AULA DE PUERPERIO Y CRIANZA

U.G.C. MEDICINA MATERNOFETAL, GENÉTICA Y REPRODUCCIÓN

HOSPITAL DE LA MUJER

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

2018

AULA DE PUERPERIO Y CRIANZA.

U.G.C. MEDICINA MATERNOFETAL, GENÉTICA Y REPRODUCCIÓN. HOSPITAL DE LA MUJER.

UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

2018

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Cita sugerida: Candau Cáceres S, Vallejo Sánchez R, Sánchez Pérez R. Editores. Aula de Puerperio y Crianza. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2018.

Fecha de edición: 19 de Marzo 2018

Edita: Candau Cáceres, Sacramento; Vallejo Sánchez, M. Rosario; Sánchez Pérez, Rebeca. HU Virgen del Rocío. Unidad Docente de Matronas del HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

2108 HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013.

http://www.sas.junta-andalucia.es/

ISBN: 978-84-09-00842-1

Editores:

- Candau Cáceres, Sacramento (Matrona, Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas del HUVR, Sevilla).
- Vallejo Sánchez, Mª Rosario (Matrona y Tutora de la Unidad Docente de Matronas del HUVR, Sevilla).
- Sánchez Pérez, Rebeca. Matrona residente. HUVR, Sevilla.

Autores:

- Antiñolo Gil, Guillermo. Ginecológo. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.
- Ruiz López, Mª Angeles. Enfermera. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.
- Jalón Neira, Marina. Matrona. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.
- López García, Beatriz. Matrona. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.
- Carranza Pérez, Belén. Enfermera. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.
- Arenilla Vélez, Isabel. Enfermera. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.
- Pérez de Aliaga, Rosalía. Enfermera. UGC Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción. Hospital de la Mujer, HUVR, Sevilla.

Evaluadores externos:

- Asociación Andaluza de Matronas.

Este Proyecto ha sido aprobado por la Comisión Central de Calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Declaración de interés: ninguno de los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en la revisión externa, han declarado conflicto de interés para la realización de este Proyecto del Aula de Puerperio y Crianza.

Este Proyecto del Aula de Puerperio y Crianza ha sido realizado por iniciativa de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Maternofetal, Genética y Reproducción, y de la Unidad Docente de Matronas del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN…….8
2. JUSTIFICACIÓN……..8
3. OBJETIVOS……..9
4. METODOLOGÍA……..10
5. PLANIFICACIÓN……12
6. EVALUACIÓN……..15
7. ANEXOS……17
   - ANEXO 1: "GUIA DE ACTUACIÓN EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO"……18
   - ANEXO 2:"HOJA DE VALORACIÓN"……86
   - ANEXO 3: "ENCUESTA DE SATISFACCIÓN……87
   - ANEXO 4. INDICADORES……88
8. BIBLIOGRAFÍA……89

1. INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar a la mujer paulatinamente a las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido.

Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de expulsivo hasta 45-60 días del postparto. En este tiempo hay un proceso adaptativo de la mujer y su pareja a los nuevos cambios, tanto fisiológicos como psicológicos y a la nueva etapa que comienza con la llegada del recién nacido.

Es justo en este periodo cuando empiezan a surgir dudas que no se habían planteado durante el embarazo, por lo que es muy importante el apoyo del profesional sanitario y los conocimientos que este pueda aportar, afianzar y reforzar para una mejor adaptación de la mujer a esta nueva etapa.

El Hospital de la Mujer tiene la gran oportunidad y responsabilidad de ayudar a las madres a mejorar su adaptación física, psíquica, y social en el puerperio y lograr una feliz y prolongada lactancia materna.

Dentro de la atención al parto de bajo riesgo, no podemos olvidar a la puérpera durante su estancia hospitalaria, ya que de su buena adaptación al rol de madre va a depender la correcta finalización del proceso del parto.

2. JUSTIFICACIÓN

Una de las armas de prevención más poderosas en la búsqueda del bienestar y la salud es la educación.

El Sistema Sanitario de Andalucía ofrece asesoramiento en Atención Primaria mediante los programas de Educación Maternal desarrollados por la Matrona del Centro de Salud o través del Programa de Niño Sano. A pesar de la existencia de dichos programas, estos no cubren la demanda que surge durante el puerperio inmediato para los cuidados y adaptación de los padres ante el nacimiento del recién nacido. Por lo tanto, los profesionales del Hospital

Universitario Virgen del Rocío (HUVR), tiene la gran oportunidad y responsabilidad de ayudar a los padres a mejorar la adaptación física, psíquica, y social de la mujer en este período.

Los profesionales sanitarios queremos fomentar un cuidado holístico a la mujer, a la familia, término que por supuesto lleva implícito una educación que no termina cuando la mujer acaba su periodo en el centro de salud, sino que debe ser un proceso continuo.

El Aula de Puerperio y Crianza, se encuadra en un momento determinado en la vivencia de la mujer y su familia: el período de tiempo inmediato al nacimiento del RN en el que surgen las primeras inquietudes en torno al buen hacer en el cuidado del bebe y el autocuidado y bienestar de la madre. Además, se sitúa en el medio en el que ocurre el nacimiento, el hospital.

Se pretende crear un espacio en el que la mujer y la familia resuelva todas sus dudas, siempre en un clima de confianza entre familia y profesionales, y en el que se consiga entregarles las claves para manejar este proceso que supone un cambio tan grande en sus vidas.

El objetivo es empoderar a la mujer, en este momento de su vida llena de cambios, novedades y descubrimientos, y ofrecerle recursos y claves que podrán utilizar en ese mismo instante y posteriormente.

3. OBJETIVOS

Con el fin de mejorar el bienestar de padres e hijos y aumentar la seguridad y confianza de los padres en el cuidado de los hijos, en el Aula de Puerperio y Crianza se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes sobre los autocuidados maternos y cuidados del RN, de la mujer y la familia que asisten al Aula de Puerperio y Crianza durante el ingreso hospitalario.
- Unificar la información que se les ofrece a los padres por parte de los profesionales.

Objetivos específicos:

- Mejorar el bienestar de padres e hijos.
- Aumentar la seguridad y confianza de los padres en el cuidado de los hijos.
- Ofrecer conocimientos, habilidades y actitudes sobre autocuidados maternos y cuidados del RN.
- Ofrecer estrategias a los padres para mejorar la comunicación y facilitar la incorporación del nuevo miembro de la familia.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario.
- Fomentar la lactancia materna e informar sobre alternativas.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales.

4. METODOLOGÍA

El Aula de puerperio pretende ser una estrategia de intervención que promueva comportamientos saludables, resuelva dudas, y facilite la adaptación a la nueva situación de la mujer y su pareja, en el medio hospitalario en el que comienza la maternidad. La educación para la maternidad tiene efecto positivo con relación a la satisfacción materna con el proceso, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y los cuidados postparto de la mujer y los del recién nacido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres hospitalizadas en las plantas de puerperio del HUVR, tras parto/cesárea de recién nacido sano.
- Mujeres hospitalizadas en las plantas de puerperio del HUVR, tras parto/cesárea de recién nacido que precise cuidados en el Servicio de Neonatología.
- Mujeres hospitalizadas en las plantas de puerperio del HUVR, tras parto/cesárea en el que haya acontecido muerte antenatal o perinatal.
- Mujeres, que desee acudir para recibir apoyo educativo en el puerperio precoz (7-10 días) tras alta a domicilio, desde el HUVR.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres en período de gestación ingresadas en las plantas de maternidad del HUVR.
- Mujeres en el puerperio precoz cuyo parto no haya sido atendido en el HUVR.

POBLACIÓN DIANA

La población objeto de nuestra atención son las mujeres que están ingresadas en las plantas de hospitalización de puerperio en el Hospital de la Mujer (HUVR), de Sevilla, tras el nacimiento de su hijo/a.

Los usuarios se agrupan de la siguiente manera:

Clientes internos: Los integrados dentro de la UGC:

- Mujeres y sus recién nacidos ingresados en el HUVR.
- Mujeres que tienen a sus RN ingresados en Unidad de Neonatología del Hospital.
- Mujeres, ingresadas en el puerperio que se encuentren en duelo perinatal por fallecimiento fetal-neonatal.
- Familiares y cuidadores principales de los pacientes.

Clientes externos:

- Puérperas, RN y sus familiares que acuden al Aula de Puerperio y Crianza tras el alta hospitalaria desde sus domicilios.
- Estudiantes en formación: Enfermería.

Se plantea la realización de sesiones educativas dirigidas a la puérpera hospitalizada en el HUVR. Las sesiones se estructuran en tres bloques que trataran del puerperio, recién nacido y lactancia. La metodología usada es exposición de los temas más relevantes con demostraciones sencillas y prácticas, y resolución de casos, sobre los diferentes problemas o dudas que tengan los asistentes. Entendemos que esta estrategia resulta adecuada en las situaciones en las que existen déficits de conocimientos básicos. Las actividades educativas grupales podrán ser llevadas a cabo con una o varias mujeres (si asi lo desean). Se realizarán diariamente y se dirigirán a todas las madres que lo deseen. Las madres podrán ir acompañadas de sus hijos y sus parejas y se les explicará todo lo relativo a lactancia materna, cuidados del puerperio y cuidados del RN.

RECURSOS

- HUMANOS
    - Los docentes del Aula de Puerperio serán las matronas y los residentes en Enfermería Obstétrico-Ginecológica de segundo y primer año de formación del

HUVR. Se llevará a cabo diariamente de lunes a viernes, en horario de 8 a 15 horas en el aula de la 2ª planta del Hospital de la Mujer.

- MATERIALES:
  - El espacio físico donde se desarrollarán estas actividades será el Aula de Puerperio y Crianza, situado en el pasillo central de la 2ª planta del Hospital de la Mujer en el HUVR.
  - Los recursos materiales necesarios serán la sala indicada con sillas confortables, un ordenador con altavoces, muñeco RN simulado, material apoyo a la lactancia.
  - Se requerirá de encuestas de satisfacción que servirán de evaluación de la sesión impartida.

5. PLANIFICACIÓN

Para la captación de puérperas se establece el siguiente sistema: diariamente, la matrona del Aula de Puerperio y Crianza visita a los profesionales de las plantas de hospitalización de Puerperio del HUVR, para conocer el número de mujeres ingresadas, susceptibles de recibir la atención educativa. Se valora en conjunto la existencia de alguna puérpera con necesidades concretas de especial dificultad que requiera una atención mas personal y una adecuación de la sesión educativa.

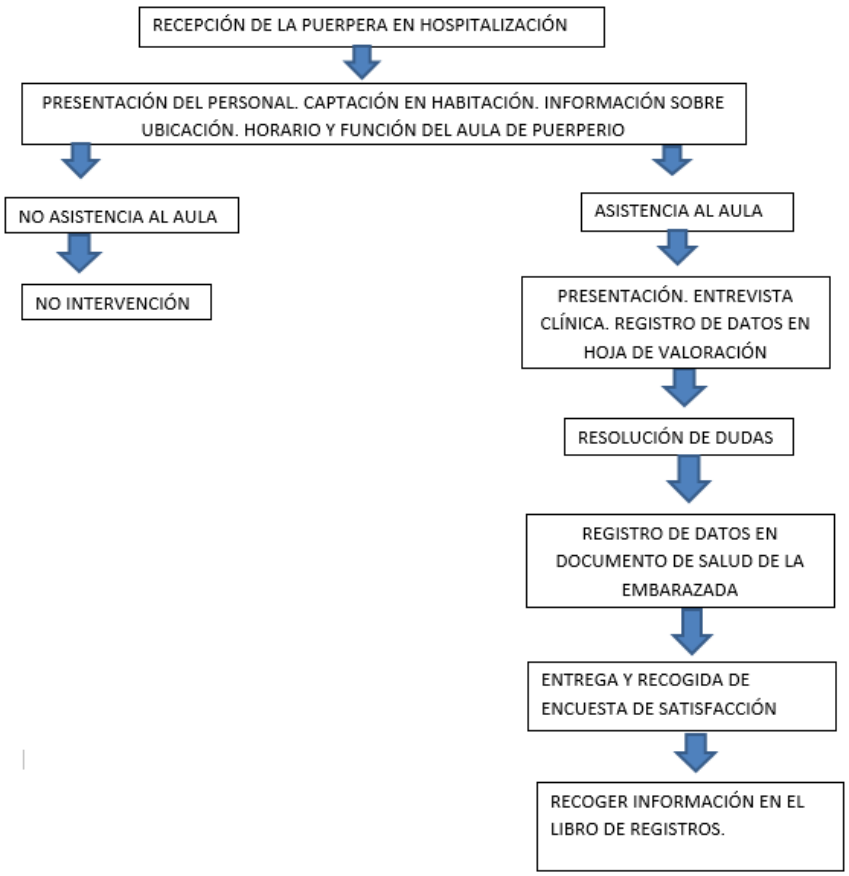
En cualquier caso, la matrona realiza la captación en la habitación de la mujer y tras la presentación del profesional, se informa del horario, localización y función del Aula de Puerperio y Crianza, y de la posibilidad de acudir sola o acompañada del familiar que desee, asi como de su recién nacido. Si está interesada, se rellena una hoja de valoración (ANEXO 2) en base a la cual se dirige la actividad educativa.

En los casos en los que se deba hacer la sesión en la habitación de hospitalización, se concretará el horario con la mujer. Estos son: muerte fetal, e imposibilidad de desplazamiento de la mujer al aula por situación física, psíquica o social.

La sesión educativa, ya sea en el Aula o en la habitación se divide en 3 grandes bloques: cuidados maternos, cuidados del recién nacido y lactancia materna, haciendo más hincapié en los temas en los que manifieste mayor preocupación.

Se utilizará un lenguaje claro y adaptado al grupo. La asistencia comenzará con una breve introducción por parte de la matrona acerca de los cambios físicos, y psicológicos que se producen en el puerperio. Posteriormente se procederá a la resolución de problemas planteados por la paciente, enlazando la información con otros aspectos de Educación Sanitaria en el puerperio (autocuidado materno, cuidados del RN, lactancia materna y artificial). Concluirá con un resumen final y se concederá un tiempo para el diálogo y la resolución de dudas. Los contenidos se actualizarán cada año y están especificados en Anexo 1.

Tras la sesión se procede a rellenar el DSE y el módulo de cuidados de Diraya, asi como el libro de registro de la actividad. Al finalizar se hace entrega de una encuesta de satisfacción (Anexo 3) como método de evaluación del servicio.



Las sesiones educativas incluirán contenidos relacionados con los cuidados dirigidos a la madre, al recién nacido, así como los aspectos principales relacionados con la lactancia materna. En concreto, los bloques temáticos que integrarán las sesiones serán los siguientes:

1. Concepto de puerperio.
2. Cambios fisiológicos en la puérpera.
    - 2.1 Cambios locales.
    - 2.2 Cambios generales.
3. Autocuidados maternos durante el puerperio.
    - 3.1 Alimentación.
    - 3.2 Higiene y vestido.
    - 3.3 Actividad física.
    - 3.4 Medicina preventiva.
    - 3.5 Trámites oficiales.
    - 3.6 Depresión postparto.
    - 3.7 Duelo por muerte perinatal (para casos concretos).
    - 3.8 Sexualidad y anticoncepción.
4. Cuidados del recién nacido.
    - 4.1 Atención en la sala de partos.
    - 4.2 Valoración inicial y cuidados.
    - 4.3 Características fisiológicas del recién nacido.
    - 4.4 Aseo y cuidados del recién nacido.
    - 4.5 Plan de prevención: metabolopatías, vacunación.
    - 4.6 Vínculos y lazos afectivos.
5. Lactancia materna.
    - 5.1 Beneficios de la lactancia materna.
    - 5.2 Anatomía y fisiología de la mama.
    - 5.3 Composición de la leche materna.
    - 5.4 El curso de la lactancia: Lactancia materna en el parto y postparto inmediato.
    - 5.5 Técnica de la lactancia.
    - 5.6 Confusión entre pezón y tetina.
    - 5.7 Técnica de extracción de leche materna.
    - 5.8 Conservación y administración de la leche materna.
    - 5.9 Valoración de una lactancia adecuada y eficaz.
    - 5.10 Lactancia materna en situaciones especiales.
    - 5.11 Afecciones de las mamas durante la lactancia.
    - 5.12 Donación de leche materna. Bancos de leche..
6. Lactancia artificial: una alternativa.
    - 6.1 Tipos de leche artificial.

6.2. Tipos de biberones y tetinas.

6.3. Correcta preparación del biberón.

El contenido específico de estos bloques temáticos los hemos desarrollado ampliamente dando lugar a la "**Guía de actuación en el Puerperio**", incluida en el Anexo 1 del presente documento.

6. EVALUACIÓN

La recogida sistemática de resultados de la medición de los indicadores y el resultado de las evaluaciones periódicas, así como los balances que sean útiles para la información de la marcha de las acciones de control de calidad, se recogerán en un cuadro de mando de manera periódica (cada 6 meses) que será mantenido y editado por el coordinador de la unidad.

El marco adecuado para la presentación y debate de estos resultados serán las sesiones de evaluación periódica, con los responsables del Proyecto, matronas y residentes de enfermería obstétrica ginecológica, que de forma periódica deben de mantenerse sobre el Aula de Puerperio y en la que se deben informar y dar cuenta a todos los implicados de los resultados y balances antes reseñados.

Hemos definido una serie de indicadores a los que se les ha confeccionado una ficha técnica (Anexo 4):

1. Prevalencia de asistencia al aula
2. Satisfacción sobre la asistencia recibida.
3. Prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta.

Estos indicadores, en principio, marcarán el control de calidad de la actividad de la matrona en el Aula de Puerperio y Crianza.

Con el fin de poder evaluar la satisfacción de los padres y la idoneidad de este programa de refuerzo en el puerperio hospitalario inmediato, tras cada sesión, se repartirá al usuario una encuesta. Las preguntas están distribuidas en 4 dimensiones: accesibilidad, equipamiento, organización del aula y competencia profesional. Se dan 5 opciones de

respuesta en una escala tipo Likert en la que 1 es la opción peor valorada y la 5, la mejor. Se incluyen también variables sociodemográficas y asistenciales.

La encuesta debe ser entregada en el aula, previa explicación de la misma y donde debe depositarla.

La encuesta se recoge en el Anexo 3.

7. ANEXOS

ANEXO 1: "GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL PUERPERIO"

INDICE DE CONTENIDOS

1. Concepto de puerperio.
2. Cambios fisiológicos en la puérpera.
    2.1. Cambios locales.
    2.2. Cambios generales.
3. Autocuidados maternos durante el puerperio.
    3.1. Alimentación.
    3.2. Higiene y vestido
    3.3. Actividad física.
    3.4. Medicina Preventiva.
    3.5. Trámites oficiales.
    3.6. Depresión postparto.
    3.7. Duelo por muerte perinatal.
    3.8. Sexualidad y anticoncepción.
4. Cuidados del recién nacido.
    4.1. Atención en la sala de partos.
    4.2. Valoración inicial y cuidados.
    4.3. Características fisiológicas del recién nacido.
    4.4. Aseo y cuidados del recién nacido.
    4.5. Plan de prevención de minusvalías.
    4.6. Vínculos y lazos afectivos.
5. Lactancia materna.
    5.1. Beneficios de la lactancia materna.
    5.2. Anatomía y fisiología de la mama.
    5.3. Composición de la leche materna.
    5.4. El curso de la lactancia: Lactancia materna en el parto y postparto inmediato..

5.5. Técnica de la lactancia.

5.6. Confusión entre pezón y tetina.

5.7. Técnica de extracción de leche materna.

5.8. Conservación y administración de la leche materna.

5.9. Valoración de una lactancia adecuada y eficaz.

5.10. Lactancia materna en situaciones especiales.

5.11. Afecciones de las mamas durante la lactancia.

5.12. Donación de leche materna. Bancos de leche.

6. Lactancia artificial: una alternativa.

6.1. Tipos de leche artificial.

6.2. Tipos de biberones y tetinas.

6.3. Correcta preparación del biberón

1. CONCEPTO DE PUERPERIO

Se entiende por puerperio al periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Su duración aproximada es de 6-8 semanas.
Cronológicamente, se divide en:

- Puerperio inmediato: Primeras 24 horas postparto.
- Puerperio clínico: Desde el final del puerperio inmediato hasta el alta hospitalaria.
- Puerperio tardío: Desde el final del puerperio clínico hasta la primera menstruación.

2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA PUÉRPERA

Tras el parto, se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con dos finalidades principales: retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia.

2. 1 Cambios locales

Involución uterina: Tras la expulsión placentaria, el útero se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales y se sitúa a nivel de la cicatriz umbilical. Al día siguiente el fondo uterino habrá ascendido por la formación de coágulos intrauterinos alcanzando o superando ligeramente el nivel del ombligo.

Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/día, alcanzando el nivel de la sínfisis del pubis en la segunda semana del puerperio. Hacia la sexta semana logra su tamaño definitivo, algo mayor que el previo al embarazo. Esta disminución del tamaño uterino se acompaña durante los 2-3 primeros días de contracciones uterinas dolorosas denominadas entuertos, más frecuentes en multíparas y durante la lactancia materna por el estímulo oxitócico. La palpación uterina debe dar sensación de firmeza, por el estado constante de contracción tónica que mantienen sus fibras musculares lisas.

Regeneración endometrial: Hacia el día 2-3 del postparto el endometrio o decidua se divide en una capa superficial que se necrosa y desprende formando parte de los loquios y otra capa profunda a partir de la cual se produce la regeneración. En la zona de implantación placentaria esta reparación es más lenta.

Loquios: Son exudados genitales del puerperio constituidos por sangre, decidua, restos epiteliales y microorganismos, en proporción variable: sanguinolentos y más abundantes al inicio (hasta 50-100 g/día los primeros 4-5 días) y progresivamente van disminuyendo y adquiriendo un aspecto exudativo blanco-amarillento. Su fuerte olor, sin llegar a ser maloliente, es muy característico. Persisten unas 2 semanas.

Involución cervical: Tras el parto, el cuello permanece fácilmente permeable a 2 dedos durante los primeros días, lo que ayuda a la evacuación de los loquios. Progresivamente recupera sus características de forma imperfecta, formándose desde el orificio cervical interno hacia el externo. La unión escamocolumnar retrocede, favoreciendo la displasia cervical.

