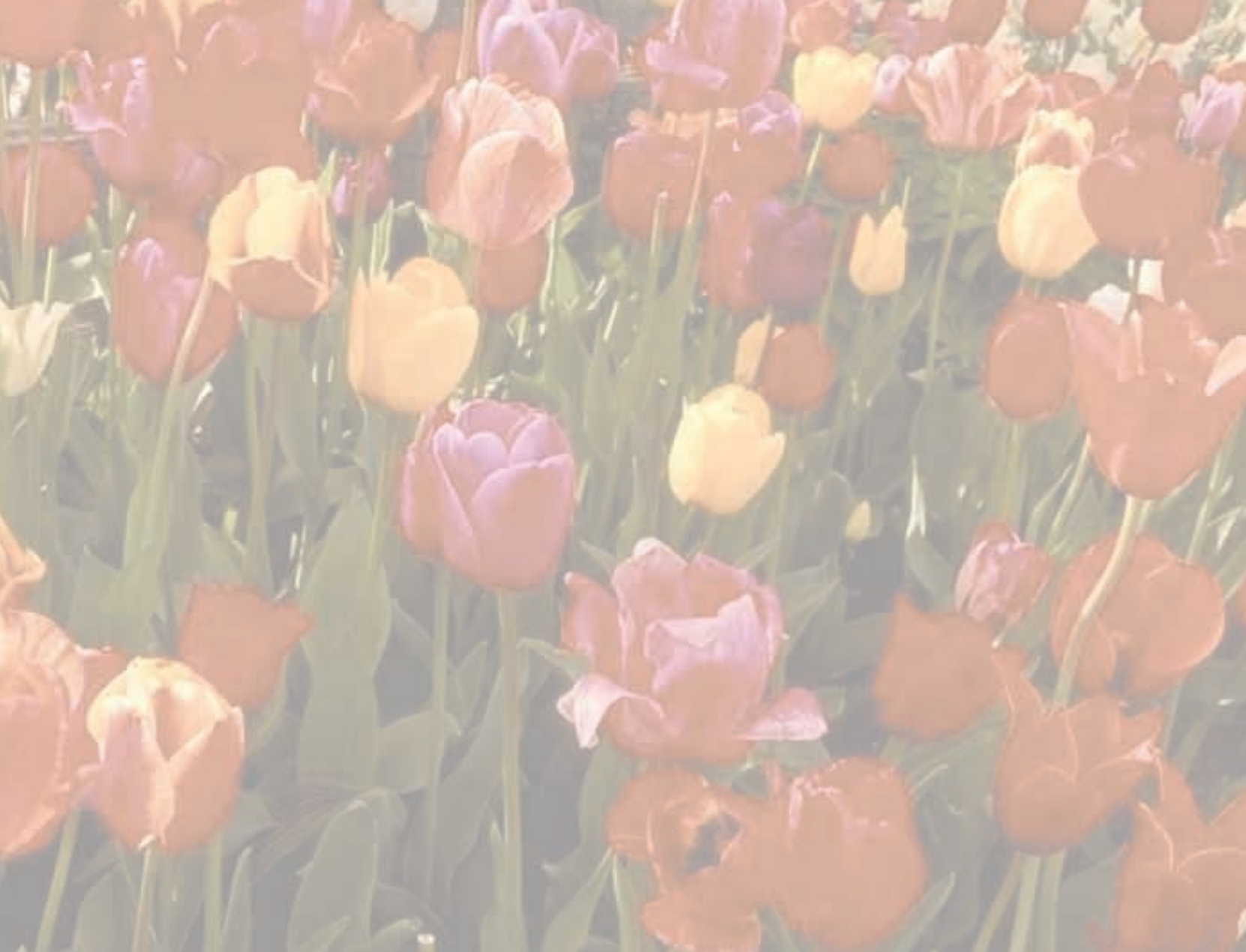




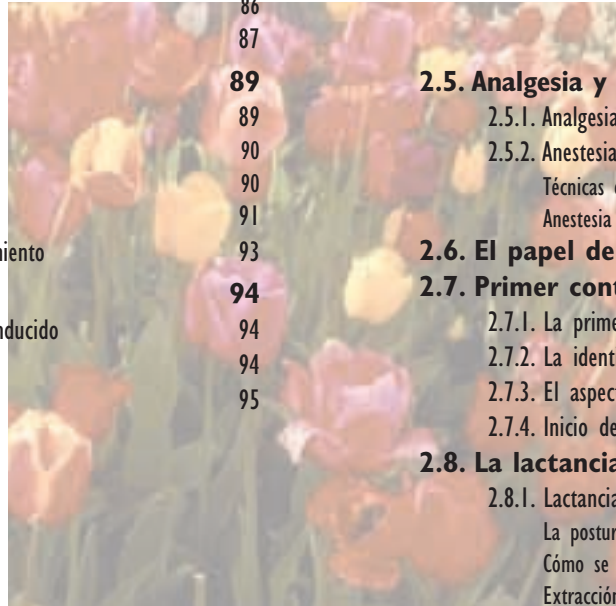
2

PARTO



2. PARTO

2.1. Los días previos al parto	83		
2.2. Inicio del parto	84		
2.2.1. ¿Estoy de parto?	84		
2.2.2. Cuándo acudir al Hospital	85		
Situaciones normales	86		
Situaciones de alerta	86		
2.2.3. En el Hospital	87		
2.3. Fases del parto	89		
2.3.1. Período de dilatación	89		
Borramiento del cuello	90		
Dilatación	90		
2.3.2. Período expulsivo	91		
2.3.3. Período de alumbramiento	93		
2.4. Partos especiales	94		
2.4.1. Parto provocado o inducido	94		
2.4.2. Parto instrumental	94		
2.4.3. Cesárea	95		
		2.5. Analgesia y anestesia durante el parto	95
		2.5.1. Analgesia	96
		2.5.2. Anestesia	96
		Técnicas de anestesia local y regional	96
		Anestesia general	97
		2.6. El papel del acompañante	97
		2.7. Primer contacto con el recién nacido	99
		2.7.1. La primera exploración	100
		2.7.2. La identificación del recién nacido	100
		2.7.3. El aspecto del recién nacido	101
		2.7.4. Inicio de la lactancia	102
		2.8. La lactancia	103
		2.8.1. Lactancia natural	103
		La postura para dar el pecho	104
		Cómo se adapta la boca al pecho	105
		Extracción y conservación de la leche materna	105
		2.8.2. Lactancia artificial	106
		La postura para dar el biberón	107
		La preparación del biberón	108



2.1. Los días previos al parto

En las últimas semanas del embarazo aparecen una serie de **molestias que no debes confundir con el inicio del parto**. Estas molestias no son iguales en todas las mujeres, ni tienen la misma duración ni intensidad.

La cabeza del niño se encaja en la pelvis materna y tu vientre puede descender. Esto puedes percibirlo como **un aumento de presión o sensación de “pinchazos” en la zona baja del abdomen, o como presión en la vejiga**. Es frecuente, que al descender la cabeza del niño, disminuyan los movimientos fetales y que sean más intensos.

