

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LACTANCIA HUMANA DE LA DÍADA MAMÁ-LACTANTE EN SITUACIONES DE DESASTRE

AUTORES

***Badell Elvia* 1, *Urbina Huiades* 2, *Hernandez Carlos* 3 *Baute Susanne* 4**

1. Pediatra, Puericultor. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Comisión Nacional de Lactancia Humana (LH).

OrcID:0000-0002-4672-1087

2. Pediatra-Intensivista. Especialista en Quemaduras. Doctorado en Ciencias Médicas. Curso de Manejo de desastres por causas naturales, de guerra y terrorismo: Focalizado en la niñez y su familia.

OrcID: 0000-0002-7267-5619

3. Pediatra, Puericultor. Estudios Universitarios Superiores de alta Gerencia en Salud Pública. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría: Comisión de informática y página web.

OrcID:

4. Pediatra, Puericultor. Magíster en Nutrición/ Universidad de Carabobo. Comisión de Lactancia Humana Filial Carabobo.

OrcID:0009-0005-9571-8406

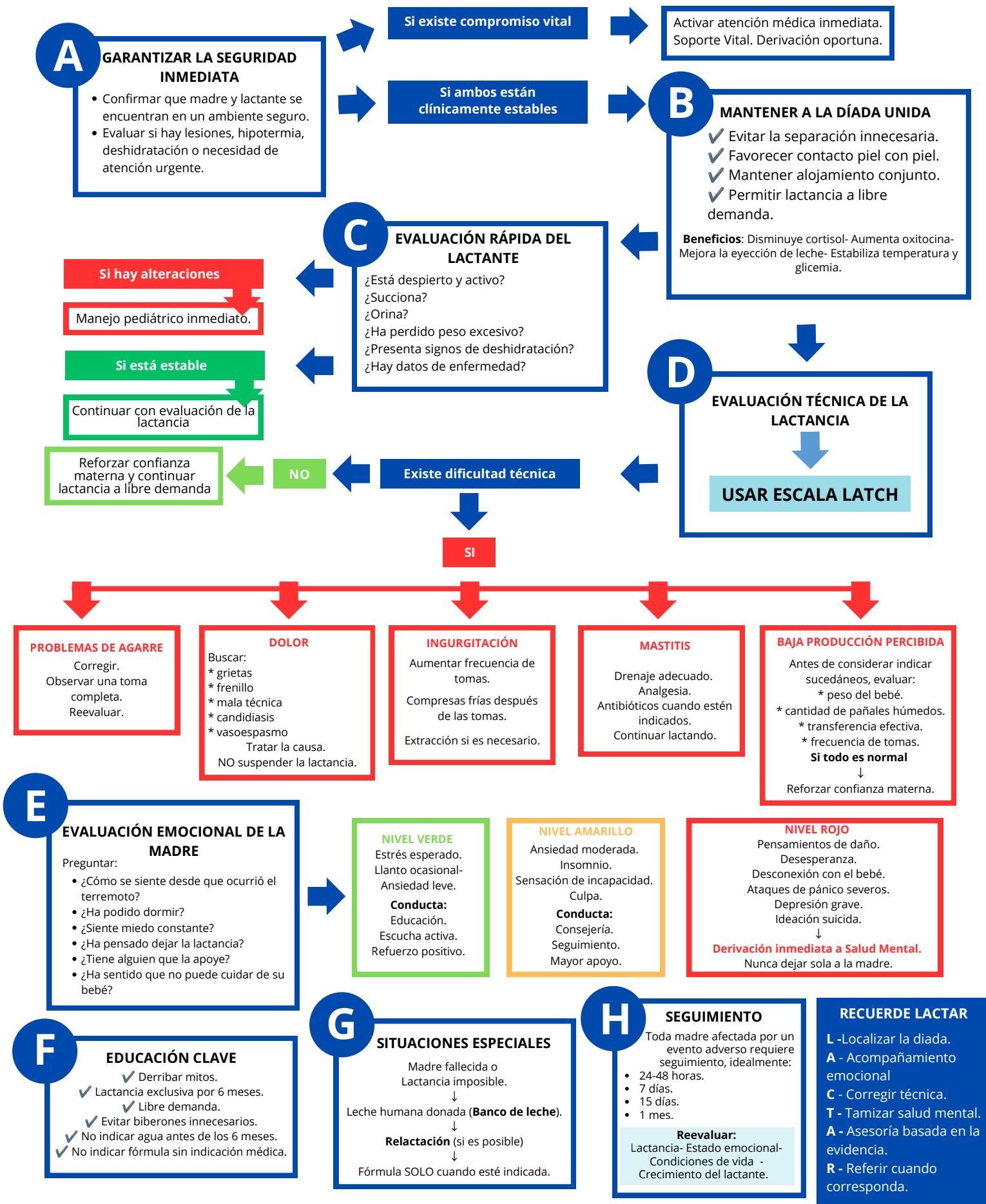
CORREO ELECTRÓNICO:

PALABRAS CLAVE:

lactancia humana, emergencias y desastres,
alimentación del lactante, atención pediátrica

KEY WORDS:

breastfeeding, disasters, infant feeding, pediatric care



La lactancia humana constituye una de las intervenciones de salud pública con mayor impacto demostrado sobre la supervivencia infantil, el neurodesarrollo, la nutrición y la salud materna. Además de representar el patrón de referencia para la alimentación del lactante, funciona como un sistema biológico de protección inmunológica que fortalece el vínculo afectivo y la resiliencia de la diada madre-hijo frente a condiciones de vulnerabilidad. (1,2)

En contextos de emergencia, terremotos, inundaciones, conflictos armados o desplazamientos poblacionales, la lactancia adquiere un valor estratégico aún mayor. Mientras los sistemas sanitarios pueden colapsar y el acceso a agua potable, electricidad y cadenas de suministro puede verse comprometido, la leche humana permanece disponible, estéril y biológicamente adaptada a las necesidades del lactante, sin depender de insumos externos. (3,4,5,6)

