

Sumario

- Lactantes en pateras
- Noticias de ACPAM
- Noticias de España
- Noticias del Mundo
- Hablan las madres
- Centro de salud
- Ciencia

Editorial

Lactantes en las pateras

A principios de noviembre, varios periódicos publicaron la foto de tres bebés africanos, recién desembarcados en nuestras costas, tomando el biberón de manos de unos voluntarios.

Parecían sanos y bien nutridos. Tras haber cruzado en condiciones precarias media África y el mar, su salud demuestra que han estado tomando el pecho. ¿Puede alguien creer que sus madres han tenido, durante su viaje, dinero para comprar leche en polvo y agua potable para preparar los biberones?

Y entonces, ¿por qué ahora toman un biberón? ¿Dónde están sus madres? Cuesta creer que estén las tres gravemente enfermas, mientras sus hijos parecen sanos. Nadie puede pensar que la leche

que ha mantenido a estos niños con vida durante meses es hoy, de repente, insuficiente.

Tal vez las retiene un trámite policial, o alguien ha tomado la paternalista decisión de «cuidar un rato al niño, mientras la madre descansa»... Descansa, sí, con los pechos hinchados y doloridos, y la angustia de no saber quién y para qué se ha llevado a sus hijos en esta tierra extraña y peligrosa.

Para cualquier niño y para cualquier madre, la separación es traumática, y aún más en un ambiente extraño y tras una dramática experiencia. Y la introducción de un sólo biberón, no digamos de unos cuantos, conlleva un peligro cierto de abandono de la lactancia materna.

¿Dónde están hoy los niños de la foto? ¿Malviven ilegalmente en España, o han sido devueltos a la miseria de la que vinieron? ¿Toman aún el pecho? Y, si no es así, ¿crees que aún tienen aspecto saludable?

Noticias de ACPAM

Durante el año 2000 hemos organizado o participado en 15 cursos de lactancia materna, desde Las Palmas a Logroño y desde Cáceres a Martorell.

¿Quieres ser voluntario de ACPAM?

Necesitamos tu ayuda. A lo mejor puedes venir unas horas por semana para coger el teléfono, enviar libros por correo, contestar y archivar correspondencia, actualizar la lista de direcciones, tramitar solicitudes de subvenciones...

Si sabes algo de inglés, tienes la oportunidad de aprender mucho sobre lactancia mientras clasificas nuestra amplia colección de artículos científicos.

Si puedes colaborar, ponte en contacto con Maite (93-212 12 99).

Noticias de España

Semana Mundial de la Lactancia Materna

Muchos grupos realizaron actividades en la primera semana de octubre. Sólo dos ejemplos:

El Colectivo La Leche de Sevilla organizó una exposición de fotos y un ciclo de conferencias para madres y padres (aunque también se observó la presencia de pediatras y enfermeras).

El grupo Alba organizó una reunión de madres en un parque de Barcelona. Hubo exposición de

fotos, dibujos infantiles y una animada sesión de teatro.

Apoyo institucional a la lactancia

Aunque con mucho retraso, transcribimos aquí el texto de la Proposición no de Ley aprobada por unanimidad el pasado 22 de diciembre de 1999 en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados:

El Congreso de los Diputados insta al Ministerio de Sanidad y Consumo a:

1. Que a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se insista en proteger, promover y apoyar la lactancia materna siguiendo los criterios de la OMS y UNICEF con especial incidencia en aquellas Comunidades Autónomas donde aún no se aplican con suficiente intensidad.

2. Promocionar en los hospitales, otorgando los recursos necesarios y con la recomendación expresa a los organismos sanitarios competentes en todo el Estado Español, el desarrollo de la iniciativa auspiciada por la OMS y UNICEF: «HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS».

Si estabas luchando para que tu hospital fuera Amigo de los Niños, pero encontrabais obstáculos económicos u organizativos (personal, cursos de formación, barreras arquitectónicas...), este documento puede serte muy útil.

I Encuentro Español de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna

Organizado por Vía Láctea, tendrá lugar en Zaragoza del 28 al 30 de Abril de 2001. Será una gran oportunidad para conocerse y organizarse entre los más de 50 grupos que existen en 25 de las provincias españolas.

Para más información:
www.terra.es/personal/vlactea/encuen
vlactea@teleline.es
Tel. 976-522196 (Sofía)

Hospital Amigo de los Niños en Asturias

Cerramos esta edición el 12 de diciembre, justo el día antes del solemne acto de entrega del galardón de Hospital Amigo de los Niños al hospital de Jarrio-Coaña (Asturias), el quinto que consigue esta distinción en España. Será una ocasión de reencontrar a nuevos conocidos, y de conocer a Fely, cuyas cartas tanto nos emocionaron hace un año (ver página 3).

Las madres con jornada reducida pueden elegir su horario laboral

En septiembre pasado, una sentencia del Tribunal Supremo reconoció a una madre trabajadora, que había solicitado reducción de jornada para el cuidado de sus hijos, el derecho a elegir el turno que más le convenía para cumplir su jornada reducida. Afirma el supremo que la prioridad en este caso es la protección

de la familia y de la infancia, y que esta interpretación «ha de prevalecer y servir de orientación para la solución de cualquier duda orientativa». La sentencia concluye que «corresponde a la trabajadora la elección de turno y concreción horaria del modo más favorable a la protección de sus dos hijos menores».

El Periódico, 23 de septiembre de 2000

Contra los malos tratos

La asociación Save The Children de España, junto a UNICEF, CEAPA, CONCAPA y otras muchas asociaciones, ha lanzado una campaña que con el lema «**educa, no pegues**» pretende la modificación de nuestro Código Penal para que se prohíba la violencia física contra los niños (en la actualidad está permitida, aunque sólo si es a tu propio hijo a quien golpeas). Más información:
www.savethechildren.es/castigo

Documentos en español

El Dr. Juan José Lasarte ha traducido al español dos interesantes documentos de la OMS, sobre lactancia inducida (ver página 3) y sobre mastitis. Puedes obtenerlos en internet:

<http://www.arrakis.es/~mlaser>

Noticias del Mundo

El Parlamento Europeo examina la actuación de la industria

El 22 de noviembre pasado tuvo lugar en Bruselas una Audiencia Pública del Comité de Desarrollo y Cooperación del Parlamento Europeo sobre la responsabilidad de las empresas.

En la Audiencia, la Asociación de Protección al Consumidor del Pakistán, miembro de IBFAN, presentó pruebas de infracciones del Código de la OMS, incluyendo el pago de sobornos a médicos y el establecimiento de objetivos de ventas para el personal.

