



...porque lactar es AMAR

Mayo, 2008

La Sexualidad Durante la Lactancia

Algunas mujeres experimentan una reducción en su deseo sexual después de un parto. Existe una multiplicidad de posibles razones para ello. El cuidado de un recién nacido es un trabajo arduo, de horas que parecen ser interminables, y de noches con poco sueño. La mera acumulación de tiempo y energía física invertidos puede producir nerviosidad y fatiga, dos sentimientos que pueden interferir con la expresión de la libido. Pero, además, las sensaciones intensas de amor, y la sensación de unidad integral por parte de ambos miembros de la diada madre/bebé (cada uno se siente parte del otro), puede consumir la totalidad de la energía emocional de una madre. La propia naturaleza de la relación madre/bebé tiende a ser excluyente de otras personas. El bebé estuvo nueve meses en el útero de su madre oyendo los latidos de tu corazón, tu respiración y tu voz. 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.

La relación de la madre con el padre del bebé atraviesa por un periodo de ajuste mientras ambos lidian con los cambios en sus vidas producidos por la llegada del bebé. Para algunos padres, por ejemplo, hay cierta dificultad en mirar a su pareja como su amante y a la vez la madre de su hijo (el conflicto Venus-María). El hombre puede tener

miedo a hacerle daño físico a la madre. Su sentido de respeto por la maternidad puede llevarlo a pensar que ésta es “más importante” que el sexo y que está mal que él esté pensando en relaciones sexuales en este momento. Es importante hablar sobre esto.

El tiempo y los momentos íntimos para la pareja pueden ser pocos y escasos. El recién nacido parece ocupar todo el día de sus padres. Requieren atención cada 2 a 3 horas las primeras semanas de vida. Cuando el bebé se queda dormido, si mamá y papá no están exhaustos, luego del juego amoroso, es común que bebé se despierte interrumpiendo el momento.

Existen otros factores negativos inherentes al parto, como el dolor de una episiotomía o de una cesárea, o sentimientos de frustración, fracaso o vulnerabilidad provocados por una mala experiencia con el parto. La autoestima lesionada aporta poco al deseo sexual en una mujer. Este renglón es, desgraciadamente, muy común entre nuestras madres, dada la medicalización y deshumanización del parto en Puerto Rico.

Cualquier situación relacionada al bebé, tales como enfermedad o cólicos, puede añadir tensiones adicionales a la interacción de la pareja. Los bebés de alta necesidad requieren de atención casi constante, lo que aumenta las frustraciones y estresores de la pareja.

El medio ambiente hormonal puede contribuir a una sexualidad disminuida. Los niveles de prolactina, las alteraciones en los niveles de LH, y el hipoestrogenismo de la lactancia se han incriminado en alteraciones del estado de ánimo, la melancolía posparto y disminución de la libido. Otros factores tal vez juegan un papel más importante que el medio ambiente hormonal (el impacto negativo para algunos maridos de la eyeción de leche durante el coito, el conflicto con la utilización sexual de los pechos, la

Sexualidad y Lactancia	1
Pregúntale a la doctora	2
Sabías que	4
Noticias	5
Transporte Leche Materna	6
Información Profesionales	6

consejería inapropiada del médico). Realmente, no hay evidencia de que el uso sexual de los pechos aumente riesgo alguno y, de hecho, puede reforzar los pezones y la areola. En términos de la respuesta sexual de la mujer en lo que respecta a la lubricación, puede haber dispareunia por afinamiento del epitelio vaginal, o meramente cansancio por falta de sueño.

Otro renglón importante en nuestro medio ambiente es el impacto de la cama familiar. La presencia del bebé en la cama le da más oportunidad a la madre para descansar y amamantar, pero puede desincentivar a algunas parejas para la actividad sexual. El colecho no afecta la ternura y cercanía de la pareja. Con el bebé en la cama se puede disfrutar del tacto, la risa, y la conversación con la pareja, aunque la intimidad puede ser menos espontánea. La pareja puede comenzar a programar momentos para estar juntos y buscar ayuda para que alguien atienda al bebé, pueden buscar algún otro lugar íntimo después que el bebé se duerma, o mover al bebé a una cunita después que se duerma.