Venezuela representa un caso paradigmático de esta problemática: atraviesa una emergencia humanitaria compleja documentada al menos desde 2015, caracterizada por el deterioro de los servicios de agua y electricidad, el colapso de la infraestructura hospitalaria, la escasez de insumos médicos y la emigración masiva de personal de salud. En este contexto, la lactancia materna óptima adquiere un valor añadido como escudo protector de la infancia, ya que provee una alimentación segura, disponible en todo momento, sin depender del agua potable, la electricidad ni las medidas de esterilización de utensilios que la preparación de fórmula infantil requiere. (7)

La evidencia demuestra que el estrés psicológico asociado a un desastre no interrumpe la síntesis de leche humana. La activación neuroendocrina del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal puede inhibir transitoriamente el reflejo de eyección al disminuir la liberación pulsátil de oxitocina, pero la producción láctea, mediada fundamentalmente por la prolactina y por el vaciamiento mamario, se mantiene siempre que exista un drenaje adecuado y frecuente del pecho. (6)

Por ello, el pediatra debe asumir un rol activo en la identificación y corrección de las dificultades técnicas de la lactancia, el apoyo emocional a la madre, la educación basada en evidencia y la prevención de prácticas potencialmente perjudiciales, como la introducción innecesaria de fórmulas infantiles o el destete precoz motivado por creencias erróneas. (2,3,6)

El presente manual sistematiza, en un algoritmo de ocho pasos, las recomendaciones de los principales organismos internacionales y de la propia Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría para la atención de la diada madre-lactante durante emergencias y desastres, con el propósito de fortalecer la respuesta clínica de los pediatras y del personal de salud, promoviendo la continuidad de la lactancia como estrategia de supervivencia, protección inmunológica y apoyo psicoemocional. (3,4,6,8)

ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LACTANCIA HUMANA DE LA DÍADA MAMÁ-LACTANTE EN SITUACIONES DE DESASTRE:

A- GARANTIZAR LA SEGURIDAD INMEDIATA.

La primera responsabilidad del pediatra que atiende a una madre lactante y su hijo tras un desastre consiste en garantizar la supervivencia y la seguridad inmediata de ambos. Antes de valorar la técnica de lactancia o el estado emocional materno, es imprescindible confirmar que la diada se encuentra fuera de peligro y que no existen condiciones clínicas que amenacen la vida o comprometan la atención posterior.

Este enfoque se fundamenta en las recomendaciones internacionales sobre alimentación del lactante y del niño pequeño en emergencias (Infant and Young Child Feeding in Emergencies, IYCF-E), que establecen que la alimentación infantil debe integrarse dentro de una evaluación clínica integral y nunca abordarse de forma aislada del estado general de la madre y del niño. (5,6)

La seguridad inmediata comprende tres dimensiones inseparables: la seguridad de la madre, la seguridad del lactante y la seguridad del entorno físico donde se encuentra la diada (ausencia de riesgo estructural, disponibilidad de agua segura, higiene básica, privacidad razonable para amamantar y acceso a ayuda sanitaria). La evaluación sistemática de estas tres dimensiones permite priorizar intervenciones y crear las condiciones necesarias para sostener la lactancia de forma segura. (5,6)

Una vez confirmada la estabilidad clínica de la madre y el lactante mediante un enfoque estructurado (evaluación rápida de la vía aérea, respiración, circulación y estado neurológico), el equipo de salud debe favorecer el contacto piel con piel y mantener a la diada unida siempre que no exista contraindicación clínica, antes de continuar con la evaluación técnica de la lactancia y del estado emocional materno. (6,9)

B- MANTENER LA DÍADA UNIDA

Una vez garantizada la estabilidad clínica inmediata, debe preservarse la unidad de la diada madre-lactante evitando cualquier separación innecesaria. Durante una emergencia es frecuente que las familias sean trasladadas o atendidas en condiciones de caos organizacional, lo que incrementa el riesgo de separación involuntaria, con importantes repercusiones fisiológicas, psicológicas y nutricionales sobre el establecimiento o la continuidad de la lactancia. (4,5)

La evidencia sistemática demuestra que mantener a la madre y al lactante juntos favorece la estabilidad fisiológica del recién nacido y del lactante menor, mejora la producción y transferencia de leche, disminuye el estrés materno y fortalece el vínculo afectivo, factores que adquieren una relevancia aún mayor en escenarios de desastre. Por ello, las principales organizaciones internacionales recomiendan que la diada permanezca unida siempre que no exista una contraindicación médica claramente establecida, considerando esta medida como una intervención esencial para la protección de la salud materno-infantil. (8,9,10,11)

En el plano emocional, mantener a la madre junto a su hijo actúa como factor protector psicológico: reduce la sensación de pérdida de control, fortalece el sentido de competencia materna y favorece la regulación emocional, factores especialmente relevantes en escenarios de desastre donde la ansiedad materna es prevalente. (6,12)

La separación de la diada sólo está justificada ante indicaciones clínicas documentadas: inestabilidad hemodinámica materna, necesidad de cirugía urgente o cuidados intensivos maternos; reanimación neonatal, insuficiencia respiratoria grave, shock o convulsiones en el lactante. En estos casos, la separación debe ser la mínima indispensable, iniciando extracción manual o mecánica de leche cada 2-3 horas, favoreciendo el contacto piel con piel tan pronto la condición clínica lo permita y promoviendo la reunificación precoz. (6,13)

C- EVALUACIÓN RÁPIDA DEL LACTANTE

Tras una emergencia, el pediatra debe confirmar que el lactante se encuentra clínicamente estable antes de asumir que las dificultades observadas se relacionan exclusivamente con la lactancia. La valoración rápida debe responder si el lactante está alerta, succiona eficazmente, presenta diuresis adecuada (al menos seis pañales mojados diarios después del quinto día de vida) y no muestra signos de deshidratación, pérdida de peso excesiva, fiebre, hipotermia, dificultad respiratoria, cianosis, convulsiones o rechazo completo del alimento. (2,14)

