



El llanto del bebé

El llanto de un bebé es probablemente el sonido más difícil de ignorar para un adulto. Nada impulsa más a un papá o a una mamá a atender a su bebé que su llanto. Esto es así porque la naturaleza quiere asegurarse que el bebé reciba atención inmediata, se atiendan sus necesidades y no se permita el llanto en ningún momento. Los que están en contra de la crianza de apego nos han aconsejado por décadas que los padres no se deben dejar manipular y si se aseguran que todo anda bien se debe dejar al bebé llorando para que no los manipule. Esta idea es aberrante y cruel y ha producido varias generaciones de personas que no desarrollaron confianza y apego genuino con sus padres. En general la mayoría de las mamás, debido al intenso amor que sienten por sus hijos, no siguen este consejo, pero se sienten confundidas cuando "expertos" en la crianza del niño le dicen que lo dejen llorar.

En las primeras semanas después del parto los padres comienzan a comprender el temperamento de su bebé. Algunos padres son bendicidos con bebés "fáciles" que no lloran mucho, otros tienen bebés quisquillosos, llorones que pasan la mayoría del tiempo infelices y descontentos. A muchos se le ponen etiquetas de ser colicosos, demandantes y/o con "canina" o hambrión. El término quisquilloso o "fussy" (en inglés) es injusto para estos bebés, ya que implica que las demandas del infante son excesivas o irrazonables. Las mamás y los papás frecuentemente resienten el comportamiento de sus bebés y les genera sentimientos de culpabilidad. El término bebé de alta necesidad es un término más objetivo y agradable, que describe mejor porqué estos bebés actúan de esa manera y que clase de crianza necesitan de parte de sus padres.

Luego de nueve meses dentro de su madre, oyendo su voz y los latidos del corazón materno, es razonable que el bebé necesite constantemente de ella y que sea por medio del llanto que lo manifieste. Los bebés humanos nacen muy indefensos y requieren por lo tanto que todas sus necesidades le sean satisfechas, sobre todo en los primeros años. El

primer llanto de un bebé sirve para que él comience a respirar. De ahí la idea errónea de tanta gente de que a los bebés hay que dejarlos llorar para que se le desarrollen los pulmones. Después de este primer llanto a la vida los bebés deben atenderse diligentemente siempre que lloran. Cuando un bebé llora lo que espera es una respuesta de su medio ambiente. No solo lloran porque tienen hambre, contrario a lo que se piensa comúnmente. También lo hacen porque tienen frío, quieren que se les cambie el pañal, desean que los carguen, o simplemente porque están aburridos. Cuando los padres ignoran el llanto de un bebé le están enviando un mensaje a su hijo de que no están disponibles para cumplir con su función protectora. El bebé puede dejar de llorar por frustración y no porque sus necesidades le fueron satisfechas.

Características del bebé de alta necesidad

Los bebés de alta necesidad comparten algunas características, aunque todos no tienen todas las características presentes al mismo tiempo. Si el bebé es o no uno de alta necesidad depende del grado en el cual exhibe estas características, y la percepción de sus padres sobre la personalidad del bebé.

1. *Supersensibles* - El bebé de alta necesidad está muy conciente de su medio ambiente. Los ruidos y las distracciones causan que se sobresalte fácilmente durante el día y hacen que sea difícil de calmar en las noches. Esta hipersensibilidad también afecta las reacciones que tiene a extraños, ya que demuestra mucha ansiedad ante personas extrañas.
2. *Intenso* - Pone mucha energía en su comportamiento, llora y se ríe fuertemente, y protesta si no se le da el pecho inmediatamente. Parece sentir las cosas más profundamente y reaccionar más fuertemente. Protesta intensamente cuando las cosas no se hacen a su gusto, pero a la misma vez forma un apego muy fuerte con las personas que lo cuidan. Por esta razón protesta cuando se le separa de sus padres, debido a que tiene un apego muy fuerte con éstos. Esta conexión tan especial con sus padres puede ayudar a guiarlo en los próximos años e influir en su comportamiento.
3. *Demandante y drenante* - Tiene una señal de urgencia para todo, como si siempre emitieran una "alerta roja" para cualquier situación. Rechazan que se les distraiga y lloran intensamente si se interpreta equivocadamente lo que quieren. La madre nunca es lo suficientemente rápida para atender sus necesidades. Agotan toda la energía física, mental y emocional de sus padres.

