

COMIDA CON EL EXPERTO

DISCUSION DE CASOS CLINICOS

Experta: Adelina García Roldán
DUE, IBCLC
APL LLL España

En esta sesión abordaremos diferentes casos clínicos basándonos en la evidencia científica. Estos casos, por su interés, pueden servir de ejemplo para ayudar a los participantes a afrontar estas situaciones en su práctica diaria haciendo diagnósticos diferenciales, valorando los tratamientos y elaborando planes de cuidado que nos permitan ofrecer a las madres y a sus bebés ayuda práctica para solventar sus problemas con la lactancia.

CASO 1

Bebé con fisura palatina completa

Edad del bebé 5 días.

Peso al nacimiento 2.740 gramos Peso al alta 2.460 gramos.

Exploración del bebé.

Digagnosticada de fisura palatina bilateral completa al día siguiente de nacer
Presenta apneas y está monitorizada

La madre desea lactar a su bebé y en este momento le ofrece LM diferida con biberón AVENT.

Sugerencias a la madre:

Extracción de leche con un extractor doble.

Contacto piel con piel.

Ofrecer LM con Haberman

Succión del pezón no nutritiva

Próxima visita a los dos meses:

Peso: 3.350

El bebé continua tomando del Haberman. La madre se saca casi toda la leche que necesita el bebé, pero nota que la fórmula, cuando no tiene más leche de la suya le irrita y le produce mocos.

Ayuda práctica:

Sonda en la parte baja del pecho izquierdo de la madre unida a una jeringuilla de 10 cc

Al principio la niña está muy nerviosa, le calma con el Haberman, le ofrece el pecho con la

sonda, al principio está intranquila, luego cada vez más tranquila y al final el bebé aprende a hacer pausas en el pecho, su padre solo le da de la jeringuilla cuando la nena mama y al final se queda dormida en el pecho y se retira, al rato, ella solita.

Mantengo contacto telefónico con la madre .

A la nena la intervendrán quirúrgicamente a finales del mes de marzo.

¿Qué has aprendido de este caso?

Apoyo a las madres cuyos bebés tienen una fisura palatina a establecer una producción adecuada de leche .

Ofrecer al bebé la leche materna con Haberman o métodos alternativos.

Ayudar a amamantar al bebé tras la intervención quirúrgica.

CASO 2

Madre que refiere dolor en el pecho que le impide dar de lactar a su bebé

Edad del bebé 8 semanas

Peso nacimiento: 3740 gramos Peso actual: 5000 gramos

Exploración del bebé.

Lengua fuera de la boca.

Frenillo ligeramente grueso en la parte posterior.

Paladar estrecho.

Lateralidad de la lengua adecuada.

Extensión lengua adecuada.

Dificultad para elevar la lengua.

Ligera contractura cuello que hace que gire la cabeza a la derecha.

El pecho se hunde ligeramente al respirar junto con ruido al llorar que sugiere ligera laringomalacia.

Exploración de la madre

Pechos llenos no ingurgitados,

Pecho derecho doloroso a la palpación sin existencia de zona enrojecida.

Antecedentes de mastitis hace un mes.

En ese momento, la MADRE estaba preocupada por el dolor en el pecho

Mi impresión en ese momento era que la MADRE tenía un dolor en el pecho secundario a una mastitis infecciosa.

Sugerí a la madre : Cultivo

Consulta con un osteópata y un ORL.

Cambios en la alimentación: Incluir en la dieta lecitina de soja.

Enseñé a la MADRE a

Poner al bebé al pecho de forma que el agarre era menos doloroso.

Técnica de agarre

¿Qué has aprendido de este caso?

Puede estar ocurriendo más de una cosa a la vez.

Mastitis y problemas de succión del bebé.

Al tratar la mastitis y solucionar los problemas de succión la lactancia materna evoluciona de manera satisfactoria.

CASO 3

Bebé que no aumenta de peso. La madre refiere baja producción de leche.

Edad del bebé 5 días

Peso al nacimiento 2940 gramos Peso al alta 2700 gramos

Peso a los 5 días 2710 gramos

Exploración del bebé.

Evaluación de la toma: mal agarre y succión ineficaz.

No anquiloglosia

Lateralidad de la lengua adecuada.

Extensión lengua adecuada.

Elevación lengua adecuada.

Exploración de la madre

Pechos blandos.

No refiere subida de la leche.

Pezón muy grande que no puede entrar en la boca del bebe.