La presencia de cualquiera de estos signos de alarma obliga a priorizar el manejo pediátrico urgente antes de intervenir sobre la técnica de lactancia, dado que un lactante clínicamente inestable puede presentar dificultades de alimentación secundarias a la enfermedad de base y no a un problema primario de la lactancia. (2,14)

D- EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA LACTANCIA

Una vez confirmada la estabilidad clínica del lactante, debe realizarse una evaluación estructurada de la lactancia durante una toma completa, sin interrupciones innecesarias y en un ambiente que reduzca la ansiedad materna. La observación directa constituye el estándar de referencia para identificar dificultades relacionadas con el agarre, la posición, la succión y la transferencia de leche. Un buen agarre se reconoce porque el mentón y la nariz del recién nacido están cerca del pecho materno, los labios están evertidos, la boca está bien abierta y se observa más areola por encima de la boca que por debajo (agarre asimétrico). (8,15)

La escala LATCH, desarrollada por Jensen, Wallace y Kelsay y validada al castellano por Báez León y colaboradores, es una herramienta clínica que evalúa de forma objetiva la calidad del agarre (Latch), la presencia de deglución audible (Audible swallowing), el tipo de pezón (Type of nipple), la comodidad materna (Comfort) y el grado de ayuda requerido para el posicionamiento (Hold); cada componente se puntúa de 0 a 2, para un total de 10 puntos. *(Consulte tabla #1 de la Guía Clínica SVPP: Dificultad en el establecimiento de la Lactancia Humana)*

Cuando la succión está alterada debe descartarse una causa físico-anatómica (anquiloglosia, macroglosia, retrognatia, paladar hendido) o funcional (succión disfuncional por hipertonía, con arqueamiento del lactante y agarre doloroso, o succión inmadura por hipotonía). La anquiloglosia, presente en el 4 al 10 % de los recién nacidos, se clasifica morfológicamente según Coryllos y Kotlow en cuatro tipos, y su repercusión funcional puede valorarse mediante escalas como la de Hazelbaker o la Bristol Tongue Assessment Tool, que orientan la necesidad de frenotomía. (8,18,19)

Cuando se identifican dificultades técnicas, el pediatra debe corregir la posición y el agarre, favorecer el contacto piel con piel, promover la lactancia a libre demanda, tranquilizar a la madre, observar nuevamente una toma completa y programar un seguimiento cercano, reforzando en cada contacto la confianza materna en su capacidad de amamantar. (15,20)

Manejo Clínico de las Principales Dificultades de la Lactancia en Emergencias:

Las emergencias incrementan la frecuencia de problemas de lactancia debido al estrés, el agotamiento físico, la falta de privacidad y las dificultades para acceder a apoyo especializado. El manejo de cada dificultad debe orientarse, en todos los casos, a mantener la lactancia y evitar la suspensión innecesaria.

Dolor durante la lactancia y grietas del pezón

El dolor durante la lactancia nunca debe considerarse normal: por cada día de dolor materno persistente durante las tres primeras semanas de lactancia, el riesgo de cese aumenta entre un 10 y un 26 %, siendo el dolor mamario la principal causa de abandono. La prevalencia de dolor inicial del pezón alcanza el 60-80 % de las madres, habitualmente transitorio con pico al tercer día y resolución en dos semanas. Debe descartarse mala técnica de agarre, traumatismo por sacaleches, dermatosis por fricción o irritantes, vasoespasmo (fenómeno de Raynaud del pezón) y candidiasis del pezón, cada una con tratamiento específico, siempre corrigiendo el agarre y manteniendo la lactancia. (8,27,28)

Ingurgitación mamaria

La ingurgitación es frecuente en los primeros días posparto por acumulación de leche y edema intersticial, o cuando existe separación madre-hijo o disminución brusca del vaciamiento. El manejo basado en evidencia incluye lactancia frecuente a libre demanda, contacto piel con piel, la técnica de presión inversa suavizante, extracción manual cuando sea necesaria y compresas frías después de las tomas, evitando el vaciamiento excesivo que estimule la sobreproducción. (8,9,10)

Mastitis

La evidencia actual clasifica la mastitis como un espectro inflamatorio que incluye la mastitis subaguda (con sensación de vaciamiento incompleto y obstrucción ductal, frecuentemente por *Staphylococcus epidermidis*), la mastitis aguda (dolor localizado, eritema, induración y fiebre mayor de 38 °C, habitualmente por *Staphylococcus aureus*) y, en su forma más grave, el absceso mamario. Aproximadamente el 85 % de los casos de mastitis aguda resuelven con drenaje frecuente y eficaz por el lactante o por extractor junto con antiinflamatorios; si no hay mejoría en 24 horas o persiste la fiebre, debe iniciarse antibioterapia empírica, y ante confirmación ecográfica de absceso, proceder al drenaje. En todos los escenarios, la lactancia debe mantenerse durante el tratamiento. (8,29,30)

Hipogalactia percibida y verdadera

La hipogalactia percibida: la creencia materna de producir una cantidad insuficiente de leche, aún cuando la producción sea fisiológicamente adecuada, constituye una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia exclusiva. Antes de indicar fórmula, debe evaluarse la ganancia ponderal, la diuresis, la frecuencia de las tomas y la transferencia efectiva de leche mediante observación directa. La hipogalactia verdadera puede ser secundaria a hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, obesidad mórbida, diabetes gestacional, síndrome de Sheehan, retraso del contacto piel con piel (por ejemplo, tras cesárea) o alteraciones anatómicas de la mama y el pezón; en estos casos puede estar indicada la relactación asistida y, excepcionalmente, el uso de galactogogos. (8,20,24)

