

Memoria del Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

Curso: 2013-2014

UNIDAD DE POSPARTO INMEDIATO

Autor/a: D^a Ohiane Irastorza Zubeldia

Director/a: Dra. Arantzazu Zabala Jauregialtzo

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Para alcanzar el objetivo principal de definir y desarrollar la “Unidad de Posparto Inmediato que garantice la detección precoz de complicaciones como la hemorragia, favorezca el vínculo madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna”, se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y revisión de protocolos y guías de diferentes hospitales. Las dos horas posteriores al parto constituyen el periodo de mayor riesgo de hemorragia. Por otra, este periodo es esencial para establecer el vínculo madre-recién nacido y favorecer la lactancia materna. Se recomienda que las mujeres sean trasladadas desde el paritorio a la Unidad de Posparto Inmediato, unidad especialmente dedicada a la atención posparto. En este trabajo, se hablará sobre el puerperio, la hemorragia posparto, el contacto piel con piel, el inicio precoz de la lactancia y se describirán las actividades a realizar en la unidad.

Palabras clave: puerperio, posparto, hemorragia, piel con piel, lactancia.

ÍNDICE:

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1. Antecedentes..... | 1 |
| 1.2. Situación actual..... | 2 |
| 2. OBJETIVOS..... | 4 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 5 |
| 4. RESULTADOS..... | 7 |
| 4.1 Puerperio..... | 7 |
| 4.2. Hemorragia posparto..... | 8 |
| 4.3. Contacto precoz madre-recién nacido..... | 14 |
| 4.4. Lactancia materna..... | 17 |
| 4.5. Propuesta de mejora: protocolo de la Unidad de Posparto Inmediato..... | 22 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 26 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 27 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 28 |
| 8. ANEXOS..... | 32 |
| 8.1. Anexo I..... | 32 |
| 8.2. Anexo II..... | 33 |

1. INTRODUCCIÓN

Se ha realizado este trabajo sobre la Unidad de Posparto Inmediato por las prácticas realizadas en el Servicio de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra.

Las mujeres, después de parir son trasladadas a planta junto a su bebe, sin permanecer en el área el tiempo recomendado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2 horas posteriores al parto).

El puerperio inmediato es el periodo más delicado, con un alto riesgo de complicaciones. Abarca las primeras 24 horas pero se puede distinguir un periodo de 2 horas tras finalizar el parto, siendo el periodo de mayor riesgo de hemorragia en el cual, la mujer ha de ser observada meticulosamente. A este periodo de tiempo de 2 horas se le puede llamar posparto inmediato.

Por otra parte, el posparto inmediato, es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el vínculo, por lo que se recomienda que el recién nacido y la madre no se separen en ningún momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del bebé lo permitan.

Estas son las razones por las que se realizó el trabajo de fin de grado sobre la Unidad de Posparto Inmediato. Además, el tema del trabajo fue comentado con la Jefa de Enfermería del Servicio de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra y le pareció muy buena idea su desarrollo.

1.1 Antecedentes

Etimológicamente, puerperio procede de las palabras latinas “*puer*” (niño) y “*peri*”(alrededor de). Esta expresión, hace referencia al momento biológico tras el nacimiento y los clásicos ya lo valoraban como una fase con características propias, bien diferenciadas del resto del proceso reproductivo.

Hasta las primeras décadas de este siglo, y desde los principios de los tiempos, el puerperio era un periodo de alto riesgo obstétrico. Actualmente, esta morbimortalidad ha disminuido considerablemente.

En el año 40 000 A.C., se tienen datos que indican que el parto era atendido por el marido. Sin embargo, en el año 6000 A.C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un “arte” y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras. Ése fue el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, “*obstetrix*”.

En el siglo XVIII, los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paría. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia.

Los nuevos avances, además de los nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte del bebe y de la madre en el parto. A lo largo del siglo XX se modificó la atención al parto que pasó a realizarse mayormente en los hospitales. Este aspecto además de tener consecuencias positivas tuvo efectos negativos. Una de las consecuencias negativas fue la separación

sistemática de los recién nacido y sus madres. Los niños permanecían en “nidos” y solo se llevaban con sus madres, en el mejor de los casos, cada 3 horas para que mamaran.

El contacto piel con piel comenzó en 1979 en un hospital de Colombia, por el número insuficiente de incubadoras para atender a los niños prematuros. Se inició con un programa de cuidados del prematuro que consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre y alimentarle con leche materna.

1.2 Situación actual

Cada vez son más los centros que están incorporando la “Unidad de Posparto Inmediato” para que las mujeres estén vigiladas por si ocurre alguna complicación como la hemorragia. Además, en este periodo de dos horas tras el nacimiento del bebé, establecer el contacto piel con piel y favorecer el inicio de la lactancia materna. Sin embargo, son muchos los centros que todavía no disponen de esta unidad y las mujeres no permanecen en el área el tiempo recomendado.

La Unidad de Posparto Inmediato es una unidad donde las mujeres son trasladadas desde el paritorio. La puérpera estará en esta unidad especialmente dedicada a la atención posparto, que dispondrá o tendrá acceso inmediato a las medidas de control y tratamiento específicas en función de las teóricas complicaciones que pudieran aparecer. La actitud en este periodo es, por tanto, básicamente preventiva ante la posible aparición de complicaciones.

Pasadas las dos primeras horas posteriores al parto y una vez que la puérpera y el recién nacido presenten una adecuada estabilidad en su estado general y los controles realizados se encuentran dentro de la normalidad, pasarán a la sala de hospitalización general.

La práctica del siglo XX de mantener a los niños en nidos y solo permanecer cada 3 horas con la madre se fue perdiendo y ahora, la mayoría de los recién nacidos se mantienen con sus madres a pesar de que el recién nacido no es colocado en contacto precoz con su madre en todas las maternidades.

La pérdida precoz del contacto físico íntimo entre la madre y el niño y aún más, la separación mantenida dificulta la aparición del vínculo y el inicio de la lactancia materna.

Si tras el parto se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre en contacto piel con piel, el niño en pocos minutos conseguirá agarrarse al pecho de forma correcta. Aunque sea para explorar al recién nacido y comprobar su estado de salud, la separación precoz no ha demostrado ser segura ni eficaz y, sin embargo, influye negativamente en el vínculo y el apego, la lactancia materna o el mantenimiento de la temperatura neonatal y aumenta el estrés del recién nacido ⁽⁸⁾.

Las tasas de amamantamiento y las prácticas profesionales implicadas en la alimentación infantil dentro del ámbito europeo y, más en concreto en España no alcanzan los objetivos de planes nacionales o internacionales, ni son acordes con las mejores prácticas basadas en la evidencia ⁽²²⁾.

Descripción del área de partos y el periodo de “Posparto Inmediato” en el Complejo Hospitalario de Navarra:

Actualmente en el servicio de partos del Complejo Hospitalario de Navarra, existen 7 salas de dilatación, 4 paritorios y 1 quirófano. Cada matrona atiende a 2 mujeres, por lo que normalmente trabajan 4 matronas (incluyendo la “matrona de campo”,) y 3 auxiliares de enfermería por turno.

Las mujeres ingresan en el servicio a través de urgencias (incluyendo las que acuden por recomendaciones de su Centro de Atención a la Mujer) y de planta (las gestantes de alto riesgo).

Los partos eutócicos los atiende la matrona junto a la matrona de campo y la auxiliar de enfermería y los partos distócicos el ginecólogo con una matrona y una auxiliar de enfermería. En el segundo caso, es frecuente que el pediatra esté presente.

Las mujeres que han tenido un parto eutócico, o a pesar de haber sido instrumentado la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado de salud, suelen estar 30-60 min en el área de partos (concretamente en el paritorio), después son trasladadas a su habitación en la planta. Las mujeres que han sido sometidas a una cesárea son trasladadas a la URPA 1h aproximadamente y posteriormente son trasladadas a la habitación. Si el estado del recién nacido es bueno también se traslada a planta pero en caso contrario, se lleva a neonatología.

Tal y como se ha comentado anteriormente, las mujeres que han tenido un parto eutócico no suelen estar más de 30-60min en el área de partos tras el alumbramiento. Entre otras, la Asociación Española de Ginecología y Obstetricia recomienda que las mujeres permanezcan el área dos horas tras finalizar el parto. En este periodo es preciso vigilar la hemostasia uterina siendo el periodo de mayor riesgo de hemorragia posparto y a la vez, se establecerá el vínculo madre-recién nacido y se favorecerá la lactancia materna.

