



...porque lactar es AMAR

Agosto, 2007

Baja producción de leche materna

La baja producción de leche es una de las razones más frecuentes que dan las madres alrededor del mundo para discontinuar la lactancia en las primeras 6 a 8 horas posparto. Esta razón también es común, cuando el infante tiene alrededor de cuatro meses. Sea el problema real o percibido hay que abordarlo prontamente con un historial cuidadoso y una evaluación del amamantamiento.

La verdadera baja producción de leche puede ser el resultado de un número de factores y causas que frecuentemente se solapan o son una combinación de unos y otros. La percepción de baja producción de leche es una interpretación frecuente de la mamá cuando su bebé está intranquilo después de mamar o pide de mamar frecuentemente y/o experimenta una ganancia de peso lenta. A estos bebés por lo general las madres, después de darle el pecho, les dan una botella de fórmula para "satisfacerlos". Esto comienza un círculo vicioso que termina causando una insuficiencia de leche real a menos que se interrumpa. El porcentaje de madres que reporta la literatura con insuficiencia de leche es variado y en muchos casos no se diferencia entre la baja producción de leche real y la percibida. Pero lo cierto es que probablemente, solo el 1-2% de las mujeres realmente no puedan lactar y que casi todas las mujeres tienen la capacidad de producir suficiente leche para alimentar a sus bebés.

La producción de leche a los cinco días después del parto puede variar desde 7 oz. a 32 oz. de leche en 24 horas. Las siguientes 3 a 5 semanas, la producción de leche se ajusta o calibra según las necesidades del bebé, aumentando en la mayoría de los casos y en otros disminuyendo. Cuando interferimos con el ajuste de los pechos podemos llevar a una baja producción de leche. Algunas de estas interferencias pueden incluir: ofrecer al bebé suplementos con agua o fórmula que causan que el pecho produzca menos leche o se ajuste a un nivel más bajo, un bebé que no remueve la

leche del pecho eficientemente, una plétora o hinchazón de los pechos que no se alivia, una madre de un bebé prematuro que no se extrae leche a su pico máximo de producción sino solo hasta los niveles limitados y transitorios de su pequeño bebé en ese momento; limitar la cantidad de veces que se le da el pecho al bebé (tetadas limitadas) y tetadas cortas.

Existe un sinnúmero de madres y bebés que están a riesgo de desarrollar una baja producción de leche. Es importante reconocer estos casos para poder evitarlos o para buscar ayuda temprano de tal manera que resolvamos la situación lo más pronto posible. Entre estos se encuentra las siguientes:

- Una madre que está poco informada acerca del amamantamiento.
- Una madre que toma la decisión de dar el pecho tarde en el embarazo.
- Una madre que tiene la intención de amamantar por un periodo corto o limitado de tiempo.
- Una madre que tiene poca confianza acerca de su habilidad para lactar (la madre que dice que va a tratar de lactar).
- Ser sensible a la falta de privacidad.
- Recibir poco estímulo de parte del esposo o de la suegra.
- Tener un estatus económico de mayor pobreza y más problemas, acompañado de enfermedad.
- Infantes quisquillosos o irritables. Los infantes de las madres que tienen insuficiencia de leche tienden a pesar menos en el nacimiento, ser más quisquillosos y mamar pobremente. Un infante que esté crónicamente irritado y quisquilloso puede afectar negativamente la confianza de una madre en su habilidad para lactar. A estos bebés los complementan más frecuentemente con fórmulas después de mamar debido a la percepción de que su inquietud o molestia es porque no está tomando suficiente leche. Complementar o suplementar con fórmula, en algunos casos, puede ser el marcador inicial en vez de causar la insuficiencia de leche.
- Un infante que mama pobremente secundario a medicamentos durante el parto, daño en el parto por el uso de fórceps o extracción con ventosa.
- Una madre que usa medicamentos por una enfermedad crónica.

