

# Manejo del parto para minimizar la interferencia en la lactancia

## Managing labor to minimize interference with breastfeeding

Elvia Badell Madrid

### RESUMEN

*Los nacimientos que ocurren en mujeres sin factores de riesgo de tener complicaciones ellas o sus bebés, al inicio y durante el trabajo de parto, al momento del parto podría ser crítico para la sobrevivencia de ambos, si surgen complicaciones.*

*Iniciar la lactancia al nacimiento, es la mejor defensa. Mejorar las prácticas de lactancia salvará vida a millones de niños en el mundo.*

*El recién nacido (RN) sano nace listo para succionar y ser amamantado, en el contacto piel a piel en la 1era hora (1h) de vida impacta positivamente la lactancia, favorece su inicio y permanencia, ofrece beneficios a corto y largo plazo.*

*Conociendo estas ventajas, hoy en las Américas, sólo el 55 % de los RN son amamantados en la 1h de vida, el 38 % recibe lactancia exclusiva hasta los*

*6 meses y el 32 % recibe lactancia hasta los 2 años, con alimentación complementaria.*

*Mundialmente 28 países ofrecen apoyo a la lactancia a sus madres trabajadoras, dándole 14 semanas de permiso posnatal.*

*El aumento de cesáreas electivas reduce la posibilidad del contacto piel a piel y el inicio de la lactancia en la 1h de vida. Educar a las madres y su familia en la consulta prenatal, entrenar al personal de salud, contribuye favorablemente el manejo de la lactancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló cuidados durante el parto para una experiencia positiva, garantizando prácticas adecuadas para partos seguros y alimentación infantil, favoreciendo las tasas de lactancia; también la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) centrada en la protección, promoción y apoyo de la lactancia. Ambas con miras a superar las tasas de lactancia.*

**Palabras clave:** Parto y lactancia, parto seguro, lactancia, experiencia positiva.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.5>

ORCID: 0000-0002-4672-1087

Pediatra Puericultor. Secretaria Ejecutiva de la Junta Directiva Central de la SVPP.

Secretaria Ejecutiva de la Comisión Nacional de Lactancia de la SVPP. Colaborador Docente de la Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Escuela de Medicina Dr. José María Vargas, UCV. Invitado de Cortesía de la ANM.

Tel: 0414-3850342

E-mail: [elvirenebadell@hotmail.com](mailto:elvirenebadell@hotmail.com)

**Recibido: 16 de agosto 2021**

**Aceptado: 6 de septiembre 2021**

### SUMMARY

*Most births occur in women without risk factors with complications for themselves or their babies, at the beginning and during labor, however, the time of delivery is critical for the survival of both if complications arise. Starting breastfeeding from the moment of birth is the best possible defense. Improving breastfeeding practices can save the lives of millions of children annually around the world.*

*The healthy newborn is born ready to suck, through skin-to-skin contact in the first hour of life, this has*

*a positive impact on breastfeeding and favors the initiation and maintenance of it and it also offers short- and long-term benefits.*

*Knowing these advantages, today in the Americas, only 55 % of newborns are breastfed within the first hour of life, 38 % exclusively until six months of age, and only 32 % reach two years of age with complementary feeding. Globally, only 28 countries offer to breastfeed support to their working mothers, giving them 14 weeks or more of post-natal leave.*

*The increase in elective cesarean sections reduces the possibility of skin-to-skin contact, of the onset of lactation after birth. Educating mothers in prenatal consultation, training health personnel contributes favorably to the management of breastfeeding.*

*The World Health Organization (WHO) has developed a series of recommendations or care during childbirth for a positive experience, ensuring appropriate practices for safe deliveries and infant feeding that translate into increased breastfeeding rates. The Child-Friendly Hospitals Initiative (IHAN) focuses on the protection, promotion, and support of breastfeeding.*

**Keywords:** *Childbirth and breastfeeding, safe delivery, breastfeeding, positive experience.*

## INTRODUCCIÓN

La leche humana es el alimento ideal para niños desde el nacimiento y durante los primeros 2 años de vida, para garantizarla, se demostró en RN y sus madres, la necesidad psicológica y biológica de estar juntos desde lo más temprano posible, sin interrupciones, en estrecho contacto piel con piel al momento del nacimiento, durante la 1h en adelante, protegiendo del bebé con el inicio de la lactancia (1).