Tras el parto, las mujeres son vigiladas por si se producen hemorragias, se identifica al recién nacido, se realiza la profilaxis ocular, se le pesa y se favorece el inicio de la lactancia materna. Sin embargo, el tiempo que permanecen las mujeres en el Servicio de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra tras el parto, como en otros hospitales, es inferior al recomendado.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Definir y desarrollar la “Unidad de Posparto Inmediato” que garantice la detección precoz de complicaciones como la hemorragia, favorezca el contacto piel con piel madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los riesgos de hemorragia posparto y medidas de control.
- Describir el concepto y los beneficios del contacto piel con piel madre-recién nacido.
- Describir la importancia del inicio precoz de la lactancia materna.
- Realizar un protocolo para la “Unidad de Posparto Inmediato”.

3. METODOLOGÍA

Para la realización del trabajo se utiliza una metodología descriptiva.

Para alcanzar el objetivo principal de definir y desarrollar la “Unidad de Posparto Inmediato que garantice la detección precoz de complicaciones como la hemorragia, favorezca el vínculo madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna”, se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y revisión de protocolos y guías de diferentes hospitales.

Se consultan diferentes fuentes de información como la web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Asociación Española de Pediatría etc. Así mismo, se han consultado los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para la asistencia en el posparto inmediato en el paritorio y también el Proceso Asistencial Integrado del embarazo, parto y puerperio de Andalucía. Otros documentos como la Guía Asistencial al Parto del Hospital La Cruz de Úbeda, el Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto puerperio y del recién nacido etc. han sido de gran interés para el trabajo. Se han consultado libros de ginecología y obstetricia y diferentes publicaciones científicas.

La mayoría de los artículos consultados han sido publicados con posterioridad al año 2000. (Bases de datos: Medline, Elsevier, Cochrane, Dialnet, Google Académico, Instituto Joanna Bridge, Osteba, Teseo etc.)

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) ha sido impulsada por la OMS y UNICEF, para animar a los hospitales, servicios de salud, y en especial las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Se ha consultado dicho manual. Se han consultado guías y protocolos de Lactancia Materna (LM) de diferentes hospitales (la mayoría de hospitales IHAN) como por ejemplo las siguientes: Política de lactancia materna en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, Hospital de Barbastro (Huesca), Hospital de Castellón, Hospital de Cruces, Guía Andaluza de lactancia materna, Recomendaciones para la lactancia materna del Servicio Canario de Salud, Guía de lactancia materna de Aragón etc.

Mediante la revisión bibliográfica, se ha visto que existe terminología diferente para referirse a este periodo de dos horas tras el parto. Algunos autores hacen referencia al posparto inmediato, otros lo llaman puerperio hospitalario precoz, otros puerperio inmediato (que también hace referencia a las 24 horas tras el parto a pesar de diferenciarse este periodo de tiempo de 2 horas) etc. En este trabajo se hablará del “Posparto Inmediato” para evitar confusiones.

Entre otras, en el posparto inmediato, es importante vigilar la hemostasia uterina siendo el periodo de mayor riesgo de hemorragia. Por otra, este periodo es esencial para establecer el vínculo madre-recién nacido y favorecer la lactancia materna. Mediante este trabajo se accede a publicaciones científicas para que se garantice la mejor práctica clínica.

Hay diversos trabajos que recomiendan que la mujer esté vigilada estrechamente en las dos horas tras el parto. A pesar de ello, en muchos centros hospitalarios, las

mujeres son trasladadas a su habitación de la planta cuando se dispone de una cama libre, prácticamente inmediatamente después del nacimiento del bebé.

Con la realización de este trabajo se quieren definir las actividades a realizar en el posparto inmediato ya que algunos autores, hacen referencia a este periodo como el periodo más delicado, con un alto riesgo de complicaciones y otros, como el periodo sensible de extrema importancia para la instauración de la lactancia materna y que cumple un papel muy importante en el establecimiento del vínculo.

En este trabajo se describirán los términos como el puerperio y la hemorragia posparto, el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna. Posteriormente, se reflejarán las actividades a realizar mediante el protocolo de la Unidad de Posparto Inmediato haciendo referencia a estos ámbitos. El protocolo se realiza teniendo en cuenta las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, diferentes libros de Ginecología y Obstetricia, libros de Pediatría y guías y protocolos de diferentes centros hospitalarios.

Teniendo en cuenta los principios bioéticos redactados por Tom Beauchamp y James Childress, el trabajo contempla el principio de beneficencia. Este principio se refiere a la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. El trabajo sigue este principio ya que, el objetivo es “Definir y desarrollar la Unidad de Posparto Inmediato que garantice la detección precoz de complicaciones como la hemorragia, favorezca el contacto piel con piel madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna”, todo ello, garantizando los derechos de los pacientes en cuanto a intimidad, seguridad y confort. Asimismo, el trabajo sigue el principio de la no maleficencia. Se trata de no perjudicar innecesariamente a otros. En el trabajo, se desarrolla el protocolo para la Unidad de Posparto Inmediato para que el personal sepa exactamente las actividades que se deben realizar. Otro de los principios es el de la autonomía, que exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad. El trabajo hace referencia a este principio en varias ocasiones, por ejemplo, cuando se habla de respetar la decisión de la madre de no querer alimentar a su hijo con lactancia materna.

4. RESULTADOS

A continuación se desarrollan los aspectos más relevantes encontrados en la bibliografía científica:

4.1. Puerperio

Tradicionalmente se define el puerperio como el periodo que va desde la finalización del parto hasta que el organismo materno regresa a su estado basal (previo al embarazo). Tradicionalmente, se considera que este periodo dura de 6-8 semanas. Sin embargo, no todos los sistemas de la mujer se recuperan en este tiempo, algunos estudios consideran que la mujer tardará un año en volver a su estado previo al embarazo.

Etapas del puerperio:

Según los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en esta fase, se distinguen tres periodos que implican diferentes respuestas y necesidades maternas ^(1,2):

Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas pero se puede distinguir un periodo de 2 horas tras finalizar el parto.

- *Posparto inmediato:* estas dos horas constituyen el periodo de mayor riesgo de hemorragia en el cual la mujer ha de ser observada meticulosamente. Es el periodo más delicado, con un alto riesgo de complicaciones. Se le puede llamar posparto inmediato.

Puerperio clínico: abarca desde las primeras 24 horas hasta que la paciente es dada de alta (2-4 días)

Puerperio tardío: hasta la aparición de la primera menstruación.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda que la mujer permanezca en el área de partos, (en la unidad de puerperio/posparto inmediato) durante las primeras 2 horas tras finalizar el parto.

Por una parte, durante este periodo se controlarán: pérdidas hemáticas, tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, altura y consistencia uterina (globo de seguridad), coloración y aspecto general de la puérpera, diuresis, estado de la episiotomía, sueroterapia (con o sin oxitocina en función de la necesidad de cada paciente) en caso de epidural, se valorará la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores etc. En la *tabla 1*⁽¹⁰⁾ se muestran los indicadores a tener en cuenta según el momento evolutivo del puerperio.

Por otra, es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el vínculo, por lo que se recomienda que el recién nacido y la madre no se separen en ningún momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del bebé lo permitan.

Si la evolución es normal: pérdida de sangre <500ml, buen globo de seguridad, constantes dentro del rango de normalidad, paciente despierta y orientada etc. a las 2h, tras una revisión final de todas las constantes y sangrado uterino, se trasladará a la puérpera junto a su bebé a su habitación en la planta.

| | 0-2 horas | 2-6 horas | 6-72 horas |
|---|--------------|--------------|---------------|
| Constantes hemodinámicas | Cada 15 min | Cada 2 horas | Cada 8 horas |
| Temperatura | Cada hora | Cada 2 horas | Cada 8 horas |
| Involución uterina | Cada 30 min | Cada 2 horas | Cada 8 horas |
| Loquios | Cada 15 min | Cada 2 horas | Cada 8 horas |
| Circulación venosa de las piernas | No se valora | No se valora | Cada 8 horas |
| Estado del perineo | Cada hora | Cada 3 horas | Cada 12 horas |
| Estado de las mamas | No se valora | No se valora | Cada 8 horas |
| Estado mental^a | Cada 30 min | Cada 2 horas | Cada 8 horas |
| Micción | Cada 30 min | Cada 2 horas | Cada 8 horas |
| Defecación^b | No se valora | No se valora | No se valora |
| ^a Es necesario mantener, además, un sistema de valoración a demanda. | | | |
| ^b La defecación comienza a evaluarse a partir de las 72 horas. | | | |

Tabla 1. Estrategia de aplicación de indicadores según el momento evolutivo del puerperio ⁽¹⁰⁾.