Posiblemente notes endurecimientos del vientre, **“la barriga se endurece”** pero su frecuencia es irregular. Son contracciones uterinas que todavía no son dolorosas (aunque pueden ser molestas) y que te están preparando para el parto. Son más frecuentes por la tarde y por la noche y suelen desaparecer o disminuir con el reposo. No se deben considerar como contracciones de parto. Podrían denominarse **“contracciones de entrenamiento”** porque no producen dilatación pero sí mejoran las condiciones del cuello del útero, preparándolo para el parto.

También puede **aumentar la secreción vaginal o flujo** lo que, a veces, puede confundirse con la rotura de la bolsa de las aguas.

Algunas mujeres durante este período se sienten **más activas**, con ganas de hacer muchas cosas y en ocasiones va unido a un cierto desasosiego o intranquilidad.

Todos estos cambios son normales y no debes confundirlos con el inicio del parto

Debes saber que cada parto es distinto y no tiene porqué parecerse a partos anteriores ni a los de otras mujeres.



2.2. Inicio del parto

2.2.1. ¿ESTOY DE PARTO?

Es normal que tengas muchas dudas sobre si tu parto se está iniciando, sobre todo si es tu primer embarazo. A veces es difícil saber cuándo se debe acudir al centro hospitalario.

Determinadas circunstancias acompañan al inicio del parto. Si concurren alguna o varias de ellas puedes sospechar que el parto se está iniciando:

- Cuando tengas **contracciones intensas**, algo **más dolorosas** y que siguen **un ritmo regular**, aumentando progresivamente en duración, intensidad y frecuencia. Las notarás como una oleada de malestar general que alcanza un punto máximo y luego disminuye, acompañadas de un endurecimiento de la barriga y a veces de dolores de espalda. Estas contracciones de parto no desaparecen con el reposo y prácticamente no se alivian con el cambio de postura.
- Cuando **expulses el tapón mucoso**. Al comenzar la dilatación puede desprenderse el tapón de moco que cerraba el cuello del útero. Se trata de una **sustancia espesa**, más **densa** que el flujo habitual y que suele estar **teñida de sangre**. No debes asustarte, la expulsión del tapón **puede** ocurrir **horas o incluso días antes del parto**, pero sí debes **comunicarlo al equipo sanitario que vigila tu embarazo**.