El llanto del bebé	1
Pregúntale a la doctora	2
Sabías que	3
Noticias	6
Sitios en la Internet	6
Información Profesionales	7

4. *Siempre está en brazos* - Los bebés de alta necesidad ansían el contacto físico. La mayoría de los padres primerizos esperan que sus bebés duerman apaciblemente en sus cunitas. Esto no ocurre con los bebés de alta necesidad; estos no pueden estar solos y sólo duermen en los brazos o pecho de sus padres y los pechos son su bobo o chupete.
5. *Inconsolable* - Tienden a asumir posturas hipertónicas, arqueando hacia atrás y protestando cuando se les trata de poner en una posición más relajada o abrazarlos. Les gusta estar sostenidos alejados del cuerpo, odian que se les envuelva en una frisita. Pueden querer el contacto físico de sus padres y que los consuelen pero desean tener el control de cómo quieren que los consuelen y cuán cerca se les carga.
6. *Insatisfecho e impredecible* - No son consistentes en lo que les gusta o lo que les calma, lo que funciona un día no les gusta al otro. Cuando todo parece estar bien ellos comienzan a protestar de nuevo.
7. *Mama todo el tiempo* - El término lactancia por horarios definitivamente no está en el vocabulario de estos bebés. Necesitan amamantar por periodos de tiempo prolongados y requieren de la succión no nutritiva para su consuelo. Suelen destetarse lentamente.
8. *Se levanta frecuentemente* - Es difícil acostarlos, se levantan frecuentemente y rara vez toman siestas largas. Tal pareciera que necesitan de todo menos dormir.

En los primeros meses las características de los bebés de alta necesidad parecen ser mayormente negativas. Pero según van progresando los meses los padres van aceptando el temperamento de su bebé y aprendiendo a responder a las necesidades de éste. Los padres comienzan a usar descripciones más positivas tales como: retador, interesante y brillante. Estas cualidades que parecen ser tan negativas se convierten luego en las cualidades más valiosas del niño. Se convierten en niños creativos, sensibles, compasivos y que les gusta dar mucho de sí mismos a los otros. Tal pareciera que necesitan recibir mucho ahora para devolverlo después.

Condiciones médicas y no médicas asociadas al llanto del bebé

En los primeros meses de vida de un bebé existe una paradoja real: el bebé tiene grandes necesidades pero su capacidad para comunicar éstas es limitada. El bebé no puede decirnos con palabras lo que quiere y para eso usa el lenguaje del llanto. Si el bebé no llora entonces tanto el bebé como sus padres está en problemas. Cuando el bebé llora está tratando de comunicarnos algo.

En occidente los infantes lloran un promedio de 32 minutos diarios en las primeras tres semanas y 34 minutos diarios hasta el final del segundo mes cuando el llanto se reduce gradualmente hasta alcanzar los 14 minutos al día para las doce semanas de vida. Se ha encontrado que esta "curva de llanto" es similar en muchas culturas no occidentales. La mayoría de los bebés parecen llorar más en las tardes o temprano en las noches.

El llanto del bebé es diferente según las razones. No hay que perder tiempo identificando a qué se debe, lo esencial es responder inmediatamente. Entre algunos de los diferentes tipos de llanto tenemos: el llanto de dolor, el llanto de hambre, el llanto de coraje, el llanto por enfermedad, el llanto para requerir atención, y el llanto de cansancio.

Cólicos

Algunos autores describen a un bebé con cólicos cuando la causa primaria del llanto es por algo físico y quisquilloso si el llanto es

Pregúntale a la Doctora

"Hace ya un mes tuve plétora en mi seno derecho. Desde ayer siento un endurecimiento en un lado de la areola de ese mismo pecho y un poco enrojecido. La boquita de mi bebé no es tan grande como para ayudarme tocando esa área y la máquina de extracción tampoco me ha mejorado. La leche sigue saliendo y no me duele, pero temo sentir el horripilante dolor que sentí cuando tuve la plétora. ¿Cómo resuelvo esto? ¿A qué se debe que me pase?" YP

Lo que me describes parece un ducto tapado aunque en estos momentos no te duela. Un ducto tapado es una acumulación de leche, cristales de calcio o células muertas que bloquean un ducto en su parte más estrecha según se va acercando al pezón. La leche que queda detrás del ducto no puede salir y crea una protuberancia o bulto duro palpable que es localizada. Aún cuando el infante succiona el ducto no se puede vaciar debido al tapón y entonces duele según se estira con más leche. El uso de una extractora no resuelve el problema ya que ésta sólo vacía los ductos que no están bloqueados, la extractora hala el pezón, lo estrecha y aprieta el tapón.