4.2. Hemorragia posparto

La hemorragia posparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Existen varias definiciones de la hemorragia posparto teniendo en cuenta diferentes parámetros que se estiman. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia posparto como la pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vaginal o a 1000ml tras una cesárea ⁽³⁾.

Esta definición universal la podemos entender por el hecho de que en buena parte del mundo, 500ml de pérdida sanguínea constituye una amenaza real para la vida de muchas mujeres, principalmente por la elevada prevalencia de anemias graves.

Sin embargo, resulta más aceptable definir la hemorragia posparto como aquella que produce signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o que puede causarlos si no se contrarresta ⁽⁵⁾.

Otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto.

A su vez, es necesario distinguir entre la hemorragia posparto precoz y tardía.

Hemorragia posparto precoz: es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto, siendo las dos horas después del parto el periodo de mayor riesgo.

Son cada vez más los autores que definen la hemorragia del alumbramiento como la hemorragia que ocurre en las primeras dos horas tras el parto.

Hemorragia posparto tardía: es la que ocurre después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo ⁽³⁾.

Epidemiología

Actualmente, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable. La mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% en los países desarrollados pero puede alcanzar el 60% en el tercer mundo ^(3,4). No podemos olvidar que el 99% de las

muerres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, suceden en estos países, situación que evidencia claramente las importantes diferencias socioeconómicas y sanitarias existentes en el mundo ⁽⁵⁾. En España la mortalidad materna se estima en 7,5 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos y la hemorragia posparto es responsable del 23,07% de la misma ⁽⁷⁾.

Etiología

Entre otros, el Clinical Practise Obstetrics Committee Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage, define que la hemorragia del embarazo parto y puerperio, puede ocurrir por la alteración de uno o más de estos cuatro procesos. Se pueden denominar como las cuatro T: tono, tejido, trauma y trombina ⁽⁵⁾. En la *tabla 2* ⁽⁶⁾ se muestran algunas de las causas y factores de riesgo de la hemorragia posparto.

En 2/3 de los casos de HPP no se encuentra ningún factor de riesgo ⁽⁷⁾.

| | Proceso etiológico | Factores de riesgo |
|---|---|---|
| “TONO” Atonía uterina | Útero sobredistendido | - Polihidramnios - Gestación múltiple - Macrosomía |
| | Cansancio del músculo uterino | - Parto rápido - Parto prolongado - Alta pariedad |
| | Infección intramniótica | - Fiebre - Rotura prematura de membranas prolongada |
| | Alteración anatómica o funcional del útero | - Miomas - Placenta previa - Anomalías uterinas |
| “TEJIDO” Retención de productos | Placentario | - Expulsión incompleta de la placenta - Cirugía uterina previa - Paridad alta - Placenta anómala |
| | Coágulos | - Útero atónico |
| “TRAUMA” Lesión del canal genital | Desgarro en canal blando | - Parto precipitado - Parto operatorio |
| | Desgarro de cesárea | - Malposición - Gran encajamiento |
| | Rotura uterina | - Cirugía uterina previa |
| | Inversión uterina | - Gran paridad - Placenta fúndica |
| “TROMBINA” Alteraciones de la coagulación | Previas: hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand | - Coagulopatías - Hepatopatías |
| | Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico) | - Sangrado con el rasurado - Muerte fetal - Fiebre, leucocitosis - Hemorragia anteparto - Inestabilidad aguda |
| | Anticoagulación terapéutica | - Estudio de coagulación |

Tabla2. Causas y factores de riesgo de la hemorragia posparto ⁽⁶⁾.

Atonía uterina: es la causa más frecuente de hemorragia del alumbramiento, ocurrida en las primeras 2 horas posparto (implicada en más del 50% de los casos). Se debe a un defecto en la contracción uterina, que impide hemostasia por compresión mecánica de los vasos del lecho placentario por las fibras musculares uterinas ⁽⁶⁾.

Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, deberá realizarse una resonancia magnética con el fin de descartar la existencia de una placenta pércreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa ⁽³⁾.

Traumas: se refieren a desgarros del canal genital, rotura uterina, dehiscencia o inversión uterina:

- Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también puede hacerlo como hematomas.
- Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero.
- Dehiscencia uterina: a diferencia de a rotura uterina propiamente dicha, a dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de hemorragias posparto moderadas-graves.
- Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre el fondo uterino (maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial.

Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo:

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
- Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae, sepsis.

Además de estas causas formalmente descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, antecedentes de hemorragia puerperal, la miomatosis uterina, parto prolongado o precipitado, excesiva manipulación uterina, feto muerto intrauterino etc. El conocimiento sobre si una gestante presenta alguno de estos factores de riesgo es una parte importante para la prevención de la hemorragia posparto, pero como ya se ha mencionado anteriormente, hasta el 2/3 de las hemorragias postparto ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo ⁽³⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico. Además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico del paciente (tabla 3) ⁽⁶⁾.

| | Sin repercusión | Repercusión leve | Repercusión moderada | Repercusión grave |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Pérdida hemática | 500-1000ml 10-15% | 1000-1500ml 15-25% | 1500-200ml 25-35% | 2000-3000ml 35-45% |
| Bajada de la tensión arterial TA sistólica | Ninguna Normal | Ligera 80-100 mmHg | Marcada 70-80 mmHg | Profunda 50-70 mmHg |
| Síntomas/ Signos | Palpitaciones Mareo Taquicardia | Debilidad Sudor Taquicardia | Inquietud Palidez Oliguria | Colapso Anuria |

Tabla 3: Afectación hemodinámica en la hemorragia posparto ⁽⁶⁾.

Los parámetros que se deben evaluar son los siguientes ⁽¹⁰⁾:

- Constantes hemodinámicas
- Involución uterina
- Pérdidas vaginales (loquios y metrorragias)
- Diuresis (presencia de globo vesical)
- Signos locales de colección sanguínea (tumoración rojiza o violácea, dolor, calor local)

Funciones de enfermería:

Se valora la repercusión de la hemorragia sobre el estado general, vigilando las constantes hemodinámicas y estableciendo un plan de controles muy frecuentes, dependiendo de cada caso. Generalmente control de constantes vitales cada 10-15min.

Hay que explorar el abdomen inferior de la mujer en busca de globo vesical, puede haber retenciones que impidan la correcta involución uterina. Si hubiera retención realizar un sondaje vesical para el correcto vaciado de la vejiga.

Al vaciar la vejiga, y sobre todo si se palpa una consistencia uterina blanda, debe estimularse la contracción con el masaje uterino.

Canalizar una vía venosa si no se ha canalizado previamente y mantenerla.

Si la hemorragia no cesa, y sobre todo si se detecta la alteración de las constantes vitales, debe consultarse con el médico, de cuya intervención se obtendrán las actividades enfermeras derivadas.

Manejo de la hemorragia posparto:

Los resultados de varios trabajos comparativos indican una disminución significativa en la incidencia de la hemorragia posparto y retención placentaria, con un manejo activo en el tercer periodo del parto o alumbramiento. La tercera etapa del parto puede ser manejada de dos formas distintas ⁽⁵⁾:

Manejo activo: la evidencia constata que el manejo activo en la tercera etapa del parto debe ofrecerse a todas las mujeres ya que reduce el índice de la hemorragia posparto debido a atonía uterina. El manejo activo incluye:

- Administración de uterotónicos profilácticos.
- Pinzamiento precoz y sección del cordón umbilical (incluida una tracción controlada de éste).
- Aplicación de masaje uterino.

El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto ⁽¹³⁾.

Es práctica habitual el pinzamiento precoz que se realiza en los primeros 60 segundos del nacimiento. Sin embargo, existe evidencia que indica que un pinzamiento tardío, a los 2 o 3 minutos del nacimiento o cuando el cordón deja de latir, no aumenta el riesgo de hemorragia materna y puede mejorar los depósitos de hierro en el recién nacido ⁽¹⁵⁾.

