



## ***Parto y lactancia materna***

***Información para las aspirantes a monitoras/líderes y las monitoras/  
líderes de apoyo***

*Este folleto está destinado para uso de las aspirantes. No es un recurso para las personas que se ponen en contacto con las monitoras/líderes para obtener información sobre el parto y lactancia.*

# **Parto y lactancia materna**

## **Índice de contenidos**

<u>Introducción</u>	<u>4</u>
<u>A la Aspirante a Monitora/Líder que utiliza este folleto</u>	<u>4</u>
<b>1 PARTO</b>	<b>5</b>
1.1 Cómo puede afectar el parto a la lactancia materna	5
1.2 Participación alerta y activa durante el parto	6
<b>2 INTERVENCIONES Y MEDICAMENTOS</b>	<b>7</b>
2.1 El efecto de las intervenciones en el parto	7
2.2 Intervenciones comunes	8
2.2.1 Inducción	8
2.2.2 Aceleración	8
2.2.2.1 Desprendimiento de membranas	8
2.2.2.2 Rompimiento de membranas (amniotomía)	8
2.2.2.3 Prostaglandinas	9
2.2.2.4 Misoprostol (cytotec)	9
2.2.2.5 Oxitocina (pitocina/sintocinón)	9
2.2.2.6 Métodos naturales para favorecer las contracciones	9
2.2.3 Monitorización fetal electrónica (MFE)	10
2.2.4 Parto vaginal asistido	10
2.2.4.1 Fórceps	11
2.2.4.2 Ventosa obstétrica	11
2.2.4.3 Impacto del parto vaginal asistido en el bebé	11
2.2.4.4 Cómo las madres pueden ayudar	11
2.2.4.5 Impacto en la madre	11
2.3 Parto por cesárea	12
2.4 Medicación para el alivio del dolor	12
2.4.1 Analgésicos inhalados	13
2.4.2 Tranquilizantes	13
2.4.3 Narcóticos (por ejemplo, morfina, fentanilo)	13
2.4.4 Anestesia epidural	13
2.4.5 Anestesia general	14
2.5 Impacto de la medicación analgésica en la lactancia materna	14
2.6 Impacto de los fluidos intravenosos en la lactancia	14
2.7 Bebés en cuidados intensivos	14
<b>3 SUPERAR LOS RETOS DESPUÉS DEL PARTO</b>	<b>14</b>

[Volver al principio](#)

3.1 Intervención después del parto	14
3.1.1 Evaluaciones del bienestar del recién nacido	15
3.1.2 Aspiración	15
3.1.3 Otras rutinas posparto	15
3.1.4 Utilización de la sala de cunas/nido	15
3.1.5 Tetinas artificiales	15
3.1.6 Uso de fórmula	16
3.1.7 Pruebas de glucosa	16
3.1.8 Agua	16
3.1.9 Análisis de sangre para el Tamiz metabólico neonatal	16
3.1.10 Otros procedimientos médicos	16
3.1.11 Circuncisión	17
3.1.12 Pesaje de prueba	17
3.2 Empezar a amamantar después de un parto difícil	17
3.2.1 Empezar por lo básico	17
3.2.2 Reconocer los sentimientos de la madre	17
3.2.3 Ofrecer apoyo y ánimo	17
3.2.4 Apoyo adicional.....	17
3.3 Cuando la madre siente dolor.....	18
3.4 Cuando el bebé no puede o no quiere tomar el pecho.....	18
<b>4 CUIDADOS DEL BEBÉ</b>	<b>19</b>
4.1 Contacto piel con piel	19
4.2 Piel con piel en el hospital	19
4.3 Posición reclinada	20
4.4 Alojamiento conjunto	20
4.5 Co-baño	20
4.6 Porteo	20
<b>5 APOYO A LA MADRE</b>	<b>21</b>
5.1 Cuando la madre necesita más ayuda	21
5.2 Cuando se habla del parto en una reunión de la Liga de La Leche	21
5.3 Debate equilibrado	22
<b>6 CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>
<b>7 RECURSOS</b>	<b>23</b>
7.1 Libros	23
7.2 Artículos de investigación	23

# Introducción

## A la Aspirante a Monitora/Líder que utiliza este folleto

La experiencia de dar a luz prepara y moldea el conocimiento de la madre y su conciencia acerca de cómo el parto afecta a la lactancia materna. Las fundadoras de la Liga de La Leche dijeron:

*Desde el principio de la existencia de la Liga de La Leche aprendimos que la experiencia de una mujer al dar a luz afecta el inicio de la lactancia y muchas de sus actitudes acerca de ser madre. La participación alerta y activa de la madre en el parto es una ayuda para que la lactancia tenga un buen comienzo.*

*The Womanly Art of Breastfeeding*, edición impresa en inglés de 2003, página 18

La Liga de la Leche Internacional (LLLI) sigue reconociendo este impacto:

*Se ha demostrado que muchas de las intervenciones actuales no mejoran el parto, sino que lo complican. La mayoría de las mujeres de hoy en día quieren dar el pecho, pero a muchas les resulta difícil, y la forma en que damos a luz hoy en día es una gran parte del problema.*

*The Womanly Art of Breastfeeding*, edición impresa en inglés de 2010, páginas 49-50

Gran parte de lo que las monitoras/líderes saben sobre el parto y su impacto en la lactancia proviene de sus propias experiencias y de lo que otras madres comparten. Es importante que tú:

- Reconozcas que cada mujer vive el parto de su criatura de forma diferente.
- Seas consciente de los posibles prejuicios en este ámbito: los tuyos y los de la madre.
- Permanezcas abierta a conocer la percepción de la madre tanto del parto como del impacto que puede tener en su experiencia de lactancia.

Las monitoras/líderes tienen contacto con las mujeres por teléfono, en línea o en reuniones. Las monitoras/líderes tienen un papel importante en la ayuda a la mujer:

- Determina que es lo que le dicen sus instintos a la madre.
- Estructura sus dudas.
- No dudes en pedir más información a quien la atende médicamente.
- Conoce los riesgos potenciales para que pueda buscar ayuda a tiempo.

Es posible que las monitoras/líderes no lo sepan todo sobre la situación médica de una mujer, ni ésta debe sentir la necesidad de compartirlo con nosotras. El papel de Monitora/Líder, ya sea al hablar con una madre sobre las intervenciones en el parto, la posición de lactancia o cualquier otro tema, es proporcionar información, apoyo y ánimo, independientemente de la situación de la madre. Si no estás segura de cómo presentar alguna de la información más específica que se encuentra en este folleto, puedes ponerte en contacto con

- El Departamento de Enlace Profesional para las últimas investigaciones y una mayor confianza en tu propio conocimiento.
- El Departamento de Habilidades de Comunicación para ayudar con las habilidades de escucha activa y las formas de preguntar con el fin de obtener la información necesaria para apoyar mejor las necesidades y preferencias de la madre.

Las monitoras/líderes de LLL necesitan una comprensión completa de cómo las diferentes experiencias y los métodos de parto afectan el inicio de la lactancia materna. Este folleto proporciona información básica para cumplir con el requisito de Lectura de Referencia/Aprendizaje acerca del parto, ya que:

[Volver al principio](#)

- Te ayuda a desarrollar estos conocimientos.
- Te permite ayudar a las madres que han tenido diferentes tipos de parto.
- Ayuda a entender y aplicar la filosofía de LLL cuando se habla del parto.

La información contenida en este folleto se ha adaptado a partir de los recursos enumerados al final. Puedes complementar tus conocimientos leyendo más, asistiendo a talleres/conferencias, hablando con las monitoras/líderes de tu grupo o con tu representante del Departamento de Acreditación de monitoras/líderes (LAD), o de alguna otra manera. También puedes tener experiencia profesional que contribuya a cumplir el requisito. Cuando hables del parto durante las reuniones, puedes remitirte a los cinco primeros capítulos de *El arte femenino de amamantar* para compartir la información de LLL sobre este tema.