Para algunas mujeres, el sentido de bienestar y paz que se ha asociado al amamantamiento a través de la historia, puede transmitirse a la relación con la pareja. Los sentimientos de ternura y calor humano que se producen en el proceso de cuidar de un bebé pueden contribuir a un aumento en el deseo sexual y a la unión de la pareja. Particularmente en aquellos casos en que el parto ha sido una experiencia enriquecedora, puede producirse un sentimiento aumentado de femineidad en la mujer y el sexo es en esos casos una expresión natural de un sentimiento de bienestar.

Los reportes en la literatura varían en cuanto al momento de la reanudación de la actividad sexual después de un parto, con grandes diferencias en diferentes culturas. Se ha reportado que el inicio del coito ocurre como promedio a las 8 semanas y el 75% de las parejas ha reanudado las actividades sexuales para el final del tercer mes del posparto. En nuestro país la recomendación (desgraciadamente) usual es evitar el coito por 6 semanas. Como en tantas otras recomendaciones y prácticas obstétricas, la evidencia científica para apoyar esta recomendación brilla por su ausencia. No tenemos datos de cuántas parejas siguen esta recomendación al pie de la letra. No cabe duda que la práctica indiscriminada de la episiotomía, y de otras prácticas obstétricas operatorias rutinarias en nuestro país probablemente retrasen el reinicio de la actividad sexual. En términos generales, la recomendación debe dejar la decisión fundamentalmente en manos de la mujer. La primera visita posparto, por otro lado, no debe esperar 6

continúa en la página 3

Pregúntale a la Doctora

“Tengo un bebé de 10 meses de edad que todavía lacto. Me estoy sacando la leche en el trabajo pero solo me salen 10 oz en todo el día. La señora que lo cuida me dice que eso es muy poca leche y que voy a tener que completarle con fórmula. No quiero darle fórmula. ¿Qué puedo hacer?” CPQ

Te felicito por continuar lactando a tu bebé. Tu bebé tiene 10 meses y NO TIENEN QUE DARLE FÓRMULA. Ahora él se sostiene con sus comidas y solo es necesario darle la leche que tú te saques en el trabajo, no importa cuanta cantidad sea. Si tuviera menos de 6 meses entonces tendríamos que lidiar con estrategias para aumentar la producción de leche, pero en la situación de tu bebé no creo que sea necesario. Es importante que te extraigas leche por lo menos 3 veces en el trabajo, con una máquina de doble extracción, por lo menos los primeros 10 minutos y luego cambias a extracción sencilla para que te ordeñes a la misma vez. Esto produce un vaciado completo del pecho. Por el día se le debe dar al bebé sus comidas y meriendas y agua. Debe lactar en las noches tan frecuentemente como sea posible y por lo menos una vez en la madrugada. Los fines de semana y el resto del tiempo que están juntos le debes ofrecer el pecho frecuentemente. Estoy asumiendo, por supuesto, que tu bebé es un niño sano y con un buen peso.



Camila de 2 años debajo de la camisa de su mamá, Margarita, tomando su teti.

“Estoy lactando a mi hija de tres meses y también me saco leche en el trabajo. Solo toma leche materna. Desde hace dos días tengo un área roja en el pecho derecho que me duele mucho, anoche me dio fiebre y me he sentido muy mal. Mi vecina me dijo que podía tener una mastitis y que era importante que no le diera el pecho al bebé porque esa leche podía hacer daño. He tratado de comunicarme con el pediatra y no lo consigo. Por favor, que me aconseja, estoy desesperada” LP

Pudieras tener una mastitis. Una mastitis es una inflamación del tejido de la mama. Puede estar acompañada de una infección de la piel o meramente ser una inflamación del tejido donde se produce la leche, sin tener infección. Cuando tienes mastitis te da fiebre, escalofríos y un malestar general parecido a cuando te da “flu”(monga). El tratamiento casi siempre conlleva antibióticos y es importante que continúes amamantando para mantener el pecho bien vacío. NO ES CIERTO que tengas que dejar de lactar. Por el contrario, debes amamantar a tu bebé frecuentemente, tomar los antibióticos que te receten, algún analgésico para el malestar, y tener mucho descanso en cama. Es importante que te comuniques con tu médico inmediatamente, ya que si los síntomas no han resuelto en 24 horas vas a necesitar un antibiótico. Las mastitis que no se tratan adecuadamente pueden crear un absceso mamario que complicaría la situación.