El parlamentario Sr. Richard Howitt mostró su disgusto porque la compañía Nestlé eludió presentarse ante el Parlamento.

www.babymilkaction.org

Breastfeeding Research, Practice and Advocacy Symposium

Tendrá lugar en Reykjavik, Islandia, del 18 al 22 de marzo de 2001. Información: The Center for Breastfeeding (Mariland, USA). FAX 1-508-888-8050 HEA@capecod.net

Breastfeeding: Practice and Policy Course

Un curso intensivo de lactancia materna, impartido por el Centro de Salud Infantil Internacional de la Universidad de Londres, del 2 al 27 de julio de 2001. Información: fax +44 020 7404 20 62; cich@ich.ucl.ac.uk

Academy of Breastfeeding Medicine

La Academia de Medicina de la Lactancia (ABM) es una organización internacional de médicos dedicados a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Sus objetivos son:

- Formar a los médicos
- Diseminar los conocimientos sobre la ciencia de la lactancia materna
- Facilitar el establecimiento de prácticas óptimas en relación con la lactancia
- Fomentar el intercambio de información entre organizaciones

La Academia ofrece a sus miembros una interesante boletín y un congreso anual.

Dirección:

P.O. Box 15945-284
Lenexa, KS 66285-5945
(USA)
www.bfmed.org
jdawson@goAMP.com

Por acuerdo con la ABM, publicamos en este boletín la traducción de su reciente protocolo para la prevención y tratamiento de la hipoglucemia neonatal.

Hablan las Madres

Descubrir la maternidad

Al azar he elegido esta dirección, la encontré en un libro de información sobre la lactancia materna. No pertenezco a ninguna asociación porque no existe ninguna cerca de donde vivo; perdonen por ser tan atrevida, me dirijo a ustedes con el fin de contarles mi experiencia si es que a alguien le interesa.

riencia si es que a alguien le interesa.

Soy asturiana, del occidente de Asturias, mi nombre es Fely, tengo 39 años, más cerca de los 40, estoy casada desde hace 15 años, unos a los feliz, tranquila, *sin hijos...* Al cabo de tantos años de casada ya estaba mentalizada de que me había tocado vivir sin hijos; no llegaban, pero tampoco me había creado traumas. Siempre estaba ocupada haciendo cosas, últimamente bailaba en un grupo regional. Ahora me doy cuenta de que estaba vacía y muerta.

Hace 17 meses empecé a encontrarme mal, pensé que tenía algo raro en mi interior, pero nunca llegué a pensar lo que realmente sucedió más tarde. Acudí a mi ginecólogo, y estaba embarazada de dos meses. Todo cambió de repente; estaba aturdida, desorientada, contenta, con mil temores...

Me hizo todas la pruebas, y al final resultó ser una niña preciosa. Al finalizar el embarazo alguien me dijo si tenía pensado dar el pecho, yo dije que no, no me sentía capaz. Nació Nazaret el 28 de febrero, a las 5 de la tarde, y en ese mismo momento sentí la necesidad de poner a mi hija al pecho, ella me lo pedía y no me podía negar. Merece la pena, es algo grandioso, una experiencia para recordar toda la vida.

Ahora, con 8 meses, sigo dando el pecho a mi hija, y seguiré hasta que ella quiera, a pesar de que a veces me encuentro con gente que no lo entiende así y hacen que me sienta mal. Quiero decir que estoy muy contenta de la decisión que he tomado y es tan bonito lo que estoy viviendo que me pesa no haberme sometido a tratamiento de ovulación hace años; me daba miedo tomar decisiones. En cual-

quier caso soy feliz con un bebé a mis 40 años.

Gracias por leer esta carta.

*Fely Suárez
Asturias*

Un año más tarde, Fely nos volvió a escribir:

Hace un año les contaba mi experiencia sobre la lactancia materna. Ahora Nazaret tiene 20 meses. Los 7 primeros meses tomaba sólo leche materna; hasta el primer año, 5 o 6 tomas al día, y ahora con 20 meses le doy pecho como desayuno y cena.

Quiero decir que, a pesar de tener momentos bajos y de la gente con ganas de influir negativamente, estoy orgullosa de llegar hasta aquí, de seguir adelante en algo tan importante como es la lactancia materna; y que lo mejor que puedes hacer por tu hijo nada más nacer es darle de mamar: lo alimentas mejor, lo tranquilizas cuando está nervioso, lo curas cuando está enfermo o le duele algo, lo duermes mejor cuando tiene sueño, lo QUIERES MÁS.

*Fely Suárez
Asturias*

Peligros de la leche en las papillas

Tengo una niña que ahora tiene 7 meses.

En julio, cuando el pediatra le puso la vacuna de los 5 meses, me recomendó la introducción de cereales. Como estábamos de vacaciones, probé a prepararle los cereales con leche artificial, aunque hasta entonces sólo había tomado pecho.

Al darle la tercera cucharada, lo vomitó todo, y siguió vomitando

bilis durante un buen rato. Se puso toda roja de la cabeza a los pies, con una urticaria grave; se rascaba y tenía náuseas. En seguida me pidió el pecho, y le fue bajando el picor y le desaparecieron las náuseas y el enrojecimiento de la piel. Después de tres tomas de pecho, ya no le quedaba ni rastro de la reacción alérgica.

*Anna Julian
Barcelona*

Centro de Salud

Lactancia adoptiva

Cuando estaba dando un curso sobre lactancia materna en un hospital para capacitar al personal de salud, uno de los temas que traté fue el de lactancia inducida. Un técnico de radiología estaba tomando el curso y escuchó que una madre que nunca había tenido hijos podía amamantar a su bebé adoptado. En ese momento no me dijo nada, pero esta información le impactó mucho, puso especial interés en cómo se lograba esta maravilla y pensó que si un día él y su esposa adoptaban a un bebé quería que fuera amamantado.

Un año después, me buscó para decirme que pronto podrían adoptar a un bebé recién nacido. Aunque al principio había tratado de convencer a su esposa de que adoptaran a este bebé, ella se negaba, argumentando que sentía que no podía amar a un hijo extraño que no se había formado en su vientre. Le dije que sería interesante platicar con ambos sin presionar a su esposa, más bien escucharla y respetar la decisión que ella tomará. Vinieron a verme los dos y la actitud de ella era de enojo e impa-