## 1 Parto

### 1.1 Cómo puede afectar el parto a la lactancia materna

En una imagen idealizada, el parto se produce de forma natural. El bebé nace sin intervenciones médicas en un entorno seguro y relajado, con la familia celebrando el poder positivo de parir. La lactancia comienza como una progresión natural desde el trabajo de parto hasta el periodo posterior al parto en el que la madre puede sostener a su bebé y llevarlo al pecho por primera vez.

Para muchas madres, la experiencia puede ser muy diferente:

- El trabajo de parto y el parto pueden ser largo y doloroso o sorprendentemente corto.
- Madre y/o bebé pueden verse afectados por la medicación administrada durante el nacimiento.
- El bebé puede ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- La madre puede necesitar una cirugía o ser sometida a alguna otra intervención.
- Estos y muchos otros factores pueden influir en el inicio de la lactancia.

La Liga de La Leche (LLL) cree que la participación activa de la madre en el parto puede influir en lo que ocurre durante el mismo y después. Sabemos que cuando una madre está despierta, consciente y participa activamente, está más capacitada para evitar procedimientos o interferencias que puedan comprometer el inicio de la lactancia. Estar activa e involucrada también repercute en sentirse capaz y segura de sí misma al iniciar la crianza. Esto puede ayudarla a perseverar y superar los retos. Es muy importante reconocer que "alerta y activa" no se refiere sólo a la experiencia de parto vaginal no medicalizado. Una madre puede sentirse más satisfecha con el proceso cuando:

- Aprende sobre las opciones de parto y sobre cómo tener un buen inicio en la lactancia desde el embarazo asistiendo a clases prenatales y a reuniones de LLL.
- Participa activamente en la toma de decisiones antes y durante el parto de su bebé.
- Se mantiene alerta durante la mayoría de los procedimientos médicos.

Los retos durante el parto pueden hacer que algunas madres estén especialmente decididas a amamantar a sus bebés. Con apoyo e información, una madre puede comenzar bien la lactancia, aunque su experiencia de parto no haya sido la deseada. Aunque algunos procedimientos médicos se realicen de forma rutinaria, y quizás a veces innecesaria, en otras ocasiones la intervención médica puede salvar la vida. Cuando una madre comprende mejor la fisiología del parto natural y de la lactancia materna temprana, tiene más conocimiento sobre cómo evitar intervenciones innecesarias o, si éstas son necesarias, y qué hacer para minimizar los efectos de cualquier intervención.

Las madres toman las mejores decisiones que pueden con la información y el asesoramiento médico de que disponen. A veces, después de tener un bebé, pueden pensar o conocer otras alternativas y desear haber tomado otras decisiones. El papel de la Monitora/Líder es ayudar a la madre a tomar conciencia sobre su experiencia de parto y lactancia. Esto puede influir en sus elecciones para su siguiente bebé.

Si una madre nos cuenta que no está contenta con su experiencia de parto, no podemos asumir que era evitable. Como monitoras/líderes, podemos ofrecer apoyo y escucha para ayudar a la madre:

- Asesorar cómo hacer que la lactancia materna funcione incluso después de una cesárea, un parto medicado y/o un parto inducido.
- Pasar de cualquier sentimiento de arrepentimiento, decepción o culpabilidad a los sentimientos positivos que se derivan del vínculo con su bebé y tener confianza en que puede amamantarlo y satisfacer sus necesidades.
- Dejar de enfocarse en su experiencia de parto a tomar decisiones acerca de su situación actual de lactancia.

Recuerda que una madre puede necesitar tiempo para superar el dolor por un parto diferente al que esperaba. Si crees que una mujer necesita más apoyo del que puedes darle, o si el tipo de apoyo que necesita está fuera de tu alcance, puedes remitirla a otras personas de tu comunidad, como profesionales de la salud, profesionales de la salud mental, otros profesionales o organizaciones de apoyo.

También es importante tener en cuenta que el tipo de parto que una madre puede lamentar -porque no era lo que había planeado y esperado- puede ser el tipo de parto elegido por otra madre. La Monitora/Líder debe estar atenta a cualquier tendencia en la discusión de una reunión que parezca etiquetar un tipo de parto como "bueno" y otro como "malo".

## 1. Participación alerta y activa durante el parto

La siguiente lista ofrece opciones que pueden ayudar a las madres a experimentar una participación activa y alerta en el parto. Una futura madre puede buscar información para aprender sobre el parto, formas de relajarse y cómo participar e involucrarse a lo largo de su parto:

- Clases de preparación al parto.
- Leer por su cuenta.
- Ver vídeos que muestren el parto activo y ejercicios.
- Construir una red de apoyo con monitoras/líderes de LLL y madres del Grupo.
- Aprender sobre los diferentes proveedores de atención al parto y cómo su filosofía de parto puede influir en la experiencia del parto. Algunos de los proveedores de atención incluyen:
  - Doula
  - Matrona, comadrona o partera
  - Obstetra

*Nota: Una comadrona puede utilizar un enfoque del parto más centrado en la mujer, mientras que una obstetra puede tener una orientación más médica. Sin embargo, algunas comadronas pueden estar en un entorno más orientado al parto médico, y muchos obstetras creen en el parto natural.*

- La futura madre puede conocer a su proveedor de atención al parto y hacer preguntas para entender su enfoque. Sugierele que considere la posibilidad de contratar a una doula para que la apoye durante el parto y en los primeros días con su bebé. Preséntale las opciones para dar a luz en un lugar donde se sienta segura y relajada:
  - En casa.
  - En un centro maternidad.
  - En un hospital.
- Averigua si hay algún lugar local que haya obtenido la designación de Hospital Amigo de los Niños de UNICEF en este sitio web <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>. Sugierele que elabore un plan de parto con bastante antelación y que lo discuta con las personas que la apoyan en el parto y con el personal sanitario.
- Infórmate sobre las políticas de parto y lactancia del centro de maternidad u hospital:

[Volver al principio](#)

- ¿Existen procedimientos rutinarios antes del parto y durante el mismo?
  - ¿Qué pasa con la monitorización fetal, externa, interna, el movimiento mientras se monitoriza?
  - ¿Existen intervenciones médicas específicas posibles durante el parto? ¿Cuál es su posible impacto en la lactancia materna?
- Conocer las opciones en una situación de emergencia, cuando se planifica un parto en casa:
    - ¿Hay un servicio local de ambulancias?
    - ¿Hay un centro de maternidad de respaldo?
    - ¿Dónde está el hospital más cercano con servicios de maternidad?

La experiencia del parto de una madre puede afectar el inicio de la lactancia y a los primeros días con su bebé. Puede ser útil que una madre sepa que:

- Un parto difícil, o los medicamentos utilizados durante una cesárea, pueden hacer que su bebé esté somnoliento durante varios días o que disminuya la eficacia de la succión del bebé.
- Un parto prematuro puede afectar a todos los aspectos del comportamiento y los cuidados del bebé.
- Durante el parto, los procedimientos rutinarios pueden afectar la autoestima y el bienestar de la madre.
- La persona que apoya a la madre en el parto puede defender sus deseos.

*Nota: Las madres pueden preguntar antes del parto sobre las rutinas utilizadas en el parto por su médico o matrona, y las razones de su uso para obtener información que ayude a determinar si es necesario un procedimiento.*

## 2 INTERVENCIONES Y MEDICAMENTOS

### 2.1 El efecto de las intervenciones en el parto

En esta sección se analizan las posibles intervenciones que pueden afectar el inicio de la lactancia. Utilice las páginas web de *The Womanly Art of Breastfeeding*, La Leche League (LLL) y otras publicaciones de la biblioteca de su grupo para obtener más información sobre cómo las experiencias del parto afectan al inicio de la lactancia.

A menudo, las intervenciones en el parto pueden tener un efecto en cascada: una intervención inicial aparentemente pequeña puede tener consecuencias que pueden llevar a más intervenciones. Incluso algo que parece inocuo, como la inactividad durante el parto o estar postrada en la cama, puede interferir en el desarrollo normal del parto y desencadenar una serie de intervenciones. La lista de procedimientos de la sección "Inducción" demuestra algunas de las formas en que una intervención puede llevar a otra.