Los RN nacen listos para ser alimentados, la succión presente le permite recibir leche materna exclusiva a demanda, en la 1h durante el contacto piel a piel, con beneficios a corto y largo plazo la lactancia (2). Se recomienda alojamiento en conjunto, no uso de chupón, apoyo adecuado en el momento correcto, soporte en la educación a la madre y su familia sobre lactancia (3,4).

Los pediatras tenemos la responsabilidad de satisfacer estas necesidades de la madre y el niño; debemos promover y educar al personal de salud para implementar estas prácticas favorables durante el parto (4,5).

El éxito del inicio y duración de la lactancia

depende de múltiples factores; algunos la afectan positivamente: la edad avanzada y el alto nivel educativo de la madre (4). El estatus socioeconómico elevado, el apoyo familiar o social, el peso del niño al nacer sobre los 3 kg y la edad gestacional mayor de 38 semanas (6). La intención de la madre antes del parto de querer amamantar (7), la información que ella pueda adquirir en consultas prenatales (4,6), la experiencia positiva durante el parto (8) que se cumplen como IHAN (2,3), desde 1998 por la OMS y UNICEF ofreciendo a cada niño el mejor inicio de vida posible gracias a la lactancia exclusiva con la práctica de los diez pasos establecidos para ello (3); la planificación del embarazo, madre no obesa o no fumadora, casada, múltipara, el tipo de parto que tenga y tipo de pezón (6).

Mundialmente: 2 de cada 5 RN recibe leche humana en la 1h de vida (2) las tasas de lactancia a los 6 meses, no llenan las expectativas de las metas mundiales llegan al 36 % - 40 % con una meta sugerida para el 2030 de 50 % por la OMS (6).

Lactancia desde el nacimiento, cumple con el objetivo de la nueva Estrategia Mundial de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Asegura que las madres y los bebés sobrevivan a las complicaciones del parto, que se desarrollen alcanzando su potencial de salud y vida (8).

## ¿QUE NECESITA EL BEBÉ AL NACER?

El RN necesita a su madre, así como la madre lo necesita. Reunirlos, implica cumplir las prácticas que hacen en la IHAN para lactancia exclusiva y que las madres, cumplan su deseo de lactarlos al nacer (3,4) proporcionando el mejor comienzo de vida (2).

El deseo materno a parir, muchas veces ignorado donde el parto se convierte en un evento totalmente medicalizado, con innecesarias y múltiples intervenciones (9), que sólo responden a conveniencias profesionales o rutinas hospitalarias obsoletas, interrumpiendo así la posibilidad del RN a participar en el nacimiento activamente de lo que sería mejor para él, para su madre, para ambos (10,11).

El pediatra debe garantizar lo establecido en medicina basada en la evidencia o en neurociencia: “El contacto piel con piel, promueve conductas neuroendocrinas favoreciendo el inicio, duración y éxito de la lactancia” (4), es lo mejor para la nueva diada: Juntos desde el nacimiento en adelante (6). El cuerpo materno, ambiente ecológico que protege al bebé (7): regula su temperatura, siembra bacterias beneficiosas maternas para fortalecer su sistema inmunológico, protegiéndolo de enfermedades infecciosas (diarreas o respiratorias), evita daños epigenéticos en los primeros días, donde la clave de todo es: la lactancia (12) brindando más probabilidades de sobrevivir (2).

El calostro, primera leche que se produce rica en nutrientes, células vivas, anticuerpos actúa como la primera vacuna protege del niño (6). La lactancia previene: el síndrome de muerte súbita infantil, alergias, disminuye riesgos a desarrollar enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, leucemias y la muerte (6).

El parto normal, debemos promoverlo como “Experiencia de parto positiva”, asegurando atención de calidad en el trabajo de parto con mejores resultados centrados en la mamá y el RN (13).

En embarazadas sanas, el parto es un evento fisiológico que se logra sin complicaciones en la mayoría de los casos, donde la “experiencia de parto positiva” es el desenlace trascendente que incluye: dar a luz un RN sano, en ambiente agradable, seguro desde el punto de vista clínico, psicológico, con apoyo emocional continuo, acompañada por la pareja, asistida por personal amable, competente, motivado. En sitios de trabajo con recursos físicos disponibles (12).