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.

semanas. Hay muchos renglones de educación y de orientación que deben atenderse mucho antes por el proveedor obstétrico.

La frecuencia coital, por otro lado, puede estar afectada por la edad, el nivel de educación, y el miedo al embarazo, entre otras causas. Algunos estudios han reportado menos frecuencia entre las lactantes pero otros reportan lo contrario, y aún otros no han encontrado diferencia. La conclusión lógica en cuanto a esto parece ser que la lactancia puede ser un elemento inhibitor en algunas parejas y estimulante en otras. La frecuencia del coito para mujeres casadas, durante el amamantamiento, se ha reportado según un estudio multicéntrico, que varía de 4 a 30 episodios por mes con un promedio de 3 a 5 veces al mes.

En la práctica, si la mujer experimenta sequedad vaginal durante la lactancia y retraso en su capacidad para lubricar, el uso de algún lubricante artificial, incluyendo alguna crema natural de estrógeno, es perfectamente permisible y no tiene efectos negativos sobre el amamantamiento. Otro evento común en esta etapa es el reflejo de bajada que experimenta la mujer al excitarse sexualmente (recuerden que la oxitocina es la hormona del amor). Esta leche que emana de los pechos durante el acto sexual puede ser desagradable para algunas parejas, o sencillamente divertido para otras. Lo importante es no cohibirse por ello. Tampoco hay razón alguna para que la pareja se inhiba de utilizar los pechos durante el acto sexual, pues nuestra cultura es una de las que lo hacen en este planeta. La conclusión general debe ser: ¡No hay problema!

En aquellos casos en que la sexualidad mantiene una prioridad baja por semanas o meses, el compañero puede sentirse confundido o algo herido. Durante estos tiempos es muy importante que la pareja mantenga abiertos sus canales de comunicación. Cuando aflora la tristeza, hay que hablar. Se debe dar al padre el refuerzo de que el poco interés sexual de su mujer no es por falta de amor, ni un rechazo de éste, sino un producto pasajero del proceso del posparto. Es importante 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. La madre, por su parte, se sentirá mejor de que su compañero no insistirá en algo que ahora ella no quiere hacer, y trabajará en fortalecer y profundizar su relación en otras formas que sean aceptables. Nada como una cena íntima y unas copas

de vino. Y, ¡quién sabe! ¡Quizás ella vuelva a entusiasmarse más pronto!

Pasar de dos a tres no es fácil, toma tiempo. Mientras más ayuda la madre recibe de su compañero, más comprensión y más amor, poco a poco su libido irá aumentando.

Referencias

1. Lawrence R A, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. 6th. Ed. St. Louis: CV Mosby Co. 2005
2. Rivera Alvarado I, Vázquez García V, Dávila Torres RR, Parrilla Rodríguez AM. Exploratory study: breastfeeding knowledge, attitudes towards sexuality and breastfeeding, and disposition towards supporting breastfeeding in future Puerto Rican male parents. P R Health Sci J. 2006;25:337-41
3. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician. 2005 Oct;51:1366-7.
4. Stuart-Macadam P, Dettwyler K. Eds. Breastfeeding – Biocultural Perspectives. New York: Aldine de Gruyer. 1995

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM

Sabías que...

Es más fácil dar el pecho que dar el biberón.

Contrario a la idea común, dar el pecho es más fácil que dar el biberón. Aunque se alega que el biberón lo da todo el mundo es bien cierto que el pecho solo lo puede dar la madre. Esto hace que la cercanía entre mamá y bebé sea única. Mamá no tiene que esterilizar botellas ni mamaderas, la leche materna siempre está a la temperatura correcta en el envase ideal. Cuando mamá y bebé van algún lugar el alimento del bebé siempre está disponible. En las noches no hay que levantarse a calentar biberones o a preparar leche artificial, solo hay que pegar al bebé en el pecho y acurrucarse juntos.

Darle el pecho al bebé permite una cercanía especial con su madre.

