



...porque lactar es AMAR

Febrero, 2008

¿Qué tiene que ver el parto con el inicio de la lactancia?

Recientemente nos ha llegado información de que varios colegas obstetras afirman que la lactancia no tiene nada que ver con el parto y que no es prudente asesorar a las mujeres sobre las prácticas obstétricas durante las orientaciones de lactancia. Estas declaraciones nos han sorprendido enormemente, ya que estos profesionales de la salud, por su preparación académica y formación, deberían saber que el éxito en el inicio de la lactancia depende en la mayoría de los casos en la experiencia y el tipo de parto. De hecho, el ciclo reproductivo de la mujer comienza con el embarazo y culmina con el destete, no acaba con el 3er estadio del parto que es la expulsión de la placenta. Por lo tanto el ciclo completo es embarazo, parto, lactancia y destete. El proceso de vínculo empieza, según algunos, desde el embarazo, y/o con el primer contacto de los padres con el infante y continúa mientras los padres y el infante interactúen para formar una relación única y duradera. El amamantamiento fomenta el desarrollo de ese vínculo.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que el primer contacto entre la madre y su bebé ocurra lo más pronto posible después del parto y preferiblemente dentro de la primera hora.¹ Este primer contacto puede durar hasta 120 minutos y algunos bebés pueden inicialmente solo lamer el pecho. Además, la madre se beneficia de ese primer contacto ya que se estimula la liberación de oxitocina, lo que induce las contracciones uterinas, ayuda a expulsar la placenta y previene el sangrado excesivo. La oxitocina se conoce como la hormona del amor y, junto con la prolactina, el estrógeno y la progesterona, se asocia con estimulación de los sentimientos maternos. La oxitocina causa que la madre se sienta más relajada, sedada y calmada. Se ha asociado el uso de epidurales, opiáceos y morfina con una disminución en la liberación de oxitocina. El contacto temprano con la madre ayuda al bebé a adaptarse a su nuevo ambiente, el cual no es estéril, colonizando su piel, su tracto gastrointestinal y su tracto respiratorio con los microorganismos de la madre y la inmunidad que ésta le proporciona a través de su leche.

En la medida en que la tecnología hizo su explosión en la década del 1970, el manejo del parto se medicalizó cada vez más, la madre comenzó a recibir cada vez más intervenciones tecnológicas, y comenzó a hablarse de la cesárea como una ruta del nacimiento que era superior, moderna, y prometía, en aquella época, acabar con los problemas perinatales, la perlesía cerebral, la retardación mental, la distocia de hombros etc. En fin, la madre tenía que entregar su capacidad de manejar su parto, probada a través de varios milenios, a esta maravillosa nueva tecnología que prácticamente garantizaba resultados excelentes.

Poco ha importado que las promesas de las nuevas tecnologías se hayan estrellado contra las frías estadísticas. La perlesía cerebral no ha disminuido, nuestra tasa de bajo peso al nacer se resiste a bajar y hasta muestra tendencia a subir, nuestra mortalidad infantil no ha mejorado significativamente en los últimos años y el monitor electrónico ha probado no ser mejor que la auscultación periódica del latido cardiaco fetal mediante estetoscopio. En el proceso nuestras madres se han convertido en pacientes quirúrgicas, nuestra tasa de cesáreas ha subido de 7% a más de 48%,² la más alta del mundo, el "parto programado" a través de inducciones electivas sin indicación válida es la orden del día, y los obstetras se desempeñan en un ambiente litiginoso que les lleva a menudo a practicar una obstetricia apartada de las normas de excelencia y de la evidencia científica, en un paradójico esfuerzo por protegerse de una reclamación médico-legal.

En el campo de la promoción de la lactancia y el amamantamiento, debemos evaluar las prácticas obstétricas comúnmente realizadas, pues muchas tienen un efecto negativo sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia. En la medida en que el uso indiscriminado de la tecnología y las intervenciones médicas de rutina se han adueñado del proceso del parto, se hace necesario que nos enfraquemos en una revisión crítica de esos procedimientos, eliminemos lo innecesario o dañino, fijemos parámetros correctos para el uso de esa tecnología, y los mecanismos para hacerlos cumplir, y le devolvamos a la madre, a su bebé, y a su familia el rol protagónico que les corresponde en el proceso reproductivo. Miremos críticamente ahora algunos de esos procesos.