Sugiero:

Estimulación con extractor de leche doble

Alimentación con sonda

L Mixta

Comenzamos visitas para control peso y valoración del aumento de la producción.

Tras un mes:

A pesar de extracción: 8 veces al día y de la toma de domperidona, la cantidad extraída es de 40-50 ml por toma.

Alimentación : LM Mixta

Plan:

Descartar hipogalactia primaria: Control hormonal.

Valorar retención placenta.

Se diagnostica Retención de placentaMethergin

Se detectan problemas psicológicos y de relación con su pareja. Sugiero acudir a salud mental.

A los dos meses : Peso 5340 gramos.

L mixta con un suplemento diario que oscila entre 60 cc y 120cc.

¿Qué has aprendido de este caso?

La escasa producción de leche puede ser multicausal.

Es importante realizar un diagnostico diferencial adecuado.

La situación y el apoyo familiar juega un papel importante.

La confianza de la madre junto con una autoestima elevada es fundamental para conseguir una LM exclusiva.

CASO 4

Madre que refiere dolor de pecho que le impide lactar.

Edad del bebé 1mes

Peso al nacimiento 3640 gramos Peso actual 4500 gramos

La Madre refiere dolor en el pezón al lactar no relacionado con la postura.

Observación toma:

Colocación y agarre adecuado.

Evaluación toma : correcta.

Evaluación pezones.

No se observan grietas

Pezones enrojecidos y brillantes.

La madre refiere dolor entre tomas y durante la toma. El bebé no presenta muguet ni irritación en la zona del pañal.

Sugerencia :

Cultivo.

Tras hacer cultivo se diagnostica Candidiasis . Se trata con ketoconazol 400 mg via oral y Daktarin oral al bebé.

¿Qué has aprendido de este caso?

A pesar de los últimos estudios que parecen indicar que el dolor de pezón rara vez es debido a una infección por Candida A. , no se debe descartar a priori la posibilidad de que la Candida A. sea causa de dolor de pezón.

CASO 5

Madre lactante que refiere edema de piernas y pies durante el periodo de lactancia.

Madre lactante múltipara

Embarazo normal sin edema importante , no HTA ni diabetes gestacional.

Primera lactancia : Duración 24 mese sin problemas significativos

Actualmente bebé de 4 meses de edad . Presenta edema postparto tras las primeras semanas que se mantiene a lo largo del tiempo, con dolor intenso en tobillos y dedos de las manos.

La madre acude a su médico que le dice que es debido a la lactancia y le receta ibuprofeno y furosamida.

Sugerencia:

Alimentación con alimentos diuréticos.

Piernas elevadas

Analítica

En la actualidad pendiente del resultado de la analítica.

¿Qué has aprendido de este caso?

Es necesario buscar evidencia científica y hacer un claro diagnostico ante la aparición de episodios que cursan con síntomas que no se relacionan directamente con la lactancia.

BIBLIOGRAFIA

Lactancia materna y fisura palatina

Glenny AM, Hooper L; Shaw WC, Reilly S, Kasem S, Reid J, Feeding interventions for growth and development with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. Cochrane database Syst Rev. 2004;(3);CD003315
Herzog-isler C; Born with a cleft –A feeding guide ; DVD
Herzog-isler C; Mauro-Yes , he can; DVD
Watson Genna C; Supporting sucking skills in breastfeeding infants; Jones and Bartlett Publishers,2008.

Laringomalacia y Traqueomalacia

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB: Nelson Textbook of Pediatrics (16th edition). Philadelphia: W.B.Saunders Company, 2000, pp. 1271-1272
Behrman RE, Kliegman RM: Nelson Essentials of Pediatrics (4th edition). Philadelphia: W.B.Saunders Company, 2002, pp. 351-533

Volumen de leche

Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE: Milk prolactin, feed volume, and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24-hour period. Exp Physiol 87(2):207-214, 2002
Doganay M, Avsar F: Effects of labor time on secretion time and quantity of breast milk. Int J Gynecol Obstet 76(2):207-211, 2002
Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL: Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 88(5):F380-F382, 2003
Lawrence RA, Lawrence RM: Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession (6th Ed). Philadelphia: Mosby, 2005
Scanlon KS, Alexander MP, Serdula MK, et al.: Assessment of infant feeding: the validity of measuring milk intake. Nutrition Reviews 60(8):235-251, 2002
Smith L: How to supplement a supposedly breastfed baby. J Hum Lact 14(2):145-146, 1998

