

LACTANCIA MATERNA EN MADRES DIABÉTICAS.

Las madres diabéticas deben superar más dificultades para iniciar e instaurar la lactancia que el resto, por lo que deberían disfrutar de más apoyo por parte de personal experto para dar el pecho que las demás mujeres. En general, es raro que la diabetes incapacite para amamantar. Esto nos obliga a los profesionales que las atendemos a estar especialmente formados no sólo en diabetes, sino imprescindiblemente en lactancia materna, y a transmitir con eficacia los conocimientos precisos para facilitar su instauración y promover una evolución sin complicaciones por problemas de fácil solución.

Hay pocos estudios rigurosos que profundicen en el seguimiento de la lactancia materna a las madres diabéticas con todas las variables que pueden aparecer durante la misma. Todos ellos coinciden en sus ventajas, sobre todo por el mayor riesgo de hijos prematuros, macrosómicos y riesgo conjunto de infecciones. Varios han llegado a la conclusión de que protege de la aparición de diabetes mellitus en los niños.

La Academia Americana de Pediatría recomienda la lactancia en familias con una historia muy positiva de diabetes, evitando en lo posible los productos que contengan proteínas de leche de vaca intactas durante el primer año de vida. No hay estudios suficientes que avalen la relación entre diabetes materna, lactancia y obesidad infantil; es más, a pesar de todo se aconseja la lactancia, pues los beneficios ya comprobados superarían con creces un riesgo que ni siquiera está demostrado.

La evolución de la lactancia se puede ver condicionada por la evolución de la gestación, forma de terminar el parto, inicio tardío de la lactancia por controles rutinarios al hijo de madre diabética y a la propia madre, complicaciones de la madre intercurrentes (nefropatías, cardiopatías...), riesgos potenciales o patología del bebé (prematuridad, Síndrome de Distrés Respiratorio, ictericia, hipoglucemia, hipocalcemia, macrosomía...). Es necesario saber que el mero hecho de lactar a demanda (alrededor de 8 - 12 tomas por día) consume de 700 a 900 calorías maternas diarias, aproximadamente, a expensas de las reservas acumuladas durante la gestación; por lo que se hace necesario saber la evolución y la ganancia de peso durante el embarazo para ajustar la dieta y el ejercicio.

Hasta unos pocos días tras el parto, no antes, la madre sin complicaciones no suele iniciar un ejercicio físico moderado y mantenido (caminar...); pero posteriormente suele salir a pasear con el niño. Por lo tanto, tenemos dos vías de consumo calórico: el amamantamiento y el ejercicio activo. Las necesidades de ingesta materna durante la lactancia se deben aumentar entre 500 y 700 Kcal./día respecto a la alimentación previa al embarazo, de forma equilibrada, con alimentos ricos en hierro, calcio y ácido fólico, de manera que el balance a lo largo de varios meses dé como resultado el consumo del peso acumulado durante el embarazo específicamente para la lactancia. Se empleará sal yodada para cocinar, y se valorará la suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia.



La cantidad de insulina que pasa a la leche humana es apenas apreciable, y sin efectos sobre el lactante. Por lo dicho anteriormente, los requerimientos de insulina disminuyen durante la lactancia, y suele ser el medicamento de elección. Hay antidiabéticos orales que se excretan en la leche materna, muchos de forma poco significativa y escasa biodisponibilidad; de otros no se dispone de datos durante la lactancia. Algunos se consideran seguros y compatibles, aunque advierten sobre el riesgo de ictericia en el bebé e hipoglucemias maternas, por lo que la elección se hará de forma cuidadosa, informada y controlada, considerando los aspectos anteriormente citados. Las madres recién paridas, máxime si ha habido complicaciones del niño (prematuridad, controles con separación de la madre, macrosomías), tienden a descuidar sus propios cuidados en pro de la demanda o necesidad de atención al bebé: organización de comidas, calidad de las mismas,...; aumentando el número de horas en ayunas, ingesta inadecuada de alimentos, estrés, ingesta deficiente de líquidos, etc.... Mantenerse en la dieta, con ejercicio moderado y de forma ordenada suele ser a menudo lo más importante para mantener los niveles de glucosa dentro de los límites. La hipoglucemia materna, el problema más frecuente, en sí misma no representa un riesgo para la lactancia, y menos si se presenta de forma aislada; pero las hipo-

glucemias repetidas, por su efecto adrenérgico, estresante, pueden disminuir la cantidad de leche secreta, y seguramente indican la falta de adecuación de dieta, ejercicio y medicación. Los controles de glucemia serán diarios, pre y postprandiales.