Las monitoras/líderes deben ser sensibles a las necesidades y los sentimientos de las madres que solicitan apoyo. La información sobre las intervenciones y su efecto en el parto y la lactancia puede ayudar a la Monitora/Líder a comprender la situación de la madre y determinar cómo ayudarla. Sin embargo, la Monitora/Líder también debe reconocer que esta información puede no ser útil para compartirla con una madre, especialmente con una que ya ha tomado su decisión de cómo dar a luz o que ya ha dado a luz. En ese caso, la Monitora/Líder debe tener mucho cuidado con la forma en que comparte la información para que la madre no se sienta juzgada o criticada por su decisión de la forma de parto. Puede ser más apropiado indicar que hay información adicional disponible si la madre lo desea; demasiada información de golpe puede ser alarmante y crear ansiedad.

Animamos a las madres a evitar intervenciones innecesarias. Al mismo tiempo, reconocemos que puede haber razones médicas válidas para determinados procedimientos. En algunas situaciones, puede ayudar a una madre a saber lo que puede esperar si se induce el parto o si tiene un parto medicado o por cesárea y a entender las posibles consecuencias que pueden afectar a la lactancia.

[Volver al principio](#)

No todas las intervenciones pueden evitarse, pero saber lo que se puede esperar puede ayudar a la madre a estar preparada para dedicar tiempo y esfuerzos adicionales para ayudar a su bebé a ser amamantado.

## 2.2 Intervenciones comunes

### 2 . 2.1 Inducción: inicio artificial del parto:

- Una opción que se ofrece a muchas mujeres al final del embarazo.
- Puede ofrecerse por muchas razones. Para proteger la salud de la madre o del bebé, por ejemplo, una madre con hipertensión (presión arterial alta) o a un/una bebé con restricción del crecimiento fetal.
- Es importante que la madre entienda por qué se le ofrece una inducción para poder tomar una decisión que le parezca correcta para ella y su bebé.
- A veces las inducciones son médicamente necesarias y salvan la vida de madres y bebés.

Sin embargo, todas las formas de inducción conllevan riesgos:

- Las madres suelen experimentar un trabajo de parto más intenso y manifiestan un mayor dolor.
- Existe un mayor riesgo de sufrimiento fetal que puede dar lugar a un parto vaginal asistido o a una cesárea.

**2 . 2.2 Aceleración-** acelerar el trabajo de parto- puede ocurrir cuando el trabajo de parto ha comenzado pero las contracciones son débiles o se han ralentizado. Los métodos de inducción y aceleración pueden incluir:

#### 2.2.2.1 Desprendimiento de membranas

Quien atiende el parto introduce sus dedos en el orificio cervical y los hace girar 360°. Esto facilita la liberación de prostaglandinas de las membranas y el cuello uterino y ayuda a que éste se ablande. Sin embargo, este método puede no ser eficaz para iniciar el parto y tiene el potencial de hacer que la bolsa de aguas se rompa antes de lo que ocurriría de forma natural.

#### 2. **Rotura de membranas (amniotomía)**

Se hace un pequeño orificio en la bolsa amniótica para liberar prostaglandinas y aumentar la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello uterino para estimular o mejorar las contracciones. Sin el cojín protector del líquido amniótico, la cabeza del bebé puede estar sometida a una mayor presión durante las contracciones. Es más probable que el cordón umbilical se comprima, lo que provocaría una falta de oxígeno y el consiguiente sufrimiento fetal. Esto puede hacer necesario una cesárea. El prolapso del cordón, en el que el cordón umbilical entra en el canal del parto por delante del bebé, es más frecuente después de la amniotomía. Esto también puede dar lugar a una cesárea de emergencia.

Las membranas no rotas también amortiguan el perineo, lo que permite un estiramiento más suave y reduce la probabilidad de desgarros. La combinación de la rotura de la bolsa y las contracciones potenciadas por la oxitocina suele provocar un estiramiento más rápido y forzado del periné y, por tanto, más desgarros. Si el parto no se inicia después de utilizar este método, pueden ser necesarias otras intervenciones debido al mayor riesgo de infección con las aguas rotas.

#### 3. **Prostaglandinas**

Se trata de sustancias producidas naturalmente por el organismo que actúan para ablandar el cuello uterino y la parte inferior del útero. Existen varias versiones sintéticas, suministradas en forma de gel, pesario/supositorio vaginal o píldora. Dependiendo del



método de administración, las prostaglandinas pueden retirarse en caso de que la fuerza de contracción sea abrumadora. La inducción con prostaglandinas suele dar lugar a intervenciones adicionales, como la oxitocina para aumentar la estimulación del útero.

#### **2.2.2.4 Misoprostol (cytotec)**

Se trata de una prostaglandina sintética que fue aprobada para su uso en problemas gastrointestinales. A veces se utiliza en el parto para iniciar las contracciones uterinas mediante su administración a intervalos de tiempo específicos por vía oral o colocada contra el cuello uterino. Es más eficaz para ablandar el cuello del útero que las prostaglandinas y es mucho más barato. Puede aumentar el riesgo de que se produzcan contracciones demasiado fuertes y anomalías en el ritmo cardíaco del feto. Una vez administrado, sus efectos no pueden detenerse.

#### **5. Oxitocina (pitocina/sintocinón)**

Se trata de una versión sintética de una hormona natural liberada por la hipófisis de la madre. Se administra en pequeñas cantidades para inducir el parto y/o aumentar las contracciones. Puede tener el efecto de generar contracciones más largas e intensas del útero. También puede interferir en el flujo de sangre rica en oxígeno que llega al feto a través de la placenta, por lo que es necesario realizar una monitorización fetal electrónica para evaluar el bienestar del bebé.

Cuando se induce el parto con oxitocina sintética, se establece un goteo intravenoso que puede restringir la movilidad de la madre, aunque los goteros suelen estar conectados a un soporte con ruedas que la madre puede desplazar con ella. Puede aumentar la probabilidad de ictericia del recién nacido. El aumento de líquido del goteo puede provocar un edema excesivo de los pechos en el periodo posparto temprano, dificultando el agarre. También puede causar problemas con el inicio de la lactancia debido a la alteración de los niveles hormonales naturales de la madre, especialmente si se utiliza junto con la anestesia epidural.

#### **6. Métodos naturales para favorecer las contracciones**

Para minimizar los efectos que la inducción puede tener sobre la lactancia materna, la madre puede considerar métodos naturales para promover las contracciones, como por ejemplo

- Estimulación de los pezones.
- Relaciones sexuales, si la bolsa amniótica está todavía intacta.
- Acupresión o acupuntura.
- Caminar o sentarse durante el parto en lugar de estar echada.

Anime a la madre a verificar con quien atiende el parto antes de que inicie cualquier intervención. Las mujeres tienden a tener contracciones más duras, fuertes y significativamente más dolorosas con los partos inducidos o acelerados. Esto puede hacer que la madre sienta que necesita un alivio del dolor. Dos tipos comunes de alivio del dolor son los analgésicos -medicamentos orales o intravenosos- y la anestesia, como la epidural, que puede conllevar sus propios riesgos para madre y bebé.

Un parto inducido o acelerado puede conducir a una experiencia de parto positiva sin intervención adicional; sin embargo, es más probable que se produzca una intervención adicional si el parto no ha comenzado espontáneamente.

Una mujer que se plantee una inducción antes de la fecha prevista de parto también debe saber que un bebé prematuro tardío (34-37 semanas) puede tener algunos de los mismos tipos de problemas con la lactancia materna que un bebé prematuro muy temprano, como una succión débil o descoordinada y somnolencia en el pecho.