Dar el pecho no ata a la madre. Amamantar permite que mamá esté cerca de su bebé supliendo todas sus necesidades y sentando las bases para el desarrollo de un ser humano más independiente y seguro de sí mismo. Dar el pecho es una manera de criar diferente en donde se fomenta la crianza de apego. Aunque a veces la madre puede sentir que la lactancia la ata demasiado a su bebé limitando la vida social de ésta, no es la lactancia la que es difícil, es tener que suplir todas necesidades del bebé, sobre todo sus primeros años. Esto, con la ayuda del padre, los familiares y los amigos puede aliviarse. La solución no es la alimentación con leche artificial o el uso del biberón.

La proteína y la lactosa de leche materna NO CAUSAN alergia en los bebés.

Algunas veces se asocia el llanto o los cólicos del bebé a alergias por alimentos que la madre consume. Algunas proteínas pueden pasar a la leche materna y provocar una reacción alérgica en el infante. En estos casos el dolor no está asociado al síndrome de cólicos sino a una colitis alérgica (inflamación del colón). La experiencia clínica es que las alergias a alimentos de la dieta de la madre vienen acompañados por más de un síntoma además del llanto, tales como erupción en los cachetes o las nalguitas, mocos o diarreas y hasta se presentan con estrías de sangre en la excreta o evacuaciones sanguinolentas. Los alimentos más comunes incluyen la leche, las nueces, la mantequilla de maní, chocolate, huevos y algunas vitaminas sintéticas. En estos casos la recomendación de manejo es una dieta de eliminación dirigida por un nutricionista. **NO ES ALERGIA A LA LACTOSA, NI ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE MATERNA**, si acaso es alergia a la proteína de la leche de vaca que la madre consume. La respuesta inmunológica se desarrolla a las proteínas, no a los carbohidratos como es la lactosa (una azúcar o sea un carbohidrato simple). Una persona con intolerancia a la lactosa carece de una enzima que es necesaria para digerir el azúcar de la leche, lo que causa síntomas tales como gases, pesadez de estómago y dolor abdominal. La intolerancia a la lactosa no es una reacción alérgica dado que no afecta al sistema inmunológico. La intolerancia a la lactosa es como lo dice su nombre, una intolerancia alimenticia y no una alergia.

Si la madre deja de consumir lácteos la sintomatología del bebé mejora porque deja de comer la proteína de la leche (caseína). Se les recomienda la leche libre de lactosa a las personas que son intolerantes a lactosa, porque esto degrada la lactosa a glucosa y galactosa, evitando los síntomas. Pero las madres lactantes de bebés que son alérgicos a la proteína de la leche de vaca **NO TIENEN** porqué tomar leche libre de lactosa, de hecho deben tener una dieta libre de lácteos. Cuando la madre toma leche que tiene lactosa ésta se degrada en su intestino en glucosa y galactosa, por lo que el bebé **NUNCA** recibe la molécula de lactosa que la madre ingirió. La leche materna es rica en lactosa, si un bebé tuviera intolerancia a lactosa entonces no podría tomar leche de su madre. La intolerancia a lactosa congénita es algo sumamente raro.

Los bebés lloran por muchas razones, que muchas veces se diagnostican cólicos cuando no son y que demasiadas veces se le echa la culpa a algo que la madre come y erróneamente se dice que es la lactosa que la madre ingiere a través de los lácteos. Cuando un bebé se presenta con síntomas de llanto frecuente u otros como estrías de sangre en la evacuación, es necesario tomar un historial médico de la madre y el bebé, un historial de lactancia y nutricional y una evaluación de la técnica del amamantamiento antes de recomendar algún tratamiento.

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: 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 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: mayo 14 y junio 11 de 2008. Para información adicional: 787- 782-0034; info@promani.org ; www.promani.org .

DÍA INTERNACIONAL DE LA PARTERA

El 5 de mayo es el Día Internacional de la Partera. En este día se honran a TODAS las parteras, las cuales atienden el 80% de los partos alrededor del mundo. Para celebrar este día la Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez, co-auspicia una actividad que se llevará a cabo el lunes 5 de mayo a las 7pm en el Café Teatro Taller Cé. Para más información llamar al **787-602-6349; 787- 648-1643** o acceder a la página: http://www.promani.org/dia_partera.htm