Puede ampliar información en la Guía Clínica SVPP- Sección Lactancia: “Dificultad en el establecimiento de la Lactancia Humana (LH)” en svpediatria.org

E- EVALUACIÓN EMOCIONAL DE LA MADRE

Toda madre afectada por un desastre debería recibir un tamizaje básico de su estado emocional, ya que la evidencia demuestra que la mayoría de las dificultades atribuidas a “falta de leche” durante emergencias se relacionan más con ansiedad, estrés agudo y pérdida de confianza materna que con una insuficiencia real de producción. (6,20)

No existe una escala única diseñada específicamente para el trauma por desastre en madres lactantes; la práctica clínica recomienda un tamizaje escalonado que combine instrumentos validados en tres esferas: el trauma agudo, la salud mental perinatal y la autoeficacia de la lactancia. **(ver anexos)** Para el trauma agudo se recomienda el Inventario de Distrés Peritraumático (Peritraumatic Distress Inventory, PDI), un instrumento de 13 ítems que mide la angustia física y emocional experimentada durante y en los días inmediatamente posteriores al evento, y la Escala del Impacto del Estímulo Revisada (Impact of Event Scale-Revised, IES-R), que evalúa intrusión, evitación e hiperalerta. (21,22)

Para la esfera materna, la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), de 10 ítems, constituye el instrumento internacional de referencia para el tamizaje de depresión y ansiedad perinatal, y ha demostrado sensibilidad para captar el estrés agudo en contextos de desastre. La relación entre las dificultades de lactancia y la depresión posparto es bidireccional: las madres con más dificultades técnicas tienen mayor riesgo de deprimirse por el sentimiento de culpa asociado, y el destete precoz puede, a su vez, aumentar la ansiedad y la depresión. (8,23)

Para la esfera de la díada, la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna-Versión Corta (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF) mide específicamente la confianza materna en su capacidad de amamantar, un constructo distinto del trauma psicológico pero determinante en el abandono precoz de la lactancia. La combinación de un puntaje elevado en las escalas de trauma (PDI o IES-R) con un puntaje bajo de autoeficacia (BSES-SF) identifica a la díada en alto riesgo de abandono de la lactancia y debe orientar una intervención prioritaria de apoyo psicoemocional y consejería especializada. (20,21,22)

Las madres en período de lactancia constituyen una población especialmente vulnerable durante los desastres debido a la combinación del estrés agudo, las demandas del cuidado neonatal y las alteraciones abruptas del entorno. Los trastornos psicológicos más frecuentes en este contexto incluyen la reacción aguda al estrés, el trastorno por estrés postraumático, la depresión posparto (cuya prevalencia oscila entre el 5 y el 25 % en el primer año posparto) y la ansiedad perinatal, todos ellos con impacto documentado sobre la autoeficacia y la duración de la lactancia. (8,21,22,23)

Ante una situación de amenaza se activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumenta la liberación de cortisol y la actividad simpática, y puede disminuir transitoriamente la liberación de oxitocina; esto explica por qué la madre puede percibir una menor salida de leche o un lactante más irritable, sin que ello implique una disminución real de la síntesis láctea, la cual depende fundamentalmente de la prolactina y del vaciamiento mamario frecuente. (6)

El pediatra debe derivar de forma prioritaria a salud mental cuando identifique ideación suicida, pensamientos de daño hacia el bebé, síntomas psicóticos, incapacidad para cuidar al lactante o crisis de pánico incapacitantes, garantizando en todo momento que la madre no permanezca sola y que se active la red de apoyo familiar disponible. (12)

Los factores familiares (apoyo emocional, instrumental e informativo) constituyen uno de los principales factores protectores frente al desarrollo de trastornos emocionales graves y frente al abandono precoz de la lactancia; la inclusión activa de la pareja y de la red familiar en la consejería fortalece la autoeficacia materna y favorece una mejor adaptación de toda la familia al contexto adverso. (12,20)

F- EDUCACIÓN CLAVE

Otra de las funciones claves del personal de salud a cargo de la díada en eventos adversos, consiste en que cuando la madre (o entorno) expresa la creencia de que “se le cortó la leche” a causa del susto o del desastre, debe explicar, con lenguaje sencillo, que no existe evidencia científica de que un evento estresante detenga la producción de leche humana; lo que puede ocurrir es una inhibición transitoria del reflejo de eyección mediado por oxitocina, mientras que la síntesis láctea continua si el pecho se vacía con frecuencia. (6) De igual manera, debe desmontarse la creencia de que “la leche se dañó” por efecto del estrés: la evidencia disponible confirma que la leche humana conserva su calidad nutricional e inmunológica incluso en madres expuestas a situaciones de estrés agudo o desnutrición leve a moderada. (3,6)

El pediatra debe reforzar sistemáticamente los principios de la lactancia exclusiva a libre demanda, evitando la introducción innecesaria de biberones, agua o fórmula infantil sin una indicación médica clara, en concordancia con las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales sobre alimentación del lactante durante emergencias. (2,3,4,7)

G- SITUACIONES ESPECIALES:

Cuando la lactancia directa se interrumpe temporalmente (por separación, hospitalización, enfermedad materna o uso previo de sucedáneos) o cuando una madre sustituta, adoptiva u homoparental desea alimentar a su hijo con leche humana, la relactación y la inducción de la lactancia constituyen intervenciones eficaces y de gran valor en emergencias, con reportes de éxito hasta en el 100 % de los casos estudiados cuando existe adecuada motivación y apoyo profesional. (24)

El elemento clave para lograr la relactación es la estimulación directa, frecuente y sostenida del pecho, entre 8 y 12 veces al día, cada 1 a 3 horas de día y cada 4 horas de noche; mediante succión directa, extracción manual o mecánica; la producción de leche suele iniciarse entre una y seis semanas después de comenzar la estimulación. El intervalo de lactancia (tiempo transcurrido desde la última toma) y la motivación materna son más determinantes del éxito que la edad materna, la paridad o la experiencia previa de lactancia. (24)