Las causas de los ductos tapados son múltiples y usualmente varias de ellas se combinan para causarlo. Entre estas se encuentran: no dar de mamar por un periodo más largo de lo usual (ej. el bebé duerme más de lo usual, separación del bebé, etc); dificultad para manejar una producción de leche abundante, días de mucho trabajo, estrés, fatiga; no vaciar bien el pecho, el bebé hala o retuerce el pezón y; sostenes pequeños, apretados o con varillas.

El tratamiento para un ducto tapado incluye los siguientes: (1) Mantener el pecho vacío lactando frecuentemente, más de lo usual; (2) comenzar con el lado afectado para promover drenaje, posicionar la quijada del bebé hacia el área afectada y dar masaje desde el área de la protuberancia hacia el pezón durante la tetada; (3) aplicar compresas tibias húmedas antes de lactar para expandir los ductos; y (4) si el ducto no se destapa en las primeras 48 horas de tratamiento debes ser evaluada por un especialista en manejo clínico de lactancia materna. En algunas madres con ductos tapados recurrentes se recomienda, como medida de prevención, el uso de lecitina, una cápsula de 1,200 mg 3 ó 4 veces al día.

Es muy importante diagnosticar y tratar los ductos temprano. El no hacerlo se asocia con el desarrollo de mastitis. Si el ducto tapado se detecta temprano, se puede destapar rápidamente, usualmente en unas pocas horas o menos. Si ya han pasado varios días desde que empezó la molestia o dolor, puede tomar varios días y hasta una semana en mejorarse, pero se debe sentir alguna mejoría en las primeras 24 horas de tratamiento.



Sabías que...

La literatura de las compañías de fórmula y las muestras de fórmula gratuitas TIENEN efecto en la decisión de lactar y el tiempo de duración de la lactancia.

La evidencia científica ha encontrado que la exposición de las madres a las leches artificiales aumenta significativamente la interrupción de la lactancia en las primeras dos semanas, además de acortar la duración de la lactancia exclusiva, completa y total. Los paquetes de despedida al momento del alta socavan la confianza de la madre en su capacidad de lactar ya que fomenta el uso de los mismos.

La suplementación con fórmula puede evitar el establecimiento de la producción de leche de la madre y tener efectos adversos en el amamantamiento, tales como el retraso de la bajada de la leche, y causar plétora; puede alterar la flora intestinal del infante, sensibilizar al infante a alérgenos, e interferir con el vínculo de la madre-bebé. Los fabricantes de leche artificial saben esto, por lo que ofrecen muchos \$\$\$ a los hospitales para que regalen a las mamás bonitos paquetes de despedida con ositos, conejitos y, por supuesto, leche artificial. Es importante que no se distribuyan a las madres lactantes paquetes de despedida que contengan muestras de glucosa, fórmula, mamaderas, chupetes, biberones o material en que se anuncien estos productos. Todos los materiales y donativos de las compañías de fórmula deben eliminarse según lo estipula el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna y la ley 79 de 2004.

El tipo de parto que tengas afecta la lactancia.

Los efectos negativos de la cesárea sobre la lactancia son múltiples. 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 impiden 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. El inicio de la lactancia ocurre más tarde en la mujer que ha tenido una cesárea afectando así la posibilidad de un buen comienzo. Es importante educarse, escoger un proveedor y hospital adecuados que le permita a la madre tener un parto lo menos medicalizado posible, y le garantice aquellas que lo deseen intentar un parto vaginal después de una cesárea.

La madre que tiene que separarse de su bebé necesita extraerse leche.

La madre que se tiene que separar de su bebé ya sea por razones médicas de trabajo u otras, debe extraerse leche de sus pechos cada 2 a 3 horas para mantener una buena producción de leche y así evitar la plétora o atiborramiento de los pechos.