En Venezuela, el sistema de salud, debería incorporar la propuesta de la OMS en pro de la atención a las madres centrada en ellas en sus derechos humanos (8). Cumplir el contacto piel con piel, en la 1h de vida “Hora sagrada” (5) the rate and duration of exclusive breastfeeding (EBF para iniciar la lactancia (14).

Las siguientes recomendaciones de la OMS, aprobadas por el Comité Revisor de Directrices (GRC), están en un documento para usuarios, resultando en 56 recomendaciones para cuidados durante el parto, 26 nuevas y 30 incorporadas

previamente en las directrices existentes de la OMS (14).

Estas recomendaciones son para tomarlas en cuenta durante el trabajo de parto: período de dilatación, el parto: período expulsivo y alumbramiento; en la atención inmediata del recién nacido y la madre después del parto.

Se clasificaron según el Grupo para la elaboración de Directrices (GDC), en las siguientes categorías:

1. **Recomendado:** La intervención se debería implementar.
2. **No recomendado:** La intervención No se debería implementar.
3. **Recomendado sólo en contextos específicos:** La intervención sólo se aplica a la condición, entorno o población que se especifica en la recomendación, únicamente en este contexto.
4. **Recomendado sólo en contexto de investigaciones rigurosas:** Sólo se puede llevar a gran escala en forma de investigación ya que hay dudas importantes sin respuestas, con respecto a la aplicación, aceptabilidad y viabilidad de la intervención (8).

## RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADOS DURANTE EL PARTO PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA

### I.-ATENCIÓN DURANTE TODO EL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO

1. **Atención respetuosa de la maternidad:** Atención organizada proporcionada a madres con privacidad, confidencialidad, dignidad y apoyo continuo. Asegura su integridad física, trato adecuado permitiéndole tomar una decisión informada. **RECOMENDADO.**
2. **Comunicación efectiva:** Entre trabajadores de salud y madres en trabajo de parto, con lenguaje simple y culturalmente aceptable. **RECOMENDADO.**
3. **Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto:** Recomienda acompañamiento por la persona elegida por la madre. **RECOMENDADO.**

- 4. Continuidad de la atención:** Modelos de atención llevados a cabo por parteras para brindar apoyo continuo a la madre durante la etapa prenatal, durante el parto y posnatal. Sólo se recomienda en lugares donde existen programas de partería eficaces (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de parto positiva**).

**RECOMENDADO SOLO EN CONTEXTO DE INVESTIGACIONES RIGUROSAS**

**II.- PERÍODO DE DILATACIÓN**

- 5. Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación:** Fase latente en el período de dilatación ocurre cuando hay contracciones uterinas dolorosas y cambios del cuello uterino con cierto grado de borramiento con progresión más lenta de la dilatación hasta 5 centímetros (cm) para los trabajos de parto, desde el primero y subsecuentes.

La fase activa del período de dilatación ocurre cuando hay contracciones uterinas dolorosas, regulares con un grado importante de borramiento cervical y dilatación más rápida a partir de los 5 cm hasta la total para los trabajos de parto, desde el primero y subsecuentes. **RECOMENDADO.**

- 6. Duración del período de dilatación:** Debe informarse a la madre que el período de dilatación en su fase latente varía de una mujer a otra y en la fase activa no pasa las 12h en las primigestas y 10h en las múltiparas. **RECOMENDADO.**
- 7. Progreso del período de dilatación:** En las embarazadas con inicio de trabajo de parto espontáneo en la fase activa, el umbral de la velocidad de dilatación es de 1 cm por hora, no es preciso para identificar a las madres quienes corren riesgo a sufrir resultados adversos durante el parto. **NO RECOMENDADO.**
- 8.** La velocidad de dilatación del cuello de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación, es irrealmente rápida, para algunas madres, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. La velocidad de dilatación del cuello uterino durante toda la fase activa menor a

1 cm por hora, no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica. **NO RECOMENDADO.**

- 9.** El trabajo de parto puede no acelerarse de forma natural hasta alcanzar el umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. No se recomienda el uso de estimulación con oxitocina para acelerar el trabajo de parto o intervenciones médicas como la cesárea para acelerar el nacimiento, antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre. **NO RECOMENDADO.**

- 10. Política de ingreso en la sala de parto:** En embarazada sana en trabajo de parto espontáneo, se recomienda el ingreso a la sala de parto en el período de dilatación activa.