- Cuando **rompas la bolsa de las aguas**, el líquido amniótico puede salir de golpe o poco a poco. Siempre que se rompe la bolsa de las aguas **se debe acudir al hospital**, con mayor rapidez si el color de este líquido no es claro o transparente. En las mujeres que rompen la bolsa antes de iniciarse el parto, éste suele comenzar espontáneamente a las 12-24 horas de la rotura.

La señal más clara del inicio del parto es la aparición de contracciones que aumentan gradualmente en duración, intensidad y frecuencia.

2.2.2. CUÁNDO ACUDIR AL HOSPITAL

En general y siempre que tu embarazo haya ocurrido de forma normal, no debes precipitarte en ir al hospital hasta que no estés segura de que el parto ha comenzado. **Los partos suelen ser lentos**, especialmente en las primerizas y salvo que tengas que recorrer grandes distancias siempre llegarás a tiempo.



Debes acudir al Hospital:

■ Situaciones normales

- a) Cuando las **contracciones** comienzan a ser **rítmicas y fuertes** y se producen **cada cinco minutos**, si es tu primer parto, o cada diez minutos, si ya has tenido otro. Si el hospital está lejos de donde vives tendrás que salir antes de tu casa.
- b) Si **has roto la bolsa de las aguas** debes también acudir al hospital, aunque no tengas contracciones.

■ Situaciones de alerta

1. Si tras la rotura de la bolsa de las aguas comienzas a **expulsar un líquido verdoso o amarillento, o comienzas a sangrar**.
2. Si **comienzas a sangrar** espontáneamente, hayas o no roto la bolsa de las aguas. No debes alarmarte con el ligero sangrado o "manchado" que ocurre con la expulsión del tapón mucoso o con las primeras contracciones.
3. Si notas un **dolor abdominal intenso**, similar a una contracción muy fuerte, dolorosa y duradera, que no disminuye de intensidad y que no desaparece.
4. Si **dejas de percibir movimientos fetales**.
5. Si aparece **fiebre** (superior a 38°) de causa desconocida.



En general debes acudir a tu centro hospitalario ante la presencia de signos o síntomas anormales que no cedan y que te produzcan malestar general.

2.2.3. EN EL HOSPITAL

Una vez en el hospital **serás recibida por el personal sanitario** que determinará si estás o no de parto.

Es muy importante que lleves el **“Documento de Salud de la Embarazada”**.

La matrona o el ginecólogo te harán un **reconocimiento**, o sea una **exploración vaginal** para conocer el estado del cuello del útero y si existe dilatación. También se escucharán los **latidos cardíacos fetales** y puede que te hagan un control de las contracciones uterinas. Esta prueba se llama **monitorización**, es totalmente indolora y suele durar entre veinte y sesenta minutos.

Si se comprueba que **aún no estás de parto**, serás dada de alta. **Deberás acudir al hospital de nuevo cuando vuelvas a sentir los síntomas de inicio del parto o cuando percibas alguno de los signos de alarma.**



Si por el contrario **el parto se ha iniciado, quedarás ingresada.**

El personal sanitario se encargará de explicarte en qué etapa del parto te encuentras y cuál va a ser el proceso que se siga a continuación. **No dudes en plantearle todas tus dudas y preocupaciones y sigue sus consejos.**

A continuación te pasarán a la **“Sala de Dilatación”** y allí permanecerás hasta que se complete esta fase del parto. Si no hay motivos que lo impidan podrás estar acompañada por un familiar o por una persona de tu entorno que tú elijas.

Te realizarán **exploraciones vaginales** para comprobar cómo evoluciona la dilatación y también te pueden realizar nuevas **monitorizaciones**. Estas pruebas no se realizan a todas las mujeres de la misma forma, ni en los mismos períodos de tiempo.



Te harán una serie de **exploraciones**, como **tomar la tensión arterial o vigilar el sangrado vaginal**, para comprobar que la evolución del postparto es normal. Finalmente pasaréis a vuestra **habitación en el Hospital**.

En cuanto alcances la dilatación completa, te llevarán a la **"Sala de Partos" o "Paritorio"**. **Contigo entrarán en paritorio varios profesionales sanitarios y, excepto en partos especiales, también un acompañante** que será quien tú hayas elegido (tu pareja, un familiar...).

En el paritorio **te colocarán en una mesa ginecológica y te prepararán para el parto**. Puede que te pongan un suero (si no se hizo durante el período de dilatación) para compensar la pérdida de líquido y también alguna **medicación para acelerar o regularizar las contracciones o para aliviar el dolor**.