Baja Producción de Leche ..	1
Pregúntale a la doctora ...	2
Sabías que	3
Noticias	5
Información Profesionales .	6

Si se desea mantener la producción de leche se debe remover la leche consistentemente y efectivamente. La leche que no se remueve ejerce un efecto inhibitor en la producción de leche, ya sea a través de medios químicos (la retroalimentación inhibitor de la lactación) o físicos (la atrofia de las células secretoras por la presión). La baja producción de leche se presenta a menudo como: (1) un infante que presenta ganancia de peso lenta o estática, o pérdida de peso; (2) una mamá que describe a su bebé como intranquilo, que se pone quisquilloso después de darle el pecho, y que está constantemente pegado y pelea cuando se le retira del pecho; (3) percepción de la mamá de que su producción de leche está baja debido a que tiene los pechos más suaves, no tienen sensación de llenado o no le gotean; y (4) la mamá que simplemente duda de su habilidad para producir suficiente leche. Algunos de estas situaciones pueden ser causas reales de una producción de leche, otras no necesariamente.

La mejor señal de que probablemente la madre tenga una baja producción de leche es una ganancia pobre de peso de parte del bebé. En este caso es necesaria una evaluación clínica del bebé y la madre para determinar si existe alguna condición biológica para esta pobre ganancia de peso. Algunas veces el bebé no succiona bien al pecho, por lo que gana poco peso y esa pobre succión es lo que lleva a la madre a bajar su producción de leche. Si el bebé está intranquilo, quisquilloso, se pasa pegado al pecho todo el tiempo, la madre tiene pechos suaves que no gotean o la madre duda de su habilidad de producir leche pero el bebé está ganando peso adecuadamente y creciendo bien entonces NO EXISTE una baja producción de leche.

Se describen unos problemas de producción de leche de origen tardío que pueden ocurrir en cualquier momento durante el curso de la lactancia. Algunos de esto se deben a:

- *Uso de pastillas anticonceptivas con estrógeno.* Si ésta es la razón, hay que discontinuarla.
- *Embarazo*
- *La madre está tratando de alargar el tiempo entre tomas, o "adiestrar" al bebé para que duerma toda la noche.* Si éste es el caso, es mejor alimentar al bebé siempre que tenga hambre o cuando se chupe el puñito.
- *Uso de biberones más allá que ocasionalmente.* Aún cuando la producción de leche está bien establecida, el uso frecuente del biberón provoca que el bebé tenga un pobre enlace al pecho en un momento en que éste espera un flujo rápido de leche. Debido al flujo lento, el bebé puede alejarse del pecho, disminuyendo aún más el tiempo de estímulo al pecho, y reduciéndose así aún más la producción de leche.
- *Un "shock" emocional.* Esto, en ocasiones, puede reducir la producción de leche.
- *Una enfermedad.* Sobre todo si es febril, puede reducir la producción de leche. También puede ocurrir con mastitis. Usualmente, sin embargo, esto no ocurre.
- *Exceso de trabajo.* No hay que ser una supermujer. Recomendar que se deje a un lado el trabajo del hogar. Dormir cuando el bebé duerma. Dejar que el bebé amamante mientras la madre duerme.

Pregúntale a la Doctora

"Mi bebé de 7 meses hace tres días que no coge el pecho. Necesito su consejo para lograr que vuelva a lactar. Hace cinco días desarrolló congestión y fiebre leve. Estuvo de buen ánimo y lactó y comió bien todo el día. El lunes lo llevé a la pediatra por la fiebre. Ya al otro día no quiso lactar y estaba llorando desconsolado. Lo acercaba al pecho y lloraba con más fuerza. Tampoco quiso biberón. Comió un postre y tomó un poco de leche con gotero. Desde entonces no ha querido el pecho. Emocionalmente esto ha sido devastador por que no lo esperaba." A.A

Lo que estás pasando es una de las pocas emergencias de la lactancia y una de las más dolorosas para la madre. Es importante que entiendas que tu bebé NO TE ESTÁ RECHAZANDO A TI. Todo parece haber empezado con la enfermedad que le dio. Probablemente el percibió que mamar era muy difícil y molesto ya que los infantes son respiradores nasales. La huelga de amamantamiento es un rechazo súbito del pecho en un bebé de más de tres meses de edad. Ésta ocurre de repente, y el bebé rehúsa varias alimentaciones seguidas. Usualmente ocurre entre los 3 a 12 meses. Entre las causas de este comportamiento se encuentran las asociadas con una enfermedad respiratoria (que hace incómodo que el infante mame en el pecho), el uso excesivo de botellas y las asociadas a algunos disturbios en los sentimientos del niño por algún incidente o cosa desagradable. En esto último el infante presencia alguna escena emocionalmente fuerte, discusiones entre los padres o con los hermanos, mientras está en el pecho y asocia la escena desagradable al momento de mamar o se siente responsable por la escena. Se asocia también a cambios en la dieta de la madre y el uso de productos cosméticos, cremas, lociones, o jabones nuevos.