La inducción del parto – La inducción "electiva" se ha propagado por todo el planeta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta tasas tan altas como de 80% en Grecia. En Puerto Rico se reporta una tasa de por los menos 60%. Sabemos anecdóticamente que las inducciones son la orden del día en muchos de nuestros

Parto y Lactancia	1
Pregúntale a la doctora	2
Sabías que	3
Noticias	3
Libros de interés	6
Información Profesionales	6

hospitales. La inducción del parto puede afectar negativamente la lactancia por varias razones. Se ha demostrado un aumento en el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal luego del parto inducido.³ Esta condición constituye, a menudo incorrectamente, una razón para quitarle el pecho a un bebé por parte de muchos pediatras en nuestro medio. La inducción a menudo provoca contracciones uterinas de tal intensidad que provocan la administración de analgesia narcótica, con su subsiguiente efecto sedante en el neonato. Ello puede impedir el enlace y amamantamiento efectivo en la primera hora posparto. La inducción aumenta el riesgo de una cesárea, sobre todo en nulíparas y en madres con cuellos no inducibles. La necesidad de utilizar el monitor electrónico en estas madres las condena a la inmovilidad, prolonga la duración del parto y aumenta también el riesgo de una cesárea. Por éstas, y otras, razones, la conferencia de Fortaleza, Brasil, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, recomendó que las tasas de inducción del parto no debieran superar el 10% en ningún país del mundo.^{4,6}

La posición materna para el parto – Hasta hace 200 años las posiciones preferidas para el parto eran verticales, y eso es todavía así en las culturas tradicionales. La incorporación de la posición supina nunca se basó en evidencia científica. Fue más bien la consecuencia histórica del conflicto entre las parteras europeas y los obstetras/cirujanos que emergían como una nueva especialidad quirúrgica y que preferían la posición de litotomía para sus procedimientos quirúrgicos.⁷ Los efectos negativos de la posición supina para el parto se han conocido por muchos años. Puede producir hipotensión supina e insuficiencia placentaria con sus efectos negativos para el bebé. La libertad de escoger la posición para el trabajo de parto tiene de por sí un efecto analgésico, reduciendo así la necesidad de analgesia mediante narcóticos. Otros estudios han demostrado que la posición vertical mejora la eficiencia de las contracciones, acorta la duración del parto, y mejora la condición del neonato.⁴ La posición supina afecta la lactancia porque aumenta el uso de analgesia farmacológica, prolonga la duración del parto, aumenta el cansancio materno, y aumenta el riesgo de alteraciones del latido cardíaco fetal que lleven a una cesárea o a un parto vaginal operatorio.

El uso de analgesia/anestesia farmacológica – El uso de narcóticos inhibe la capacidad del bebé para reconocer el pecho materno y enlazarse al mismo.⁸ El uso de anestesia regional, por otro lado, produce un riesgo mayor de fiebre materna, mayor incidencia de puntuación baja de Apgar (<7), mayor incidencia de hipotonía neonatal, y mayor probabilidad de requerir oxígeno-terapia y esfuerzos de resucitación.⁹ La ocurrencia de fiebre promueve la separación de la diada madre/bebé, admisión al intensivo neonatal, antibióticos endovenosos etc, etc. Este escenario afecta el enlace madre/bebé y afecta el inicio de la lactancia exitosa.

El uso rutinario del monitor fetal electrónico – Alrededor del 80% de los partos en Puerto Rico se manejan usando el monitor electrónico. Por varios años hemos sabido, sin embargo, que la vigilancia electrónica del bebé no es superior a la vigilancia clínica utilizando la auscultación periódica, según el protocolo del Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP).¹⁰ Desde el 1989 se publicaron los resultados de 8 estudios aleatorizados que demostraron que el monitor electrónico no reduce la mortalidad perinatal.^{4,11} Las tasas de perlesía cerebral no se han reducido luego de 30 años de vigilancia electrónica en el parto. Por estas razones, tanto el ACOG como la

Pregúntale a la Doctora

"Soy madre de una bebe de 2 meses y la lacto "fulltime". Quisiera saber si puedo hacer ejercicios sin que se afecte la producción de leche. ¿Será mejor no hacerlos por ahora? ¿Cuándo podría comenzar y que tipo de ejercicios son recomendables para madres lactantes?" H.

El ejercicio tiene muchas ventajas para la madre lactante ya que no solo tiene beneficios físicos además te ayuda a sentirte más relajada porque disminuye los niveles de estrés y mejora tu autoestima y bienestar. Si nunca antes has hecho ejercicios debes empezar con algunos de actividad moderada como caminar, nadar o aeróbicos de bajo impacto. Puedes hacer 30 a 45 minutos por lo menos cuatro veces por semana.