Conducta expectante: en el manejo expectante o fisiológico no se administran medicamentos uterotónicos profilácticos, el cordón no es pinzado ni cortado precozmente y la placenta es expulsada por el esfuerzo materno.

La detección precoz de la hemorragia posparto es esencial para su correcto abordaje, hay que anticiparse a un problema mayor y tener seguridad ante la etiología para actuar de una forma u otra. Las intervenciones y procedimientos deberán adecuarse al estado clínico de la paciente y al grado de hemorragia existente.

Evaluación de la hemorragia posparto ⁽⁹⁾:

1. Palpar el útero para descartar atonía.
2. Inspeccionar el tracto genital inferior en busca de laceraciones.
3. Examinar la placenta y la cavidad uterina en busca de placenta retenida.
4. Considerar las causas de coagulopatía.
5. Realizar una laparotomía exploradora.

Tratamiento

Medidas generales: el objetivo principal es mantener o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente.

En la mayoría de los casos una reposición adecuada de volumen sanguíneo y la administración de agentes oxitocínicos suelen ser suficientes para frenar el episodio agudo.

Para la reposición de la volemia es preciso disponer de una o dos vías permeables con catéteres de grueso calibre de perfusión, incluso una vía central.

Se comenzará la reposición rápida de fluidos a razón de 3:1 (300cc de reposición por cada 100cc perdidos). Un metaanálisis de la Cochrane recomienda la utilización de cristaloides (suero salino fisiológico o Ringer lactato) ⁽⁶⁾.

Se administrará plasma fresco, concentrado de hematíes, fibrinógeno, según las necesidades de cada paciente. La realización de un hemograma y un estudio de coagulación orientan hacia el tratamiento más adecuado ⁽¹¹⁾.

Durante este tiempo, las constantes vitales (TA, pulso, saturación de O₂) han de ser monitorizadas. En caso de mantenerse saturaciones de oxígeno inferiores a 92% debe instaurarse oxigenoterapia con soporte de mascarilla.

La restitución de volumen debe hacerse dependiendo de la cuantía de la pérdida, considerando que el hematocrito debe mantenerse alrededor de 30% (hematocrito que en pacientes de alto riesgo se asocia a menor comorbilidad) ⁽⁵⁾.

La colocación de la sonda urinaria tiene varias funciones: favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis (se recomienda diuresis entre 30-60 ml/hora).

Junto con la estabilización hemodinámica, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo ⁽³⁾.

Medidas físicas: el masaje uterino bimanual se emplea hasta conseguir la formación del globo de seguridad. Hay que valorar la existencia de coágulos endouterinos y si se evidencian evacuarlos. La contrapresión externa, que se refiere al peso sobre el fondo uterino para favorecer su contracción, se usa como medida de seguridad una vez frenada la hemorragia.

Tratamiento farmacológico:

Drogas oxitócicas: aunque tienen utilidad en el trabajo de parto, su mayor importancia en el tratamiento de la hemorragia es durante la fase de posparto, donde están indicadas en la atonía uterina. En este caso resulta imprescindible el empleo de oxitocina por vía intravenosa, 10-40U diluidas en solución fisiológica o solución dextrosa al 5%. Puede administrarse por vía intramuscular en dosis de 10U. Dosis más elevadas no aumentan la acción terapéutica y elevan la incidencia de los efectos adversos. Los efectos terapéuticos se inician dentro del minuto tras su administración y persisten pocos minutos después.

Se puede recurrir al tratamiento con derivados ergotínicos por vía intramuscular o intravenosa pero se puede producir un aumento considerable de la presión arterial. Su uso está contraindicado en pacientes hipertensas y con enfermedad periférica oclusiva o coronariopatía. Si persiste la hemorragia, pueden resultar útiles las prostaglandinas. La prostaglandina E₂ en dosis de 0,5g se administra por vía intravenosa aunque con importantes efectos secundarios. La administración de 800ug de misoprostol por vía intrarrectal puede resultar útil en el tratamiento de la hemorragia debida a atonía uterina ⁽¹¹⁾.

Carboprost es una 15-metilprostaglandina F₂, se administra por vía intramiometrial en dosis de 0.5mg cada 15-90 minutos, hasta una dosis máxima de 2 mg. Dados sus efectos vasoactivos, no debe emplearse en caso de enfermedad pulmonar o cardiovascular ^(5,11).

Otras medidas terapéuticas: el legrado instrumental se realizará, en caso de ser necesario, con la cuchara de Pinrad, con extremo cuidado por el peligro de perforación. El taponamiento uterino puede utilizarse en la atonía uterina o en

hemorragias en el lecho de una placenta previa o acretismo parcial, sin embargo, esta técnica está en desuso, ya que hay que tener en cuenta que puede encubrir la hemorragia y aumenta el riesgo de infección.

Tratamiento quirúrgico: en casos de atonía uterina persistente, acretismo placentario o rotura uterina se requerirán técnicas quirúrgicas:

- Ligadura de las arterias uterinas.
- Devascularización progresiva del útero.
- Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas.
- Sutura en abrazadera de B-Lynch (descrita para el tratamiento de la atonía en el transcurso de una cesárea).
- Técnica de Cho (consiste en aplicar puntos de sutura desde la cara anterior hasta la cara posterior del útero en zonas sangrantes).
- Histerectomía obstétrica.

La embolización angiográfica es una técnica muy eficaz para controlar la hemorragia obstétrica, y ofrece además una serie de ventajas frente al tratamiento quirúrgico: es una técnica mínimamente invasiva, evita intervenciones radicales, puede repetirse el procedimiento en caso de reaparecer el sangrado y no impide un tratamiento quirúrgico posterior en caso de ser necesario ⁽¹¹⁾.

4.3. Contacto precoz madre-recién nacido

En las dos primeras horas después del nacimiento, la criatura recién nacida está en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto ⁽¹²⁾.

El bebé ha estado en contacto con el olor del líquido amniótico materno durante el embarazo. Los niveles elevados de noradrenalina en el encéfalo facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente postnatal ⁽⁸⁾.

Se ha visto que, nada más nacer, posicionando al recién nacido en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su puño, lengüetada), se dirige hacia la areola, que reconoce por su olor y succiona correctamente. A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas con un agarre adecuado.

En los niños que permanecen en contacto piel con piel se ha mostrado que el encaje en el pecho materno se hace en una posición correcta en el 63%, mientras que en los separados se realiza en un 20,5% ⁽¹⁵⁾.

Este proceso requiere su tiempo y no debe forzarse, debe ser espontáneo. Muchas veces con la intención de ayudar al bebé a agarrarse al pecho, se le fuerza y se pueden abolir los reflejos de búsqueda y alterar la colocación de la lengua lo que da lugar a una técnica de succión incorrecta.

El 90% de los bebés hace la primera toma espontánea al pecho antes de los 70 minutos. Sin embargo, la separación aunque solo sea durante unos minutos, altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas realizadas con éxito.

Mizuno et al en el año 2004 publicaron un trabajo donde mostraron como los recién nacidos que han estado en contacto piel con piel reconocen antes y se orientan mejor hacia la leche de su madre que los niños que se separaron y no estuvieron en contacto piel con piel ⁽¹⁷⁾.

Beneficios del contacto precoz piel con piel

El contacto piel con piel es beneficioso tanto para el recién nacido como para la madre.

Como consecuencia del estrés del parto, el recién nacido segrega cortisol y noradrenalina. El contacto piel con piel y la succión del pecho materno son estímulos vagales muy eficaces para que el bebé se recupere antes del estrés del parto ⁽⁸⁾. Además normalizará antes su glucemia, equilibrio ácido-base y la temperatura.

Es beneficioso para el vínculo madre-recién nacido aumentando la frecuencia y duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas ^(12,15).

Asimismo, provoca un aumento de la secreción de oxitocina materna que provoca la contracción del útero, disminuyendo el tamaño de éste y a la vez disminuyendo el riesgo de la hemorragia posparto. También se ha mostrado menos dolor por ingurgitación mamaria en las madres que practicaron piel con piel y un menor grado de ansiedad ⁽¹⁵⁾.

Riesgos de la separación precoz

Históricamente, el contacto estrecho madre-recién nacido, ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. La separación precoz es la separación inmediata al nacimiento impuesta en muchas maternidades aunque cada vez menos, por la práctica habitual.

