embargo, las ideas culturales acerca de la lactancia materna pueden interferir en esos mecanismos fisiológicos.

Hacer cambios de lados arbitrarios por reloj, en lugar de cambiar por razones fisiológicas (por ejemplo, en base a la comodidad de la madre o señales en el comportamiento infantil) puede resultar en que el bebé reciba un exceso de leche baja en grasa y nata insuficiente.

Así, el niño después de la alimentación, tiene el estómago lleno de leche baja en grasa, pero todavía tiene hambre y vuelve a por más, por lo tanto aumenta el suministro de la madre. En el momento en el que el bebé presenta esos síntomas, la madre y el bebé entran en un círculo vicioso. El apetito del bebé ha creado una gran cantidad de leche materna, a su vez el niño tiene hambre porque el exceso de producción de leche es principalmente baja en energía y baja en grasa (véase el caso de estudio, cuatro 4).

Fisiología Normal Específica en cuestiones de abundante oferta de leche.

Para comprender como este síndrome de abundancia se desarrolla, es útil comprender los mecanismos homeostáticos normales de control de la producción de leche. En la breve descripción de la oferta de leche, el énfasis está en el apetito infantil como el estímulo principal para controlar la producción de leche en la hipófisis materna. Tal como se entiende, la fracción lipídica se inyecta desde los alveolos hasta los conductos con cada eyección de leche y se diluye por la fracción acuosa de proteínas, electrolitos y azúcar. Cregan y Hartmann han demostrado que la mama completa entrega la leche baja en grasas, mientras que el pecho vacío proporciona la leche más cremosa. Esto se debe a que existen distintos factores que afectan a la tasa de producción de cada una de estas fracciones.

Woolridge, “la leche materna aumenta en densidad calórica cuando el volumen disponible en la alimentación disminuye, por lo que la ingesta de calorías muestra una relación curvilínea con la ingesta de volumen, con las últimas etapas de alimentación haciendo una contribución desproporcionada en relación con la ingesta de calorías de bebé” (p 223).

La succión, como mejor estímulo para la liberación de oxitocina, causa que la leche se libere durante el curso de alimentación y sea más cremosa que la leche disponible de inmediato en el comienzo de la alimentación. En presencia de lo que sugiere la investigación, nuestra interpretación es que, como la alimentación dada progresa, estos bolos de la leche más cremosa se diluyen con cada vez más volúmenes pequeños acuosos de manera que la leche disponible para el niño es más cremosa con el tiempo en bolos más pequeños. Bajo condiciones normales, generalmente la mitad de las calorías de la leche se dice que están en la grasa de esta, sobretodo en la leche cremosa, entregando un flujo más lento de leche a final de la alimentación.

El contenido de lípidos transferidos al los intestinos del bebé, estimulan la colecistoquinona para producir una sensación de saciedad que, junto con el flujo más lento, permite al niño relajarse y dejar de alimentarse. La frecuencia de la liberación de la oxitocina pituitaria materna determina la frecuencia de las eyecciones de leche. Otros factores, incluyendo la hora del día, la frecuencia de alimentación, la conducta del bebé, la relación madre-hijo, y el sentido maternal de bienestar, interactúan para afectar a las proporciones que varían entre los lípidos y las fracciones acuosas de la leche.

Fisiopatología de la hiperlactancia. Explicación del cuadro clínico.