Mientras se restablece la producción, el suplemento (leche extraída, leche humana donada o fórmula) debe administrarse evitando biberones y tetinas, preferentemente mediante un suplementador de lactancia colocado junto al pezón o mediante la técnica de “chorreo y goteo”, que estimula al lactante a succionar directamente el pecho. Cuando las técnicas fisiológicas no logran producción tras dos semanas de estimulación adecuada, puede considerarse el uso de galactogogos como la metoclopramida o la domperidona, cuya eficacia no está firmemente demostrada frente a la estimulación física y cuyo uso requiere vigilancia médica; la domperidona, en particular, se ha asociado a prolongación del intervalo QT cuando se administra por vía endovenosa, por lo que su indicación oral debe individualizarse. (24,25,26)

Cuando la lactancia directa resulta imposible (por fallecimiento materno, separación prolongada o contraindicación médica absoluta), las alternativas deben priorizarse en el siguiente orden: leche materna extraída de la propia madre, relactación, leche humana donada a través de un banco de leche debidamente supervisado y, únicamente cuando ninguna de las opciones anteriores sea viable, fórmula infantil bajo indicación médica documentada. (4,5,6,24)

Lactancia en recién nacidos vulnerables

En prematuros, recién nacidos de bajo peso o con restricción del crecimiento debe priorizarse la leche materna propia, la extracción precoz y el método madre canguro cuando sea clínicamente posible. El contacto piel con piel continuo (método madre canguro) se asocia a una reducción significativa de la mortalidad neonatal, la sepsis y la enterocolitis necrosante, además de mejorar la ganancia ponderal y el neurodesarrollo. (11,13,14)

Las madres adolescentes presentan mayor riesgo de baja autoeficacia, dependencia familiar y abandono precoz de la lactancia, por lo que requieren consejería individualizada con lenguaje sencillo, inclusión activa de la familia y seguimiento más frecuente. (12,20)

Las madres sustitutas, adoptivas, homoparentales o trans que desean amamantar mediante inducción de la lactancia constituyen un grupo cada vez más frecuente y requieren protocolos específicos de estimulación mamaria mecánica y, en casos seleccionados, hormonal, junto con asesoría experta en lactancia; la evidencia confirma que la lactancia es un proceso biológicamente viable independientemente del sexo o de la existencia de un embarazo previo, y que la calidad de la leche producida no difiere significativamente de la producida en el puerperio. (24)

Las madres desplazadas requieren, como prioridad, seguridad física, privacidad para amamantar, acceso a agua potable y alimentación adecuada; los organismos internacionales recomiendan proteger activamente la lactancia dentro de campamentos y refugios temporales mediante espacios habilitados y personal capacitado en consejería. En emergencias, puede recurrirse a una madre sustituta o nodriza evaluada para lactantes huérfanos por fallecimiento materno o separados por migración forzada. (4,5,7,24,33)

En **madres con enfermedades crónicas** (diabetes, hipertensión, epilepsia o hipotiroidismo) la lactancia debe recomendarse en la mayoría de los casos, individualizando el tratamiento farmacológico según su compatibilidad con la lactancia y las guías nacionales vigentes. (2,15)

Uso de Sucedáneos de la Leche Materna

Uno de los errores más frecuentes durante los desastres consiste en la distribución masiva e indiscriminada de sucedáneos de la leche materna sin una valoración clínica individualizada. Las recomendaciones internacionales establecen que la lactancia exclusiva continúa siendo el estándar, que la alimentación artificial requiere indicaciones médicas precisas, y que la distribución indiscriminada de fórmulas incrementa el riesgo sanitario de la población infantil afectada. (3,4,5)

En contextos de emergencia suelen faltar agua potable, electricidad, refrigeración y condiciones de esterilización adecuadas para la preparación segura de la fórmula infantil, lo que incrementa la incidencia de diarreas, deshidratación, infecciones y mortalidad infantil cuando su uso no está médicamente justificado ni debidamente supervisado. En circunstancias no relacionadas con emergencias ya se ha estimado que una lactancia adecuada podría evitar hasta el 20 % de las muertes de lactantes y niños pequeños, cifra que se eleva considerablemente en contextos de crisis humanitaria compleja como la venezolana. (4,5,6,7)

La comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna debe regirse por el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS*; toda donación de fórmula infantil debe estar coordinada, supervisada, médicamente indicada y monitorizada, evitando la entrega indiscriminada en refugios y centros de evacuación. Deben rechazarse las donaciones no solicitadas de sucedáneos, biberones y tetinas; si su uso resulta estrictamente necesario, deben adquirirse a través de organismos responsables con etiquetado genérico, distribuirse solo a niños con necesidad clínica documentada y promoverse la alimentación con taza en lugar del biberón. (7,31,32)

H- SEGUIMIENTO

Toda madre afectada por un desastre requiere seguimiento clínico estructurado, idealmente a las 24-48 horas, a los 7 días, a los 15 días y al mes del evento, con el fin de monitorizar la evolución de la lactancia, el estado nutricional del lactante y la recuperación emocional materna. En procesos de relactación, el control semanal de peso (con una ganancia esperada de al menos 125 g por semana tras los primeros 10 días de vida) constituye el principal indicador objetivo de una producción de leche adecuada. (12,15,24)

Para sintetizar el proceso de intervención y asegurar que los puntos clave permanezcan presentes en la práctica diaria, hemos condensado nuestro algoritmo de atención en la nemotecnia **LACTAR**. Este acrónimo representa una hoja de ruta integral diseñada para optimizar cada encuentro clínico: desde el momento de **Localizar** y asegurar el bienestar inicial de la diada, pasando por el **Acompañamiento** emocional y la **Corrección** técnica, hasta el **Tamizaje** de signos de alarma, la **Asesoría** basada en evidencia y, finalmente, el **Referir** y seguimiento oportuno. Aplicar este modelo no solo estandariza la atención, sino que garantiza que ningún aspecto crítico, ni físico ni psicológico quede fuera de la intervención.

