



...porque lactar es AMAR

Noviembre, 2009

Separación de los Padres Durante la Lactancia

Según ha ido aumentando la cantidad de mujeres que dan el pecho a sus hijos e hijas, la continuación de la lactancia ante una separación o divorcio se ha convertido en un tema importante de discusión tanto aquí en Puerto Rico como en EEUU. Los profesionales de las agencias de servicios sociales y de los tribunales de derecho de familia aún están mal informados en cuanto a la deseabilidad y normalidad de la lactancia prolongada. Con frecuencia expresan desasosiego ante un niño que lacta a los dos, tres, cuatro años o más allá. La desinformación prevaleciente en nuestra sociedad en cuanto a la lactancia afecta todos los renglones, incluyendo abogados, jueces, psicólogos, trabajadores sociales, y, como sabemos, a muchos médicos. Antiguamente, las decisiones en los tribunales de los Estados Unidos reflejan que la decisión de custodia del menor se afectó por la creencia equivocada de que el niño "debió destetarse" antes. En casos más recientes se ha reconocido que no es inapropiado amamantar más allá de la infancia. Sin embargo, no es raro que un padre esgrima esos argumentos (del destete precoz como algo saludable) como palanca de negociación en pleitos de custodia. Después de todo, con lo poco que saben muchos jueces sobre este tema, estos argumentos a menudo progresan.

Las agencias de servicios sociales han dirigido intervenciones en las que se le ha quitado su hijo(a) a una madre por amamantar prolongadamente, en acciones carentes de evidencia científica que demuestre que el amamantamiento prolongado constituya perjuicio para el menor, abuso o abandono. En un caso en la corte estatal de

Illinois, un menor fue entregado a un hogar sustituto por más de seis meses porque un juez determinó que el menor estaba a riesgo de daño emocional severo por no haber sido destetado aún. Este caso recibió, como era de esperarse, mucha publicidad. Todo este absurdo andamiaje social, producto en gran medida de la sexualización cultural de los pechos maternos, genera curiosas ironías. Por ejemplo, a nadie le parece extraño ver a un niño chupándose el dedo, usando bobo, o cargando un biberón, pero sí le afecta ver a un niño(a) que camina y habla que todavía esté amamantando. A muchas personas les produce sorpresa oír que se cree que la edad promedio del destete en muchos países está entre los 4 y los 5 años. En este tema, la doctora Katherine Dettwyler, antropóloga en la Universidad de Texas, plantea que la edad natural para el destete humano cae entre los 2.5 y los 6 años de edad.

Las organizaciones nacionales e internacionales han reconocido que la lactancia materna debe ser exclusiva, sólo el pecho, por los primeros seis meses de vida y que, luego de la introducción de sólidos, la lactancia debe continuar por lo menos hasta los dos años de edad, o hasta que sea mutuamente deseable. Hemos hablado anteriormente de los beneficios de la lactancia después del año de edad en nuestro artículo "Dando el Pecho Después del Año" por lo que no enumeraremos los mismos en esta ocasión. No obstante, nos interesa puntualizar que la Convención de los Derechos del Niño señala, en su artículo 24, la importancia de la lactancia y sus ventajas para la salud de los niños y las niñas, declarándola como un derecho. Por lo cual, es importante que todas las partes entiendan el valor del amamantamiento prolongado para la salud de las niñas y los niños.

En los casos de divorcio o separación de los padres, los derechos de custodia y visitación son prioritarios para los jueces ante el fin primordial que es el bienestar del menor.

