

Las drogas sociales y la lactancia materna

Traducción libre al Español

Publicado por Health e-Learning.com

Autores: Denise Fisher - Created: 04 December 2008

Introducción

Como manejar un tema que no es blanco o negro.

El consumo de drogas sociales por parte de una minoría de madres embarazadas y lactantes es un hecho. La lactancia es la única forma de alimentar a un bebé para que pueda alcanzar un crecimiento, una salud y un desarrollo mental óptimos. Las madres que consumen drogas deben saber cómo su hábito de drogarse repercutirá en su bebé y en su lactancia, y cómo la fórmula artificial les afectará a ellas y a su bebé. El objetivo es la toma de decisiones informada, que logre el mejor resultado tanto para el bebé como para la madre.

Desgraciadamente, todas estas drogas son adictivas en mayor o menor medida, por lo que la solución "fácil" de "dejarlo" no es tan sencilla como nos gustaría, y puede no ser una opción para algunas madres. No es una cuestión de blanco o negro: no hay una solución única para todos.

En todos los casos hay que valorar la relación riesgo-beneficio. Para poder ayudar a una madre y a sus otros asesores sanitarios a tomar una decisión adecuada, deben considerarse muchos factores en conjunto.

El profesional de la salud que ayuda a la madre a tomar decisiones que repercuten en la salud presente y futura de su bebé debe recibir un asesoramiento cuidadoso y atento. Es necesario equilibrar en el asesoramiento la comprensión de los numerosos factores sociales que influyen en ella, la información más reciente sobre la transferencia de fármacos específicos a la leche materna y su efecto en el bebé, y el efecto en el bebé de no ser amamantado en cada circunstancia.

También es importante determinar qué otros fármacos (recetados o no) puede estar tomando la madre, ya que podrían provocar interacciones que potencien el efecto de uno u otro. La fase de la lactancia, la edad del bebé, su estado (sobre todo si es prematuro o está enfermo) y el número de lactancias o la cantidad de leche materna que recibe el bebé son factores que influirán en tus conversaciones y recomendaciones.

Existen pocas cifras recientes que reflejen la incidencia del consumo de drogas ilícitas durante la lactancia, pero en general se considera que es baja. El abuso de polisustancias (nicotina, cafeína y alcohol; o una mezcla de drogas lícitas e ilícitas) provoca factores de riesgo acumulativos y a veces potenciados para el lactante. Es poco probable que la mayoría de las mujeres que siguen consumiendo drogas durante el embarazo las abandonen durante la lactancia.

Sin embargo, no hay que subestimar lo que las madres harán en beneficio de sus hijos.

NICOTINA

Factores sociales:

Hay muchas razones por las que una mujer puede ser fumadora; algunas de estas razones son comunes con las razones por las que una mujer decide alimentar a su bebé con biberón (o destetarlo muy pronto). Las relaciones de poder, la construcción de su identidad social, el control social y la pobreza están estrechamente relacionados con el hecho de que las mujeres fumen. Algunos de estos factores también están relacionados con el motivo por el que una mujer decide dar el biberón: la falta de confianza en su cuerpo, la pobreza y la identidad social.

Muchos países realizan encuestas a sus poblaciones para determinar la incidencia del tabaquismo. Por ejemplo, el 21,5% de las mujeres en edad fértil de EE.UU. son fumadoras habituales y el 17% siguen fumando durante el embarazo (National Health Interview Survey 2005); el 21,3% en Canadá, con un 13% de fumadoras durante el embarazo (Canadian Tobacco Use Monitoring Survey 2005) y el 21,6% de las mujeres australianas en edad fértil, con un 17,3% de fumadoras durante el embarazo (Australian Institute of Health & Welfare 2004 National Drug Strategy Household Survey).

Giglia et al (2006) informaron de que el embarazo es un momento en el que muchas mujeres están motivadas para dejar de fumar. Lamentablemente, muchas vuelven a su hábito después del nacimiento del bebé (Lawrence, 2005).