También existe riesgo de hipoglucemia neonatal, más aún en niños macrosómicos o con gestaciones mal controladas. Esto incluye a los hijos de madres con diabetes gestacional. Los controles en estos casos retardan el inicio precoz de la lactancia, comprometiendo su instauración.



A la madre se la adiestrará para mantener estimulado su pecho (contacto "piel con piel", método canguro, estimulación areola-pezón, ver fotos del bebé, formación específica en lactancia y relactación, alimentación idónea), y a ordeñarse y almacenar correctamente la leche, afianzando animosamente su confianza hasta que pueda amamantar. Durante los primeros días es fundamental mantener un estímulo continuado del pecho, que además asegure un vaciado que evite induraciones o congestión mamaria, para adelantarnos al riesgo de infecciones (mastitis, abscesos, candidiasis...). También habrá que ser extremadamente cuidadoso en la prevención de grietas mediante lo más eficaz: la posición adecuada; y evitar el uso de cremas

locales (antigrietas, antiestrías, hidratantes, etc.) que entorpecen el agarre del niño, irritan el pecho por lavado repetido antes de las tomas y colonizan la piel de gérmenes, haciéndola aún más vulnerable a infecciones. Es necesario que la madre beba dos litros de agua al día o más, pues el amamantar produce sed (en la lactancia instaurada se excreta alrededor de un litro de leche, con un 88% de agua); y no a expensas de leche, téis, hierbas supuestamente galactogogas, colas, chocolates, refrescos... que aumentan los efectos adversos en madre e hijo. También el tabaco disminuye la cantidad de leche y los niños están más irritables, ganan menos peso y tienen mayor incidencia de cólicos del lactante, además de los efectos como fumadores pasivos, incluyendo el aumento de la muerte súbita.

Es recomendable que las madres extremen sus controles glucémicos cuando los niños hagan crisis de crecimiento ("estirones"), huelgas de lactancia, inicio de la dentición, catarros, sobreestimulación..., ya que la disminución o aumento del número de tomas del niño durante unos días repercute en el gasto materno y también en el estrés si no es bien interpretada la situación, arrastrando a conductas erróneas: introducción de ayudas, abandono precoz o destete brusco, disminución de la producción de leche, etc., que conllevan de nuevo repercusiones para la evolución de la diabetes en la madre. Las madres diabéticas lactantes pueden presentar lactosuria en orina, y esto no debe dar lugar a errores de interpretación. Se deben controlar cuerpos cetónicos en orina. El riesgo de infección por candidiasis y contagio mutuo es más alto en las diabetes, sobre todo si la higiene es deficiente (no lavarse las manos antes de las tomas, por ejemplo), con la introducción de ayudas, tetinas, juguetes; si ya había micosis vulvovaginal preparto, etc. Las madres diabéticas deberían pasar revisiones preventivas en el dentista y el oftalmólogo, durante la gestación, o al menos lo antes posible después del parto, igualmente para adelantarse a posibles repercusiones del embarazo y parto en la diabetes.

Recordar también que deberán ser revisadas sin falta por el especialista (matrona o ginecólogo) en la primera semana postparto; incluyendo la valoración de la propia diabetes y de los cuidados obstétricos: mamas, episiotomía, desgarros, hemorroides, cesárea, estado emocional, constantes, diuresis, presentación de edemas, peso... Como vemos, hay que educar y adiestrar a la madre diabética y a su pareja y familiares de apoyo para que la maternidad y la lactancia repercutan lo menos posible en la evolución y estabilización de la diabetes, aumentando los controles y compaginando sus cuidados con los del bebé. Esta educación debe empezar ya desde la gestación, incluyendo la Preparación Maternal, para adelantarse a la solución de problemas. Una madre bien controlada en su embarazo, con implicación y responsabilidad materna en los cuidados, bien formada y que conoce los beneficios y peculiaridades de la lactancia aumenta su motivación e interés, base para asegurar la lactancia en las madres diabéticas, incluso en situaciones adversas. Cuanto más sepa la madre, más fácil le resultará controlar su diabetes, gozar de su amamantamiento y aumentar la probabilidad de una lactancia segura y exclusiva con un bebé sano, normal y feliz.

Margarita Luque Plaza. Matrona.

Presidenta de la Asociación Murciana de Apoyo a la Lactancia Materna de la Región de Murcia (AMA).