Algunos estudios científicos han demostrado que el ejercicio moderado no causa ningún efecto negativo en la composición o producción de la leche materna. Lo que sí se ha encontrado es que las atletas de alto rendimiento pueden tener en su leche niveles de ácido láctico elevado. El ácido láctico lo secretan los músculos luego del ejercicio y puede producir un sabor amargo en la leche. Esto niveles de ácido láctico elevado pueden mantenerse en la leche durante 90 minutos después de hacer ejercicio, luego de esto bajan.

Se recomienda que las madres que hacen ejercicios intensos lacten sus bebés antes de hacerlo y que esperen por lo menos una 1-1^{1/2} hora antes de ofrecerles el pecho de nuevo. Como este no será tu caso no te preocupes. Solo te recomiendo que te mantengas hidratada tomando diariamente 1 onza de agua por cada dos libras de peso que tengas, esto es independientemente de que hagas ejercicio o no, y aplica a tod@s la personas lacten o no.



Luz Iris dando la teta a Emily en su restaurante Casa Emilio.

"Mi esposa parió hace cuatro días y desde ayer a mi esposa se le pusieron los senos como bolas de baloncesto, yo creo que casi hasta duplicaron su tamaño en cuestión de un día para otro, ella se queja que le duelen no el área del pezón sino el seno como tal y se ven un poco rojizos. ¿Es esto normal? ¿Que podría hacer? ¿Es necesario que se ponga crema en el seno para que no le salgan estrías?" SC

Lo que tu esposa tiene es plétora la cual es normal y es una buena señal de la bajada de la leche del 3er al 5to día. Después de dar el pecho dile que use compresas frías para bajar la hinchazón, de hecho hay estudios recientes que indican que aún usarlas antes de dar el pecho no afecta el reflejo de bajada y algunas mujeres sienten que les va mejor.

Se ha recomendado el uso del calor húmedo o duchas tibias, pero esto no ayuda a la hinchazón más bien ayuda en el reflejo de bajada de la leche. Si a ella le alivia puede usarlo también. La hinchazón se irá bajando poco a poco según se ajuste la oferta a la demanda del bebé. Para alrededor del día 10 sentirá los pechos blandos, esto no es que se le fue la leche, lo que sucede es que se resolvió la plétora.

En cuanto a las estrías no hay nada para evitarlas, hay mujeres que las desarrollan y otras no. No se hace nada.



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.

Sabías que...

La lactancia no hace que los pechos se caigan.

Según un estudio de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos presentado en el 2007, que examinó el impacto de la forma del pecho y el embarazo, un historial de haber dado el pecho, el número de niños lactados, la duración de la lactancia de cada niño o la cantidad de peso que se gana durante el embarazo NO predicen significativamente la caída de los pechos. Este estudio sin embargo encontró que el índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés), el número de embarazos, un tamaño de sostén grande antes del embarazo, historial de fumar y la edad son factores de riesgo que aumenta significativamente el grado en que los pechos se caen o pierden su forma. Otro mito que se cae, como hemos señalado desde hace tiempo: la lactancia NO hace que los pechos se caigan.

El DHA y ARA que le añaden a las fórmulas para infantes tiene serios riesgos para la salud de tu bebé.

Un informe del Instituto Cornucopia de enero de 2008 señala que los DHA (ácido docosahexaenoico) y ARA (ácido araquidónico), añadidos a las fórmulas para infantes, se extraen de algas fermentadas y hongos usando un tóxico químico llamado hexano. La Agencia Federal de Drogas y Alimentos (FDA) no ha aprobado o afirmado que estas sustancias sean seguras. Existe evidencia científica de que los DHA y ARA de la leche materna SI son beneficiosos para el desarrollo del cerebro y la visión. Sin embargo los científicos y los pediatras están cuestionando el uso de estas sustancias en las fórmulas para infantes ya que no se ha podido probar consistentemente y concluyentemente que estos beneficios se observen en los niños que reciben fórmula con DHA y ARA. Para extraer el DHA y el ARA se usa hexano, esta sustancia que es derivado de la gasolina, la Agencia de Protección Ambiental (EPA) la clasifica como un contaminante tóxico.

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 el Hospital Auxilio Mutuo. Próximas fechas: febrero 16, marzo 15, abril 12, mayo 17 y junio 14 de 2008.