Cuando todo haya pasado, te trasladarán a tí y a tu hijo a una **"Sala de Postparto o de Observación"**. Si es posible estarás acompañada por la misma persona que te acompañó en el parto. En esta sala **permanecerás junto a tu hijo/a unas dos horas** en las que podrás iniciar la lactancia materna.





Borramiento del cuello

2.3. Fases del parto

El parto se produce alrededor de **cuarenta semanas después de la última regla**. La mayoría de las mujeres inician su parto en los días previos o inmediatamente posteriores a esta fecha. Sin embargo, en un pequeño grupo de mujeres, el parto puede adelantarse incluso tres semanas o retrasarse casi dos, considerándose normales estas dos situaciones.

La dilatación consiste en el borramiento o desaparición del cuello uterino y en su ensanchamiento progresivo hasta alcanzar un diámetro de aproximadamente diez centímetros, lo que permite el paso del bebé.

Aunque cada parto es diferente, tanto en su desarrollo como en la forma en que se vive, todos constan de tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento.

2.3.1. PERÍODO DE DILATACIÓN

La dilatación **se consigue mediante las contracciones del útero**. La frecuencia, intensidad y duración de estas contracciones son variables.

Ésta es **la fase más larga del parto** y la que puede resultar más pesada a la mujer. En las primerizas, puede durar desde 4 a 5 horas, hasta más de 12, y en las mujeres que ya han tenido un parto o más, desde 2 a 3 horas, hasta más de 8.

El período de dilatación posee a su vez dos partes o fases:

■ Borramiento del cuello

Las primeras **contracciones** son **cortas, poco intensas y bastante espaciadas**. Tienen como finalidad ablandar y acortar el cuello hasta hacerlo desaparecer o “borrarlo”. Este proceso puede durar bastantes horas sobre todo en primerizas.

Durante esta fase del parto debes **tratar de distraerte, pasear e intentar relajarte y reservar tus energías** para más adelante cuando las contracciones sean más intensas.

■ Dilatación

Una vez borrado el cuello comienza la dilatación. Gradualmente **las contracciones aumentan en intensidad, frecuencia y duración**. Se hacen rítmicas, apareciendo **cada dos o tres minutos**. Cada vez son más dolorosas, aunque cada mujer va a sentir de forma diferente el dolor. En general es fundamental que tengas una **actitud tranquila, relajada y colaboradora**.

Posiblemente éste sea el momento de comenzar a **practicar la respiración, y la relajación** que aprendiste durante los cursos de Educación Maternal. Debes también **intentar adoptar posturas cómodas**.

Durante esta fase puede estar indicada la práctica de alguna técnica de **analgesia o anestesia**, al igual que determinadas **medicaciones para aumentar, disminuir o regularizar la frecuencia de las contracciones**.

La dilatación se mide mediante exploraciones vaginales y se cuenta en centímetros. Esta fase termina cuando se alcanza la “dilatación completa”, que suele corresponder a unos diez centímetros aproximadamente.



Al final de esta fase es normal que sientas **“ganas de empujar”**, pero es conveniente que no lo hagas hasta que no tengas la dilatación completa. El momento en que debes empezar a empujar te será indicado por el personal sanitario que atiende tu parto.

Cuando las ganas de empujar son urgentes e inevitables hay que avisar al personal sanitario que te atiende. Posiblemente ya **ha terminado la dilatación**.

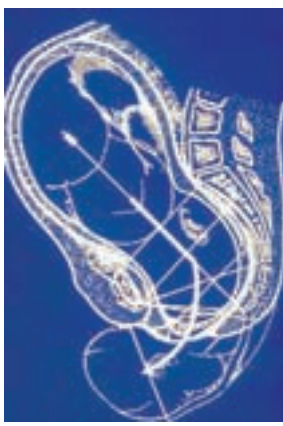


2.3.2. PERÍODO EXPULSIVO

El período expulsivo **comienza cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la salida del niño**. Habitualmente este período se desarrolla en un **paritorio**.

Su duración es muy variable, y depende de muchos factores. Se considera normal una duración de una hora en primerizas y 30 minutos en mujeres que ya han tenido otro/s parto/s. Pero este período se puede prolongar, considerándose normal.

Las contracciones son ahora más largas e intensas pero efectivas. Tendrás **grandes deseos de empujar y deberás utilizar la “técnica de empuje”** que ya conoces.



Con estas últimas contracciones **tu hijo desciende poco a poco a través del canal del parto** girando sobre sí mismo para facilitarse el paso. Cuando la cabeza sea visible y asome a través de la abertura de la vulva, el personal sanitario que te atiende puede hacerte un pequeño corte o **episiotomía** para ensanchar dicha abertura e impedir pequeños desgarros de los músculos.

A continuación **saldrá la cabeza del niño e inmediatamente el resto del cuerpo**. Te pedirán que no empujes; para no hacerlo, **sopla o jadea**.