La huelga de amamantamiento NO es destete espontáneo. NO debes aceptarlo. La salud y el bienestar del bebé pueden estar en riesgo, sobre todo si el bebé tiene menos de seis meses y no está ingiriendo todavía alimentos sólidos. Esto se debe tratar como una emergencia y no verse como algo transitorio. Es primordial examinar al bebé para identificar alguna posible infección de oídos, garganta u otras condiciones.

Debes permanecer todo el tiempo con el bebé, fomentando el contacto piel a piel, desnuda de la cintura para arriba, y no debes presionar al bebé para que se pegue al pecho. Puedes ofrecerle el pecho cuando el bebé esté adormilado o soñoliento y en diferentes posiciones. Considera dejar de usar cualquier cosmético, jabón (incluyendo los de lavar ropa) o perfume nuevo, además de los cambios en la dieta que puedan estar afectando el sabor de la leche.

Como tu bebé está en alimentos sólidos trata de reducir la cantidad de estos alimentos y ordéñate tus pechos para que le ofrezcas tu leche en un vasito. Debes también eliminar las maderas y los bobos. En estos momentos necesitas mucho apoyo emocional, tomate unos días libres en el trabajo, sigue dando tu leche por vaso o gotero, tratas de eliminar la botella y ten mucha PACIENCIA. La mayoría de las veces el bebé vuelve al pecho, pero debes tratar de estar con él las 24 horas del día.

“Actualmente lacto a mi bebé de 15 semanas mientras trabajo full-time. Además, lacto con el sistema de suplementación (sonda) porque tengo baja producción de leche debido a que soy operada de los senos en donde hubo remoción de pezón. Aunque ha sido super complicado para mí, lactar es de lo que más orgullosa me siento en la vida pues me ha enseñado lo que es amor pleno por otro ser...sin embargo he perdido el libido y esto está afectando mi relación de pareja. El terapeuta familiar me aconsejó tomar Avlimil (suplemento natural) para balancear los niveles de estrógeno y testosterona. ¿Qué usted opina? ¿Afecta realmente a mi bebé o al proceso de la lactancia el que yo ingiera este suplemento? J.”

Te felicito por continuar dando el pecho a tu bebé a pesar de todas las dificultades. ¡No hay duda de que eres una mujer valiente y una gran madre! Lo que describes que sientes por tu bebé y la lactancia es algo hermoso. La lactancia es una relación muy intensa y placentera. El vínculo que se desarrolla entre la mamá y su bebé es el más fuerte que existe entre dos seres humanos. La naturaleza lo hace así para que en los primeros meses de vida la madre procure solo el bienestar de su bebé. Las hormonas que se liberan durante la lactancia la oxitocina y la prolactina producen esta sensación de bienestar y amor intenso hacia tu bebé. Él, por otro lado, estuvo nueve meses en tu barriga oyendo los latidos de tu corazón, tu respiración y tu voz. Tu bebé está enamorado de ti y realmente se le hace muy difícil no estar a tu lado.

Todo esto que te he descrito es parte de nuestra biología. La hormona prolactina, responsable de la producción de leche, también suprime las hormonas responsables del ciclo menstrual. Esta hormona les causa a muchas mujeres sequedad vaginal y pueden sentir una baja en el libido. Tus niveles hormonales están perfectamente balanceados para la lactancia, no es necesario añadir ningún estrógeno en estos momentos. La persona que te dio este consejo de seguro desconoce totalmente la fisiología de la lactancia, y el hecho de que el estrógeno puede bajar tu producción de leche, la cual ya tienes afectada.

Debes tener en cuenta que el libido en las mujeres posparto no depende solamente de las hormonas. De hecho esto a veces no es tan importante. Lo más importante es que acabas de tener a un bebé hace solo 15 semanas (no se si por cesárea, lo cual es más difícil), te estas recuperando, trabajas a tiempo completo, tienes que suplir las necesidades de tu bebé, las labores domésticas, etc, etc, etc. Es normal que tengas el libido disminuida y que cuando te acuestas a descansar solo quieras eso, DESCANSAR.