Se ha descubierto que la alimentación artificial del bebé está más relacionada con que la mujer vuelva a fumar después del parto.

También se ha informado de que la nicotina es una de las drogas más adictivas.

Transferencia de nicotina al bebé

Transferencia a la leche materna:

La nicotina se absorbe rápida y completamente desde las vías respiratorias al torrente sanguíneo de la madre.

La transferencia a la leche materna se produce por simple difusión y los niveles de nicotina en el suero materno y en la leche materna están estrechamente relacionados.

La nicotina tiene una vida media de unos 97 minutos.

Absorción por el lactante:

El lactante absorbe fácilmente la nicotina del aire, junto con el alquitrán y el monóxido de carbono y otros 2.000 subproductos del humo de los cigarrillos: el tabaquismo pasivo. La nicotina se absorbe un poco más lentamente y con menos eficacia de la leche materna.

Los niveles en el torrente sanguíneo del bebé son mayores por el tabaquismo pasivo que por la ingestión de nicotina sólo a través de la leche materna, pero los efectos son acumulativos. Los niveles de cotinina en la orina, un metabolito de la nicotina y un marcador específico de la exposición al humo del tabaco, se encuentran en niveles hasta 10 veces superiores en los bebés amamantados de madres fumadoras en comparación con los bebés alimentados artificialmente cuyas madres fuman (Mascola, 1998).

Efecto del consumo de cigarrillos en la lactancia:

Las mujeres que fuman tienen menos intención de amamantar, menos probabilidades de iniciar la lactancia y más probabilidades de amamantar durante menos tiempo que las no fumadoras. Es posible que tengan un volumen reducido de leche materna, lo que podría estar relacionado con la disminución de los niveles de prolactina, aunque el efecto persiste incluso después de que la lactogénesis esté bajo control autocrino. Amir et al. (2003) descubrieron que los factores psicosociales, más que los fisiológicos, son los principales responsables de las menores tasas de lactancia materna encontradas en las mujeres que fuman en comparación con las que no lo hacen.

Efecto del consumo de cigarrillos en el bebé:

La nicotina aromatiza la leche y es un conocido inhibidor del apetito. Los bebés suelen mostrarse inquietos al mamar y a veces rechazan el pecho si la madre acaba de fumar un cigarrillo. Otros síntomas que pueden atribuirse a la ingestión de nicotina son los vómitos, la diarrea, la inquietud y el aumento del ritmo cardíaco. Hay un aumento de los cólicos en los bebés de madres que fuman 5 o más cigarrillos al día.

Los bebés alimentados artificialmente en un hogar donde se fuma son hospitalizados con más frecuencia y tienen una mayor incidencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Los cólicos también son mucho más frecuentes en este grupo. Los bebés expuestos al humo pasivo también tienen una mayor incidencia de infecciones del oído medio y una función y desarrollo pulmonar comprometidos. Sin embargo, probablemente el efecto más importante del consumo de cigarrillos en el hogar es el gran aumento del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

La lactancia materna ayuda a proteger al bebé contra todos estos problemas de salud.

Los bebés de madres fumadoras tienen un peso medio al nacer de 200 g menos que aquellos cuyas madres no fuman. El aumento de peso en los primeros meses también es menor, aunque a los 12 meses no se aprecian diferencias. El desarrollo motor grueso y el desarrollo mental no parecen verse afectados por el tabaquismo materno durante la lactancia.

Aconsejar a la madre que fuma durante la lactancia:

La Asociación Americana de Pediatría (AAP) no ha clasificado el tabaquismo materno (Comité de Drogas 2001). Reconocen que, aunque el tabaquismo materno y la transferencia de sustancias químicas del tabaquismo a la leche materna son deletéreos, los resultados de salud atribuibles al tabaquismo materno son peores para los bebés alimentados artificialmente que para los amamantados y, por lo tanto, animan a continuar con la lactancia materna.