*“Desde hace un mes cuando estoy en lugares fríos me duele uno de mis pezones y se pone color blanco, el dolor es horrible. En la última visita a la oficina del pediatra me recomendó tomar vitamina B6 y calcio, pero aún sigue el dolor. El pezón no está lacerado, hay alguna otra opción para esto.”
M.*

Lo que describes parece estar asociado a un vasoespasmo o Fenómeno de Reynaud. El término se utiliza para describir isquemia intermitente secundaria o asociada a vasoespasmo. Se le llama fenómeno de Reynaud primario cuando ocurre sin causa o etiología conocida y fenómeno de Reynaud secundario cuando existe una enfermedad autoinmune o de tejido conectivo subyacente tal como lupus o artritis reumatoidea. Esta condición afecta a mujeres en edad reproductiva y hasta un 20% de ellas reportan síntomas. Existe un cambio de color en tres fases que es clásico del fenómeno de Reynaud. Primero, después de lactar, el pezón se torna blanco inducido por el vasoespasmo, luego se torna azul como resultado de la cianosis causada por la desoxigenación de la sangre en los vasos venosos y por último pasa a rubor (rojo) como asociado al reflejo de vasodilatación. Algunas veces solo se observa el blanco. Las madres describen generalmente un dolor como quemazón cuando el pezón se torna blanco, cuando el pezón retorna a su color normal describen el dolor punzante por varios minutos o hasta por una o dos horas.

El tratamiento del fenómeno de Reynaud es principalmente corregir la causa del dolor si es que está asociado a pobre enlace o a candidiasis (se observa en candidiasis crónica). Si el dolor es severo y/o no está asociado a una causa subyacente se puede aplicar calor en el pezón inmediatamente después de amamantar. El calor seco (con una secadora de mano) usualmente es mejor que el calor húmedo, porque la humedad puede causar daño posterior al pezón. Se ha usado la terapia con 150-200 mg de vitamina B6 una vez al día por cuatro días, seguido por 25 mg al día hasta que la madre esté libre de dolor; sin embargo no existe evidencia científica de que esto dé resultado. Para casos severos se recomienda el uso de nifedipina, una droga para la angina vasoespástica, 30 mg de la formulación de liberación lenta (slow release) o 5mg tres veces al día una vez al día por dos semanas. Si el dolor regresa luego de discontinuar el medicamento (ocurre en 10% de los casos) se puede repetir de nuevo el tratamiento, algunas veces se requieren dos a tres cursos del tratamiento. Aunque raros, los efectos secundarios pueden incluir dolor de cabeza.

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.

El llanto del bebé - Continuación

debido a su temperamento. Nosotros usaremos el término de alta necesidad para describir a un bebé que llora debido a su temperamento y separamos el cólico de otras causas biológicas que puedan causar llanto. Los cólicos no se describen en la medicina como una enfermedad sino más bien como un síndrome o colección de síntomas. El bebé con cólicos grita debido a una intensa incomodidad física. La cualidad violenta y agonizante del llanto durante el cólico saca a muchos padres de sus casillas. El llanto de un bebé con cólicos es paroxísmico, lo cual significa que ocurre en brotes repentinos e inesperados.

El lenguaje corporal que acompaña al llanto en un bebé con cólicos presenta: coraje, tensión muscular, agitación de las manos y los pies, aprieta los puñitos, hace muecas y tiene el abdomen duro. Periódicamente durante estos ataques el infante se queda rígido o tieso. Muchas veces caen en un sueño profundo después del episodio. Los episodios pueden durar desde algunos minutos hasta varias horas, con pausas ocasionales de calma antes que comience la próxima tormenta.

La definición clásica del cólico es: ocurre en infantes que están saludables y crecen bien; llanto paroxísmico e incontrolable sin causas físicas identificables, empieza alrededor de las primeras tres semanas; y sigue la regla de Wessel – dura por lo menos 3 horas, 3 días por semanas, por lo menos durante 3 semanas. Los síntomas del cólico pueden variar de bebé a bebé y de día a día en el mismo bebé. Lo que lo convierte en cólico es que el bebé parece tener dolor. Ocurre por lo general de 6 pm a 9 pm. Las causas de este dolor no son aparentes ni para el pediatra ni para los padres. Debido a que se pensaba que la causa original era gases que causaban un dolor punzante y agudo en el abdomen, se le llamó “cólicos”. Pero esto necesariamente, el dolor no es la causa de este comportamiento. Ocasionalmente, se dice que el dolor es causado por gases, cuando en realidad es lo contrario, de hecho es el llanto lo que puede hacer que el bebé trague aire y luego le produzca gases y dolor. También se culpa en ocasiones a la madre alegando que si la madre está tensa el bebé estará tenso. Esto no ha sido corroborado científicamente y, de hecho, hay mamás muy relajadas que tienen bebés con cólicos.