**RECOMENDADO SOLO EN CONTEXTO DE INVESTIGACIONES RIGUROSAS.**

- 11. Pelvimetría clínica en el ingreso:** No se recomienda de rutina en el parto en embarazadas sanas. **NO RECOMENDADO.**
- 12. Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto:**  
La evaluación del bienestar fetal con cardiotocografía de rutina, en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo. **NO RECOMENDADO.**
- 13.** La auscultación con ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto. **RECOMENDADO.**
- 14. Rasurado púbico:** De rutina antes del parto vaginal. (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de parto positiva**). **NO RECOMENDADO.**
- 15. Enema en el ingreso:** realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto**). **NO RECOMENDADO.**
- 16. Tacto vaginal:** Realizar tacto vaginal, a

- intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto**). **RECOMENDADO.**
- 17. Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto:** Para evaluar el bienestar fetal en embarazadas sanas en trabajo de parto espontáneo. **NO RECOMENDADO.**
- 18. Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto:**  
La auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal con ecografía Doppler o un Pinard en embarazadas sanas en trabajo de parto. **RECOMENDADO.**
- 19. Anestesia peridural para el alivio del dolor:** En embarazadas sanas quienes solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. **RECOMENDADO.**
- 20. Opioides para el alivio del dolor:** Los opioides de uso parenteral como: fentanilo, diamorfina y ptidina, se pueden usar en embarazadas quienes solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto (15). **RECOMENDADO.**
- 21. Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor:** Relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación y otras técnicas, para embarazadas sanas quienes solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. **RECOMENDADO.**
- 22. Técnicas manuales para el tratamiento del dolor:** Masajes, aplicación de compresas de agua tibia, en embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. **RECOMENDADO.**
- 24. Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto:** El alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto**) (15). **NO RECOMENDADO.**
- 24. Líquidos y alimentos por vía oral:** En madres de bajo riesgo se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto**). **RECOMENDADO.**
- 25. Movilidad y posición de la madre:** Estimular la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en madres de bajo riesgo (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto**). **RECOMENDADO.**
- 26. Limpieza vaginal:** La irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados perinatales para una experiencia de parto positiva**). **NO RECOMENDADO.**
- 27. Manejo activo del trabajo de parto:** La aplicación de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto**). **NO RECOMENDADO.**
- 28. Amniotomía de rutina:** El uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados perinatales para una experiencia de parto positiva**). **NO RECOMENDADO.**
- 29. Amniotomía temprana y oxitocina:** El uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados perinatales para una experiencia de parto positiva**). **NO RECOMENDADO.**
- 30. Oxitocina para madres con anestesia peridural:** El uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en madres sometidas a analgesia peridural. (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los**

**cuidados perinatales para una experiencia de parto positiva). NO RECOMENDADO.**

- 31. Antiespasmódicos:** El uso de anti-espasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados perinatales para una experiencia de parto positiva**). **NO RECOMENDADO.**
- 32. Fluidos por vía intravenosa:** El uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados perinatales para una experiencia de parto positiva**). **NO RECOMENDADO.**

### III.- PERÍODO EXPULSIVO

- 33. Definición y duración del período expulsivo:** Período expulsivo: es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé; durante el cual la madre tiene deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. La duración del período expulsivo varía de una madre a otra, en los primeros partos es normal que el nacimiento se complete en tres horas, en los subsecuentes, en dos horas generalmente. Esto debe ser informado a todas las madres. **RECOMENDADO.**
- 34. Posición para dar a luz:** Para madres sin anestesia peridural, se recomienda adoptar una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. **RECOMENDADO.**
- 35. Posición para dar a luz:** Para madres con anestesia peridural, se recomienda adoptar una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. **RECOMENDADO.**
- 36. Método para pujar:** Asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar. **RECOMENDADO.**
- 37. Método para pujar:** En el caso de madres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten

con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo. Evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.

### RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO.

- 38. Técnicas para prevenir el traumatismo perineal:** En madres en período expulsivo, el uso de técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. **RECOMENDADO.**
- 39. Política para la episiotomía:** El uso rutinario de la episiotomía en madres quienes presentan un parto vaginal espontáneo. **NO RECOMENDADO.**
- 40. Presión del fondo uterino:** El uso de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo. **NO RECOMENDADO.**

### IV.- ALUMBRAMIENTO

- 41. Uterotónicos profilácticos:** En todos los nacimientos para prevenir la hemorragia postparto (HPP), se usa uterotónicos durante el alumbramiento (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva**). **RECOMENDADO.**
- Oxitocina (10 UI, IM/IV):** Es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP) (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva**). **RECOMENDADO.**
- 42. Ergometrina/Metilergometrina o politerapia fija de oxitocina y ergometrina, vía parenteral; o Misoprostol vía oral 600 µg.** Uterotónicos para prevenir HPP (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva**). **RECOMENDADO.**
- 43. Pinzamiento tardío del cordón umbilical:** El pinzamiento oportuno del cordón umbilical

entre uno y tres minutos, después del nacimiento, o cuando deje de latir, para obtener los mejores resultados de salud y nutrición para la diada madre-bebé (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto**). **RECOMENDADO.**

**44. Tracción controlada del cordón TCC:** Donde existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales, si el asistente obstétrico y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva**). **RECOMENDADO.**

**45. Masaje uterino:** El masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en madres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva**). **NO RECOMENDADO.**

## V. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

**46. Aspiración nasal u oral de rutina:** En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto**). **NO RECOMENDADO.**

**47. Contacto piel con piel:** Mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de las enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las**

**recomendaciones de la guía de bolsillo**). **RECOMENDADO.**

**48. Lactancia:** Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la salud de recién nacidos**) (7,16). **RECOMENDADO.**

**49. Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica:** Administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia (**Incorporada a partir de las recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo**)). **RECOMENDADO.**

**50. Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido:** Atrasar el baño veinticuatro horas después del nacimiento, si esto no es posible por motivos culturales, atrasarlo mínimo seis horas. Vestir al recién nacido con una a dos capas de ropa, uso de gorro. La madre y el bebé deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día (**Incorporada a partir de Recomendaciones de la OMS para la atención postnatal de la madre y el recién nacido**) **RECOMENDADO.**

## IV. ATENCIÓN DE LA MUJER TRAS EL NACIMIENTO

**51. Evaluación del tono muscular del útero:** Todas las madres ameritan evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina (**Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto**). **RECOMENDADO.**

**52. Antibióticos para parto vaginal sin**

**complicaciones:** La profilaxis antibiótica de rutina para madres con parto vaginal sin complicaciones no está indicada (**Incorporada a partir de la Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé**). **RECOMENDADO**.

**53. Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía:** El uso de profilaxis antibiótica de rutina para madres con episiotomía (**Incorporada a partir de la Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé**). **RECOMENDADO**.

**Evaluación materna de rutina después del pa54. rto:** En el puerperio todas las madres se les debe examinar de rutina: hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas (**Incorporada a partir de las Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos**). **RECOMENDADO**.

**54. Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones:** Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento (**Incorporada a partir de las Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos**). **RECOMENDADO** (8).

#### **Conductas instintivas de los recién nacidos durante el contacto piel a piel en la hora sagrada**

Las conductas son las que presentan los RN sanos cuando se colocan sobre el cuerpo de la madre, al realizar el contacto piel a piel, en la hora sagrada (17). El examen físico, se puede hacer después: pesar, medir, aplicar vitamina K. El mejor test de Apgar en un RN, cuando se adapta a la vida extra uterina sobre la mamá (18).

- 1. Llanto de nacimiento:** después del nacimiento, cuando los pulmones se expanden.
- 2. Relajación:** exhibe manos relajadas sin movimiento de boca.
- 3. Despertar:** exhibe pequeños movimientos de cabeza y de hombros.
- 4. Actividad:** exhibe movimientos de boca, succión y enraizamiento.
- 5. Descanso:** tiene períodos de descanso entre cualquier etapa.
- 6. Gateando:** se acerca al pecho con cortos períodos de acción llegando, al pecho y al pezón.
- 7. Familiarización:** lame el pezón, toca y masajea el pecho.
- 8. Mamón:** se adhiere y succiona.
- 9. Dormir:** cae en un sueño reparador (19).

El aumento mundial en las tasas de cesáreas electivas (excepto en el África Subsahariana), afecta el inicio de la lactancia y el contacto piel a piel. La madre adolorida necesita ayuda para ubicar el RN frente al pecho (20). Las tasas de lactancia en madres con parto vaginal duplican a las madres con cesárea (11).