ciencia; cuando empezamos a hablar dijo que por ningún motivo ella podría sentir suyo a un niño ajeno y que no quería hacerse cargo de alguien a quien no podría amar. Su esposo se sentía desesperado, pero por fortuna hizo lo que le pedí: sólo escucharla y permitir que ella dijera todo lo que sentía. Cuando finalmente terminó de expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, le dije que en efecto debía ser una decisión muy difícil de tomar, y mas aún si se sentía presionada por su esposo y la sociedad a tener un hijo, que entendía lo difícil que debía ser hacerse a la idea de ser madre en pocos días cuando las mujeres que esperan un bebé tienen 9 meses para hacerse a la idea y además lo llevan dentro, que finalmente nadie la iba a obligar a hacer nada que ella no quisiera; sin embargo tal vez quisiera darse unos días para pensarlo, ya que para su esposo era tan importante tener un hijo y pensaba que también era necesario tomar en cuenta los sentimientos y deseos de él. Inmediatamente sentí como su actitud cambió, se sintió mas relajada, se sonrió y dijo que lo pensaría. A los tres días vinieron a verme otra vez, sonriendo muy contentos, a darme la noticia: había decidido que sí adoptarían al bebé. Su esposo brillaba de alegría; deseaba mucho tener un hijo, llevaban 8 años de casados y ya habían perdido la esperanza. Cuatro días después nació una nena, la madre biológica no quiso verla y enseguida se fué al cunero, a las tres horas se la dimos a la madre adoptiva y le dije: «ésta es tu hija, ella te necesita a tí, el amor, los cuidados y la lechita que tu le darás es lo que te convierten en su madre» enseguida la puse al pecho delante de su esposo y la pequeña empezó a succionar con entusias-

mo, en el mismo momento en que la bebita empezó a mamar, la madre la acercó más hacia ella, la abrazó y dijo: "sí, es mi hija, esta succionando de mí". Tanto el padre como la madre empezaron a llorar y la nena seguía succionando felizmente, después de 10 minutos se quitó y entonces puse el suplementador con leche materna donada, volvimos a poner a la nena al pecho, se termino 20 ml de leche, se sonrió y se quedó profundamente dormida. A las tres semanas y media de haber empezado la lactancia inducida la madre adoptiva empezó a producir leche, ése día sólo sacamos una gota de cada pecho; sin embargo la emoción de élla, su esposo y mía fue enorme. Todas las tomas de la nena eran con suplementador y usamos leche materna donada, nunca tomó fórmula. Había 14 madres donando leche para esta nena, el esposo recogía la leche una vez por semana (la guardaban congelada) y otras de las donadoras se ofrecieron a llevarles la leche hasta su casa una vez por semana. Nunca nos faltó leche para la pequeña. Tres semanas después de que empezó su producción láctea empezamos a disminuir muy gradualmente la cantidad de leche materna que poníamos en el suplementador, disminuyendo media onza (15 g) por semana. Fué muy importante monitorear de cerca a la nena, asegurándonos que mojara 5 pañales muy mojados como mínimo en 24 horas, que evacuara normalmente, y vigilando su peso, talla, p.c. y estado general de salud. Conforme pasaron las semanas logramos que las primeras tomas del día fueran sólo de pecho; y en las tardes cuando la producción de leche de la madre ya no era suficiente usábamos el suplementador. Más adelante durante la noche ya también

tenía suficiente leche la mamá para darle sólo el pecho, sin embargo a partir de las 2 de la tarde hasta la última toma de la noche tuvimos que usar siempre el suplementador, la producción de esta madre no fué al 100 % pero si de un 50 % aproximadamente. Siempre expresó su profundo amor a su hija, y cómo el haberla amamantado había hecho que fuera fácil sentirla verdaderamente suya, amarla y saber que en efecto era ella la madre, pues aunque no se había formado en su vientre, la alimentaba con su cuerpo y la tenía en sus brazos. Esta pequeña mamó hasta los dos años, edad en que decidió por sí misma destetarse. Con mucha frecuencia nos visitaban y expresaban su alegría y agradecimiento por lograr este milagro maravilloso de haber podido amamantar a su nena adoptada.

*Maura Sesín. Directora
Liga de La Leche de México
Dr. Guillermo Franco del Río
Médico Pediatra y Neonatólogo*

Censura de prensa

Desde hace años colaboro con un consultorio sobre lactancia en la revista Ser Padres. Es la redacción la que decide cuáles de las numerosas cartas se publican, y resume las preguntas y las respuestas para ajustarlas al espacio disponible.

En el número de octubre del 2000, una madre preguntaba si debía comprar la leche que dice el pediatra o podía pasarse a otra más barata. Se le contestaba que, si su hijo tomaba alguna leche especial, por alergia, intolerancia a la lactosa o enfermedad metabólica, debía darle sólo la que le indicó el pediatra. «Sin embargo, si toma una leche normal para bebés, puedes

cambiar de marca [...] porque existe una ley que regula la composición de estos productos y todas son prácticamente iguales». «En la mayoría de los hospitales, para evitar ser acusados de favoritismo, cambian cada pocos meses la leche recomendada».

Uno de los anunciantes de la revista protestó enérgicamente y amenazó con retirar toda su publicidad (los ingresos por publicidad igualan o superan a las ventas y suscripciones) si no se publicaba una rectificación. En el número de noviembre aparece dicha rectificación, bajo el título «No todas las leches son iguales». El texto, que aparece firmado por Ser Padres, ha sido revisado y aprobado por el anunciante en cuestión, y termina con la frase: «Cuando se trata de nuestros hijos, de su salud y de su feliz crecimiento no debemos mirar el precio». Aunque no viene marcado como «publicidad», está ilustrado con una reproducción reducida de un anuncio a doble página de BlemilPlus forte 2, para que no quede ninguna duda de a quién hemos de agradecer la información.

Las revistas para padres traen publicidad de productos relativamente variados: alimentos, ropa infantil y premamá, cremas, jabones, colonias, cochecitos, muebles... la retirada de un anunciante, aunque preocupante, no es el fin del mundo. En cambio, las revistas médicas sólo contienen publicidad farmacéutica o de alimentos infantiles. Es una suerte que sus editores sean absolutamente insensibles a las presiones, y jamás modifiquen el contenido de la revista por exigencias de los anunciantes.

*Carlos González
Pediatra, Hospitalet de Llobregat*

THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE

Protocolo clínico número 1
Aprobado el 11 de noviembre de 1999

Recomendaciones para el control de la glucemia y el tratamiento de la hipoglucemia en recién nacidos a término amamantados

OBJETIVO

Ofrecer orientaciones para:

1. el control de la glucemia en recién nacidos normales a término que toman el pecho.
2. la prevención de la hipoglucemia en recién nacidos amamantados.
3. el tratamiento adecuado de la hipoglucemia en recién nacidos amamantados^{1,2}.