Debes dialogar con tu compañero para que él entienda que el sexo no es la única manera de demostrar amor en estos momentos. Abrazarse, besarse, acariciarse, acompañarse y disfrutar de ese regalo divino que les dio la creación, son otras formas de amarse. Pasar de ser dos a tres no es fácil, requiere mucho ajuste. No te responsabilices de lo que sucede, poco a poco te iras ajustando a los diferentes roles. Mientras más ayuda recibas de tu compañero, más comprensión y más amor, poco a poco tu libido irá aumentando. Disfruta este momento que nadie ni nada te prive de él... y no tomes ninguna de esas porquerías.... Un abrazo afectuoso.

Sabías que...

La leche materna contiene SUFICIENTE hierro para satisfacer las necesidades del bebé.

La deficiencia de hierro causa anemia, debilidad y trastornos inmunológicos. Se sabe que los infantes necesitan 8-10mg/día de hierro durante el primer año de vida. Las fórmulas o leches artificiales suplen alrededor de 10-12 mg/ día. Aunque la leche materna sólo tiene 1 micro g/dl, lo cual no llena los requerimientos dados, los infantes a los cuales se le da el pecho no padecen de anemia. Esto se debe a que la absorción del hierro de la leche materna es más eficiente, se absorbe el 49% del hierro disponible en la leche materna vs el hierro de la leche de vaca (10%) y el de las fórmulas fortificadas con hierro que solo se absorbe 4%.

Se ha encontrado que los niveles de hierro en sangre de los infantes alimentados con botella son anormales mientras que los de infantes alimentados al pecho no. Los infantes que son amamantados exclusivamente por los primeros 6 meses de vida no están a riesgo de desarrollar anemia por deficiencia de hierro o reducción en sus reservas de hierro durante este tiempo. Esto se debe a que la leche materna tiene niveles más altos de ferritina, lo que aumenta la capacidad para la asimilación de hierro a largo plazo, además de las altas cantidades de vitamina C y lactosa que tiene la leche materna que aumentan la absorción de hierro.

NO ES CORRECTO decir que la leche materna es deficiente en vitamina D.

La vitamina D ayuda en la absorción y uso de calcio y fósforo y promueve el crecimiento de los huesos. Su deficiencia produce raquitismo. La cantidad de vitamina D y sus metabolitos en la leche humana es de 25 IU. Las nuevas recomendaciones sobre la ingesta de vitamina D emitidas por la Academia Americana de Pediatría son a los efectos de que todos los infantes incluyendo los amamantados exclusivamente reciban un mínimo de 200 IU de vitamina D empezando el 2do mes de vida. Estas recomendaciones no deberían ser universales puesto que no es que la leche materna sea deficiente en esta vitamina sino que los niños que no se exponen al sol no pueden sintetizarla. Al AAP recomendar el uso universal de la Vit. D ha creado la falsa impresión de que la leche materna es deficiente en ésta, ya que se le añade artificialmente a las fórmulas, cuando la realidad es que los niños deben obtener la vitamina D a través de la síntesis en la piel estimulada por los rayos ultravioleta, no a través de la leche materna. Por lo tanto en Puerto Rico donde el sol abunda no es necesario recomendar la suplementación en niños exclusivamente lactados. La suplementación se debe recomendar a bebés de piel oscura y/o niños que viven en zonas privadas de luz solar, niños que están la mayoría del tiempo cubiertos y a los niños a los que se aplica en exceso los protectores solares. Varios minutos de sol temprano en la mañana o tarde en el día es todo lo que el infante lactado necesita para producir la Vitamina D necesaria.

Las mujeres con pezones planos o invertidos PUEDEN lactar.

El pezón plano es corto y puede mantenerse sin sobresalir significativamente al estimularse pero generalmente esto no es problema. De hecho, muchas mujeres tienen los pezones planos a menos que

ocurra estimulación táctil o por frío. Lo importante con este tipo de pezón es evitar la plétora o hinchazón de los pechos ya que entonces el enlace del bebé al pecho se hace mucho más difícil.

El pezón retraído inicialmente se ve bien pero se recoge o retrocede al estimularse, haciendo difícil el agarre del bebé. El verdadero pezón invertido está recogido o metido hacia adentro en descanso y al estimularse. Este tipo de pezón es muy poco común y existen estrategias para ayudar al bebé a agarrarse al pecho. Aún retraído, el bebé debe poder asirse con ayuda de una madre adiestrada.