Otra fuente de culpa frecuente es la leche de la madre. La mayoría de los estudios no demuestran diferencia entre la incidencia de cólicos en bebés lactados y los bebés alimentados con fórmula. Sin embargo, las madres que amamantan tienen mejores destrezas para lidiar con los cólicos. La leche de la madre NO es la causante de los cólicos.

La mayoría de los investigadores coinciden en que los cólicos son resultado de un problema hormonal o en el neurodesarrollo. Es importante que se descarte cualquier patología que pueda estar causando dolor al bebé antes de decidir que éste padece de cólicos. Los cólicos, por otro lado, comienzan alrededor de la tercera semana, tienen su pico de severidad entre la 6ta a 8va semana, y usualmente desaparecen alrededor de los 3 a 4 meses. Durante los primeros tres meses de vida los bebés dependen totalmente para estimulación de las personas que lo cuidan. La severidad de los cólicos parece disminuir según se van desarrollando neurológicamente, pueden ver claramente y se sienten atraídos visualmente por las cosas que los rodean. Empiezan a hacer cosas con sus manos y aprenden a consolarse chupándose los dedos o la mano, con el contacto visual, y moviendo sus manos y pies. Es importante que los padres entiendan

que aunque los episodios de cólicos se resuelvan las características del infante de alta necesidad pueden persistir.

Reflujo gastroesofágico

Los bebés con reflujo gastroesofágico (GER) pueden estar quisquillosos y llorar de tal manera que parecen tener cólicos. Esto no es síndrome de cólicos. En mi boletín de noviembre del 2006 y en mi página bajo temas de interés discuto el reflujo con detalles.

Alergias a alimentos

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 colon). 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 de 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**, si acaso es alergia a la proteína de la leche de vaca que la madre consume.

Pobre técnica de amamantamiento

Cuando los bebés toman demasiada leche de al frente, que es baja en grasa, necesitan tomar demasiada cantidad para saciar el hambre. Esto hace que tengan una carga de lactosa mayor de la que sus intestinos pueden procesar, lo que causa una serie de síntomas incluyendo dolor y llanto. No es la lactosa que la mamá se toma, ni es debido a NADA en la dieta. Se mejora cambiando la técnica de amamantamiento y dejando que el bebé vacíe bien el primer pecho antes de ofrecerle el segundo. **¡ESTO NO ES QUE EL BEBE SEA INTOLERANTE A LA LACTOSA!**

El parto

Los eventos que rodean al parto pueden producir que un bebé sea quisquilloso o desarrolle cólicos. La incidencia de cólicos y de bebés de alta necesidad es mayor en infantes que son producto de un parto complicado o estresante y que han experimentado mucha separación con su madre después del nacimiento. Es una tendencia general de los infantes estar quisquillosos si han tenido un comienzo difícil y se les separa de las madres. **¡NO EN BALDE HAY TANTO CÓLICO EN ESTE PAÍS!!!**



Otros problemas médicos

Otros problemas médicos pueden estar asociados a que el bebé se encuentre quisquilloso y llorando frecuentemente. Entre algunos podemos mencionar: infección de oídos, erupción del pañal e infecciones urinarias entre otros.

Estrategias para calmar al bebé de alta necesidad

El llanto del bebé no es el mismo todo el tiempo y según éste va creciendo sus padres van conociendo sus necesidades poco a poco. Se les dice a los padres que no carguen a su bebé cada vez que llora porque éste los está manipulando y lo van a engrair o malcriar. Esta recomendación, sin embargo, va en contra de lo que biológicamente se ha diseñado para servir como una estrategia de sobrevivencia del bebé. Según la antropóloga Meredith Small "el bebé ha sido biológicamente diseñado para manipular a los adultos, a fin que éstos se ocupen de él". Esta manipulación para nada afecta el desarrollo del niño ni nuestra relación con él. Los bebés no se engrían ni se malcrian cargándolos, dándoles amor y no dejándolos llorar. De hecho, los bebés deben estar en los brazos de su padres y familiares la mayor parte del tiempo. En las culturas donde los bebés se cargan casi todo el tiempo en brazos, éstos lloran menos, tienen menos "cólicos", mantienen un ritmo cardíaco y respiratorio normal y están más tiempo alertas.