Involución vulvovaginal: La vagina permanece edematosa y friable, pudiéndose desgarrar tras exploraciones no cuidadosas o si se practica el coito. Los restos del himen cicatrizan formando pequeñas excreciones fibrosas denominadas carúnculas mirtiformes. La episiotomía cicatriza en una semana.

Musculatura pélvica y abdominal. La sobredistensión a que es sometida durante el parto da lugar frecuentemente a desgarros musculares, hematomas perineales y diástasis de rectos. La recuperación de esta última es más rápida con el ejercicio y más lenta cuanta más cerca se encuentre del hueso pubiano.

2.2 Cambios generales

Temperatura: No debe sobrepasar los 38ºC en ausencia de infección, si bien existen 3 formas de elevación térmica inferior a 38ºC y pulso normal:

- Escalofrío fisiológico, que aparece en las dos horas siguientes al parto.
- Aguja febril hacia las 24 horas después del parto.
- Subida de leche, hacia el tercer día.

Cambios hemodinámicos: Existe tendencia a la bradicardia (60-70 lpm) y disminuye progresivamente el gasto cardiaco. La tensión arterial debe mantenerse en cifras normales.

Cambios hematológicos: Las pérdidas sanguíneas del parto y la reabsorción de líquidos intersticiales ocasionan una anemia por dilución en los primeros días postparto.
La cifra media de hemoglobina es de 12 g/dL y la del hematocrito del 35%. El percentil 5 se sitúa en 10 g/dL y 29% respectivamente. Estos niveles son, por lo general, bien tolerados por las puérperas. Tras el estrés del parto, se produce una leucocitosis de hasta 20-25.000 leucocitos/mL sin neutrofilia, que se normaliza a la semana. Debido a los procesos hemostáticos desencadenados durante el parto, desciende el recuento plaquetario y se activan los sistemas fibrinolíticos, pero se reestablecen en poco tiempo los principales factores de la coagulación. Hay tendencia a la hipercoagulabilidad, con aumento de los tiempos de coagulación y de los productos de degradación del fibrinógeno.

Peso: A los 5 kg perdidos tras el parto, se suma la pérdida de otros 2-3 kg durante el puerperio por la eliminación urinaria del líquido procedente del espacio extracelular acumulado durante el embarazo.

Sistema urinario: En las primeras horas el tono vesical se encuentra disminuido por la hiperdistensión del parto y los efectos de la anestesia epidural, con tendencia a la formación de globo vesical. Las lesiones periuretrales y los frecuentes sondajes vesicales durante el parto predisponen a la disuria y la cistitis. La filtración glomerular permanece durante los primeros días, alcanzándose diuresis de 3.000 cc/día.

Sistema digestivo: Se produce una rápida distensión intestinal tras la reducción del volumen uterino que favorece el estreñimiento y la aparición de espasmos cólicos por excitación del sistema parasimpático. Es frecuente que las hemorroides formadas durante el embarazo aumenten y se hagan dolorosas.

Sistema respiratorio: Se restablece la respiración abdomino-costal y desaparece la tendencia a la alcalosis respiratoria.

Sistema endocrino: Los niveles de estrógenos, progesterona, hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) disminuyen tras el parto y durante la lactancia materna se mantienen estos valores, ya que la prolactina (PRL) inhibe la secreción de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Con el destete, se restablece la función ovárica y la ovulación puede aparecer entre 1 y 3 meses después. Se produce una regresión del estado anabólico, aunque en los primeros días puede persistir todavía cierta tolerancia aumentada a la glucosa. El colesterol, los triglicéridos y las proteínas disminuyen rápidamente hasta alcanzar valores normales. Durante el embarazo, los estrógenos, la progesterona y la prolactina, actúan sobre el tejido mamario (*acinis* y conductos galactóforos) estimulando su maduración morfológica y bioquímica necesaria para la futura lactancia. Por otra parte, la progesterona participa en la prevención de la lactogénesis, y su disminución después del parto favorece su inicio. Las hormonas mencionadas actúan sobre el hipotálamo (factores liberadores e inhibidores) y activan el factor inhibidor de la prolactina (FIP). La succión del pezón induce la secreción de oxitocina por la hipófisis. La deprivación hormonal de estrógenos y progesterona así como la desaparición de la inhibición del FIP, aumenta la PRL para comenzar la lactancia.

Piel y mucosas: Las estrías cutáneas adquieren tonalidad nacarada. Las petequias faciales y subconjuntivales por los esfuerzos del parto desaparecen en pocos días. Las zonas de hiperpigmentación (areolas, línea alba, cloasma gravídico) palidecen lentamente.

3. AUTOCUIDADOS MATERNAS DURANTE EL PUERPERIO

3.1. Alimentación

El inicio de la dieta oral en el caso de parto vaginal, se producirá tras el postparto inmediato (2h) salvo que se presenten complicaciones, por ejemplo: náuseas, vómitos, inconsciencia, falta de recuperación de la anestesia, sangrado vaginal excesivo, etc. En caso de cesárea, será pasadas 24h de la realización de la intervención cuando se comenzará con dieta líquida si existe peristaltismo, y si la tolera se pasará a dieta blanda.

La puérpera debe seguir una dieta equilibrada, dicha dieta debe aportar proteínas, grasas, hidratos de carbono, agua (2l), vitaminas y sales minerales en cantidades suficientes (2500 - 2700 kcal/día).

También deberemos de tomar alimentos ricos en hierro como carnes rojas o berberechos para que nos ayuden a recuperarnos de la pérdida hemática sufrida durante el parto.

Si la mujer provee de lactancia materna al bebe deberá de aumentar el aporte calórico en 400-600 cal/día (sería suficiente con dos vasos de leche y una ensalada verde). Debe asegurarse un buen aporte de calcio (mínimo 500ml/día), los alimentos ricos en calcio son la leche y sus derivados (queso, yogur), frutos secos, verduras, etc. Igualmente, deberá tomar una dieta rica en fibra para prevenir el estreñimiento (alimentos con alto contenido en fibra: cereales integrales, legumbres, verduras, frutas, frutos secos), asegurando una buena ingesta de líquidos pero sin exagerar. El aporte de líquidos puede ser agua, leche, caldos, infusiones o zumos (para aliviar la sensación de sed, durante las tomas es recomendable tomar un vaso de líquido). Deberán evitarse las bebidas excitantes (té, café, cola), las bebidas alcohólicas y otras drogas porque pasan a la leche materna. Así como el tabaco, porque la nicotina puede producir diarrea, vómitos y excitación en él bebe. No existen alimentos prohibidos durante la lactancia, todos los alimentos dan cierto sabor a la leche. Es posible que algunos como los espárragos, cebolla, puerro, alcachofas, col, apio, espinacas, ajo, etc. den un sabor más especial a la leche, pero en principio no hay ninguna razón para prohibir estos alimentos. El aporte de suplementos minerales o vitamínicos, será valorado y prescrito en cada caso. No se deben utilizar medicamentos sin prescripción médica.

3.2. Higiene y vestido en el puerperio no patológico

Cuidados de la vulva y el periné: Durante el puerperio inmediato e intermedio, la mujer se lavara con agua y jabón, sin necesidad de lavados vaginales, procediendo a un adecuado secado de la zona tras el lavado. Cuando la mujer haya tenido un parto vaginal, el personal sanitario ofrecerá 2 veces al día una compresa fría empapada en antiséptico (Rosalgín ®) que se aplicara sobre vulva y periné para disminuir la inflamación de los tejidos. Es entonces cuando se debe hacer una valoración de la evolución de las heridas perineales en busca de signos inflamatorios o problemas de sutura, con el objetivo de detectar precozmente posibles complicaciones. Debe instruirse a la puérpera para que mientras haya expulsión de loquios (28-30 días) y mientras la episiotomía no esté completamente cicatrizada, debe realizar los lavados mediante la técnica del arrastre de delante hacia atrás con agua y jabón indicando la importancia del secado minucioso, así como utilizar compresas de algodón, de absorción moderada con cambios frecuentes para mantener limpia y seca la herida. No se recomiendan duchas vaginales, baños de asiento, ni utilización de tampones vaginales.

En las mujeres en las que se les ha realizado una episiotomía, pueden tener esta zona más endurecida y más sensible durante las siguientes semanas posparto. Si existiera inflamación o dolor, son adecuados el frío local o los baños de asiento con sal gorda, el agua será tibia tirando a fría.

Los puntos de la episiotomía se caen solos a los 10-15 días. Después se aconseja masajear sobre la cicatriz con aceite de rosa de mosqueta, crema de aloe vera, o de extracto de centella.

Las mujeres que presenten enrojecimiento de la cicatriz, inflamación, fiebre o apertura de la herida con salida al exterior de secreciones deberán acudir a su matrona de atención primaria o médico de cabecera.

Además, estas mujeres deberán evitar realizar grandes esfuerzos, no podrán utilizar tampones, ni realizar duchas vaginales, deberán evitar tener relaciones sexuales con penetración hasta la completa cicatrización de la herida, así como evitar el uso de flotadores, ya que estos separa los glúteos y facilita que los puntos se abran, pudiendo utilizar una superficie blanda como un cojín. También deberán evitar el uso de secadores eléctricos en la zona.

En caso de que la mujer tenga una herida abdominal a consecuencia de una cesárea, deberemos recomendarle el lavado de la herida con agua y jabón neutro en la ducha diaria que realice.

La mujer además al realizar esfuerzos abdominales como toser o estornudar deberá sujetarse ligeramente la herida con una mano o cojín.

La puérpera deberá concertar una cita con su matrona de primaria a los 7 días para que le revise la cicatriz y valorar la retirada de las grapas. Se le deberá advertir que acuda a la matrona o médico de cabecera si aprecia alguno de los signos de alarma anteriormente nombrados.

Y al igual que en la episiotomía recomendaremos el masajear la cicatriz con aceite de rosa de mosqueta, crema de aloe vera o de extracto de centella una vez retirado los puntos.

La analgesia se consigue con fármacos antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno, considerándose un medicamento seguro para madres lactantes. Se sugiere la administración de paracetamol vía oral (una dosis de 500 a 1.000 mg cada 8 a 12h) en caso de dolor perineal después del parto. Y se puede considerar la analgesia rectal con diclofenaco en

caso de dolor perineal durante las primeras 48h después del parto. Si presenta un dolor perineal mayor del normal hay que descartar un hematoma, una infección, o hemorroides. En el caso de las hemorroides, aparte de los baños se le recomendará evitar secarse con papel, usar supositorios con corticoides, evitar esfuerzo en las defecaciones y la dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento.

Higiene general: Durante el puerperio se produce un aumento de la sudoración que es normal y que es debido por un lado los niveles hormonales se están reajustando y por otro lado el cuerpo se está librando de los líquidos acumulados durante el embarazo, esto hace que la ducha sea indispensable, tanto en caso de parto vaginal como en caso de cesárea, pudiendo realizarse tan pronto como la mujer comience a deambular. Es recomendable alternar el agua fría y la caliente en miembros inferiores para activar la circulación y favorecer la eliminación de edemas.

Se debe de evitar baños de inmersión (bañera, piscina, jacuzzi…) durante las 4 primeras semanas o hasta que se deje de sangrar.

En cuanto a la higiene de las mamas es suficiente con la del baño diario, evitando el lavado con cada toma. El uso de compresas frías alivia la hinchazón inicial del pecho y las compresas calientes facilitan la salida de la leche.

Pelo: Se debe mantener el pelo limpio, lavándolo con la frecuencia y el champú adecuado. Informar a la puérpera tras el parto, que por los cambios hormonales, puede haber caída del cabello a los 2-3 meses que se puede prolongar hasta 6-8 meses.

Para mantener el pelo sano, tendrá que asegurarse de tomar la dieta ideal para el postparto, tomar complejos vitamínicos si el profesional sanitario que la trata lo considera oportuno y tratar el cabello con cuidado. Usando acondicionador para reducir los enredos, usar un peine de púas muy separadas para desenredarlos y evitar la aplicación de calor (con rizadores o planchas).

Vestido: En general debe usarse ropa cómoda y holgada que no roce ni oprima las zonas de cicatriz. Teniendo en cuenta el aumento de la sudoración que se produce en el puerperio, las fibras naturales son recomendables ya que permiten una mejor y mayor transpiración. Las puérperas que provean de lactancia materna deben utilizar ropa que no incomode en la realización de esta actividad.

Faja: El uso de faja tubular no es recomendable ya que favorece el estreñimiento, la aparición de hemorroides y produce atrofia de los músculos del abdomen. Puede usarse si la puérpera se siente más cómoda llevándola porque le ayude a moverse con más facilidad (durante dos o tres semanas). No obstante, debe quedar claro que la recuperación del tono muscular abdominal no se consigue con la faja, sino con ejercicio. Si la puérpera decide usarla es recomendable que sea cómoda y elástica, no rígida. No debe apretarse mucho al principio y dejará de usarla a medida que los ejercicios vayan mejorando el tono muscular. En caso de cesárea, no se recomienda el uso de faja ya que provoca compresión en la herida y disminuye la transpiración. Una vez retirados los puntos, el criterio es la comodidad de la puérpera.

Sujetador: En la puérpera normalmente aumenta la talla de pecho y en consecuencia la de sujetador, por ello se aconseja el cambio de este por sujetadores de tejidos naturales que sostengan bien, sin oprimir las mamas y preferentemente sin aros. Los tirantes serán más anchos de lo habitual (ya que sostendrán un pecho más pesado). Los refuerzos laterales y dorsales ayudarán a mantener la espalda en buena posición, evitando el dolor de espalda que podría derivarse del aumento de peso y volumen de las mamas. Es recomendable su uso durante el día. Si la puérpera desea utilizarlo también para dormir por la noche, debemos recomendarle que procure airear los pezones a lo largo del día. Si es necesario, se recomendará a las puérperas que den el pecho, el uso de discos absorbentes ya que favorecen una correcta higiene. Estos deben permitir la circulación del aire, no contener plásticos ya que la humedad puede irritar la piel del pezón y se ha de cambiar con frecuencia para mantener los pezones siempre secos.

Bragas: En el caso de partos vaginales durante el puerperio inmediato y precoz se recomendará el uso de bragas de papel o malla elástica que permiten una mejor transpiración de la zona perineal, posteriormente, se recomendará el uso de bragas de algodón sin fibras artificiales. En las cesáreas, durante los primeros días, se pueden recomendar también el uso de bragas de malla elástica que, al ser más altas que las de papel, no comprimen la herida. Posteriormente conviene utilizar bragas altas (pueden ser las empleadas durante el embarazo), que mantengan el elástico por encima de la cicatriz.

Calzado: Deberá ser cómodo, evitando el tacón alto, hasta la total vuelta a la normalidad de los mecanismos de la marcha alterados durante el embarazo.

3.3. Actividad Física

La actividad física se incrementará de forma gradual y progresiva, sin que se llegue al agotamiento, pero desaconsejando largos periodos de inmovilidad.

La actividad física como: Pasear, subir escaleras o los ejercicios de recuperación del suelo pélvico puede reanudarse cuando la puérpera lo desee si el parto ha sido normal, siempre de forma progresiva y evitando el aumento de la presión intraabdominal.

Reposo: Las primeras horas después del parto exigen un periodo de reposo debido al esfuerzo físico realizado. La puérpera necesita ocho horas de sueño diarios (aprovechar el sueño del bebé). Se instruirá sobre la importancia en el domicilio de valorar las demandas y tareas familiares para atender únicamente las de gran prioridad, así como disponer de un sistema de ayuda.

Deambulación precoz: Se debe recomendar la deambulación precoz. La primera vez que se levante tras el parto (sobre todo si este ha sido con epidural) deberá estar acompañada e irse incorporando paulatinamente. Tras un parto sin epidural, generalmente la puérpera puede levantarse a las dos horas, con epidural entre tres y seis horas (valorando la recuperación de la fuerza muscular) y tras cesárea, a las 24 horas.

Gimnasia: Los primeros días tras el parto o cesárea, se deben realizar ejercicios circulatorios, extendiendo y flexionando los dedos de los pies y manos o bien realizando círculos con los pies. Los ejercicios abdominales clásicos se deben realizar progresivamente a partir del 6º mes postparto y siempre protegiendo el suelo pélvico.

Suelo pélvico: El suelo pélvico es el conjunto de músculos que sostiene toda la parte baja del abdomen, como una hamaca (que debe estar tensa) donde se apoyan la vejiga, el útero y el intestino grueso. Los factores de riesgo que debilitan el suelo pélvico son embarazo, parto, episiotomía, menopausia y envejecimiento, predisposición genética, prácticas deportivas que requieren saltos e impactos y aumenta la presión intraabdominal, hábitos como retener orina, vestir con prendas muy ajustadas, obesidad, estreñimiento, tos crónica, etc.

El debilitamiento del suelo pélvico puede producir trastornos como incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital o disfunciones sexuales. Estos trastornos se pueden prevenir, tratar y curar mediante los ejercicios del suelo pélvico.

Los ejercicios del suelo pélvico se pueden comenzar al día siguiente del parto o cesárea. Consistirán en apretar y relajar el esfínter anal, apretar y relajar la vagina, y apretar y

relajar el esfínter uretral (como si se deseara parar el flujo de la orina). Se deben realizar contracciones rápidas y contracciones lentas, contar cinco segundos y relajar diez. Se pueden realizar en cualquier postura y se puede comprobar si la técnica es correcta con un dedo en la vagina (más adelante pueden usarse esferas ginecológicas). Los ejercicios deben realizarse con regularidad, adquiriendo un hábito o asociándolos a alguna actividad cotidiana.

3.4. Medicina preventiva

Detección precoz del cáncer ginecológico: Se informará a la puérpera sobre la importancia de la detección precoz del cáncer, por lo que se recomendará la realización de citologías cervicales y métodos de autoexploración mamaria.

Isoinmunización Rh: Es el proceso inmunológico caracterizado por la formación de anticuerpos (Ac) en el organismo materno como respuesta al contacto con el antígeno (Rh). La profilaxis en el postparto se realiza mediante la inmunoglobulina anti-Rh (D), que es un anticuerpo pasivo que actúa impidiendo el reconocimiento del antígeno Rh (D), por el sistema inmunitario materno y evita la formación de anticuerpos anti-Rh. Se recomienda la utilización sistemática de inmunoglobulina anti-Rh cuando se cumplen los siguientes criterios:

- Madre con factor Rh negativo.
- Nacido con Rh positivo.
- Madre no sensibilizada, ausencia de Ac en sangre materna (test de Coombs indirecto negativo) y en sangre del recién nacido (test de Coombs directo negativo).

La inmunoglobulina anti-Rh se administra a la madre por vía intramuscular en las primeras 72h después del nacimiento (la dosis estándar es de 300 mg). Si en el nacimiento se desconoce el grupo sanguíneo y Rh de la madre, se obtendrá una muestra de sangre para su determinación. Tras el nacimiento, si la madre es Rh negativo, se obtendrá una muestra de sangre de cordón umbilical para determinar grupo sanguíneo, factor Rh y test de Coombs directo del bebe. Si los datos analíticos no están disponibles en las primeras 72h tras el parto de la madre, con riesgo de isoinmunización, debe recibir la inmunoglobulina. Si por cualquier cosa, la madre con riesgo de isoinmunización no ha recibido la inmunoglobulina en las primeras 72 horas, se debe proceder a su administración inmediata.

También se recomienda la profilaxis en pacientes negativas no sensibilizadas, tras aborto, gestación extrauterina, embarazo molar y siempre que se le realice cualquier

manipulación, técnica diagnóstica invasiva o proceder quirúrgico sobre el útero gestante (amniocentesis, cerclaje, etc.) y gestantes Rh negativas no sensibilizadas durante la gestación.

Vacunación contra la rubéola: El "screening" serológico sistemático de la rubéola entre todas las embarazadas pone en evidencia un pequeño porcentaje de pacientes que no han sido inmunizadas. Se recomienda la vacunación en el post-parto de estas mujeres.

Prevención de Enfermedades de trasmisión sexual: Se informara de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, por lo que debe continuar con sus revisiones ginecológicas.

3.5 Trámites Oficiales

En España, la transformación de la posición de la mujer respecto a la maternidad y al mercado de trabajo ha influido en gran medida en la organización de la vida cotidiana. El principio de igualdad entre hombres y mujeres implica la prohibición de discriminación por razón de sexo, que abarca, en el ámbito laboral, tanto al acceso al empleo como a las condiciones que, durante su desarrollo, se establezcan, así como a la lesión de expectativas de derecho legítimas.

Inscripción del RN: La inscripción del RN se realizará en la oficina del Registro Civil está en el edificio Viapol (Prado de San Sebastián). Para inscribir al RN en Sevilla capital, se necesita la hoja del Registro Civil que se facilita en el área de paritorio. A su entrega, se debe comprobar que todos los datos estén correctos, para en caso de error, subsanarlo en el área de paritorio antes de irse. Llevará los dos apellidos de los padres y si sólo lo reconoce la madre, tomará sus dos apellidos. En el Registro, deberán llevar la hoja amarilla, así como la identificación de los padres: DNI o pasaporte, y libro de familia. Deben pasar 24h tras el nacimiento, para poder inscribir al RN, y hay un período de un mes para registrarlo. Si se quiere registrar al RN en otro Registro diferente al de Sevilla, en el área de Paritorio se entregará un certificado que testifica que esta institución no gestiona trámite de inscripción de nacimientos, que los padres deberán entregar en el Registro Civil de su elección. Los RN de madres sin nacionalidad española, pueden ser inscritos en el Registro Civil como nacidos; en el caso de solicitud de nacionalidad, deberán cumplir los trámites exigidos. En caso de niños

dados en adopción, el certificado de nacimiento tiene que llevar escritos los datos de la madre, y será la asistente social quien se encargue de realizar la inscripción.

En el hospital hay una Asistente Social en el Servicio, para poder solucionar cualquier problema legal como documentación, económico o de otro tipo. Si el personal detecta que haber alguna dificultad habría que avisar a la Asistente Social, para la gestión del caso. Por las tardes, o en días festivos, hay una asistente social en el servicio de Urgencias.