### **2 . 2.3 Monitorización fetal electrónica (MFE)**

El objetivo de la monitorización fetal es garantizar el bienestar del bebé. Los diferentes métodos incluyen:

- Fetoscopio: dispositivo similar a un estetoscopio para su uso durante el embarazo y el parto, que se utiliza de forma intermitente durante el parto.
- Aparato de ecografía Doppler: similar a la ecografía que se utiliza en el embarazo para seguir los latidos del bebé.
- Monitorización electrónica fetal (MFE): forma de monitorización continua del bebé y de las contracciones de la madre durante el parto.

Cuando se utiliza la MFE, la madre está continuamente conectada a una máquina.

Hay dos tipos de MFE:

- Monitorización externa: dos receptores sujetos con cinturones alrededor de las caderas.
- Monitorización interna: se coloca un electrodo en el cuero cabelludo del bebé y se introduce un catéter de presión junto a la cabeza del bebé.

La MFE suele implicar que la madre esté tumbada, la posición más dolorosa y menos eficaz para la progresión del parto. Incluso si la madre no está tumbada, su movimiento está restringido.

MFE de rutina cuando no está indicado médicamente:

- A veces puede llevar a una interpretación errónea de los datos de la máquina, haciendo que el personal sanitario crea que algo va mal cuando puede que no sea así.
- No se ha demostrado que mejore los resultados para las madres o los bebés.
- Puede aumentar el riesgo de intervenciones como una cesárea o el parto asistido.

Las parturientas monitorizadas por MFE a veces sienten que la máquina se convierte en el centro de atención durante el parto, en lugar de la madre y el bebé.

## **2 . 2.4. Parto vaginal asistido**

Esto puede ocurrir después de que la mujer haya estado pujando pero sus profesionales sanitarios consideren que el bebé no avanza bien o lo suficientemente rápido a través del canal o si el progreso del parto se ha detenido por completo.

### **2.2.4.1 Forceps**

- Se parecen a las pinzas de la ensalada, se colocan con las hojas planas a ambos lados de la cabeza del bebé, para ayudar a sacarlo.
- Puede causar compresión en la cabeza del bebé.
- Puede causar hematomas y daños en los nervios de los lados del cráneo. Esto puede hacer que la mandíbula se desvíe, dando lugar a una asimetría mandibular, que puede afectar a la succión del bebé.

### **2.2.4.2 Ventosa obstétrica**

- La succión se aplica al cuero cabelludo del bebé para ayudar a sacarlo.
- Puede aumentar la cantidad de fuerza aplicada al cráneo del bebé.
- Puede provocar la compresión de la cabeza del bebé.
- Puede causar hematomas y aumentar el riesgo de complicaciones como la ictericia.

Las investigaciones sugieren que el parto vaginal asistido con una ventosa puede ser un factor importante en el cese de la lactancia materna durante las dos primeras semanas de vida.

#### 2.2.4.3 Impacto del parto vaginal asistido en el bebé

- Puede causar dolor de cabeza e inhibir el movimiento de la cabeza y el cuello del bebé.
- El bebé puede estar irritable y mostrar signos de dolor.
- Puede aumentar el riesgo de ictericia.

#### 2.2.4.4 Las madres pueden ayudar a su bebé al

- Tratar al bebé como si tuviera un fuerte dolor de cabeza.
- Reducir el ruido, la luz, el movimiento y el tacto en la parte posterior de la cabeza del bebé.
- Tener mucho contacto "[piel con piel](#)". Al mantener al bebé erguido sobre el pecho de la madre en un lugar tranquilo y oscuro.
- Probar varias posiciones para encontrar la más cómoda para el bebé y la madre.
- Limitar la presión sobre la cabeza del bebé, especialmente durante las tomas.

*Nota: Si la sensibilidad del bebé continúa, la madre puede considerar la posibilidad de buscar ayuda de profesionales formados en el tratamiento de bebés con técnicas manuales suaves y no invasivas. Quiroprácticos, osteópatas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y masajistas son algunos de los profesionales que practican terapias manuales.*

#### 2.2.4.5 Impacto en la madre:

- Puede causar dolor a la madre por la inserción de los instrumentos y/o por la presión añadida en el perineo.
- Puede dar lugar a una episiotomía, que es el corte quirúrgico para ampliar la abertura vaginal. A veces se realiza para colocar/insertar los instrumentos.

Tener dolor puede afectar negativamente a una madre que intenta cuidar a su bebé recién nacido y puede dificultar el buen comienzo de la lactancia.

### 2.3 Parto por cesárea

Una cesárea es una operación abdominal importante y conlleva riesgos bien documentados tanto para la madre como para el bebé. Consiste en cortar la piel abdominal, el músculo y la pared uterina para extraer al bebé y la placenta.

Una cesárea puede afectar de muchas maneras a la recuperación de la madre tras el parto y a la capacidad de ella y de su bebé para empezar bien la lactancia. Una cesárea puede:

- Provocar una estancia más larga en el hospital y un mayor tiempo de recuperación tras el parto, lo que puede repercutir en el establecimiento de la lactancia materna.
- Interfieren en la liberación natural de hormonas, oxitocina y prolactina, tanto en la madre como en el bebé, lo que hace más difícil establecer la lactancia.
- Hacer necesario que las madres reciban medicamentos y líquidos intravenosos.
- Dificultar el agarre del bebé al pecho debido al edema.
- Crea preocupación por el aumento de peso del bebé debido al exceso de líquido.
- Retrasa la lactogénesis II ("la subida de la leche") creando un estrés potencial para las madres y la preocupación de que los bebés reciban un volumen suficiente de leche materna en los primeros días.

El retraso en la lactancia es común entre las madres que han tenido una cesárea. Algunos expertos sugieren que el retraso es mayor si la madre no experimenta ningún trabajo de parto antes de la cesárea.

- El vientre y los pulmones del bebé pueden tener todavía líquido, ya que no pasaron por las presiones del canal de parto.
- La madre y el bebé pueden ser separados después de la cirugía, retrasando el cuidado piel con piel y la primera alimentación.
- Las madres que tienen cesárea experimentan más dolor después del parto.

Cómo pueden ayudar las Monitoras/Líderes:

- Animar a la madre a empezar a dar el pecho lo antes posible.
- Describa o demuestre las posiciones cómodas para amamantar que evitan la zona de la incisión y los puntos, como la posición de rugby o la posición tumbada.
- Discutir los medicamentos para el dolor y su posible impacto en el bebé para ayudar a la madre a tomar una decisión informada.
- Fomentar mucho el contacto piel con piel y las tomas frecuentes; esto es aún más crucial dado el riesgo de lactogénesis retardada II.
- Infórmele de que muchas madres pueden tener un parto vaginal después de una cesárea (PVDC). Puedes ofrecerle frases útiles e incluso representar la conversación que la madre podría tener con su profesional sanitario.

## **2 . 4 Medicación para el alivio del dolor**

Existen varios tipos de medicamentos utilizados para aliviar el dolor durante el parto. A continuación se ofrece una lista de las opciones típicas y algunos de sus efectos sobre las madres y los bebés. Sugiere a la madre que consulte a su profesional de la salud sobre lo que hay disponible.

### **2 . 4.1 Analgésicos inhalados**

- Las madres inhalan el gas a través de una máscara o un tubo conectado a una bombona de gas.
- El gas de óxido nitroso se utiliza para calmar el dolor del parto, tanto en el hospital como en los partos en casa.
- Los efectos son inmediatos y de corta duración; algunas fuentes informan de que no se han encontrado efectos secundarios evidentes en los bebés o las madres.

### **2 . 4.2 Tranquilizantes**

- Se administra para reducir la ansiedad y la tensión.
- Puede atravesar la placenta, interfiriendo en la capacidad del bebé para respirar, succionar o mantener una tensión muscular saludable.

### **2. 4.3 Narcóticos (por ejemplo, morfina, fentanilo)**

- Pueden no ser seguros para la madre o el bebé en dosis lo suficientemente altas como para disminuir el dolor, por lo que se administran en cantidades menores.
- Se administra por vía intravenosa o por inyección.
- Puede provocar somnolencia en el bebé o en la madre.
- Suele provocar náuseas, vómitos y una caída de la presión arterial en la madre.
- En caso de náuseas en la madre, puede ser necesario tomar medicamentos adicionales. Estos medicamentos contra las náuseas pueden provocar mareos y somnolencia en la madre.

