

HOJA INFORMATIVA N°12

REFLUJO Y BEBÉ AMAMANTADO

Por Sharon Knorr Newark NY USA

Tomado de Leaven, volumen 39, número 1, febrero-marzo 2003

Traducción cortesía de Lucero De León

Revisado por Mónica Tesone y Waleska Porras

El reflujo se presenta cuando el contenido del estómago regresa espontáneamente al esófago. La barrera principal contra el reflujo es el esfínter esofágico inferior (LES por sus siglas en inglés). Esta es una banda de fibras musculares voluntarias que se encuentran dentro del esófago que conducen a través del diafragma desde la cavidad del pecho hacia la cavidad abdominal. Normalmente, existe suficiente presión dentro de esta área del esófago para evitar que el contenido gástrico regurgite desde el estómago.

CAUSAS

Existen varias razones por las cuales el LES deja de prevenir el reflujo. Llenar el estómago en exceso, o el incremento de ácido gástrico pueden superar al LES. Muchos bebés pequeños tienen periodos durante los cuales el LES se relaja, lo cuál permite que se presente el reflujo. Inhalar o exhalar con fuerza puede también producir cambios de presión que fomentan el reflujo. Este tipo de respiración se puede observar en casos de fibrosis quística, infecciones respiratorias, hipo y traqueo malacia (una anomalía de la tráquea que provoca que sea inestable y propensa al colapso). También es un síntoma de displasia bronco pulmonar, la cual es una enfermedad pulmonar crónica que puede desarrollarse en bebés que han sido colocados en ventiladores.

Los tubos nasogástricos que se utilizan frecuentemente para alimentar a bebés muy prematuros o enfermos, pueden provocar la disminución de la presión LES y actuar como un camino para el reflujo. De hecho, los bebés prematuros generalmente tienen un mayor riesgo de sufrir reflujo, lo mismo que los bebés a los cuales se les alimenta con fórmula en lugar de leche humana. Se cree también que las alergias a los alimentos juegan un papel importante en algunos casos de reflujo. En el caso de los bebés con hernias hiatales, la totalidad del LES y una porción del estómago sobresalen hacia arriba, a través del diafragma y hacia la cavidad del pecho, predisponiéndoles al reflujo.

SÍNTOMAS

Los síntomas del reflujo varían desde vomitar, hasta dificultad para respirar. Un cuestionario que se desarrolló para ayudar a los médicos a diagnosticar esta enfermedad (Orenstein et al 1996) reveló que los siguientes comportamientos son un importante indicativo de reflujo:

- escupir leche más de tres veces al día,
- escupir más de una cucharada,
- dolor asociado con el vómito,
- llanto después de tomar los alimentos,
- llanto durante más de tres horas al día,
- arqueado de la espalda y apnea (suspensión temporal de la respiración),
- cianosis (una decoloración azul-grisáceo de la piel causada por falta de oxígeno).

Los bebés pueden entrar en un patrón de tomas frecuentes y cortas, quitándose y poniéndose al pecho en un intento de aliviar su dolor, o pueden llegar a rechazar totalmente la toma. La dolorosa sensación de ardor estomacal que los adultos conocen como acidez estomacal o pirosis, provoca que los bebés estén inquietos y lloren durante la hora posterior a su toma. Esto también puede ocasionar que despierten frecuentemente durante la noche. Cuando el contenido del estómago irrita la tráquea o se aspira (inhala) hacia el interior de los pulmones, entonces se puede presentar ahogamiento, apnea, cianosis o neumonía (Orenstein y Orenstein 1988.) Un bebé que simplemente escupe frecuentemente pero está contento y gana peso, no tiene mayor problema que el lavado frecuente de su ropa. Un bebé que sufre dolor y no gana peso, o que no respira adecuadamente y muestra señales de estar enfermo, debe diagnosticarse y tratarse adecuadamente.

Aunque existen algunas pruebas específicas para el reflujo, incluyendo pruebas de deglución, sondeo del pH y endoscopías (la inspección visual del esófago por medio del uso de un instrumento óptico introducido dentro de un tubo), son pruebas invasivas y estresantes para el bebé y generalmente los resultados no son concluyentes. Por lo tanto, muchos diagnósticos se basan en la observación de los síntomas. Los médicos necesitan también descartar enfermedades tales como estenosis pilórica y disfunciones metabólicas que también pueden provocar vómito y retraso en el crecimiento. (Nota del Editor: por favor refiéranse al Manual para Líderes para conocer el alcance y límite del papel de la Líder; como Líderes, no tratamos de diagnosticar, pero si es necesario podemos ayudar a que la madre busque el consejo del profesional de salud adecuado. La intención de este artículo es enseñar al lector, no prepararle para ofrecer un diagnóstico).