Inscripción en la Seguridad Social: Todo RN, español o extranjero, que reside legalmente en España, aún sin recursos, tiene derecho a una asistencia jurídica gratuita. Según la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en el artículo 12 dice: "Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles". Para inscribir al RN en la Seguridad Social debe acudirse a la Agencia de la Seguridad Social (INSS), con el libro de familia en el que consta inscrito el niño, y se le asignará a la cartilla del padre o de la madre. Posteriormente, debe acudir a su Centro de Salud para que le asignen el pediatra. No obstante, el RN saldrá del hospital con un pediatra asignado de manera temporal (un mes) tiempo que se da a los padres para realizar todos los trámites legales para la asignación definitiva de su pediatra de referencia.

Para la cita con la matrona, la puérpera debe acudir al Centro de Salud de referencia, antes de los 10 días postparto, para la visita puerperal. Para la revisión postparto, debe citarse con su tocólogo en 40 días tras el parto. En algunos casos, es necesaria la cita con el médico de cabecera y él le deriva al tocólogo.

Prestaciones por maternidad: El “informe de maternidad” (Baja maternal) se entregará en Secretaria de la planta de hospitalización (dos copias una para la empresa y otra para la INSS). Pueden ser disfrutadas tras la maternidad biológica o adoptiva de niños menores de 6 años o mayores de 6 años con dificultades de inserción. Pueden beneficiarse de estas prestaciones todas las mujeres que hayan trabajado un mínimo de 6 meses en los últimos cinco años y estén cotizando a la Seguridad Social al inicio de la prestación.

Las prestaciones por maternidad incluyen:

- Licencia por maternidad: Derecho a ausentarse del trabajo 16 semanas ininterrumpidas sin pérdida de remuneración económica. En caso de parto múltiple se incrementarán dos semanas por cada hijo a partir del segundo. El momento de inicio

de esta licencia lo decide la mujer, aunque es obligatorio el disfrute de la madre de 6 semanas a partir de la fecha del parto. Existe la posibilidad de que el padre disfrute de las 10 semanas de permiso restantes de manera sucesiva o simultánea a la madre. En caso de muerte materna, este, podrá utilizar toda la prestación. En caso de adopción de un hijo podrá ser utilizada indistintamente por el padre o la madre, aunque ésta no esté trabajando.

- Excedencia Laboral: Derecho del trabajador a tres años de permiso sin remuneración económica, a partir de la fecha de nacimiento. El primer año se reservará el puesto de trabajo y los dos restantes un puesto de la misma categoría laboral. Este periodo será computable a efectos de antigüedad. Cada nuevo hijo dará lugar a otro periodo de excedencia.
- Permiso de lactancia: Derecho a ausentarse una hora diaria los primeros nueve meses de vida del hijo sin pérdida de remuneración económica, se disfrutará indistintamente del padre o de la madre. Se puede dividir en dos fracciones de media hora cada una, las cuales han de ser al principio y al final de la jornada de trabajo. En caso de parto múltiple, cada hijo generará un permiso de lactancia. El trabajador podrá determinar el horario de ausencia. Es un permiso compatible con la reducción de la jornada.
- Reducción de jornada: Derecho del trabajador con hijos menores de 6 años. La jornada laboral puede reducirse un tercio o la mitad con el recorte proporcional del salario. El trabajador tiene la posibilidad de determinar el horario laboral.

Direcciones y teléfonos de interés:

- Servicio de Orientación Jurídica. Dirección General de la Mujer: 914 208 593
- Servicio de Protección de Menores. Delegación Territorial en Sevilla. 955890200.
- Oficina Regional para la Inmigración (OFRIM): 900 210 133
- Comisión para la Investigación de los Malos Tratos: 900 100 009
- Instituto de la Mujer: 900 200 999
- Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE):900 0 033
- Colectivo de la Leche: Montse 954 344 777, Ofelia 656 893 653, Alba 955 861 250, María José 955 865 503, Gracia 954 151 982, Loli 954 087 658, Lola 954 072 672, Carmen 954 259 499
- ReAmare Crianza. www.reamarecrianza.org.
- Asociación Nacional de Partos Múltiples (ANPAMU): 686 466 324 - 917 154 766
- Asociación del Síndrome de Down: 915 105 364
- Asociación de Ceguera ONCE. 915 894 600

- Fundación De Diabéticos Españoles: 915 706 243
- Asociación de Hidrocefalia y Espina Bífida: 914 152 013
- Fibrosis Quística: 963318200. Asociación Andaluza de Fibrosis Quística: 954705705
- Fundación Antisida España: 900 111 000
- Asociación andaluza de niños con cáncer. Andex: 954238001; 954232327.

3.6. Depresión Post-parto

La Depresión Post-Parto (DPP), hace referencia al estado depresivo que aparece en la mujer durante el puerperio.

No hay una sola causa clara del origen de la DPP. Es evidente que el puerperio es un periodo de estrés físico y psicológico en la mujer. Los factores relacionados con la DPP son cambios en los aspectos fisiológicos, cambios en la relación familiar (madre-hijo; padre-madre; padre-hijo), así como cambios en el entorno de la mujer.

Cobran especial relevancia la influencia del contexto médico, es decir el apoyo y la información durante la estancia hospitalaria que reduce la ansiedad y reporta seguridad y confianza de la propia capacidad, facilitando el contacto madre-padre-hijo, así como las relaciones sociales, que suponen una fuente de refuerzo, la nueva organización tanto en el trabajo del hogar (aumenta el trabajo y hay menos descanso que conduce al agotamiento, por lo que se debe aprender a priorizar, a pedir y disponer de ayuda) y en el aspecto económico y laboral, que requiere igualmente una nueva reorganización y planteamientos.

Dependiendo de la duración del periodo depresivo y del nivel de gravedad, se distinguen tres tipos de DPP:

1. DPP suave (maternity blues). Es el síntoma depresivo moderado. Su duración se extiende desde pocas horas o varios días después del parto, durante los diez primeros días del mismo. El pico máximo suele estar entre el tercero y quinto días. Sus síntomas más frecuentes son llanto, melancolía, fatiga, pérdida de energía, confusión mental, ansiedad, concentración pobre, dificultad para dormir, cefalea, pérdida de apetito, inseguridad, pesimismo, etc.
2. DPP moderadamente grave. Aparece durante el primer mes de puerperio y tiene carácter parcialmente incapacitante. Sus síntomas son fatiga, anorexia, irritabilidad, ansiedad, sobre el RN, insomnio, falta de interés por el sexo, sentimientos de desánimo.

3. Psicosis puerperal. Es la alteración psiquiátrica más grave asociada al parto, supone trastornos afectivos esquizofrénicos, conducta maníaco-depresiva.

En los casos de DPP moderadamente grave y la psicosis puerperal, la actuación de enfermería consistirá en la notificación al ginecólogo para la valoración individualizado, así como la valoración de consulta con otros miembros del equipo multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra, trabajadora social, etc.)

La DPP suave, requiere por parte del personal de enfermería la valoración individualizada de síntomas y problemas de la paciente, escucha activa, adiestramiento sobre cuidados del RN y conductas del RN (significado del llanto, ritmo del sueño, técnicas para calmarlo, etc.), adiestramiento en habilidades en la planificación de los nuevos aspectos de este periodo-etapa (trabajo en el hogar, tiempo libre, periodos de descanso durante el día, actividades placenteras, etc.), así como habilidades en la comunicación y resolución de problemas. Ante el estrés y la tensión, se aconsejará a la puérpera, hablar con la pareja o amiga íntima acerca de sus ansiedades, aceptando que no hay que ser perfectos. Ante el sueño, informar que la interrupción del sueño provoca irritación. Ante la lactancia, podrá aconsejarse la extracción de leche para determinadas tomas, que podrá dar al RN otra persona (pareja, familiar, etc.). Ante el tiempo libre, recomendar la planificación en pareja, intentando restaurar las actividades previas al parto (nacimiento). La puérpera debe encontrar tiempo para sí misma sin tener sentimientos de culpa. Ante la pareja, hablar con la pareja y encontrar tiempo para ella, para evitar el aislamiento. Ante la necesidad de un cambio de aptitudes, la puérpera debe alejarse de ideas tradicionales y socialmente aceptadas que pueden conducirla a sentimientos de culpa, inadaptación y fracaso. Se deberá informar sobre ayudas estatales de la CAM o de otras instituciones. Deberá tenerse en cuenta aquellos problemas sociales que pueden conducir inexorablemente a un estado depresivo comunicándolo al profesional que corresponda.

En nuestra Unidad se ha producido un aumento considerable de pacientes/puérperas inmigrantes. Esto, en ocasiones, supone un choque cultural y dialéctico. Enfermería debe tratar de establecer comunicación con la paciente, bien a través de algún familiar que conozca el idioma, o bien por medio de traductor. Además, se debe respetar la "cultura" (tradiciones), explicando a su vez, los criterios establecidos en nuestro hospital.

Otra situación especial hace referencia al estado depresivo que presentan las pacientes con RN ingresado en el Servicio de Neonatología por sufrir patología asociada. La atención de enfermería será similar a la indicada en la DPP habitual, además de facilitar información sobre

horarios de visita, funcionamiento del Servicio de Neonatos, etc. Es importante la comprensión y escucha activa requerida por la paciente y, en caso necesario, derivarla al profesional que precise. Adiestrar también sobre la organización que deberá llevar a cabo en su domicilio.

3.7 Duelo por muerte perinatal

El proceso de duelo por la muerte del feto es similar al que se da por la muerte de un familiar cercano, encerrando un significado emocional tal, que provoca un gran shock en los padres y rompe todas las perspectivas de futuro. En el duelo perinatal se dan dos características extraordinarias como son la sensación de irrealidad causada porque la relación con la persona muerta no se basa en la experimentación, ni recuerdos con la persona real, así como la disminución de la Autoestima, causada por la incapacidad de la embarazada de confiar en su cuerpo.

Las etapas del Duelo Perinatal son:

- Fase de choque o incredulidad: Corresponde a un periodo de aturdimiento y falta de crédito que protege a los progenitores del impacto total de la pérdida Se dan en esta etapa, sentimientos de vacío y pueden aceptar intelectualmente la pérdida, siendo incapaces de concentrarse aceptando solo información selectiva.
- Fase de nostalgia y búsqueda: Aparece cuando la realidad del desaparecido empieza a imponerse. Se da un periodo agudo de pesar, caracterizado por arranques de ira, sentimientos de culpa y perturbación. La culpa puede dirigirse hacia uno mismo, o con hostilidad hacia Dios, el equipo médico, la pareja o el destino.
- Fase de desorganización: Se produce una reanudación de actividades normales. Este periodo se asemeja al que aparece en una depresión convencional (tristeza, baja autoestima, falta de atención y objetivos y retraimiento social).
- Fase de reorganización: Se produce una aceptación de la pérdida como definitiva, se estabilizan las relaciones de la familia. Hay una participación activa y normal den la vida incluyendo planes de futuro.

Debe tenerse en cuenta que pueden aparecer procesos de duelo patológicos influenciados por factores como la ausencia de duelo consciente, que conduce a depresión, ansiedad y enfermedades psicosómaticas, la aparición de nostalgia, aumento de la culpabilidad y conductas de auto-agresión, así como la cronicidad del proceso con persistencia de ira, que se manifiesta por nerviosismo, irritabilidad y agresividad que evolucionará hacia una depresión.

En la actualidad, con los avances científicos y tecnológicos, todo parece ser diagnosticable y tratable antes del parto. Esto hace que la muerte fetal irrumpa en las previsiones, tanto de las parejas, como de los profesionales sanitarios.

Los profesionales pueden experimentar sensaciones de fracaso, sentimiento de culpa y resentimiento, que pueden condicionar diversas actitudes de paternalismo, acusación, o abandono o negación de la situación.

La actuación de los profesionales en todo momento, tras el nacimiento de un neonato muerto, debe ser respetuosa y sensible. Por lo cual debemos:

- Favorecer el acompañamiento continuo del familiar que la mujer desee.
- Facilitar a la paciente y la familia información precisa y repetida de las circunstancias de la muerte.
- Facilitar el reconocimiento del mortinato por parte de los padres o de algún familiar para reafirmar esta realidad y valorar, conjuntamente con la pareja, la conveniencia de verlo.
- Tratar al mortinato con sensibilidad.
- Intentar que los padres le pongan un nombre para darle identidad propia.
- Facilitar a los padres, si lo desean, objetos tangibles que faciliten el recuerdo de su hijo como huellas digitales, peso, talla, pulsera de identificación, etc.
- Ingresar a la puérpera en un ambiente adecuado, nunca que permita la intimidad de la pareja (favorece la comunicación) y la sensación de control (retirada de cunas, enseres del RN).
- Valorar la necesidad de soporte emocional por otros profesionales.
- Ayudar a la paciente y su familia en el proceso de duelo, facilitando la expresión de sentimientos y pensamientos asociados a la pérdida.
- Facilitar a la pareja los trámites relacionados con la muerte de su hijo como son la autorización de necrosia y el certificado de defunción. El entierro privado permite a los padres y a otras personas, reconocer la muerte y poder manifestar así, su pesar. Además, puede proporcionar consuelo, el saber dónde está su hijo, en la fase de añoranza.

Antes del alta, también se debe:

- Realizar Educación Sanitaria a la puérpera para que adquiera conocimientos y destrezas necesarias para su autocuidado.

- Planificar con la pareja el regreso a su domicilio. Indicar que "otra persona" recoja las cosas que se preparan para el nacimiento de su hijo, con el fin de evitar a la puérpera revivir el dolor.
- Contactar con la matrona que realice el puerperio domiciliario, para informarle de la evolución del caso y pueda seguir valorando su estado físico y emocional.
- Informar a la pareja sobre las reacciones espontáneas irreflexivas que puedan tener otras personas respecto al acontecimiento. En ocasiones pueden evitar a la puérpera ya que no saben cómo expresar su propia tristeza y demostrar su apoyo.
- Planificar cómo y cuándo comunicar la muerte perinatal al resto de los hijos, en caso de que existieran.
- Informar sobre la duración del proceso de duelo que suele ser de 6-12 meses, aunque los síntomas como insomnio, apatía, etc., remitirán en 6 semanas si se prolongan más tiempo, la puérpera requerirá ayuda de otros profesionales o grupos de soporte.
- El personal que atiende a la mujer con feto muerto, debe proporcionarle cuidados tanto físicos, como emocionales. Hay que tener presente la individualidad de cada pareja y que el significado de la pérdida es diferente para cada persona, por lo que pueden producirse diferentes manifestaciones emocionales. Nuestra presencia y respeto favorecerá el aumento de confianza en la pareja y facilitará el inicio del proceso de duelo.

3. 8. Sexualidad y anticoncepción

La sexualidad es una vivencia, un hecho biológico, psicológico y social. La sexualidad no se debe asociar a un concepto genital-reproductivo (sexo es distinto a coito). La finalidad de la sexualidad consiste además de la obtención de placer, el establecimiento de comunicación entre la pareja y la reproducción cuando la pareja lo desee. Existe el error de vincular el placer a conductas reproductivas, genitales, orgasmo y dar distintos valores a zonas del cuerpo. Es importante explicar a la puérpera y su pareja este concepto de sexualidad y los cambios y problemas que ocurran en el puerperio, y que pueden repercutir, para ayudar a vivir la sexualidad de forma satisfactoria en esta etapa.

Durante el postparto pueden surgir algunos problemas relacionados con la sexualidad como pueden ser:

- <u>Falta o disminución del deseo sexual</u>: Debido a los factores físicos y psicológicos del puerperio (cansancio, fatiga, pérdidas sanguíneas, cargas de trabajo, cuidado del bebé,

alteraciones del sueño y depresión postparto). Se informará a la mujer de que lo habitual es que se trate de un problema temporal. El reinicio de la actividad coital se realizará cuando la pareja se encuentre preparada y desee, hayan cesado los loquios, la episiotomía no moleste y se hayan reabsorbido los puntos.

- Miedo a la infección: Se procurará una buena higiene genital de la puérpera y su pareja.
- Dispareunia (coito doloroso) y molestias en el periné: Es fisiológico que durante la lactancia, por los cambios hormonales haya un adelgazamiento en la pared vaginal, sequedad y falta de lubricación. También se suelen dar molestias en la episiotomía y estructuras perineales. Se debe dar confianza en la recuperación breve, aconsejar el uso de lubricantes vaginales, y enseñar masajes en la zona de la episiotomía (una vez que haya cicatrizado).
- Miedo al coito y al dolor: Mirarse con un espejo y dar masajes en la zona perineal puede ayudar a superar el miedo.
- Problemas relacionados con la lactancia materna: Puede existir temor a que la actividad sexual afecte a la lactancia. Explicar que a veces es una respuesta normal ante la succión del niño, sentir una excitación suave, parecida a un orgasmo. Explicar que es normal ante la excitación sexual, la salida espontánea de leche. A veces, debido a una hipersensibilidad de los senos puede que moleste su estimulación.
- Síndrome del tercero: Se denomina a la sensación de la pareja de celos, abandono, etc. debido a la exclusiva dedicación al bebé. Explicar que puede ocurrir y que es importante cuidar la relación de pareja.
- Miedo al nuevo embarazo: Se superará conociendo métodos de planificación familiar. Con respecto a los métodos anticonceptivos, el preservativo es el método más adecuado en el postparto. Se puede utilizar con o sin espermicida, siendo aconsejable el uso de lubricantes. El uso del diafragma se debe posponer hasta la revisión puerperal, cuando la vagina ya ha involucionado. El Dispositivo intrauterino (DIU) no es recomendable inmediatamente al parto por la alta tasa de expulsiones y el riesgo de perforación. Se aconseja colocar tras la revisión puerperal de la sexta u octava semana. La anticoncepción hormonal en caso de lactancia artificial se aconsejará a partir de los 21 días postparto. La lactancia materna no es contraindicación absoluta para la anticoncepción hormonal, se deberá recomendar la utilización de la minipíldora (anticonceptivo hormonal sólo progestágenos) a partir de la cuarentena pudiéndose recomendar antes, a partir de los 21-28 días postparto. A partir del 6º mes se le debe de recomendar a las mujeres que cambien a otro método anticoncepcional como los

anticonceptivos hormonales combinados si no presenta ninguna contraindicación, ya que diversos estudios evidencian una disminución de la eficacia de la anticoncepción con sólo progestágeno a partir del 6º mes. Los preparados derivados de la progesterona no tienen efectos secundarios, ni influyen en la lactancia materna. Se informará a la mujer que la lactancia no es un método anticonceptivo eficaz, es poco fiable y temporal y debido a la amplia variabilidad individual, necesita otra forma complementaria de anticoncepción. Se puede plantear la esterilización tubárica como método permanente en caso de cesárea durante el acto quirúrgico o posteriormente por laparoscopia.

4. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

4.1 Atención en la sala de partos

Ante que se produzca el parto se debe revisar el perfecto funcionamiento de todo el material. El paritorio debe mantenerse a una temperatura adecuada (25ºC), con puertas y ventanas cerradas. Tendrá un espacio reservado para la reanimación del neonato dotado de todo el material necesario dispuesto de forma accesible y en plenas condiciones de uso:

- Cuna de calor radiante (precalentada antes del parto) que disponga de: fuente de luz, fuente de oxígeno con medidor de flujo, aspirador con manómetro, fuente de aire medicinal (Fi02 21%) con medidor de flujo, mezclador de gases (recomendado), reloj.
- Equipo de succión y ventilación.
- Equipo de canalización de vasos umbilicales.
- Medicación.
- Otros materiales.

Ante la inminencia del nacimiento, el personal de la sala de partos debe asegurarse que funcionan el sistema de aspiración y la fuente de oxígeno, que todo el material que pudiera hacer falta esté disponible (sondas de aspiración, tubos de intubación endotraqueal de calibres adecuados, laringoscopio, respirador manual o ambú, material para cateterización de una vena, medicación de urgencia, pinzas de cordón, bisturí o tijeras, etc.).

Además, se debe encender la unidad de calor radiante (lámpara de calor infrarrojo), poner unas toallas debajo, asegurar la aseptización del ambiente (limitando las entradas y salidas de personal, vestimenta adecuada, evitar corrientes de aire, etc.).

Igualmente se deben revisar los factores de riesgo prenatales: infecciones maternas (toxoplasma, rubeola, estreptococo agaláctie, AHB, VIH), diabetes, hipertensión arterial, etc., así como los factores de riesgo intraparto: progreso del parto, estado fetal durante la dilatación, fiebre materna, tipo de parto, líquido amniótico, R.P.M., utilización de alguna

medicación, etc.

4.2 Valoración inicial y cuidados

La actuación inmediata ante un recién nacido, está basada en la respuesta a 4 preguntas:

1. ¿El Líquido amniótico es claro?
2. ¿La gestación es a término?
3. ¿El recién nacido respira o llora?
4. ¿Tiene buen tono?

Si todas las respuestas son afirmativas el recién nacido, será colocado en contacto piel con piel con su madre y se secará con una toalla, con el fin de evitar las pérdidas de calor y favorecer su adaptación a la vida extrauterina. Los cuidados de rutina pueden esperar y no hay necesidad de interferir el primer contacto.

Si por el contrario, alguna repuesta no es afirmativa, se procederá a la estabilización inicial colocando al recién nacido en la cuna de calor radiante.

La valoración inicial se efectúa con el Test de Apgar, con el fin de unificar criterios a la hora de valorar el estado general del RN en los primeros minutos de vida y ver la necesidad de reanimación del mismo.

Se realiza al minuto, a los cinco y a los diez minutos, y puede realizarse posteriormente hasta que el niño esté estabilizado, mide cinco parámetros:

1. Frecuencia Cardiaca: Auscultando o palpando a nivel del cordón umbilical.
2. Esfuerzo Respiratorio: La ausencia completa de respiraciones se llama apnea, el llanto vigoroso indica buena respiración.
3. Tono Muscular: Mediante la valoración del grado de flexión y resistencia de las extremidades al enderezamiento. El neonato normal demuestra flexión de los codos y de las caderas, con las rodillas dirigidas hacia el abdomen.
4. Irritabilidad Refleja: Se valora la respuesta a estímulos con el golpeteo de las plantas de los pies o con una sonda.
5. Coloración de la piel, en busca de cianosis o palidez.

La puntuación es de 0,1 y 2 para cada uno de los parámetros. Las puntuaciones globales nos indican:

- Apgar de 4 a 6: RN moderadamente deprimido.
- Apgar de 7 a 10: RN estado satisfactorio.
- Apgar de 0 a 3: RN intensamente deprimido.