Hasta hace muy poco la práctica habitual en la mayoría de los hospitales españoles, ha sido separar inmediatamente al niño de su madre tras el nacimiento, se valoraba al recién nacido, se secaba, se vestía y solo entonces se lo devolvía a su madre. Estas rutinas hospitalarias pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y su hijo y tener efectos nocivos sobre ambos ⁽¹⁸⁾.

Las madres que han sufrido la separación precoz de sus hijos e hijas obtienen peores puntuaciones en actitudes cariñosas durante las tomas los primeros días y en comportamientos afectivos. La separación precoz impide que la primera toma al pecho se haga de forma espontánea y aunque se puede paliar mediante apoyo y consejería en lactancia materna, se ha descrito que es 2,2 veces menos probable que los bebés separados continúen con la lactancia materna entre el mes y los 3 meses de edad. Hay estudios que revelan que un gran porcentaje de las madres que están en contacto piel con piel con sus bebés muestran una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención posparto en el futuro, mientras que son pocas las madres que indican que sin duda prefieren sostener a sus bebés envueltos en mantas ^(8,14).

Al separar el recién nacido de su madre, la recuperación del estrés del parto será más lenta. Estos recién nacidos mantienen el cortisol salivar aumentado a las 6 horas de vida, a las 4 horas experimentan menos períodos de sueño de reposo, muestran más

movimientos y lloran significadamente más que el grupo de bebés que disfrutaron del contacto precoz ⁽⁸⁾.

Es erróneo interrumpir el contacto precoz si el bebé está hipotérmico (temperatura axilar <36,5°C) ya que el contacto piel con piel ayuda a corregir la hipotermia. La temperatura de los recién nacidos hipotérmicos aumenta 0,8°C en los primeros 60 minutos de contacto piel con piel, mientras que la de los no hipotérmicos aumenta 0,35°C ⁽⁸⁾.

Tiempo deseable de contacto piel con piel sin interrupción:

No hay mucha información sobre el tiempo ideal de contacto piel con piel sin interrupción.

Con más de 50 min de contacto y hasta un máximo de 110 min la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 min ⁽¹⁶⁾. En algunos trabajos también se menciona este tiempo de 50 min como quizás el tiempo mínimo recomendable y en otros este tiempo es de 70 min (para que el recién nacido pueda hacer la primera toma espontánea) ^(12,8).

El periodo de mayor tiempo de alerta tranquila de recién nacido es de 120 minutos por lo que otras recomendaciones, hablan de mantener el contacto piel con piel este tiempo, para aprovechar al máximo el periodo sensitivo del recién nacido tras el parto ⁽¹⁵⁾.

Recomendaciones del contacto piel con piel:

Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés (recién nacidos sanos) inmediatamente después del nacimiento (recomendación A). El recién nacido se colocará sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantendrá el contacto piel con piel durante al menos 50 minutos sin ninguna interrupción, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del niño lo permitan. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos.

Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre. Se intentará no tocar la cara del recién nacido. Estos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre.

Durante este periodo se recomienda que la matrona mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el recién nacido con registro de signos vitales del bebé (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardíaca) alertando al especialista de cualquier cambio cardiorrespiratorio. Por tanto, los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y el test de Apgar.

Se favorecerá el contacto visual entre madre-recién nacido, para lo cual puede ser conveniente la colocación de una almohada a la madre.

Se debe ofrecer a todas las madres, incluidas las que hayan decidido alimentar a sus hijos con alimentación artificial. Es esencial saber que el contacto piel con piel es una decisión informada de la madre y nunca la debe percibir como una obligación.

Si no se puede establecer el contacto piel con piel con la madre por su estado de salud, se ofrecerá al padre. Se ha mostrado que el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto con el padre puede ser beneficioso para ambos. Parece que el padre puede ser el cuidador principal en este periodo de tiempo tan importante, ya que facilita el comportamiento que tendrá que poner en marcha el niño para asegurar una adecuada lactancia materna ⁽¹⁹⁾.

4.4. Lactancia materna

Los primeros días y, sobre todo, las primeras horas después del parto tienen una gran importancia para el éxito de la lactancia materna. En 1989, La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas (UNICEF) publicaron conjuntamente los *Diez pasos para una feliz lactancia natural (tabla 4)* ⁽²¹⁾, cuyo cumplimiento por parte de los Hospitales y las Maternidades garantiza el derecho de las madres a amamantar a sus hijos e hijas.

| Diez pasos para una feliz lactancia natural |
|---|
| 1. Disponer de un protocolo escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal. |
| 2. Capacitar a todo el personal de salud que deba aplicar ese protocolo. |
| 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de lactancia materna y la forma de ponerla en práctica. |
| 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. |
| 5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos. |
| 6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados. |
| 7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día. |
| 8. Fomentar la lactancia materna a demanda. |
| 9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes. |
| 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. |

Tabla 4. Diez pasos para una feliz lactancia natural OMS/UNICEF ⁽²¹⁾

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) se ha lanzado por la OMS y la UNICEF, para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular a las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento ⁽²³⁾.

En la sociedad actual, con la pérdida de la cultura de la lactancia materna, las madres no poseen el instinto del amamantamiento ni poseen la experiencia ni el conocimiento suficiente como para sentirse seguras en el inicio del amamantamiento.

Es el niño quien tiene el instinto del amamantamiento, por lo tanto, para que pueda desencadenarse correctamente, requiere el contacto íntimo con su madre, preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto ⁽⁸⁾.

Primera toma

En muchos centros hospitalarios, se tiende a colocar al recién nacido en la posición correcta y se ayuda a acercarlo al pecho de la madre. Este procedimiento puede ser muy adecuado cuando las madres tienen dificultades o precisan apoyo, pero, en la primera toma tras el parto, sólo es necesario observar y acompañar a la madre y explicarle lo que está ocurriendo.

La primera toma debería entenderse como un proceso activo que inicia el recién nacido inmediatamente después del parto y no como un proceso activo de los profesionales.

El periodo sensible posparto no es indefinido y, aunque luego se devuelva el niño a la madre, éste ya no pone en marcha su instinto con la misma efectividad que inmediatamente después del parto.

El amamantamiento proporciona la alimentación más saludable en la infancia y es una de las prácticas más potentes para la prevención de enfermedades a corto y a largo plazo, tanto en la madre como en el bebé. Amamantar es una fuente importante de beneficios de salud física y psicológica de las mujeres y asegura el mejor desarrollo del potencial psicofísico del bebé, un buen vínculo emocional y el desarrollo de un apego seguro que sientan las bases del comportamiento durante la vida adulta⁽²⁰⁾.

Beneficios de la lactancia materna

Beneficios para el lactante: entre los beneficios de la lactancia materna para el lactante se encuentran los siguientes:

- Protección frente a infecciones⁽²⁹⁾: hay diversos estudios que demuestran que la lactancia materna tiene un efecto protector contra infecciones respiratorias, gastrointestinales e infecciones de orina, otitis media y diarrea. La leche materna tiene anticuerpos, linfocitos T y B, citoquinas y factores de crecimiento que estimulan el sistema inmune del niño.
- Protección frente a alergias: introducir leche de vaca antes de los 4 meses incrementa el riesgo de asma y atopia.
- Mejora el desarrollo cognitivo. La mayoría de los estudios demuestran que la lactancia materna tiene un efecto positivo en el desarrollo cognitivo⁽²⁵⁾, sin embargo, hay otros estudios que dicen que la evidencia de los estudios de mayor calidad es menos convincente⁽²⁶⁾.
- Protege de la muerte súbita del lactante⁽²⁷⁾.
- Favorece la flora intestinal no patógena y disminuye el estreñimiento.
- Aumenta el vínculo afectivo y la relación madre-hijo e incrementa la autoestima y seguridad en el niño.
- Beneficios en cuanto a enfermedades a largo plazo. La lactancia materna tiene un efecto protector en la aparición de la diabetes insulino dependiente, enfermedad de Chron, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas⁽²⁹⁾.

Beneficios de la leche materna en el recién nacido pretérmino^(36,29): entre las ventajas de la leche materna para el recién nacido pretérmino se encuentran:

- La leche materna contiene aminoácidos esenciales para el pretérmino.
- Mejora la digestibilidad y absorción de principios inmediatos.
- Contiene micronutrientes en cantidades fisiológicas.