"Está claro que no es ideal fumar y dar el pecho. Pero es peor fumar y no dar el pecho". (Minchin, 1991, p187)

Dejar de fumar sería la recomendación definitiva pero, a falta de eso, la discusión debería centrarse en reducir la exposición del bebé a la nicotina, asegurando al mismo tiempo que la madre siga apreciando el valor de seguir amamantando a su hijo.

Las estrategias podrían incluir:

- educar a la madre sobre el uso de parches transdérmicos de nicotina en lugar de fumar
- reducir el número de cigarrillos que fuma y tal vez cambiar a marcas de bajo contenido en nicotina
- fumar DESPUÉS de dar el pecho y utilizar otras técnicas para calmar al bebé durante la hora y media que tarda la nicotina en alcanzar su primera vida media
- no permita que se fume en lugares cerrados donde pueda estar el bebé, por ejemplo, dentro de la casa o dentro del coche
- no lleves al bebé a ambientes con humo y no permitas que la gente fume cerca del bebé
- cubra el pelo con un pañuelo y la ropa con una camisa vieja grande mientras fuma - quítese y salga al exterior después de fumar. Lávese las manos y la cara después de fumar.
- observe al bebé para detectar síntomas relacionados con la nicotina y reduzca aún más la exposición si es posible.

El parche de nicotina

Ilett et al. (2003) descubrieron que las madres que fumaban una media de 17 cigarrillos al día tenían niveles similares de nicotina y cotinina en la leche materna que cuando utilizaban un parche transdérmico de nicotina de 21 mg al día. Con concentraciones reducidas del parche (14 mg/día y 7 mg/día) los niveles de nicotina y cotinina en la leche materna disminuyeron significativamente. Los investigadores concluyeron que dejar de fumar con el parche de nicotina es una opción más segura que seguir fumando.

Si se combina con la disminución de la exposición a los subproductos ambientales del tabaquismo, la diferencia para el lactante sería significativa.

ALCOHOL

Factores sociales:

Un número significativo de mujeres de entre 14 y 39 años de edad beben alcohol regularmente (al menos una bebida estándar por semana) en muchos países. Un estudio noruego (Alvik 2006) informó de que el 80% de las mujeres que amamantaban a un niño de 6 meses consumían alcohol. Sin embargo, habían reducido a la mitad la cantidad de alcohol que solían consumir antes del embarazo. Durante muchos años, familiares, amigos y profesionales de la salud han recomendado a las madres lactantes que tomen una copa de alcohol para relajarse por la noche, alegando que aumenta la producción de leche y quizás incluso la calidad de la misma. Esto es erróneo.

Transferencia de alcohol al lactante:

El alcohol pasa fácilmente a la leche materna por simple difusión, alcanzando niveles aproximadamente iguales a los del torrente sanguíneo materno.

El alcohol aromatiza la leche materna y cambia su olor (Mennella 1992).

Efecto del alcohol en la lactancia:

La liberación de oxitocina, necesaria para que funcione el reflejo de expulsión de la leche, se inhibe, o al menos se inhibe parcialmente, después de 2 bebidas estándar de alcohol. (Mennella, 2005)

El volumen de leche se reduce en aproximadamente un 23% después de una bebida estándar de alcohol. (Mennella, 2005). Tenga en cuenta que el alcohol en cualquiera de sus formas (cerveza, cerveza negra, vino, etc.) NO es un galactagogo.

El valor calórico de la leche materna no cambia tras la ingestión de alcohol.

Efecto del alcohol en el lactante:

Debido a la inmadurez del hígado, los bebés desintoxican el alcohol aproximadamente a la mitad de la velocidad de los adultos hasta que tienen al menos 3 meses de edad. La exposición al alcohol de un bebé de corta edad puede ser mucho más perjudicial que la de un bebé mayor.