En nuestra cultura preferimos poner al bebé en una cuna o usar un cargador antes que cogerlo en brazos. De hecho, se critica con demasiada frecuencia a los padres que cargan a sus hijos pegados al cuerpo. Se acostumbra, además, alimentar al bebé con horarios fijos y no atender su llanto rápidamente. Esto le proporciona alguna libertad a los padres pero tiene un costo, un bebé llorón que no está biológicamente preparado para ese ambiente.

El bebé y quien lo atiende están estrechamente vinculados. Cuando acudimos a nuestros bebés a la primera señal de llanto le damos el mensaje de que papá y mamá están ahí para cuidarlo y amarlo. Le demostramos que somos capaces de comunicarnos adecuadamente con él y que sabemos entender sus mensajes con razón, amor y sensibilidad. No hay duda de que estamos ayudando a desarrollar seres humanos más seguros de sí mismos y deseosos de dar lo que recibieron a manos llenas. Algunas estrategias para ayudar a los padres a lidiar con un bebé de alta necesidad son:

- *Responder rápidamente al llanto* – Mientras más rápido se responde a las necesidades del bebé menos llora. El mito de que si se responde inmediatamente el bebé usa esto para manipular es falso y así lo han probado muchas madres, además de varios estudios científicos. De hecho, cuando se responde al llanto del bebé el episodio de llanto suele ser menos severo.
- *Movimiento rítmico* – La imagen de un bebé acostado en su cuna y alerta que se quede tranquilito es una expectativa poco realista. El recién nacido tampoco está acostumbrado a los cambios de gravedad, a esto se debe que los bebés ultrasensibles tengan que acostarse muy lentamente. El movimiento que calma más a los infantes es el movimiento de arriba para abajo. Por eso vemos a padres experimentados parados con el bebé dormido en los brazos y balanceándose de arriba a abajo. Otras fuentes de movimiento a veces no tan efectivas porque solamente cubren uno o dos tipos de movimiento son los columpios mecánicos, los paseos en carro, un "bouncer", el movimiento de un abanico de techo, una fuente, o las olas del mar.

- *Contacto físico* – Vestirse con el bebé. Los bebés no pueden entender que son una entidad separada de su madre, lo cual parece ser un mecanismo de sobrevivencia diseñado para mantener a la madre cerca de su bebé. El bebé necesita el tacto cálido, la voz y el olor de su papá y su mamá. Nuestra cultura valora tanto la independencia que comenzamos a distanciarnos de nuestros bebés inconcientemente desde bien temprano, usando cunitas, cargadores plásticos, coches, corrales y separaciones frecuentes. El pecho desnudo del papá suele ser un lugar que le encanta a los bebés. El contacto físico con los infantes es extremadamente importante para su desarrollo físico y emocional. Debemos dejar de usar los cargadores de plástico y otros aparatos que nos alejan de los bebés, ya que no permiten el contacto físico cercano. Otras formas de contacto físico son los baños tibios y los masajes.
- *Sonidos relajantes* – Cuando el feto está en el útero está acostumbrado a una serie de sonidos y ruidos con un tiempo de 60 a 75 latidos por minuto. Los sonidos que se parezcan a los latidos del corazón, al flujo de la sangre o a la respiración los tranquilizan. Mecerlo y a la misma vez emitir cerca de su oído un sonido como zumbidos ("shhh") lo calman. Algunos sonidos que se pueden usar son: un metrónomo, un reloj, grabaciones del latido cardíaco o sonidos del útero, agua corriendo de una pluma, el sonido de la aspiradora, aire acondicionado, olas, cataratas y música clásica (especialmente Mozart, Vivaldi, guitarra clásica y flauta).
- *Colecho* – Esto es una alternativa excelente para el bebé que quiere mamar frecuentemente durante las noches. Permite que los padres descansen mientras atienden las necesidades del bebé.
- *Evitar el desgaste o "burnout"* – en todo esto es importante vigilar las necesidades de los padres y en especial los de la madre. Las madres deben saber que tomarse un tiempo para ellas no es ser mala madre. Si no cuidamos a la madre tendremos como resultado una persona infeliz que no puede disfrutar de su bebé.