- Los narcóticos pueden afectar a la capacidad del bebé para succionar, tragar y respirar de forma coordinada, y el impacto puede durar desde varias horas hasta varias semanas después del parto.

#### **2 . 4.4 Anestesia epidural**

- Adormece y debilita la parte inferior del cuerpo de la madre.
- La madre sigue consciente.
- Un catéter permanece en la columna vertebral para la medicación continua o para "rellenar" la anestesia si es necesario.
- Para muchas mujeres, es una forma muy eficaz de aliviar el dolor.

#### **Precauciones con el uso de anestesia epidural o espinal:**

- No siempre funcionan.
- Puede proporcionar sólo un alivio parcial del dolor o ninguno en el 3% de los casos.
- Tienen posibles efectos secundarios, como fiebre materna o un descenso de la presión arterial materna, que puede llevar a una nueva intervención posparto/posnatal.
- Puede dar lugar a que los bebés estén menos alerta, sean menos capaces de orientarse y tengan movimientos menos organizados; estas diferencias se pueden medir durante el primer mes del bebé.
- Puede dejar la espalda de la madre rígida, adolorida o dolorida después del parto.
- Puede provocar dolores de cabeza debido a la punción lumbar que puede tener un impacto significativo en la recuperación de la mujer después del parto y en su capacidad para cuidar y amamantar a su bebé:
  - Requiere estar acostada durante varias horas, lo que dificulta sostener/alimentar al bebé.
  - Provoca sensibilidad a la luz.
  - Dificulta la alimentación.
  - Necesitar que otro adulto esté presente para realizar los cuidados primarios del bebé, como el cambio de pañales y el baño, y para ayudarla a comer y a ir al baño, ya que puede estar inestable y el dolor puede aumentar mientras está levantada.

#### **2 . 4.5 Anestesia general**

- Puede administrarse más rápidamente que una epidural.
- Puede utilizarse cuando se requiere una cesárea de emergencia.
- Puede provocar náuseas y vómitos en las mujeres después del parto.
- El resultado es un retraso en el contacto madre-bebé y en el inicio de la lactancia materna.

### **2. 5 Impacto de la medicación analgésica en la lactancia materna**

El reflejo de succión de un recién nacido sano y a término que nace sin el uso de analgésicos o anestesia suele alcanzar su punto máximo unos 20-30 minutos después del parto. Si no se alcanza este momento óptimo para empezar a mamar, el reflejo de succión del bebé puede ser menos intenso durante unas 36 horas.

Los analgésicos o la anestesia atraviesan la placenta hacia el feto y pueden contribuir a los problemas de lactancia:

- El bebé y/o la madre pueden tener sueño o estar menos alerta y, por lo tanto, retrasar el primer amamantamiento.
- La capacidad del bebé para succionar, tragar y respirar puede estar desorganizada.
- Los reflejos de búsqueda y succión del bebé pueden estar retrasados y deprimidos.

Después del parto, el bebé tendrá que descomponer estos medicamentos. El hígado del bebé no está completamente maduro al nacer y los bebés tardan más en deshacerse del exceso de medicamentos.

## **2. 6 Impacto de los fluidos intravenosos (IV) en la lactancia materna**

- Pueden inflar artificialmente el peso del bebé al nacer, lo que pueden dar el efecto de una rápida pérdida de peso y dar lugar a una suplementación.
- Pueden provocar la hiperhidratación de la madre. Esto puede provocar un exceso de líquido en el tejido mamario, agravar la congestión mamaria e impedir el flujo de leche.

## **2.7 Bebés en cuidados intensivos**

Algunos bebés requieren cuidados adicionales en una Unidad de Cuidados Especiales para Bebés o en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

- Esta separación puede retrasar el inicio de la lactancia.
- La madre necesitará apoyo y estímulo para extraerse la leche para establecer su suministro hasta que su bebé esté listo para ser puesto al pecho.

*Nota: Una madre en esta situación puede necesitar la ayuda de una Monitora/Líder de LLL con conocimientos o de una consultora de lactancia certificada por el Consejo Internacional (IBCLC).*

# **3 SUPERAR LOS RETOS DESPUÉS DEL PARTO**

## **3.1 Intervenciones después del parto**

Una madre puede tener una expectativa de lo que ocurrirá después de que nazca su bebé: que el bebé se arrastre por su abdomen hasta el pecho o que sea alzado suavemente en sus brazos, que disfrute del máximo contacto piel con piel y que tenga una oportunidad temprana de amamantar. Sin embargo, la realidad puede ser diferente. Puede ser útil que la madre se informe todo lo posible antes del parto sobre los procedimientos del hospital o del centro de maternidad que se consideren necesarios para evaluar y tratar el estado del bebé después del parto.

Las prácticas rutinarias pueden incluir:

- El bebé es separado de su madre para las evaluaciones de los recién nacidos.
- Se puede bañar al bebé con una esponja para limpiar los líquidos amnióticos.
- El bebé puede ser devuelto completamente vestido y envuelto con poca piel expuesta.

### **3.1.1 Evaluación del bienestar de los recién nacidos**

- Salvo complicaciones médicas, estas evaluaciones pueden realizarse mientras el bebé está en contacto con la piel de la madre.
- El peso y otras mediciones pueden retrasarse al menos hasta que se haya completado la primera alimentación.

### **3.1.2 Aspiración**

- Procedimiento utilizado por algunos hospitales para eliminar la mucosidad de las vías respiratorias del bebé.
- La aspiración intrusiva o profunda se realiza con mayor frecuencia en caso de dificultad respiratoria. Puede provocar aversión oral en el bebé, haciendo que rechace cualquier cosa que tenga en la boca o alrededor de ella, incluido el pecho.

### **3.1.3 Otras rutinas posparto**

- Pesar al bebé.
- Bañar al bebé.

- Lavar las manos del bebé.

Estos procedimientos pueden retrasarse hasta después del tiempo piel con piel, incluido el ofrecimiento del pecho, para no confundir el sentido del olfato del bebé, lo que le dificultaría encontrar el camino hacia el pecho. Se puede secar al bebé y acurrucarlo piel con piel con la madre. Es posible que la madre y su persona de apoyo tengan que ser firmes al respecto e incluirlo en el plan de parto.

#### **3.1.4 Utilización de la sala de cunas/nido**

- Algunos hospitales tienen una habitación especial donde duermen los bebés, atendidos por el personal de enfermería.
- Se confía en que el personal de enfermería reconozca las señales de hambre y lleven al bebé a su madre a tiempo.
- Puede dar lugar a retrasos en la alimentación e interrumpe a las familias para que conozcan a su bebé.

#### **3.1.5 Tetinas artificiales**

- Los cuidados rutinarios del bebé en la sala de cunas/nido pueden incluir chupetes y suplementos, dependiendo de la política del hospital.
- Puede interferir en el establecimiento de la lactancia materna al confundir el patrón natural de succión del bebé.
- La Academia Americana de Pediatría (AAP) desaconseja el uso del chupete con los bebés lactantes hasta que tengan un mes de edad y, después, sólo si el bebé lo acepta.

#### **3.1.6 Uso de fórmula**

- Algunos hospitales pueden suministrar de forma rutinaria leche artificial si el bebé no se amamanta bien a las pocas horas de nacer.
- Las madres deben conocer y preguntar por las alternativas a la leche de fórmula si su bebé requiere suplementos.
- Las madres pueden extraer el calostro a mano para dárselo al bebé mediante un método alternativo, por ejemplo, una cuchara, un gotero o una taza.
- En el caso de un bebé que pueda agarrarse al pecho, se puede utilizar un suplemento al pecho para cualquier alimentación complementaria.