Si la madre cambia de un pecho a otro antes de tiempo, ya sea por reloj o porque toma una decisión cognitiva con el hemisferio izquierdo del cerebro de que su mama está “varía”, anula los mecanismos homeostáticos del hemisferio cerebral derecho, que permiten al niño ajustar la producción con respecto a su sed y apetito. Sin embargo, ella puede cambiar a su bebe de sitio a otra mama con un mayor volumen de leche pero menos grasa, justo cuando el bebé había llegado a la leche más cremosa de menor volumen. El estómago del bebé puede estar lleno de leche baja en grasa, sin sed, pero el niño no está saciado y sigue pasando hambre por las calorías exigidas por el crecimiento, así que el bebé succiona más, estimulando la prolactina materna. La extracción de leche disminuyó negativamente a partir a partir de la leche alveolar por los péptidos supresores (FIL), y la tasa de producción de leche se acelera. Cada vez que la leche grasa se exprime en los conductos, incluso con descensos más tarde, se diluye con un gran volumen de leche baja en grasa. Así, a pesar de las eyecciones frecuentes de la madre, el bebé recibe leche baja en grasa de forma principal. Además, a pesar de que la oxitocina materna se libera en respuesta a los lactantes y a otras señales somatosensoriales positivas difusas, la hormona puede ser inhibida por el dolor, la ansiedad y el estado adrenérgico. Por lo tanto la angustia materna puede resultar en una menor frecuencia en la liberación de leche grasa. Los síntomas del bebé implican ambas reacciones directas al flujo alto de leche en el pecho, así como la respuesta posterior al consumo de alto volumen con menos grasa en el alimento. Cuando hay una oferta abundante, la eyección de leche materna puede ser fuerte, abrumadora para el bebé. Dependiendo del temperamento y de la experiencia, cada niño desarrolla sus propias estrategias para hacer frente a ese flujo rápido. Algunos bebés responderán a estas eyecciones fuertes de leche tirando y apretando del pezón, lo que aparentemente estrecha los conductos de leche y reduce el flujo. Otros niños se retirarán de la mama cuando se enfrenten a un flujo alto, posiblemente manchándose. Algunos simplemente pellizcan el pezón para controlar el flujo, hiriendo los pezones de su madre. Otros niños parecen “vagos o perezosos” ya que mantienen la boca libre y reciben el abundante flujo. Estos comportamientos a menudo pueden ser ampliados o reducidos por las respuestas de la madre. Si una madre malinterpreta el comportamiento de su bebé, tirones, peleas, quitándose el pecho, puede creer que al niño “no le guste” el pecho, la leche o la propia madre, lo cual puede alterar la relación de lactancia y puede inhibir aún más la frecuencia de descarga de la leche. Por otro lado, la confianza tranquila de una madre con voz suave y acariciando a menudo puede calmar al bebé para que este gestione el flujo. La angustia resultante puede dar lugar a la lactancia materna frecuente confortable, que en realidad podría ser terapéutica si el bebé fuese capaz de tomar el pecho de la mama vacía más cremosa. Por otra parte, debido a que el bebé está bebiendo un mayor volumen de leche con menor contenido en grasa, con pequeños lípidos que ralentizan la digestión, el intestino puede estar sometido a una sobrecarga transitoria de lactosa, superando temporalmente la lactosa disponible, creando el potencial para los síntomas de cólico y heces explosivas o verdes (tabla1). Estos síntomas son más angustiantes para los padres, y los niños a menudo son diagnosticados con reflujo, cólico o intolerancia a la lactosa. Debido a que la regurgitación es común, esto y la angustia visible por reflujo gastroesofágico hacen una codiagnosis secundaria previsible.

En nuestra experiencia, cuando la pareja aprende a gestionar su suministro abundante de leche, los síntomas del niño suelen desaparecer (véase el caso de estudio, tabla 4).

