

## INTRUSISMO Y OTROS ACOSOS A NUESTRA PROFESIÓN

Cada vez más el intrusismo en nuestra profesión está tomando mayor relevancia y envergadura. Octubre ha sido testigo de posicionamientos ante este asunto por parte de los organismos que nos representan a nivel nacional y regional.

El intrusismo fue uno de los puntos tratados, dentro del tema general "Competencias de las Matronas y situación actual en España", en la reunión que celebrada entre la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) con la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Sra. Ana Mato), el pasado 30 de julio. En ella se acordó que la FAME notificaría en septiembre todos aquellos casos denunciados por las matronas al respecto.

El 28 de septiembre, el canal de televisión Antena 3, emite una noticia

que pone en pie de guerra a parte del colectivo de matronas. En ella, básicamente, se iguala el trabajo de una doula al de una matrona con respecto al apoyo en la lactancia materna, especificando de forma muy imprecisa cuándo aparece la figura de la doula y sin hacer ninguna alusión a la formación de las dos figuras que aparecen como referentes en la noticia. Podéis juzgar por vosotras/os mismas/os, el vídeo que se encuentra en el URL: [http://www.antena3.com/videos-online/noticias/sociedad/talleres\\_2014092800049.html](http://www.antena3.com/videos-online/noticias/sociedad/talleres_2014092800049.html)

Como comentaba, a partir de esta noticia surgieron comunicados desde distintas asociaciones de matronas que expresaban la indignación del colectivo ante dicha noticia e incluso se ha realizado una recogida de firmas a través de la plataforma Change.org con 1266 firmas recogidas.

Cristina Martínez, la actual presidenta de la FAME, realizó una intervención el 13 de octubre en el programa de radio de la Radio Televisión Española (RTVE) en el programa "Esto me suena. Las tardes del ciudadano García". En ella nos hace referencia al informe remitido al Ministerio de Sanidad en el que se le pide que las competencias de las doulas queden bien delimitadas alegando que "La doula puede dar apoyo y ayuda, pero una matrona es la que puede prestar atención y cuidados específicos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus parejas", "Las matronas tenemos una formación reglada y tenemos que rendir cuentas de lo que hacemos. Somos responsables de nuestras acciones, algo que no ocurre con las doulas. Y este es un gran problema".



Y es que en otros países donde esta figura existe, su cometido está mucho más determinado y no existe este problema de intrusismo. Una alegación ante este hecho son las circunstancias tan precarias que tiene el colectivo de matronas en España, donde cuenta con una ratio muy inferior al resto de la mayoría de los países europeos. En 2009, se contaba con una ratio de 25,9 matronas por cada 1000 nacimientos en general en Europa, mientras que en España la cifra era de 12,4.

Por supuesto encontramos en los medios la respuesta de las doulas, algunas de ellas razonables pero que aún así no dejan de ser inquietantes. Así en una entrevista realizada a Nuria Otero, pedagoga de profesión y que ejerce como doula (<http://www.guiainfantil.com/1401/el-papel-de-la-doula-entrevista-con-nuria-otero-tomera.html>) ante la pregunta en qué se diferencia la doula de la matrona contesta lo siguiente:

“¡En todo! Somos figuras diferentes. La matrona es la encargada de atender, de asistir el parto normal, de observar y comprobar que el parto transcurre con normalidad y, si en algún momento se presenta una dificultad, saber actuar en consecuencia. También informan y acompañan, obviamente, durante embarazo y posparto, durante la lactancia. El papel de la doula es otro. No es nuestra función asistir el parto, sino estar con la madre y acompañarla, sin tomar decisiones. Y durante el embarazo y el posparto nuestra relación con la mujer es más estrecha e intensa, se crean vínculos que, hoy en día, por las características de la atención sanitaria, la matrona no puede crear con las mujeres.”

Como podemos leer, parece que no da pie ninguno a que haya un posible intrusismo pero sí pone de relieve que hay una parcela de la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio que las matronas no abordamos con la amplitud que requiere, en gran medida, debido a la organización sanitaria y la falta de profesionales.

Ante esta situación la FAME ha elaborado un posicionamiento y una estrategia de actuación. En Andalucía vemos como cada vez, esta figura está más presente y desde la Asociación os informamos nuevamente de que tenéis a vuestra disposición un Comité Legal para denunciar los casos de intrusismo que detectéis.

Y en Andalucía tenemos, nuevamente, un caso de falta de reconocimiento a nuestra profesión, pero esta vez la amenaza no viene por intrusismo, sino por decisiones tomadas por la cúpula del sistema sanitario, cuya prioridad fundamental debiera ser la mejor atención de las mujeres en base a la evidencia científica y que el mismo Ministerio de Sanidad avala. No es así, encontramos un entramado de intereses políticos y tensiones entre profesionales de los que no son ajenos y a los que ceden y favorecen. Es el caso de la publicación de la nueva revisión del Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. Como ya os hemos informado anteriormente, sobre todo a través de la página web, se han mantenido diversas reuniones para aclarar y reivindicar que en las visitas de seguimiento del embarazo de bajo riesgo, sea exclusivamente la matrona el profesional sanitario que las asuma. Pues bien, sigue apareciendo en las mismas “matrona, médico de familia, enfermera”, eso sí, al menos esta vez la matrona aparece en primer lugar. Nos preguntamos cómo es posible, si incluso la Guía de Atención al Embarazo normal publicada por el Ministerio de Sanidad aboga por que sea la matrona quien lidere la atención de la mujer en un embarazo y en un parto normal, nuestra comunidad



lo sigue obviando. Este hecho, que pudiera parecer sin mucha relevancia, hace que en Atención Primaria cada vez haya menos matronas. Al jubilarse las que están, sus funciones son realizadas por médicos de familia y enfermeras, que para eso recoge el PAI que pueden igualmente hacerlo.

Una posible respuesta la podemos encontrar al indagar en los profesionales que han participado en esta última revisión: de 11 revisores tan sólo hay una matrona, por el contrario encontramos cinco médicos de familia, contando a la Sra. Reyes Sanz, Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad y por supuesto médico de familia.

Ante esta situación, con estos dos ejemplos comentados, existiendo otros muchos sobre cómo nuestra profesión está siendo verdaderamente atacada, volvemos a pedir tu movilización y participación en la defensa de la misma.

**La Junta Directiva**

# RELACTACIÓN: UN RETO EN LACTANCIA MATERNA

## RESUMEN

La lactancia materna es el alimento óptimo para el recién nacido siendo abandonada en muchas ocasiones por múltiples motivos como las grietas en los pezones, dolor, hipogalactia, falta de apoyo profesional y familiar.... En ocasiones, se decide reiniciarla de nuevo, conociéndose éste hecho como relactación, siendo necesario, a parte de un desarrollo anatómico y estimulación de los pechos, una fuerte motivación materna. Los objetivos de la presente revisión bibliográfica es analizar la relactación como método eficaz para alimentar al lactante y conocer estrategias de actuación eficaces para conseguirla con éxito.

## INTRODUCCIÓN

Debido a los beneficios que proporciona la lactancia materna en la salud del recién nacido a corto y largo plazo, en la salud de la madre y en el medio ambiente<sup>(1)</sup>, la OMS y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, manteniéndola con alimentación complementaria hasta los dos años ó hasta que madre e hijo lo deseen<sup>(2)</sup>.

El 80% de las mujeres amamantan a sus hijos al alta hospitalaria, a medida que pasan las semanas estos porcentajes disminuyen vertiginosamente siendo las causas principales problemas originados por una mala técnica (grietas, dolor en los pezones...) y falta de educación sanitaria al respecto<sup>(3,4,5,6,7)</sup>.

A veces, las madres tras haber abandonado la lactancia, desean volver a restablecerla de nuevo y deciden relactar.

La relactación es el restablecimiento de la lactancia materna en aquellas mujeres que por alguna razón han dejado de amamantar a su hijo/a

recientemente ó en el pasado. En el caso de mujeres que no han estado embarazadas como las mujeres que adoptan a sus hijos, hablamos de lactancia inducida.

Según la AEP el 75% de las madres que intentan la relactación ó lactancia inducida lo hacen para favorecer el vínculo con su hijo, el 25% lo hacen por los beneficios de la lactancia materna<sup>(8)</sup>.

La clave de la relactación está en la estimulación del pecho a través de la succión del lactante (la más eficaz) ó mediante la extracción manual ó con sacaleches siendo la prolactina la hormona principal en éste proceso y actuando más eficazmente por la noche.

La prolactina se produce en la hipófisis anterior, siendo la responsable del desarrollo de los alvéolos secretores y de la secreción de leche por las células alveolares. Cuando se succiona el pezón, se transmite impulsos nerviosos que desencadenan la producción de prolactina por la hipófisis anterior.

La oxitocina, producida en la hipófisis posterior, es la responsable de contraer las células del músculo liso que rodean a los alvéolos secretorios para que expulsen la leche.

Para conseguir una relactación ó lactancia inducida es necesario la maduración anatómica de las mamas, estimulación hormonal para que se produzca la diferenciación y el inicio de la actividad secretora, así como el vaciamiento frecuente de las mamas mediante la succión y extracción de la leche<sup>(9)</sup>.

El vaciamiento de leche del pecho es un estímulo importante para el incremento y mantenimiento en la producción de leche. La leche materna contiene un péptido llamado

Factor Inhibidor de la Lactancia (FIL), el cual, si el pecho no se vacía inhibe la producción<sup>(10)</sup>.