ANTECEDENTES

La hipoglucemia transitoria en el periodo neonatal inmediato es frecuente y ocurre en casi todas las especies de mamíferos. En los lactantes humanos sanos y a término, incluso si se impide la alimentación enteral, este fenómeno es autolimitado y los niveles de glucosa suben rápida y espontáneamente.^{3,4,5} Este periodo precoz y autolimitado de glucemia baja no se puede considerar patológico. Por lo tanto, tiene escasa utilidad práctica el control rutinario de la glucemia en lactantes a término asintomáticos durante el periodo neonatal inmediato.^{6,18} Más aún, incluso en aquellas situaciones en que la glucemia desciende debido a intervalos prolongados (más de 8 horas) entre mamadas, existe una importante respuesta cetogénica que proporciona al cerebro un combustible alternativo a la glucosa.^{4,7,8,9}

El Comité sobre el Feto y el Recién Nacido de la Academia Americana de Pediatría (AAP) afirma que «... ningún estudio ha demostrado que el tratamiento de una glucemia baja transitoria ofrezca mejor resultado a corto o largo plazo que la ausencia de tratamiento... Es más, no existen pruebas de que los lactantes hipoglucémicos asintomáticos se beneficien del tratamiento.»¹⁰ Por tanto, ante los resultados de varios estudios que no han encontrado diferencias significativas en las concentraciones sanguíneas de glucosa entre lactantes con lactancia materna o artificial,^{12,13} el control rutinario de la glucemia en lactantes sanos a término no sólo es innecesario, sino potencialmente perjudicial para el establecimiento de una correcta relación madre-hijo y de unas pautas de lactancia que permitan amamantar con éxito.^{6,14,15} Esta recomendación está respaldada por un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que concluye, al igual que la AAP, que la lactancia materna precoz y exclusiva cubre de forma segura las necesidades nutricionales de los recién nacidos sanos a término.^{18,19}

DEFINICIÓN DE HIPOGLUCEMIA

Publicaciones previas de Cornblath y Schwartz definían la hipoglucemia como una concentración de glucosa en sangre completa inferior a 30 mg/dl en recién nacidos a término y a 20 mg/ml en prematuros.¹⁰ Las concentraciones de glucosa en plasma o suero son un 10 a 15 % más altas que en sangre completa, por lo que el médico debe estar al tanto de qué técnica se ha usado.¹⁶ Estudios recientes definen los límites inferiores de la normalidad en varias eda-

des posnatales, independientemente de la edad gestacional, del siguiente modo:

Definición de la hipoglucemia (suero o plasma)

Edad	
0-3 horas	< 35 mg/dl (< 2,0 mmol/l) ³
3-24 horas	< 40 mg/dl (< 2,2 mmol/l) ³
> 24 horas	< 45 mg/dl (< 2,5 mmol/l) ³
0-24 horas	< 30 mg/dl (< 1,7 mmol/l) ¹³
24-48 horas	< 40 mg/dl (< 2,2 mmol/l) ¹³

Cornblath y Schwartz concuerdan con esta nueva definición, y recalcan que las concentraciones inferiores a estos niveles constituyen una indicación para elevar la glucemia, pero no implican ningún daño neurológico.² Recomiendan, sin embargo, que a cualquier edad posnatal o gestacional, los niveles de glucosa en plasma inferiores a 20-25 mg/dl (< 1,1-1,3 mmol/l) se traten con glucosa parenteral.

Las tiras reactivas de glucosa oxidasa pueden usarse para el cribado de la hipoglucemia, pero los resultados se han de confirmar con determinaciones de laboratorio antes de diagnosticar una hipoglucemia.^{17,18}

FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPOGLUCEMIA

Independientemente del tipo de lactancia, hay que controlar de forma rutinaria la glucemia de aquellos recién nacidos con un riesgo aumentado de sufrir una hipoglucemia neonatal. Los recién nacidos en los siguientes grupos están expuestos a un riesgo mayor de hipoglucemia, y por lo tanto *no* se consideran recién nacidos a término sanos y normales:

1. Pequeños para su edad gestacional (SGA) < 10 percentil de peso
2. Gemelo discordante (más pequeño)

3. Grandes para su edad gestacional (LGA) > 90 percentil de peso
4. Hijos de madre diabética
5. Recién nacidos de bajo peso < 2500 g
6. Post-asfixia
7. Eritroblastosis fetal
8. Policitemia (hematocrito venoso superior al 70 %)
9. Presencia de microfalo o defecto de la línea media
10. Síndrome de Beckwith-Wiedemann
11. Estrés por frío/hipotermia
12. Otras complicaciones, como distrés respiratorio, sepsis, etc.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HIPOGLUCEMIA

Nunca se insistirá lo suficiente en que todos los signos clínicos de la hipoglucemia son inespecíficos, y el médico debe evaluar el estado general del lactante mediante la observación y la exploración física para descartar entidades y procesos que puedan necesitar otras pruebas de laboratorio y otros tratamientos. Entre los signos habituales se incluyen:

1. temblores, irritabilidad, agitación, reflejos exagerados
2. llanto agudo
3. convulsiones
4. letargia, agotamiento, flojedad, hipotonía
5. cianosis, apnea, respiración rápida e irregular
6. hipotermia, inestabilidad térmica, inestabilidad vasomotriz
7. succión débil y rechazo del alimento

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO

1. La alimentación insuficiente no puede producir una hipoglucemia sintomática en recién nacidos sanos a término.¹⁸ En estos casos se debe descartar una enfermedad subyacente.
2. El control rutinario de la glucemia en recién nacidos a término asintomáticos es innecesario. Medir la glucemia sólo en recién nacidos de riesgo o en aquellos con síntomas clínicos compatibles con hipoglucemia. La determinación practicada con una tira reactiva debe ser confirmada con un análisis de laboratorio.
3. El control debe comenzar antes de 30 minutos para los hijos de madre diabética, y no más tarde de las dos horas de edad para los recién nacidos en otros grupos de riesgo. Los niños a riesgo deben ser controlados cada dos a cuatro horas, antes de una toma de alimento, hasta que se observen glucemias normales en varias determinaciones con una alimentación normal.
4. El riesgo de hipoglucemia puede ser minimizado con el inicio precoz de la lactancia, en los primeros 30 a 60 minutos tras el parto. El simple hecho de que el recién nacido cumpla los criterios para controlar la glucemia no impide la lactancia materna precoz.
5. El contacto piel con piel con la madre facilita el inicio y el establecimiento de la lactancia materna. Tales prácticas mantienen una temperatura corporal normal en el recién nacido y disminuyen su gasto energético, al tiempo que estimulan la succión y la producción de leche. Las mamadas deben ser frecuentes, al menos 10 a 12 tomas en 24 horas, y hay que poner al niño al pecho en cuanto se presenten

los síntomas *más precoces* de hambre (obsérvese que el llanto es un signo tardío de hambre).^{11,12}

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA COMPROBADA

1. **Recién nacido asintomático**
 - a. Continuar la lactancia materna (aproximadamente cada hora o dos horas), o darle leche materna extraída o un sucedáneo de la leche materna (aproximadamente 10-15 ml/kg).
 - b. Volver a comprobar la glucemia antes de las siguientes tomas, hasta que se mantenga estable dentro de valores normales.
 - c. Si el recién nacido es incapaz de succionar, evitar la alimentación intragástrica y comenzar un tratamiento endovenoso. Este recién nacido no es normal, y precisa de una exploración y una valoración cuidadosas, además de un tratamiento más intensivo.
 - d. Si no tolera la alimentación oral, iniciar la administración endovenosa de glucosa. Este recién nacido no es normal, y precisa de una exploración y una valoración cuidadosas, además de un tratamiento más intensivo.
 - e. Tratamiento endovenoso: 2 ml/kg de glucosa al 10 % en bolus, seguida de una infusión continua de 6 a 8 mg/kg/min de glucosa (aproximadamente 100 ml/kg/día). Volver a medir la glucosa en suero a los 30 minutos, y luego de forma seriada hasta que se estabilice en niveles normales.
 - f. Si la glucemia es baja a pesar de la alimentación oral, iniciar la infusión endovenosa de glucosa al 10 %, a razón de 6 a 8 mg/kg/min de glucosa

(aproximadamente 100 ml/kg/día).