Una bebida estándar al día se ha asociado a una disminución del desarrollo psicomotor en algunos estudios, pero no en todos. Beber en exceso (5 bebidas estándar) semanalmente tiene el mismo efecto. Una bebida estándar hace que el lactante mame más pero obtenga menos leche y esté ligeramente sedado. En las 4,5 horas siguientes a la ingestión de alcohol en la leche materna, los lactantes están más despiertos. (Mennella 2001A)

Efecto del alcohol en la madre

Más de 2 bebidas estándar a la vez pueden perjudicar el juicio y el funcionamiento de la madre. El consumo regular de alcohol se asocia a menudo con la depresión y la fatiga. La dieta de una mujer que bebe regularmente puede ser deficitaria en nutrientes.

Asesoramiento a la madre que consume alcohol

La discusión debe incluir:

- minimizar la exposición del bebé al alcohol durante al menos los 3 primeros meses de vida

- elegir bebidas con bajo contenido de alcohol
- comer antes y mientras se bebe
- evitar la lactancia durante las 2 ó 3 horas siguientes a la ingesta de alcohol
- almacenar leche materna sin alcohol para utilizarla después de haber bebido moderadamente o en exceso
- el alcohol REDUCIRÁ la ingesta de leche por parte del bebé. Ignora, o educa correctamente, a quien recomiende su uso.

CAFEÍNA

Cuestiones sociales

La cafeína es una de las drogas más populares del mundo. Está presente en el café, el té, las bebidas de cola, algunos alimentos y los medicamentos. Muchas madres utilizan una taza de café caliente para relajarse y favorecer la expulsión de la leche. La cantidad de cafeína presente en el café varía considerablemente según el tamaño de la taza y el método de preparación (por ejemplo, el "barro" turco comparado con el café instantáneo soluble).

Transferencia de cafeína al lactante

La transferencia a la leche materna varía de una persona a otra en función de su capacidad de absorción y eliminación de la droga. En general, los niveles máximos de cafeína se encuentran en la leche materna 60 minutos después de la ingestión.

Menos del 1% de la dosis materna se transfiere al lactante. Una dosis materna de una o dos tazas de café (60 - 180 mg de cafeína) es clínicamente insignificante para el lactante. Los recién nacidos pueden tardar hasta 80 horas en metabolizar la cafeína. Debido a este largo tiempo de excreción en el bebé muy pequeño, la cafeína puede acumularse en cantidades significativas. A los 6 meses de edad son capaces de metabolizar la cafeína en 2,6 horas. (Aldridge 1979, Hale 2006)

Efecto de la cafeína en la composición de la leche:

3 tazas de café o más al día pueden asociarse a una reducción del contenido de hierro de la leche materna de hasta un tercio del de las mujeres que no consumen café. Moreira (2005) señaló que la actividad reductora de hierro de las bebidas de café no estaba influida por la cafeína, sino por la presencia de ácidos clorogénicos en el café.

El consumo crónico de café por parte de la madre podría provocar anemia por deficiencia de hierro en el lactante. (Liston, 1998)

Efecto de la cafeína en el bebé:

El consumo materno de más de 300 mg de cafeína (unas 3 tazas de café colado o filtrado) al día se ha asociado con el nerviosismo y la irritabilidad del bebé, así como con patrones de sueño deficientes. El consumo de cigarrillos por parte de la madre acentúa los efectos de la cafeína en el lactante.

Aconsejar a la madre que consume cafeína:

Aconsejar a la madre sobre los efectos de la cafeína en su bebé le dará la oportunidad de considerar la reducción de su consumo de cafeína eligiendo alternativas descafeinadas. Las bebidas y alimentos ocasionales con cafeína tienen un efecto clínico mínimo en el lactante.

MARIHUANA/CANNABIS

Cuestiones sociales:

El 7,6% de las mujeres estadounidenses (SAMHSA, 2006) , el 10,2% de las canadienses y el 11% de las australianas en edad fértil consumieron marihuana en el año anterior a la encuesta. El consumo durante el embarazo en Estados Unidos se sitúa entre el 3 y el 16% de las mujeres. En comparación con el consumo de alcohol y nicotina, la marihuana es la droga que menos se reduce durante el embarazo. El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) se metaboliza en el hígado y tiene una vida media de 25 a 57 horas (Hale 2006). En los consumidores crónicos, su vida media podría

ser de hasta 4 días porque se almacena en la grasa corporal; puede detectarse hasta un mes después del último consumo.