Algunas de las indicaciones para la relactación según la OMS<sup>(11)</sup> son:

- En el caso de lactantes menores de 6 meses que han dejado de ser amamantados antes ó durante una enfermedad, los que no toleran la leche artificial.
- Aquellos recién nacidos que fueron incapaces de mamar eficazmente en las primeras semanas de vida como los prematuros, bajo peso al nacer...
- Niños con problemas de alimentación como los menores de 6 meses con problemas para restablecer la lactancia, disminución de la producción láctea por una mala técnica o mal asesoramiento a las madres.
- En situaciones de separación madre-recién nacido.
- En madres que deseen en caso de niños adoptados ó madres que dejaron de amamantar y cambiaron de opinión.

Existen una serie de factores relacionados con la madre y el lactante de los que dependerá el éxito de la relactación, entre los que destacan: cuanto menor sea la edad del lactante, menor tiempo transcurrido desde el destete y mayor motivación materna más exitosa será la relactancia<sup>(8,11)</sup>.

Los objetivos de ésta revisión bibliográfica son:

- Analizar la relactación como método eficaz de alimentación en el lactante.
- Conocer estrategias eficaces para que matronas, enfermeras y pediatras que atienden a madres que desean reiniciar la lactancia consigan una relactación eficaz.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en el idioma español e inglés en las siguientes bases de datos: Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute. También se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema. Las palabras claves utilizadas fueron: lactancia materna, relactación, lactancia inducida, breastfeeding, relactation, induce lactation.

## RESULTADOS

Los estudios consultados, así como los casos clínicos publicados demuestran que la relactación es una técnica eficaz para conseguir amamantar de nuevo, siempre que la madre esté fuertemente motivada y se cuente con un apoyo y seguimiento continuo por un profesional experto en lactancia materna que evalúe el progreso y proponga soluciones a problemas que pueden interrumpir la relactación y desmotive a la madre.

La mayoría de las mujeres producen leche, comenzando habitualmente alrededor de la primera semana. Aproximadamente la mitad de todas las madres que relactan son capaces de amamantar a sus hijos exclusivamente en un mes.

Algunas mujeres nunca producen suficiente cantidad de leche para establecer o restablecer la alimentación exclusiva al pecho (siendo más común en la lactancia inducida), necesitando suplementos al lactante hasta el inicio de la alimentación complementaria<sup>(12,13,14)</sup>.

En el caso de adopción, se han demostrado los beneficios a nivel psicológicos que aporta la relactación, sobre todo en aquellos niños que han sido víctimas de abusos y maltratos al favorecer el establecer el vínculo madre-hijo, favorecer la relajación, la

calma sin olvidar el efecto analgésico del amamantamiento sobre el niño/a<sup>(15)</sup>.

Se han estudiado las características nutricionales de la leche producida en la relactación. En un estudio de tipo comparativo y prospectivo se obtuvieron muestras de leche producidas por las madres de los lactantes relactados menores de 6 meses para determinar las concentraciones de carbohidratos, lípidos y proteínas para compararlas con la leche madura de madres con lactancia exclusiva. La muestra fue escogida de manera no probabilística (aleatoria) e intencionada y correspondió a 40 muestras de leche obtenidas de madres de niños de ambos sexos menores de 6 meses, de las cuales 20 (Grupo control) estaban lactando en forma exclusiva y 20 (Grupo estudio) en relactancia. En esta investigación existen diferencias significativas en las concentraciones de grasas y carbohidratos entre la leche materna de ambos grupos, con valores menores en las grasas en la leche de las madres en relactancia y valores mayores de carbohidratos y valor calórico en las mismas<sup>(16)</sup>.

A pesar de estas diferencias, existe evidencia científica que demuestra que los niños relactados, ganan más peso y crecen más que los no relactados. El restablecimiento de la lactancia materna contribuye a mejorar el pronóstico de niños hospitalizados por diversas causas (diarrea, neumonía..), mejora el estado nutricional y emocional, siendo eficaz para prevenir y combatir la malnutrición e infecciones<sup>(14,17)</sup>.

### • Estrategias eficaces para conseguir la relactación

La OMS<sup>(11,18)</sup>, la ABM (Academy of Breastfeeding Medicine)<sup>(19)</sup>, la AEP<sup>(8)</sup> así como casos clínicos consultados<sup>(20, 21)</sup>, recomiendan una serie de pautas

no farmacológicas basadas en la evidencia científica para favorecer la síntesis de leche materna:

- Practicar el piel con piel; facilita amamantar frecuentemente estimulando la secreción de oxitocina.
- Es imprescindible la estimulación de los pechos para iniciar la producción de leche. Si el bebé succiona y se agarra correctamente es el mejor estímulo para conseguir la producción láctea y se ha de dejar que mame de ambos pechos al menos 10-15 minutos de cada pecho de 8 á 12 veces al día y ofrecerle cada pecho más de una vez si quiere seguir mamando.
- Si el lactante no colabora se debe animar a la madre a que se realice masaje en los pechos para estimular la liberación de oxitocina favoreciendo la eyección láctea antes de extraerse la leche, ya sea a través de un sacaleches manual, eléctrico ó manualmente durante 20–30 minutos.
- Se desaconseja el uso de chupetes y biberones porque provocan confusión con el agarre al pecho, por lo que deberán ser alimentados con vasitos, jeringa, cuchara ó suplementador si necesitan suplementos.
- Enseñarles técnicas de relajación ya que el estrés inhibe la secreción de oxitocina.
- Solucionar el dolor de pezones asegurando que el agarre y la posición es adecuada, diagnosticar y dar solución a otras posibles causas del dolor.
- Aumentar el número de tomas diarias, succionando de ambos pechos y enfatizar en la importancia de la lactancia a demanda (siempre que la lactancia materna sea efectiva).



- Usar un suplementador para inducir la lactancia. Motivan a los bebés para que succionen, ya que si succionan de un pecho vacío dejan de hacerlo, se irritan y rechazan el pecho.
- En el caso que rechace el pecho porque esté acostumbrado a la tetina del biberón, se aconseja el uso de pezoneras de silicona para el paso de la tetina del biberón al pecho durante varios días, hasta que el niño/a vaya adaptando al mismo.
- Nunca suspender los suplementos de forma brusca, ya que pueden originar que el niño/a no gane peso de forma adecuada. Hasta que se consigue la producción de leche el bebé se suplementará con el 100% de los aportes para satisfacer con seguridad las necesidades de crecimiento; 150 CC de leche de fórmula por Kg. de peso corporal y por día, utilizando el suplementador del amamantamiento, vaso o cuchara. Cuando la madre comience a producir leche se puede ir reduciendo el suplemento de leche de 50cc en 50cc cada 3 días, vigilando la ganancia ponderal del niño.

La OMS recomienda la siguiente pauta para reducir los suplementos:

- Disminuir la cantidad total de suplemento administrado en 24 horas, de 50 en 50 CC; podría

dividirse en varias tomas como puede ser, disminuir 5 tomas de suplemento en 10cc en cada toma ó disminuir en dos tomas 25 CMS en cada una.

- Continuar con la cantidad reducida del suplemento durante los inmediatos días siguientes.
- Si tras una semana gana 125 g o más de peso, disminuir de nuevo el suplemento en la misma cantidad.
- Si presenta signos de hambre o no ha ganado peso al final de una semana, no reducir el suplemento, mantener la misma cantidad durante una semana más.
- Si muestra signos de hambre o no ha ganado peso después de otra semana, aumentar de nuevo el suplemento a como estaba antes de la reducción

A veces es necesario mantener los suplementos hasta el inicio de la alimentación complementaria.

#### Galactogogos

En ocasiones, los métodos fisiológicos que se han explicados con anterioridad no son efectivos para que la madre produzca la cantidad de leche que su hijo necesita ó su aumento de peso no es el adecuado, por lo que la madre debe recurrir a los galactogogos.

Los galactogogos son sustancias farmacológicas ó naturales están indicados para estimular la producción láctea en situaciones como separación por enfermedad de la madre y el hijo/a, en parto prematuros para estimular la secreción inicial de leche y su mantenimiento, en la relactación y la lactancia inducida. Se aconseja su uso si tras dos semanas de haber realizado los métodos fisiológicos aún no ha sido posible la relactación.

Los galactogogos son antagonistas de la dopamina. La dopamina es un inhibidor de la prolactina, actuando con un sistema feedback negativo con la misma, de manera que cuando

los niveles de dopamina aumentan la secreción de prolactina por la hipófisis anterior disminuye. Son sustancias que aumentan la secreción de prolactina y en consecuencia la producción láctea.

La metoclopramida y domperidona son los más utilizados al aumentar los niveles de prolactina en mujeres lactantes<sup>(22-26)</sup>.

Las pautas de los galactogogos farmacológicos según la OMS, AEP y ABM son:

- Metoclopramida; 10mg, 3 veces al día de 7 á 14 días, es el más citado en los estudios de investigación.
- Sulpiride; 50 MG; 3 veces al día durante 15 días. Pocos efectos secundarios, somnolencia los primeros días..
- Domperidona; 20-30 MG, 3 veces al día de 7 á 10 días.

La AEP aconseja como galactogogo farmacológico de elección el sulpiride por su efecto antidepresivo, pudiendo ayudar a la mujer en los altibajos anímicos y por provocar pocos efectos secundarios<sup>(6)</sup>.