Separación de los Padres	1
Pregúntale a la doctora	2
Cambios en el Programa WIC.....	4
Sabías que	5
Moticias y Eventos	5
Información Profesionales	6

Cuando el niño es pequeño o menor de dos años los jueces tienden a no alterar la relación de amamantamiento permitiendo las relaciones paterno-filiales, pero limitándolas a horas durante el día. Los derechos de las relaciones paterno-filiales deben protegerse, pero los padres no deben pretender afectar la lactancia como forma de manipulación o castigo hacia las madres, ya que el daño lo sufre el niño. De igual manera, las madres no deben usar la lactancia como una restricción al derecho que tienen los padres y sus hijos e hijas de relacionarse. Todo niño tiene derecho a establecer un vínculo saludable tanto con su mamá como con su papá. El que alguna de las partes (por razones no válidas) quiera restringir este derecho, está afectando el desarrollo y bienestar de la niña o el niño.

Siempre que es posible, las cortes fomentan que los padres lleguen a un arreglo de forma voluntaria sobre los momentos que el niño o la niña compartirá con cada uno de ellos. En el caso de que sea imposible que los padres lleguen a un acuerdo la corte tomará la decisión presumiendo que es en el mejor interés del niño o la niña. Al final del día, el sistema judicial debe promover el que haya una responsabilidad parental igualmente compartida, de acuerdo al arreglo de relaciones paterno-filiales más conveniente para todos. Esto no aplica si la corte se convence de que existe suficiente evidencia para creer que el padre o la madre tiene un comportamiento violento hacia el menor o practica la violencia familiar. Si se le presenta a la corte evidencia convincente de que las relaciones con alguno de los padres no es en el mejor interés del menor el Estado tiene el deber y el poder para restringir las relaciones paterno filiales hasta el grado de privar de la patria potestad a alguno de los padres o a ambos.

Las cortes consideran varios factores al momento de decidir sobre la custodia y la patria potestad de un menor. Entre ellos se encuentran:

- el beneficio del menor de tener una relación significativa tanto con la madre como con el padre;
- la necesidad de proteger al menor de daño físico o psicológico;
- la naturaleza de la relación del niño con su madre y su padre o con otras personas, como los abuelos;
- el deseo y la habilidad de cada uno de los padres de facilitar y fomentar una relación continua entre el menor y el otro padre (madre);
- y la capacidad de cada uno de los padres de proveer todas las necesidades del niño, incluyendo las necesidades emocionales e intelectuales.

Si la corte determina que es en el mejor interés del menor que el padre y la madre tengan la custodia compartida, la corte

continúa en la página 3

Pregúntale a la Doctora

“Estoy lactando exclusivamente a mi bebé de un mes y le salió una erupción en la cara y la gente me dice que debo de dejar de tomar leche porque es lo que se lo está causando. ¿Es cierto?”
RP

Muchas de estas erupciones son inofensivas y son problemas de la piel sin importancia que pueden estar presentes desde el nacimiento o bien aparecer durante las primeras semanas. El acné miliar, también denominado “milio”, consiste en pequeños granitos, planos y amarillos o blancos que salpican la nariz y barbilla. Está provocado por la acumulación de secreciones de las glándulas sebáceas de la piel y desaparece durante las primeras semanas de vida. A pesar de que a menudo afecta a la cara y puede abarcar áreas extensas del cuerpo, se trata de un trastorno cutáneo inofensivo que desaparece en pocas semanas con los cuidados normales de la piel. Estas condiciones no tienen que ver con la dieta de la madre por lo cual privarla de los lácteos no tiene ningún efecto en la condición del infante. Es importante, sin embargo que un profesional de salud evalúe la erupción para que pueda darte un diagnóstico correcto y recomendaciones más precisas.



Visita www.draparrilla.com

Únete a nuestro grupo Google para recibir este boletín y mucha otra información sobre el embarazo, el parto, la crianza de apego y la lactancia. En la sección pregúntale a la doctora podrás enviar correos electrónicos de forma privada a Dra. Ana Parrilla y recibirás su respuesta.