La valoración del test de Apgar al minuto, puede ser realizado junto a la madre. Si es mayor de 7, se deja al recién nacido con ella y los acompañamos hasta los 5 minutos. Si por el contrario en menor de 7, se colocará al recién nacido en la cuna para realizar las maniobras necesarias.

Termorregulación: Uno de los parámetros más importantes a valorar en el recién nacido es su temperatura corporal, sobre todo en las primeras horas de vida en donde su regulación es más lábil y se ve influenciada directamente por las condiciones del ambiente los mecanismos de ganancia y perdida de calor son convección, conducción, radiación y evaporación. Se requiere el manejo de consideraciones prácticas para favorecer la termorregulación durante el nacimiento y las primeras horas de vida. Esta será una de las medidas de estabilización inicial. Si en RN a término tiene un Apgar mayor de 7, se realizará sin interrumpir el contacto con la madre. Si por el contrario la puntuación es menor, colocaremos al recién nacido bajo la lámpara de calor radiante y le secamos con las toallas calientes. El fin de esto es evitar la evaporación de líquido amniótico que causa una pérdida de calor, ya que el niño emerge mojado a un ambiente más frío.

Posición: Decúbito supino o ligero Trendelenburg. La posición de Trendelemburg pronunciada no es conveniente porque el peso del contenido abdominal presiona el diafragma, dificultando la expansión pulmonar y el retorno venoso cerebral.

Aspiración de mucosidades: Es importante que las vías aéreas superiores permanezcan libres de secreción. No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea. En caso necesario, la aspiración debe efectuarse con el máximo cuidado, primero la boca y a nivel faríngeo, y después los orificios nasales. Se introduce la sonda sin aspirar y se retira con una presión negativa máxima de 10 a 15 cm. H20. Nunca hay que prodigar el procedimiento en exceso (15 a 20 segundos) y siempre hacerlo con sumo cuidado, ya que existe el riesgo de provocar una reacción vagal (con apnea y bradicardia) o de lesionar la mucosa orofaríngea.

Ligadura del cordón umbilical: Después del nacimiento se realizará un pinzamiento tardío (al menos 2 minutos tras el parto o cuando deje de latir) en el recién nacido a término si su estado lo permite. S debe examinar el extremo cortado para identificar dos arterias y una vena, a una distancia entre 1,5 y 2,5 cm. del abdomen. Evitar pinzar piel del ombligo y comprobar correcta cerradura de la pinza. Se realizará con pinza de cierre sin apertura o con dos ligaduras si no disponemos de la misma.

Recogida de muestras: De sangre del cordón umbilical para determinación de grupo y Rh sanguíneo, test de Coombs directo, equilibrio y otras determinaciones que fuesen

necesarias.

Identificación del neonato: Se identifica al RN antes de abandonar el paritorio, en presencia de la madre; mediante la colocación de pulseras con código de identificación en la muñeca de la madre, el tobillo del RN y si es posible en la pinza umbilical. También se recoge en papel secante unas gotas de sangre de la madre y otras gotas de sangre del cordón umbilical a fin de practicar si es necesario un estudio de ADN en caso de que posteriormente existan dudas sobre la identificación.

Examen físico inicial: Características de la piel, llanto, apreciar si existen malformaciones (ver cabeza, cuello, columna -el final, lo más importante-, orejas, genitales, el paladar y se cuentan los dedos de las manos y de los pies), auscultación pulmonar y cardiaca, signos que nos orientarán que es pretérmino (vernix caseosa, lanugo), o postérmino (surcos de piel, ausencia de vernix). Detección anomalías (imperforación anal, atresia de coanas esofágica).

No se recomienda el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN sano a no ser, de que haya algún signo que indique o haga sospechar de la presencia de alguna malformación o patología.

Facilitar el vínculo afectivo padres-hijo: El contacto piel con piel entre el RN sano y su madre inmediato tras el parto, favorece una mayor estabilidad fisiológica durante las 6 primeras horas de vida, acorta la duración del llanto y favorece el sueño neonatal, favorece la lactancia materna, aumenta los niveles de oxitocina maternos, disminuye la ansiedad materna ante el nuevo rol, y favorece el establecimiento temprano del vínculo.

Es muy importante para la madre y el RN establecer una buena relación afectiva. Debe procurarse que el contacto madre hijo se establezca lo más precozmente posible y se mantenga la mayor parte del tiempo, evitando separaciones innecesarias y excesivamente prologadas. Con objeto de promover este vínculo si el RN está vigoroso y aparentemente sano se entregará a la madre envuelto en un paño seco facilitando el contacto con la piel materna y el amamantamiento inmediato. En la cesárea con anestesia regional y buen estado clínico de madre y RN, puede facilitarse la interacción madre e hijo con alguna modificación en la postura y cuando por motivos de salud de la madre no sea posible se facilitará el establecimiento del vínculo con el padre.

Peso: Se recomienda pesar al neonato durante las primeras horas de vida, evitando separaciones innecesarias y sin interrumpir el contacto piel con piel.

Vestido: Si permanece en contacto piel con piel solo necesitará colocarle un pañal y gorrito cubriéndolo con una manta. Si se coloca camiseta esta se colocará abierta hacia delante para que quede libre el tórax del RN.

Profilaxis oftálmica: Se realiza para prevenir la oftalmia neonatal o conjuntivitis neonatal (es una inflamación conjuntival que aparece en el primer mes de vida) se ha demostrado la eficacia antimicrobiana con la aplicación de una sola dosis durante las primeras horas de vida eritromicina al 0.5 o tetraciclina al 1%. Siendo recomendable la utilización en formato unidosis.se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica pero queda por determinar cuál es el fármaco más efectivo. Esta práctica se debe retrasar entre 50 y 120 minutos, para no interrumpir el contacto piel con piel, y hasta 4 horas.

Profilaxis hemorragia del RN: Para prevenir la hemorragia que se produce en la primeras semanas de vida en relación con el déficit de vitamina K (debido a la deficiencia de factores de la coagulación dependiente de vitamina K, ausencia de absorción y síntesis de esta por el ayuno) se recomienda administrar sistemáticamente 1 mg de vitamina K hidrosoluble vía intramuscular (presenta mejores resultados clínicos) en el cuádriceps o en la parte externa y proximal del muslo. Esta se administrará en las primeras dos a cuatro horas de vida del RN. Si los padres rechazan la vía intramuscular, se puede ofrecer la vía oral como alternativa. Por esta vía, se necesitan múltiples dosis para una profilaxis adecuada: 2 mg al nacimiento, a la semana y al mes de vida. Si el RN es alimentado mediante lactancia materna, se añadirá una dosis semanal hasta la semana 12 de vida.

Será beneficioso para él bebe que se le administre en contacto piel con piel con su madre y si es posible mientras esté succionando al pecho por los efectos analgésicos de la succión conocidos como tetaanalgesia.

4.3 Características fisiológicas del RN

La valoración del RN la hará el pediatra, pero debemos conocer la normalidad para poder identificar posibles complicaciones. El peso adecuado se considera aquel que oscila entre 2.500 y 4.000 gr. Variando en función de la raza, sexo, constitución de los padres y región geográfica.

Durante los primeros días después del nacimiento el RN pierde entre 5-10% del peso y se conoce como pérdida fisiológica; a partir del cuarto quinto día se inicia la recuperación ponderal puesto que aumenta la ingesta, se detiene la pérdida de peso y empieza a aumentar, de manera que a los 10- 14 días de edad suele pesar lo que pesaba al nacer. La talla media es 50 cm (entre 48-52 cm) es mejor índice que el peso para calcular la edad gestacional. El perímetro cefálico medio es 34 cm (entre 32-36 cm). La frecuencia cardiaca normal oscila entre 100 - 120 latidos por minuto. La temperatura normal en el recién nacido tomada por vía axilar o inguinal entre 36'5 º y 37 º. Si es mayor de 38º, se avisará al pediatra.

Algunas causas de temperatura elevada en el RN sano pueden ser reacción a demasiada ropa, habitación demasiado caliente, deshidratación o infección. El RN sano tendrá aproximadamente 45 respiraciones por minuto, y es una respiración diafragmática y sincrónica tórax-abdomen; se descartará quejido, distrés respiratorio, taquipnea, etc. En relación al tono muscular, la normalidad cuando responde a estímulos, se mueve con movimientos simétricos y chupetea con facilidad. Se avisará al pediatra si no mueve algún miembro o está hipnótico.

Durante las primeras horas de vida el RN presenta una coloración roja intensa debido a la inestabilidad vasomotora y al enlentecimiento de la circulación periférica a los dos o tres días adquiere su color natural sonrosado. Deberá descartarse ictericia, palidez, cianosis, color rojizo, etc. Los primeros días los ojos pueden estar edematosos y con dificultad para abrirlos. El RN es un respirador nasal, los primeros días puede presentar rinitis. La boca está sonrosada y húmeda. Tanto niños, como niñas, pueden tener los pezones hinchados y presentar secreción debido a efectos de hormonas de la madre. No se debe tocar. En relación al cordón umbilical, se comprobará que la pinza está bien clampada. En unos días cambia de aspecto oscureciéndose y secándose en aproximadamente 7 a 10 días. El ombligo puede estar manchado de sangre hasta que cicatriza, es importante el secado de las zonas húmedas para evitar la aparición de infecciones. Siempre hay que descartar zonas de infección verificando el color y olor. En ocasiones 2- 3 días después del nacimiento, aparece un exudado vaginal y lechoso, que a veces es de color rosado, debido al cese de la acción de las hormonas maternas que se denomina pseudomenstruación. Las manos y los pies suelen estar fríos al tacto y tienen color azulado durante unas horas después del nacimiento, debido a la poca circulación periférica es normal y se llama acrocianosis. La piel del RN suele ser lisa, seca y estar cubierta en el momento del nacimiento por una sustancia blanquecina llamada vermix caseoso, son células y secreciones de glándulas que sirven para proteger infecciones cutáneas y nutrir la piel. Existe una descamación fisiológica hasta en el 75% de los RN, a término se inicia entre las 24-48h y pretérmino a las 2-3 semanas, se pueden utilizar lociones humectantes después del baño y jabones sin detergentes ni perfumes y que tengan aceite. Algunos RN desarrollan una coloración amarillenta llamada ictericia fisiológica, que se inicia a partir de las 24h de vida alcanzando su máximo al segundo o tercer día de vida, cuya distribución es cefalocaudal empezando por la cabeza extendiéndose a los pies a medida que los niveles aumentan. Se hace más intensa a los 7 días y desaparece a las dos semanas. Puede ser debida a la lactancia materna y se deben aumentar las tomas, al aumentar con ello las deposiciones y la eliminación de la bilirrubina. La ictericia fisiológica no requiere ningún tratamiento salvo observación.

La piel del RN es tan sensible y delicada que una pequeña irritación puede ser causa de que aparezcan áreas de aspecto urticaria llamadas manchas eritematosas.

- Milios: La piel de la nariz y la frente pueden tener manchas blancas muy pequeñas, ocasionadas por la obstrucción de las glándulas sebáceas que desaparecen en una semana.
- Lanugo: Cantidad de vello fino en hombros, espalda, frente y sienes del recién nacido, que desaparece al final de la primera semana.
- Mancha mongólica o manchas de Baltz: En algunos niños sobre todo en los de raza blanca, suelen aparecer zonas de color azul oscuro resultado de los depósitos de melanina en los glúteos, hombros o espalda. No tiene que ver nada con el mongolismo. Estas manchas desaparecen espontáneamente durante el primer año de vida.
- Exantema toxoalérgico: Lesiones maculosas en la piel con vesículas al centro, característico de los recién nacido y no precisan tratamiento.

Traumatismos del parto: Entre ellos, encontramos:

- Caput succedaneum: Lesión muy frecuente caracterizada por edema mal delimitado que aparece en la zona de presentación en los partos en cefálica. Dicha tumefacción contiene suero y/o sangre y se por la compresión que ejerce el útero y las paredes vaginales sobre la cabeza del niño. El edema es superficial y puede sobrepasar la línea media y las suturas. No requiere tratamiento especial y se resuelve espontáneamente en tres cuatro días.
- Fractura de clavícula: Es la fractura más frecuente durante el parto y generalmente es en tallo verde. Se produce en retención de hombros en partos de niños grandes para la edad gestacional. Cuando la fractura es completa puede producir disminución o ausencia del movimiento del brazo afectado, dolor a la movilización y reflejo moro incompleto.
- Tortícolis congénita: Se produce por un hematoma del esternocleidomastoideo secundario a partos en los que hubo hiperextensión del cuello. Al examen físico presenta un aumento del volumen en relación al tercio inferior del esternocleidomastoideo, fácilmente visible alrededor del séptimo día de vida, duro a la palpación y que provoca rotación de la cabeza hacia el lado afecto con dificultad para girarla hacia el lado opuesto. Esta reabsorción del hematoma se demora hasta 4-6 meses.

Regurgitación y vómito: Se denomina regurgitación a la expulsión por la boca de

pequeñas cantidades de alimento que no se acompaña de náuseas ni esfuerzos. Se considera un proceso fisiológico debido a la inmadurez del cardias, ya que es poco continente. En el primer mes lo sufren el 90% de los RN y disminuye a los 3 meses. El proceso suele durar poco tiempo, aunque en algunos niños se puede prolongar meses y habría que consultar al pediatra. El vómito los primeros días de restos de mucosidades y líquido amniótico se considera normal, pero se debe vigilar. No se considera normal la regurgitación que se acompaña de otros trastornos, que produce intranquilidad o interfiere en la ganancia de peso, y el vómito como expulsión violenta de contenido gástrico. Para reducir su incidencia debemos procurar que el niño trague poco aire, alimentándole sin prisas, mantener un ambiente tranquilo en la toma, hacer pausas, no moverlo demasiado después de comer y en caso de Lactancia Artificial, vigilar si existe una administración excesiva de leche.

Mucosidades y estornudos: El feto en el interior del útero, está sumergido en el líquido amniótico; al nacer, se produce la sustitución de líquido intrapulmonar por aire. Es normal que los primeros días el neonato lo expulse mediante tos o estornudos. Normalmente, el RN expulsa las flemas solo o sacándoselas de la boca con una gasa, pero si no fuera suficiente se recurrirá a la aspiración.

Deposiciones: La primera deposición se efectuará en las primeras 24h; si se retrasa, se debe avisar a los pediatras. El calostro facilita su eliminación. Las primeras deposiciones durante los primeros dos o tres días, se denominan meconio, y son de color verde oscuro casi negras, de consistencia pastosa y pegajosa. Tras la emisión del meconio, el neonato puede pasar bastantes horas sin defecar, hasta que se instaura la lactancia materna. Las posteriores deposiciones son de transición, verde-amarillentas y aún con restos de meconio. Hacia los cinco o seis días ya elimina, las definitivas; que pueden variar según tome leche materna o artificial suelen ser más 3-4 deposiciones al día si está siendo alimentado con leche materna, es posible que no hagan una deposición diaria, si está tranquilo y se alimenta no es signo de alarma. Con lactancia materna suelen ser bastante líquidas, emitidas en pequeñas cantidades, pueden variar de amarillentas a verdes y su número puede ser variable (de una después de cada toma de pecho a pasar dos días sin apenas defecar una vez establecido el patrón de defecación del bebe). En el caso de lactancia artificial, son más compactas y menos numerosas, de color ocre pálido. En niños alimentados con Lactancia Materna a partir de la 3ª semana pueden estar varios días sin realizar deposiciones.

Micción: Se valorará la presencia de la primera micción en las primeras 24h de vida.

Los primeros días, los niños orinan poco y concentrado, pero a partir de la subida de la leche, la frecuencia es de 5 a 8 veces al día o cada 4h. La orina normal es de color paja y casi inodora. En ocasiones pueden aparecer manchas rojo-anaranjadas en el pañal debido a la presencia de uratos y no tiene significado patológico. En los primeros días un signo importante para evaluar si un niño está obteniendo la suficiente leche materna es que este moje al menos 5 o 6 pañales, sin embargo, es más importante el volumen que la frecuencia y que el aumento de peso sea aceptable y el niño esté contento.

Gases: Todos los bebés, ya tengan lactancia materna o alimentación artificial, tragan aire. Ello es debido, bien a que coman con ansia o bien porque al mamar, la boca no se ajusta correctamente al pezón de la madre. Para intentar paliar las molestias que esta ingesta de aire puede causar al bebé, se debe seguir una sencilla medida cuya técnica la madre debe conocer y que es la siguiente: se debe hacer que el bebé expulse el aire cuando pare en la toma, a media toma y al final. Se le mantiene incorporado con la cabeza encima del hombro materno o bien colocándolo boca abajo en nuestras piernas y dando un suave masaje. Cuando aguante bien la cabeza (más allá de los 3 meses) se puede intentar con el niño sentado. Con la lactancia artificial, hay que hacerles una pausa a la mitad del biberón para que expulsen el aire. Para evitar que traguen más aire hay que mantener el biberón lo suficientemente inclinado para que la tetina permanezca en todo momento llena de leche. En cualquier caso, si después de la toma el bebé se queda tranquilo, no necesita expulsar el aire y no debemos despertarlo para ello.

Cólico del lactante: Uno de cada cinco bebés padece cólicos de diversa intensidad durante los primeros tres meses de vida. Aparecen antes del 3 mes, el llanto dura 3 o más horas, se produce más de 3 días a la semana y dura más de 3 semanas. Generalmente, se presentan al anochecer y se caracterizan por la irritabilidad y el llanto del bebé, acompañado de dilatación del abdomen y flexión de las piernas. Entre los intervalos de las crisis de cólicos, el niño está contento, se alimenta con normalidad y crece de forma correcta. Existen muchas teorías acerca de la causa del cólico, pero ninguna definitiva. Aunque pueden no ser efectivas, algunas medidas para calmar el cólico pasan por la posición del bebé: hay que sostenerle boca abajo bajo el brazo de la madre con la palma de la mano materna en el abdomen del bebé y la cabeza apoyada en la parte interna del codo con los pies colgando y la otra mano sobre la espalda del niño. Además, puede ayudar la realización de un masaje en la tripa del niño (no en el momento del cólico ni cuando acaba de comer), en el sentido de las agujas del reloj, flexionándole las piernas.

Llanto: Es un motivo de preocupación para sus progenitores, sobre todo si lo consideran excesivo y parece inconsolable siendo el origen de muchas consultas médicas. Sin embargo, el llanto es una expresión normal en los bebes durante los primeros meses de vida. Las funciones del llanto son comunicar las necesidades básicas y vitales durante la etapa preverbal, además de ser un proceso fisiológico beneficioso que desempeña un papel central en la restauración del balance y resolución del trauma. Los primeros meses el llanto sirve de comunicación, descarga y desahogo emocional; solo un niño más mayor puede utilizar el llanto para manipular. Es importante no actuar con nerviosismo, ya que el bebé lo nota y se inquieta más. Si la situación es agotadora o difícil, permitir que nos ayuden, ya que de las intervenciones llevadas a cabo para calmar el llanto de la más efectiva es el apoyo familiar. Posiblemente el origen del llanto sea la maduración cerebral del bebe y su intensidad dependa de variaciones en el temperamento individual de cada bebe. El estilo de crianza elegido por la familia tiene distinto impacto en los resultados en llanto y sueño. La frecuencia e intensidad del llanto tiende a disminuir espontáneamente a los 4 meses de edad.

4.4 Aseo y cuidados del recién nacido

El baño se puede realizar desde el primer día, no más de 5 minutos si el cordón no se ha desprendido aún, tiempo máximo de inversión para evitar que la humedad pueda provocar heridas o infecciones en la zona del ombligo. No es necesario bañar al niño diariamente, se recomiendan 2-3 veces en semana y a la hora que mejor se adapte a la familia y siempre de forma relajada.

Se recomienda que la habitación esté entre 20 y 22ºC y sin corrientes, que el ambiente sea tranquilo. Se sujetará al niño de forma segura y nunca se dejará solo en el baño. La temperatura del agua entre 36,5 7 37º C. Se recomienda tener todos los objetos necesarios a mano antes de comenzar el baño. No se deben usar polvos de talco.

Procedimiento:

- Secuencia: Se realiza de la zona más limpia a la más sucia (ojos, oídos, nariz, tronco, extremidades, pliegues, genitales, cabello).
- Se puede bañar al niño desde el primer día por inmersión (bañera) o ducha (aunque no se haya caído el cordón). Es normal que éste se engrose. Si no se desea bañarlo, se puede lavar con esponjas específicas húmedas.
- Secado rápido con la toalla (insistiendo en los pliegues), para evitar que se enfríe.

Diariamente sí debemos lavar; cara-ojos, manos, oídos y área genital. Los ojos se

lavarán con gasa y suero fisiológico. Se debe utilizar una gasa distinta para cada ojo para evitar con terminación cruzada. De parte más interna a más externa. Los oídos se limpian diariamente, el pabellón de la oreja por delante y por detrás. Nunca se debe limpiar el conducto auditivo ni intentar extraer la cera que segrega el oído. Si se observa que tiene dificultad para respirar o mocos, hacer lavados con suero fisiológico. En cuanto a los genitales, en el caso de la niña se abrirán un poco los labios y se limpiarán de delante hacia atrás. En los niños se retirará suavemente el prepucio. No se debe tocar en caso de fimosis fisiológica (hasta los 3 años).

Las uñas se pueden cortar desde el primer día, aunque hay que tener en cuenta que están muy adheridas a la piel. Las tijeras deben ser de punta roma; un buen momento es cuando el niño duerme. Se deben cortar cuadradas, con una vez a la semana es suficiente. Siempre se debe hacer si es necesario, si existe riesgo de que el niño se arañe.