Posteriormente se **pinza y corta el cordón umbilical**. Enseguida oirás su llanto y tendrás la oportunidad de verlo tras nueve largos meses de espera.

Este es el momento más importante del parto. Es una fase corta y muy gratificante porque gracias a tu esfuerzo verás muy pronto a tu hijo/a.



2.3.3. PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

Este período **comienza cuando termina la expulsión del feto y se corta el cordón umbilical y termina cuando se expulsa la placenta.**

Después de una breve pausa **las contracciones reaparecen**, aunque ahora son suaves y escasamente dolorosas. Generalmente **la placenta se desprende de las paredes del útero y sale espontáneamente, aunque a veces requiere una ligera presión o masaje sobre el vientre de la madre.**

Una vez expulsada la placenta se cose la episiotomía, si esta se ha realizado. Con esto termina el Parto.

Si todo el parto es normal, puede acompañarte una persona que colabore en tu esfuerzo y comparta contigo la alegría del nacimiento de tu hijo.



2.4. Partos especiales

Hasta ahora hemos descrito el ocurrir de un parto “espontáneo” o “normal”, pero no todos los partos son así.

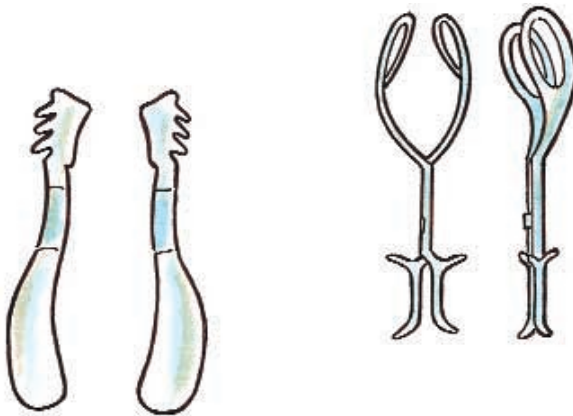
El personal sanitario decidirá, según las circunstancias, qué tipo de parto es más adecuado para tu salud y la de tu hijo/a.

2.4.1. PARTO PROVOCADO O INDUCIDO

En ocasiones, cuando el parto no se inicia de forma espontánea o cuando existe una razón de salud de la mujer o del niño, interesa **iniciarlo artificialmente**.

Si se decide **inducir** tu parto **debes confiar en el personal sanitario que te atiende**.

Los partos inducidos consisten en la **realización de determinadas maniobras o en la administración de una serie de medicamentos que producen un aumento de la intensidad y de la frecuencia de las contracciones uterinas que provocan los cambios necesarios para que el parto se inicie y para mantener la evolución y progresión del mismo**.



2.4.2. PARTO INSTRUMENTAL

A veces se utilizan **determinados instrumentos** (fórceps, ventosas o espátulas) **para ayudar al niño/a a salir del canal del parto**, cuando se sospecha que el niño pueda presentar complicaciones o cuando la madre esté agotada por un parto laborioso o largo. También es frecuente “instrumentar los partos” cuando alguno de los partos anteriores fue mediante cesárea, para evitar que la cicatriz del útero pueda lesionarse.

2.4.3. CESÁREA

Es una **operación quirúrgica** que consiste en hacer una **incisión o apertura del abdomen y el útero de la madre para extraer al niño**. Existen **diversas técnicas** para realizarla, que se diferencian sobre todo en la forma y el lugar donde se practica la incisión en la piel. La utilización de una técnica determinada dependerá de varios factores, como la urgencia del caso, o la presencia de cicatrices previas (cesáreas u otras operaciones) en el abdomen.

Desde luego una cesárea nunca es deseable, pero cuando esté indicada no la debemos temer. **Se realiza cuando el nacimiento por vía vaginal presenta riesgos para la salud del niño o de la madre.**

La indicación de hacer una cesárea puede hacerse antes de que se inicie el parto, o durante la evolución del mismo, incluso en sus últimas fases.

2.5. Analgesia y anestesia durante el parto

Puedes y debes expresar sus sentimientos con respecto al dolor en el parto. El personal sanitario atenderá tus necesidades individuales y te apoyará en las técnicas de respiración y relajación, a la vez que te **informará y recomendará la técnica analgésica o anestésica conveniente** en tu caso.

El decreto 101/1995 de 18 de abril, establece tu derecho a reducir el dolor del parto por medios anestésicos, si tú lo deseas y das tu consentimiento.

Actualmente existen **diferentes métodos para el alivio del dolor durante el parto, además de los métodos naturales** basados en la respiración y la relajación. No obstante, **se tiende a dar preferencia a los procedimientos que mantienen la consciencia de la mujer.**

Las técnicas analgésicas y anestésicas durante el parto, son beneficiosas y no perjudican ni al niño/a ni a la madre.