#### **3.1.7 Pruebas de glucosa**

- La glucosa es una importante fuente de energía para el recién nacido. El bebé ha recibido glucosa a través de la placenta y el cordón umbilical y la ha almacenado en su cuerpo. Estos niveles pueden descender en las primeras horas tras el parto mientras se acostumbra a estar fuera del útero.
- Algunos hospitales pueden tener una política con ciertos parámetros de riesgo que requieren pruebas de glucosa.
- Las políticas también pueden requerir la suplementación con fórmula si la prueba muestra un nivel bajo de azúcar en la sangre.

La madre puede preguntar al médico qué resultados de las pruebas indican que su bebé podría necesitar suplementos, y trabajar con él/ella para desarrollar un plan de acción que mantenga y valore la lactancia materna. Poner al bebé al pecho inmediatamente después del parto puede ayudar a mantener sus niveles de glucosa.

#### **3.1.8 Agua**

- Algunos hospitales proporcionan habitualmente agua (estéril o con glucosa) si el bebé muestra signos de ictericia.

- El calostro es muy eficaz para eliminar el meconio y prevenir la ictericia.
- Ofrecer agua puede interferir con el establecimiento del suministro de leche de la madre y aumentar el riesgo de ictericia.
- Debe fomentarse el aumento de la frecuencia de la lactancia materna y el contacto constante con la piel como mejor forma de ayudar a prevenir la ictericia.

### 3.1.9 Pruebas de sangre para el Tamiz metabólico neonatal

- Puede ser exigido por las autoridades sanitarias gubernamentales.
- Se realiza habitualmente pinchando el talón del bebé.
- Suele tener lugar 24 horas después del parto o más tarde.
- La lactancia materna durante procedimientos médicos dolorosos actúa como un analgésico natural, aliviando los síntomas de dolor, como el llanto y las muecas.

### 3.1.10 Otros procedimientos médicos

- Estos pueden incluir: la administración de vitamina K, gotas para los ojos y vacunas.
- Puede haber una variedad de impactos en el bebé:
  - Puede afectar a la predisposición del bebé a alimentarse.
  - Las gotas para los ojos pueden empañar la visión del bebé y pueden retrasarse hasta que la madre y el bebé se hayan unido.
  - La mayoría de los procedimientos pueden y deben realizarse en brazos de la madre.

### 3.1.11 Circuncisión

- Puede provocar un período de sueño profundo prolongado después del procedimiento.
- Se retrasa preferentemente hasta el día del alta o más tarde, como en los ritos religiosos.

### 3.1.12 Prueba de doble pesada

Se trata de un proceso de control de la ingesta que consiste en pesar al bebé antes y después de la toma.

- No suele ser necesario.
- No es una herramienta de evaluación precisa en los primeros días de vida, puede llevar a la suplementación con biberón lo cual, a su vez, interfiere con la producción de leche de la madre.
- Sin embargo, puede ser útil en situaciones en las que el personal sanitario no confía en que el suministro de la madre sea adecuado
- Las monitoras/líderes pueden apoyar a las madres ofreciéndoles formas de dialogar con los proveedores de atención médica sobre otros signos de crecimiento y bienestar del bebé y formas de apoyar la lactancia materna.

## 3.2. Empezar a dar el pecho después de un parto difícil

### 3.2.1 Comenzar con lo básico

- [Contacto piel con piel](#)
- Posicionamiento y enganche

### 3.2.2 Reconocimiento de los sentimientos de la madre

Ella se puede sentir:

- Decepcionada, frustrada o enfadada consigo misma o con su cuerpo.
- Abrumada por el calvario que ha pasado, agotada y con dolor o malestar.
- Teme que la "ventana" para empezar a amamantar se haya cerrado, o que la lactancia sea otra lucha física y emocional.
- Una falta de confianza en que ella y su bebé puedan tener una lactancia con éxito.



- Triunfante de que ella y el bebé hayan sobrevivido al desafío y esperando con ansias la lactancia materna

### 3.2.3 Ofrecer apoyo y ánimo

Una madre primeriza puede beneficiarse de la sensación de que ella y su bebé están atendidos, seguros y protegidos. Puede relajarse sabiendo que lo único que tiene que hacer es cuidar de su bebé.

Una madre que ha tenido una experiencia de parto difícil puede necesitar compartir su experiencia contigo. Ofrézcale un oído atento, así como apoyo e información.

### 3.2.4 Apoyo adicional

Si la situación va más allá del curso normal de la lactancia, puedes buscar apoyo adicional:

- El Departamento de Enlace Profesional de su área para ayudar a la madre de forma eficaz
- Especialistas en atención sanitaria específica para sus necesidades
- Una IBCLC local

## 3.3 Cuando la madre siente dolor

Una mujer puede tener dolor por los puntos de sutura en el abdomen tras una cesárea o en el suelo pélvico tras un desgarro vaginal o una episiotomía, que es el corte quirúrgico para ampliar la abertura vaginal.

Algunas formas que pueden ayudar a la madre a amamantar más cómodamente cuando tiene dolor:

- Diferentes posturas: sugieren la posición reclinada, la posición lateral o la posición de rugby.
- Almohadas para apoyar sus brazos y su bebé y/o para proteger su incisión abdominal.

Muchos medicamentos para el dolor son compatibles con la lactancia. La madre puede preguntar a su proveedor de atención médica sobre los medicamentos adecuados. Una Monitora/Líder puede dar a la madre información sobre lo que debe tener en cuenta cuando la madre y su proveedor de atención médica evalúan la compatibilidad de un medicamento con la lactancia.

Consulte:

- Sitio web de la Liga de la Leche Internacional, "Breastfeeding Info A to Z", Medications- A Quick Guide for Parents: <https://www.llli.org/breastfeeding-info/medications-quick-guide-parents/>
- [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org) (en Español)
- "Preguntas sobre los medicamentos durante la lactancia", *Manual de la Monitora/Líder*, para obtener información sobre cómo hablar de los medicamentos con la madre.
- Monitoras/Líderes de Enlace Profesional de área

Si el bebé muestra una somnolencia excesiva u otros efectos secundarios mientras la madre está utilizando algún medicamento, debe informar a su médico inmediatamente.

## 3.4 Cuando el bebé no puede o no quiere tomar el pecho

Son muchos los factores que pueden contribuir a dificultar el inicio de la lactancia:

- Un bebé prematuro puede tener una succión débil debido a un sistema nervioso inmaduro.
- Un bebé recién nacido puede tener mucho sueño, especialmente después de un parto medicado.
- Puede haber otras preocupaciones o problemas de lactancia no relacionados con la experiencia del parto.

- Es importante que la madre sepa que, aunque la lactancia se retrase, ella y su bebé pueden continuar la lactancia.

Una Monitora/Líder puede ayudar al:

- Apoyar a la madre que necesita extraerse la leche hasta que se resuelvan los problemas.
- Proporcionar información sobre métodos alternativos de alimentación, por ejemplo, cuchara, gotero o taza para evitar el uso del biberón.

Si la madre opta por el uso de biberones, discutir formas de imitar la lactancia materna en la medida de lo posible puede hacer que la eventual transición a la lactancia materna sea más fácil. Algunas de las formas de hacerlo son:

- Sostener al bebé en posición de lactancia.
- Utilizar una tetina de "flujo lento" que sea lo suficientemente suave y larga para que el bebé pueda acercarse a la parte posterior de su boca.
- Tocar los labios del bebé con la tetina del biberón y esperar a que se abra del todo.
- Dejando que él mismo introduzca la tetina en su boca.
- Mantener el biberón en posición casi horizontal para que el bebé controle el flujo y extraiga él mismo la leche de la tetina.

El apoyo de una Monitora/Líder será importante mientras la madre se esfuerza por llevar al bebé al pecho, especialmente si su experiencia de lactancia sigue siendo difícil.