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 dirigido 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: febrero 13, marzo 12, abril 9, mayo 14 y junio 14 de 2008. Para información adicional: 787-782-0034; info@promani.org; www.promani.org

¿Qué tiene que ver el parto con el inicio de la lactancia? - Continuación

AAP han recomendado que el monitor electrónico no se use indiscriminadamente, que la auscultación periódica del latido cardiaco fetal se haga cada 30 minutos durante el primer estadio del parto y cada 15 minutos durante el segundo estadio. En embarazos de alto riesgo esto deberá hacerse cada 15 y cada 5 minutos, respectivamente. Con este protocolo se obtienen bebés igualmente saludables que con el monitoreo electrónico.

El uso indiscriminado del monitor electrónico afecta negativamente la lactancia. Aumenta el número de cesáreas y de partos operatorios. Restringe la capacidad de la madre para ambular durante el parto, la ata a la cama en posición supina, lo cual aumenta el dolor y la duración del parto, aumenta la necesidad de analgesia narcótica, y produce al final una madre más cansada y exhausta.

El uso indiscriminado de la episiotomía – La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más comúnmente practicado en muchos países. La experiencia mundial es variable, con extremos de 100% en Hungría y de 8% en Holanda. En los Estados Unidos, la realización de la episiotomía se ha reducido en 50% en 20 años, de 64% en 1980 a 32% en 2000. La incidencia real en Puerto Rico se desconoce pues el procedimiento no se codifica en el certificado de nacimiento. En dos estudios en los que hemos participado en años recientes en un hospital público y en un hospital privado en San Juan, hemos encontrado tasas de episiotomía entre 78% y 89%. El propósito alegado de la episiotomía es evitar desgarres o laceraciones del perineo durante el parto y las consecuencias a largo plazo de la relajación pélvica. Este propósito no se ha probado científicamente. Varios estudios, sin embargo, han demostrado que, por el contrario, la episiotomía contribuye al daño que pretende evitar.¹²⁻¹⁴ En un estudio reciente de Boston, de 1,576 partos, se encontró que el tipo de proveedor, y no las condiciones del parto, constituye el factor principal que determina si se hace o no la episiotomía. Los médicos privados son los que más la realizan (55%), contra el 33% de los médicos en centros académicos y 21% de las parteras.¹⁵

Ante la falta de evidencia científica que justifique la utilización rutinaria de la episiotomía, y ante la abundante evidencia al contrario, la OMS ha discutido el tema y ha concluido que el procedimiento no debe usarse rutinariamente. El texto de Obstetricia de Williams recomienda lo mismo.¹⁶ La episiotomía aumenta el dolor en el periodo posparto, limita la capacidad de ambulación de la madre, y tiene un efecto negativo en su autoestima y en su sexualidad.^{12,14} Estos factores pueden afectar la iniciación y duración del amamantamiento.

La separación de la madre y su bebé – La desafortunada práctica de separar la madre de su bebé después del parto aumentó en países como el nuestro como parte del modelo médico del proceso reproductivo, con el desarrollo de las salas de recién nacidos (“nurseries”). Estos se justificaron como una estrategia para controlar las infecciones neonatales, fenómeno provocado precisamente por el abandono de la lactancia y la protección inmunológica que ésta le confiere al bebé. No es por coincidencia que las compañías fabricantes de leches artificiales son pródigas en sus “donaciones” para el establecimiento de “nurseries” en nuestros hospitales. La separación de la madre y su bebé impide la iniciación del amamantamiento durante la primera hora después del parto, según recomendado por la Academia Norteamericana de Pediatría.¹ Promueve la administración de glucosa en agua y leche artificial, evita la lactancia en demanda, y favorece el uso de bobs y maderas, en contra de las recomendaciones.¹⁷⁻²³

La Cesárea – El parto por cesárea en Puerto Rico constituye un grave problema de salud pública. En el 2005, 48.1% de los nacimientos en nuestro país fueron por cesárea, la tasa más alta de todas las jurisdicciones de los Estados Unidos y probablemente la más alta del mundo. En los Estados Unidos sus autoridades sanitarias han expresado preocupación por su tasa de 31.1%, la más alta en la historia de ese país. Los países europeos mantienen tasas de cesáreas inferiores al 20% y logran índices de salud reproductiva superiores a los de Puerto Rico y a los de los Estados Unidos. La OMS recomienda que los países se fijen metas de partos por cesárea que no sobrepasen el 15%.⁴

Los efectos negativos de la cesárea sobre la lactancia son múltiples y se han reportado en la literatura científica.²⁴⁻²⁷ Las barreras hospitalarias para la lactancia se multiplican para la madre con cesárea, pues ésta se ha convertido en una paciente de cirugía mayor. Su dolor postoperatorio se multiplica y su capacidad para la movilización se ve limitada. Se le administran múltiples medicamentos, sobre todo analgésicos y antibióticos. Aunque la gran mayoría de ellos no precluyen la lactancia, en efecto se convierten en obstáculos debido a la información incorrecta que recibe la madre de su médico y de las enfermeras. La estadía hospitalaria se prolonga y, en los hospitales sin alojamiento en conjunto, prolonga la separación de madre y bebé. Hay mayor frustración materna y más baja autoestima.