El ombligo suele ser puerta de entrada para posibles infecciones. Estudios han demostrado que es suficiente con la higiene diaria y mantener el ombligo limpio y seco para evitarlas: hay pruebas significativas para sugerir que la aplicación tópica de clorhexidina en el cordón umbilical reduce la mortalidad neonatal y la onfalitis en ámbitos no hospitalarios y de atención primaria en países en vías de desarrollo. Puede aumentar el tiempo de caída del cordón, sin embargo, no hay pruebas de que aumente el riesgo de morbilidad o de infección posterior a su uso. En caso de riesgo de infección se puede realizar dos curas a diario con clorexhidina, dando unos toques en el cordón, y posteriormente, dejarlo al aire. No se debe cubrir con gasas o fajines. El pañal se debe colocar por debajo para evitar rozaduras. Se debe prestar especial atención en los niños que al realizar las micciones pueden mojar de orina el cordón por lo que se ha de tener en cuenta al cambio de pañal para evitar que se quede húmedo. Cuando se desprenda el cordón, puede aparecer un color amarillento dentro del ombligo, pero es normal hasta que cicatrice del todo. Se considera signo de alarma el hecho de que a los 10-14 días el cordón continúe blando o enrojecido o si cambia de color u olor. Al caerse el cordón el ombligo queda 0.5-1 cm fuera, con el tiempo se irá colocando en su lugar.

Utilizaremos ropa cómoda, que no apriete y preferentemente de fibras naturales. Deben evitarse los tejidos de pelo, las cuentas, botones, cordones o cualquier elemento que suponga un riesgo. La ropa debe ser similar a la que nosotros llevamos, ni abrigarlo demasiado, ni tenerlo con poca ropa. Lavar la ropa con jabones neutros y aclarar muy bien.

La habitación debe estar bien acondicionada, tener una temperatura media constante (19-20º C), ambiente tranquilo y buena ventilación. El bebé debe estar en un ambiente sin humo.

El colchón de la cuna debe tener una base firme, no se debe usar almohada. Retirar la cadena del chupete, imperdibles, cintas, tiras de juguetes, etc. Desde la primera semana es

conveniente salir a diario a pasear al aire libre, evitando la exposición directa al sol hasta los 3 años, en verano se debe usar protección solar mayor a 30.

No existe justificación para manipular enérgicamente al niño (en la gestación se encuentra protegido a nivel térmico, acústico y luminoso, flotando en un medio que amortigua los movimientos). La manipulación debe ser suave pero firme, y poner especial atención en mantener limpias las manos, uñas cortas y evitar el uso de joyas. Para levantar al niño de la cuna, se desliza una mano hasta el cuello y los hombros, y la otra en las nalgas o entre las piernas. Existen técnicas para sostener al neonato fuera de la cuna:

- En silla de montar: se debe coger al niño sujetando la cadera y la cabeza se apoya en el brazo materno. Se emplea sobre todo para la alimentación y para el baño. Brinda calor y cercanía y seguridad, permite el contacto ocular y libera una de las manos de la persona que manipula.
- Posición erguida: se debe tener cuidado especial en la manipulación de niños tras un forceps, con una luxación o fractura de clavícula.

La Sociedad Española de Neonatología y Medicina Perinatal aconseja a los neonatos sanos, la posición en la cuna de decúbito supino, en un colchón firme y con poca ropa encima. El decúbito lateral es igualmente un factor de riesgo al ser considerada "inestable" dada la mayor probabilidad de que el niño, especialmente de menor edad, acabe durmiendo en prono al perder esa posición.

4.5 Plan de prevención de minusvalías

Detección de metabolopatías: El cribado metabólico neonatal es la determinación analítica que se realiza en los primeros días de vida mediante punción del talón y recogida por impregnación de una gota de sangre en papel de filtro, según la técnica denominada de mancha seca o dry spot. La detección de metabolopatías congénitas tiene como objetivo la detección precoz de trastornos metabólicos en los que existe una intervención eficaz que permite modificar favorablemente el pronóstico de las situaciones sometidas a cribado. Esta prueba del talón permite detectar, entre otras, la fenilcetonuria, el hipotiroidismo y la fibrosis quística. El resultado de la prueba de cribado debe estar disponible en los primeros quince días de vida.

Criterios mínimos de oferta: Determinación a todos los recién nacidos de los metabolitos necesarios para el diagnóstico de las enfermedades incluidas en el cribado. Se recogerá una única muestra de sangre del talón del recién nacido el 3er día de vida (48-72h), si no fuera así,

siempre es deseable que sea antes del 5º día, y habitualmente en los centros de Atención Primaria.

En los casos que se detallan a continuación es necesario tomar una segunda muestra:

- De manera rutinaria para confirmar los resultados de la prueba de hipotiroidismo.
- A las dos semanas de vida (15 días) en caso de: Recién nacido de bajo peso (igual o menor de 2.500 g); edad gestacional inferior a 37 semanas; neonatos de partos múltiples; neonatos con síndrome de Down.
- Nueva muestra para cribado neonatal al alta hospitalaria en caso de: gran prematuro (< 31 semanas); muy bajo paso (< 1500 g).
- A los tres meses de vida en caso de recién nacidos politrasfundidos.
- A petición del laboratorio de referencia: Por muestra inadecuada o resultado de la primera muestra dudoso.

De ser posible, se debe utilizar el amamantamiento por su madre para aliviar el dolor en neonatos a los que se les somete a un procedimiento doloroso único, como es la punción del talón. La estimulación sensorial, ya sea táctil con masajes, caricias, contacto piel a piel, contacto visual, uso del chupete, envolver con paños calientes, puede reducir la respuesta dolorosa tanto si se asocia como si no a la lactancia materna o a la administración de sacarosa.

Procedimiento:

- Envolver el pie en una compresa caliente para producir una hipertemia, lo que incrementa la vascularización y permite una recolección más fácil.
- Seleccionar el área de punción. Puncionar los laterales, no utilizar el centro del talón, ya que hay una incidencia aumentada de osteomielitis cuando se utiliza esa zona.
- Limpiar el área con la torunda desinfectante y dejar secar. Si el área está humedecida con alcohol puede ocurrir hemólisis, alterando los resultados de las pruebas en sangre.
- Rodear el talón con la palma de la mano y el dedo índice.
- Hacer una punción rápida y profunda con un dispositivo de punción para talón o una lanceta estéril (profundidad inferior a 2 mm).
- Exprimir suavemente el talón y colocar el papel de filtro en el sitio de la punción. Dejar que se absorba una cantidad de sangre suficiente para llenar por completo el círculo preimpreso en el papel de filtro. Llenar todos los círculos necesarios con

sangre. No acumular capas sucesivas de gotas ni aplicar sangre más de una vez al mismo círculo de obtención. Evitar tocar las gotas de sangre o que estas se rieguen. Puede ser necesario bombear suavemente el talón para mantener el flujo de sangre.

- Mantener una presión sobre el sitio de punción con una gasa estéril hasta que se detenga el sangrado. Colocar un algodón adherido para facilitar la hemostasia. Las complicaciones más frecuentes son osteomelitis, que aparece frecuentemente en el hueso calcáneo, por lo que se debe evitar la punción en el área central del talón y las escaras de talón que se producen cuando se han realizado múltiples punciones en la misma área. Es preferible evitar la punción de talón en estas circunstancias y utilizar otras técnicas de recolección de sangre.
- Rellenar correctamente la tarjeta.
- Dar documentación informativa a la madre.

Hipoacusia: Se realiza la prueba de detección precoz de hipoacusia a todos los recién nacido antes del alta con el fin de poder diagnosticar de forma precoz problemas de audición en la infancia y evitar problemas posteriores para el desarrollo del lenguaje. Consiste en la realización de una prueba de cribado muy rápida en la que se explora la cóclea. Esta prueba se recomienda realizarla en una habitación sin ruidos y con el niño relajado, por lo que sería recomendable hacerlas inmediatamente después de la toma. Todos los recién nacidos deben ser sometidos a cribado auditivo en su primer mes de vida. Los niños que no pasen la prueba deben recibir evaluación audiológica en los primeros 3 meses de vida.

Vacunación Hepatitis B: Se deja de administrar a los recién nacidos, a excepción de los casos en que la madre sea portadora del virus de hepatitis B, o se desconozca. La pauta de administración es: 2, 4 y 11 meses de edad.

Para los casos que precisen vacunación se procederá de la siguiente manera: la administración es por vía intramuscular profunda. Deberemos lavarnos las manos antes y después de tocar al niño, comprobar antes de la administración que el fármaco es el pautado, la dosis, la vía de administración, inspeccionar antes de la administración que no ha sufrido ninguna variación de color y que no contiene partículas extrañas. La conservación se realiza en frigorífico entre 2 y 8º C. No congelar. Desechar la vacuna que haya sido congelada. Se preparará el fármaco para su administración y se escogerá cuidadosamente la zona de la punción (cara anterior y lateral de la masa muscular del muslo; debe dirigirse en sentido

inferior en un ángulo de 45º con el eje longitudinal). Durante la inyección, se da un ligero pellizco con la mano libre para aumentar la masa muscular y estabilizar la extremidad. Debe ser una técnica rápida en la introducción de la aguja e inoculación, sin que sea preciso el aspirado previo. Se retirará la aguja con una maniobra rápida, aplicando sobre la piel una torunda de algodón o gasa con alcohol, con masaje en sentido circular para asegurar la absorción del medicamento. Se debe recoger el material y proceder a su limpieza o eliminación (la aguja se echará en la batea de objetos punzantes), registrar día, hora y dosis de administración. La vacunación se realizará en las primeras 12h de vida, preferiblemente mientras permanece en contacto piel con piel y si es posible durante el amamantamiento.

Si la serología materna es desconocida, debe administrarse al recién nacido la vacuna en las primeras 12h de vida e investigar la serología inmediatamente y, si resultara positiva, administrar 0,5 ml de IGHB dentro de la 1ª semana de vida, preferentemente en las primeras 72h.

Masaje en el recién nacido: El masaje es el arte de friccionar bien, de liberar la tensión de todas y cada una de las partes del cuerpo. Es una forma de contacto, que con asesoramiento y práctica, proporcionará un mayor conocimiento y comprensión del bebé. Los objetivos buscados son conseguir que los padres conozcan las ventajas y/o beneficios del masaje en el recién nacido, que los padres sean capaces de realizar correctamente el masaje a su bebé, enseñar a los padres a relajar al niño y facilitar la creación y fortalecimiento de los vínculos afectivos. No dar masaje terapéutico. Los beneficios obtenidos son el contacto físico, ya que el tacto es el medio de comunicación predominante para el recién nacido y es esencial para el desarrollo físico y emocional del bebé.

Asimismo, el masaje estimula los sistemas circulatorio, respiratorio, intestinal, hormonal e inmunológico, la coordinación muscular, favorece la flexibilidad y produce relajación y permite conocer mejor al bebé y potencia los lazos padre/madre/bebé. El masaje puede ser a diario. Cada padre/madre/bebé debe preparar su lugar y encontrar su momento óptimo. La habitación será cálida, se debe poner música tranquila, hablar. Quien da el masaje debe estar relajado y no tener prisa. Se dispondrá de una superficie suave y confortable para tumbar al bebé. Las manos deben estar calientes, uñas cortas y evitar anillos. Se usarán aceites vegetales, que no se deben verter directamente sobre la piel del bebé, sino en un cuenco para poder untar las manos. Comprobar que el aceite no da alergias. El bebé debe estar desnudo. No se debe masajear en contra de su voluntad.

El masaje no debe durar mucho tiempo, cinco minutos aproximadamente; si el niño es muy pequeño, poco a poco se puede alargar durando de 15-30 minutos. No dar el masaje cuando el niño esté irritado, ni cuando acaba de comer.

La posición podrá ser sentada sobre los talones, sentada entre los pies, sentada con las piernas abiertas o apoyando la espalda sobre un almohadón y flexionando las rodillas, apoyando bien la espalda y la cabeza.

La secuencia del masaje será:

- Piernas: Tener cuidado con los niños que presentan luxación de cadera. Sujetar la pierna en vertical, hacer movimientos rotatorios con ambas manos en dirección contrario hasta llegar al tobillo, presionando suavemente. Rotar entre nuestras manos la pierna del bebé. Estirar los dedos de los pies con nuestros pulgares o con la palma de la mano sin forzar el reflejo de prensión.
- Abdomen: El abdomen se masajea siguiendo el sentido de las agujas del reloj, dibujando una "U" invertida. Deslizar la parte exterior de las manos, una tras otra, hacia abajo. Caminando con las puntas de los dedos de derecha a izquierda.
- Pecho: Colocar las dos manos juntas en el centro del pecho. Masajear hacia arriba y hacia fuera hasta los hombros. Volver a llevar las manos al pecho bajando por los costados. Colocar las manos en los hombros y acariciar con los pulgares desde el esternón hacia fuera con movimientos circulares, apretando al mismo tiempo suavemente los hombros.
- Brazos: Levantar el brazo y masajear la axila. Levantar el brazo en vertical y envolverlo con las dos manos desde el hombro hasta la mano haciendo movimientos rotatorios hacia delante y hacia atrás, al mismo tiempo apretar suavemente.
- Rostro: No utilizar aceite. Comenzar en la frente con los dedos pulgares abriendo en abanico, continuar a los lados de la nariz, mejillas y por último, labio superior e inferior dibujando una sonrisa.
- Espalda: Poner al bebé boca abajo. Iniciar el masaje en la parte superior de la espalda colocando las manos en ángulo recto a la columna. Mover una mano en dirección contraria a la otra, de izquierda a derecha de la espalda del bebé, hasta llegar al culito. Después repetir en dirección a los hombros, y otra vez hacia abajo hasta llegar al culito.

4.6 Vínculos y lazos afectivos

Apego: La vinculación afectiva o apego consiste en una relación emocional íntima entre dos personas, que se caracteriza por el afecto mutuo y el deseo de mantener proximidad. Las principales funciones del apego consisten en favorecer la supervivencia, la seguridad, la protección y el correcto desarrollo social.

El vínculo afectivo materno/paterno filial es el que promueve la protección, la supervivencia y la continuidad de la especie al asegurar los cuidados maternales durante la infancia. Uno de los métodos para favorecer el apego es el método canguro.

El contacto piel con piel del RN con su madre/padre desde el nacimiento y durante la lactancia, además de fomentar el vínculo madre/ padre criatura, produce otros beneficios entre los que cabe destacar:

- Refuerza la lactancia materna.
- Disminuye el riesgo de infecciones.
- Mejora el desarrollo cognitivo.
- Disminuye el nivel de estrés de la criatura.
- Aumenta los periodos de sueño.

El Método de Cuidado Madre Canguro (MMC) se define como el contacto piel a piel entre una madre o padre y su recién nacido. En la definición más amplia del MMC se incluye que el niño esté con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y que se intente el alta temprana del hospital.

Beneficios del cuidado canguro:

- Los recién nacidos prematuros cuidados bajo el MMC presentan una mayor estabilidad de las constantes vitales.
- Durante el MMC los niños consiguen tener un mayor periodo de sueño, siendo esté más profundo y estable; incluso hay estudios que demuestran que la maduración de los patrones de sueño se ve favorecida por el MMC.
- El MMC favorece la lactancia materna, incrementando su duración, incluso la producción láctea de las madres.
- Existe una reducción de las infecciones nosocomiales y la gravedad de las enfermedades que pueden acontecer durante el ingreso de los niños prematuros.
- Cuando los niños se encuentran en canguro con sus padres sienten menos dolor ante los estímulos dolorosos, evitando por tanto, el efecto los efectos no deseados que tiene el dolor sobre los cerebros en desarrollo.

Vínculos: Los vínculos son lazos duraderos o relacionados de afecto entre las personas. En las familias se establecen entre los padres y los hijos y entre los hermanos. Su objetivo es fomentar el establecimiento de vínculos y lazos afectivos. En el establecimiento de vínculos existe un periodo crítico, en el que si no se produce la vinculación, ésta no va a existir, y un periodo sensible, en el que el RN está en condiciones de establecer relaciones con adultos a través de mecanismos de interrelación sensoriales: sonidos, voces, palabras, etc. Si no se da es imposible de recuperar, lo cual provoca en el RN un desarrollo con conflictos.

Interacción madre-hijo: El niño es reclamado físicamente e identificado psicológicamente por ella. Comienza en el segundo trimestre del embarazo. La evolución de este afecto depende de varios factores como son: paridad, experiencias paternales anteriores, actitudes paternales hacia el lactante, situación socio-económica y patología de la madre y del RN. Cuando las condiciones post-parto son óptimas, la madre y el RN están preparados para relacionarse de manera efectiva. Situaciones como fatiga, dolor, frío, temblores, hambre y sed pueden disminuir el potencial para la interacción humana en la madre. Dentro de esa interacción materno-infantil existen tres fases:

- Fase introductoria: Las primeras horas e incluso minutos después del parto, son periodos sensibles para la vinculación madre-lactante, por tanto, tan pronto como sea posible el RN necesita reunirse con sus padres.
  - En el primer contacto con el RN normal, se evidencia el siguiente patrón de comportamiento en la madre:
  - Exploración con la punta de los dedos las extremidades del RN.
  - Contacto palmar con áreas corporales más grandes.
  - Abarcamiento del neonato con toda la mano y los brazos.
  - Aumento de la excitación y regocijo materno.
  - Sonrisas y besos al RN.
  - Disposición materna al RN para favorecer contacto cara a cara.
  - Acuna al RN.
  - Interés por mantener al neonato con los ojos abiertos y cuando los abre, le saluda y la habla con tono agudo de voz.
  - Tendencia a responder verbalmente a los sonidos que emite el RN, la capacidad de interpretar el llanto aumenta la autoestima de la mujer.
  - Identificación del bebé como suyo.
  - Relación del comportamiento y apariencia del RN con alguien o algo familiar.

- En el RN, en las primeras horas de vida, se observan la fase de alerta durante los primeros 30 minutos de vida, el RN está despierto, activo, ojos abiertos, con llanto vigoroso, realiza movimientos de succión.

- Fase de regulación mutua: Cuando realiza las tareas necesarias para la atención infantil (alimentación, baño, consuelo...), la madre reconoce que existe discrepancia entre sus deseos y las necesidades de su hijo. Para evitar trastornos en la relación, la solución ideal debe encontrarse en el término medio.
- Fase de reciprocidad: Ciclo interactivo que ocurre entre la madre y el RN. Cuando es sincrónica la interacción madre-hijo es gratificante y las dos partes la buscan y la inician. Necesita estímulos por ambas partes, pero un estímulo excesivo o inapropiado de la madre puede originar asincronía en la interacción.

Interacción padre-hijo: Algunos padres demuestran comportamientos de vinculación hacia el feto ya en el embarazo. Los padres también desarrollan conductas específicas durante el proceso de vinculación afectiva que incluyen preocupación, interés y atención focalizada en el neonato. Algunas de sus características son reconocimiento visual y táctil del RN, estudio de las características distintivas del RN, percepción del lactante como perfecto, sentimiento de regocijo, sentimiento de autoestima y satisfacción. Los comportamientos interactivos del padre y de la madre son diferentes y esto lo percibe el RN que además distingue tono de voz, olor y cualidades del contacto paterno.

Interacción hermanos-recién nacido: Es fundamental la preparación de los hermanos para la aceptación del nuevo miembro de la familia. Si el niño es muy pequeño conviene hacerlo sólo unas semanas antes del parto. En el postparto la visita a la madre al hospital y el contacto con el RN, hace que aumente su interés y disminuye la incidencia de conductas regresivas. Se ha comprobado que los niños con relación con el feto tienden a desarrollar más conductas vinculativas.

Debe efectuarse una valoración del vínculo inicial en diversas ocasiones para evitar atribuir demasiada importancia a una conducta en un momento determinado. Las conductas observadas deben anotarse con objetividad. La enfermera encargada del postparto debe observar el progreso de los lazos afectivos. El personal de enfermería está alerta de posibles problemas si la madre es joven o inmadura, si la madre vive en un ambiente hostil o solitario, si la madre está acosada por situaciones estresantes o por la llegada del nuevo hijo o si la madre fue separada del niño durante un periodo prolongado después del nacimiento. Igualmente, el personal de enfermería sospechará que existen problemas si uno de los padres

expresa sentimientos inadecuados en respuesta al llanto del niño, manifiesta problemas no resueltos acerca del niño soñado, manifiesta expectativas para el neonato muy alejadas de las posibilidades del desarrollo del bebé o no muestran tener un contacto físico próximo y tierno con el niño.

La intervención consistirá que cualquier acción que vuelva mínima la tensión mental y malestar físico o que vuelva máximos los sentimientos de bienestar y placer, tiene posibilidad de fomentar la interacción. Se debe desarrollar buenas relaciones con los padres y valorar sus conocimientos y necesidades, eliminar los obstáculos de contacto entre los miembros de la familia y el RN, permitiendo las visitas de los hermanos al hospital para lograr integrar en la familia al RN y ayudando a los padres a identificar, comprender y aceptar cualquiera de los sentimientos, tanto positivos como negativos, relacionados con la experiencia de la paternidad.

5. LACTANCIA MATERNA

5.1. Beneficios de la lactancia materna

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo RN. No solo considerando su composición sino también en el aspecto emocional ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad en todos los países del mundo. La leche materna contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida. Protege al niño frente a muchas enfermedades tales como catarros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante mientras el bebé está siendo amamantado; pero también le protege de enfermedades futuras como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio en la edad adulta y favorece el desarrollo intelectual. Los beneficios de la lactancia materna también se extienden a la madre. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el parto, también tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos. Desde otro punto de vista, la leche materna es un alimento

ecológico puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Además, debido a la menor incidencia de enfermedades, los niños amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y a la sociedad en medicamentos y utilización de Servicios Sanitarios y originan menos pérdidas por absentismo laboral de sus padres. Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad o más.