En cuanto a los galactogogos naturales son aquellas hierbas, alimentos, brebajes como levadura de cerveza, anís, té de hierbas, bebidas de cereales calientes...a los que tradicionalmente se les ha atribuido propiedades galactogogas. Se necesitan ECAs (Ensayos Clínicos Aleatorizados) que verifiquen las propiedades galactogogas, así como la eficacia y seguridad de éstas sustancias, ya que los estudios existentes carecen de la metodología adecuada<sup>(27,28)</sup>.

La OMS recomienda tomar dichas sustancias si la mujer cree en su efectividad por el beneficio psicológico que le aporta<sup>(8,18)</sup>.

Para conseguir la relactación es indispensable la estimulación de los pechos por la succión ó extracción de la leche, sólo con los medicamentos no se consigue.

Una vez conseguida la relactación la madre y el lactante deberán recibir un seguimiento riguroso.

Se ha de controlar el aumento de peso del bebé semanalmente. Un incremento de 125 g semanales ó 500g mensuales (tras haber pasado los primeros 10-15 días del parto que sufren una pérdida de peso fisiológica) en niños alimentados con lactancia exclusiva menores de 9 meses de edad, nos indica que se están alimentando correctamente así como mojar de 6 á 8 pañales diarios de orina clara, diluida y deposiciones más blandas, pastosas doradas<sup>(8,11,18)</sup>.

## DISCUSION

La relactación es un método exitoso para conseguir restablecer la lactancia materna en aquellas situaciones que por alguna razón, ya sea enfermedad del recién nacido, prematuridad, orientación profesional inadecuada, falta de apoyo familiar y/ó profesional...se abandonó. Está recomendada por la OMS, AAP y AEP.

La mayoría de las mujeres producen leche, comenzando habitualmente alrededor de la primera semana. Aproximadamente la mitad

de todas las madres que relactan son capaces de amamantar a sus hijos exclusivamente en un mes. Más del 50% consiguen retirar los suplementos totalmente a los dos meses de iniciar la relactación.

Existe evidencia científica sobre los beneficios a nivel físico y psicológico que aporta la relactación en los lactantes, favoreciendo el estado nutricional y la relación psicoafectiva madre-hijo.

Para conseguir una relactación exitosa es preciso que las madres estén fuertemente motivadas y recibir un seguimiento y apoyo continuo del profesional sanitario, sin olvidar la importancia del apoyo de su pareja, familia y grupos de apoyo de lactancia con los que debemos poner en contacto.

Las matronas, enfermeras y pediatras deben recibir una formación continua sobre lactancia materna para que sepan guiar a las madres en estas situaciones. Si las madres se informaran durante su embarazo sobre la lactancia materna en la educación maternal, contarán con un apoyo y seguimiento durante el posparto y los profesionales que las atienden

estuvieran formados correctamente y supieran guiarlas, la lactancia no se abandonaría tan tempranamente y quizás no habría necesidad de relactar.

La mejor estrategia para aumentar la producción de leche es la estimulación de los pechos con la succión del recién nacido de 8 a 12 veces al día y si no es colaborador, mediante la extracción manual ó con sacaleches, consiguiendo el correcto vaciamiento de los mismos.

Los galactogogos farmacológicos no se deben administrar de forma rutinaria, sólo si la producción láctea no se ha iniciado tras dos semanas de haber realizado los métodos fisiológicos adecuadamente. Los galactogogos no deben sustituir las técnicas fisiológicas ni el apoyo profesional, de la pareja/familia y grupos de apoyo.

**María José Mata Saborido (1)**  
**Estefanía Bueno Montero (2)**  
**Virginia Rodríguez López (1)**

**(1)Matrona en el H. de Jerez (Cádiz)**  
**(2)Matrona del Centro de Salud Sanlúcar-Barrio Bajo (Cádiz).**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Asssing Breastfeeding Practices. Geneva. Switzerland: WHO/CDD/SER91; 1991.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Ginebra: WHO, 2003. Documento electrónico accesible en [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/icyf.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/icyf.pdf). [Consultado el 27 de diciembre del 2013]
- 3.La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Junta de Andalucía,Consejería de Salud. 2005. Disponible en:[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_ana/embarazo\\_y\\_salud/lactancia\\_materna/lactancia\\_andalucia.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_ana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/lactancia_andalucia.pdf). [consultado el 1 de diciembre del 2013].
- 4.Estévez González M<sup>o</sup>D, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatr 2002; 56:144-150.
- 5.Ahluwalia B, Morrow B, Hsia J. Why do women stop Breastfeeding? Findings from the pregnancy risk assessment and monitoring system. Pediatrics 2005; 116;1408.DOI:10.1542/peds.2005-0013.
- 6.Taveras EM, Capra AM, Braverman PA, Jensvold NG, Escobar Gabriel J, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation.Pediatrics 2003; 112;108.
- 7.Odom EC, Ruowei L, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. Pediatrics 2012; 131(3);726-32. DOI:10.1542/peds.2012-1295.
- 8.Martín-Calama J. Relactación, lactancia inducida y compartida. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº 5 Madrid: Ergón. 2004. p.329-39.
- 9.Martín-Calama J.Lactogénesis. . Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº 5. Madrid: Ergón; 2004. p.45-58.

10. González C. Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna 8º ed. Barcelona: Temas de Hoy; 2006.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Relactación Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud, WHO, Ginebra, 1998. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>. [Consultado el 15 de diciembre del 2013].
12. Marta Muresan. Successful Relactation — A Case History. *Breastfeeding Medicine* [revista en Internet] 2011 [consultado el 7 de enero del 2014]; 6(4): 233-239. doi:10.1089/bfm.2010.0062. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2010.0062?prevSearch=relactation&searchHistoryKey=>.
13. Azza Mohamed A. Abul-Fadl, Ibrahim Kharboush, Mohga Fikry, and Mona Adel. Testing Communication Models for Relactation in an Egyptian Setting. *Breastfeeding Medicine* [revista en Internet] 2012 [Consultado el 9 de enero del 2014]; 7(4): 248-254. doi:10.1089/bfm.2011.0026. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2010.0062?prevSearch=relactation&searchHistoryKey=>.
14. Fuenmayor José G, Alvarez de Acosta. Thais, Cluet de Rodríguez Isabel, Rossell-Pineda María del R. Relactancia metodo exitoso para reinducir el amamantamiento en madres que abandonaron la lactancia natural. *An Venez Nutr* [revista en Internet]. 2004 [consultado el 30 de noviembre del 2013]; 17(1): 12-17. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522004000100003&lng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522004000100003&lng=en).
15. Gribble KG. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal* [revista en Internet] 2006 [Consultado el 26 de enero del 2014]; 1:5 doi:10.1186/1746-4358-1-5. Disponible en: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/5>.
16. Alvarez de Acosta, Thais, Cluet de Rodríguez, Isabel, Rossell-Pineda, María, Valbuena, Emiro, Nucette, Meléndez Ana. Determinación de las concentraciones de proteínas, hidratos de carbono y grasas en leche de madres en relactancia. *Arch Latinoam Nutr* [revista en Internet] 2010 [Consultado el 17 de enero del 2014]; 60 (4): [368-73]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v60n4/art08.pdf>.
17. Alves, J G Relactation improves nutritional status in hospitalized infants. *Journal of tropical pediatrics* [revista en Internet] 1999 [Consultado el 17 de enero del 2014]; 45(2): [120]. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2328/content/45/2/120.2>.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [monografía en internet]. Washington: OMS; 2010 [Consultado el 30 de noviembre del 2013]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf).
19. PROTOCOL, A. B. M. ABM Clinical Protocol# 10: Breastfeeding the Late Preterm Infant (34 0/7 to 36 6/7 Weeks Gestation) (First Revision June 2011). *Breastfeeding Medicine* [revista en internet] 2011. [Consultado el 9 de enero del 2014]; 6(1): 41-49. doi:10.1089/bfm.2011.9998. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bfm.2011.9998>.
20. Muresan M. Successful Relactation — A Case History. *Breastfeeding Medicine* [revista en internet] 2011. [consultado el 7 de enero del 2014]; 6(4): 233-239. doi:10.1089/bfm.2010.0062. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2010.0062?prevSearch=relactation&searchHistoryKey=>.
21. Rogers IS. Relactation. *Early Human Development*. [revista en internet] 1997. [Consultado el 9 de enero del 2014]; S75-S81. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2053/science/article/pii/S0378378297000546>.
22. Da Silva OP, Knoppert DC, Angelini MM, et al. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *CMAJ* 2001;164:17-21.
23. Ehrenkrantz RA, Ackerman BA. Metoclopramide effect on faltering milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics* 1986;78:614-620.
24. Guzmán V, Toscano G, Canales ES, et al. Improvement of defective lactation by using oral metoclopramide. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979;58:53-55.
25. Kauppila A, Anunti P, Kivinen S, et al. Metoclopramide and breast feeding: Efficacy and anterior pituitary responses of the mother and child. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985;19:19-22.
26. Donovan T, Buchanan K. Fármacos para el aumento del suministro de leche en madres que extraen la leche materna para sus lactantes pretérmino hospitalizados. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 3. Art. No.: CD005544. DOI: 10.1002/14651858.CD005544. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208425281&DocumentID=CD005544>. [consultado el 1 de noviembre del 2013].
27. Koletzko B, Lehner F. Beer and breastfeeding. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:23-28.
28. Mennella JA, Beauchamp GK. Beer, breast feeding, and folklore. *Dev Psychobiol* 1993;26:459-466.