RECOMENDACIONES INSTITUCIONALES

Para hospitales y maternidades

- Mantener el alojamiento conjunto siempre que la condición clínica lo permita. (9,15)
- Garantizar el contacto piel con piel desde el nacimiento y durante toda la hospitalización, cumpliendo la hora sagrada. (8,10,11)
- Disponer de protocolos institucionales de apoyo a la lactancia en situaciones de desastre, incluyendo la consulta prenatal de lactancia. (5,15,24)
- Capacitar al personal sanitario en consejería de lactancia, manejo de la anquiloglosia y comunicación empática. (15,18)
- Establecer circuitos de referencia para salud mental perinatal. (12,23)

Para refugios y centros de evacuación

- Habilitar espacios seguros, limpios y privados para amamantar y extraer leche. (4,33)
- Evitar la distribución indiscriminada de fórmulas infantiles, cumpliendo el Código Internacional de Comercialización de Sucedaneos de la Leche Materna. (31,32)
- Incorporar personal capacitado en lactancia o personal entrenado en alimentación infantil en emergencias. (5,7)

Para autoridades sanitarias

- Integrar la alimentación del lactante en emergencias dentro de los planes nacionales de gestión de riesgo, considerando el contexto de emergencia humanitaria compleja. (5,7,33)
- Regular la recepción y distribución de donaciones de fórmula infantil conforme a las recomendaciones internacionales. (31,32)
- Fortalecer la disponibilidad de bancos de leche humana y programas de donación cuando sea factible. (4,24)

CONCLUSIONES

La continuidad de la lactancia humana durante emergencias depende menos de la fisiología mamaria que de la calidad del apoyo brindado por el equipo de salud. Tras un desastre, la combinación de incertidumbre, estrés, pérdida de redes de apoyo y desinformación puede erosionar la confianza materna y favorecer decisiones precipitadas, como el destete o la introducción innecesaria de fórmulas infantiles. (6,34)

El pediatra debe asumir un liderazgo clínico y humano, sustentado en la evaluación integral de la diada, el acompañamiento emocional y la comunicación basada en evidencia. Cada consulta representa una oportunidad para proteger la lactancia como intervención esencial de supervivencia, fortalecer la resiliencia familiar y garantizar el derecho del lactante a recibir el alimento más seguro y biológicamente apropiado, incluso en los escenarios más adversos. (1,3,7,34)

INVENTARIO DE DISTRÉS PERITRAUMÁTICO (PERITRAUMATIC DISTRESS INVENTORY, PDI)

Objetivo: Evaluar la intensidad del distrés físico y emocional experimentado durante un evento potencialmente traumático y en las primeras horas o días posteriores. Aplicable a adultos expuestos a desastres naturales, accidentes, violencia u otros eventos traumáticos.

Utilidad: Se recomienda su aplicación en madres lactantes afectadas por un desastre cuando presenten síntomas intensos de ansiedad, miedo o angustia.

Rodee con un círculo el número que mejor describa sus experiencias durante el incidente crítico e inmediatamente después.	Para nada cierto	Ligeramente cierto	Más o menos cierto	Muy cierto	Extremadamente cierto
Me sentí impotente para hacer más	0	1	2	3	4
Sentí tristeza y dolor.	0	1	2	3	4
Me sentí frustrado o enojado por no poder hacer más.	0	1	2	3	4
Sentí miedo por mi propia seguridad.	0	1	2	3	4
Sentí culpa por no haber hecho más.	0	1	2	3	4
Me sentí avergonzado de mis reacciones emocionales.	0	1	2	3	4
Me preocupaba la seguridad de los demás.	0	1	2	3	4
Tuve la sensación de que estaba a punto de perder el control de mis emociones.	0	1	2	3	4
Tenía dificultad para controlar mis intestinos y mi vejiga.	0	1	2	3	4
Me horrorizó lo que vi.	0	1	2	3	4
Tuve reacciones físicas como sudoración, temblores y palpitaciones.	0	1	2	3	4
Sentí que podía desmayarme	0	1	2	3	4
Pensé que podría morir	0	1	2	3	4

Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. American Journal of Psychiatry. Publishing; 2001. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>

Interpretación

Puntuaciones elevadas indican mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático (TEPT) y justifican una valoración psicológica especializada.

Puntaje bajo (0 a 12): Distrés mínimo. La persona procesó el evento sin una reacción emocional o física extrema. Menor probabilidad de secuelas.

Puntaje moderado (13 a 25): Presencia significativa de ansiedad, miedo o reacciones corporales. Requiere observación de apoyo emocional.

Puntaje alto (26 o más): Distrés peritraumático severo. Indica alta vulnerabilidad y fuerte riesgo de desarrollar TEPT u otros problemas de ansiedad.