“Tengo diabetes Tipo II diagnosticada 6 meses antes de quedar embarazada. En ese momento utilicé Metformin y Avandaryl. Actualmente utilizo Humulin N & R, 50u de N y 25u de R dividido en aplicaciones al día. ¿Puedo lactar a mi bebé? Tengo una cesárea programada en dos meses. ¿Qué medicamento puedo usar luego de la cesárea para poder lactar a mi bebé? “

No solo puedes darle el pecho a tu bebé sino que debes hacerlo. Un estudio reciente encontró que la lactancia puede bajar el riesgo de desarrollar diabetes tanto en la madre como en su bebé. Se ha encontrado que el riesgo de diabetes en los bebés alimentados con fórmula es 4 veces mayor que en los lactados. También se ha estudiado cómo la lactancia ayuda a regular los niveles de glucosa en sangre de madres diabéticas y cómo disminuye la cantidad de insulina necesaria para regular estos niveles. La recomendación es a los efectos de que se debe fomentar activamente que las madres diabéticas amamenten a sus bebés debido a los beneficios específicos para evitar o controlar la diabetes.

La insulina no pasa a la leche materna así que no hay problema. Tampoco lo existe con el hipoglucemiante oral Metformin (Glucophage). El Avandaryl es un medicamento nuevo del cual no hay información disponible acerca de su uso durante la lactancia. Ahora bien éste contiene glimepiride, un hipoglucemiante oral que no se recomienda durante la lactancia. Es preferible en esos casos usar otro hipoglucemiante oral en vez de Avandaryl. Muchas madres diabéticas logran un mejor control de sus niveles de glucosa en sangre mediante la lactancia y requieren de menos dosis de insulina y del uso de otros medicamentos.

No me dices por qué te van hacer una cesárea. Espero que no sea porque eres diabética ya que esto por sí solo no es una razón válida. Si quieres más información sobre estos temas puedes asistir a nuestros grupos de apoyo.



Grupo de Apoyo de PROMANI

debe considerarla con el fin de que el menor pase igual tiempo con cada uno de sus padres. Si se le presenta a la corte evidencia de que el niño o la niña es amamantando la corte debe proteger esa relación de amamantamiento. Esto lo hace usualmente manteniendo al niño o a la niña con su madre la mayor parte del día y la noche y otorgando al padre visitas cortas de 2 a tres horas regularmente, preferiblemente diarias. Las estadías de noche no se ordenan frecuentemente antes de los 3 años en los niños o niñas que lactan ya que las alimentaciones nocturnas son todavía frecuentes, necesarias y emocionalmente reconfortantes para los niños y las niñas. En niños menores de 18 meses las estadías de noche lejos del pecho de su madre pueden afectar la producción de leche y la duración de la lactancia.

Sugerencias para los padres y las madres que están atravesando por una separación o divorcio.

- Las madres no deben impedir o dificultar el tiempo que el padre pasa con el niño a menos que interfiera con el mantenimiento y la relación del amamantamiento.
- Ninguno de los padres debe actuar de forma violenta con sus hijos e hijas o relacionarse con personas que tengan un historial de violencia.
- La mejor manera que el padre y la madre protegen la relación de lactancia es fomentando el vínculo con el padre sin afectar el vínculo con la madre y el amamantamiento.
- Se debe dejar fuera el coraje o rencor y trabajar para reconocer las necesidades del niño o la niña.
- El horario de visitas debe ser flexible, frecuente y que responda a las necesidades del niño o la niña.

Referencias:

1. Baldwin EN. Breastfeeding and Divorce . <http://www.lli.org/Law/LawDivorce.html>
2. Breast-feeding at heart of divorce dispute. http://nwitimes.com/news/local/article_c317f0f6-44f1-5722-a1cd-2700eb0838b5.html June, 23, 2008
3. Dettwyler KA. Letter for Court Cases -in support of extended breastfeeding. <http://www.kathydettwyler.org/detletter.htm>
4. Grainger RI. Continuing Breastfeeding after Separation & Divorce. <http://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/divorce.html>
5. Parrilla Rodríguez, AM. Dando el Pecho Después del Año. Dra.Parrilla.com – Boletín Informativo. Febrero 2009, <http://www.draparrilla.com/boletin/Feb2009.pdf>
6. Shiel W. Divorce Law: Breastfeeding and Child Custody. Legal: In Custody Dispute after Divorce, Can Breastfeeding Limit Overnight Visitation? <http://www.divorce360.com/divorce-articles/child/custody/divorce-law-breastfeeding-and-child-custody.aspx?artid=1566>