# MATRONATACIÓN: UNA NUEVA EDUCACIÓN MATERNAL QUE AYUDA A AUMENTAR LA INCIDENCIA DE PARTOS EUTÓCICOS

## PALABRAS CLAVE

PREPARACIÓN AL PARTO, PARTO, EUTÓCICO, AGUA, PELVIS, CESÁREA y PARTO INSTRUMENTADO

## INTRODUCCIÓN

Es habitual, hoy en día, encontrarnos con mujeres embarazadas preocupadas por estar informadas y formadas durante su embarazo, para estar preparadas para el momento de su parto, siempre contando con la participación activa de sus parejas en el proceso de gestación. Nos encontramos parejas que se implican en la toma de decisiones de su embarazo y que también tienen una idea de cómo quieren que sea su parto y en qué condiciones.

Cada vez más, las gestantes se preocupan por preparar su cuerpo y su mente para el momento del parto, realizando Yoga, Pilates, natación para embarazadas y actividades varias, pero la mayoría de estas actividades no son impartidas por el personal adecuado, y son impartidas por monitores o fisioterapeutas, los cuales no han recibido una formación especializada, como sería el caso de las enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia (matronas).

Hablamos de que las matronas son los profesionales más adecuados para este tipo de actividades con embarazadas porque están cualificadas específicamente para ello. Además, son los profesionales formados exclusivamente para el cuidado de la mujer en dicha etapa de su vida.

El parto, que es un proceso fisiológico, además supone un gasto extra de energía para la mujer parturienta, que consume de media 200 calorías en 1 hora, que se equipararía al consumo de calorías que realiza un corredor de maratón<sup>(5)</sup>. Por este motivo, la mujer debe de preparar su físico para dicho desgaste en el momento del parto y acondicionar aquellas articulaciones, ligamentos, músculos y huesos protagonistas del momento del parto.

Durante el parto la mujer adopta diferentes posturas pélvicas y, en el caso de tener la epidural, es la matrona la que tiene que realizar dichos cambios posturales a la parturienta para que el feto se vaya adaptando al canal del parto. Según la evidencia científica de los últimos años y en base a estudios realizados sobre la preparación al parto en el agua, sabemos que la preparación de la pelvis antes del parto en el agua es uno de los métodos más efectivos para aumentar la incidencia de partos eutócicos y disminuir el uso de instrumentos o incluso las cesáreas, y a que con la preparación al parto en el agua facilitamos una mejor adaptación a las posturas necesarias para el parto, los movimientos fetales y la amplitud de los diámetros necesarios.

Los movimientos de la pelvis tienen mucha importancia para las matronas, sobre todo los movimientos de nutación y contranutación de la misma, que son los movimientos principales que realiza la articulación sacro-ilíaca. Se trata de movimientos de báscula del sacro alrededor de un eje transversal, y así, las extremidades superiores e inferiores se van a inclinar en sentido contrario. La nutación consiste en la inclinación de la base del sacro hacia adelante y abajo, mientras que la punta realiza un movimiento hacia atrás y arriba. La contranutación es el movimiento contrario al anterior, ya que, la base del sacro se inclina hacia arriba y la punta se inclina hacia abajo. Por ello, llegamos a la conclusión de que la nutación disminuye el diámetro anteroposterior del estrecho superior de la pelvis y

aumenta el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la misma, ayudando al paso del feto por este paso del canal del parto<sup>(1)</sup>.

Teniendo en cuenta estos movimientos, las matronas deberían de trabajar estos movimientos en el agua antes del parto y así poder dar mayor amplitud a dichos diámetros.

El programa a realizar durante las clases de educación maternal en el agua durante el embarazo debería de trabajar toda la musculatura, estructuras óseas, ligamentos y articulaciones de la región sacro-ilíaca y sacro-lumbar. Trabajando dichas regiones la movilidad pélvica mejoraría notablemente y así aumentaríamos, como bien hemos dicho anteriormente, la finalización del embarazo con un parto eutócico.

Hemos orientado nuestro trabajo a la educación maternal en el agua, porque la realización de ejercicios dentro del agua requiere sólo el 50% del peso corporal debido a su propiedad de flotabilidad. La flotabilidad y la ingravidez que nos da el agua nos favorece la libertad de movimiento y así nuestras mujeres pueden adoptar posturas que en seco serían incómodas e imposibles de realizar. Además, una de las ventajas de la realización de ejercicio en el agua es que reduce el riesgo de estrés relacionado con las lesiones y la compresión del agua es calmante en las articulaciones y los músculos que se encuentran estresados por el peso adicional del embarazo<sup>(2)</sup>. Otra de las características del agua es la resistencia hidrodinámica, que permite trabajar la fuerza y así, tonificar los músculos que más sufren durante el embarazo (lumbares, abdominales...) y se preparan aquellos que intervienen durante el parto. La actividad en el agua también mejora la resistencia cardiorrespiratoria mediante los ejercicios aeróbicos y el sistema respiratorio trabaja a mayor rendimiento.



Todos estos beneficios del agua nos ayudan a realizar una educación maternal en el agua muy completa para la preparación de la pelvis durante el embarazo y así preparar física y mentalmente a las mujeres para su parto. También es importante darle un papel activo a la mujer durante esta preparación para el momento del parto y así aportarle mayor seguridad en sí misma.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Conocer, mediante la revisión de la literatura científica publicada sobre el tema, las ventajas de la educación maternal en el agua impartida por enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las ventajas de la educación maternal en el agua para aumentar la incidencia de partos eutócicos.
- Conocer los movimientos que la pelvis realiza durante el parto y cómo en la educación maternal en el agua podemos mejorarlos.
- Aportar un programa de ejercicios básicos para aumentar los diámetros de la pelvis materna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de nuestro trabajo científico hemos realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos: Cochrane Plus, Medline, PubMed, CUIDEN, sCielo y Joanna Briggs. El periodo temporal abarcado son los últimos 15 años.

En una primera fase se utilizaron las siguientes palabras clave: preparación al parto, parto, agua, eutócico, pelvis, cesárea y partos instrumentados en el caso de base de datos en castellano, y para las bases de datos en inglés sus equivalentes en dicho idioma: labor training, labour, water, eutocic, pelvis, cesarean section y instrumental delivery.

En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores, para concretar las publicaciones en términos preparación al parto en el

agua o educación maternal en el agua, añadiendo el término educación maternal. Se completó la búsqueda acudiendo a tesis doctorales recientes y documentos de referencia, como guías de práctica clínica.

## RESULTADOS

Después de una amplia revisión bibliográfica sobre la educación maternal en el agua hemos encontrado varios puntos importantes a tener en cuenta sobre la misma.

Vamos a comenzar hablando sobre los beneficios tanto de la madre como del feto de la práctica deportiva durante el embarazo.

De los numerosos estudios publicados encontrados en nuestra revisión podemos enumerar los siguientes beneficios de la práctica deportiva sobre el embarazo en la mujer gestante:

- Mejora las capacidades metabólicas y cardiopulmonares.
- Reduce el riesgo de padecer diabetes gestacional.
- Evita el dolor de espalda.
- Mantiene la condición física de la madre de tal manera que reduce la fatiga de la realización de las actividades de la vida diaria.
- Reducción de peso y depósito de grasa.
- Mejor recuperación después del parto.
- Mejora la función cardiorespiratoria.
- Mejor estado físico y mental, también mejora el concepto de imagen corporal.
- En 1984 Clapp y Dickein realizaron un estudio entre mujeres que habían practicado deporte durante todo el embarazo y mujeres que lo habían dejado antes de la semana 28. Ellos llegaron a la conclusión de que las mujeres que habían practicado ejercicio 6 veces por semana y al menos una hora tuvieron una duración de la gestación menor (8 días) y de menor peso (500gr).
- La evolución del parto suele ser más rápida y con menor número de complicaciones.

Por otro lado, y no menos importante, los beneficios de la realización de deporte durante el embarazo para el feto son los siguientes:

- Bebés con menor porcentaje de grasa corporal.
- Bebés con mayor capacidad de coordinación.
- El desarrollo psicomotor del feto es superior, con una mejor maduración neuronal.
- Bebés con una mejor nutrición intraútero y mejor flujo sanguíneo.
- Algunos autores dicen que las mujeres que realizan ejercicio durante el embarazo promueven el crecimiento neuronal de sus bebés.

La Guía de la Escuela de Medicina del deporte Americana nos dice que las causas para detener el ejercicio inmediatamente durante el embarazo son:

- Hemorragia vaginal.
- Salida de líquido amniótico.
- Actividad contráctil uterina persistente.
- Dolor abdominal no explicado.
- Ausencia de movimientos fetales.
- Súbito edema de manos, pies o cara.
- Persistencia de severa cefalea y/o alteraciones visuales inexplicables.
- Edema, dolor, rubor en las piernas (flebitis)
- Aumento excesivo de la frecuencia cardíaca.
- Excesiva fatiga, palpitaciones, dolor torácico.
- Ganancia de peso insuficiente (menos de 1 Kg/mes en los últimos dos trimestres)

Durante el embarazo según la evidencia consultada los ejercicios acuáticos resultan una alternativa segura, con bajo riesgo de lesión y permiten combinar actividades aeróbicas con otras de fortalecimiento muscular. Los beneficios derivados de la realización de actividades acuáticas durante el embarazo están basados principalmente en las características que aporta la inmersión en el medio acuático. Entre estos beneficios podemos destacar:

- Reducción del peso por efecto de la fuerza de flotación.
- Liberar los movimientos del cuerpo.
- Evitar el impacto de las articulaciones en los saltos y las caídas.
- Facilitar la circulación del retorno venoso por la presión y el flujo del agua.
- Permitir una buena adecuación de la temperatura corporal.
- Mejorar la ventilación haciendo conciencia de la misma y de sus fases.