SEMANA MUNDIAL DEL PARTO RESPETADO

Con el lema **“Contacto inmediato y continuo. La clave de un buen comienzo”** se celebrará alrededor del mundo la Semana Mundial del Parto Respetado (SMPR) del 12 al 18 de mayo de 2008. Esta iniciativa la comenzó la Alianza Francófona por un Parto Respetado (AFAR) como una oportunidad de levantar a nivel internacional las voces en tópicos específicos relacionados con la promoción de un parto gentil. Recomendamos visitar la página española www.quenooosseparen.info en la que podrán ir leyendo excelente información sobre la importancia de

no separar a la mamá de su bebé inmediatamente luego del nacimiento. En Puerto Rico se realizarán varias actividades para celebrar esta semana:

- ♦ La Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez presentará la gala premier en Puerto Rico de la película “Orgasmic Birth” (Parto Orgásmico) el viernes 16 de mayo a las 7:00 pm en el anfiteatro L-2 de la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico. Luego de la película un panel de expertos comentará la misma con la audiencia. Se agradece un donativo de \$5 por persona.
- ♦ En el área oeste se celebrará el Congreso para Embarazadas “El Parto es Nuestro” el miércoles 14 de Mayo del 2008 en Palacio de los Deportes de Mayagüez. Para información 787-221-1708 ó 787-370-5777. Auspiciado por la Coalición de Lactancia C-Lacta

SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA “APOYO A LA MADRE: CONSTRUYENDO EL ÉXITO”.

Con este lema la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) celebra la semana mundial de la lactancia materna (SMLM) a principio 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.

- ♦ La Coalición para la Lactancia Materna celebrará las actividades de la semana del 28 de julio al 3 de agosto de 2008 en Plaza Las Américas. Se invita a todas las madres a registrarse en el concurso “Así amamanto yo”, se seleccionará y premiará la foto más original de mamá dando el pecho a su bebé. Para más información sobre las actividades de esta semana visita: <http://www.coalicionlactancia.org>.



- ◆ En el área oeste la Coalición de Lactancia C-Lacta celebrará la semana del 30 de julio al 3 de agosto en los pasillos del Mayagüez Mall y el Festival de Lactancia en 1 de agosto de 2008.

Transporte de la Leche Materna Durante Vuelos Aéreos

Muchas madres trabajadoras que se extraían su leche cuando estaban en viajes de negocios o trabajo tenían que descartarla ya que las políticas establecidas por la Administración de Seguridad en la Transportación (TSA) del gobierno de los EEUU para el equipaje de mano no permitían viajar con más de 3 onzas de líquido. Esto provocó que muchas madres tuvieran que descartar la leche y no traerlas consigo al regreso de su viaje. Como todos sabemos la extracción de leche envuelve un esfuerzo físico y emocional, tenerla que descartar además de ser un pérdida de un recurso valioso tiene un impacto doloroso para la madre. Desde el 4 de agosto de 2007, TSA aplicó unas nuevas políticas en donde clasificó la leche materna como una necesidad médica que los agentes de TSA tiene que tratar como un medicamento líquido.

La leche materna extraída, no importa la cantidad, ya puede transportarse sin problemas y no requiere que se lleve en ningún envase especial. De igual forma no se le pedirá a la madre que pruebe la leche tal como se hacía anteriormente. Es importante que se tomen las siguientes medidas cuando se pasa por el puesto de control de seguridad:

1. Debe separar la leche de todos los otros líquidos, geles y aerosoles. Estos últimos deben ir en una bolsa de plástico transparente, cerrada y con capacidad para un litro.
2. Aunque no se requiere un envase especial se debe llevar en uno que permita ver el contenido para evitar que los agentes tengan que echar la leche en otro envase para inspeccionarla.
3. Debe reportar la leche materna que usted lleve ante un agente de seguridad que se encuentre en el puesto de control.
4. Una vez llega al punto de inspección por rayos X debe presentar la leche de nuevo para una inspección adicional, ya que se requiere que se someta a un cernimiento doble.

Es muy recomendable que lleva una copia de estas nuevas políticas cuando viaje con leche materna. Puede conseguirlas en www.tsa.com. Esto es por si tiene algún problema en el puesto de inspección en cuyo caso debe preguntar por el supervisor del área y radicar un reporte del incidente.

http://www.tsa.gov/press/releases/2007/press_release_07202007.shtm

Información para los Profesionales de la Salud

Uso de Antidepresivos en Madres Lactantes

En su protocolo #18 sobre uso de antidepresivos en madres lactantes la Academia de Medicina de la Lactancia Materna (ABM) menciona que se estima que un 5% a 25% de las mujeres experimentan depresión en el año del posparto. Este protocolo va dirigido a discutir la importancia del cernimiento para la depresión posparto y cuanto esté presente hacer el diagnóstico, como determinar el tratamiento y específicamente discute los medicamentos recomendados para la madre lactante.