ESCALA DEL IMPACTO DEL EVENTO REVISADA (IMPACT OF EVENT SCALE-REVISED, IES-R)

A continuación, encontrará una lista de dificultades que las personas a veces experimentan tras sucesos vitales estresantes. Por favor, lea cada punto e indique qué tan angustiante ha sido para usted cada dificultad DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS en relación con lo ocurrido Los puntos de referencia de las respuestas a los ítems son: 0 = Nada en absoluto; 1 = Un poco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Extremadamente.		Punto
1. Cualquier recordatorio me traía de vuelta sentimientos al respecto.		
2. Tenía dificultades para mantener el sueño.		
3. Otras cosas me hacían pensar en ello continuamente.		
4. Me sentía irritable y enfadado/a.		
5. Evitaba alterarme cuando pensaba en ello o cuando algo me lo recordaba.		
6. Pensaba en ello sin querer hacerlo.		
7. Sentía como si no hubiera sucedido o no fuera real.		
8. Me mantenía alejado/a de cualquier cosa que me lo recordara.		
9. Me venían imágenes a la mente relacionadas con ello.		
10. Estaba inquieto/a y me sobresaltaba con facilidad.		
11. Intentaba no pensar en ello.		
12. Era consciente de que aún tenía muchos sentimientos al respecto, pero no los afrontaba.		
13. Mis sentimientos al respecto eran algo entumecidos.		
14. Me sorprendía actuando o sintiéndome como si hubiera vuelto a aquel momento.		
15. Tenía dificultades para conciliar el sueño.		
16. Experimentaba oleadas de sentimientos intensos al respecto.		
17. Intentaba borrarlo de mi memoria.		
18. Tenía dificultades para concentrarme.		
19. Los recuerdos o estímulos relacionados me provocaban reacciones físicas, tales como sudoración, dificultad para respirar, náuseas o palpitaciones.		
20. Tenía sueños sobre ello.		
21. Me sentía alerta y en guardia.		
22. Intenté no hablar de ello.		

ESCALA DEL IMPACTO DEL EVENTO REVISADA (IMPACT OF EVENT SCALE-REVISED, IES-R)

Objetivo: Valorar la respuesta psicológica posterior a un evento traumático.

Utilidad: Permite identificar personas con alto riesgo de trastorno por estrés postraumático y orientar la necesidad de evaluación especializada. Especialmente útil cuando la madre presenta recuerdos intrusivos, hipervigilancia o evitación relacionados con el desastre.

Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 4.

La subescala de **Intrusión** corresponde a la media de las respuestas a los ítems 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 y 20.

La subescala de **Evitación** corresponde a la media de las respuestas a los ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 y 22.

La subescala de **Hiperactivación** corresponde a la media de las respuestas a los ítems 4, 10, 15, 18, 19 y 21.

INTERPRETACIÓN DE LA PUNTUACIÓN (IES-R):

El IES-R produce una puntuación total que oscila entre 0 y 88, donde las puntuaciones más altas indican una mayor frecuencia y gravedad de los síntomas de estrés postraumático.

También se producen tres puntuaciones de **subescalas** con rangos diferentes:

Intrusión (8 ítems): pensamientos intrusivos, pesadillas, sentimientos intrusivos e imágenes asociadas al evento traumático (rango 0-32)

Evitación (8 ítems): esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o recordatorios relacionados con el trauma, así como el embotamiento de la reactividad (rango 0-32)

Hiperactivación (6 ítems): activación fisiológica y reactividad aumentadas después del trauma (rango 0-24)

La interpretación a nivel de subescala también puede ser clínicamente útil. Por ejemplo, una puntuación alta en la subescala de Evitación en relación con la subescala de Intrusión podría sugerir que las estrategias de evitación del paciente pueden ser temporalmente 'exitosas' para mantener a raya los síntomas intrusivos. Sin embargo, este patrón de evitación probablemente está impidiendo el progreso al obstaculizar el procesamiento emocional natural del trauma.

Los descriptores de gravedad para la **puntuación total** se basan en los puntos de corte:

Bajo (puntuación bruta 0-23): Malestar mínimo a leve relacionado con el evento traumático.

Clínicamente Significativo (puntuación bruta 24-32): Síntomas notables relacionados con el trauma.

Probable (puntuación bruta 33-36): Síntomas consistentes con TEPT.

Extremo (puntuación bruta 37+): Síntomas graves de TEPT.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO (EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE, EPDS)

Por favor marque la respuesta que más se acerque ha cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas ☐ Tanto como siempre ☐ No tanto ahora ☐ Mucho menos ☐ No, no he podido 2. He mirado el futuro con placer ☐ Tanto como siempre ☐ Algo menos de lo que solía hacer ☐ Definitivamente menos ☐ No, nada 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien ☐ Sí, la mayoría de las veces ☐ Sí, algunas veces ☐ No muy a menudo ☐ No, nunca 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo ☐ No, para nada ☐ Casi nada ☐ Sí, a veces ☐ Sí, a menudo 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno ☐ Sí, bastante ☐ Sí, a veces ☐ No, no mucho ☐ No, nada	6. Las cosas me oprimen o agobian ☐ Sí, la mayor parte de las veces ☐ Sí, a veces ☐ No, casi nunca ☐ No, nada 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir ☐ Sí, la mayoría de las veces ☐ Sí, a veces ☐ No muy a menudo ☐ No, nada 8. Me he sentido triste y desgraciada ☐ Sí, casi siempre ☐ Sí, bastante a menudo ☐ No muy a menudo ☐ No, nada 9. He sido tan infeliz que he estado llorando ☐ Sí, casi siempre ☐ Sí, bastante a menudo ☐ Sólo en ocasiones ☐ No, nunca 10. He pensado en hacerme daño a mí misma ☐ Sí, bastante a menudo ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ No, nunca
--	--

Cox, JL, Holden, JM y Sagovsky, R. (1987). Detección de la depresión posparto. Desarrollo de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo de 10 ítems. The British journal of psychiatry: the journal of mental science , 150 (6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Objetivo: asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto.

Utilidad: En situaciones de desastre, la EPDS permite identificar precozmente madres con mayor riesgo de depresión, ansiedad o alteración del vínculo, facilitando una intervención oportuna.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO (EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE, EPDS)

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.

Los puntos para las preguntas **3, 5, 6, 7, 8, 9, 10** se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

Una puntuación de **10+** muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

ESCALA DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA – VERSIÓN CORTA (BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE-SHORT FORM, BSES-SF)

Objetivo: Evaluar la confianza materna para amamantar.