Aún en las sociedades donde los bebés están todo el tiempo en brazos, no es necesariamente en los brazos de sus padres donde pasan todo ese tiempo. Unas horas con algún familiar sensible a las necesidades del bebé puede ser algo que reponga a una madre de un bebé de alta necesidad.

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

Referencias:

1. Lawrence RA, Lawrence R. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. (6th Ed.) St. Louis: CV Mosby Co. 2005.
2. Newman J., Pitman T. The Ultimate Breastfeeding Book of Answers. Roseville, Ca:Prima Publishing. 2000.
3. Sears W, Sears M. Parenting the Fussy Baby and High-Need Child. Boston:Little, Brown and Co .2002
4. Small M. Our Babies, Ourselves: How Biology and Culture Shape the Way We Parent. New York: Anchor Books. 1998.
5. Trevathan WR, Smith EO, McKenna JJ. (editors). Evolutionary Medicine. New York: Oxford University Press. 1999.
6. Wight NE. Management of Common Breastfeeding Issues. The Pediatric Clinics of North America. 2001;48:321-44.

Noticias y Eventos

ENMIENDAS A LA LEY 95 DE 2007

La ley 95 que prohíbe el discrimen contra las madres que lactan en público fue enmendada por la ley Ley 121 de septiembre de 2007. Las enmiendas aprobadas aumentan las multas a toda persona que incurra en prácticas discriminatorias hacia una mujer por el hecho de lactar a un niño(a) o que prohíba, impida o de alguna forma limite o cohíba que una mujer lacte. Indicando que incurrirá en delito menos grave si es convicta que fuere y estará sujeta a una multa no menor de mil (1,000) dólares ni mayor de mil (5,000) dólares. Estas enmiendas además, facultan al juez imponer una pena de restitución como forma adicional de adquirir una indemnización por el daño que pueda haber sido causado.

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: 17 de noviembre y 15 de diciembre de 2007; enero 19, 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: 14 de noviembre y 12 de diciembre de 2007; enero 16, 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

Nacimiento de Sara

El 27 de octubre de 2007 nació Sara, mi sobrina número 12. Nació cuando le dio la gana, como le dio la gana y decidió inmediatamente que la teta de su mamá era el mejor lugar para cobijarse. Su nacimiento ha sido una lección para muchos incrédulos que no confían en la mujer y en su bebé. ¡Viva el parto humanizado y sin violencia, la lactancia materna y la crianza de apego! Solo así podemos comenzar a crear al hombre y a la mujer nuevo(a).



Sitios de Interés en la Internet

Desde 1999 la Academia Americana de Pediatría declaró, después de casi 40 años de investigación médica disponible, que los beneficios de la circuncisión no son suficientemente significativos para que la AAP la recomiende como un procedimiento rutinario y que de ser necesaria hacerla debe utilizarse anestesia para realizar el procedimiento. Aún así, en nuestro país esta se sigue realizando en muchos infantes. La circuncisión no debe hacerse hasta que el bebé se pegue bien en el pecho y no existan problemas con la técnica del amamantamiento que se puedan agravar con la circuncisión y la incomodidad y efectos secundarios que este procedimiento causa en el bebé. Para tomar decisiones informadas sobre este procedimiento visite los siguientes enlaces:

National Organization of Circumcision Information Resource Centers

<http://www.nocirc.org/>

NOCIRC es una organización sin fines de lucro con sede en los Estados Unidos. Su meta es asegurar el derecho natural de los hombres, mujeres, niños (as) y bebés de mantener sus órganos sexuales intactos.

Circumcision Information and Resource Pages

<http://www.cirp.org/>

CIRP es un recurso en la Internet que le provee información acerca de todos los aspectos de la cirugía genital conocida como circuncisión. Contiene material técnico, médico, artículos históricos, estadísticas e información para los padres y madres.

Doctor Opposing Circumcision

<http://www.doctorsopposingcircumcision.org/>

DOC es una organización de médicos/as y otras personas que se oponen a la circuncisión neonatal no-terapéutica. Tiene miembros en los 50 estados de los EE.UU., en Canadá y las naciones de seis continentes. Estos doctores reconocen que nadie tiene el derecho de remover por la fuerza partes sexuales del cuerpo de otro individuo. Ellos creen que los doctores no deben tener ningún rol en ese procedimiento doloroso e innecesario que se hace a los recién nacidos.