Los síntomas de cólico, cuando se combinan con moco o sangre en las heces, a menudo pueden sugerir que sea alergia. En ese momento, se ha realizado poca investigación en esta área. Existe la posibilidad de que la alergia pueda ser la causa de la hiperlactancia, y también puede ser posible que algunos síntomas de la alergia pueden ser el resultado de hiperlactancia sin ningún tipo de alergia realmente. Es posible que el tránsito rápido de leche a través del intestino, en ausencia de lípidos que retarden la digestión y combinado con una sobrecarga de lactosa relativa, pueda causar por sí solo una lágrima de mucosa y sangre microscópica, irritación y respuesta mucosa. Este desgarro mucoso también podría permitir el paso de proteínas extrañas, creando el potencial para la alergia. Sin embargo, entendemos que la patogénesis de la alergia a los alimentos o el transporte de macromoléculas en el sistema gastrointestinal, está aún en estudio. La angustia del bebé, junto con la angustia por la alergia, cólico típico o sobrecarga de lactosa, buscan encontrar una comodidad, y si este confort incluye la succión en un pecho lleno, se producirá un círculo vicioso. La completa exposición de los síntomas de hiperlactancia está fuera del alcance de este documento. La fuga, llena de sangre y dolorosa en los pechos, así como problemas con la obstrucción de conductos y mastitis, se pueden explicar por exceso volumen de leche y la falta de drenaje adecuado o completo de las mamas por parte del bebé. El dolor en pezones, infecciones, o candidiasis ductal pueden explicarse por el pezón con trauma causado por el bebé al intentar regular el flujo de exposición a la continua fuga de leche materna.

Gestión clínica:

Para los bebés cuyos síntomas son relativamente leves y de reciente aparición, el curso suele ser rápidamente revertido en una semana o dos dejando que el bebé se mantenga en cada pecho para la alimentación completa, y esperar a la siguiente comida para pasar a la otra mama. Incluso después de que los síntomas hayan desaparecido, la madre normalmente espera que la mayoría de la alimentación seguirá siendo de una mama por cada vez, pero esta afirmación nunca debe ser seguida como una regla estricta. Cada vez que la madre percibe que su bebé tiene hambre “demasiado pronto” o que está “vacío”, la mama usada más recientemente podría ser con la que se comienza.

De forma general, la mama se alterna y se vacía. De esta manera, el bebé es capaz de beber la leche más cremosa que promueve la saciedad durante periodos más largos de comidas, mientras que el pecho también queda “satisfecho” por más tiempo, lo que permite la retroalimentación negativa que puede ralentizar el ritmo de producción. Así, el objetivo es restablecer una situación de alimentación relajada para que tanto madre como bebé puedan disfrutar, aumentando la tasa de eyeción de la leche materna, mientras que disminuye el ritmo de producción acuosa. Para los síntomas más arraigados, a menudo adoptamos enfoques diferentes, individualizados para cada circunstancia particular. Tenemos que modificar el plan si la madre tiene una obstrucción secundaria de los conductos, traumatismo en el pezón o infección. Está más allá del alcance de este documento abordar estas cuestiones maternas. Sin embargo, el plan general es ayudar siempre a alternar las mamas vacías y llenas, dejando que la comodidad propia del bebe y la madre que guíe las decisiones en el momento y

sobre el proceso. Dependiendo de la situación, para los síntomas más largos o extremos, se sugiere que la madre use una bomba para ayudarle a vaciar los pechos. Durante varios días, incluso una semana más o menos, casa seno está “vacío”, así al menos una vez al día, generalmente por bombeo inmediatamente antes o después de amamantar. Si la leche en cualquiera de estas sesiones en particularmente “fina”, como ocurre a menudo en casos con un alto volumen de bombeo por la mañana, la primera fracción de leche más acuosa podría ser desechada, de modo que el resto de la leche extraída es en gran parte más cremosa de lo que hubiera sido.

El resto del día la madre amamanta como de costumbre, probablemente alternando las mamas, aunque a veces le da al bebé leche que se ha extraído antes. De esta manera, permite que sus pechos estén llenos un poco más tiempo del normal. Durante este tiempo, la mayor parte de la leche extraída no debe ser almacenada, pero se debe alimentar al bebé en algún momento cada día. Bombear bien por lo menos una vez al día permite al niño alimentarse de un pecho menos llenos y ayuda a proteger a la madre durante el desarrollo de la obstrucción de los conductos durante ese proceso.