- Contiene enzimas activas y factores antiinfecciosos, protección frente a infecciones nosocomiales.
- Protege frente a la enterocolitis necrosante.
- Contiene una baja carga renal de solutos.
- Ayuda con la maduración del tracto intestinal del recién nacido pretérmino.
- Mejora la función retiniana.
- Mejora el desarrollo cognitivo.

Beneficios para la madre:

- Ayuda a la recuperación posparto: la secreción de oxitocina ayuda a la involución uterina por tanto hay menor riesgo de hemorragia y anemia. La menstruación puede tardar más en llegar por lo que también ayuda en este último aspecto. La ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro.
- Recuperación más rápida del peso ganado durante el embarazo, hay una mayor pérdida de los depósitos de grasa acumulados en el embarazo.
- Menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en el periodo de la postmenopausia.
- Reduce el riesgo de cáncer de mama ⁽²⁴⁾.
- Reduce el riesgo de cáncer de ovario ⁽²⁹⁾.
- Mejora la salud emocional: las mujeres que lactan tienen menos ansiedad al mes posparto. Aumenta la autoestima en su papel de madre, mejora el vínculo madre-recién nacido, trasmite seguridad e implica una relación afectiva que permite generar satisfacción y placer en la mujer.
- La leche materna está siempre disponible a la temperatura adecuada, es más barata, no hay necesidad de esterilizarla y no hay errores en su preparación ni en su manipulación.

Beneficios socioeconómicos

- Menor coste económico y menor impacto medioambiental: la leche materna es un alimento ecológico que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse, por lo que se ahorra energía y se evita la contaminación del medio ambiente.
- Menor gasto sanitario: la menor incidencia de enfermedades en los bebés amamantados supone un ahorro en medicamentos y menor utilización de los servicios sanitarios ⁽²⁸⁾.
- Menor absentismo laboral de los padres.

Recomendaciones para la lactancia materna

A continuación, se muestran algunas de las recomendaciones más importantes sobre la lactancia materna:

La leche humana es el alimento de elección durante los primeros meses de la vida para todos los niños, incluyendo los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo raras excepciones y se debe prolongar durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño (recomendación A). El personal sanitario debe ofrecer información a los padres sobre la lactancia materna.

Se debe iniciar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de la primera hora (recomendación A). Debe indicarse a las mujeres que si el recién nacido no está intentando mamar, se le puede colocar

enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma.

Los recién nacidos sanos deben ponerse en contacto piel con piel con su madre y mantenerlos hasta que se realice la primera toma (recomendación A). Se deben retrasar los actos de pesar, medir, etc. hasta después de que se realice la primera toma. Los niños afectados por medicación materna pueden requerir apoyo para un agarre efectivo al pecho.

Antes de que el pediatra haga una recomendación en contra de la lactancia materna o el destete prematuro se deberán sopesar los beneficios de la lactancia materna frente a los riesgos potenciales de no recibir leche humana (recomendación A).

Los recién nacidos deben alimentarse de lactancia materna a demanda, no se debe esperar a que el niño lllore, si está despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe ponerse al pecho (recomendación B).

Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna o usarlos solo cuando la LM esté bien establecida (recomendación B).

No se deben administrar suplementos como suero glucosado, agua, zumos etc., cuando se está instaurando la lactancia materna ni posteriormente.

Contraindicaciones para la lactancia materna

No son muchas las ocasiones en las que la lactancia materna esté contraindicada. Ante cualquier situación en la que puedan surgir dudas se requiere una valoración individualizada considerando los grandes beneficios de la lactancia materna frente a los diversos riesgos.

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados y existen fórmulas adecuadas para la lactancia artificial. Sin embargo, en los países que están en vías de desarrollo, donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición constituyen las principales causas de muerte en la infancia, los riesgos de mortalidad asociados con la alimentación artificial pueden ser mayores que los posibles riesgos de contraer la infección por el VIH ⁽³⁰⁾ por lo que la OMS recomienda que en dichos países las madres infectadas por VIH mantengan la lactancia materna.

Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV-1). Este virus causa la leucemia/ linfoma de células T del adulto y una mielopatía crónica que se manifiesta por espasticidad o debilidad de las extremidades inferiores. Se ha demostrado la transmisión del virus a través de la leche materna. Por tanto, es una contraindicación para la lactancia materna siempre y cuando se disponga de sustitutos adecuados, como en el caso del VIH ^(32,33). Se ha señalado que el tratamiento de la leche materna mediante congelación inactiva el virus HTLV-1. Si esto se confirma, las madres infectadas por HTLV-1 podrían extraer la leche, congelarla y después administrársela al lactante por biberón ⁽³¹⁾.

Galactosemia. La lactancia materna está contraindicada en los niños afectados de galactosemia, enfermedad metabólica con un déficit en alguna de las enzimas que

participan en el metabolismo de la galactosa. Los niños afectados deben recibir una dieta sin lactosa sin galactosa desde el nacimiento. Algunas formas leves pueden recibir lactancia materna parcial ^(32, 33).

Deficiencia primaria congénita de lactasa. El déficit congénito de lactasa contraindica la lactancia materna. Esta forma de comienzo temprano en el periodo neonatal, es extraordinariamente rara, solo se han diagnosticado alrededor de 40 casos desde que fue descrito en 1959 ⁽³²⁾.

Fármacos y drogas contraindicadas durante la lactancia: no son muchas las enfermedades maternas requieren tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos nocivos en el niño al pasar a través de la leche. Como ejemplos de estas situaciones excepcionales se pueden citar la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. Algunos casos de prolactinoma (adenoma hipofisario secretor de prolactina), especialmente los macroadenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina que contradice la lactancia. El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño. Sin embargo, la metadona no presenta riesgo para el lactante ya que pasa en cantidades mínimas a la leche materna. Por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto beneficioso en estos niños, en los que mejora la evolución del síndrome de abstinencia neonatal y disminuye los días de hospitalización ⁽⁸⁾.

Medicación en el parto y lactancia materna

Antibióticos: se administran como prevención a todas las mujeres portadoras de *estreptococo b-agalactiae*, si hay riesgo de endocarditis, o ante una fiebre intraparto (ampicilina, penicilina, gentamicina, eritromicina). Los tres primeros fármacos son compatibles con la lactancia materna sin riesgos para el lactante. En cuanto a la eritromicina, nuevas evidencias científicas han hecho que se eleve el nivel de riesgo para la lactancia (de riesgo muy bajo a riesgo bajo). La Academia Americana de Pediatría lo considera como medicación usualmente compatible con la lactancia y en el listado de medicamentos esenciales de la OMS del 2002 es compatible con la lactancia. Recientemente, se ha relacionado la exposición temprana a eritromicina con la aparición de estenosis hipertrófica de píloro, incluso a través de la leche materna, por lo que es prudente evitarla durante el primer mes de lactancia ^(8,34).

Antihipertensivos y anticonvulsivantes: hidralacina, nifedipino y otros: no se han descrito contraindicaciones para la lactancia. El *sulfato de magnesio* y el *diazepam* pueden tener un ligero efecto sedante sobre el bebé si se administran poco antes del nacimiento y reducir su reactividad para iniciar la succión ^(8,34).

Analgésicos: en ocasiones se usan la *butilescopolamina* y el *metamizol* como espasmolíticos en el inicio del parto. La *butilescopolamina* es compatible y sin riesgos para la lactancia y el lactante y el *metamizol* se clasifica con un riesgo leve o poco probable. El *ibuprofeno* y el *paracetamol* no afectan a la lactancia ^(8,34).

La *oxitocina* no tiene efectos demostrados sobre la lactancia. Las *prostaglandinas* no tienen efectos cuando se emplean como gel cervical para inducir el parto pero el uso oral en la primera semana posparto puede disminuir la producción de leche ⁽³⁴⁾.

Analgesia epidural. Existen diversos estudios que muestran resultados contradictorios sobre la lactancia materna y la epidural. Se ha demostrado que el empleo de altas dosis de opiáceos (>150g de fentanilo) puede tener consecuencias en la lactancia precoz. Por tanto, se aconseja evitar bolos o infusiones con altas concentraciones de fentanilo ⁽³⁵⁾.

La *anestesia general* se utiliza cuando ocurre alguna urgencia como pueden ser la cesárea o fórceps de urgencia. Causa dificultad en la instauración de la lactancia materna.