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM;

Melissa Pellicier, JD, CLE;

José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG

Cambios en el Paquete de Alimentos del Programa WIC

El Programa Especial de Suplementación de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (Programa WIC) del Departamento de Agricultura de los EEUU provee alimentos nutritivos, consejos de nutrición, y refiere a participantes a otros servicios sociales y de salud sin costo alguno. Este programa sirve a las mujeres embarazadas de bajos ingresos, recién paridas (o mujeres después del parto), y que estén dando pecho, y a bebés (o infantes) y niños hasta los 5 años de edad y cuya nutrición esté en riesgo. Está disponible en los 50 estados, 33 Organizaciones de Tribus Indígenas, Samoa Americana, el Distrito Federal, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes.

El 6 de diciembre de 2007 el WIC emitió una regulación para revisar el paquete de alimentos que se les ofrecía a las madres, los infantes y niños adscritos a este programa. Los paquetes de alimentos y la educación de nutrición son las herramientas principales con que el WIC impacta a sus participantes para fomentar unos hábitos alimentarios y una dieta de calidad. Los nuevos paquetes de alimentos están basados en las Guías Alimenticias para los EEUU del 2005, las guías sobre alimentación infantil de la Academia Americana de Pediatría y las recomendaciones hechas por el Instituto de Medicina de las Academias Nacionales en su informe "Los paquetes de alimentos del WIC: Tiempo para un Cambio". Estos paquetes de alimento promocionan y apoyan mucho mejor el establecimiento de la lactancia y la lactancia prolongada proveyendo a los participantes con una variedad de alimentos incluyendo frutas, vegetales, granos y cereales integrales. Además proveen una mayor flexibilidad a las agencias estatales para prescribir los paquetes de alimentos acomodándolos a las preferencias culturales de los participantes. Los nuevos cambios comenzaron a implantarse el 1ro de octubre de este año.

En Puerto Rico el paquete de alimentos y las nuevas guías para infantes en lactancia exclusiva consisten en: ofrecer alimentos complementarios a los **6 meses** (antes era a los 4 meses), se eliminó el jugo del paquete de alimentos, se ofrecen frutas y vegetales envasados para infantes (64 envases de 4 onzas), carnes envasadas (31 envases de 2.5 onzas) y se continúa con el cereal de infantes (24 onzas). Este nuevo paquete de alimento y las guías que lo acompañan fomentan y apoyan la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad y la introducción adecuada de alimentos sólidos sanos y saludables. Por otro lado, para las madres que están lactando exclusivamente, se enfatiza en

todas las categorías el aumento de fibra y la disminución de grasas. Se les ofrece en este paquete de alimentos leche baja o sin grasa (12 medios galones), huevos (2 docenas), pescado enlatado (30 onzas de atún y/o salmón), queso (1 libra), 1 libra de grano integral (pan de trigo, pan de grano entero o tortillas de maíz integrales), cereal regular o de grano entero (36 onzas), mantequilla de maní (36 onzas), habichuelas en grano (1 libra) y un certificado con un valor efectivo de \$10.00 para la compra de frutas y vegetales.

El WIC ofrece además otros paquetes de alimentos para los infantes y las madres que están en lactancia materna parcial. Entre las guías para este grupo cabe señalar que se fomentará el inicio o retorno de la lactancia exclusiva y tampoco se ofrecerán alimentos sólidos para los infantes antes de los 6 meses de edad. Para información adicional sobre el programa de promoción de lactancia y el paquete de alimentos nuevos del Programa WIC en Puerto Rico puede visitar la clínica WIC de su pueblo o llamar al (787) 766-2805.