Hoy en día aún se piensa en la prescripción del deporte durante el embarazo de forma conservadora, pero existe suficiente evidencia científica como para recomendar su realización durante la gestación. Por ello, las mujeres que realizan deporte normalmente podrán mantener en gran medida su programa de ejercicios habituales con muy pocas restricciones.

Para finalizar con los resultados más importantes obtenidos en esta revisión vamos a indicar los ejercicios que deberíamos de realizar en nuestra preparación al parto en el agua para poder así preparar la pelvis para el momento del parto y así aumentar los diámetros de la misma para dicho momento.

### **Actividades a realizar dentro del agua como método de educación maternal:**

**1.ACTIVIDADES AERÓBICAS:** Es conveniente que se realicen movimientos cíclicos para aumentar la movilidad de las articulaciones y buscar apoyos de la misma para que el músculo trabaje todos sus ángulos. La actividad aeróbica es importante durante estas sesiones en el agua para aumentar el flujo de sangre en tendones, ligamentos y músculos para una mejor oxigenación y así poder mantener estable la articulación.

**2.ACTIVIDADES DE FUERZA:** Deberíamos trabajar la fuerza de los músculos, ligamentos y tendones que intervienen en el parto. De esta manera aumentaríamos la capacidad de movilización de la pelvis y de esta manera los diámetros de la misma.

**3.ACTIVIDADES DE ELASTICIDAD PÉLVICA:** utilizando la libertad de movimientos que nos da el medio líquido buscaríamos la mayor amplitud de los movimientos de la pelvis materna y en todos los planos. Para ello haríamos que las mujeres movilizaran las tres articulaciones básicas: lumbo-sacra, coxofemoral y sacro-íliaca. Trabajando la elasticidad mejoraríamos la amplitud de los movimientos básicos que la mujer utilizará durante el parto y aumentaríamos los diámetros de la pelvis tanto del estrecho superior como del inferior.

**4.ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN RESPIRATORIA:** Con este tipo de actividad adecuaremos la condición respiratoria de la mujer a cualquier situación tanto de estrés como en reposo. Realizaremos ejercicios de relajación al final de cada sesión de educación maternal y durante la misma realizaremos actividades de coordinación respiratoria introduciendo factores estresantes. El agua nos permite variar el ambiente y preparar a la mujer gestante para su parto tanto en un ambiente tranquilo como en un ambiente hostil con gritos, muchísimos estímulos, taquicardia, miedo...

### **CONCLUSIONES Y/O DISCUSIÓN:**

Existe mucha bibliografía sobre el tema del ejercicio físico durante el embarazo, pero muy poca especificando el mismo en el agua. Existen programas específicos y registrados de preparación al parto en el agua, específicamente uno de ellos en España. Lo importante es conocer los beneficios del agua en la preparación de la pelvis para el parto y

que realizando una serie de ejercicios específicos que trabajen la musculatura o los huesos implicados durante el parto podremos aumentar la incidencia de partos eutócicos y reducir el número de cesáreas y partos instrumentados.

Otra ficha clave en esta preparación al parto, sería la elección del profesional adecuado para impartirla, es decir, la figura de la enfermera especialista en ginecología y obstetricia (matrona). La matrona es el profesional capacitado para trabajar todos esos aspectos físicos y psicológicos de la mujer embarazada, y prepararla tanto física como mentalmente para el parto.

La educación maternal en el agua mejora la condición física, así como la psicológica, ya que prepara mentalmente a la mujer embarazada para acudir a su parto sabiendo que se va a encontrar y cómo debe de actuar.

Como conclusión, podemos decir que las mujeres asistentes a esta educación específica de preparación al parto aumentan la probabilidad de tener un parto eutócico, ya que, según la evidencia científica actual, las mujeres que realizan este tipo de actividad en el agua durante el embarazo disminuyen la utilización de instrumental para la finalización del parto, puesto que al trabajar el canal del parto durante los meses anteriores han ampliado el diámetro de la pelvis lo suficiente como para que exista mayor probabilidad de tener un parto eutócico.

**Sisto Alconchel Belén\***  
**Jean-Paul Romero Sara\***  
**Gilart Cantizano Patricia\***  
**\*Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia.**

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Calais B, Vives N. Parir en movimiento. Barcelona: Liebre de Marzo, 2009.
2. Lederman S, Paxton A, Heymsfield S, Thornton J, Pierson R. (1999) Maternal body fat and water during pregnancy: Do they raise infant birth weight? American Journal of Obstetrics and Gynecology 180(1): 235-240. Greydanus D.E., Patel D.R. (2002).
3. Kramer MS, McDonald SW. Ejercicio aeróbico durante el embarazo (Revisión Chocrane Plus traducida). La Biblioteca Chocrane Plus, 2007 Número 4.
4. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Uptodate SoftwareLtd.
5. Clapp III J, Kim H, Burciu B, Schmidt S, Petry K, and Lopez B. (2002). Continuing regular exercise during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 186(1): 142-147.

# ASISTENCIA DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS PARA CONSEGUIR LA INSTAURACIÓN TEMPRANA DE LA LACTANCIA MATERNA

## PALABRAS CLAVES

RECIÉN NACIDO, CUIDADOS INMEDIATOS, LACTANCIA MATERNA, MATRONA.

## RESUMEN

Este documento tiene como objetivo tratar de ayudar a los profesionales y padres a identificar lo que se consideran buenas prácticas y qué pruebas hay para recomendar ciertas actuaciones en relación con el cuidado y atención del recién nacido, con miras a conseguir el inicio precoz de la lactancia materna.

La lactancia materna en sí misma es una actividad preventiva con un espectro de actuación y una eficiencia que probablemente no tiene ninguna otra actividad de las que se han introducido durante años en las distintas Maternidades y que perjudican dicho cometido.

En la parte final de este documento, se presenta un Protocolo de Atención al Recién Nacido, donde se han tenido en cuenta todas las recomendaciones que, a día de hoy, la evidencia científica abala como buenas prácticas, se especifica cuándo es el momento más oportuno para su aplicación y el método más adecuado para que el binomio madre/niño no se separe y el grado de estrés y dolor del recién nacido sea mínimo.

## INTRODUCCIÓN

Las primeras horas tras el parto son cruciales para el vínculo madre/padre-recién nacido y para la instauración de la lactancia materna.

Ambos hechos influirán de forma determinante en el estado de salud del niño y en su desarrollo emocional.

Durante años se han instaurado en las maternidades una serie de prácticas de las que no se había evaluado su efectividad, ni tampoco si eran oportunas o no en el momento de su aplicación.

Algunas de estas prácticas han sido verdaderas barreras para la instauración de la lactancia materna que en sí misma es una actividad preventiva y de la que ha quedado demostrada su eficiencia.

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es crucial a la hora de plantearnos cada una de las actividades que se deben llevar a cabo en el protocolo de atención al recién nacido en la sala de partos que iremos desglosando en este artículo.

La MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales.

Todas las actividades que veremos en relación a la asistencia del recién nacido en la sala de partos cuentan con su nivel de evidencia y grados de recomendación.

Para interpretar los grados de recomendación de las medidas que luego veremos usaremos las siguientes tablas:

## Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (1;2)

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación casual.
2+	Estudios cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación casual.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea casual.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo

### Buena práctica clínica

√ <sup>1</sup>	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del equipo redactor
----------------	---

<sup>1</sup> En ocasiones, el grupo elaborador encuentra aspectos prácticos importantes que es necesario destacar y para los cuales no se ha encontrado ninguna evidencia científica. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento que nadie cuestionaría habitualmente y son valorados como puntos de «buena práctica clínica».

Tabla 1

## (Tabla 2) GRADOS DE RECOMENDACIÓN:

- **A.** Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
- **B.** Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).
- **C.** Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
- **D.** Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
- **I.** Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

## METODOLOGÍA

Como ya se ha mencionado en la introducción, en este artículo se van a desglosar las actividades a llevar a cabo en la asistencia al recién nacido en la sala de partos y a continuación se detallará el grado de recomendación que dicha actividad tiene según la MBE.

A continuación, una vez justificadas y fundamentadas estas actividades, se presenta un Protocolo de Inicio Precoz de la Lactancia Materna en la Unidad de Paritorio.

Para la confección de este artículo se han consultado y revisado estudios y publicaciones existentes en las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline; así como la bibliografía publicada que hay al respecto y que aparece reseñada al final del documento.

## RESULTADO

**ACTIVIDADES A TENER EN CUENTA EN LA ASISTENCIA DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS PARA LA INSTAURACIÓN TEMORANA DE LA LACTANCIA MATERNA:**

### 1. Contacto piel con piel precoz.

Se denomina contacto piel con piel precoz al contacto piel con piel del

recién nacido con su madre inmediato tras el parto. El recién nacido se coloca en decúbito prono sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando, hasta llegar al pecho.<sup>1</sup>

Hasta hace muy poco la práctica habitual en la mayoría de los hospitales españoles ha sido que, tras el parto, el niño se separaba inmediatamente de la madre, se le valoraba, se secaba, se vestía y, solo entonces, se le devolvía a su madre.