- g. Ajustar el ritmo de infusión endovenosa según la glucemia.
- h. Una vez estabilizada la glucemia en valores normales, continuar la lactancia materna y reducir lentamente la infusión endovenosa. Medir la glucemia antes de cada toma hasta que los valores se mantengan estables sin infusión endovenosa.
- i. Registrar con detalle en la historia clínica los signos, la exploración física, los resultados del cribado, las confirmaciones de laboratorio, el tratamiento y los cambios en el estado clínico.

2. Recién nacido sintomático

- a. Iniciar la administración endovenosa de glucosa con 2 ml/kg de glucosa al 10 % en bolus, seguida de una infusión continua de 6 a 8 mg/kg/min de glucosa (aproximadamente 100 ml/kg/día). No confiar en la alimentación oral o intragástrica para corregir la hipoglucemia. Este recién nacido no es normal, y precisa de una exploración y una valoración cuidadosas.
- b. Recomendar la lactancia materna frecuente tras el alivio de los síntomas.
- c. Ajustar el ritmo de infusión endovenosa según la glucemia.
- d. Una vez estabilizada la glucemia, continuar la lactancia materna y reducir lentamente la infusión endovenosa. Medir la glucemia antes de cada toma hasta que los valores se mantengan estables sin infusión endovenosa.
- e. Registrar con detalle en la historia clínica los signos, la exploración física, los resultados del cribado, las confirmaciones de laboratorio, el tratamiento y los cambios en el estado clínico.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care, 4th ed., 1997; p 161.
2. Cornblath M, Schwartz R. Hypoglycemia in the neonate. *J Pediatr Endocrinol* 1993; 6:113-129.
3. Srinivasan G, Phildes RS, Catamanchi G, et al. Plasma glucose values in normal neonates: A new look. *J Pediatr* 1986; 109:114-117.
4. Hawdon JM, Ward Platt MP, Aynsley-Green A. Patterns of metabolic adaptation for preterm and term neonates in the first postnatal week. *Arch Dis Child* 1992; 67:357-365.
5. Cornblath M, Reisner SH. Blood glucose in the neonate and its clinical significance. *New Engl J Med* 1965; 273:378-380.
6. Hawdon JM, Ward Platt MP, Aynsley-Green A. Prevention and management of neonatal hypoglycemia. *Arch Dis Child* 1994; 70:F60-65.
7. Lucas A, Bayes S, Bloom SR, Aynsley-Green A. Metabolic and endocrine responses to a milk feed in 6-day-old term infants: Differences between breast and cow's milk formula feeding. *Acta Paediatr Scand* 1981; 70:195-200.
8. Edmond J, Auestad N, Robbins RA, et al. Ketone body metabolism in the neonate: Development and the effect of diet. *Fed Proc* 1985; 44:2359-2364.
9. Yager JY, Heitjan DF, Towfighi J, et al. Effect of insulin-induced and fasting hypoglycemia on perinatal hypoxic-ischemic brain damage. *Pediatr Res* 1992; 31:138-142.

10. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Routine evaluation of blood pressure, hematocrit and glucose in newborns. *Pediatrics* 1993; 92:474-476.
11. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services, a joint WHO/UNICEF statement. World Health Organization, Geneva, 1989.
12. Durand R, Hodges S, LaRock S, et al. The effect of skin-to-skin breast-feeding in the immediate recovery period on newborn thermoregulation and blood glucose values. *Neonatal Intensive Care* 1997; March-April:23-29.
13. Heck LJ, Erenberg A. Serum glucose levels in term neonates during the first 48 hours of life. *J Pediatr* 1987; 110:119-122.
14. Hawdon JM. Neonatal hypoglycemia: The consequences of admission to the special care nursery. *Child Health* 1993; Feb:48-51.
15. Hawdon JM, Ward Platt MP, Aynsley-Green A. Neonatal hypoglycemia – blood glucose monitoring and infant feeding. *Midwifery* 1993; 9:3-6.
16. Schwartz RP. Neonatal hypoglycemia: How low is too low? Editorial. *J Pediatr* 1997; 131:171-173.
17. Cornblath M, Schwartz R, Aynsley-Green A, Lloyd JK. Hypoglycemia in infancy: The need for a rational definition. *Pediatrics* 1990; 85:834-837.
18. Williams, Anthony F Hypoglycaemia of the newborn: Review of the literature. World Health Organization, Geneva, 1997; 56 pags. (www.who.int/)

chd/publications/imci/bf/hyp
oglyc/hypoclyc.htm).

19. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-1039.

Publicado con autorización de la Academia de Medicina de la Lactancia

Ciencia

Tabaquismo pasivo y otros factores de riesgo en las afecciones respiratorias de vías bajas en los lactantes.

Galve Royo F, García Vera C, Rubio Sevillano FJ, Peñascal Pujol E, Jiménez Hereza JM, Martínez Burgui JA. Aten Primaria 1998;22:46-51

De todos los niños (309) nacidos en 1993 y visitados regularmente en un centro de salud de Teruel, se excluyó a 69 por prematuridad, bajo peso o datos incompletos.

De los 240 niños incluidos, el 37 % sufrieron durante el primer año afecciones respiratorias de vías bajas (definidas como síntomas respiratorios y cualquier ruido pulmonar a la auscultación, o disminución del murmullo vesicular, con o sin fiebre). El 86 % tomaron lactancia materna alguna vez, y el 44 % tomaban lactancia materna o mixta a los 5 meses. En el 47 % había tabaquismo pasivo (al menos uno de los padres fumaba más de 10 cigarrillos al día).

Se identificaron como factores de riesgo estadísticamente significativos el tabaquismo pasivo, el tener hermanos mayores, el sexo masculino y la lactancia materna inferior a 5 meses.