Referencias:

WIC Food Packages. <http://www.fns.usda.gov/wic/benefitsandservices/foodpkg.HTM> . 08/07/2009

Nota: Agradecemos a la Lcda. Iris Roldán, Coordinadora de Lactancia del Programa WIC en Puerto Rico, la información suministrada para la redacción de este artículo.

Sabías que...

Los bebés que amamantan NO necesitan otra leche después de los 6 meses.

Los bebés lactados sólo necesitan leche materna los primeros seis meses. Luego de ahí se debe comenzar la introducción de alimentos sólidos sanos y saludables continuando con el amamantamiento. No es necesario darles otra leche a los niños ya que deben seguir tomando la materna hasta por lo menos los dos años de edad.

Ver: Introducción de alimentos sólidos en el bebé lactado http://www.draparrilla.com/introduccion_solidos.html

Amamantar a un niño hasta los 3 a 4 años de edad es algo normal y beneficioso para el niño la niña, y NO causa una relación de dependencia entre la madre y el niño

Los estudios antropológicos señalan que el promedio de destete de un bebé humano es de 2.5 – 7 años. Es ridículo mortificar a una madre y a su hijo/a porque continúan una relación de amamantamiento por 3 años o más. No existe NINGUNA evidencia científica que señale que los niños lactados son más dependientes. La evidencia recopilada apunta hacia todo lo contrario.

Ver: Dando el Pecho Después del Año. http://www.draparrilla.com/pecho_despues_ano.html

Si su bebé recién nacido está amarillo es innecesario quitarle el pecho y darle agua o fórmula.

Si su bebé nació a término y es saludable, estar un poco amarillo es normal durante los primeros días después del parto. Esto puede deberse a la ictericia fisiológica que es normal y permite que la bilirrubina le sirva a los infantes de antioxidante. Es importante que el pediatra descarte que no exista ninguna condición patológica o enfermedad que cause que el infante tenga los niveles de bilirrubina altos. De ser así se debe tratar la condición pero la lactancia debe continuar.

Si la ictericia o color amarillo de la piel se debe a que el bebé no está tomando suficiente leche porque no se pega bien, no succiona bien o hay algo incorrecto en la técnica de amamantamiento entonces lo que hay que hacer es arreglar el problema y no discontinuar la lactancia ni ofrecer suplementos de agua o glucosa que podrían empeorar la situación. Muchas veces se confunde este tipo de ictericia que está asociada a una pobre técnica de amamantamiento con la ictericia asociada a la leche materna. Sin embargo la ictericia asociada a la leche materna no ocurre en los primeros días después del parto. Esta ictericia se cree se deba a la presencia de un componente en la leche materna de algunas madres que no ha sido identificado y que causa un aumento en los niveles de ictericia. En la ictericia asociada a la leche materna el infante está lactando bien, hay una buena técnica de amamantamiento y está aumentando de peso adecuadamente. En estos raros casos las recomendaciones son a los efectos de que con niveles de 18-20 mg/dl de bilirrubina en sangre NO se hace nada. Si los niveles son muy altos (> 20mg/dl) se puede usar fototerapia y en casos más severos se interrumpe la lactancia por 12 a 36 horas. Esto, sin embargo, no aplica a los casos de ictericia asociada al amamantamiento (ictericia asociada a la pobre ingesta de leche materna) o a la ictericia patológica. En estos casos lo recomendable es asegurarse que el bebé está tomando suficiente leche y no dar suplementos de agua con glucosa o fórmula.

Referencias:

1. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. (2004) Clinical Practice Guideline – Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*, 114, 297- 316.
2. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and Breastfeeding. *The Pediatric Clinics of North America* 2001;48:389-99.
3. Parrilla Rodríguez AM. Guía práctica para una lactancia exitosa. 2007 (2nd Ed). San Juan: Editorial Koiné.