Por otro lado, tradicionalmente, en la mayoría de las culturas, tras el parto, se colocaba al niño sobre el abdomen o el pecho de la madre, de esta forma el niño conseguía calor, alimento y comenzaba a interactuar con la madre para poner en marcha el proceso de vinculación. El recién nacido después del parto, presenta un período aproximado de dos horas en el que se encuentra en un estado de alerta tranquila lo que le permite interactuar con su padre y su madre.<sup>1,2</sup>

### Beneficios del contacto piel con piel:

- Se ha demostrado una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna.
- Tiene un efecto beneficioso en el proceso de vinculación, en la disminución del tiempo de llanto del niño, en los niveles de glucosa y en la estabilidad cardiorrespiratoria.
- Se ha mostrado menos dolor por ingurgitación mamaria en las madres y un menor grado de ansiedad.
- El agarre al pecho materno se hace en una posición correcta en el 63% de los niños que permanecen en contacto, frente a un 20.5% en los que se separan.

### Actividades a llevar a cabo:

Para poner en marcha el cuidado piel con piel tras el parto se debe disponer de un protocolo por escrito y consensuado con todos los profesionales.

- El niño desnudo se colocará en el abdomen materno también desnudo.

- Se le secará sobre la madre con toallas o paños precalentados y se intentará no tocar la cara del niño.
- Se le pondrá un gorrito y se dará opción a pañal según los deseos de la madre.
- Se adjudicará el Apgar al minuto y a los 5 minutos.
- Se realizará el pinzamiento del cordón.
- Se identificará al recién nacido sin separarlo de la madre.
- La matrona confirmará que se realiza una toma espontánea de pecho y que el agarre es adecuado.
- Pesar, tallar, las maniobras preventivas y la exploración completa son acciones que se deberían posponer.
- El proceso se supervisará y controlará por un profesional experto.

### Recomendaciones:

- -Es deseable que, inmediatamente tras el parto, los recién nacidos sanos con aspecto vigoroso se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel. (Fuerza de la recomendación A).
- El tiempo de contacto piel con piel de la madre con el recién nacido debería de ser al menos 50 minutos sin ninguna interrupción. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos. (Fuerza de la recomendación B).
- Estos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre. (Fuerza de la recomendación A).
- Cuando el estado de salud de la madre no permite el contacto piel con piel, poner al niño sobre el pecho desnudo del padre le ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto. (Fuerza de la recomendación A)
- Es aconsejable que un profesional experto supervise todo el proceso. (Fuerza de la recomendación C).

## 2. Maniobras innecesarias.

En los últimos años se han venido añadiendo una serie de maniobras rutinarias en la atención posnatal inmediata del recién nacido, relacionadas con el paso de sondas a través de orificios corporales. La aspiración rutinaria de secreciones orales y faríngeas, el paso de sondas para descartar una atresia de esófago o una atresia anal o el lavado gástrico rutinario no parecen tener mucho sentido actualmente.<sup>3,4</sup>

No es necesario el paso de ninguna sonda en el período postnatal inmediato ni posteriormente a no ser que haya un signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología.

### Evidencia:

No se dispone de ninguna prueba de que el paso de sondas o la aspiración de secreciones de forma rutinaria de la orofaringe conlleve ningún beneficio para el recién nacido. Actualmente la recomendación es la vigilancia por un profesional experto durante las dos primeras horas de vida para detectar cualquier problema. El paso de sondas en ningún caso podría sustituir a la vigilancia del recién nacido y en algunas ocasiones podría desestabilizarle.

### Recomendaciones:

- Durante las dos primeras horas de vida el recién nacido debe estar vigilado por un profesional experto que pueda detectar cualquier alteración o signo clínico que pueda hacer sospechar la presencia de alguna patología en el niño. (Fuerza de la recomendación B).
- Si el recién nacido tiene una buena puntuación de Apgar no precisa de ninguna maniobra de reanimación ni de aspiración de secreciones. (Fuerza de la recomendación D).
- No es necesario el paso de ninguna sonda en el período postnatal inmediato ni posteriormente a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología. (Fuerza de la recomendación D).

- Se debe confirmar de visu en las primeras horas la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad. (Fuerza de la recomendación B).
- No está recomendado el lavado gástrico rutinario. (Fuerza de la recomendación E).

## 3. Uso profiláctico de la vitamina K para la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

En la mayoría de los centros hospitalarios españoles y de los países desarrollados se administra una dosis de vitamina K, ya sea por vía intramuscular u oral, con objeto de prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN).

La EHRN se refiere al sangrado que se produce en las primeras semanas de vida en relación con el déficit de vitamina K. La EHRN se divide en tres categorías: precoz, clásica y tardía. La EHRN precoz ocurre en las primeras 24 horas y no puede prevenirse con la profilaxis de vitamina K postparto. La EHRN clásica se manifiesta entre el primer y el tercer día de vida; y la tardía se desarrolla entre las dos y las doce semanas, y se caracteriza por la frecuencia de sangrado intracraneal.<sup>5</sup>

### Evidencia:

- Una dosis única (1 mg) de vitamina K por vía intramuscular (IM) después del nacimiento, es efectiva para prevenir la EHRN clásica.
- Ni la vitamina K por vía IM o por vía oral han sido evaluadas en ensayos aleatorios sobre el efecto que tienen sobre la EHRN tardía.
- Tampoco se han comparado, por medio de ensayos clínicos, el efecto de una dosis única de vitamina K IM, frente a dosis únicas de vitamina K IM, frente a dosis repetidas de vitamina K oral para EHRN tardía.
- Se puede concluir según los últimos estudios consultados que actualmente las pautas que parecen ser más eficaces para la prevención de la EHRN tardía del recién nacido son:

- » 1 mg de vitamina K IM al nacimiento.
- » 2 mg de vitamina K oral al nacimiento, seguido en los lactados al pecho total o parcialmente, de 1 mg oral semanalmente hasta la 12ª semana.
- » En niños alimentados de forma exclusiva con sucedáneos de leche de madre comercializadas en países desarrollados, solo es necesaria la administración tras el tratamiento.

### Recomendaciones:

- Después del nacimiento se debe administrar vitamina K de forma profiláctica para prevenir la EHRN. (Fuerza de la recomendación A).
- Después del nacimiento se recomienda la administración de 1 mg de vitamina K IM para prevenir la EHRN clásica. (Fuerza de la recomendación B).
- Después del nacimiento se recomienda la administración de 1 mg de vitamina K IM para prevenir la EHRN tardía. (Fuerza de la recomendación B).
- Si los padres no desean la pauta IM, se les recomendará la siguiente pauta oral que hasta ahora se ha mostrado como la más eficaz: 2 mg de vitamina K oral al nacimiento, seguido en los lactados al pecho total o parcialmente, de 1 mg oral semanalmente hasta la 12ª semana. (Fuerza de la recomendación B).
- La vitamina K, en cualquier caso, se administrará una vez haya finalizado el tiempo de contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento. (Fuerza de la recomendación B).
- Salvo que la madre lo desee, no se separará al neonato de los brazos de su madre para la administración de la vitamina K y se intentará ponerle la inyección mientras la madre lo amamanta. (Fuerza de la recomendación A).

#### 4. Profilaxis de la oftalmía neonatal.

Consiste en la administración de colirio o pomada oftálmica en los ojos del recién nacido para evitar el desarrollo de conjuntivitis tras el parto.

La oftalmía neonatal se define como la conjuntivitis que ocurre en las primeras 4 semanas de vida. La profilaxis fue iniciada para reducir la incidencia de infección adquirida al nacimiento, pero todas las infecciones de los ojos en el primer mes de vida, que entran en la definición de oftalmía neonatal, no son necesariamente adquiridas en el parto.

##### Evidencia:<sup>6</sup>

- La profilaxis mediante colirio o pomada oftálmica es efectiva para la prevención de la oftalmía neonatal y ha conseguido disminuir espectacularmente su incidencia en los países desarrollados.
- Están exentos de esta profilaxis los lactantes nacidos por cesárea. En ellos, la necesidad de profilaxis ocular está basada fundamentalmente en la tradición y no en evidencias científicas.
- Se considera igualmente eficaz la aplicación tópica de solución de nitrato de plata al 1%, pomada de eritromicina al 0.5%, pomada de tetraciclina al 1% o povidona yodada al 2.5%.
- La elección del tratamiento dependerá de la epidemiología de cada área, de la resistencia antibiótica local, aceptabilidad, coste y disponibilidad de los diversos fármacos.

##### Recomendaciones:

- Se recomienda profilaxis ocular a los RN para prevenir la oftalmía neonatal. (Fuerza de la recomendación A).
- Los clínicos pueden elegir entre pomada de eritromicina al 0.5% y pomada de tetraciclina al 1% que han demostrado una protección equivalente frente a la oftalmía neonatal, y mínimos efectos adversos, siendo recomendable que se usen en formato de unidosis para aumentar la seguridad. (Fuerza de la recomendación A).

- Se recomienda administrar la profilaxis tan pronto como sea posible tras el nacimiento, sin embargo retrasarla 50 a 120 minutos, respetando el tiempo de contacto piel con piel, favorece el vínculo madre-hijo y no se ha demostrado que deteriore la eficacia. (Fuerza de la recomendación B).

#### 5. Vacunación de los recién nacidos contra la hepatitis B.

La infección crónica por el virus de hepatitis B (VHB) es responsable de la tercera parte de los casos de cirrosis y la mitad de los hepatocarcinomas a nivel mundial, y los infectados constituyen el reservorio para la transmisión del VHB.