5.2 Anatomía y fisiología de la mama

La estructura del pecho materno incluye:

- El pezón y la areola: el pezón tiene un promedio de nueve conductos lactíferos que lo atraviesan hacia el exterior y también tiene fibras musculares y nervios. El pezón está rodeado por la areola, que es circular y pigmentada, donde se encuentran localizadas las glándulas de Montgomery. Estas glándulas secretan un líquido aceitoso que protege al pezón y a la areola durante la lactancia y produce un olor particular, para cada madre, que atrae a su lactante hacia el pecho. Cuando el reflejo de la oxitocina es activo, los conductos que se encuentran por debajo de la areola se llenan de leche y se tornan más anchos durante la mamada.
- El tejido mamario: Este tejido incluye a los alvéolos, que son pequeños sacos compuestos por células secretoras de leche y a los conductos que transportan la leche al exterior. Entre las mamadas, la leche se almacena en el lumen de los alvéolos y de los conductos. Los alvéolos están rodeados por una 'canasta' de células mioepiteliales (musculares), que se contraen y hacen posible que la leche fluya por los conductos
- Tejido conectivo de soporte y la grasa.
- Vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

  Las principales hormonas que regulan la producción de leche son: PRL, OXITOCINA y FIL. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina.
- Prolactina: Es necesaria para la secreción de la leche por parte de las células alveolares. El nivel de PRL en la sangre se incrementa de manera acentuada durante el embarazo y estimula el crecimiento y desarrollo del tejido mamario como preparación

para la producción láctea. Sin embargo, la leche no es secretada durante el embarazo, debido a que la progesterona y el PRL deja de ser bloqueada; en consecuencia, se inicia la secreción de leche. Cuando el lactante succiona, se incrementan los niveles sanguíneos de PRL, lo cual estimula la producción de leche por los alvéolos. Los niveles de PRL tienen un nivel máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de la mamada, de manera que su efecto más importante es producir leche para la siguiente mamada. Durante las primeras semanas, cuanto más el lactante succiona y estimula el pezón, más PRL se produce y, por lo tanto, se produce más leche. Este efecto es de particular importancia cuando se está estableciendo la lactancia. Si bien la PRL sigue siendo necesaria para la producción de leche, después de algunas semanas tanto el nivel basal como los picos de PRL son más bajos, pese a que la cantidad de leche es mayor. Parece que la PRL pierde importancia frente al control local de la producción de leche. Durante la noche se produce mayor cantidad de PRL, de manera que la lactancia durante la noche es especialmente útil para mantener el aporte de leche. Parece ser que la PRL provoca que la madre se sienta relajada y somnolienta, por lo que es usual que descanse bien incluso si amamanta durante la noche. La succión afecta la liberación de otras hormonas pituitarias, como ser la HLGn, la hormona FSH y la hormona LH, lo que provoca la supresión de la ovulación y de la menstruación. Las tomas nocturnas son importantes para el mantenimiento de la lactancia.

- Oxitocina: Provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan. Esto produce que la leche, que se encuentra almacenada en los alvéolos, fluya y llene los conductos. A veces, la leche es eyectada en finos chorros. El reflejo de oxitocina es llamado también “reflejo de salida” o “reflejo de eyección” de la leche. La oxitocina se produce con mayor rapidez que la PRL. Esto provoca que la leche que se encuentra en el pecho fluya durante la toma actual, lo cual favorece que el lactante obtenga la leche con mayor facilidad. Se inicia su acción cuando la madre tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre, como ser el tocar, oler o ver a su lactante, así como escuchar el llanto del lactante o tener pensamientos de amor hacia él o ella. Si la madre tiene un dolor intenso o está emocionalmente afectada, el reflejo de oxitocina puede inhibirse y la leche puede, repentinamente, dejar de fluir de manera adecuada. Si la madre recibe apoyo, recibe ayuda para sentirse cómoda y deja que el lactante continúe lactando, nuevamente se restablecerá el flujo de leche. En la práctica, es importante comprender el reflejo de oxitocina

debido a que explica el por qué es importante mantener juntos a la madre y a su lactante y por qué deben mantener el contacto piel a piel. Esta hormona provoca que el útero de la madre se contraiga después del parto y favorece la reducción del sangrado. Durante los primeros días, las contracciones uterinas pueden provocar un dolor intenso.

Las madres pueden advertir signos del reflejo hormonal, como puede ser sensación de 'cosquilleo' en el pecho antes o durante la lactancia, flujo de leche cuando piensa en el lactante o le escucha llorar, flujo de leche del otro pecho cuando el lactante está succionando, el flujo de leche a manera de chorros cuando se interrumpe la succión, succiones lentas y profundad y deglución de leche, lo cual demuestra que la leche está fluyendo hacia la boda del lactante, dolor o un leve sangrado uterino o sed durante la mamada. Si están presentes uno o más de estos signos, el reflejo de oxitocina está activo. Sin embargo, la ausencia de estos signos no significa, necesariamente, que el reflejo no está activo. A veces, los signos no son obvios y la madre puede no advertirlos.

La oxitocina también posee importantes efectos fisiológicos y se sabe que, en los animales, afecta al comportamiento de la madre. En los humanos, induce un estado de calma y reduce el estrés. También puede favorecer sentimientos de afecto entre la madre y el niño y promover el vínculo afectivo entre ellos. Las formas placenteras de tocar al lactante estimulan la secreción de oxitocina y también de PRL. El contacto piel a piel entre la madre y el lactante después del parto, favorece tanto la lactancia materna como el vínculo emocional.

- Factor inhibidor de la lactancia (FIL): La producción láctea también es controlada por una sustancia denominada factor inhibidor de la lactancia o FIL (es un polipéptido), que actúa por retroalimentación; este factor está presente en la leche materna. En ocasiones, uno de los pechos deja de producir leche mientras que el otro continúa haciéndolo, como en el caso de que el lactante succione solamente un pecho. Esto se debe a que el control local de la producción de leche es independiente en cada pecho. Si la leche no se extrae, el FIL se acumula y detiene la secreción por parte de las células secretoras, lo cual protege al pecho de los efectos dañinos de estar demasiado lleno de leche. Si la leche es extraída del pecho, también se extrae el factor inhibidor y la secreción de leche se reinicia. Si el lactante no puede succionar, la leche debe ser extraída. El FIL permite que la cantidad de leche producida esté determinada por cuánta cantidad de leche toma el lactante y, por lo tanto, por cuánta leche necesita. Este mecanismo es particularmente importante para la estrecha y continua regulación

de la producción de leche, después que la lactancia se ha establecido. En esta fase, la prolactina es necesaria para que ocurra la producción de leche pero no controla la cantidad de leche que se produce.

5.3 Composición de la leche materna

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

- Grasas: La leche materna contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, la leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño. El ADH y el AA son añadidos en algunas variedades de leches artificiales comerciales, pero esto no les confiere ninguna ventaja sobre la leche materna y no son tan eficaces como los que se encuentran en la leche materna.
- Hidratos de carbono: El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía. Otro tipo de hidratos de carbono, presentes en la leche materna, son los oligosacáridos, que brindan una importante protección contra la infección.
- Proteínas: La proteína de la leche materna difiere tanto en la cantidad como en la calidad de la encontrada en la leche animal; contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal. La mayor cantidad

de proteína que existe en la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. En relación a las proteínas solubles del suero, la leche materna contiene mayor cantidad de alfa-lactoalbúmina; la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana. Esta puede provocar intolerancia en los lactantes.

- Vitaminas y minerales: Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D endógena, si esto no fuera posible requerirá suplementación. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades; solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los 6 meses de edad. Se ha demostrado que el pinzamiento tardío del cordón umbilical hasta que deje de latir (aproximadamente a los 3 minutos) mejora la reserva de hierro durante los primeros 6 meses de vida.
- Factores anti-infecciosos: La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo Inmunoglobulinas, principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células, glóbulos blancos que destruyen microorganismos, proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos, y oligosacáridos que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas. La protección brindada por estos factores es de un valor inigualable para el lactante. Primero, la protección ocurre sin provocar los efectos de la inflamación, como puede ser la fiebre, la cual puede ser peligrosa para un lactante pequeño. Segundo, la IgAs contiene anticuerpos producidos por el cuerpo de la madre contra sus propias bacterias intestinales y contra las infecciones que ella ha padecido. De esta manera, estos anticuerpos protegen particularmente al lactante contra las bacterias que puedan existir en el medio ambiente donde se encuentra.
- Otros factores bioactivos: La lipasa estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. La grasa de las leches artificiales es digerida de manera menos completa. El factor epidérmico del crecimiento estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino del

lactante, de manera que tienen una mejor capacidad para digerir y absorber nutrientes, y son más resistentes a la infección o a la sensibilización hacia proteínas extrañas. Se ha sugerido que existen otros factores de crecimiento presentes en la leche humana que promueven el desarrollo y la maduración de los nervios y de la retina.

5.4. El curso de la lactancia: La lactancia materna en el parto y postparto inmediato

La intervención y el apoyo clínico a la lactancia se deben iniciar en la sala de parto, continuar en la planta de puerperio y extenderse hasta el postparto tardío, cuando la madre regresa a casa.

Un RN normal, a término, tiene capacidad neurosensorial y motora suficiente para reconocer el olor de la madre, visualizar el pezón-areola y acoplarse para succionar vigorosa y armónicamente. Si después de nacer es dejado sobre el abdomen de su madre, el intenso reflejo de búsqueda del pezón, hace que el niño repte instintivamente buscando el pecho, si se los deja tranquilos durante más o menos 40 minutos. Si esto no sucede, la madre lo puede acercar para que trate de encontrarlo. Antes de los 20 minutos el niño generalmente sólo boquea y lame el pecho, sin llegar a acoplarse al pezón y succionar. Luego, cuando lo visualiza, efectúa un pequeño impulso con las piernas y brazos, y después de algunos intentos de ubicación, se acopla perfectamente y succiona.

Los primeros minutos de vida del RN son de extraordinaria importancia para lo que serán posteriormente las funciones básicas del niño, entre ellas el amamantamiento. La secuencia lógica de los acontecimientos hormonales hace que después del parto se intensifiquen en el niño los reflejos de búsqueda del pezón y de succión, y a su vez, en la madre, la secreción de oxitocina ayuda a la expulsión de la placenta, contrae las paredes uterinas para evitar la hemorragia, y protruye el pezón y el cono areolar para facilitar el acoplamiento de la boca del niño en la primera puesta al pecho.

Para garantizar el apoyo adecuado en este periodo crítico es necesario poner en práctica algunas ideas fundamentales:

<u>Contacto precoz “PIEL CON PIEL”</u>

Son varios los estudios aleatorios que han investigado la influencia del contacto precoz piel con piel sobre el inicio y la continuación de la lactancia, y en algunos casos sobre otros

aspectos de la interacción entre madre e hijo. Tanto el contacto precoz piel con piel como la oportunidad de mamar en las primeras horas de vida son importantes. Se ha comprobado que los RN que permanecen en contacto piel con piel con las madres los primeros 20 minutos de vida, mamaron de forma exclusiva durante 1,3 meses más, y fueron destetados 2,1 meses más tarde, que los que no disfrutaron de ese contacto inicial. Además, se ha demostrado que los RN en contacto piel con piel con su madre tiene la temperatura y la glucemia más altas (aunque no hayan mamado), menor frecuencia respiratoria (menos distrés) y lloran mucho menos que los que están en una cuna. La madre es la mejor fuente de calor para el RN: Siempre a temperatura constante, sin peligro de enfriamiento o sobrecalentamiento accidental. El contacto deber ser piel con piel, pues la ropa impide la transferencia de calor. Es un error vestir al niño o a la madre para que no se enfríen, pues la ropa no produce calor, sino que evita su pérdida. Los RN son propensos a la hipotermia precisamente porque no logran producir suficiente calor endógeno, y necesitan una fuente externa de calor (la madre).

También la práctica del aspirado gástrico, totalmente innecesaria, interfiere con la conducta del RN al buscar el pecho.

Inmediatamente después del parto, se seca al bebé con una toalla (para disminuir el enfriamiento por evaporación) y se lo coloca desnudo sobre su madre desnuda. Se tapa a ambos con una sábana. Se le puede poner un gorrito para evitar la pérdida de calor por la cabeza. Por supuesto, la temperatura de la sala de partos debe ser la adecuada para la comodidad de la madre y el niño. La valoración del Apgar y la identificación (pulsera, huella plantar,…) se realizan con el niño sobre su madre.

Otra ventaja del contacto precoz es que el lactante es colonizado rápidamente por la flora saprófita de su madre, antes que por la flora patógena que suele poblar los hospitales y de la que muchos profesionales somos portadores.

Lactancia precoz y exclusiva

Es importante que al niño se le ofrezca el pecho precozmente, a ser posible en la primera media hora tras el parto. Después de la primera hora, el RN suele quedar adormecido unas horas. Durante este tiempo, es recomendable que el bebé permanezca junto a su madre aunque no muestre interés por mamar y que se estimule el contacto piel con piel entre ambos. Así, puede ofrecerse el pecho tan pronto como se observe que el niño está dispuesto a mamar (movimientos de la boca buscando el pezón, hociqueo, aumento de actividad, chuparse los puños,...) y no solamente cuando llore. El llanto es un signo tardío de hambre. Cualquier mujer

puede ser capaz de alimentar a su hijo exclusivamente con su leche. La diferencia entre unos pechos grandes o pequeños, prácticamente, es la cantidad de grasa que contienen y no la cantidad de glándula productora de leche. Por otra parte, las causas que contraindican la lactancia materna (algunas enfermedades o medicamentos...) son muy raras, casi excepcionales. Hoy en día, casi todas las enfermedades maternas tienen algún tratamiento que se puede hacer sin tener que suspender la lactancia (consulta a tu pediatra). El principal estímulo que induce la producción de la leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces se agarra el bebé al pecho de la madre y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. La cantidad se ajusta a lo que el niño toma y a las veces que vacía el pecho al día. La calidad también varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo. Durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti-infecciosas; posteriormente aparece la leche madura. Su aspecto puede parecer "aguado" sobre todo al principio de la toma ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa. Sin embargo, no existe la leche materna de baja calidad; siempre esta adecuada al bebé y es todo cuanto necesita.

Una de las principales causas del fracaso precoz de la lactancia es la administración precoz de suplementos (leche o suero glucosado), en la falsa creencia de que los primeros días la madre no tiene leche suficiente. Muchas veces contribuimos a mantener esta creencia, con frases como "al principio no hay leche, sino calostro" o "hasta el tercer día no se produce la subida de la leche". El calostro no es más que un tipo de leche; el aumento de la cantidad de leche no es brusco al tercer día, sino gradual desde el primer día, y en todo caso, si el RN mama correctamente y a demanda desde el principio, la cantidad de leche es necesaria en cada momento.

Alojamiento conjunto

Las madres y sus hijos no se deben separar después del parto salvo que exista una justificación médica. Lo mejor es que el RN permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento y se le permita mamar espontáneamente siempre que lo pida.

Unas dos horas después del parto se pesa al RN, se le administran las medidas profilácticas oportunas, y se le devuelve con su madre. El bebé estará las 24h del día con su madre. Las exploraciones médicas pueden realizarse en la misma habitación, lo que permite responder al mismo tiempo a las preguntas de la madre. Tan pronto como pueda, la misma madre lavará y vestirá a su hijo, con la ayuda del personal de enfermería.

La madre duerme mejor y se siente más capaz de cuidar a su hijo cuando lo tiene con ella las 24h. Pronto aprenderá a distinguir el llantón de su hijo, y no se suele despertar cuando llora otro bebé.

El tipo de parto no tiene ningún efecto significativo en el momento de la subida de la leche ni en la concentración de los principales constituyentes en los primeros 7 días después del parto.

5.5 Técnica de la lactancia

La lactancia materna no es una habilidad innata sino que requiere aprendizaje. En circunstancias normales los dos requisitos más importantes para el éxito de la lactancia son la alimentación a demanda, sin horarios y una postura adecuada para darle pecho.

El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable por tanto y no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho "a demanda". Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24h. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho.

Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. En este último caso, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en éste. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acumulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro.

Aunque el niño tome el pecho muy a menudo o permanezca mucho tiempo agarrado en cada toma, ello no tiene porqué facilitar la aparición de grietas en el pezón si la posición y el agarre del niño son correctos.

Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Los reflejos principales son: el reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución. Cuando algo toca los labios o la mejilla del lactante, su cabeza gira para encontrar el estímulo y abre su boca, colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante. Este es el reflejo de búsqueda y está presente, aproximadamente, desde la semana 32 de gestación. Cuando algo toca el paladar del lactante, él o ella comienzan a succionarlo. Este es el reflejo de succión. Cuando la boca del lactante se llena de leche, la deglute. Este es el reflejo de deglución. Los lactantes prematuros pueden agarrar el pezón aproximadamente desde las 28 semanas de edad gestacional y pueden succionar y extraer algo de leche desde, aproximadamente, la semana 31. La coordinación de la succión, deglución y respiración aparece entre las semanas de gestación 32 y 35. A esta edad los lactantes sólo pueden succionar durante cortos períodos de tiempo, pero pueden recibir suplementación con leche materna mediante un vaso o taza. La mayoría de los lactantes son capaces de lactar completamente a la edad gestacional de 36 semanas. Cuando se está apoyando a la madre y al lactante, para el inicio y establecimiento de la lactancia materna exclusiva, es importante conocer estos reflejos, al igual que el grado de maduración del lactante. Esto permitirá saber si el lactante puede ser alimentado directamente con el pecho o si, temporalmente, requiere otro método de alimentación.

Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche el lactante necesita de un ‘buen agarre, de manera que pueda succionar de manera efectiva. Frecuentemente se presentan dificultades cuando el lactante no sostiene el pecho en su boca de manera apropiada y, por lo tanto, no puede succionar de manera efectiva.

Los puntos que deben ser advertidos son:

- Mucha areola y tejido subyacente, incluyendo los conductos mayores, se encuentran en la boca del lactante. Boca bien abierta.
- El pecho es traccionado para formar una larga ‘tetilla’, el pezón constituye sólo un tercio de la ‘tetilla’.
- La barbilla y la nariz junto al pecho.

- Los labios, especialmente el inferior, evertidos.
- Hay poca areola visible (especialmente la parte inferior).
- Realiza succiones y descansos. La madre le puede oir tragar.
- El lactante está succionando el pecho, no el pezón.

A medida que el lactante succiona, un movimiento ondular recorre la lengua desde adelante hacia atrás, presionando la tetilla contra el paladar duro, provocando que la leche se desplace hacia afuera, desde los conductos hacia la boca del lactante, para que sea deglutida. El lactante emplea la succión principalmente para traccionar el pecho y mantenerlo dentro de su boca. El reflejo de la oxitocina hace que la leche fluya a través de los conductos y la acción de la lengua del lactante consiste en presionar la leche que existe en los conductos dirigiéndola hacia su boca. Cuando el lactante tiene un buen agarre la lengua no fricciona ni traumatiza la piel del pezón o de la areola. La succión es cómoda y, frecuentemente, placentera para la madre; ella no siente dolor.

En esta posición suelen ser perceptibles la succión y la deglución rítmicas. Las madres sólo suelen percibir sensaciones iniciales ("calambres" fugaces, de hormigueo o de pinchazos alrededor del pezón los primeros días) que se atenúan o desaparecen a lo largo de la toma.

Cuando no existe un buen agarre al pecho materno. Los puntos que deben ser advertidos son:

- Solamente el pezón se encuentra en la boca del lactante, no el tejido mamario subyacente ni los conductos.
- La lengua del lactante se encuentra hacia atrás de la boca y no puede alcanzar los conductos para presionarlos. Al no poder apretar el pecho con la lengua, el bebé intenta obtener la lengua haciendo el vacío, un método poco eficaz que exige más fuerza para obtener menos leche. Las mejillas se hunden, como al tomar un refresco con una pajita (normalmente, las mejillas del lactante no se hunden, sino que protruyen al mamar, como al masticar).
- La nariz está separada del pecho.
- La areola es muy visible.
- Sólo chupa el pezón.
- El pezón sale rayado o aplastado.
- La madre siente dolor con las tomas.

Cuando existe un mal agarre, la succión puede ser incómoda o dolorosa para la madre y puede lesionar la piel del pezón y de la areola, provocando úlceras y fisuras (o grietas) en el pezón. El mal agarre es la causa más común e importante de lesiones en el pezón, lo que puede causar una extracción ineficiente y una aparente baja producción de leche.

Para que exista un buen agarre, tanto el lactante como su madre deben estar en una posición apropiada. Existen diversas posiciones para ambos, pero es necesario tomar en cuenta algunos puntos que deben ser seguidos para cualquier posición.

Posición de la madre

La madre puede estar sentada, echada o parada, si así lo desea. Sin embargo, ella debe estar relajada y cómoda, sin ninguna tensión muscular, particularmente en la espalda. Si está sentada, su espalda requiere de un soporte y debería ser capaz de sostener al lactante contra su pecho sin necesidad de tener que inclinarse hacia adelante.

Posición del lactante

El lactante puede lactar en varias posiciones en relación a su madre, transversalmente al pecho y abdomen de la madre, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo.

El cuerpo del lactante debe estar derecho, no curvado o doblado. La cabeza del lactante puede estar ligeramente extendida hacia atrás, lo cual favorece que el mentón esté muy cerca del pecho.

El lactante debe estar frente al pecho. No todas las madres tienen el mismo tamaño y orientación de pechos, por eso la misma postura no sirve para todas. Unos pechos están más hacia la línea media, y otros hacia los lados. En unos casos, el pezón apunta hacia el frente, y el bebé debe estar totalmente enfrente de la madre; en otros, el pezón apunta más hacia abajo, y el bebé debe estar algo inclinado hacia arriba. Lo importante es que, antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón esté frente a la nariz del bebé.

El cuerpo del lactante debe estar próximo al de la madre, lo cual favorece la cercanía del lactante al pecho y que pueda tomar, en la boca, una buena porción.

El cuerpo entero del lactante debe estar sostenido. El lactante puede apoyarse en la cama, se puede emplear una almohada, puede estar en el regazo o los brazos de la madre. La madre no debe sostener el culito del bebé, sino su espalda, de modo que la cabecita no repose en el codo, sino en el antebrazo, frente al pecho. Éste es uno de los problemas que con más

frecuencia se ven en la práctica; muchas veces, basta con sugerir a la madre que mueva al bebé unos centímetros hacia sus piececitos.

5.6 Confusión entre pezón y tetina

Otro factor que contribuye a aumentar los problemas de succión es el uso de chupetes y biberones. La explicación popular es que el bebé acaba prefiriendo el biberón, porque es más fácil y cómodo. En realidad, para el lactante es más cómodo tomar el pecho, pues está anatómica y fisiológicamente preparado para ello. Se ha comprobado que los prematuros mantienen una temperatura, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno más estable mientras toman el pecho que mientras toman el biberón.

Lo que ocurre es que tomar el pecho y el biberón requiere movimientos muy distintos de la lengua. En el pecho, el movimiento es hacia dentro, para sacar la leche; y al mismo tiempo este movimiento tiende a introducir el pecho cada vez más en la boca. En el biberón, la leche sale sola, y el bebé mueve la lengua rítmicamente hacia fuera, para interrumpir el chorro de leche y poder tragar. Para evitar que la presión de la lengua saque el biberón de la boca, todas las tetinas y chupetes tienen engrosado el extremo, que actúa como tope.