Las técnicas analgésicas y anestésicas más frecuentemente utilizadas durante el parto son:

2.5.1. ANALGESIA

Durante el período de dilatación pueden ser utilizados diversos tipos de **analgésicos** por vía parenteral (mediante inyección o suero en vena).

Existen **diversos fármacos** que se pueden usar para este fin, **dependiendo fundamentalmente de la fase del parto en que sean necesarios.**

Estas técnicas de analgesia **alivian el dolor pero mantienen a la madre consciente. Para algunas mujeres es suficiente con el uso de analgesia durante el parto.**

2.5.2. ANESTESIA

Es muy importante **individualizar el tipo de anestesia** en función de las características del parto y de la embarazada. Existen distintas técnicas: **local, regional y general.**

■ Técnicas de anestesia local o regional

Estas técnicas producen insensibilidad al dolor pero no pérdida de conciencia.

- La **anestesia local** consiste en **la inyección de una sustancia anestésica a nivel del periné** (entre la vulva y el ano). Se suele utilizar tras la expulsión fetal para coser la episiotomía, en aquellos partos donde no se ha utilizado anestesia, o en los que sí se ha utilizado, pero sus efectos han disminuido.



- b) La **Anestesia epidural y raquídea (regional)** consiste básicamente en la **inyección de un anestésico entre dos vértebras de la columna lumbar, insensibilizando a la mujer de cintura para abajo. No tiene efectos sobre el niño y la madre permanece plenamente consciente** lo que le permite participar en el nacimiento de su hijo. Su efecto puede prolongarse a veces durante varias horas después del parto.

■ Anestesia general

Provoca una **insensibilidad total al dolor y una pérdida completa de conciencia de la madre**. Su uso está muy limitado, utilizándose preferentemente **en casos de urgencia o contraindicaciones de otras técnicas de anestesia**.

En la actualidad, la utilización de técnicas de analgesia o anestesia durante el período de dilatación y expulsivo, **forman parte de los procedimientos básicos de la atención al parto**. De las posibles modalidades, actualmente las técnicas regionales (epidural) son las más utilizadas.

2.6. El papel del acompañante

El Decreto 101/1995 recoge el derecho de la embarazada a estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto, el parto y el postparto.

La mayoría de las mujeres quieren que sea su pareja quien la acompañe en tan importantes momentos, pero alguna prefiere que sea otra persona quien lo haga.

El padre, y en su caso la persona que la embarazada elija, tiene un importante papel durante todo el proceso del parto que consiste fundamentalmente en apoyarla creando un clima de tranquilidad, dándole confianza en su capacidad para controlar esta situación, animándola y compartiendo con ella los momentos más difíciles.

Trata de respetar sus deseos y necesidades ya que ella estará soportando mucha tensión, lo que hace que no resulte fácil tu papel de acompañante



En la fase de dilatación, en casa, el padre u otro acompañante puede medir la duración y frecuencia de las contracciones (aunque no de manera obsesiva). Es muy aconsejable acariciar en el cuello, espalda, piernas, pies, etc. Puede ayudarla a que respire y se relaje adecuadamente, y ser comprensivo si ella está nerviosa, irritable o especialmente sensible.

Una vez en el Hospital, seguirá acompañándola en la sala de dilatación, si las circunstancias lo permiten. **Puede que en algún momento de esta fase ella desee estar tranquila, incluso sola**, si esto ocurre, debe ser comprendida y no sentirse rechazado.

Debes intentar que la futura madre se relaje: secándole el sudor, ayudándola a mantener ciertas posturas, no tocándola si te ha pedido que no lo hagas. **Si ves que empieza a quejarse o pujar informa inmediatamente al personal sanitario que atiende el parto.** Es posible que la dilatación haya terminado.

Puede que sientas cierto reparo en presenciar el parto, pero si estás informado sobre cómo se desarrolla, y éste transcurre con normalidad, será una experiencia muy gratificante para ambos. **Ella se sentirá apoyada y los dos compartiréis la vivencia del nacimiento de vuestro hijo.**

Si en algún momento el personal sanitario te indica que debes abandonar la sala de partos, no dudes que eso es lo mejor para todos.

2.7. Primer contacto con el recién nacido

Tras nueve meses de imaginarte a tu hijo/a ya lo tienes delante. Es el momento de empezar a disfrutar de él.

Si es posible, el personal sanitario colocará al niño/a sobre tu pecho.

A través del contacto piel a piel y del sonido de vuestras voces os comunicáis con vuestro hijo/a. **Tocar, acariciar y hablar al niño/a** permite establecer el vínculo que en adelante os va a unir.