Aumentar la inversión en salud, la educación materna y familiar prenatal (7), mejorar la formación del equipo de salud en materia de lactancia, descartar la posibilidad de suministrar otros líquidos o alimentos al RN que atrasan el inicio de la lactancia (11,13), factores que han permitido aumentar las tasas de lactancia en algunos países, no obstante, el incremento de las cesáreas.

La IHAN, creada en 1991 y actualizada en 2018, vela por la protección, promoción y apoyo a la lactancia en los hospitales calificados para prestar atención materno infantil (3).

Es indispensable integrar en nuestro país **“Los Diez pasos para una lactancia materna exitosa”** de IHAN en los programas de atención a la madre y el RN para lograr el inicio de la lactancia al nacer (2).



**DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA****PROCEDIMIENTOS**

- 1a. Cumplir en su totalidad el Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (CSLM) y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (El Código).
- 1b. Formular una política escrita sobre la alimentación de niños en edad de lactar que se de a conocer periódicamente al personal y a los progenitores.
- 1c. Establecer sistemas continuos de supervisión y gestión de datos.
2. Procurar que el personal cuente con suficientes conocimientos, competencias y habilidades para apoyar la lactancia.

**PRINCIPALES PRÁCTICAS CLÍNICAS**

3. Conversar sobre la importancia y el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.
4. Facilitar el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido, y apoyar a las madres para que empiecen a amamantar a sus hijos lo más pronto posible después del parto.
5. Apoyar a las madres para que inicien y mantengan la lactancia materna, y para que puedan solucionar las dificultades normales.
6. No proporcionar alimentos o líquidos distintos a la leche materna a los recién nacidos que están lactando, a menos que sea por indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos- las 24 horas de día.
8. Ayudar a las madres a reconocer y responder a las señales de que sus bebés necesitan alimentarse.
9. Aconsejar a las madres acerca de los inconvenientes de los biberones y los chupetes.
10. Coordinar la salida del establecimiento de salud para que los padres y sus bebés puedan acceder oportunamente a apoyo y atención continuos.

**REFERENCIAS**

1. PubMed entry [Internet]. [citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25411542>
2. capture-moment-early-initiation-bf-report-sp.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/capture-moment-early-initiation-bf-report-sp.pdf?ua=1>
3. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012;130(1):54-60.
4. Nnebe-Agumadu UH, Racine EF, Laditka SB, Coffman MJ. Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months postpartum: a prospective study. *Int Breastfeed J*. 2016;11:8.
5. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sánchez E. Affect of early skin-to-skin mother-infant contact in the maintenance of exclusive breastfeeding: Experience in a Health Department in Spain. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2018;34(2):304-312.
6. Yılmaz E, Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol*. 2017;14(1):1-9.
7. Alebel A, Tesma C, Temesgen B, Ferede A, Kibret GD. Exclusive breastfeeding practice in Ethiopia and its association with antenatal care and institutional delivery: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2018;13:31.
8. WHO-RHR-18.12-spa.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
9. Chen C, Yan Y, Gao X, Xiang S, He Q, Zeng G, et al. Influences of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. *J Hum Lact*. 2018;34(3):526-534.
10. Jeannette C, Klaus PH, Klaus MH. #6: no separation of mother and baby with unlimited opportunity for breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2004;13(2):35-41.
11. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD006462.
12. Bergman J, Bergman N. Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. *J Perinat Educ*. 2013;22(1):8-13.

13. Türkmen H, Yalniz Dilcen H, Akin B. The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, post-traumatic stress disorder, and breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2020;15(12):779-788.
14. OMS. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. 2018 [citado 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
15. Chang ZM, Heaman MI. Epidural analgesia during labor and delivery: Effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding. *J Hum Lact.* 2005;21(3):305-314.
16. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014;23(4):211-217.
17. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *PloS One.* 2019;14(4):e0215869.
18. Madero Nogueras M, Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene.* 2016;10(2):0-0.
19. Madero Nogueras M, Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene.* 2016;10(2):0-0.
20. Powers NG, Parham DF, Goldberg LR. Overcoming Barriers to Investigating Mother–Infant Interactions in the First Two Hours of Life. *J Hum Lact.* 2011;27(3):286-292.