Circunstancias que requieren una valoración individualizada

Los casos de madres que padecen enfermedades infecciosas como la tuberculosis activa no tratada, herpes simple, hepatitis C, citomegalovirus, sífilis, brucelosis, prolactinoma o madres con enfermedades crónicas como fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa requerirán una valoración individualizada en cada caso ^(32,33).

4.5. Propuesta de mejora: protocolo de la Unidad de Posparto Inmediato

En el posparto inmediato existe un mayor riesgo de aparición de complicaciones, por lo que se considera fundamental la adopción de controles y medidas preventivas al respecto. Además, es el periodo sensible de extrema importancia para la instauración de la lactancia materna y cumple un papel muy importante en el establecimiento del vínculo. Por tanto, mediante este trabajo revisando guías y protocolos de diferentes centros y accediendo a publicaciones científicas para que se garantice la mejor práctica clínica, se ha considerado oportuno realizar un protocolo para la Unidad de Posparto Inmediato.

La Unidad de Posparto Inmediato es una unidad donde las mujeres son trasladadas desde el paritorio y permanecen en la misma dos horas posteriores al parto. La puérpera estará en esta unidad especialmente dedicada a la atención posparto, que dispondrá o tendrá acceso inmediato a las medidas de control y tratamiento específicas en función de las teóricas complicaciones que pudieran aparecer. Por una parte, la actitud en este periodo es preventiva ante la posible aparición de complicaciones. Por otra, en este periodo de tiempo se establecerá o se mantendrá el contacto piel con piel favoreciendo la lactancia materna precoz, tal y como se ha comentado anteriormente.

Protocolo de la Unidad de Posparto Inmediato:

Definición: es el conjunto de actividades para asegurar la detección precoz de complicaciones, establecimiento del contacto piel con piel madre-recién nacido encaminada al inicio precoz de la lactancia materna.

Objetivo: proporcionar unas pautas claras y eficaces para asegurar la detección precoz de complicaciones como la hemorragia posparto, favorecer el contacto piel con piel madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna.

- Si no hay ninguna complicación, la madre permanecerá en la Unidad de Posparto Inmediato junto a su bebé dos horas posteriores al parto.

- Se vigilará estrechamente a la mujer para la detección precoz de complicaciones.
- El recién nacido permanecerá en contacto piel con piel con la madre el mayor tiempo posible durante la estancia hospitalaria, se iniciará el contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del niño lo permitan.
- Se favorecerá el inicio de la lactancia materna.

Personal:

- Matrona y/o enfermera
- Auxiliar de enfermería

Actividades:

Vigilar a la madre por si se produce alguna complicación:

- Perfusión de oxitocina o administración de uterotónicos en condiciones adecuadas.
- Valorar el nivel de consciencia.
- Valorar las constantes hemodinámicas de la madre cada 15 minutos: frecuencia cardíaca, presión arterial y la coloración de piel y mucosas (detectar palideces).
- Tomar la temperatura cada hora.
- Explorar el abdomen inferior de la mujer en busca de globo vesical. Si hubiera retención realizar un sondaje vesical para el correcto vaciado de la vejiga. Al vaciar la vejiga, si se palpa una consistencia uterina blanda, debe estimularse la contracción con el masaje uterino.
- Valorar micción cada 30 minutos.
- Vigilar la involución uterina cada 30 minutos: altura del fondo uterino, consistencia del cuerpo del útero, sensibilidad dolorosa a la presión.
- Valorar pérdidas vaginales cada 15 minutos.
- Valorar el estado del perineo cada hora. Valorar el estado de la episiotomía (hematomas, sangrado, dolor etc.)
- Valorar la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.
- Registrar todos los datos y avisar al ginecólogo ante cualquier incidencia.

Establecer el contacto piel con piel y favorecer la lactancia materna:

- Se debe procurar la relajación e intimidad de la madre.

- El recién nacido se colocará sobre el abdomen de la madre (si no se ha colocado en el paritorio) y se mantendrá el contacto piel con piel sin ninguna interrupción, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del niño lo permitan. Se favorecerá la lactancia precoz.
- Se favorecerá el contacto visual entre madre-recién nacido, para lo cual puede ser conveniente la colocación de una almohada a la madre.
- Preguntar y registrar antecedentes de lactancia materna, deseo o no de lactancia materna, posibles dificultades, contraindicaciones, factores de riesgo etc., si procede.
- Se explicará la necesidad e importancia del inicio temprano de lactancia materna, si procede. El personal no se debe exceder con la información, sino intentar ser claros, concretos y concisos.
- Se facilitará y ayudará a crear el vínculo afectivo madre-bebé-padre, incluidos a los niños de los padres hayan optado por la alimentación artificial. El contacto piel con piel es una decisión informada y nunca se debe percibir como una obligación. Respetar al máximo la decisión de no querer iniciar la lactancia materna, el personal se asegurará de que no es una cuestión de desinformación.
- Si no se puede establecer el contacto piel con piel con la madre por su estado de salud, se ofrecerá al padre.
- Se debe iniciar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de la primera hora que es cuando el recién nacido está más receptivo y su reflejo de succión es más fuerte. Esta actuación se llevará a cabo tras la 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, psicoemocional o si está muy cansada se puede posponer el inicio de la lactancia. Igualmente si el recién nacido tiene algún problema o si está poco receptivo.
- Debe indicarse a las mujeres que si el recién nacido no está intentando mamar, se le puede colocar enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma.
- Evitar los suplementos (agua, sueros orales o fórmulas lácteas), que no sean estrictamente necesarios.
- Se procurará intervenir lo menos posible, 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:

- Posición adecuada: abdomen del bebé contra el de la madre/ cuerpo del bebé cerca y de frente al pecho, su cabeza y cuerpo bien alineados, nalgas del bebé bien apoyadas.
 - Que coja bien el pezón y la areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz.
 - 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 7 tomas diarias.
 - Recalcar a la madre la importancia del calostro.
-
- Mantener especial atención en el caso de mujeres primíparas, multíparas que no han dado de lactar nunca o con experiencias anteriores no satisfactorias y mujeres con dificultades. Dar apoyo.
 - Invitar a los padres a realizar preguntas para resolver o aclarar posibles dudas o temores, intentando así disminuir la ansiedad por desinformación.
 - Cuando no es posible dar lactancia materna intentar tranquilizar y desculpabilizar a la mujer si fuera necesario.
 - Registrar todos los datos en la historia clínica.

Pasadas las dos primeras horas sin complicaciones, y con el estado de la mujer y del recién nacido estables, la mujer será trasladada junto a su bebé a su habitación de la planta.

5. DISCUSIÓN

Muchos de los trabajos revisados, utilizan terminología diferente para referirse al posparto inmediato. Así, utilizan términos como puerperio inmediato/ puerperio hospitalario precoz etc. o cuando se trata de hemorragia posparto, expresan términos como hemorragia del alumbramiento, y en el caso de la unidad de posparto inmediato, se utiliza el termino de unidad de puerperio inmediato/ sala de atención al posparto etc.

Entre otras, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia hace referencia a este periodo como el periodo más delicado, con un alto riesgo de complicaciones. Otros autores, como es la Asociación Española de Pediatría se refiere al periodo sensible de extrema importancia para la instauración de la lactancia materna y que cumple un papel muy importante en el establecimiento del vínculo.

Toda esta variedad de términos para expresar un periodo tan sensible e importante para la salud de la madre y del recién nacido, es un aspecto a considerar. Por un lado, habría que conocer el motivo por el que no se ha definido e instaurado claramente esa atención específica hasta la actualidad. Por otro, habría que conocer si la realización de esta posible unidad implica aspectos relacionados con la gestión de recursos necesarios (aspectos organizativos y económicos).

En este trabajo se han unificado criterios y recomendaciones, y se han descrito las actividades a realizar en las dos horas posteriores al parto.

A continuación se reflejan brevemente algunas de las fortalezas y debilidades de la Unidad de Posparto Inmediato:

| UNIDAD DE POSPARTO INMEDIATO | |
|---|---|
| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
| <ul style="list-style-type: none">• Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (entre otras).• En el posparto inmediato existe un alto riesgo de complicaciones.• El posparto inmediato es el periodo sensible de extrema importancia para establecer el contacto piel con piel y favorecer la lactancia materna. | <ul style="list-style-type: none">• Utilización de terminología diferente en muchos de los trabajos revisados.• Aspectos organizativos y económicos que implica la unidad. |

6. CONCLUSIONES

El posparto inmediato hace referencia a las dos horas posteriores al parto.