El bebé que intenta tomar un biberón como si fuera un pecho se atraganta, se enfada y lo rechaza (además de rechazar el sabor y el tacto desconocidos). Si se insiste hasta conseguir que acepte el biberón, luego intentará tomar el pecho como si fuera un biberón. Pero el pezón no tiene la punta engrosada, y al empujarlo con la lengua se sale de la boca. La madre lo interpreta como un rechazo del pecho (o incluso como un rechazo hacia ella misma).

Cualquier suplemento, administrado con biberón o con otro método, interfiere con la lactancia, porque el lactante mama menos y por tanto se produce menos leche. Es importante recordar que, en el lactante pequeño, no sólo la leche artificial, sino también el agua con azúcar, las infusiones o el agua pura pueden desplazar a la leche materna. El objetivo principal, por tanto, no es substituir los biberones por vasos, sino evitar los suplementos innecesarios, y establecer las condiciones (lactancia precoz, a demanda, en posición correcta,…) para que disminuyan también los suplementos necesarios. Pero la tetina en sí, independientemente del contenido, también interfiere, y su uso repetido conduce al abandono precoz de la lactancia.

No se aconseja el uso de chupetes y biberones hasta que la lactancia materna no esté completamente establecida.

En los rarísimos casos en que un RN necesita algún otro líquido además de la leche materna, OMS y UNICEF recomiendan administrarlo con un método que no sea el biberón. Los RN pueden beber de un vaso con la misma rapidez y facilidad que de un biberón, y los prematuros tienen incluso mejor saturación de oxígeno mientras beben de un vaso.

5.7 Técnica de extracción de leche materna

La extracción de leche puede ser necesaria a lo largo de la lactancia con varias finalidades y requiere una técnica apropiada. Esta extracción puede ser necesaria para mantener la lactancia materna en caso de separación temporal, o para vaciar completamente las mamas si el bebé no lo hizo en la toma. Frecuentemente, se realiza antes de la toma, si el bebé no se puede agarrar por estar pezón y areola distendidos o para drenar el pecho en caso de ingurgitación u otro problema en los pechos.

Se debe empezar lo antes posible las sesiones de extracción. Los hospitales deberían de tener una sala adecuada para la extracción de la leche así como el instrumental necesario: sacaleches manuales y/o eléctricos, tubos estériles de recogida, nevera, sistema de identificación de las leches; así como personal cualificado para ayudar y enseñar a la madre a manejar toda la técnica.

La preparación incluye un adecuado lavado de manos, procurar un ambiente tranquilo y relajado y una posición cómoda. Si pechos duros, se deberá poner calor 5-10 minutos. Se realizará masaje suave sobre el pecho y se procederá a la estimulación suave de los pezones. Tras la extracción, deben dejarse unas gotas de leche sobre el pezón y secar al aire.

Es necesario tener preparado el recipiente de recogida si se va a conservar la leche, que deben ser de uso alimentario y encontrase limpios. La leche debe guardarse en pequeñas cantidades (60-120cc), sin llenar completamente el recipiente (la leche se expande al congelarse).Se debe etiquetar los envases con la fecha de extracción. Se puede juntar la leche extraída durante 24h en el mismo envase sometido a refrigeración en frigorífico.

Existen dos modos de extracción:

- <u>Manual</u>: Cómodo, barato y sencillo. Se coloca el pulgar en el borde superior de areola e índice en el inferior, a 3-4 cm del pezón, y el resto de la mano por debajo. Posteriormente se aprieta hacia el tórax y luego comprimir el pecho mientras se separan los dedos de la pared torácica (acción de ordeño). Al principio puede que no salga leche, pero después de hacer presión varias

veces comienzan a salir gotas o "chorros". No frotar ni estirar el tejido mamario. Rotar la mano alrededor de la mama para masajear y apretar todos los cuadrantes.

- Mecánica: Permite vaciar mejor los pechos, obteniéndose mayor volumen de leche rica en grasas. Se debe realizar succión gradual, de menor a mayor intensidad, según tolerancia materna. Si aparece dolor: Parar, aflojar y volver a empezar. Existen varios tipos de sacaleches, desde eléctricos (eficaces pero caros, de uso hospitalario aunque algunas empresas los alquilan), minieléctricos o a pilas (para vaciados ocasionales o en el trabajo) y manuales (el de bocina o perilla se desaconseja por ser difícil de limpiar y producir succión débil).

5.8 Conservación y administración de la leche materna

Una vez extraída la leche, hay que conservarla hasta que sea necesario dársela al bebé.

Se debe transportar en nevera portátil o bolsa-nevera provista de placa de hielo. Hay que llevarla lo antes posible al frigorífico o congelador. Cuantos menos cambios de temperatura tenga, mejor conserva todas sus propiedades.

La conservación será a temperatura ambiente (25ºC) durante 8 h, o en frigorífico 48 h. Se debe introducir en el fondo de la nevera y no colocar en la puerta, donde podría sufrir más alteraciones de temperatura.

La descongelación se realizará colocando el recipiente en el frigorífico o a temperatura ambiente y calentar con agua caliente. Una vez descongelado se puede mantener en el frigorífico hasta 24 h. No se debe dejar nunca que hierva, ni calentar en microondas. Se debe agitar antes de comprobar la temperatura. La leche descongelada no se debe volver a congelar, y se debe usar la leche más antigua.

5.9 Valoración de una lactancia adecuada y eficaz

Además de la posición, varios indicios nos pueden indicar si la lactancia es adecuada. Todos son orientativos, y se han de comprobar con el peso.

Deposiciones:

La primera deposición es el meconio: negra, pastosa y adherente. Luego siguen las deposiciones de transición, líquidas y grisáceo-verdosas. Las deposiciones normales del lactante amamantado son amarillas (a veces marrones o verdes), semilíquidas o pastosas, grumosas, de buen olor. Durante las primeras semanas suele hacer cada vez que mama, y a veces más. Más delante es probable que sólo haga una deposición cada varios días. Pero si un RN hace menos de tres deposiciones al día durante las primeras semanas, podría deberse a ingesta insuficiente de leche (aunque a veces es normal), y hay que comprobar si está comiendo lo suficiente.

Más que el número, es la consistencia de las deposiciones lo que debe alertarnos. El cambio de las deposiciones de transición a las típicas amarillas se produce cuando la cantidad de leche digerida es suficiente. Si a los 5-7 días no han aparecido las deposiciones típicas, se sospecha ingesta insuficiente.

Micciones

Durante los primeros dos o tres días, el RN orina poco, dos o tres veces al día. Al partir de entonces, suele hacer 6 o 7 micciones o más al día. Si no ingiere otros líquidos, eso indica que ha tomado una cantidad importante (pero no necesariamente suficiente) de leche. Se suele hablar de 6 a 8 pañales (de tela) mojados al día; los pañales modernos empapan mucho más.

Peso

A veces se comete el error de colocar el peso y otros indicios al mismo nivel. Deposiciones y micciones son sólo indicios indirectos, que nos indican la necesidad de comprobar el peso.

El RN pierde fisiológicamente un 5-10% con respecto al peso de su nacimiento. Posteriormente lo recupera si la Lactancia Materna está siendo adecuada. Recordar que las tablas de ganancia de peso son diferentes en los RN alimentados exclusivamente con leche materna.

5.10. Lactancia materna en situaciones especiales

Embarazo múltiple

Amamantar a dos o más bebés es un desafío para la madre y para el personal sanitario. Estos bebés tienen, además, más posibilidades de nacer prematuramente que cuando la

gestación es única. Esto será un problema más a superar, especialmente si necesitan ingresar en una unidad neonatal o en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Será en estos casos cuando más necesiten la leche de su madre y más apoyo tengamos que darle a ésta. El principal problema es organizativo y de falta de tiempo, no de cantidad de leche, ya que cuanto más succionen los bebés, más leche tendrá la mamá. Hay muchos estudios que demuestran que la cantidad de leche de la madre se adapta a las necesidades de sus hijos siempre que la lactancia se realice a demanda.

Un ejemplo histórico de que es posible amamantar a más de un bebé lo tenemos en las antiguas nodrizas o amas de cría, que se hacían cargo de la lactancia de hasta seis niños a la vez cuando la madre decidía no continuar con la lactancia, por el motivo que fuera. Para tener éxito lo más práctico es intentar amamantar a los dos bebés simultáneamente. Una vez que los bebés aprenden a mamar en una determinada posición, suelen mamar en la misma postura aunque el otro hermano no esté tomando en ese momento. De este modo, si en ese momento el otro bebé quisiera tomar el pecho, se podría incorporar en cualquier momento. Para el amamantamiento simultáneo pueden ser útiles distintas posturas como la del balón de rugby, la postura cruzada sobre la madre o amamantar en paralelo, con un bebé en balón de rugby y el otro, cruzado sobre la madre, de modo que los cuerpos de los dos bebés estén en la misma dirección.

Tener ayuda en casa es fundamental para el éxito de la lactancia, para ayudar a la mamá a colocarse a los bebés al pecho, asearlos, etc. La madre también necesitará disponer de un tiempo para su descanso, aseo y alimentación. En ocasiones la madre opta por una lactancia diferida, sacándose leche con un extractor y ofreciéndosela al bebé. Si lo que desea es ponérselos directamente al pecho más adelante lo mejor es darles la leche mediante un vasito o una cuchara, y no mediante biberón, ya que los bebés pueden sufrir la confusión tetina-pezón y posteriormente tener dificultades para cogerse al pecho. Para mantener la lactancia diferida la madre deberá realizar extracciones muy frecuentes, ya que el sacaleches estimula menos la producción láctea que la succión de los bebés.

Cesárea

Una cesárea es una intervención quirúrgica realizada para el nacimiento de un bebé. Las madres que tienen a sus hijos mediante cesárea tienen menores tasas de lactancia materna que las que tienen a sus hijos mediante parto vaginal. Esto parece deberse a creencias erróneas del entorno familiar y/o prácticas inadecuadas del hospital, y no tanto a la intervención en sí misma.

En la mayoría de los casos el bebé puede hacer su primera toma durante su primera hora de vida. La técnica anestésica utilizada para la cirugía suele ser la anestesia regional, que proporciona anestesia de la zona quirúrgica sin afectar al niño ni a la conciencia de la madre, que permanece despierta durante la cirugía. No es necesario esperar a que desaparezcan los efectos de la anestesia en la madre, ya que los medicamentos utilizados habitualmente son compatibles con la lactancia, y la concentración de los mismos en la leche materna es despreciable, si tenemos en cuenta que ya estuvo expuesto a estos fármacos intraútero. Además, la permanencia de los efectos de la anestesia permite que la mamá se coloque al bebé al pecho en distintas posiciones sin sufrir ningún dolor en la herida. Por el mismo motivo, es fundamental que la madre reciba un tratamiento adecuado para su dolor postoperatorio. El dolor puede influir negativamente en la producción de leche por mecanismos hormonales parecidos a los del estrés y por la disminución en el número de tomas.

La postura ideal para estas mamás es tumbada, con una o dos almohadas bajo la cabeza y la espalda. Para ofrecerle el otro pecho la mamá puede cambiar de lado o inclinarse hacia delante, aunque puede permanecer bastante tiempo en la misma posición sin ofrecer el otro pecho para evitar dolores en la herida con los movimientos. La ayuda del padre puede ser fundamental para colocar al bebé al pecho sin que tenga que moverse. En estas madres es más beneficioso el contacto permanente con su bebé para favorecer la subida de la leche que los cambios de posición frecuentes y dolorosos para ofrecerle los dos pechos. También se puede ofrecer el pecho sentada con el bebé en la postura del “balón de rugby”, sin que el bebé se apoye en la barriga de la madre. Si quiere darle pecho en la postura clásica, deberá colocar un cojín sobre su barriga para que el bebé no se apoye directamente en la herida y le haga daño con sus movimientos.

La lactancia materna debe ofrecerse siempre a demanda. No es necesario recurrir a chupetes, tetinas, ni biberones sin una causa justificada. La subida de la leche puede retrasarse si la madre y el bebé se separaron tras el nacimiento, pero si permanecieron en contacto piel con piel no tienen por qué diferenciarse de los nacidos vaginalmente.

Durante los primeros días estas madres van a necesitar ayuda para las tareas domésticas y para atender al bebé. Como el resto de recién nacidos, estos bebés pueden estar adormilados o llorar sin motivo aparente, y las madres no siempre están en condiciones de acunarlos y pasearlos, como los nacidos vaginalmente. En estos casos es especialmente importante la colaboración de la pareja.

Prematuros

Los prematuros son los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación. Los avances médicos han aumentado las posibilidades de supervivencia de lactantes de peso corporal cada vez más pequeño, de modo que, actualmente, el límite de viabilidad se sitúa en las 24 semanas de gestación y un peso corporal de 500 gr, aunque hay ejemplos de niños menores que han podido sobrevivir.

Para los prematuros la leche materna es especialmente importante, ya que además de los beneficios que tiene para los nacidos a término, en estos bebés tiene un efecto protector frente a infecciones, se digiere fácilmente y mejora su desarrollo psicomotor.

El principal problema nutricional de los prematuros es la interrupción de la circulación feto-placentaria cuando el aparato digestivo todavía no está maduro. El objetivo principal de su alimentación va a ser conseguir un crecimiento similar al que hubiera tenido intraútero si continuara la gestación. Distintos estudios han puesto de manifiesto que la leche materna continúa siendo el alimento ideal para estos niños. Cubre todas las necesidades de los bebés de más de 1500 gr de peso al nacimiento, ya que su composición varía cuando el niño nace prematuramente para adaptarse a sus necesidades.

La mayoría de los prematuros se puede alimentar exclusivamente con leche de su madre desde su nacimiento, sin necesitar ningún aporte extra de nutrientes. Sin embargo, los prematuros de muy bajo peso (<1500 gr) y los de extremadamente bajo peso (<1000 gr) sí van a tener necesidades nutricionales especiales. En estos casos puede ser necesario añadir determinados nutrientes y minerales a la leche materna.

En un primer momento, dependiendo del grado de prematuridad del bebé, puede ser necesario administrar la leche materna mediante una sonda nasogástrica. Se recomienda estimular la succión mientras se administra la leche por la sonda, usando un suplementador y colocando al niño al pecho de la madre durante la administración de la leche. Los chupetes y las tetinas no son recomendables ya que se puede producir la confusión tetina-pezón. La mayoría de los RN puede succionar correctamente el pecho desde la semana 32. Pensar que mamar directamente del pecho es agotador para el bebé es un error bastante común; sin embargo, distintos estudios han demostrado que se necesita menos energía para mamar que para tomar el biberón. Además, el bebé tolera mejor y más precozmente el pecho que el biberón. Si se duerme o se cansa durante las tomas, puede ser necesario administrar leche materna después de la toma o hacer las tomas más frecuentes. Para administrarla, utilizaremos un vasito, una cucharilla, una jeringuilla o un biberón-cuchara.

En algunos casos va a ser necesario administrarle al bebé leche artificial especial para prematuros o incluso alimentarlo a través de una perfusión intravenosa mientras la madre tiene la subida de la leche y/o la situación del recién nacido se estabiliza. Cualquier cantidad de calostro o leche madura que se extraiga la madre deberá entregarla en la unidad donde esté ingresado su hijo para que se la administren tan pronto como sea posible.

La madre necesitará información adecuada y apoyo emocional para conseguir producir la cantidad de leche que necesita el bebé, que es un reto para ella y para el personal sanitario. De todas formas, hay que tener claro que darle leche materna al RN prematuro es siempre beneficioso, aunque sea en pequeña cantidad. Para el bebé tan importante es la cantidad de leche materna que se le da como el cariño que puede recibir mediante la puesta al pecho y el contacto piel con piel, y la madre no se debe sentir mal si no consigue toda la leche que necesita al bebé.

Algunas recomendaciones para conseguir la producción láctea que necesita el bebé:

- Empezar con la extracción y estimulación de la leche materna lo antes posible.
- Permanecer con tu hijo el máximo tiempo posible.
- Ponerse al bebé al pecho.
- Realizar el método madre canguro (MMC).
- Si el bebé se cansa durante la toma, administrar más leche después con un vasito o cucharilla y hacer las tomas más frecuentes.
- Usar un sacaleches eléctrico doble.

- Realizar la extracción viendo a su hijo o inmediatamente después de realizar el MMC (método madre canguro).

El principal obstáculo para conseguir una lactancia materna exclusiva en estos bebés va a ser su ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales o en una unidad neonatal. Esto puede superarse fácilmente permitiendo a la madre permanecer con el bebé constantemente, en unidades de puertas abiertas. Lo ideal sería que las madres tuvieran habitaciones para poder descansar junto a sus hijos, aunque esto no siempre es posible.

Las unidades neonatales deben disponer de un lugar tranquilo para la extracción de la leche, y de sacaleches eléctricos a disposición de las madres. La extracción de la leche debe realizarse inmediatamente después de realizar el contacto piel con piel o, si la madre se encuentra cómoda, puede realizar la extracción de la leche delante de su hijo.

5.11 Afecciones de las mamas durante la lactancia

- Grietas: Suelen tener una relación directa con una técnica incorrecta. Cuando el bebé no está bien puesto al pecho y al mamar sólo coge el pezón, éste es traumatizado por las encías, produciendo un pezón doloroso y favoreciendo la aparición de grietas. También se producen por lavado frecuente o aplicación de pomadas en el pezón, provocando la desaparición de la secreción de las glándulas de Montgomery, perdiéndose su efecto protector sobre la piel y el efecto anti-infeccioso que la secreción de estas glándulas tiene. Las grietas pueden sangrar y el bebé deglutir la sangre con la toma, por lo que no se debe alarmar si posteriormente vomita un poco de sangre. El tratamiento consiste en mejorar la técnica de lactancia, iniciar la toma por la mama menos afectada. Tras la toma, dejar secar al aire unas gotas de leche en el pezón (tomar el sol con los pechos al descubierto o secar los pezones con un secador ayuda a su curación). El uso de pezoneras debe ser valorado de forma individual. Se recomienda cambiar la postura de amamantar y realizar alguna toma con extracción manual (preferiblemente) o mecánica y administrar con jeringa, vaso o cuchara, para descansar las mamas.
- Ingurgitación: Tumefacción dolorosa de los senos que aparece entre el 2º y 5º día de postparto y que, al distender la mama, hace que la unión entre el pezón y la areola se torne firme y convexa, dificultando que el lactante atrape el pezón. Puede ser originada por congestión vascular y linfática o acúmulo de leche. La madre tiene sensación de plenitud en las mamas y por el contrario, el

bebé sensación de insatisfacción y/o hambre. Se produce por vaciamiento incorrecto de las mamas, debido a una posición inadecuada del bebé al pecho y a horarios estrictos durante y entre las tomas.

El tratamiento consiste en el vaciado correcto de la glándula, aplicando calor al pecho antes de mamar, mejorando la técnica de la tetada, poniendo al bebé con más frecuencia al pecho, extracción manual de la leche para facilitar el agarre. Cuando estas medidas no funcionan, se debe realizar el vaciado manual o con sacaleches. Entre las tetadas, se puede utilizar frío local para evitar el dolor y/o Paracetamol si precisa.

- Pezón doloroso: Puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia y está ocasionado, con frecuencia, por candidiasis. Suele asociarse con candidiasis bucal y/o anal del bebé. Produce dolor intenso pulsátil a lo largo de los conductos, durante o después de la toma. El tratamiento consiste en la aplicación tópica sobre el pezón de Nistatina después de las tomas, pudiendo ser necesario tomar algún analgésico. Una vez desaparecidos los síntomas mantener el tratamiento 1-2 semanas más, así como tratar la candidiasis bucal del lactante.
- Mastitis: Dolor en un cuadrante de la mama, habitualmente en un solo pecho, junto con enrojecimiento, tumefacción, endurecimiento (signos inflamatorios evidentes y localizados) y que puede acompañarse de fiebre y malestar. Una grieta en el pezón puede ser un signo acompañante. El vaciamiento ineficaz de la leche que conduce a su acumulación, crea las condiciones favorables para el crecimiento bacteriano, que además puede verse favorecido, si hay lesiones en el pezón. En resumen, las mastitis pueden prevenirse conduciendo adecuadamente la lactancia desde el inicio y evitando las situaciones que originan ingurgitación. El tratamiento debe ser precoz, y consistirá en asesoramiento de apoyo: reafirmar el valor de la lactancia materna; que la leche del pecho afectado no dañará a su hijo y que el esfuerzo de superar este "bache" merece la pena, y vaciamiento eficaz de la leche: es la parte esencial del tratamiento: buena técnica; amamantamiento frecuente sin restricciones; si se necesita, extraer la leche manualmente o con sacaleches. En tratamiento antibiótico está indicado, si se puede, cultivar la leche del pecho afectado. Debe de utilizarse un antibiótico activo frente a Staphylococcus aureus, productor de beta-lactamasa. La duración del tratamiento debe ser de 10-14 días para evitar recidivas. El usual es: cloxacilina oral (500 mg/8 h) ó

amoxicilina+clavulánico oral (875/125mg/8 h) o eritromicina oral (1000 mg /12 h). El dolor debe tratarse con analgésicos: ibuprofeno (400 mg/8 h) o paracetamol (650 mg/8 h) mientras precise. Complementariamente, el descanso se considera esencial y debe hacerse en cama si es posible (con el niño en su cama, para aumentar la frecuencia de las tomas, facilitando el vaciamiento de la leche). La aplicación de compresas tibias en el pecho, o ducha tibia, puede aliviar el dolor y facilitar que fluya la leche.

- Absceso mamario: Aparece en la evolución de la mastitis mal tratada o con el tratamiento instaurado tardíamente. Se trata de una masa empastada, enrojecida, dolorosa, caliente y fluctuante en una zona del pecho, originada por la formación de una colección de pus encapsulada. Puede haber fiebre o no; para confirmar el diagnóstico puede aspirarse pus mediante una jeringuilla con aguja gruesa. Debe hacerse diagnóstico diferencial con el galactocele (acúmulo de leche localizada en un lóbulo mamario), fibroadenoma y cáncer de mama. La ecografía puede ser una herramienta útil en el diagnóstico. Realizada correctamente, la aspiración del pus guiada por ecografía puede ser curativa (anestesia local). Si esto no resultase posible, el tratamiento tendría que ser quirúrgico (incisión y drenaje). Se aconseja cobertura antibiótica sistémica.