● Ya está aquí!
 ● La alegría de verlo compensa el esfuerzo del parto.



Al bebé le gusta sentirse acariciado y abrazado, y pronto reconocerá la voz, el olor y las caricias de sus padres.

El contacto físico con vuestro hijo/a es un estímulo vital para su correcto desarrollo.



2.7.1. LA PRIMERA EXPLORACIÓN

Tras este primer contacto con tu hijo/a, el/la pediatra realiza la primera exploración al recién nacido, denominada Test de APGAR, que consiste en el examen del color de la piel, ritmo cardíaco o pulso, respiración, tono muscular y reflejos.

Este test, que se repite de nuevo a los cinco y, a veces, a los diez minutos, **permite valorar el estado de vitalidad del recién nacido.**

Los resultados de estas exploraciones se registran en la historia clínica y en la cartilla de Salud Infantil del niño.

2.7.2. LA IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Después de esta exploración, se pesa, se limpia y una vez seco y vestido, en el mismo paritorio, **se realiza su identificación.**

Los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud, tienen establecido un sistema de identificación del recién nacido que consta de:

- **Colocación de pulseras** a la madre y al recién nacido.
- **Tarjeta de identificación**, que se entrega al padre o familiar.
- **Toma de muestra sanguínea** de la madre y del cordón del recién nacido, con el **consentimiento informado de la madre**, por si fuese necesario un análisis genético.

2.7.3. EL ASPECTO DEL RECIÉN NACIDO

El recién nacido suele pesar entre **3 kg-3,5 kg** y mide alrededor de **50 cm**.

El color de su **piel** es **rojizo o amarotado**. También puede tener una capa de vérmix o **grasa blanca** que es protectora e hidratante, y un fino **vello** por algunas partes del cuerpo.

Su **cabeza** es **grande** y puede estar deformada por la presión que soporta en el parto, deformación que se corrige por sí sola a los pocos meses. Los huesos del cráneo no están aún terminados de cerrar y forman unos huecos llamados "**fontanelas**".

El tamaño del **tórax es pequeño** en relación a su vientre abultado. Algunos bebés pueden tener las **mamas hinchadas** e incluso segregar unas gotas de leche por influencia de las hormonas de la madre. Esto es normal y **nunca se deben presionar**, desaparecerá espontáneamente con el paso del tiempo.

Los **genitales están inflamados** y algunas niñas pueden manchar de color rosado el pañal, debido también a las hormonas de la madre. Es pasajero y no debes asustarte.

Las extremidades, generalmente se mantienen dobladas.

Las deposiciones (cacas) de las 24-48 horas primeras, son negras y muy espesas y reciben el nombre de **meconio**. Posteriormente, las deposiciones serán de color verde-amarillentas y finalmente pasan a ser amarillas.





2.7.4. INICIO DE LA LACTANCIA

Una vez pesado, limpio e identificado, el niño vuelve con la madre. Este momento debe aprovecharse para **estimular los dos reflejos, el de búsqueda y succión**, que de forma natural guían al recién nacido hacia la lactancia. Ambos reflejos se estimulan acercando el niño al pecho de la madre.

No os debéis preocupar si durante las primeras tomas el niño/a no saca leche. El calostro (líquido amarillento previo a la subida de la leche) y las propias reservas del recién nacido son suficientes hasta que se produzca “la subida de la leche”.

Para facilitar el inicio y continuidad de la lactancia, es muy importante que el bebé esté permanentemente junto a su madre desde el momento del nacimiento.

2.8. La lactancia

2.8.1. LACTANCIA NATURAL

La mayoría de las mujeres son capaces de alimentar a su hijo/a de forma natural, ya que una gran parte de los problemas que dificultan el éxito de la lactancia, tienen una fácil solución.

Para facilitar la lactancia y evitar problemas que puedan dificultarla, se recomienda:

- **Poner al bebé al pecho en las primeras horas siguientes al parto.**
- **No dar chupetes** hasta que la lactancia esté bien establecida.
- **No dar biberones ni suero.** En general, el bebé que toma el pecho a demanda no necesita ingerir ningún otro líquido (ni siquiera agua), pero en caso de que fuera necesario, utilizar una cucharilla, cuentagotas o vaso.
- **El reloj es un enemigo de la lactancia.** Debemos dejar que sea el niño el que nos hable de sus necesidades y no ser nosotros los que intentemos imponer un horario. El bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, por lo que hay que olvidarse de los horarios rígidos y de la duración de la toma.



Leche materna,
cuanto antes, mejor.