El riesgo de cronicación de la infección es mayor cuanto menor sea la edad en el momento del contagio. Si éste se produce en el primer año de vida, el porcentaje de infectados crónicos alcanza el 90%.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la vacunación contra la hepatitis B de todos los recién nacidos, dentro de las primeras 24 horas de vida. No solo en los países con endemidad alta o intermedia, sino también en los de prevalencias de AgHBs bajas, como el nuestro.<sup>6,8</sup>

##### Propuesta operativa:

- Comprobación documentada de serología de hepatitis B de la madre obtenida durante la gestación y, en caso de no disponer de ella, realizar dicha determinación analítica en la maternidad lo antes posible.
- Administrar IgHB y vacuna mono-componente contra la hepatitis B, en miembros opuestos, antes de las 12 horas de vida a todos los recién nacidos hijos de madres AgHBs positivas.
- Si se desconoce la situación serológica de la madre en el momento del nacimiento se administrará la vacuna en las primeras 12 horas y se valorará posteriormente la IgHB en función de los resultados maternos.

- En el caso de madres seronegativas, se administrará la primera dosis contra la hepatitis B tras el nacimiento.
- La vacuna se administrará vía IM profunda, en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo, con una técnica rápida en la introducción de la aguja y la inoculación, sin que sea preciso el aspirado previo.

##### Recomendaciones:

- En tanto no haya pruebas de que la cobertura del cribado serológico materno perinatal sea la óptima y que la profilaxis postexposición alcanza a todos los recién nacidos de madres portadoras reales y potenciales del VHB, es prudente mantener la vacunación contra la hepatitis B tras el nacimiento de todos los recién nacidos. (Fuerza de la recomendación B).
- En el caso de la vacunación neonatal, la vacuna debe administrarse precozmente y siempre antes del alta de la maternidad y, en el caso de hijos de madres portadoras del AgHBs, se aplicará junto con la inmunoglobulina hiperinmune antes de las 12 horas de vida. (Fuerza de la recomendación A).
- No separar al recién nacido de su madre para la vacunación contra la hepatitis B y en cualquier caso preservar el contacto piel con piel postparto al menos 50-120 minutos. (Fuerza de la recomendación B).
- Emplear procedimientos de analgesia no farmacológica durante la inyección de la vacuna. El amamantamiento simultáneo con la vacunación es el método de elección. (Fuerza de la recomendación A).

#### 6. Baño del recién nacido.

No parece haber evidencia de que bañar a los recién nacidos produzca beneficios, por el contrario supone una pérdida de temperatura corporal e interfiere con la recomendación de permanecer en contacto piel con piel durante al menos la primera hora. No existe además ninguna contraindicación al hecho de no bañar al RN.<sup>7</sup>

Se desconoce la función real de la vérnix, pero sí se sabe que si no se baña al bebé la sustancia grasa es reabsorbida por la piel. Este efecto sugiere que puede tener efectos protectores sobre la piel mejorando la acidificación, hidratando y protegiendo de la pérdida de calor y de las infecciones.

#### Evidencia:

No existe evidencia para poder recomendar o no el baño inmediato del recién nacido. Sin embargo, distintas publicaciones hacen hincapié en la necesidad de esperar a realizar el baño cuando la temperatura del RN se haya estabilizado, realizando al nacer solamente una limpieza del exceso de vérnix. Por otra parte, se insiste también en la conveniencia de no interferir en el contacto piel con piel.

#### Recomendaciones:<sup>8,9</sup>

- Se recomienda no bañar rutinariamente al RN en las primeras horas después del nacimiento.
- Si la madre lo solicitara, el baño sería una opción aceptable siempre que se haya alcanzado la estabilidad térmica del neonato y sin interferir en el tiempo recomendado de contacto piel con piel.

### 7. Colecho en la maternidad.

El colecho en la maternidad implica que el recién nacido y su madre compartan una superficie continua, sin barreras entre ellos, durante las 24 horas, a lo largo de su estancia en el hospital, los primeros días de la vida del pequeño.<sup>10,11</sup>

Las recomendaciones para un colecho seguro:

- Posición supina del bebé.
- Superficie plana y firme.
- No cubrir la cabeza del niño.
- No con madre fumadora ni que ingiera medicamentos que alteren el nivel de conciencia o alcohol.

#### Conclusiones:

- El colecho en la maternidad da lugar a un aumento en la frecuencia de las tomas de pecho.

- El colecho en la maternidad, con cuna tipo sidecar no da lugar a situaciones de riesgo para el bebé.

#### Recomendaciones:

- Las maternidades deberán disponer de cunas tipo sidecar, y ofrecer a las madres la posibilidad de este tipo de colecho con su hijo, para facilitar la instauración de la lactancia materna. (Fuerza de la recomendación B).

### PROTOCOLO DE INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE PARTORIO

#### DEFINICIÓN:

Es el conjunto de actividades coordinadas por el personal de matronas, dentro de la unidad de partorio, encaminada al inicio precoz de la lactancia materna, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y UNICEF "Diez Pasos para una lactancia exitosa".

#### OBJETIVOS:

##### » Generales:

- A. Promover la lactancia materna mejorando la calidad de vida del recién nacido y de la mujer.
- B. Favorecer el inicio de la lactancia en la unidad de partorio.
- C. Unificar criterios del personal: de información y asistenciales.

##### » Específicos:

- A. Contribuir al inicio de una lactancia materna satisfactoria.
- B. Ayudar a conseguir una actitud positiva de la pareja con respecto a la lactancia materna.
- C. Adaptar el entorno físico para conseguir un clima de seguridad y confort de la pareja y el recién nacido.
- D. Proporcionar información necesaria para el inicio y continuidad de la lactancia materna, aumentando así su confianza.
- E. Disminuir la ansiedad de la mujer por posibles dificultades o dudas sobre la lactancia materna.

F. Favorecer el vínculo padre-recién nacido durante la lactancia.

G. Respetar el deseo de no iniciar la lactancia materna.

H. Fomentar el aumento de conocimientos en el personal. Capacitar al personal.

### ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE PARTOS:

#### Antes del parto:<sup>12</sup>

1. Preguntar y registrar antecedentes de lactancia materna, deseo o no de lactancia materna, posibles dificultades, contraindicaciones, factores de riesgo o necesidad de apoyo especial para una adecuada lactancia, conocimientos previos de la pareja sobre la alimentación del recién nacido asistencia al curso de Educación Maternal, experiencias previas, etc.)
2. Valorar la necesidad de información sobre la técnica de la lactancia materna.
3. Explicar la necesidad e importancia del inicio temprano por sus beneficios sobre:
  - a) Salud de la mujer:
    - Aumenta la secreción de oxitocina endógena (contrae el miometrio, provoca la eyección de leche en la glándula mamaria, favorece el apego con el recién nacido).
    - Aumenta la secreción de endorfinas (opiáceo natural capaz de producir analgesia y, también un estímulo para prolongar la lactancia materna)
  - b) Salud del recién nacido:
    - Inmunológica.
    - Protectora y de afecto.
    - Desde el punto de vista biológico garantiza un óptimo crecimiento y desarrollo neurológico.
  - c) Área psicoafectiva:
    - Aumenta el vínculo emocional.
4. Asegurar que el entorno físico del partorio es el adecuado.
5. Verificar el confort de la mujer.

## Después del parto:<sup>13,14,15</sup>

6. Si la madre lo desea y el parto es normal, se colocará al recién nacido sobre la madre nada más nacer mientras se corta el cordón umbilical, tapando y secando al niño sobre la madre para que no pierda temperatura. La matrona facilitará el contacto piel con piel durante la primera hora de vida.
7. Iniciar la lactancia lo antes posible, mejor en la primera hora después del parto que es cuando el recién nacido está más receptivo y su reflejo de succión es más fuerte. Esta actuación se llevará a cabo tras valoración del estado físico y emocional y siempre y cuando estén estables tanto la madre como el recién nacido.

Si la mujer tiene algún problema físico (hemorragia, hipotensión, etc.) psicoemocional o si está muy cansada, se iniciará la lactancia cuando ella pueda o se pospondrá al puerperio precoz. Igualmente si el recién nacido tiene algún problema o si está poco receptivo.

8. Evitar separar a la madre y el recién nacido durante la primera hora de vida, para ello en el segundo control puerperal antes de ir a la planta, la auxiliar de paritorio realizará las medidas antropométricas, administrará la pomada oftálmica, con el fin de no interferir en el contacto visual entre la madre y el niño, realizará la cura del cordón y el vestido del recién nacido.

La matrona valorará la involución uterina, sangrado vaginal y toma de constantes, así como verificar el bienestar del recién nacido. En este momento la matrona administrará la vacuna de hepatitis B y la vitamina K al recién nacido, encima de la madre o en contacto estrecho con ella.

Junto con la matrona, la auxiliar llevará a cabo el aseo e higiene de la púerpera.