El control materno durante este periodo es de vital importancia para la prevención y diagnóstico de complicaciones como puede ser la hemorragia.

El posparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y desempeña un papel importante en el desarrollo del vínculo.

La utilización de una terminología común es importante para la instauración de un servicio de calidad.

En resumen, la Unidad de Posparto Inmediato es una unidad de atención donde las mujeres pasan desde el paritorio. En esta unidad se vigila estrechamente a la madre para la detección precoz de complicaciones, y a su vez, se establece el contacto piel con piel favoreciendo la lactancia materna.

Es importante realizar un protocolo para la unidad para proporcionar unas pautas claras y eficaces para prestar de un servicio de calidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2007 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: http://books.google.es/books?id=AGh8rK1MmOsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- (2) Gracia F, Pinzón A, Morales Van Kwartell E, Bradshaw Sáenz R. Programa de salud integral de la mujer. Ministerio de Salud. 2002 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7358199/ATENCION-DEL-EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO-Y-DEL-RECIEN-NACID>
- (3) Karlsson H, Pérez C. Hemorragia postparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Desktop/PROTOCOLOS%20LM%20HOSPITALES-IHAN/hemorragia.pdf>
- (4) Rodó C, Rodríguez C, Jovell Esther, Laín JM. Tratamiento de la hemorragia uterina posparto mediante taponamiento mecánico con balón intrauterino. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2009 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13149386&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=170&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=151v53n04a13149386pdf001.pdf
- (5) Cabero L, Saldivar D. Operatoria Obstétrica. Una visión actual. Pág. 277. Editorial Panamericana. 2009 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: http://books.google.es/books?id=n7qU5f6W9qIC&pg=PA277&dq=hemorragia+posparto&hl=es&sa=X&ei=IN9XU_2NFcqU0AXokYDYCQ&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=hemorragia%20posparto&f=false
- (6) Lombardía J, Fernández M. Manual de consulta rápida en Ginecología y Obstetricia. Págs. 569-577. 2009. Madrid.
- (7) Fornés MR, Mateo I, Ricartí A. Prevención y tratamiento de la hemorragia en el postparto precoz. Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia. 2012; 97: 31-34. [accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/97/ENF-INTEG-97.pdf>
- (8) Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial médica Panamericana. 2008. Madrid.
- (9) Gilstrap LC, Cunningham FG, Van Dorsten JP. Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica. Editorial médica Panamericana. 2004. Buenos Aires.
- (10) Donat F. Enfermería maternal y ginecología. Editorial Masson. 2000. Barcelona.
- (11) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina materno-fetal. Editorial médica Panamericana. 2012. Madrid.
- (12) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

- (13) Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto. 2008 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en:
http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- (14) Moore ER, Anderson GC, Bergan N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Reviews. 2012 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en:
<file:///C:/Users/hp/Downloads/CD003519.pdf>
- (15) Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para el cuidado y atención al recién nacido sano en el parto y primeras horas después del nacimiento. 2009 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/recomendaciones-cuidado-atencion-recien-nacido-sano-parto-13142084-asociacion-esp%C3%B1ola-pediatria-2009>
- (16) Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos. An Esp Pediatría. 1998 [accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-6-12.pdf>
- (17) Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. Acta Paediatr. 2004 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841774>
- (18) Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- (19) Erlandsson K, Dsila A, Fagerberg I, Cristensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth. 2007 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17542814>
- (20) Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systemic review and metaanalysis. 2007 [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
- (21) UNICEF. Diez pasos para la lactancia materna eficaz [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en :
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html
- (22) Programa de formación de profesionales IHAN España. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en:
<http://www.ihan.es/docs/formacion/ProgramaFormacionIHAN.pdf>
- (23) Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Aplicación a nivel hospital. Criterios globales para La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de OMS/ UNICEF [accedido el 30 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/CRITERIOS_GLOBALES_IHAN.pdf

- (24) Aguilar MJ, González E, Álvarez Judith, Padilla CA, Mur N, Garcia PA, Valenza MC. Lactancia materna, un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*. 2010; 26 (6): 954-958. [Accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3414412>
- (25) Lykke Mortensen E, Fleicher Michaelsen K, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002; 287: 2365-2371. [Accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194901>
- (26) Jain A, Concato J, Leventhal JM. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?. *Pediatrics*. 2002; 109: 1044-1053. [Accedido el 30 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042541>
- (27) Álvarez JC, Cuervo JJ. La lactancia materna se asocia a menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. *Evidencias de pediatría*. 2011; 7:61. [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/files/41-11347-RUTA/61AVC.pdf>
- (28) Olivares M, Buñuel JC. La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastroenteritis e infección respiratoria de vías bajas en países desarrollados. *Evidencias de pediatría*. 2007; 3:68. [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/files/41-10626-RUTA/La%20lactancia%20materna%20reduce%20el%20riesgo%20de%20ingreso.pdf>
- (29) Pallás CR. Promoción de la Lactancia Materna. *PrevInfad (AEPap) / PAPPS infancia y adolescencia*. 2006 [accedido el 1 de junio de 2014]. Disponible en: <https://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>
- (30) American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115: 496-506. [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496.full>
- (31) Lawrence RM, Lawrence RA. Given benefits of breastfeeding, what contradictions exist? *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 235-251. [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11236729>
- (32) Díaz NM, ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? *Nutrición Infantil. Acta Pediátrica. España* 2005; 63: 321-327 [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/Contraindicaciones%20la%20lactancia%20materna.pdf>
- (33) Lactancia Materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la A.E.P Nº5. Madrid. 2004 [accedido el 1 de junio de 2014]. Disponible en: http://ns2.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- (34) E-lactancia. Recomendaciones de la Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna. [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <http://e-lactancia.org/>

(35) Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feireman DE, Martin G, Holzman I. Effect labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology*. 2005; 103: 1211-1217. [Accedido el 1 de junio de 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16306734>

(36) Comité de lactancia materna. Hospital Universitario La Paz. Comunidad de Madrid. Política de lactancia materna. Ventajas de la lactancia materna. 2007 [accedido el 1 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Politica+Lactancia+Materna+WEB.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalLaPaz&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220378363461&ssbinary=true>

8.2. Anexo II

Observación de una toma OMS/UNICEF 2006:

| Observación de la toma. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento. | |
|---|--|
| SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO | SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD |
| Postura de la madre y del hijo | |
| Madre relajada y cómoda. | Hombros tensos, inclinados sobre el niño. |
| Niño sostenido en estrecho contacto con la madre. | Niño sostenido lejos del cuerpo de la madre. |
| Cabeza y cuerpo del niño alineados, frente al pecho. | La cabeza y el cuello del niño retorcidos para mamar. |
| Barbilla del niño tocando el pecho. | La barbilla del niño no toca el pecho. |
| Cuerpo del niño completamente sostenido. | Sostenido solamente por cabeza y cuello. |
| Niño acercado al pecho nariz-pezones. | Niño acercado bajo, labio/barbilla-pezones. |
| Contacto visual entre la madre y el niño. | No hay contacto visual madre-hijo. |
| Lactante | |
| Boca del niño bien abierta. | Boca no bien abierta. |
| Labio superior e inferior evertidos. | Labios apretados o invertidos. |
| Lengua alrededor del pezón y la areola (*). | No se observa la lengua (*). |
| Mejillas llenas y redondas mientras mama. | Mejillas hundidas mientras mama. |
| Más areola por encima del labio superior. | Más areola por debajo del labio inferior. |
| Mamadas lentas y profundas, con pausas. | Mamadas superficiales y rápidas. |
| Puede verse u oírse tragar. | Ruidos de chupeteo o chasquidos. |
| Signos de transferencia eficaz de leche | |
| Humedad alrededor de la boca del niño. | Niño intranquilo o exigente, coge y deja el pecho. |
| El niño relaja progresivamente brazos y piernas. | La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón. |
| A medida que el niño mama, el pecho se va ablandando. | El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido. |
| Sale leche del otro pecho. | |
| La madre nota signos del reflejo de eyección (**). | La madre no refiere signos del reflejo de eyección (**). |
| El niño suelta el pecho por sí mismo cuando acaba. | La madre ha de quitar al niño del pecho. |

(*) Este signo puede no observarse durante la succión y solo ser visto durante la búsqueda y agarre.

(**) La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.