## **4 CUIDADO DEL BEBÉ**

### **4.1 Contacto piel con piel**

El contacto piel con piel entre madre y bebé es normal, natural y facilita la lactancia:

- El pecho de la madre es el hábitat normal de un/a recién nacido/a.
- Madre y bebé se conocen mutuamente a través del tacto, el calor y el olor.
- El bebé está sin ropa y descansa contra el pecho de la madre, tumbado entre sus pechos.
- El bebé tiene una manta metida en la espalda y alrededor de los pies o está cubierto por la ropa de la madre.
- Si le preocupa la temperatura del bebé, puede llevar un gorro.

Como resultado:

- El bebé es más capaz de mantener la temperatura corporal.
- El ritmo cardíaco y respiratorio del bebé se vuelve más regular.
- El bebé es capaz de establecer contacto visual con la madre más fácilmente.
- El bebé puede explorar el pezón de su madre e intentar algunas succiones preliminares, lo que es especialmente gratificante para la madre.

El contacto piel con piel puede ser útil para cualquier madre y su bebé lactante.

- La madre y su bebé pueden disfrutar del contacto piel con piel en cualquier etapa.
- El bebé se calmará y descansará bien siempre que esté cerca de su madre de esta manera.
- Otros miembros de la familia designados también pueden practicar los cuidados piel con piel.

Si el bebé se balancea y se desliza hacia el pecho, la madre mantiene el trasero del bebé cerca de ella para que se sienta seguro.

### **4.2 Contacto piel con piel en el hospital**

- Durante el embarazo, la madre querrá determinar si el hospital/centro de maternidad apoya el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna en la primera hora.
- Un bebé sano y no medicado suele mostrar interés e iniciar la lactancia cuando está preparado. Mantener al bebé piel con piel con la madre desde el parto permite una progresión relajada, sin prisas y dirigida por el bebé hacia el agarre.
- Si el bebé está demasiado irritable o agobiado para interesarse por la lactancia, el contacto piel con piel es a veces suficiente para restablecer el comportamiento normal en 15-30 minutos.
- Si el contacto piel con piel se retrasa por cualquier motivo, la madre y su pareja pueden abogar por que se inicie tan pronto como la madre y su bebé estén preparados.
- Si la madre está muy cansada o le afectan los medicamentos que le producen sueño, necesitará que alguien se quede con ella para asegurarse de que el bebé no se le escape de los brazos.

### 4.3 Posición reclinada

El método de posición reclinada se denomina a veces de "crianza biológica". Es especialmente útil si el bebé tiene la cabeza dolorida o ha sido empujado al pecho por un ayudante demasiado entusiasta. Tal y como lo describe Suzanne Colson:

- La madre se reclina en un ángulo de unos 45 grados con la zona del pecho descubierta. Puede llevar una camisa grande o un pijama abierta por delante y tener cerca una bebida fresca.
- El bebé puede estar vestido o llevar sólo un pañal. Se acuesta sobre el pecho de la madre, entre sus pechos o ligeramente por encima. Todo el cuerpo del bebé está orientado hacia la madre y la cabeza del bebé está girada hacia un lado.
- El bebé tiene una manta metida en la espalda y alrededor de los pies o está cubierto por la ropa de la madre.
- Si le preocupa la temperatura del bebé, puede llevar un gorro.
- Si la madre está muy cansada o le afectan los medicamentos que le dan sueño, necesitará que alguien se quede con ella para asegurarse de que el bebé no se le escape de los brazos.

*Nota: Para más información, véase "4.1 Contacto piel con piel" y "4.2 Piel con piel en el hospital". Durante las primeras tomas en la sala de partos, el personal de salud estará presente para observar a la madre y al bebé y tomarles las constantes vitales a intervalos regulares.*

### 4.4 Alojamiento conjunto

- Puede o no ser una opción.
- Permite que la madre conozca a su bebé y responda pronto a las señales de hambre, como chupar el puño o búsqueda con la boca.
- Facilita la relación de lactancia temprana.

### 4.5 Co-baño

- Puede ser relajante tanto para la madre como para su bebé.
- Proporciona una oportunidad para el contacto piel con piel y un fácil acceso al pecho.
- Requiere precauciones de sentido común en cuanto a la temperatura del agua (tibia hasta el codo de la madre, no caliente), con la mayor parte del cuerpo del bebé sumergido para retener el calor corporal.
- Debe haber otro adulto presente que esté disponible para sostener al bebé mientras la madre entra y sale de la bañera.

## 4.6 Porteo

Hay muchos estilos de portabebés. Es posible que la madre tenga que experimentar para encontrar el que mejor se adapte a ella y ajustarlo a medida que el bebé crezca. Las mochilas portabebés llevadas por la madre pueden proporcionar una forma de mantener al bebé cerca y al alcance del pecho.

Llevar al bebé en un portabebés blando o en un fular facilita la lactancia en muchos sentidos:

- Es conveniente.
- El movimiento puede ayudar a calmar al bebé y a que se "organice" y amamante con mayor eficacia.
- Los brazos de la madre quedan libres para cuidar a hermanas o hermanos mayores.
- Los bebés que ganan peso lentamente tienden a amamantar más y a ganar más peso cuando se les lleva porteados.
- Satisfacer la necesidad de cercanía del bebé puede conducir a una mayor independencia a medida que crece.
- Llevar al bebé en brazos reduce el llanto y proporciona la estimulación sensorial que los bebés necesitan para conocer el mundo que les rodea.
- Mantener a su bebé cerca permite a la madre notar las señales de hambre tempranas, reduciendo el llanto.
- Fomentar las tomas frecuentes ayuda a mantener el suministro de leche de la madre.
- Llevar al bebé en brazos lo mantiene feliz y seguro.
- Ayuda a que el estado de ánimo de la madre después del parto se adapte mejor.

## 5 APOYO A LA MADRE

Tras el parto, el apoyo a la nueva madre es fundamental. Esto puede incluir a los miembros de la familia y a los amigos, así como la Liga de La Leche. Ofrecer un apoyo eficaz incluye saber cuándo y cómo remitir a una madre a otras personas para que reciba ayuda adicional.

Las situaciones de parto difíciles pueden hacer que algunas madres corran un riesgo adicional de tener dificultades para establecer un vínculo con su bebé, depresión posparto y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

### 5.1 Cuándo la madre necesita más ayuda

Si una madre necesita más ayuda de la que puedes darle, o si sus preocupaciones van más allá del ámbito del apoyo a la lactancia, puedes:

- Sugíerale que se ponga en contacto con sus proveedores de atención médica o con otros profesionales y organismos de apoyo, según convenga a su situación.
- Remítele una lista de recursos en tu comunidad, como puestos de alquiler de sacaleches, IBCLCs y otros profesionales y organismos/organizaciones que ofrecen apoyo a las madres.

Su Monitora/Líder de apoyo o una Monitora/Líder de enlace profesional pueden ayudarle a conocer los recursos disponibles en su zona. Ofrezca a la madre varias opciones pertinentes a su situación; ella puede decidir lo que será mejor para ella y su bebé.

### 5.2 Cuando se habla del parto en una reunión de la Liga de La Leche

- Mantenga un enfoque positivo en la conversación
- Discutir una variedad de planes y acciones que pueden ayudar a que la lactancia materna tenga un buen comienzo, independientemente del contexto del parto.

- Destacar que la "participación alerta y activa en el parto" abarca un amplio espectro de posibilidades.
- Consulte *El arte femenino de amamantar* y otros libros de la biblioteca del grupo sobre el embarazo, el parto y el postparto para demostrar lo que significa el concepto de parto de la Liga de La Leche.
- Invita a diferentes madres a una reunión para que hablen de sus diversas opciones de parto y de los efectos positivos o negativos que esas opciones tuvieron en el inicio de la lactancia materna.

### 5.3 Debate equilibrado

Facilita un debate equilibrado sobre las experiencias. Evite que la discusión esté dominada por quienes tuvieron un tipo particular de experiencia de parto, por ejemplo, una medicación de parto particular o un entorno de parto particular, porque:

- Puede llevar a un malentendido de la filosofía del LLL.
- Es posible que una madre no se vea a sí misma encajando si su experiencia ha sido diferente.
- Una madre puede descartar sugerencias válidas si considera que el Grupo es parcial.
- Los debates abiertos demuestran que la filosofía del LLL ofrece un enfoque viable del parto.

