

Mantenimiento de la lactancia materna

(An Esp Pediatr 2000; 52: 69)

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de la Dra. Barriuso et al¹ publicado recientemente en ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA sobre "La epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España".

Compartimos con los autores del mencionado artículo el interés por conocer los factores que influyen en el mantenimiento de la lactancia materna; ya que también en nuestra experiencia² el porcentaje de niños que inician la lactancia materna es elevado (94,3% de nuestra serie, incluyendo recién nacidos [RN] pretérmino, RN de bajo peso para la edad gestacional y RN provenientes de cesáreas), y dado que la duración de ésta no es mucha, parece oportuno intentar aclarar cuáles son los motivos que hacen que un importante número de madres inicien la lactancia al pecho pero no la mantengan.

Un 27% de los RN de nuestra serie han sido dados de alta de las maternidades recibiendo suplementos de lactancia artificial; no parece que éste sea un dato aislado ni exagerado cuando otros autores³, en una encuesta realizada a 13 hospitales del INSALUD de Castilla y León en 1996, que incluían 18.874 nacimientos, recogen que el 53,8% de los RN salen de la maternidad (citamos textualmente) "con leche materna y fórmula láctea por si acaso". Son muchos los autores que apuntan la importancia que en el mantenimiento de la lactancia materna tiene la confianza de las madres en sus posibilidades y el necesario apoyo del entorno. Nos parece que constituyen datos para la reflexión.

Estaríamos muy interesados en conocer cómo ha sido el seguimiento de los lactantes del estudio de la Dra. Barriuso, en qué momento a la salida del hospital se ha iniciado su control, cada cuánto tiempo se les ha atendido, si existía facilidad para su contacto con el personal sanitario, etc., ya que de lo publicado en su artículo parece desprenderse que son datos que han estudiado y de los que no ofrecen ningún resultado. En nuestra experiencia, los porcentajes de mantenimiento de la lactancia materna, tanto exclusiva como mixta, son un poco más elevados (duración media, de 3,6 meses; un 9,2% lactancia materna exclusiva al sexto mes, un 12,2% mixta; es decir, un 21,4% de los niños recibe alguna toma de pecho diaria al sexto mes), no sabemos bien el porqué. Hemos realizado un esfuerzo importante en la captación de los RN al alta del hospital, e intentamos mantener un contacto estrecho con las madres, por lo que nos parece interesante conocer los resultados obtenidos por la Dra. Barriuso en cuanto al tipo de seguimiento que han recibido los niños, por si puede aportarnos alguna luz sobre si hay diferencia en el mantenimiento de la lactancia dependiendo del momento en que las madres toman contacto con el pediatra a su salida de los hospitales, los intervalos de las visitas o la facilidad con que pueden acceder al

personal sanitario en busca de apoyo, ya que nos puede servir de orientación para seguir en nuestra línea de trabajo o plantearnos el inicio de otra.

**M. del Real Llorente, J. Pellegrini Belinchon,
y A. del Molino Anta**

Centro de Salud de Casto Prieto,
Vitigudino y Alamedilla. Salamanca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. An Esp Pediatr 1999; 50: 237-243.
2. Pellegrini Belinchon J, Del Molino Anta A, Del Real Llorente M, García Gutiérrez JF, Miguel Miguel G, Malmierca Sánchez F. Estudio de la alimentación en el lactante. Aten Primaria 1997; 20: 493-498.
3. Pedraz García C. Las rutinas hospitalarias en el período neonatal precoz. Bol Pediatr 1997; 37: 143-146.

Miocarditis por virus respiratorio sincitial

(An Esp Pediatr 2000; 52: 69-71)

Sr. Director:

Presentamos a un varón de 18 meses, que ingresa por presentar desde 48 h antes cuadro respiratorio y febrícula, con empeoramiento progresivo, aumento de la fiebre, dificultad respiratoria y obnubilación pese a tratamiento.

Antecedentes familiares y personales: sin interés.

Exploración física: normosómico. Temperatura rectal, 38,6 °C; FR 70 resp/min; FC 150 lat/min; TA 90/60 mmHg. Pálidez facial, subcianosis labial, auscultación cardíaca: sin soplos, ni galope, pulsos periféricos y centrales palpables, raleo capilar bueno, hepatomegalia de 3 cm. Taquipnea, quejido, tiraje subcostal e intercostal, hipoventilación bilateral, estertores húmedos finos en bases. Irritabilidad alternando con obnubilación. Resto de la exploración sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: hemograma: serie roja (Hb, 10 mg/dl; Hto., 32%, resto normal); normoleucocitemia con neutrofilia; plaquetas normales. Bioquímica normal. Gasometría con FiO₂ al 50% normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia con edema pulmonar y derrame pleural (fig. 1). ECG: bajo voltaje y trastorno de la repolarización generalizado. Ecocardiograma: dilatación del ventrículo izquierdo con disminución de la contractilidad (tabla 1). ELISA para VRS positivo. Cultivo VRS positivo. Hemocultivo negativo y serologías diversas negativas.

Evolución: tras su ingreso, se instauró tratamiento con restricción hídrica, diuréticos, dobutamina y milrinona, mejorando de forma manifiesta el cuadro clínico hemodinámico, respiratorio y radiológico, aunque se mantuvieron trastornos de re-