Dolor pezones

Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J: Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. Pediatrics 116:1408-1412, 2005
Akkuzu G, Taskin L: Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems. Prof Care Mother Child 10(2):38-41, 2000
Amir L: Breastfeeding and *Staphylococcus aureus*: three case reports. Breastfeeding Review 10(1):15-18, 2002

- Biancuzzo M: *Sore Nipples: Prevention and Problem Solving*. Herndon, VA: WMC Worldwide, 2000
- Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K: The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeeding Review* 11(2):5-10, 2003
- Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, et al.: Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *J Perinatal Education* 13(1):29-35, 2004
- Graves S, Wright W, Harman R, Bailey S: Painful nipples in nursing mothers: Fungal or staphylococcal? *Australian Family Physician* 32(7):570-571, 2003
- Lawrence RA, Lawrence RM: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (6th edition). Philadelphia: Elsevier/Mosby, 2005
- McClellan HL, Geddes DR, Kent JC, et al.: Infants of mothers with nipple pain display uncharacteristic sucking dynamics. *J Hum Lact* 23(1):93, 2007
- McClellan HL, Geddes DR, Kent JC, et al.: Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums. *Acta Paediatr* 97(9):1205-1209, 2008
- Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaeily H: The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Med J* 26(8):1231-1234, 2005
- Mohrbacher N, Stock J: *The Breastfeeding Answer Book* (3rd Ed). Schaumburg, IL: LLLI, 2003
- Riordan J: *Breastfeeding and Human Lactation* (3rd edition). Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2005
- Tait P: Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. *J of Midwifery & Women's Health* 45(3):212-215, 2000
- Wilson-Clay B, Hoover K: *The Breastfeeding Atlas* (4th edition). Austin, TX: LactNews Press, 2008, pp. 47-60, 171-174

Infecciones por hongos

- Amir L, Hoover K: *Candidiasis and Breastfeeding*. Lactation Consultant Series Two #6, Schaumburg, IL: La Leche League International, 2002
- Force RW: Fluconazole concentrations in breast milk. *Pediatric Infectious Dis J* 14(3):235-6, 1995
- Hale TW: *Medications and Mothers' Milk* (13th Edition). Amarillo, TX: Hale Publishing, 2008
- Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, Berens PD: The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeeding Medicine* 4(2):57-61, 2009
- Heinig J, Francis J, Pappagianis D: Mammary candidosis in lactating women. *Journal of Human Lactation* 15(4):281-288, 1999
- Hoover K: *The Link between Infants' Oral Thrush and Nipple and Breast Pain in Lactating Women* (5th edition). Morton, PA: Kay Hoover, 2002
- Hoover KL: Yeast infections of the nipples and breasts. *The Medela Messenger* 18.3:11-12, 2001
- Powers N: "Burning" pain is not always yeast! *ABM news and Views* 6(2):12-13, 2000

Mastitis

- Delgado S, Arroyo R., Jiménez E, Fernández L, Rodríguez J.M.; Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I), *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67(2)
- Delgado S, Arroyo R., Jiménez E, Fernández L, Rodríguez J.M.; Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II), *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67(3):77-84

Martin R, Heilig HG, Zoetendal EG, Jimenez E, Fernandez L, Smidt H, Rodriguez JM. Cultivation-independent assessment of the bacterial diversity of breast milk of healthy women. *Res Microbiol* 2007; 158: 31-37.

Martin R, Olivares M, Marin ML, Fernandez L, Xaus J, Rodriguez JM. Probiotic potential of 3 lactobacilli strains isolated from breast milk. *J Hum Lact* 2005; 21: 8-17.

Scott J.A, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S; Occurrence of lactational mastitis and medical management: A prospective cohort study in Glasgow. *Breastfeed J.* 2008; 3: 21. Published online 2008 August 25. doi: 10.1186/1746-4358-3-21.

ABM Protocols;ABM Clinical Protocol #4: Mastitis; Revision, May 2008; *Breastfeeding Medicine* , Volume 3, Number 3, 2008

Hipogalactia

Dewey KG et al, Risk factors for suboptimal breastfeeding behavior. Delayed onset of lactation and excess weight loss. *Pediatrics* 2003;112:607-19

Morton JA. Pre-glandular, glandular and post-glandular causes of hypogalactia. In: *ABM Views and News* 2003;9:13

West D; Marasco L; *The breastfeeding mother's guide to making more milk.* McGraw-Hill 2009