TRATAMIENTO

En muchos casos, el LES relajado del bebé va fortaleciéndose al ir madurando y el reflujo va cediendo con el tiempo. La sobrealimentación provocada por un suministro de leche demasiado abundante o un reflejo de eyección de la leche demasiado fuerte puede provocar vómito e incomodidad durante la toma. El manejo adecuado de la lactancia en estas situaciones con frecuencia puede ayudar a la disminución de los síntomas al reducirse el suministro de leche de la madre para igualarse a las necesidades del bebé (Jozwiak 1995).

La lactancia en sí es un tratamiento para el reflujo. Los doctores a menudo recomiendan tomas breves y frecuentes para promover la motilidad y vaciado gástrico. La posición es también un tratamiento estándar para el reflujo, sin importar su causa (Orenstein y Whittington 1983). Se necesita mantener a los bebés en una posición más vertical tanto durante la toma, como después de la misma. Se recomienda que el bebé se sostenga en un ángulo de 45 a 60 grados mientras amamanta y que las tomas horizontales se eviten por completo. Entre tomas, el bebé puede sostenerse en posición vertical mediante el uso de cargadores, porta bebés suaves o porta bebés rígidos. Sin embargo, no se debe permitir que el bebé cuelgue fláccidamente, por lo cual se requiere de mucho cuidado y quizá del uso de sostenedores para mantenerle en la posición adecuada. También puede funcionar bien el descansar en ángulo sobre el pecho de alguien.

Succionar un seno "vacío" o hasta un chupo de entretención ayuda al generar saliva (la cual neutraliza el ácido) y promueve la peristalsis (el movimiento involuntario similar al movimiento del oleaje en el tracto gastrointestinal el cual mueve los alimentos hacia delante) lo cual ayuda a que el estómago se vacíe con mayor rapidez. La leche artificial permanece en el estómago durante más tiempo y puede contribuir al reflujo (Heacock 1992). Ya que varios estudios muestran una fuerte conexión entre el reflujo y la alergia a la leche de vaca (Iacono et al 1996), el manejo de la dieta puede resultar ser muy efectiva contra esta enfermedad. Otros ofensores comunes son la soya, el huevo y el trigo. La eliminación durante dos semanas de todos los productos lácteos en la dieta de la madre produce frecuentemente una mejora notable en el bebé que sufre de alergia a la leche de vaca. También el consumo excesivo de cafeína por parte de la madre (la cual relaja el LES) puede provocar problemas para algunos bebés, lo mismo es cierto en cuanto a la exposición al humo de cigarrillos (Alaswad et al 1996).

Se pueden utilizar ciertos medicamentos en conjunto con otros tratamientos. Éstos incluyen medicamentos que actúan en contra de los ácidos estomacales, disminuyen la producción de ácidos, promotores de la motilidad gástrica (el movimiento de los alimentos del estómago hacia los intestinos) o el incremento del tono del LES.

Muchos médicos recomiendan el uso de tomas más espesas. Sin embargo, estas tomas no siempre ayudan (Bailey et al 1987), pueden interferir con la lactancia y aumentar el riesgo de alergias a ciertos alimentos. Algunos estudios han demostrado que las tomas más espesas pueden tener un efecto adverso en el crecimiento de algunos bebés, aumentando el riesgo de problemas respiratorios (Orenstein et al 1992). Debido a que las tomas más espesas permanecen más tiempo en el estómago, pueden de hecho provocar más reflujo. Por esta razón, las madres deben considerar sus opciones cuidadosamente antes de decidirse a utilizar tomas más espesas. Si una madre quiere probarlo, puede utilizar su leche extraída y espesarla con cereal y ofrecerla al bebé por medio de una cuchara antes de su toma normal en el seno.

Muy pocas veces se opta por la cirugía del LES, la cual es sólo para los casos más extremos que no responden a los demás tratamientos.

Los estudios demuestran que los bebés alimentados con leche artificial exhiben con mayor frecuencia síntomas de reflujo en comparación a los bebés amamantados. El destetar al bebé no debe considerarse como una buena solución al problema del reflujo. Los bebés que están retrasados en su crecimiento deben evaluarse en búsqueda de enfermedades subyacentes. En muchos casos el reflujo puede controlarse a través de un buen manejo de la lactancia, posicionamiento, la dieta de la madre y educación. Cuando estos pasos no ayudan en la solución del problema, quizá se necesiten llevar a cabo más pruebas y buscar otras opciones de tratamientos.