Ante esta situación tan negativa para la lactancia y para la madre, quien se ve sometida a toda una variedad de procedimientos e intervenciones no basadas en evidencia científica, han surgido alternativas enmarcadas en esfuerzos para humanizar el parto y devolverle a la mujer el protagonismo que le niega el modelo medicalizado. Una de ellas es la Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS, por sus siglas en inglés).²⁸ Fundada en 1996, la CIMS promueve un modelo de bienestar en los cuidados para la maternidad que mejore los resultados del parto y reduzca los costos. Este modelo amigable para la madre, el bebé, y la familia está fundamentado en la evidencia y se enfoca en la prevención y el bienestar como alternativas a los costosos programas de diagnóstico y tratamiento.

La CIMS cree que la práctica de cuidados para la maternidad no debe estar basada en las necesidades del proveedor sino únicamente en las de la madre y de su hijo. Cada proveedor es responsable de la calidad de los cuidados que proporciona y cada hospital es responsable de la revisión y evaluación periódica, basada en evidencia científica, de la efectividad, los riesgos, y las tasas de uso de procedimientos médicos que aplican a madres y bebés. El gobierno y



las instituciones de salud pública son responsables de asegurar que todas las madres tengan acceso a servicios de calidad.

Una estrategia paralela que se está adoptando en otros países es la del Plan o Visión de Parto, actualmente avalada por ACOG.²⁹ Mediante ésta, la madre dialoga con su proveedor durante el transcurso de su cuidado prenatal aquellas preferencias que ella tiene en cuanto a la forma y manera que ella

quisiera que transcurriera su parto. El momento de la admisión, los acompañantes que ella desea, los procedimientos que no quisiera se le aplicaran (sueros, posición en la cama, ambulación, monitor electrónico, posición para parir, por ejemplo), su posición sobre la episiotomía, la analgesia, la permanencia de su bebé con ella, la lactancia durante la primera hora posparto, la circuncisión, la prohibición al uso de glucosa en agua, bobos etc. se discuten con el médico durante las visitas prenatales. Los acuerdos se vierten en un documento firmado por las partes y el mismo se incorpora al expediente de la madre. Una copia del mismo se hace llegar al hospital al momento de la preadmisión. Mediante este proceso de diálogo y comunicación efectiva, se logra el proceso de consentimiento informado, se protege al médico y se logra devolverle a la madre el rol protagónico que le pertenece. La humanización del parto es un fenómeno vivo en la comunidad internacional.

Por último, en la revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, se señala que las prácticas para la madre amigables al trabajo de parto y el parto son importantes para la salud física y psicológica de las madres y han demostrado mejorar el inicio de la lactancia.¹⁸ Bajo los nuevos criterios se le pedirán a los hospitales en forma opcional una evaluación de la política y prácticas de un cuidado amigable para la madre en donde: se fomente el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, se permita el beber y el comer liviano durante el parto, se fomente el uso de métodos que no utilicen fármacos para aliviar el dolor y se practique un cuidado que no involucren procedimientos invasivos a menos que se requieran específicamente.

Ha llegado el momento de que Puerto Rico se incorpore a estas corrientes que son modelo de desarrollo social, respeto a la mujer, restablecimiento de una relación de respeto mutuo entre proveedor y consumidora, y el único vehículo racional para atender la crisis medicolegal que socava esa relación. En el proceso se sientan las bases y se crea el escenario para la promoción efectiva de la lactancia materna. Es una responsabilidad ética de todos los profesionales de la salud informar a todas las mujeres embarazadas sobre los riesgos de la medicalización del parto y las cesáreas innecesarias, lo hemos hecho hasta ahora y lo seguiremos haciendo. Ni las presiones, ni las amenazas, ni la persecución evitarán que cumplamos nuestra obligación moral.