Efecto de los suplementos de calcio en la mineralización ósea de niños de Gambia acostumbrados a una dieta con poco calcio

Dibba B, Prentice A, Ceesay M, Stirling DM, Cole TJ, Poskitt EME. Effect of calcium supplementation on bone mineral accretion in gambian children accustomed to a low-calcium diet. Am J Clin Nutr 2000;71:544-9

Existe un gran debate sobre la cantidad de calcio que necesita un niño en crecimiento para alcanzar una masa ósea máxima. En este estudio, 160 niños y niñas de 8 a 12 años fueron asignados al azar a recibir 1000 mg al día de carbonato cálcico en pastillas o un placebo de idéntica apariencia. La ingesta habitual de calcio en la dieta era la habitual en aquella zona, 338 mg/día; aproximadamente un tercio de la ingesta recomendada en Inglaterra o los Estados Unidos. Los niños tomaban el suplemento 5 días por semana, bajo supervisión directa, y si se saltaban alguna dosis la recuperaban el fin de semana.

Tras un año de suplementación, ambos grupos mostraron un aumento del contenido mineral óseo, la anchura ósea y la densidad mineral ósea. El aumento del contenido mineral óseo y de la densidad fueron significativamente mayores (5-7 %) en el grupo suplementado. La anchura ósea, sin embargo, tendía a ser menor (pero no significativamente) en el grupo suplementado. No hubo diferencias en peso, talla o estadio puberal. En el grupo suplementado, la osteocalcina en plasma era significativamente menor.

Se produjo, pues, un aumento en la concentración de calcio en el hueso, peor no un crecimiento de los huesos, a diferencia de otros estudios en que se han usado suplementos de leche o de sales

cálcicas obtenidas de la leche y en los que sí se ha observado un mayor crecimiento óseo. La explicación podría ser una deficiencia de otros nutrientes distintos del calcio.

Del mismo modo, la disminución de la osteocalcina plasmática indica que el aumento de densidad ósea se debe a falta de reabsorción, pero que la formación de hueso también disminuye; se desconoce qué efectos puede tener esto a largo plazo. En cambio, otro estudio que usaba suplementos de leche no observó esta disminución de la osteocalcina, lo que parece indicar que las distintas sales de calcio tienen distinto efecto.

En otros estudios en poblaciones con alta ingesta de calcio, en que los niños no suplementados ya tomaban tanto calcio como los niños suplementados en este estudio, la adición de mayores suplementos de calcio produjo incrementos similares de densidad ósea. Los niños que toman muy poco calcio no responden más a los suplementos que los que ya toman mucho. Por tanto, no se puede hablar de un déficit de calcio que se haya corregido con el suplemento, sino más bien de que la remodelación del hueso disminuye de forma lineal a medida que aumenta la ingesta de calcio. Se desconoce qué nivel de remodelación ósea, y por tanto de ingesta de calcio, es el más adecuado. Los autores prometen continuar el estudio a largo plazo para intentar dar con la respuesta.

Tipo de lactancia y crecimiento de un grupo de niños norteamericanos de 4 a 71 meses de edad: análisis del tercer Estudio Nacional de Salud y Nutrición, 1988-1994

Hediger ML, Overpeck MD, Ruan WJ, Troendle JF. *Early infant feeding and growth status of US-born infants and children aged 4-71 mo: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1998-1994. Am J Clin Nutr* 2000;72:159-67

El crecimiento de los lactantes amamantados no se ajusta a las gráficas norteamericanas (NCHS), lo que se atribuye a que tales gráficas se basan mayoritariamente en el crecimiento de niños con lactancia artificial. Pero, por otra parte, se trata de datos antiguos, recogidos entre 1929 y 1975, cuando la composición de la leche artificial era distinta a la actual. El presente estudio intenta aclarar si existe una diferencia en el crecimiento según el tipo de lactancia.

Estudiaron transversalmente entre 1988 y 1994 a 7.736 niños menores de 71 meses. Es decir, no se siguió a los niños durante 6 años, sino que se midió una sola vez a niños de distintas edades. Los datos de lactancia se obtuvieron de forma retrospectiva. Tras excluir a los muy prematuros (menos de 33 semanas de gestación), los gemelos y los que tenían datos incompletos, la muestra analizada fue de 5.594 niños; de los cuales el 73 % eran blancos no hispanos, el 17 % negros no hispanos, y el 10 % mexicano-americanos (se excluyeron otras etnias minoritarias).

Según el tipo de lactancia, se clasificaron en cuatro grupos: nunca tomaron el pecho (45 %); tomaron el pecho pero fueron destetados completamente antes de los 4 meses (24 %); tomaron el pecho pero consumían diariamente leche artificial u otros alimentos antes de los cuatro meses (10 %), o tomaron sólo pecho al menos 4 meses (21 %). Este último grupo no es exactamente de lactancia materna ex-

clusiva, pues incluye a los que tomaban ocasionalmente leche u otros alimentos, pero no cada día.

Los niños del último grupo, con lactancia casi exclusiva de al menos 4 meses, tenían un peso significativamente inferior (unos 200 g) a los otros grupos entre los 8 y los 11 meses; pero la diferencia desaparecía posteriormente.

Un 16 % de los niños tomaba sólo pecho (es decir, sin otra leche, pero sí con otros alimentos) a los 6 meses, y un 5 % a los 12 meses. Los autores no dan datos separados sobre el crecimiento de estos niños.

Cambio de conceptos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante: implicaciones para el entorno y la posición del lactante para dormir

Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. Pediatrics 2000;105: 650-656

Desde que en 1992 la Academia Americana de Pediatría recomendó que los bebés durmieran boca arriba, el porcentaje de bebés que duermen boca abajo en USA ha bajado del 70 al 20%, y paralelamente la incidencia de muerte súbita del lactante ha disminuido de 1,4 a 0,8 por mil nacidos vivos.

Se insiste en que los bebés duerman boca arriba, sobre superficies firmes (evitar colchones de agua, sofás, superficies blandas, almohadas, edredones, peluches...) Para el desarrollo psicomotor conviene que pasen algún tiempo boca abajo, despiertos y bajo vigilancia. Evitar el sobrecalentamiento y el exceso de ropa. No se ha demostrado la eficacia de los monitores de apneas. Dormir con los niños

puede ser peligroso si no se toman precauciones:

«Si una madre decide tener al niño durmiendo en su cama para darle lactancia materna, hay que asegurarse de cumplir las recomendaciones mencionadas (evitar la posición en decúbito prono, evitar las superficies blandas o las cubiertas laxas y evitar el atrapamiento, alejando la cama de la pared y otros muebles, evitando también camas que presenten riesgo de atrapamiento)».

«Los adultos (aparte de los padres), niños y otros hermanos deben evitar el compartir la cama con un lactante».

«Los padres que eligen dormir con sus hijos lactantes no deben fumar ni utilizar sustancias como alcohol o fármacos que dificulten el despertar».