## 6 CONCLUSIONES

- Cuando las madres comparten sus experiencias de parto, la discusión puede ser animada y a veces emotiva.
- Pregunte a su Monitora/Líder de apoyo sobre su experiencia en la prestación de apoyo a las madres en relación con el parto.
- Discutir las formas de mantener el enfoque en la lactancia materna mientras se permite a las madres compartir su experiencia de un evento que cambia la vida.
- Habla de cómo mantener una conversación positiva sin restar importancia a los problemas del parto de ninguna madre.
- Escuchar, apoyar y proporcionar información. Ese es el papel de la Monitora/Líder de la Liga de la Leche.
- Recuerda que no es necesario ser una experta en partos para ayudar a las madres a dar el pecho.
- Conocer la experiencia del parto de una madre puede arrojar luz sobre los retos de la lactancia materna a los que se enfrenta.
- El conocimiento puede guiar nuestra respuesta, de modo que le ofrezcamos información que sea útil para su situación.
- Tenemos cuidado de no insinuar a la madre que ella ha causado estos problemas con sus decisiones durante el parto.
- Nuestro objetivo es ayudar a la madre a trabajar con su situación actual para que ella y su bebé puedan tener un buen comienzo con la lactancia materna.

- Si quieres sugerir títulos de libros a las madres o aprender más sobre el parto y la lactancia materna, consulta los títulos que aparecen en [7 RECURSOS](#) de este folleto.

Si tiene preguntas sobre la información contenida en este folleto, ponte en contacto con tu Monitora/Líder de apoyo. Es posible que ella conozca las respuestas a sus preguntas y/o pueda remitirle a otros recursos. También puedes ponerte en contacto con la Monitora/Líder de enlace profesional (PL) de tu localidad, que tiene acceso a información más detallada.

Tú y tu Monitora/Líder de apoyo pueden discutir qué situaciones de parto son las más comunes donde vives, y qué tipo de preguntas es más probable que recibas de las madres. Si te informas sobre las opciones, los riesgos y los beneficios de las distintas opciones de parto, estarás más capacitada para apoyar a las madres que han tenido todo tipo de experiencias de parto y ayudarlas a tener una relación de lactancia satisfactoria.

## 7 RECURSOS

### 7.1 Libros

Colson, S. *An Introduction to Biological Nurturing : New Angles on Breastfeeding*. Hale Publishing. LP, 2010

Cox, S. *Altering Hospital Maternity Culture*. Hale Publishing, LP, 2010.

Gaskin, IM. *Ina May's Guide to Childbirth (Guía de Ina May para el parto)*: Bantam, 2003.

Gaskin, IM, *Birth Matters: A Midwife's Manifesta*. Sevens Stories Press. 2011

Genna, C. *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2017.

Goer, H. *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*. New York: Penguin Putnam, 1999.

Heller, S. *El toque vital*. Nueva York: Henry Holt & Company, 1997.

Kroeger, M, Smith, L. *Impacto de las prácticas de parto en la lactancia materna: Protecting the Mother and Baby Continuum*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2010.

Mohrbacher, N, Stock, J. *The Breastfeeding Answer Book*, 3rd rev. ed. Schaumburg, Illinois: LLLI, 2002).

Mohrbacher, N *Breastfeeding Answers Made Simple*. Hale Publishing, LP. 2010

Panzer, N. *Parto natural gozoso y espontáneo*. \* Hale Publishing, LP, 2012

Sears, W et al. *The Baby Book*,\* edición revisada y actualizada. Boston: Little, Brown & Company, 2013.

*El Arte Femenino de Amamantar\**, última edición en castellano.

*Nota: Las referencias con asterisco (\*) se dirigen específicamente a las futuras/recién estrenadas madres.*

### 7.2 Artículos de investigación

Adams J, Frawley J, et al. Técnicas útiles de tratamiento del dolor del parto, farmacológicas y no farmacológicas, y su relación con los resultados del parto materno e infantil: examen de una muestra representativa a nivel nacional de 1835 mujeres. *Midwifery*. 2015 Apr;31(4):458-63.

Alzaheb RA. Factores asociados con el inicio de la lactancia materna dentro de las primeras 48 horas de vida en Tabuk, Arabia Saudita. *Int Breastfeed J*. 2016 Jul 21;11:21.

- Brimdyr K, Cadwell K, et al. La asociación entre los fármacos comunes del parto y la succión cuando se hace piel con piel durante la primera hora después del parto. *Birth*, 2015 Dec;42(4):319-28.
- Burke-Aaronson AC. El cuidado piel con piel y la lactancia materna en la sala preoperatoria. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015 Mar-Apr;40(2):105-9.
- Carvalho ML, Broccolini CS, et al. La iniciativa del hospital amigo del bebé y la lactancia materna al nacer en Brasil: un estudio transversal. *Retrod Health* 2016 Oct 17; 13 (Suppl 3):119.
- Bostonian C, Macpherson A, et al. Uso inadecuado de la atención prenatal y prácticas de lactancia materna en Canadá: una encuesta nacional de mujeres. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016 May 5;16:100.
- Dahlberg U, Haugan, et al. Experiencias de las mujeres sobre las visitas domiciliarias de las matronas en el período posparto temprano. *Midwifery* 2016 Aug;39:57-62.
- Herrera-Gómez A, García-Martínez O, et al. Estudio retrospectivo de la asociación entre la analgesia epidural durante el parto y las complicaciones del recién nacido. *Midwifery* 2015 Jun;31 (6):613-6.
- Hobbs AJ, Mannion CA, et al. El impacto de la cesárea en la iniciación de la lactancia materna, la duración, las dificultades en los primeros cuatro meses después del parto. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Apr 26;16:90.
- Hunter T, Cattelona G. Iniciación y duración de la lactancia materna en madres primerizas: explorando el impacto de la participación del padre en el período postparto temprano. *Health Promot Prospect* 2014 Dic 30;4(2):132-6.
- Ludington-Hoe SM. Contacto sin-piel: un lugar reconfortante con comida reconfortante. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015 Nov-Dec:40(6):359-66.
- Maehara K, Mori E, et al. Factores que afectan a la confianza materna entre las primíparas japonesas de mayor y menor edad al mes de posparto. *Int J Nurs Pract*. 2016 Apr;22 Suppl 1:14-21. doi: 10.1111/ijn.12435.
- Moore ER, Bergman N, et al. Contacto temprano piel con piel para las madres y sus recién nacidos sanos *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25.
- Paramashanti BA, Hadi H, et al. El inicio oportuno de la lactancia materna se asocia con la práctica de la lactancia materna exclusiva en Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2016 Dec 25 Suppl 1:S52-S56.
- Pinar G, Avsar F et al. Evaluación del impacto de las clases de educación para el parto en Turquía sobre la adaptación al proceso de embarazo, las preocupaciones sobre el parto, la tasa de parto vaginal y la adaptación a la maternidad *Clin Nurs Res*. 2016 Dic 1.
- Sandall J, Soldani H, et al. Modelos de continuidad dirigidos por matronas frente a otros modelos de atención a mujeres embarazadas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 15;(9)
- Saxton A, Fahy K, et al. ¿Afecta el contacto piel con piel y la lactancia materna en el parto a la tasa de hemorragia posparto: resultados de un estudio de cohortes? *Midwifery*. 2015 Nov;31(11):1110-7.
- Vesel L, Bergh AM, et al. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2:25.
- Yang X, Gao LL, et al. Los predictores de la autoeficacia de la lactancia materna en el período posparto inmediato: un estudio transversal. *Midwifery*. 2016 Oct;41:1-8.
- Yohai D, Alharar D, et al. El efecto de asistir a un curso de preparación al parto prenatal sobre la duración y los resultados del mismo. *J Perinat Med*. 2017 Feb.