Noticias y eventos

GRUPO DE APOYO DE LACTANCIA Y CRIANZA

Las reuniones de nuestro grupo de apoyo son un sábado al mes de 1:30pm - 3:30 pm. Se ofrecen para el beneficio de parejas lactantes y sus familiares en los Salones 13 y 14 de la Escuela Graduada de Salud Pública en el 4to Piso del edificio principal del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Las próximas fechas son: 21 de noviembre de 2009, 12 de diciembre de 2009, 13 de febrero de 2010, 13 de marzo de 2010, 10 de abril de 2010, y el 8 de mayo de 2010. Para más información llamar al 787-759-6546.

GRUPO DE APOYO DE CESÁREAS

La Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez – PROMANI - anuncia sus grupos de apoyo para madres que han tenido una cesárea. Los grupos son orientados a las mujeres embarazadas, madres, padres y familiares interesados en recibir información sobre la prevención de una cesárea, su recuperación y el parto vaginal después de una cesárea. Esos grupos están dirigidos por profesionales expertos en los temas del embarazo, el parto, la cesárea y el parto vaginal después de una cesárea. Contarás con la experiencia, consejo y ayuda de otras mujeres que han pasado por la experiencia de una cesárea y un parto vaginal después de una cesárea. Las reuniones son un sábado al mes de 4:00pm - 6:00 pm en los Salones 13 y 14 de la Escuela Graduada de Salud Pública en el 4to Piso del edificio principal del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Las próximas fechas son: 21 de noviembre de 2009, 12 de diciembre de 2009, 13 de febrero de 2010, 13 de marzo de 2010, 10 de abril de 2010, y el 8 de mayo de 2010. Para información adicional: 787- 782- 0034; info@promani.org ; www.promani.org .

CLE - CURSO DE ADIESTRAMIENTO EN EDUCADOR EN LACTANCIA MATERNA

El Programa de Salud de la Madre y el Niño de la Escuela Graduada de Salud Pública anuncia que ya está abierta la matrícula para el próximo ofrecimiento del Certificado de Educador en Lactancia Materna. Este curso está dirigido a profesionales de la salud, otros profesionales y/o personas que desean adquirir el conocimiento y las destrezas necesarias para proveer apoyo rutinario en lactancia materna y capacita al participante para convertirse en un adiestrador efectivo en el tema. Se ofrece dos veces al año, en febrero y agosto, tiene una duración de 8 viernes con un total de 60 horas contacto de las cuales 12 son en práctica e intervención en manejo y trabajo de campo. El próximo ofrecimiento comienza el 5 de febrero de 2010 y se extiende hasta el 16 de marzo de 2010. Se requiere pre-matrícula. Para información y registro llamar al 787-759-6546.

SOLICITUDES DE ADMISIÓN AL CLMA

El Programa de Salud de la Madre y el Niño de la Escuela Graduada de Salud Pública estará aceptando solicitudes de admisión para su programa de educación a distancia del Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna. La fecha límite para radicar solicitud será el 15 de mayo de 2010. La solicitud de admisión se puede obtener a través de la siguiente página electrónica: <http://www.rcm.upr.edu/mch/CLMA2.htm>

Información para los Profesionales de la Salud

Guías Hospitalarias para el Uso de Alimentación Suplementaria en el Neonato a Término y Saludable

El protocolo clínico #3 de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna, revisado este año, establece las guías hospitalarias para el uso de alimentación suplementaria en neonatos a término y saludables. Este protocolo define la *alimentación suplementaria* como las alimentaciones que se dan en vez del amamantamiento (incluye leche extraída, de banco o leche artificial) antes de los 6 meses de edad. Se define, además, la *alimentación complementaria* como todas las alimentaciones que se dan además del amamantamiento cuando la leche sólo ya no es suficiente. Este término describe todos los líquidos o alimentos que se dan después de los 6 meses además del pecho.

El documento enfatiza la importancia de la lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad y señala lo suficiente que son las cantidades pequeñas de calostro para prevenir la hipoglucemia en los neonatos a término y saludables. La leche materna provee además toda la hidratación que necesita el neonato, aún en climas cálidos. Según este protocolo los recién nacidos tienen una pérdida de peso fisiológica debido a la diuresis extracelular después de la transición a la vida extrauterina. Esta pérdida normal durante los primeros 2 a 3 días no debe exceder del 5.5-6.6% del peso al nacer en los recién nacidos que están óptimamente lactados.