En cada una de estas situaciones, el asesoramiento y apoyo serán fundamentales para que la madre continúe o interrumpa la lactancia durante un proceso de mastitis o absceso mamario. Se debe aconsejar:

- Que el bebé permanezca con la madre, antes y después de la cirugía
- Puede seguir alimentándose del pecho no afectado
- Utilizar leche reservada previamente, alimentando al bebé con vaso o jeringa, si se somete a cirugía con anestesia general, o en su defecto otro tipo de leche hasta que la madre esté capacitada
- Puede reanudar la lactancia por el pecho afectado tan pronto como lo permita el dolor de la herida. Esto suele ocurrir en horas, excepto si la cirugía fue próxima al pezón. Debe proporcionarse a la madre cobertura analgésica. Posiblemente necesite ayuda experta hasta que el bebé succione bien del

pecho afecto. Es importante además que se vacíe bien para evitar estasis de la leche y recidiva de la infección.

Si al principio, el bebé no puede succionar bien del pecho operado puede ser necesario extraer la leche hasta que "agarre" bien de nuevo; mientras no tenga leche suficiente la succión frecuente aumentará su producción. Entretanto, el bebé puede seguir siendo alimentado del pecho sano, y generalmente, puede obtener la leche suficiente.

Numerosos estudios han demostrado que, como criterio general, es seguro continuar amamantando, incluso en presencia de Staphylococcus Aureus.

5.12. Donación de leche materna. Bancos de leche.

El Banco de Leche Humana es un centro especializado donde la leche humana donada por madres seleccionadas se recibe, se procesa, se almacena y se distribuye a niños hospitalizados que no disponen de leche de su madre.

Pretenden proporcionar leche humana a los lactantes hospitalizados que carecen de leche de su madre, especialmente prematuros y enfermos, y apoyar a las madres que quieran amamantar a sus hijos con el objetivo final de promocionar la lactancia materna.

La OMS, UNICEF y las Sociedades Científicas implicadas en el cuidado y alimentación de los niños (Academia Americana de Pediatría, Sociedad Europea de Nutrición Pediátrica) establecen que cuando no hay leche materna de la propia madre, la donada es la mejor alternativa para niños enfermos o prematuros.

La leche humana donada es mejor que la fórmula artificial porque se tolera mejor, protege a los recién nacidos enfermos o prematuros contra los problemas intestinales graves y disminuye el riesgo de infección en lactantes hospitalizados que carecen de leche de su madre, especialmente los prematuros Es, además un producto seguro, ya que, siguiendo las recomendaciones internacionales, se seleccionan las donantes con criterios rigurosos, se pasteuriza la leche y se analiza para garantizar su calidad.

En Sevilla, disponemos del Banco de Leche Materna Donada del Hospital Virgen del Rocío. Forma parte de la Unidad de Neonatología del mismo hospital. Está atendido por personal especializado y dotado con los medios técnicos necesarios. La leche donada se prescribe por criterio médico a los niños hospitalizados en nuestro centro u otros centros de la

Comunidad de Andalucía a los que se distribuye regularmente leche materna donada. La dispensación es siempre gratuita.

Cualquier mujer que esté amamantando a su hijo satisfactoriamente, sea sana, lleve un estilo de vida saludable y además quiera donar leche de forma voluntaria y altruista, puede ser donante de leche. Las situaciones que contraindican la donación de leche son:

- El consumo de tóxicos (drogas, tabaco, alcohol o cafeína en exceso).
- La ingesta de ciertos medicamentos o productos de parafarmacia.
- Algunas infecciones.
- Cirugías o transfusiones de productos sanguíneos recientes.

Para ser donante de leche basta con acudir al Banco de Leche Humana para realizar una entrevista en la que la futura donante rellenará y firmará una encuesta de salud y estilo de vida y un consentimiento informado. Además, hay que hacer un análisis de sangre para descartar infecciones como VIH, hepatitis o sífilis. Para inscribirse como donante es preciso acudir con el DNI y la tarjeta sanitaria. Todos los datos de las donantes serán tratados confidencialmente.

Para comenzar la donación es preciso esperar que la lactancia del bebé esté bien establecida; en general pasadas 3-4 semanas desde el parto. No afecta a la lactancia del bebé, hay suficiente leche. El hecho de que se extraiga leche para donarla aumentará la producción. No hay que donar una cantidad de leche mínima. Se prefieren las donaciones frecuentes y abundantes.

Para la extracción, conservación y transporte de la leche a donar, todas las donantes recibirán información oral y escrita sobre estos puntos. La extracción se puede realizar en casa o en el hospital (en caso de tener al hijo ingresado). La leche extraída se congelará inmediatamente y se almacena en el domicilio hasta un máximo de 15 días. El Banco de Leche no dispone de servicio de recogida por lo que han de ser las donantes las que lleven la leche al Banco. La leche se puede entregar a cualquier hora y día de la semana.

El Banco de Leche se encuentra en la Unidad de Neonatología en la primera planta del Hospital de la Mujer, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. El horario para la entrevista es de lunes a viernes laborables de 9.30 a 14 horas. Es recomendable que se ponga

en contacto con los profesionales del banco de leche para informar de la hora a la que acudirá para la entrevista.

Teléfono: 955013867/ 955012393 E-mail: bancodeleche.hvr.sspa@juntadeandalucía.es

6. LACTANCIA ARTIFICIAL: UNA ALTERNATIVA

De los dos tipos de lactancia (materna y artificial), el mejor y más completo alimento para el bebé durante el primer año de vida es la lactancia materna, aunque pueden surgir situaciones en las que no sea posible amamantar al bebé, bien por motivos laborales, sociales, psicológicos, etc. y la madre deba escoger la leche artificial cómo método de alimentación para su hijo.

Cuando se recurre a la lactancia artificial, al bebé se le proporciona leche de vaca que se ha modificado para que sea lo más parecida a la leche de la madre.

Las leches adaptadas contienen los componentes necesarios para cubrir las necesidades del bebé. En este tipo de alimentación lo más importante es la correcta preparación de los biberones.

6.1 Tipos de leche artificial

Para la correcta alimentación del bebé, será el pediatra quien recomiende el tipo de leche artificial a elegir por la madre según las características y edad del bebé. La composición de todas las fórmulas del mercado es parecida pero no igual, de ahí que deba utilizarse la recomendada por su pediatra.

Las leches artificiales se pueden dividir en dos grupos:

Leches de inicio

Las leches de inicio (identificadas con el número 1) se elaboran a partir de leche de vaca, cuya formulación se modifica para adaptarla a las necesidades del lactante desde el nacimiento hasta los 5-6 meses de vida. La relación suero/caseína se iguala a la de la leche materna 60/40, además están enriquecidas con hierro. Su composición está estrictamente controlada y debe cumplir unos requisitos muy exigentes reflejados en directrices de la Comunidad Europea y normas del Ministerio de Sanidad.

Existen una gran variedad de marcas y variedades de leches para lactantes, disponibles en la farmacia o en los establecimientos de alimentación, que se presentan en polvo (normalmente en latas o en paquetes) o líquidas en Tetra Brik. Antes de decidirse por alguna, es necesario consultar siempre con el pediatra, quien te recomendará la fórmula más adecuada.

Las reglamentaciones europeas y los continuos avances científicos en el área de la nutrición han permitido que se puedan elaborar leches de inicio que imitan la composición de la leche materna.

Todas las leches de inicio tienen cualidades incuestionables, como son la calidad rigurosamente comprobada, composición constante y perfecta digestibilidad

Los fabricantes de leches de inicio ponen a disposición de los pediatras una amplia gama de marcas y variedades para satisfacer las necesidades particulares de cada bebé.

Las leches de inicio Hipoalergénicas (HA) son preparados cuyas proteínas han sido sometidas a un tratamiento especial para reducir su alergenicidad, y están indicadas en los casos en que se ha observado algún tipo de intolerancia o reacción alérgica.

Leches de Inicio Antiregurgitación (AR) se trata de preparados indicados para los bebés con regurgitaciones. En su composición se ha añadido un ingrediente (normalmente almidón o harina de garrofin) para que espesen y sea más difícil la regurgitación.

Leches con proteínas de soja están indicadas en casos de intolerancia o alergia a las proteínas de la leche de vaca.

Leches sin lactosa están indicadas en casos de intolerancia o alergia a la lactosa.

Leches para prematuros o bebés de bajo peso disponen de una composición adaptada a estos problemas.

<u>Leches de continuación</u>

Se utilizan desde los 5-6 meses hasta los 12-15 meses. Durante este período de tiempo la leche sigue siendo el alimento principal de la dieta del bebé, ya que cubre al menos el 50% de las calorías diarias que necesita. Forman parte de una alimentación mixta en la que los nutrientes también son aportados por otros alimentos que se introducen en la dieta paulatinamente (frutas, cereales sin gluten, verduras, etc.). Aunque la alimentación sea mixta, se debe mantener la ingesta de 500 ml. de leche al día.

La leche de vaca que se utiliza para su elaboración pasa por una serie de modificaciones para adecuarla al bebé. Los principales cambios se basan en disminuir la concentración de proteínas, sustituir parte de la grasa láctea por grasa vegetal y adicionar lactosa y vitaminas.

Queda en la mano de los fabricantes enriquecerlas con otros nutrientes como nucleótidos, taurina, carnitina, etc. Los factores añadidos tienen propiedades concretas: nucleótidos mejoran la respuesta inmune y el desarrollo intestinal, la carnitina colabora en el correcto desarrollo cerebral, en la maduración del sistema nervioso central y en la composición de las membranas celulares. La taurina colabora en el desarrollo de la función visual y en la maduración del sistema nervioso central.

Estas leches ya no requieren un aporte extra de ciertos nutrientes, ya que son ingeridos con el resto de los alimentos. Normalmente estas leches se presentan en polvo, aunque existen otras presentaciones de estas leches líquidas y listas para su uso. Tienen la ventaja de mantener siempre una concentración correcta y su comodidad a la hora de preparar el biberón. En el etiquetado es obligatorio indicar que el producto es adecuado únicamente para niños mayores de 4 meses, y que debe formar parte de una dieta diversificada, además de la información nutricional y las normas para una correcta preparación.

6.2. Tipos de biberones y tetinas

Cualquiera de los productos que se venden están homologados y no existen diferencias significativas entre ellos. Por tanto, da igual el tipo de material del que estén formados, aunque los de vidrio son más fáciles de limpiar. El tipo de tetina, bien sea redondeada o bien aplanada, es indiferente y no se ha encontrado que existan diferencias entre ambas respecto a futuros problemas dentales. El agujero de la tetina debe permitir una salida lenta de la leche en forma de goteo continuo, pero no de chorro, lo que disminuirá el riesgo de atragantamientos.

Es aconsejable revisar periódicamente las tetinas y los biberones. Las tetinas se rompen con el uso, sobre todo a partir del inicio de la dentición y deberán ser sustituidas. En el caso de los biberones, aparte de la posibilidad de rotura, es muy importante que sean bien visibles las rayas de medición, para que no haya errores en el momento de preparar la leche.

Existen biberones de vidrio termo resistente, ideales para la primera etapa y biberones de plástico irrompible, indicados a partir de los 4 meses, se pueden dejar que el bebé los agarre él solo. Los hay anatómicos para facilitar su manipulación.

Hay tetinas de recién nacido de 0 a 4 meses, que son muy blandas y de dimensiones reducidas; llevan un solo orificio en el centro y sólo son válidas para la leche de inicio. De 4 a 12 meses se utilizan para las primeras papillas, cuyo tamaño es mayor y suelen llevar un orificio más grande. También existen tetinas especiales para zumos, para dar medicamentos o anatómicas que simulan la forma que adopta el pezón de la madre en la succión y se adaptan mejor a la forma de la boca del bebé.

6.3 Correcta preparación del biberón

El primer paso se trata de esterilizar el biberón y la tetina. Hay dos formas básicas de esterilizar el biberón y la tetina, en caliente (hervirlos en agua durante 10-15 minutos) o en frío (sumergir el biberón y la tetina en un recipiente con cierta cantidad de agua y una sustancia química que tiene este fin, manteniéndolos sumergidos durante una hora y media. El agua se cambia cada 24 horas).

Una vez limpios los biberones y las tetinas, se debe preparar el biberón siguiendo estos pasos:

- Lavado de manos antes de comenzar.
- Se calcula el agua que vamos a poner en el biberón y los cazos de leche en polvo que se va a poner, teniendo en cuenta que siempre pondremos 30cc (mililitros) de agua por cada cazo de leche en polvo (30cc de agua, un cacito de leche en polvo; 60cc de agua, dos cacitos,...).
- Se hierve el agua poco tiempo, nunca más de 10 minutos, y se deja que se enfríe.
- De cara al cálculo de la leche que debe tomar el bebé, hay que tener en cuenta que las cifras señaladas en los botes de leche adaptada son sólo orientativas. Estas cifras se basan en la edad del niño y puede, por ejemplo, haber niños sanos de 2 meses que pesen 5 ó 7 kg y que tomen cantidades diferentes de leche. Como norma general, conviene recordar que todos los niños son diferentes y dos niños de la misma edad no tienen por qué tomar la misma cantidad de leche. Es recomendable no forzar a comer a los niños. Si un niño

termina todos los biberones es posible que requiera un incremento en la cantidad de la leche que se le administra (siempre de 30 en 30cc).

- Se calienta el agua (mineral o del grifo). Si existe alguna duda acerca de las condiciones sanitarias del agua corriente recurriremos al agua mineral embotellada.
- Se vierte la cantidad de agua que se ha calculado al biberón (éste está graduado y facilita la medición del agua).
- Se echan los cazos de leche calculados inicialmente. Serán cazos rasos, sin monte y sin presionar o comprimir el polvo.
- Se agitará el contenido del biberón hasta que la leche en polvo esté homogéneamente disuelta.
- Se enfriará el biberón hasta que la leche alcance una temperatura adecuada. Se comprueba la temperatura dejando caer unas gotas de leche sobre el dorso de la mano de la madre.
- Ofreceremos el biberón al bebé, teniendo la precaución de que la tetina esté siempre llena de leche y no contenga aire. A mitad de la toma se puede hacer un pequeño descanso, aprovechando para que el bebé eructe. Habitualmente, eructan más los bebés lactados al biberón que los lactados al pecho.
- Tras terminar la toma, se debe lavar el biberón con agua y jabón.

ANEXO 2. HOJA DE VALORACIÓN.

MADRE			
FECHA DEL PARTO			
SG			
FO			
GEMELAR	SI	NO	
TIPO DE PARTO	EUTÓCICO	INSTRUMENTADO	CESÁREA
EPIDURAL	SI	NO	
TÓXICOS (rodee)	*TABACO*	*ALCOHOL*	*OTRAS DROGAS*
COMPLICACIONES/PATOLOGIAS	*SI*	*NO*	
EPISIOTOMÍA/DESGARRO SUTURADO	*SI*	*NO*	
ELIMINACIÓN	*ESTREÑIMIENTO*	*DISURIA*	*INCONTINENCIA*
LACTANCIA MATERNA	*SI*	*NO*	
ESTADO MAMAS (indique)			
SUEÑO Y DESCANSO			
ESTADO ANÍMICO			
RN			
PESO			
INGRESO EN NEONATAL	*SI*	*NO*	
COMPLICACIÓN/PATOLOGIA	*SI*	*NO*	
ALIMENTACIÓN	*L. MATERNA*	*L. MIXTA*	*L. ARTIFICIAL*
ELIMINACIÓN	*DEPOSICION*	*MICCION*	
ESTADO DEL CORDON			
COLOR PIEL Y MUCOSA			
SUEÑO Y DESCANSO			
DERIVACIÓN APS (vacunación y pediatría)			

ANEXO 3. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN AULA DE PUERPERIO DE LA MATRONA

Edad_____ **Estudios**_____ **¿Tiene pareja?**_____

Nº hijos _____ **Habitación nº**_____ **Parto vaginal** _____

Fecha de parto: __ - __ - ____ **Ingreso del bebe**____**SI**____**NO**_____ **Cesárea**_____ **Gemelar**_____

El siguiente cuestionario es **ANÓNIMO**. Le agradecemos su colaboración para mejorar nuestros servicios. Entregue al personal sanitario la encuesta una vez la haya rellenado.

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con el servicio recibido

(1 muy deficiente, 5 excelente)

	1	2	3	4	5
El lugar me ha parecido agradable					
El lugar me resultó cómodo					
El horario ha sido adecuado					
Ha sido fácil encontrar el aula de la matrona					
El tiempo de espera para ser atendida fue adecuado					
El tiempo empleado conmigo fue adecuado					
Se ha respetado mi intimidad					
Estoy satisfecha con el trato personal recibido por la matrona					
La matrona se ha identificado con claridad					
La matrona mostró interés por mis dudas					
Creo que la matrona está suficientemente preparada					
La matrona contestó con claridad mis dudas					
Me han ofrecido información de mi interés					
La matrona me explicó el informe de alta con claridad					
Comentarios					

ANEXO 4. INDICADORES.

NOMBRE	Satisfacción del usuario
FÓRMULA	Número de mujeres con puntuación > o = a 4 en cada bloque evaluado x 100, dividido entre el número total de encuestas.
DEFINICIÓN	Encuestas con valor en la escala Likert mayor o igual a 4 en los diferentes bloques: accesibilidad, equipamiento, organización y competencia profesional.
INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Conocer la satisfacción de la mujer para establecer áreas de mejora.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres que rellenan la encuesta de satisfacción.
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción
PERIODICIDAD	6 meses
ESTÁNDAR	≥75 % con puntuación ≥4

NOMBRE	Asistencia al aula
FÓRMULA	Número de mujeres que asisten al aula x 100, dividido entre las mujeres con parto/cesárea del HUVR.
DEFINICIÓN	Asistencia al aula de puerperio de mujeres con parto o cesárea en el HUVR.
INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Establecer la educación sanitaria sobre los cuidados materno-neonatales en el puerperio y resolver dudas en los primeros días tras el parto.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres puérperas ingresadas en el HUVR por parto/cesárea,
FUENTE DE DATOS	Libro de registro de asistencia al aula.
PERIODICIDAD	6 meses
ESTÁNDAR	≥50 %

NOMBRE	Lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria
FÓRMULA	Número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria x 100 / Número de recién nacidos en el mismo periodo de tiempo en el HUVR.
DEFINICIÓN	Lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria
INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Medir el tipo lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Recién nacidos de mujeres que hayan parido en el HUVR en el período medido.
FUENTE DE DATOS	Ficha de lactancia rellena al alta.
PERIODICIDAD	6 meses
ESTÁNDAR	≥75 %

8. BIBLIOGRAFÍA

- Doménech, E., & Rodríguez-alarcón, N. G. J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. *Asociación ESpañola de Pediatría*, 20–28.
- García, E. S., Fernández, J. R., Español, G., Lluch, M. T., Martínez, E. B., Aguayo, J., Bravo, D. B. (2008). Reanimación neonatal. *Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de La AEP: Neonatología*, (tabla I), 111.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas., 51.
- Salud, S. N. de, & Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014). Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio.
- Sistema Nacional de Salud, & Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*.
- C. Leal de la Rosa J, de Rosal T, Climent F.J. Actuación del pediatra ante una muerte súbita infantil. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. 2013. AEPED.
- AEP. Manual de Puericultura de la Asociación Española de Pediatría. Barcelona: Grupo Editorial ICM; 2009.
- FAME. Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida. Barcelona; 2015.
- Aloy JF. Ictericia neonatal: Protocolos de la Asociación Española de Pediatría; 2008.
- Cochrane SistematicReview. Antisépticos en el cordón umbilical para la prevención de la septicemia y la muerte de recién nacidos; 2013.

- Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Organización Mundial de la Salud, Ginebra – 1998
- Lactancia Materna. Manual para Profesionales. Royal College of Midwives - 1998. ACPAN - 1994. Colabora UNICEF
- El arte femenino de amamantar. La liga de la leche internacional. Editorial Paz México - 2001.
- I Congreso Español de Lactancia Materna. Febrero - 2000. Valencia, Libro de Ponencias y Posters.
- I Jornadas Coordinación Obstétrica. Atención Primaria - Atención Especializada. Lactancia Materna. Hospital La Paz - 1998.
- Ihan y ACPAM. 2008. "El Pecho no tiene horario". https://www.ihan.es/cd-el-pecho-no-tiene-horario/
- Documentación de la liga de la leche. Madrid.
- La lactancia materna. Alicia Viñas, Ed. Comares.
- Lactancia materna. Tan Britlen, Jane Moody, Karen Hogg. Integral – 1998
- Recomendaciones para la lactancia materna. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría
- El nuevo gran libro de la Lactancia materna. 3ª ed. Ed. Medici. 2002
- Protocolos de obstetricia de la SEGO.
- Obstetricia y Ginecología. González Merlo. 4ª edición. 1995. SALVAT.
- Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Fabre González. Lab. Lederle.
- Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. 3ª edición. SALVAT. 1996.
- Enfermería maternoinfantil. Olds S. London M. Mc Graw-Hill. 1996.Madrid
- Enfermería maternal y Ginecología.F.Donat Colomer. MASSON. 2001.
- Enfermería maternoinfantil.Burroughs A. Mc Graw Hill. 6ª Edición. Madrid 1994.
- Enfermería maternoinfantil. Dickason E, Silverman B., Mosby – Doyma. 1ª edición. Barcelona 1995.
- Tratado de reeducación en urogineproctología. J. Salinas y M. Rapariz. 1997.
- Actualización sobre la reeducación del suelo pélvico en la mujer. Laboratorios Leti. Dra. Espuña.
- Guía para mejorar la calidad de vida de la mujer. Dra. Espuña. Ediciones Mayo.
- Proceso de recuperación del parto. La salud de la familia. Olsen Martha.
- Embarazo y nacimiento gozosos. Monográfico revista Integral.
- Enciclopedia de salud y Educación para la familia. Editorial Safeliz. Dr. Isidro Aguilar.

- **Banco de Leche Materna. Unidad de Neonatología. Hospital Virgen del Rocío.** bancodeleche.hvr.sspa@juntadeandalucía.es