Baja Producción de Leche - Continuación

Puede ocurrir una combinación de varias de las anteriores. En ocasiones se reduce la producción de leche, en especial alrededor de los 3 meses, sin una razón aparente.

Hay una razón adicional que requiere algo de explicación. Durante las primeras semanas, los bebés tienden a dormirse en el pecho cuando el flujo de leche es lento (lo cual ocurre más rápidamente si el bebé no está bien enlazado). El bebé chupará, y dormirá, y chupará, sin obtener grandes cantidades de leche, pero la madre tendrá un reflejo de bajada de la leche de vez en cuando y su bebé tomará más leche. Cuando la producción de leche es abundante, el bebé usualmente aumentará muy bien de peso, y puede mantenerse largos periodos de tiempo en el pecho a pesar de la producción abundante. Para cuando los bebés tienen de 6 a 8 semanas, sin embargo, y a veces antes, (otros siempre se duermen cuando se reduce el flujo de leche), muchos bebés se separan del pecho cuando el flujo se reduce, a veces pocos minutos después de comenzar la tetada. La madre tiende en esos casos a ofrecer el pecho contrario, pero el bebé repetirá lo mismo. Puede tener hambre todavía, pero puede rechazar el pecho y chuparse el puño. No se beneficiará de esas bajadas de leche que hubiese recibido si se hubiese quedado en el pecho. Así que termina tomando menos, y la producción se reduce porque el bebé toma menos, y entonces el bebé recibe un flujo más lento al comienzo de la tetada (porque hay menos leche), y ya puede usted imaginar lo que puede ocurrir. No siempre ocurre de esta manera, y muchos bebés pueden aumentar de peso aunque estén solamente un corto periodo en el pecho, pero el bebé puede retirarse y chuparse el puño porque quiere chupar más.

Manejo de la insuficiencia de leche

Las intervenciones de manejo dependen de la causa del problema. A todas las madres hay que verificarles colocación y enlace del bebé en el pecho. Se les debe enseñar qué constituye un buen enlace y como saber que el bebé está tragando. Cuando el infante no se oye tragando se puede usar la compresión de pecho (ordeñarse el pecho con el bebé pegado a él). Se debe permitir que el bebé termine el primer pecho antes de ofrecerle el segundo pero si el bebé no traga aún con la compresión de pecho debe ofrecérsele el otro pecho. En las tardes y las noches, cuando el bebé quiere mamar con más frecuencia, se debe orientar a la madre para que dé el pecho acostada de tal manera que pueda descansar a la misma vez. Otras recomendaciones e intervenciones pudieran ser las siguientes:

- Asegurarse de que no hay dolor en los pezones ya que esto interfiere con la buena transferencia de leche.

- Las madres diabéticas pueden tener un retraso de 24 horas en la bajada de la leche por lo que deben amamantar a sus bebés bien frecuentemente.
 - Las madres que tienen historial de una cirugía del pecho deben alimentar a sus infantes bien frecuentemente y el bebé se debe pesar no más tarde de las 48 horas después del alta del hospital. Algunas madres van a poder tener una producción, de ser adecuada, para las primeras semanas pero no ser suficiente para suplir las necesidades de crecimiento del bebé.
 - Cuando sea necesario suplementar al bebé se debe usar un sistema de suplementación al pecho; esto permite continuar así con el amamantamiento.

En ocasiones se pueden usar galatogogos o medicamentos que aumenten la producción de la leche. Estos los hemos descrito anteriormente en nuestro artículo de relactancia. Es importante recordar que si la producción de leche no es real o si no se corrige el problema que la produce, estos galatogogos o medicamentos no resolverán el problema.