Utilidad:

- Puntuaciones altas: mayor confianza y mayor probabilidad de mantener la lactancia.
- Puntuaciones bajas: mayor riesgo de abandono precoz de la lactancia y necesidad de consejería intensiva.

Ejemplo: la combinación de alto estrés psicológico (PDI o IES-R) con baja autoeficacia (BSES-SF) identifica una díada de alto riesgo que requiere intervención prioritaria.

Puntaje total: Oscila entre 14 y 70 puntos (resultado de sumar los 14 ítems). Cada ítem se puntúa mediante una escala de 1 a 5, donde 1 indica «muy insegura» y 5 indica «muy segura».

Niveles de Interpretación

- Puntaje bajo (14 a 58 puntos): Refleja poca confianza de la madre en su capacidad para amamantar. Alerta sobre un alto riesgo de dejar la lactancia materna de forma temprana, lo que requiere ayuda y apoyo constante del personal de salud.
- Puntaje alto (59 a 70 puntos): Muestra una seguridad muy fuerte y positiva de la madre para enfrentar y superar los retos comunes de la lactancia.

Por favor, lea cada una de las siguientes afirmaciones e indique qué tan segura se siente respecto a cada una de ellas al momento de amamantar. No hay respuestas correctas o incorrectas. Piense en qué tan segura se ha sentido durante la última semana y responda utilizando la siguiente escala: 1 = Nada segura 2 = Poco segura 3 = Moderadamente segura 4 = Bastante segura 5 = Muy segura	PUNTUACIÓN
1. Siempre puedo determinar cuando mi bebé está tomando suficiente leche.	
2. Siempre puedo afrontar exitosamente la lactancia materna como lo hago con otros desafíos.	
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar fórmula como suplemento.	
4. Siempre puedo asegurarme de que mi bebé se agarra correctamente al seno mientras lo amamanto.	
5. Siempre encuentro la forma para que la lactancia materna sea satisfactoria para mí.	
6. Siempre encuentro la forma de amamantar a mi bebé, incluso si está llorando.	
7. Siempre quiero seguir amamantando.	
8. Siempre puedo amamantar cómodamente en presencia de miembros de mi familia.	
9. Siempre estoy satisfecha con mi experiencia de amamantar.	
10. Siempre puedo aceptar que la lactancia materna puede consumir gran parte de mi tiempo.	
11. Siempre termino de amamantar a mi bebé en un seno antes de cambiar al otro.	
12. Siempre puedo amamantar a mi bebé en cada toma.	
13. Siempre encuentro la forma de satisfacer las necesidades de lactancia de mi bebé.	
14. Siempre me doy cuenta cuando mi bebé ha terminado de amamantar.	

Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(6):734-744.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
2. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2022;150(6):e2022057988.
3. World Health Organization. Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2023.
4. United Nations Children's Fund. Programming guidance: infant and young child feeding in emergencies. New York: UNICEF; 2021.
5. Infant Feeding in Emergencies Core Group. Operational guidance on infant and young child feeding in emergencies (OG-IFE), versión 3.0. Oxford: Emergency Nutrition Network; 2017.
6. Bartick M, Zimmerman DR, Sulaiman Z, El Taweel A, AlHreasy F, Barska L, Fadieieva A, Massry S, Dahlquist N, Mansovsky M, Gribble K. Academy of Breastfeeding Medicine position statement: breastfeeding in emergencies. *Breastfeed Med*. 2024;19(9):666-82. doi:10.1089/bfm.2024.84219.bess.
7. Urbina-Medina H. Lactancia humana en emergencia humanitaria compleja. *Gac Méd Caracas*. 2021;129(Supl 3):S617-26. doi:10.47307/GMC.2021.129.s3.15.
8. Badell Madrid EI. Dificultad en el establecimiento de la lactancia humana. Caracas: Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, Guías Clínicas SVPP; 2024. Disponible en: <https://videoteca.svpdiatria.org/wp-content/uploads/2026/02/Guia-Clínica-Dificultad-en-el-establecimiento-de-la-Lactancia-Humana.pdf>
9. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
10. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(11):CD003519.
11. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, et al. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20152238.
12. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: IASC; 2007.
13. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2020.
14. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: World Health Organization; 2022.
15. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017.

16. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994;23(1):27-32.
17. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, del Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Analisis de fiabilidad*. *Index Enferm*. 2008;17(3):205-9.
18. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002;110(5):e63.
19. Schlatter SM, Schupp W, Otten JE, Harnisch S, Kunze M, Stavropoulou D, et al. The role of tongue-tie in breastfeeding problems: a prospective observational study. *Acta Paediatr*. 2019;108(12):2214-21.
20. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.
21. Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1480-5.
22. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399-411.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
24. Badell Madrid EI. Relactación. *Gac Méd Caracas*. 2021;129(Supl 3):S637-47. doi:10.47307/GMC.2021.129.s3.17.
25. Foong SC, Tan ML, Foong WC, Marasco LA, Ho JJ, Ong JH. Oral galactagogues (natural therapies or drugs) for increasing breast milk production in mothers of non-hospitalised term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5:CD011505.
26. Grzeskowiak LE, Smithers LG, Amir LH, Grivell RM. Domperidone for increasing breast milk volume in mothers expressing breast milk for their preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2018;125(11):1371-8.
27. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM; CASTLE Study Team. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med*. 2014;9(2):56-62.
28. Berens P, Eglash A, Malloy M, Stuebe AM; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2016;11:46-53.
29. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, et al. Academy of Breastfeeding Medicine clinical protocol #36: the mastitis spectrum, revised 2022. *Breastfeed Med*. 2022;17(5):360-76.
30. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med*. 2014;9(5):239-43.
31. World Health Organization. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva: World Health Organization; 1981.

32. Rollins NC, Piwoz EG, Baker P, Kingston G, Mabaso KM, McCoy D, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet*. 2023;401(10375):486-502.
33. Sphere Association. The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018.
34. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401(10375):472-85.