Transferencia de la marihuana al bebé a través de la leche materna:

El componente activo (THC) es liposoluble y se transfiere en cantidades moderadas a la leche materna; se encuentran niveles más altos en la leche materna que en el suero de la madre con un consumo intenso crónico (Pérez-Reyes, 1982).

A través del tabaquismo pasivo:

Al igual que con la nicotina, el bebé absorberá cantidades significativas de la droga si se encuentra en un ambiente donde se fuma marihuana.

Efecto de la marihuana en la lactancia

Algunos estudios en animales han encontrado que la marihuana reduce los niveles de prolactina basal, por lo que se reduce el suministro de leche.

Efecto de la marihuana en el bebé

Esto sigue siendo bastante controvertido. Los estudios en animales han demostrado que se producen cambios estructurales en el cerebro de los animales recién nacidos expuestos a la marihuana a través de la leche materna. En el bebé humano, los primeros 12 meses a 2 años son un momento de rápido crecimiento y desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central, y un insulto en este momento podría tener efectos de gran alcance. Pocos estudios han demostrado los efectos a largo plazo en el bebé amamantado, aunque Astley (1990) informó de que la exposición a la marihuana a través de la leche materna durante el primer mes después del parto parecía estar asociada a una disminución del desarrollo motor del bebé al año de edad. Los efectos a corto plazo parecen limitarse a la sedación, la debilidad y los malos patrones de alimentación.

Efecto de la marihuana en la madre

La marihuana provoca una distorsión de la realidad y el juicio materno puede verse afectado. Los cambios de comportamiento secundarios pueden interferir con la capacidad de la madre para cuidar a su hijo o amamantarlo adecuadamente. Tras el "subidón" de la marihuana, la madre puede dormir profundamente y no responder a las necesidades de su bebé.

Asesoramiento a la madre que consume marihuana:

La AAP (2001) ha incluido la marihuana en la Tabla 2: "Fármacos cuyo efecto sobre los lactantes se desconoce pero puede ser preocupante", enumerando sólo un informe de acontecimientos adversos.

Consejos similares a los que se dan en relación con el consumo de cigarrillos reducirán la exposición del lactante a la inhalación pasiva de humo. En el caso de una madre que sólo consuma marihuana ocasionalmente, podría prepararse para disponer de leche no afectada para su bebé y se le aconsejaría que un cuidador que no esté afectado por las drogas le ayude con el bebé durante este tiempo.

Se trata de una situación difícil de aconsejar, ya que hay muy pocas pruebas de los efectos perjudiciales a largo plazo del consumo de marihuana en el bebé, pero hay muchas pruebas de los efectos perjudiciales a largo plazo de las leches infantiles artificiales en los bebés.

Si se aconseja la alimentación artificial, ¿se puede mantener una higiene adecuada? ¿Es la madre lo suficientemente responsable como para mezclar la leche infantil artificial en la concentración adecuada? Cuando está "colocada", ¿se puede confiar en ella para preparar la leche artificial y alimentar a su bebé? ¿Puede permitirse comprar leche artificial para bebés, o cambiará a sustitutos inadecuados demasiado pronto? Al ser alimentado con un sustituto de la leche materna, su bebé sufrirá más problemas de salud: ¿buscará un tratamiento adecuado y oportuno?

¿Alguno de estos factores, o todos ellos, son más perjudiciales para el lactante que seguir alimentándolo con una leche nutricionalmente superior, de dudosa contaminación?

METANFETAMINA

Cuestiones sociales:

El consumo de metanfetamina es un problema creciente. En Australia es la segunda droga ilícita más consumida después del cannabis, con un 9% de australianos que la han probado alguna vez. En Estados Unidos es el problema policial más común relacionado con las drogas. Los delitos de robo, violencia doméstica, abuso de menores y violencia sexual han aumentado como consecuencia directa del consumo de metanfetamina. El consumo de metanfetamina está estrechamente relacionado con trastornos mentales como la psicosis. Si la droga se inyecta, aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA y la hepatitis C. La dexanfetamina se utiliza habitualmente con fines terapéuticos para tratar el trastorno por déficit de atención. En el uso terapéutico no se han notificado efectos adversos en los bebés amamantados.