Referencias:

1. Black LS. Incorporating Breastfeeding Care into Daily Newborn Rounds and Pediatric Office Practice. *The Pediatric Clinics of North America* 2001;48:273-98.
2. Chantal L. Effect of Stress on Lactation. *The Pediatric Clinics of North America* 2001;48:221-34.
3. Hale T. Medications and Mothers' Milk. 2006 (12h edition). Amarillo, Texas: Hale Publishing.
4. Neifert MR. Prevention of Breastfeeding Tragedies. *The Pediatric Clinics of North America* 2001;48:273-98.
5. Newman J, Pitman T. *The Ultimate Breastfeeding Book of Answers*. 2000. Roseville, California; Prima Publishing.
6. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 2005. (6th. Ed.) St. Louis: CV Mosby Co.
7. Riordan J. *Breastfeeding and Human Lactation*. 2005. (3rd ed.) Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
8. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number #9 Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Supply. *ABM NEWS and VIEWS* 2004;10:20-2.
9. Wight NE. Management of Common Breastfeeding Issues. *The Pediatric Clinics of North America* 2001;48:321- 44.

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM



Noticias y Eventos

Semana Mundial de la Lactancia Materna

Con el tema "*Lactancia Materna: la primera hora - ¡salva UN millón de bebés!*" la Coalición Para la Lactancia Materna en Puerto Rico celebra la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 30 de julio al 5 de agosto de 2007. La celebración de la semana se llevará a cabo en Plaza Las Américas. Habrá un sinnúmero de actividades que incluyen: conferencias sobre temas variados, grupos de apoyo, actividades para los niños y las niñas y personal adiestrado para asesorar y ayudar a las madres lactantes. El calendario de actividades está disponible a través de la página de Internet www.coalicionlactancia.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 septiembre, 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 en septiembre 14 y se extiende hasta el 8 de noviembre de 2007. Se requiere pre-matrícula. Para información llamar al 787-759-6546.

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 el Hospital Auxilio Mutuo. Próximas fechas: 25 de agosto, 22 de septiembre, 20 de octubre y 14 de noviembre de 2007.

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 miércoles al mes de 7:30pm - 9:30 pm en el 1270 Ave. Jesús T. Piñero, Río Piedras. Próximas fechas: 22 de agosto, 19 de septiembre, 17 de octubre, 21 de noviembre y 12 de diciembre. Para información adicional: 787- 782- 0034; info@promani.org ; www.promani.org .

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 correo electrónicos de forma privada a Dra. Ana Parrilla y recibirás su respuesta.

Sitios de Interés en la Internet

A continuación te ofrecemos algunos portales sobre crianza de apego en la Internet.

Attachment Parenting International

<http://www.attachmentparenting.org>

Attachment Parenting International (API) es una organización sin fines de lucro que realiza redes con padres, profesionales y organizaciones afines alrededor del mundo. Además, provee asistencia en la formación de grupos de apoyo de Crianza de Apego. Provee material educativo, información científica, consultas y referidos a servicios que promuevan los conceptos de la crianza de apego.

Crianza Natural

<http://www.crianzanatural.com>

Crianza Natural es una empresa fundada con el propósito de difundir los principios de la que se ha venido en llamar crianza natural sobre la concepción, cuidado y desarrollo de los hijos. En su portal de Internet encontrarás toda una serie de consejos y artículos de acceso libre sobre el embarazo, la lactancia, la estimulación temprana y el sueño, entre otros, destinados a establecer un sólido vínculo afectivo entre padres e hijos.

Criar y Amar

<http://criaryamar.com>

Criar y amar, es un portal de la crianza con apego. Además, presenta temas relacionados al parto respetado, lactancia materna, sueño infantil, educación y disciplina positiva.

Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez - PROMANI

www.promani.org

PROMANI tiene como misión contribuir al mejoramiento de la salud de la población de mujeres en edad reproductiva y de sus hijos(as) a través de la educación, la orientación y el apoderamiento de todos los miembros del núcleo familiar, así como a través de la investigación de los factores que inciden sobre la salud de las madres y los niños, y la implantación de estrategias a esos fines. En esta página encontraras información sobre el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza de apego y la circuncisión. Puedes unirse a sus grupos de discusión y endosar sus declaraciones de política pública.



Información para los Profesionales de la Salud

Hipoglucemia en Bebés Lactados

La Academia de Medicina de la Lactancia Materna publicó la revisión de su protocolo #1 "Guías para el Monitoreo de la Glucosa y para el Tratamiento de la Hipoglucemia en los Neonatos a Término Amamantados". En este protocolo se enfatiza que la hipoglucemia transitoria en el periodo inmediato al nacimiento es común y ocurre en casi todas las especies mamíferas. Señala que en los infantes saludables nacidos a término, aún cuando la alimentación enteral no se lleve a cabo, este fenómeno se autolimita cuando los niveles de glucosa aumentan pronta y espontáneamente en 2 a 3 horas. Este periodo temprano, que se auto limita, de glucosa baja no se considera patológica. En este protocolo se recomienda que no se debe medir o tratar rutinariamente los niveles de glucosa en sangre en bebés asintomáticos y a término durante las primeras 2 horas después del parto ya que esto tiene poco valor práctico.