Referencias:

1. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
2. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Munson ML. Births: Final data for 2005. National vital statistics reports; vol 56 no 6. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2007.
3. Tudehope D, Bayley G, Munro D, Townsend S. Breastfeeding Practices and Severe Hyperbilirubinemia. *J Paediatr Child Health* 1991;27: 240-4.
4. Wagner M. Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Birth Technology, ACE Graphics, Sydney & London. 1994
5. Wagner M. Born in USA: How a broken maternity system must be fixed to put women and children first. University of California Press: Los Angeles, Ca. 2006
6. Olza I, Lebrero Martínez E. ¿Nacer por cesárea? Como evitar cesáreas innecesarias y vivir cesáreas respetuosas. Grupo Editorial Norma, Bogotá, Colombia. 2006
7. Dundes L. The evolution of the maternal birthing position. *Am J Public Health* 1987;77: 636-41.
8. Righard L et al. Effect of delivery room on success of first breastfeed. *Lancet* 1990; 336: 1105-7.
9. Lieberman E, Lang J, Richardson DK, Frigoletto FD, Heffner LJ, Cohen A. Intrapartum Maternal Fever and Neonatal Outcome. *Pediatrics* 2000;105: 8-13.
10. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 4th. Ed. Washington, DC: AAP, ACOG. 2007.
11. Grant A. Monitoring the fetus during labor. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, Editors. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press. 1989
12. Sleep J, Grant A. Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J* 1979;295: 749-51.
13. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third degree tears. *Br J Obstet Gynecol* 1985;92:820-3.
14. Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and perineal floor relaxation? *Online J Curr Clin Trials* Jul 1 1992;1, Doc 10:[6019 words; 65 paragraphs].

15. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 214-8.
16. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd. edition. McGraw- Hill Medical Publishing Division. 2005.
17. Baby-Friendly USA. *The Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Sandwich, MA.
18. UNICEF/WHO. *Baby Friendly Hospital Initiative*, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version, January 2006.
19. Newman J. Breastfeeding Problems Associated with the Early Introduction of Bottles and Pacifiers. *J Hum Lact* 1990;6:59-63.
20. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995;126: S125-S129.
21. Pérez-Escamilla R, Pollit E, Lönnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89-95.
22. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup and bottle feeding. *Pediatrics* 1999;104: 1204-7.
23. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001, 28, 94-100.
24. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002 Jun;29(2):124-31.
25. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*. 2007 Jun;34(2):123-30.
26. Awi DD, Alikor EA. Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract*. 2006 Jun;9(1):57-64.
27. Crowell, M.K., Hill, P.D. & Humenick, S.S. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breastfeeding. *Journal of Nurse Midwifery* 1994, 39,150-56.
28. Coalition for Improving Maternity Services. *The Mother-Friendly Childbirth Initiative*. CIMS, Ponte Vedra, Fla., 1996.
29. Wagner M. *Creating your birth plan – The definitive guide to a safe and empowering birth*. The Berkley Publishing Group, New York, 2006.

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM
José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM

APOYO A LA MADRE: CONSTRUYENDO EL ÉXITO

Con este lema la La Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) celebra la semana mundial de la lactancia materna (SMLM) del 1 al 7 de agosto de 2008. Los objetivos de esta semana son: aumentar la conciencia de la necesidad y del valor de apoyar a las madres lactantes, diseminar información actualizada sobre apoyo a la lactancia materna; y crear condiciones óptimas para ofrecer apoyo a las madres en todas las etapas. Las Madres merecen: INFORMACIÓN BÁSICA, VERAZ Y TEMPRANA, ESTÍMULO, AYUDA EXPERIMENTADA Y PRÁCTICA, Y QUE LAS ESCUCHEN EXPRESAMENTE.



Libros de Interés

Colecho Seguro – la mejor manera de disfrutar a su bebé en las noches

El Dr. James J. MacKenna, una autoridad en los asuntos relacionados con la lactancia, el Síndrome de Muerte Súbita y la seguridad al compartir la cama acaba de lanzar su libro, en inglés, "*Sleeping with Your Baby – A Parent Guide to Cosleeping*". En un lenguaje sencillo, basado en evidencia científica, el autor expone lo que es colecho, sus implicaciones y los mitos que lo rodean. Se explica también lo que es un colecho seguro y se contestan muchas de las preguntas que los padres tienen acerca de dormir con sus bebés.

El término colecho no significa necesariamente compartir la cama, se refiere a compartir el cuarto o cualquier situación en la cual los padres y los infantes se encuentran al alcance de la mano pero no necesariamente en la misma superficie. Dormir en la cama es un tipo de colecho. El autor señala que los oponentes del colecho hacen alegaciones falsas al decir que el lugar donde mejor duerme un bebé es en su cuna solo, la evidencia científica ha demostrado lo contrario.