9. Colaborar con la mujer en la puesta al pecho del recién nacido, si precisa.
10. Enseñar o ayudar a estimular:
  - Erección del pezón.
  - Reflejo de búsqueda.
11. Se supervisará la primera puesta al pecho para que sea adecuada (que el niño coja areola y pezón, cuerpo del bebé cerca y de frente al pecho, su cabeza y cuerpo bien alineados, nalgas del bebé bien apoyadas, madre relajada cómoda, etc.) y si no, corregir la técnica. Especial atención en el caso de mujeres primíparas, múltiparas que no han dado de lactar nunca o con experiencias anteriores no satisfactorias, mujeres con dificultades. Dar apoyo.<sup>13</sup>
12. Mantener un clima adecuado para facilitar y propiciar el vínculo de los padres con el recién nacido, intentando respetar el espacio íntimo durante la lactancia. Se facilitará y ayudará a crear este vínculo afectivo madre-bebé-padre, insistiendo en los beneficios del contacto piel con piel, también en aquellos niños que no vayan a ser lactados al pecho. Favorecer un ambiente psicoafectivo adecuado.
13. Interferir lo menos posible pero sin disminuir los cuidados, haciendo promoción, dando consejos y ayudando con recomendaciones breves y sencillas sobre los signos que deben valorar para identificar que el niño está mamando bien:<sup>14</sup>
  - Posición adecuada: abdomen del bebé contra el de la mamá.
  - Que coja bien el pezón y areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz.
  - Indicar el signo de succión correcta, el recién nacido movilizará la oreja.
  - No hacer pinza. La posición de la mano en forma de "C", lejos de la areola mamaria.

- Indicar que no hay horarios. Lactancia a demanda, asegurando un mínimo de 8 tomas diarias.
  - Recalcar a la madre la importancia del calostro.
  - No chupetes ni biberones.
14. Previo el paso a planta invitar a los padres a realizar preguntas para resolver o aclarar dudas o temores, intentando así disminuir la ansiedad por desinformación.
  15. Hacer partícipe a la pareja incluyéndole en la información dada sobre la lactancia e invitándole a dar apoyo a la mujer. Importante: no excedernos con la información, sino intentar ser claros, concretos y concisos.
  16. En caso de cesárea, cuando el estado de la madre lo permita, se favorecerá el inicio precoz de la lactancia en la sala de reanimación.
  17. Si el recién nacido debe trasladarse al servicio de Neonatología, decir a los padres que, tras su ingreso en la unidad de tocología, existe la posibilidad de iniciar la lactancia materna en dicha unidad si el estado de salud del recién nacido lo permite.
  18. Respetar al máximo la decisión de no querer iniciar la lactancia materna. Debemos de asegurarnos que no es una cuestión de desinformación, por lo que se explicarán, si lo creemos necesario, las ventajas e inconvenientes de la lactancia materna y del apoyo que recibirán por nuestra parte y por parte de los profesionales de salud que precisen.
  19. Registrar en la historia clínica el inicio de la lactancia materna, posibles incidencias, y en el caso de que no la inicien o no deseen, se especificará el motivo.
  20. Cuando no es posible dar lactancia materna, intentar tranquilizar y desculpabilizar a la mujer si fuera necesario.



21. Capacitar periódicamente al personal del área de partos mediante cursos teórico-prácticos (acreditados por Formación Continuada)

### CONCLUSIONES

Tras el análisis de los estudios basados en la evidencia científica relacionados con los cuidados del recién nacido y la lactancia materna,

hemos realizado un plan de cuidados con el recién nacido con el fin de conseguir el "éxito" de la lactancia materna.

La actuación de la matrona y del personal de paritorio es fundamental para alcanzar unos buenos resultados. Como hemos visto, uno de los principales cuidados que debemos tener con el recién nacido es el contacto piel con piel y no separarlo de la madre, siempre que la situación lo permita. Creemos que este es el primer paso y fundamental para conseguir el éxito de la lactancia materna. Además hemos detallado una serie de cuidados en el recién nacido que ayudarán y reforzarán la instauración de la lactancia.

La mayoría de los casos de abandono de la lactancia materna se

debe al desconocimiento de la técnica y a la falta de información por parte del personal. Por ello es fundamental la actuación de la matrona desde el momento del nacimiento.

Con este artículo queremos difundir los conocimientos científicos existentes para que se puedan llevar a cabo en la mayoría de los paritorios de la Comunidad Andaluza. Con ello conseguiríamos reducir el alto porcentaje de fracaso de la lactancia materna.

#### **Almudena Barroso Casamitjana**

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología y en Salud Mental. Matrona. Hospital de Jerez

#### **Francisco José Navarro Bernal**

Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología. Matrona. Atención Primaria del Distrito Jerez-Costa Noroeste

#### **Ana María Peralta Domínguez**

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Matrona. Hospital Universitario de Puerto Real

### BIBLIOGRAFÍA

- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. "Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas" SANIDAD. 2010
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA nº 2009/01.
- Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. *Salud Pública Mex* 1997;39: 110-116.
- Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.
- Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC Guide to Breastfeeding Interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna. *Pediatría, Atención Primaria Área 09. Hospital Dr. Peset. Valencia.*
- Hernández Aguilar M.T., Aguayo Maldonado J. La Lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP.
- Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Lactancia materna: Guía para profesionales. Monografía de la A.E.P. nº 5.
- ACPAM. Lactancia Materna: Manual para profesionales. 2ª Edición. Barcelona 1994.
- Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane). De La Biblioteca Cochrane Plus, numero 2, 2005. Oxford, Update Software Ltd.
- Ruiz Guzmán L. Promoción institucional de la Lactancia Materna. Los protocolos hospitalarios. *Index de Enfermería (edición digital)* 1998; 22. Disponible en [http://www.index-f.com/\\_/index-enfermeria/22revista/22\\_articulo\\_7-8php](http://www.index-f.com/_/index-enfermeria/22revista/22_articulo_7-8php).
- Aguayo Maldonado Josefa, Suplemento Lactancia Materna, "Tómate la leche a pecho". *Salud entre todos.* Octubre 2000 nº 85. Junta de Andalucía.
- GRO NYLANDER. "Maternidad y lactancia desde el nacimiento hasta los seis meses". Editorial Granica 1ª Ed. Barcelona 2005.
- ACPAM. Lactancia Materna: Manual para profesionales. 2ª Edición. Barcelona 1994.
- RUTH A. LAWRENCE, M.D. "La Lactancia Materna: una guía para la profesión médica" Edit. Mosby /Doyma Libros S.A. 4ª Edición. Madrid 1996.
- AKERMAN, F.J. "Embarazo, parto y primeros meses de vida". Edit. Medicina Natural. 1994.
- Marvin S.; Eiger M.D. and Sally Wenddkos Olds. El gran libro de la lactancia. Ed. Médicis; Barcelona 1989.

# Noticias y proyectos

## FORMACIÓN

Nuestra Asociación está inmersa en la preparación de un programa de formación que abarca el primer semestre del próximo año y que se extiende a todas las provincias. Entre la temática de cursos que se van a impartir está competencias de las matronas, actualización, suelo pélvico y ecografía. Puedes consultar la provincia, el curso y la fecha de realización. Para más detalles sobre cuota y boletín de inscripción visita nuestra página web y, como siempre, pedimos a l@s asociad@s que nos comuniquen las necesidades formativas.

PROVINCIA	CURSO	FECHA
CÓRDOBA	Jornada de actualización para Especialistas en Obstetricia y Ginecología	22 enero
	Curso Suelo Pélvico	4-5 marzo
GRANADA	Curso Suelo Pélvico	5-6 febrero
JAÉN	Curso Suelo Pélvico	17-18 junio
MÁLAGA	Curso Competencias de las matronas	5 febrero
	Curso de Suelo Pélvico	8-9 abril
SEVILLA	Curso Competencias de las Matronas	26 febrero

## PRÓXIMO CONGRESO

Otro importante evento que se está preparando es el próximo congreso de la Asociación, que tendrá lugar en octubre de 2015, los días 15, 16 y 17 en Sevilla. Tanto el Comité Organizador como el Comité Científico están trabajando para conseguir que el congreso alcance una calidad e interés muy elevado. El programa científico va a contar con una parrilla de talleres sobre temas tan dispares como atractivos, entre los que se encuentran el parto domiciliario, el masaje infantil, urgencias obstétricas, implantes subdérmicos anticonceptivos entre otros. Se contará con ponentes de prestigio internacional y se apostará por formas alternativas en la comunicación entre asistentes y ponentes invitados al congreso.

En breve estará disponible la página web y el plazo para la presentación de comunicaciones se abrirá en abril. Os animamos a todos/as a presentar vuestros trabajos de investigación, innovaciones en vuestra prácticas, experiencias, etc. Y cómo no, os esperamos en este evento de encuentro en Sevilla.

La Junta Directiva



# **PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AAM**

- Si tenéis alguna noticia de vuestra zona o centro de trabajo, algún artículo o proyecto que quieras compartir con el resto de compañer@s no dudéis en enviarlo a la secretaria de la AAM.
- Igualmente seguimos esperando noticias o artículos de Unidades Docentes de Matronas



## **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS**

**www.aamatronas.org - secretaria@aamatronas.org**

Recorta y envía este cupón debidamente cumplimentado a la dirección que se indica. Por favor, rellene el impreso a máquina o con mayúsculas.

Nombre y apellidos .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Teléfono .....

D.N.I. .... Fecha nacimiento ..... Email .....

Centro de trabajo .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

OBSERVACIONES .....

ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

C/ Martínez de León nº 2, 1º C - 41100 Coria del Río. Sevilla.

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2012: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos .....

Banco / Caja .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socia/o, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha: .....

Firma.

## **STAFF**

### **Diseño y Maquetación:**

Carolina Sánchez

### **Comité de Redacción:**

Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

### **Dirección:**

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
secretaria@aamatronas.org  
www.aamatronas.org

### **Edición, producción y suscripciones:**

**Serintusur**

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
info@serintusur.com

Depósito legal: SE-748-2003  
ISSN: 1988-4133

*A*soiación  
*A*ndaluza  
de  
*M*atronas®