Entre las recomendaciones para el tratamiento con antidepresivos en las mujeres lactantes este documento menciona lo siguiente:

- La evidencia actual sugiere que existen riesgos al no tratar una depresión ya que puede tener efectos serios y a largo plazo en la madres y sus infantes. El tratamiento puede mejorar el resultado para las madres y sus bebés y éste se recomienda firmemente.
- Sin embargo, es importante no rotular a las madres que solo están sufriendo de melancolía del posparto (postpartum blues) como deprimidas. Tenemos que hacer una diferencia. Si los síntomas son leves no existe razón para iniciar el tratamiento con medicamentos antidepresivos en las primeras 2 semanas del posparto.
- Cuando los síntomas son en el rango de leve a moderado las primera línea de tratamiento para las madres lactantes debe ser la psicoterapia ya que no envuelve, que se sepa, ningún riesgo para el infante. Es importante evaluar y reevaluar a la madre y si los síntomas no mejoran o empeoran se debe considerar el tratamiento con antidepresivos.
- Para mujeres con síntomas severos se recomienda la psicoterapia con el uso de antidepresivos.
- Mujeres con sintomatología moderada a severa pueden solo necesitar el tratamiento con drogas antidepresivas, y esto debe considerarse debido a

que probablemente los beneficios del tratamiento sobrepasan los riesgos del medicamento para la madre o el infante.

- No existe un algoritmo para el tratamiento de depresión en mujeres lactantes que sea aceptado ampliamente. Se debe conducir un análisis de riesgo-beneficio en cada situación y tomar en consideración el historial clínico y la respuesta a tratamiento, los riesgos y beneficios de la lactancia, los beneficios del tratamiento, los riesgos conocidos y desconocidos de la medicación para el infante y los deseos de la madre.
- Si la madre no tiene historial de tratamiento con antidepresivos se debe considerar como primera alternativa un antidepresivo como paroxetina o sertralina de los cuales existe evidencia que se encuentran en niveles bajos en la leche materna y en el suero del infante.
- Si la madre ha sido tratada exitosamente en el pasado con un medicamento en particular tal como un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), un tricíclico (TCA) o inhibidor de la recaptación de Serotonina-epinefrina (SNRI), se debe revisar la información disponible sobre este medicamento y se debe considerar el mismo como primera línea de tratamiento, de no haber contraindicaciones.
- A las madres se les debe proveer la información acerca de los riesgos conocidos y desconocidos y los beneficios del tratamiento para que ellas tomen una decisión informada.
- Las madres deben controlarse cuidadosamente en las etapas iniciales del tratamiento para cambios en los síntomas, incluyendo deterioro de estos. Las mujeres con historial de desorden bipolar, el cual puede no estar diagnosticado, están en el periodo postparto a mayor riesgo de desarrollar un episodio de depresión, manía o psicosis. Aunque esto es raro, las madres y sus compañeros deben estar conscientes de los síntomas que se deben vigilar tales como un aumento en insomnio, delirio, alucinaciones, pensamientos recurrentes o hablar o moverse muy rápido. En estos casos se debe contactar al proveedor de salud mental inmediatamente.
- Los infantes lactados debe evaluarse antes de que su madre inicie un nuevo medicamento y el

pediatra debe controlarlos cuidadosamente, incluyendo un seguimiento del crecimiento. No están indicados los niveles del medicamento en suero del infante de manera regular sin que exista una indicación clínica o alguna preocupación real.

- Existen varias estrategias que se pueden usar para disminuir la exposición del infante, aunque hay poca evidencia de su efectividad. Entre estas se encuentran: administrar el medicamento inmediatamente después de dar el pecho y descartar la leche que se obtiene durante el pico de concentración máxima de la droga en el suero.

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

Referencias:

ABM clinical protocol #18: use of antidepressants in nursing mothers. Breastfeed Med. 2008 Mar;3(1):44-52.

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 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