Varias organizaciones, incluyendo ABM, han concluido que la lactancia temprana y exclusiva es segura para llenar los requisitos nutricionales de los infantes a término y saludable, y que estos no desarrollan hipoglucemia sintomática simplemente como resultado de que no se les da alimento. ABM recomienda como manejo general las siguientes:

1. No es necesario la suplementación de rutina de los neonatos a término y saludables con agua, agua con glucosa o fórmula, además de que puede interferir con el establecimiento del amamantamiento normal y de los mecanismos compensatorios normales.
2. Los infantes saludables y a término deben iniciar la lactancia dentro de los primeros 30 a 60 minutos de vida y continuar según ellos lo requieran, reconociendo que el llanto es un signo tardío de hambre.
3. El inicio y el establecimiento de la lactancia facilita el contacto piel a piel entre la madre y su bebé. Estas prácticas ayudan a que el infante mantenga una temperatura corporal normal, reducen el gasto de energía, mantienen los niveles de glucosa en sangre mientras estimulan la succión y la producción de leche.
4. El amamantamiento debe ser frecuente, 10 a 12 veces en 24 horas en los primeros días después del parto.
5. El monitoreo o tamizado de glucosa solo debe realizarse en infantes a riesgos y en aquellos con síntomas clínicos compatibles con hipoglucemia.
6. El monitoreo o tamizado rutinario de la glucosa en sangre en recién nacidos a término y asintomáticos es innecesario y puede ser dañino.

7. Todos los infantes a riesgo de hipoglucemia deben monitorizarse con una frecuencia y duración relacionada a los factores de riesgo específicos del infante en particular.

8. Las pruebas de monitoreo glucosa realizadas a lado de la cama del infante deben confirmarse con pruebas de laboratorio formales.

El documento de ABM también ofrece las guías de manejo de la hipoglucemia documentada para bebés asintomáticos y sintomáticos. El mismo se puede encontrar en:

<http://www.bfmed.org/index.asp?menuID=139&firstlevelmenuID=139>

Referencias:

Wight N, Marinelli KA, & The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. Breastfeeding Medicine 2006;1: 178-84.

Estándares de Crecimiento para Infantes Lactados

La Organización Mundial de la Salud lanzó unos nuevos estándares de tablas de crecimiento para los infantes y niños en todo el mundo. Este nuevo grupo de estándares establece la referencia para el crecimiento y desarrollo de infantes y niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, reemplazando de esta manera, a las tablas de referencia viejas que solo describían cómo una muestra de niños estaba creciendo en un momento dado de tiempo y de espacio. Estos estándares son el resultado de un intenso estudio global que inició la OMS en el 1997 en el cual participaron más de 8 mil niños provenientes de todas las regiones del mundo.

Los estándares constan de más de 30 tablas de medidas de crecimiento y desarrollo. Las tablas de crecimiento viejas no distinguían entre niños lactados o alimentados artificialmente lo que reflejaba una mezcla de patrones de crecimiento que no eran reales. Los nuevos estándares incluyen solamente a niños lactados, así que la forma de la tabla de crecimiento es ligeramente diferente mostrando infantes más delgados, que crecen para ser ligeramente más altos en meses posteriores que cuando eran medidos por las viejas tablas de referencia. Las nuevas Tablas Estándares de Crecimiento de OMS son las primeras en representar el crecimiento y desarrollo de TODOS los niños del mundo, a pesar de su trasfondo étnico, geográfico, estatus socioeconómico o método de alimentación. Estos estándares utilizan a los bebés lactados como la "norma" para medir el crecimiento normal y saludable. Las nuevas tablas basadas en los estándares de crecimiento de niños lactados las encuentras en:

<http://www.who.int/childgrowth/en/>

Las guías ofrecidas aquí, aunque están avaladas por los protocolos de organizaciones profesionales, son guías generales que no pretenden sustituir el consejo médico. Debe discutir las 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 educacionales 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