Transferencia de metanfetamina al lactante:

Transferencia significativa de la droga a la leche materna. 18 - 68 mg/kg/día transferidos en dos estudios (Ilett 2002) La lactancia está contraindicada mientras la leche materna esté afectada. Se recomienda extraer y desechar la leche materna durante las 24 horas siguientes a la última dosis.

Efecto de la metanfetamina en el lactante:

No se ha informado de ninguno a través de la leche materna (Ilett 2002, Hale 2002)

Efecto de la metanfetamina en la madre:

La madre puede sufrir alucinaciones, agitación, convulsiones, psicosis paranoica aguda, hipertensión extrema, hipertermia, taquiarritmias - dependiendo de la dosis tomada. Mientras esté bajo la influencia de esta droga será incapaz de cuidar a su hijo.

Aconsejar a la madre que consume metanfetamina:

Esta droga causa importantes daños personales y sociales. Se debe proporcionar apoyo para asistir a un servicio de rehabilitación de drogas. Debido al altísimo riesgo de abandono y maltrato infantil, se requiere una vigilancia continua de la situación del niño.

Deben tomarse medidas alternativas para el cuidado de los niños mientras la madre esté afectada por esta droga. La lactancia debe suspenderse durante las 24 horas siguientes a la última dosis de metanfetamina.

HEROÍNA

Cuestiones sociales:

Aproximadamente el 1% de las mujeres en edad fértil han consumido heroína en los 12 meses anteriores a la encuesta. De esta cifra, el 87% son probablemente consumidoras infrecuentes, es decir, pueden haberla consumido sólo una vez en esos 12 meses. La heroína se considera una droga altamente adictiva; sin embargo, las encuestas de consumo no corroboran esto para la mayoría de las personas que la han consumido. Los consumidores habituales de heroína tienden a estar desempleados, aunque, sorprendentemente, es más probable que tengan cualificaciones comerciales o terciarias. Es muy importante tener en cuenta los aspectos relacionados con el estilo de vida a la hora de asesorar a esta mujer.

Transmisión de la heroína al bebé:

La heroína pasa a la leche materna. La biodisponibilidad oral de la leche es escasa, es decir, el lactante no la absorbe bien.

Efecto de la heroína en el lactante:

Si la madre ha sido consumidora habitual durante el embarazo, su bebé sufrirá un retraso en el crecimiento. El bebé experimentará síntomas de abstinencia que dependerán de la dosis de la

madre y de la duración de la adicción. Puede producirse sedación, depresión respiratoria, vómitos e irritabilidad por la exposición a través de la leche materna.

Efecto de la heroína en la madre:

Será incapaz de atender adecuadamente a su bebé mientras esté afectada por esta droga. Asesoramiento a la madre consumidora de heroína Si la madre es una consumidora ocasional puede hacer que un adulto responsable cuide de su bebé en esos momentos. Si es una consumidora habitual, la lactancia materna está contraindicada y su capacidad para cuidar de su hijo es probablemente dudosa. Es esencial apoyarla para que sea derivada a un servicio de rehabilitación de drogas. En caso de consumo ocasional y de continuar con la lactancia, la madre debe ser consciente del riesgo de contraer hepatitis B, C o VIH. Cuando la madre se encuentra en una fase aguda del VIH, como cuando adquiere la enfermedad por primera vez, puede transmitirse fácilmente a su hijo a través de la leche materna. Esto también puede ser motivo de preocupación si su pareja sexual abusa de sustancias, lo que la pone en riesgo.