Para la lactancia el colecho es muy importante porque permite que la madre dé el pecho en las noches sin prácticamente interrumpir su sueño. Entre los beneficios que se mencionan para las parejas lactantes, mayor producción de leche, aumenta los periodos de sueño del infante y la madre, disminuye los niveles de estrés, ayuda a la regulación de la temperatura del bebé, aumenta la pérdida de peso en la madre luego del embarazo y aumenta la sensibilidad para ambos comunicarse.

El libro enumera los que hacer y no hacer durante el colecho para asegurarse que el colecho es uno seguro. Entre las cosas que **SI** deben hacer están:

1. Asegurarse que el bebé duerme en una superficie limpia, firme y no acojinada. Un colchón sin marco (frame) en el medio del cuarto es lo ideal.
2. Proveer un ambiente libre de humo. Si uno de los padres fuma, no importa en donde usted fume, el bebé no debe dormir en la cama con usted.
3. Colocar al bebé a dormir sobre sus espaldas. Después de amamantar asegúrese que el bebé está acostado boca arriba

Entre las cosas que **NO** se deben hacer están:

1. Los padres no deben consumir sedantes, medicamentos, alcohol o alguna sustancia que produzca somnolencia.
2. Ninguno de los padres debe estar enfermo o extremadamente exhausto.
3. No compartir la cama si hay un espacio entre la cama y la pared en el cual el bebé quedar atrapado.
4. No compartir la cama si uno de los padres está obeso.
5. Hermanos no deben compartir la cama con infantes de menos de un año.
6. Las mascotas no deben compartir la cama con el infante.
7. No usar cubre camas o frisas pesadas.
8. No permitir que algo cubra la cara o la cabeza del bebé.

Les recomendamos este libro a todos los padres y las madres que deseen practicar el colecho. Pueden conseguirlo en

www.PlatypusMedia.com

Sleeping with your baby: a parent guide to cosleeping. James Mckenna. Platypus Media. Washington, DC.

Información para los Profesionales de la Salud

Política modelo para la lactancia materna

El protocolo #7 de la Academia de la Lactancia Materna (ABM) ofrece un modelo de política para la lactancia materna. Los hospitales, como uno de los requisitos para obtener la certificación de Hospital Amigo del Niño, deben aprobar y poner en práctica una política de lactancia que incluya por lo menos todos los pasos para una lactancia exitosa según descritos por UNICEF y OMS. Este protocolo de ABM está basado en las recomendaciones de las organizaciones internacionales, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras Ginecólogos. Algunas de las declaraciones de la política que se deben mencionar son las siguientes:

1. El personal de la institución respaldará activamente la lactancia materna como el método preferido de nutrición de los lactantes.
2. Se formulará una política sobre lactancia materna y se comunicará a todo el personal de atención de la salud.
3. Todas las mujeres embarazadas recibirán información sobre lactancia materna y asesoramiento sobre sus beneficios, contraindicaciones y riesgos de la alimentación con la preparación para lactantes.
4. Se documentará en el expediente médico la intención de amamantar de la mujer.
5. Se instará a las madres a que amamenten exclusivamente* a menos que medie una contraindicación médica.
6. Al momento del nacimiento o brevemente después, siempre que el bebé y la madre estén estables, se colocará al recién nacido en contacto con la piel de la madre. Se dará a la madre y el lactante la oportunidad de iniciar la lactancia materna en el lapso de una hora del nacimiento. Se inducirá a los bebés nacidos por cesárea a que comiencen con la lactancia materna tan pronto como fuera posible.
7. Durante la estadía hospitalaria se instará a las madres y a los lactantes a permanecer juntos, incluso por la noche (cohabitación). Se propiciará el contacto de la piel en la medida de lo posible.
8. La evaluación, incluida la observación de la posición del bebé y la succión, la enseñanza y la documentación de la lactancia materna se llevarán a cabo en cada turno y, siempre que fuera posible, toda vez que el personal entre en contacto con la madre.
9. Se enseñará a las madres lactantes: el posicionamiento y la succión adecuados; la lactancia y la deglución nutritivas; la producción y la liberación de leche; la frecuencia de la alimentación y las señales de la alimentación; la extracción de la leche materna y el uso de un sacaleches si así se indicara; cómo evaluar la alimentación adecuada del lactante, y las razones para consultar al médico clínico.
10. Se informará a los padres que los lactantes, incluyendo a los bebés nacidos por cesárea, deben amamantarse al menos 8 a 12 veces cada 24 horas.
11. Se evitará establecer límites de tiempo para la lactancia tanto para la madre como para el bebé.
12. No se ofrecerá agua, suero con glucosa o leche maternizada suplementaria a menos que sea solicitado específicamente por un médico o enfermera de atención directa o por requerimiento documentado y fundamentado de la madre. Previamente a la administración de suplementos sin indicación médica, se informará a las madres sobre los riesgos de la suplementación.

Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna

El Programa de Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna es un ofrecimiento post grado donde el estudiante tiene la oportunidad de estudiar a distancia. Este certificado tiene una duración de 46 semanas y consta de 7 cursos medulares y 2 cursos electivos, para un total de 234 horas contacto. Está dirigido a médicos (MD, OD, ND), enfermeras(os) y nutricionistas especializados en algún aspecto del cuidado perinatal, que provean atención a las madres o a los infantes regularmente.

El programa está basado en competencias y tiene como objetivo la adquisición por parte de los participantes del conocimiento y las destrezas necesarias para proveer manejo y apoyo especializado en lactancia materna. Esto incluye consejería prenatal y de posparto rutinario y el manejo de las preocupaciones y complicaciones comunes. Los egresados estarán cualificados para ser fuente de información en lactancia humana para otros profesionales de la salud y la comunidad en general. Recibirán adiestramiento para ofrecer educación continuada en los aspectos especializados de la lactancia humana y el amamantamiento. Los participantes son apoderados para ser líderes en el equipo de cuidado de la salud para el adiestramiento en lactancia materna, la promoción de prácticas que apoyen y protejan el amamantamiento y el manejo de aspectos clínicos relacionados.

Fecha límite para solicitar: **30 de abril de 2008**. Para información detallada llamar al 787-759-6546 o visitar <http://www.rcm.upr.edu/mch/CLMA2.htm>.

13. Esta institución no suministra instrucciones a grupos sobre el uso de la preparación para lactantes.
14. No se usarán chupetes con lactantes normales nacidos a término.
15. No se indica el monitoreo sistemático de la glucosa en sangre de lactantes a término sanos apropiados para la edad de gestación. Se evaluará ininterrumpidamente la presencia de signos clínicos de hipoglucemia y deshidratación.
16. No se administrarán fármacos contra la lactancia a ninguna madre puerperal.
17. Se evitará el uso sistemático de cremas, pomadas u otras preparaciones de aplicación tópica para los pezones, a menos que se haya indicado dicha terapia a raíz de un problema dermatológico.
18. No se emplearán sistemáticamente pezoneras o tetinas para cubrir el pezón de una madre como tratamiento de problemas de succión, evitar o solucionar el dolor o el resquebrajamiento de los pezones o toda vez que una madre tiene pezones planos o invertidos
19. Después de 24 horas de vida, si el lactante sano no ha succionado o no se ha alimentado eficazmente, se instruirá a la madre para que comience el masaje de los pechos y la extracción manual del calostro en la boca del bebé durante los intentos de alimentación.
20. El seguimiento recomendado para los bebés dentro de los primeros cuantos días posteriores al parto comprende:
 - a. Si un bebé regresa al hogar >48 horas después del nacimiento, se programará en el lapso de 48 a 72 horas una consulta de seguimiento con un pediatra u otro profesional calificado de atención de la salud para una evaluación formal del desempeño de la lactancia natural, control del peso, valoración de ictericia y evaluación según la edad.
 - b. Si se da el alta al bebé <48 horas después del nacimiento, se programará la consulta de seguimiento cuando el bebé tiene de 2 a 4 días. Todos los recién nacidos deben ser vistos al mes del nacimiento.
21. La institución no acepta preparación para lactantes o sucedáneos de la leche materna sin costo alguno. Los bolsos ofrecidos a las madres en las salas cunas o la terapia intensiva neonatal en el momento del alta hospitalaria no incluirán preparación para lactantes, cupones para preparaciones para lactantes, logotipos o bibliografía con logotipos de empresas que fabrican preparación para lactantes.
22. Los profesionales de la salud de *la institución* asistirán a sesiones educativas sobre la administración de la lactancia y la promoción del amamantamiento a fin de garantizar que se suministre información correcta, actualizada y coherente a todas las madres que desean amamantar.

Referencias:

1. Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #7: model breastfeeding policy. Breastfeed Med. 2007 Mar;2(1):50-5.
2. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol. 2007 Feb;109(2 Pt 1):479-80.
3. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005;115:496-506.
4. Parrilla Rodríguez AM, Capriles Quirós JA. Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna en las Instituciones Hospitalarias. PR Health Sci J 2000;19:259-62.

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

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 vienen en ambos sexos".

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