«Se acepta que en una proporción significativa de la población se practica el colecho entre madre y lactante para facilitar la lactancia materna, y que la presencia del padre en la cama es habitual. El consenso del Grupo de Trabajo es que no hay suficientes datos para concluir que el colecho bajo condiciones cuidadosamente controlada sea claramente peligroso o claramente seguro».

Bebés que duermen con sus padres: estudio de casos y controles sobre los factores que influyen en el riesgo del síndrome de la muerte súbita del lactante

Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, Berry PJ, Golding J, the CESDI SUDI research group. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. Br Med J 1999;319:1457-62

El primer factor de riesgo para la muerte súbita del lactante es el

dormir en decúbito prono (boca abajo); y aquellos países en que se han hecho campañas para que los bebés duerman boca arriba han observado reducciones de la mortalidad a menos de la mitad.

El posible riesgo de dormir en la cama de los padres es controvertido; algunos estudios encuentran que el riesgo de muerte súbita aumenta cuando la madre fuma y duerme con su hijo; mientras que en algunas poblaciones (Japón, Hong Kong o emigrantes asiáticos en Gran Bretaña) en las que dormir con los padres es lo habitual la incidencia de muerte súbita del lactante es muy baja.

El presente estudio se realizó en Inglaterra, después de la reducción de mortalidad. Se recogieron todos los casos de muerte inesperada de lactantes de 7 a 364 días de edad en una región de Inglaterra (17,7 millones de habitantes). En 3 años (1993-1996) fallecieron inesperadamente 456 lactantes, de los cuales 363 fueron clasificados como víctimas del síndrome de la muerte súbita del lactante, y 325 fueron incluidos en el estudio. Cada familia fue visitada a los pocos días de la muerte, y de nuevo antes de dos semanas para llenar un cuestionario detallado. Se pidió al «health visitor» (especie de enfermera que visita a los niños en su domicilio) de cada caso que identificase entre sus pacientes a cuatro controles, dos bebés nacidos en las dos semanas anteriores y otros dos en las dos semanas posteriores al fallecido; lo que hace un total de 1300 controles. Las familias de los controles fueron visitadas antes de una semana del fallecimiento de cada caso; se les pasó el cuestionario y se identificó, en las 24 horas previas a la entrevista, un periodo de sueño de referencia, correspon-

diente a la hora del día en que falleció el caso.

El grupo control por sí solo nos ofrece interesantes datos sociológicos. Se preguntaba a los padres dónde dormía el bebé habitualmente, y dónde había dormido en el periodo de referencia. El 63 % respondieron que el bebé solía dormir en la habitación de los padres, pero en su propia cuna; el 32 % en otra habitación; el 6 % en la cama de los padres. Pero en el periodo de referencia, las cifras cambiaban: 39 % en su cuna en la habitación paterna, 32 % en otra habitación, 29 % en la cama de los padres (al menos una parte del periodo). Es decir, al preguntar «¿duerme el niño con ustedes?», sólo contestan «sí» el 6 %, pero al preguntar «¿dormió con ustedes el lunes pasado?» las «confesiones» se elevan al 29 %. Como si los padres se sintieran obligados a ocultarlo.

En el análisis multivarianza (tras ajustar por múltiples factores), y comparando con dormir en la habitación de los padres pero en la propia cuna, el dormir en habitación separada tenía un riesgo mayor (OR 10,5), y el ser encontrado en la cama de los padres también (OR 9,8); pero el dormir un rato en la cama de los padres y luego ser colocado en la cuna no tenía mayor riesgo (OR 0,67). El riesgo más alto (casi 50) se asociaba a dormir con uno de los padres en un sofá.

El riesgo asociado a dormir con los padres no era significativo después de las 14 semanas, ni tampoco cuando los padres no fumaban (no fumadores, duerme separado, OR 1; no fumadores, duerme con los padres, OR 1,08; al menos un padre fumador, duerme separado, OR 5,34; un padre fumador, duerme con los padres, OR 12,35). Es decir, sacar al niño de la cama

pero seguir fumando disminuye el riesgo, pero no lo elimina; es mejor dejar de fumar, y entonces el riesgo del colecho es nulo.

El riesgo asociado a dormir con los padres toda la noche se asociaba con el consumo de alcohol, el agotamiento extremo de los padres (haber dormido menos de 4 horas en la noche anterior), el hacinamiento y que el bebé estuviera cubierto con un edredón; al ajustar por estos factores, el riesgo dejaba de ser significativo (incluso aunque fumasen).

Conclusiones de los autores: durante los primeras 14 semanas, evitar dormir con el niño durante toda la noche cuando uno de los padres fuma (pero no hay riesgo si el niño mama en la cama de sus padres y luego se le vuelve a poner en la cuna). Jamás dormir con un bebé en un sofá. No poner la cuna en una habitación separada de la de los padres.

El cuidado de los niños en las sociedades no industrializadas

Nelson EAS, Schiefenboevel S, Haimertl F. Child care practices in non-industrialized societies. Pediatrics 2000;105 URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e75>

El Archivo del Área de Relaciones Sociales (Human Relations Area Files) es una organización internacional que agrupa a universidades y centros de investigación en más de 30 países. Recopila información antropológica (libros y artículos publicados y documentos no publicados) que abarcan casi un millón de páginas sobre 400 culturas pasadas y presentes. Los documentos relativos a 60 culturas, representativas de los cinco continentes, han sido incluidos en una base de datos electrónica, que con-

tiene 200.000 páginas de información.

Los investigadores buscaron distintos aspectos del cuidado de los lactantes en esa base de datos (muchos datos no constaban en todas las culturas). En 25 de las 29 culturas para las que existía este dato, los niños dormían con la madre o con ambos padres. En 30 de 30 eran transportados a espaldas de su madre. En ninguna, entre las 27 en que constaba el dato, dormía el bebé por la noche en una habitación separada, y sólo en una de 24 estaba en una habitación separada durante el día. En 28 de 29, el lactante estaba constantemente con otra persona o vigilado. En 48 de 48 se amamantaba a los niños, siempre a demanda; en 35 de los casos había datos sobre la edad habitual del destete: antes del año en dos culturas, entre un año y dos en 7, entre 2 y 3 en 14, y más de 3 años en 12.

Lactancia materna y parto gemelar

Rozas MR, Costa J, Cambredó MV, Colomé N, Bravo MT, Grau M. *Aten Primaria* 2000;26:224-230

Entre 1994 y 1997 nacieron en el hospital de Sabadell 72 pares de gemelos, de los que 64 iniciaron lactancia materna (37 exclusiva y 27 mixta). La duración media de la lactancia fue de 102 días (rango entre 5 y 600 días). El 87,5 % de los que iniciaban la lactancia continuaban al mes, el 53 % a los 2 meses, el 26,5 % a los 4 meses y el 12,5 % a los 6 meses.