METADONA

Cuestiones sociales:

La metadona es un opiáceo de acción prolongada que se utiliza en la desintoxicación y el tratamiento de los adictos a los opiáceos (principalmente a la heroína). Este fármaco está aprobado por la AAP (2001) para su uso en mujeres que amamantan a sus hijos.

Transferencia de metadona al lactante:

La metadona alcanza su punto máximo en el suero materno entre media y una hora después de la ingestión oral y tiene una vida media muy larga (13-55 horas) (Hale 2002). La dosis que se transfiere a través de la leche materna depende en gran medida de la dosis, pero por lo general supone una media del 2,8% de la dosis materna. Muchos estudios han descubierto que los niveles en la leche materna son tan bajos que no tienen un efecto perjudicial para el bebé.

Efecto de la metadona en el lactante:

La exposición a la metadona a través de la leche materna ayuda al bebé a retirarse de la droga tras la exposición intrauterina. Muchos bebés amamantados no necesitarán tratamiento, mientras que los alimentados artificialmente sí. (Abel-Lativ 2006) Observar al bebé para detectar sedación, depresión respiratoria y síndrome de abstinencia neonatal.

Aconsejar a la madre sobre un programa de metadona:

Hay que animar a las madres a que sigan amamantando a sus hijos: es preferible que el niño se retire lentamente de la droga y la lactancia materna es la mejor manera de hacerlo. Para empezar a limitar la exposición a la droga la madre podría tomar su dosis diaria justo antes del sueño más largo que suele tener el bebé. La retirada gradual se producirá a medida que se comiencen a dar alimentos complementarios y el bebé tome el pecho con menos frecuencia,

Conclusión

Los bebés nacidos de madres que abusan de las drogas comienzan su vida con una desventaja. Su vida intrauterina comprometida ha afectado a su estado nutricional, a su crecimiento y, en algunos casos, a su capacidad intelectual. Tras el nacimiento, sufren síntomas de abstinencia que afectan a su salud y a su adaptación a la vida extrauterina.

La leche infantil artificial proporciona una nutrición de segundo grado, no protege contra las infecciones, tiene el potencial de causar enfermedades crónicas e inhibe aún más el potencial intelectual del bebé.

La leche materna es una medicina para estos bebés y la lactancia materna es algo más que una simple nutrición. La lactancia desarrolla un vínculo entre la madre y el bebé, lo que puede potenciar y motivar un cambio positivo por parte de los padres que abusan de las drogas, a la vez que disminuye el riesgo de maltrato infantil en el futuro. Esto debe considerarse junto con las preocupaciones sobre la probabilidad o el grado de exposición a las drogas que tiene el bebé si es amamantado. Si la autoridad de protección de la infancia que supervisa el caso considera que

es seguro que los padres sigan cuidando a su bebé, debe incluirse la educación sobre prácticas seguras de lactancia materna como parte del plan de rehabilitación.

No hay que escatimar esfuerzos para ayudar a la madre a recibir tratamiento para su adicción por su propio bien y el de su bebé. Dar a luz y luego amamantar puede ser una experiencia de empoderamiento y de cambio de vida para una mujer y puede ser el catalizador que la lleve a dejar su abuso de sustancias. Antes de aconsejar a una mujer que alimente a su bebé con leche artificial, considere la posibilidad de darle la oportunidad de afrontar este reto.

[FIN]

** A continuación, encontrarán el enlace al artículo de publicación original en inglés.*

NOTA: La traducción libre es una traducción que, respetando el sentido del texto, no sigue fielmente la forma de expresión de la obra original. Los datos y conocimientos del texto no se han alterado y siguen siendo fieles al original. Sin embargo, al no ser una traducción oficial del autor se recomienda leer la fuente original en su idioma original si es posible.

Enlace a la publicación original en Inglés:

<http://www.health-e-learning.com/resources/articles/40-social-drugs-and-breastfeeding>

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:

NO reclamamos ningún derecho intelectual sobre el contenido o la información presentada aquí. Todo el contenido/información presentado aquí es propiedad de sus autores originales y/o entidades editoras.
Utilícese únicamente para fines educativos.