Algunas de las recomendaciones dadas son:

1. Los infantes saludables deben colocarse piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto para facilitar la lactancia, ya que el tiempo de retraso entre el parto y el inicio de la primera lactancia es un predictor fuerte del uso de fórmula.
2. La educación antes del parto y el apoyo en el hospital aumentan significativamente la tasa de la lactancia exclusiva.
3. Los infantes saludables no necesitan alimentación suplementaria por las primeras 24-48 horas, pero los bebés que están muy enfermos para amamantar o que sus madres están muy enfermas para dar el pecho probablemente requieran alimentaciones suplementarias.

4. Los hospitales deben considerar el establecimiento de una política relacionada a las alimentaciones suplementarias que requiera una orden del médico cuando la suplementación esté médicamente indicada, y el consentimiento informado de la madre cuando los suplementos no estén médicamente indicados.

5. Si la madre y el recién nacido deben separarse o si no se ha establecido adecuadamente el amamantamiento, es importante la extracción frecuente de leche de los pechos de la madre y darle la leche extraída al infante.

6. Se debe facilitar el alojamiento en conjunto de la madre y su bebé las 24 horas del día y se debe fomentar el enlace del bebé al pecho materno.

7. Si se necesita suplementar al bebé la leche materna debe ser la primera alternativa, si la leche de la madre no es suficiente se debe considerar la leche pasteurizada de un banco de leche. La suplementación con agua con glucosa no es apropiada. El médico debe considerar los riesgos potenciales y los beneficios del uso de leche artificial (fórmula) para la salud del infante y el impacto de estos en el establecimiento de la lactancia.

8. De ser necesario, las sugerencias para la ingesta de suplementos en bebés saludables son de 2-10 ml/ alimentación en las primeras 24 horas, de 5-15 ml/ alimentación de las 24-48 horas de nacido, de 15-30 ml / alimentación de las 48-72 horas y 30-60 ml/alimentación de las 72-96 horas de nacido.

Situaciones clínicas comunes en donde una evaluación y manejo del amamantamiento pudiera ser necesario pero en donde la suplementación NO ESTÁ INDICADA:

* El infante soñoliento con 8 a 12 alimentaciones al pecho en las primeras 24-48 horas con menos de 7% de pérdida de peso y sin signos de enfermedad.

* El infante saludable, a término, de peso apropiado para la edad gestacional, con niveles de bilirrubina de menos de 18 mg/dl (mol/L) después de las 72 horas de nacido cuando el bebé está alimentándose bien, tiene evacuaciones adecuadas y la pérdida de peso es menor de 7%.

* El infante que esta quisquilloso en la noche o que quiere amamantar constantemente por varias horas.

* La madre está cansada o soñolienta.

Indicaciones para suplementar al infante saludable y a término cuando dar el pecho no es posible.

* Separación debido a enfermedad materna o que la madre no está en el mismo hospital.

* Infante con condiciones metabólicas congénitas (Ej galactosemia)

* Infante al que no le es posible mamar del pecho (Ej. malformaciones congénitas, enfermedad)

* Medicamentos maternos (aquellos realmente contraindicados durante la lactancia).

Posibles indicaciones para la suplementación en infantes saludables y a término.