Nu hubo diferencias significativas en el inicio ni en la duración de la lactancia según la paridad, tipo de parto (normal o cesárea), edad gestacional, ingreso del recién nacido, trabajo de la madre, nivel de estudios, experiencia previa en lactancia o existencia de ayuda

doméstica. El haber recibido asesoramiento previo sobre lactancia de la matrona o la enfermera se asociaba con un aumento significativo del inicio de la lactancia, pero no de su duración.

Concentración materna de hemoglobina y peso al nacer

Steer PJ. *Maternal hemoglobin concentration and birth weight. Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):1285S-7S

Las mujeres tienen un mayor riesgo de déficit de hierro debido a sus pérdidas menstruales. Durante el embarazo, las necesidades de hierro aumentan, (1-2,5 mg al día al comienzo; 6,5 mg diarios en el tercer trimestre). La dieta media en los países desarrollados contiene 10 a 14 mg de hierro inorgánico, pero no todo se absorbe; la absorción aumenta progresivamente desde el 7 % en la semana 12 de gestación hasta el 36 % en la semana 24 y el 66 % en la semana 36.

El nivel de hemoglobina no basta para diagnosticar la anemia en una embarazada, pues disminuye por el aumento del volumen plasmático, a pesar de que la cantidad total de hemoglobina en la sangre aumenta de hecho. Este efecto es mayor en mujeres con fetos grandes o con gestaciones múltiples. La ferritina tampoco es útil, pues desciende siempre durante la gestación. Como el volumen corpuscular no se afecta durante el embarazo, la hemoglobina inferior a 9,5 g/dL, junto con un volumen corpuscular inferior a 84 fL probablemente indican déficit de hierro. La anemia importante (hemoglobina inferior a 8 g/dL) se asocia con un menor peso al nacer (por un menor crecimiento y por aumento de partos prematuros); pero la concentración excesiva de hemoglobina, que refleja un aumento insufi-

ciente del volumen plasmático, tiene el mismo efecto. El nivel de hemoglobina superior a 12 g/dL al final del segundo trimestre se asocia con un riesgo tres veces mayor de preeclampsia y de retraso del crecimiento intrauterino.

En un estudio sobre 150.000 nacimientos en Londres, las incidencias más bajas de bajo peso al nacer y de parto prematuro se asociaban con una concentración de hemoglobina de 9,5 a 10,5 g/dL (nivel más bajo alcanzado durante el embarazo, habitualmente hacia la semana 28). Estas cifras se habían considerado indicativas de anemia; pero si el volumen corpuscular se mantiene por encima de 85 fL, deben considerarse óptimas, y no es preciso administrar hierro a este grupo de embarazadas.

Aumento de peso durante el embarazo: persiste la controversia

Abrams B, Altman SL, Pickett KE. *Pregnancy weight gain: still controversial. Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):1233S-41S

Durante años, se recomendó limitar estrictamente el aumento de peso de las embarazadas; pero ya en 1970 se señaló que ello se asociaba con un mayor riesgo de bajo peso al nacer.

En 1990, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó unas recomendaciones revisadas sobre el aumento de peso deseable durante el embarazo, en función del peso previo de la mujer (expresado como índice de masa corporal, IMC, peso / altura al cuadrado):

IMC (kg/m ²)	Aumento de peso
Bajo (< 19,8)	12,5 - 18 kg

Normal (19,8 - 26)

Alto (26 - 29) 7 - 11,5 kg

Es decir, el aumento mínimo de peso para madres de peso normal sería de 11,5 kilos. Las adolescentes, las mujeres de raza negra y las que tienen un embarazo gemelar deberían aumentar cerca del máximo recomendado. Las obesas (IMC > 29) deberían aumentar como mínimo 6 kg.

Este artículo revisa los estudios publicados sobre la relación entre el aumento de peso y la salud de la madre y del hijo.

El aumento de peso dentro de las recomendaciones se asocia con el mejor resultado para la madre y el hijo. Un aumento inferior al recomendado se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro y de bajo peso para la edad gestacional. El aumento excesivo durante la gestación se asocia con una mayor incidencia de macrosomía, y por tanto de cesárea. No se encontró ninguna prueba de que restringir el aumento de peso durante el embarazo sea inocuo o beneficioso.

Método canguro simultáneo para trillizos

Swinth JY, Nelson LE, Hadeed A, Anderson GC. Shared kangaroo care for triplets. Am J Matern Child Nurs 2000;25:214-6

Cuando se aplica a gemelos prematuros, el método canguro puede ser simultáneo (ambos gemelos están en contacto con una persona al mismo tiempo); sucesivo, si se turnan, o separado, cuando cada gemelo está con una persona, habitualmente el padre y la madre.

En este caso, tres trillizos de 35 semanas de edad gestacional y pesos de 1300, 1700 y 1900 gramos practicaron el método canguro a partir del sexto día de edad. Se optó por el canguro simultáneo

ante la preocupación expresada por la madre (que tenía otros cuatro hijos mayores) de no poder quererlos y atenderlos a todos por igual.

Tras diez minutos de contacto, la madre, que previamente había estado ansiosa y dubitativa, musitó: «Puedo hacerlo... Puedo quererlos a los tres a la vez. Es increíble». Los cuatro se quedaron dormidos durante tres horas. En sucesivas sesiones cambiaban de orden a los bebés, para que todos ellos pudieran experimentar la sensación de estar en medio. Los niños parecían disfrutar del contacto mutuo, por lo que permanecieron en lo sucesivo en la misma cuna («cobedding»), lo que se ha comprobado muy beneficioso para los gemelos prematuros (menor actividad motriz, sueño prolongado, temperatura más estable, conservación de la energía, sincronización del sueño y la vigilia).

Los autores comentan que empezaron el canguro demasiado tarde, porque la distribución física de los monitores y la longitud de los cables lo impidieron hasta que los niños pasaron a cuidados intermedios. Retrospectivamente, sugieren que hubiera sido mejor empezar antes haciendo turnos de dos en dos, a ser posible mientras el tercero estaba en contacto con otro familiar.

ACPAM no acepta aportaciones en dinero ni en especie de fabricantes o distribuidores de alimentos infantiles, chupetes, biberones, sacalaches u otros productos relacionados con la lactancia.

Publicación semestral

Depósito Legal B-11.291-2000

Edita

ACPAM

c/ Benet Mercadé 9, bajos
08012 Barcelona

tel. y fax 93-217 05 22

(martes y jueves de 10 a 14 horas)

acpam@menta.net

Esperamos vuestras colaboraciones.

Este boletín es posible gracias a la generosa aportación de los socios y amigos de ACPAM y al trabajo de sus voluntarios.