Todo este proceso de desaceleración de la producción a veces puede demorarse un poco. La pseudofedrina ha demostrado recientemente que disminuye la producción de leche y ha sido propuesta como un tratamiento para la hiperlactancia. Con el tiempo, la producción de leche disminuye, la alimentación con pecho será cada vez más fácil, cuando la madre vea que cada vez se extrae menos cantidades de leche cremosa durante las pocas veces al día que se extrae leche. Sin embargo, debido a que la leche extraída no es necesaria a menudo para terminar la alimentación, la madre y el bebé de forma gradual salen de la transición de este plan al ver que funciona. Un componente esencial de esta gestión es ayudar a que la lactancia materna sea agradable y cómoda para la madre y el bebé. Esto puede permitir que el bebé se alimente de forma más relajada, y la liberación de la oxitocina de la madre sea de forma más frecuente, produciendo cantidades más pequeñas y frecuentes de liberación de leche, lo cual debería resultar en leche más cremosa y menor volumen de eyección.

Asesoramiento y educación.

Un completo asesoramiento y educación son importantes para que la madre entienda el proceso y se pueda ajustar al plan que sea necesario. La madre no debe atenerse al plan de manera rígida. Es importante que deje que su propia comodidad y el confort de su bebé sean su guía. Es decir, no puede haber un montón de reglas e instrucciones. Con pocas directrices generales y las expectativas acerca de cómo resolver problemas de alimentación, se debe regresar a un proceso regido por la parte derecha del cerebro. Si se le permite al cerebro izquierdo controlar el proceso, continuaremos en la interferencia del cerebro derecho el cual es inherente en cómo nuestro cuerpo mantiene la homeostasis. Independientemente del plan, si el bebé está frustrado o nervioso o si la misma madre es la que está incómoda, no se debería seguir teniendo al bebé en una posición incómoda. Ella puede cambiar al otro pecho, al hombro o hacer lo que pueda para calmar al bebé. Después de que se calme el bebé, puede dejar que el bebé se quede donde está o si tiene aún hambre, si lo desea puede devolverlo a una mamá u otra. Si es necesario, cuando empieza en la nueva mamá, es posible que la madre quiera bombear un poco de leche baja en grasa del principio, de lo contrario se espera que el

bebé se ahogue o escupa. Esto no debe hacerse como una norma, solo cuando sea necesario, en una decisión del momento. A la madre también se le puede ofrecer una guía de anticipación con respecto a las sensaciones de congestión mamaria reducida y eyección de leche. Los cuidados clínicos son críticos para evitar la obstrucción de los conductos y el riesgo de mastitis, y para evitar aumentar la producción de un lado o la disminución del otro.

RESUMEN/ CONCLUSIONES.

La hiperlactancia es un problema poco reconocido que a menudo se diagnostica mal. Incluso cuando codiagnósticos secundarios se identifican correctamente, su tratamiento se complica por la falta de reconocer y tratar los síntomas de hiperlactancia. La hiperlactancia no es algo inherente a la anatomía de la madre o su fisiología, o causado por estilos de alimentación del bebé, es más bien un círculo vicioso de comportamientos iniciados y reforzados por las expectativas culturales y las normas de alimentación, que hacen caso omiso a los instintos básicos de homeostasis. La lactancia materna, la lactancia con biberón y la comunicación entre la madre y el bebé, al igual que todos los procesos del cuerpo, están mediados por la comunicación y procesos neuro-humorales del hemisferio derecho. Es muy fácil para el procesamiento cognitivo izquierdo del cerebro interferir con lo que debería ser natural e instintivo en comportamientos. Creemos que esta interferencia izquierda del cerebro con los instintos de las madres de origen neurológico es la causa principal del círculo vicioso de los síntomas de hiperlactancia. Aprender a confiar en su cuerpo, escuchar a su bebé y dejar que la comodidad y las necesidades guíen la conducta puede ayudar a restaurar la situación de alimentación, y de esta manera, ayudarles a dejar el círculo vicioso de los síntomas de la producción de leche en abundancia (hiperlactancia).