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 encontrarás 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

Guía para dar de Alta del Hospital al Recién Nacido a Término Amamantado y a su Madre

La Academia de Medicina de la Lactancia Materna recientemente revisó su protocolo clínico #2 sobre el alta y el regreso del bebé a la casa. En su nueva revisión este documento enfatiza en unos principios y prácticas que se recomiendan para que se tomen en consideración antes de enviar a la mamá y a su bebé a término a la casa. A continuación enumeramos un resumen de estas guías.

1. Se debe realizar un avaluación de la efectividad del amamantamiento cada 8 a 12 horas durante la hospitalización y por lo menos una vez antes del alta. Esta avaluación debe realizarla un profesional médico adiestrado en la evaluación formal del amamantamiento.
2. Todos los problemas o la anticipación de los mismos antes del alta deben atenderse y documentarse en el expediente médico. Se debe incluir un plan de acción y el seguimiento de estos al alta.
3. Los médicos, las enfermeras, las parteras y todo el personal debe fomentar que la madre practique el amamantamiento exclusivo por los primeros 6 meses de vida del infante y que continúe el amamantamiento a través del primer año de vida, preferiblemente hasta los 2 años o más. A los 6 meses se deben añadir los alimentos complementarios adecuados.
4. Las familias se pueden beneficiar de materiales educativos sobre lactancia materna que no sean comerciales. No se deben distribuir paquetes de despedida que contengan fórmula, chupetes, anuncios comerciales y cualquier material no apropiado para la mamá y el bebé lactante. Estos pueden fomentar prácticas de lactancia pobres que pueden llevar a un destete prematuro.
5. A la madre lactante y su familia se le debe dar al momento del alta información escrita sobre: la plétora, la ingesta adecuada de leche, los signos de ictericia excesiva, patrones de sueño del recién nacido, uso materno de medicamentos, seguimiento e información de contactos.
6. Toda madre debe recibir instrucciones sobre la técnica manula de extracción de leche (use ella una máquina de extracción o no) de tal manera que sea capaz de aliviarse el atiborramiento de los pechos, aumentar su producción de leche o mantener la lactancia si se tiene que separar del bebé o si el bebé no se pega la pecho.
7. Si la madre planifica regresar a trabajar o a estudiar después del parto debe recibir información escrita que contenga: apoyo social, asuntos relacionados con la producción de leche, expresión y almacenamiento de la leche materna, la posibilidad de dar el pecho en la hora de

almuerzo u otros recesos, y las leyes del país relacionadas con la lactancia y trabajo.

8. A toda madre lactante se le debe dar los nombres y números de teléfonos de los individuos o servicios médicos que la pueden ayudar con la lactancia.
9. A las madres se le debe dar un listado con los grupos de apoyo y servicios locales con nombres, teléfonos y direcciones (LLL, grupos de apoyo en el hospital, WIC, etc.). Se debe fomentar que esta se una a ellos.
10. Todos los infantes que sean dados de alta antes o para el 3er día de nacido deben recibir una cita para ver su médico, partera o un profesional de la salud adiestrado en lactancia y supervisado por un médico a los 3-5 días de nacido. A las madres se les debe dar una cita de seguimiento para las 6 semanas posparto con su obstetra, médico de familia o partera.
11. Si la madre esta lista para ser dada de alta pero el infante no, se deben hacer todos los esfuerzos para que la madre permanezca en el hospital como paciente o como "madre residente" con acceso al infante para amamantamiento exclusivo. Lo óptimo es mantener el alojamiento en conjunto las 24 horas durante la estadía del bebé en el hospital.
12. Si se le da de alta del hospital a la madre antes del alta del bebé (Ej. bebés enfermos o en intensivo neonatal), se debe fomentar que la madre esté la mayoría del tiempo posible con el infante, practicando el contacto piel a piel y el cuidado canguro, y continuando la lactancia.

El documento completo se puede encontrar en:

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

Referencias:

Evans A. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #2 (2007 Revision): Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: "The Going Home Protocol". Breastfeed Med 2007;2:158-65.

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 discutirlos con su proveedor de salud primaria licenciado y no deben utilizarse sin la debida supervisión de éste.

Ana Parrilla, MD, MPH, FABM Copyright/Derechos Reservados. Ninguna parte de este boletín informativo puede ser reproducido excepto para propósitos 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