1. Indicaciones del infante

- Hipoglucemia asintomática documentada por laboratorio (no por métodos de tamizado realizados al lado de la cama del infante).
- Evidencia clínica y de laboratorio de deshidratación significativa (Ej. > 10% de pérdida de peso, sodio alto, pobre succión, letargo, etc.) que no mejora después de una evaluación y manejo de la lactancia por una persona diestra.
- Pérdida de peso de 8-10% acompañada por lactogénesis II tardía (5 días o más).
- Evacuaciones retrasadas o meconio para el día 5.
- Ingesta inadecuada a pesar de una producción adecuada de leche (pobre transferencia de leche).
- Hiperbilirrubinemia – (a) Ictericia neonatal asociada a pobre ingesta de leche materna a pesar de una intervención apropiada; (b) ictericia asociada a la leche materna con niveles de bilirrubina > 20-25 mg/dl en un infante que está, por lo demás, saludable y aumentando de peso cuando una interrupción del amamantamiento puede ayudar.
- Cuando se necesita suplementar con macronutrientes.

2. Indicaciones de la madre

- Lactogénesis II tardía (día 3-5 o más tarde) e ingesta inadecuada del infante (Retención de placenta, síndrome de Sheehan, insuficiencia glandular primaria).
- Patología o cirugía del seno que resulte en pobre producción de leche.
- Dolor intolerable durante la alimentación al pecho que no se alivia luego de intervenciones adecuadas por un profesional experto en manejo de lactancia.

El documento completo se puede encontrar en:
<http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx> .

Referencia:

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2009. *Breastfeed Med.* 2009;4(3):175-82.

Creemos firmemente en la sensibilidad hacia el género femenino. La mujer, sin importar su edad, debe ser considerada, nunca debe pasar inadvertida, sin embargo, para hacer más fácil la lectura de este boletín, usamos "la" para la mamá y "el" para el bebé, sabiendo que éstos vienen en ambos sexos.

Revisión de las Recomendaciones Acerca de la Influenza H1N1 en el Ambiente Obstétrico

La revisión de las Guías Interinas de manejo de H1N1 de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta, EEUU, de Noviembre 10 de 2009, clarifican sus recomendaciones previas para el parto, el posparto y del recién nacido en madres en las cuales se ha confirmado o se sospecha una infección con H1N1. El CDC continúa recomendando que se separen las madres que están enfermas con H1N1 en el momento del parto de sus infantes hasta que el riesgo de transmisión de la enfermedad se reduzca, según se define en el documento. Una vez este riesgo se reduce se le debe ayudar a la madre para que comience el amamantamiento inmediatamente.

Estas nuevas recomendaciones enfatizan el educar a la madre sobre la importancia de la lactancia como la mejor manera de proteger al infante del virus H1N1 y de otros patógenos respiratorios. También menciona que el personal hospitalario debe asistir a la madre enferma en la extracción del calostro inmediatamente después del parto, se le debe proveer asistencia técnica de una consultora en lactancia o un profesional adiestrado para establecer la lactación y se debe asegurar que tenga seguimiento adecuado en su lactación luego del alta.

Estas nuevas recomendaciones clasifican a los recién nacidos de madres enfermas con H1N1 como "expuestos" en vez de "infecciosos" por lo que estos no tienen que estar en aislamiento y pueden recibir cuidado y contacto piel a piel de otros familiares. Si la madre no tiene H1N1, o no se sospecha que lo tenga, **NO SE DEBE** separar de su recién nacido y se debe fomentar el alojamiento en conjunto y la lactancia exclusiva del recién nacido a solicitud.

Vea el documento completo en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/obstetric.htm>

Las guías ofrecidas aquí, aunque están avaladas por los protocolos de organizaciones profesionales, son guías generales que no pretenden sustituir el consejo médico. Debe discutirlos con su proveedor de salud primaria licenciado y no deben utilizarse sin la debida supervisión de éste.

Ana Parrilla, MD, MPH, FABM Copyright/Derechos Reservados. Ninguna parte de este boletín informativo puede ser reproducido excepto para propósitos educativos y reconociendo el crédito de los autores, la publicación y la dirección electrónica de la página www.draparrilla.com .

Para colaboraciones, comentarios o preguntas favor de escribir a: DraParrilla.Com PO Box 71325, Suite 303, San Juan, Puerto Rico 00936
puede también enviar un correo electrónico a: aparrilla@draparrilla.com