- La mayoría de los bebés **no necesitan mamar de los dos pechos** en una misma toma. Poner al bebé al pecho hasta que lo suelte espontáneamente y a continuación ofrecerle el otro, aunque no siempre lo querrá.
- Suele ser habitual que el niño **mame muy frecuentemente en los primeros días** y luego tienda a espaciar las tomas.
- En general, **cuantas más veces se dé el pecho mayor será la producción de leche**. Este proceso autorregulador en la producción de leche es lo que explica que la madre de gemelos produzca el doble de leche que la madre de un solo bebé.



■ La postura para dar el pecho

• LA MADRE:

Debes sostener al bebé cómodamente. La postura más fácil para dar el pecho es sentada. Lo ideal es hacerlo en una silla baja o utilizar un banquito como reposapiés.

Para evitar el dolor de espalda es conveniente que el bebé se acerque al pecho y no el pecho al bebé.

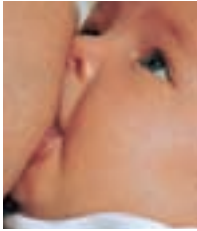
• EL BEBÉ:

El bebé debe estar cómodo, situado frente al pecho, con la boca a la altura del pezón.

Todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta, apoyado sobre el antebrazo de la madre.

La cabeza debe estar ligeramente inclinada hacia atrás de forma que su barbilla presione el pecho de la madre.

Una postura es correcta cuando la madre y el niño están cómodos.



■ Cómo se adapta la boca al pecho

- Coloca los dedos y la palma de la mano debajo del pecho y el pulgar en la parte superior lejos de la areola (en forma de C).
- No presiones el pecho, sujétalo elevándolo un poco para facilitar al niño el agarre. El pecho puedes soltarlo en cuanto el niño succione bien.
- Debes rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente, antes de introducir el pecho, para que coja el pezón y también una buena parte de la areola.
- Debes sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así quedará el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce. Vigila que los labios, sobre todo el inferior, estén vueltos hacia afuera.

■ Extracción y conservación de la leche materna

EXTRACCIÓN:

Hay diversas circunstancias en las que la madre puede necesitar sacarse la leche, entre ellas:

- Si el bebé ha de estar separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- Para aliviar los pechos cuando están demasiado llenos de leche.
- Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.
- Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.
- Cuando la madre se incorpore al trabajo.



La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Antes de manipular el pecho, es importante que te laves siempre las manos, y no es necesario lavar el pecho antes de la extracción. Es suficiente con la ducha habitual.

No son recomendables los sacaleches manuales “de pera”, que consisten en una perilla de goma unida a un embudo de plástico que se adapta al pecho. Son poco eficaces, porque no se puede asegurar su esterilización y la recogida de leche es difícil.

CONSERVACIÓN:

La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse directamente extraída o conservar a temperatura ambiente, en el frigorífico o incluso en un congelador doméstico.

Para mantener todos los componentes de la leche materna, hay que descongelar siempre a temperatura ambiente y calentarla bajo un chorro de agua templada o al baño maría, **pero nunca directamente al fuego ni en el microondas.**

2.8.2. LACTANCIA ARTIFICIAL

A veces la madre no puede o no desea amamantar a su hijo y debe recurrir a la lactancia artificial.

Hoy existen en el mercado leches en polvo de fórmulas adaptadas, cuya composición se asemeja a la de la leche materna. Éstas son las únicas que pueden usarse para sustituir a la de la madre, y **no se debe ofrecer al niño leche de vaca o condensada hasta que tenga un año como mínimo.**

El pediatra os indicará la cantidad y frecuencia de las tomas para vuestro bebé, que deberéis seguir de un modo flexible, teniendo en cuenta sus propias necesidades y su particular ritmo de alimentación al que debéis adaptaros.

TIPOS DE CONSERVACIÓN

- **Temperatura ambiente:**

Siempre que ésta sea inferior a 21 °C, durante un máximo de 10 horas.

- **En el frigorífico:**

Entre 0-5 °C, de 48 a 72 horas.

- **En un congelador doméstico (****):**

A -20 °C: hasta los 6 meses desde la extracción, congelando inmediatamente. Debe guardarse en recipiente de plástico o cristal, en pequeñas cantidades (50-100 cc.) (debe identificarse con la fecha y hora de extracción para utilizarse correlativamente).

- **EL AGUA**

El bebé que se alimenta con biberón necesita beber agua, sobre todo en época de calor, para evitar que pueda deshidratarse. Debéis ofrecerle de vez en cuando un poco de agua en una cucharilla o en el biberón.

- **La postura para dar el biberón**

- **La madre y/o el padre:**

Sentado/a y cuidando que la columna esté correctamente apoyada en el respaldo.

- **El bebé:**

Apoya la cabeza del bebé en el hueco de tu brazo y procura que la parte superior de su cuerpo esté ligeramente elevada para evitar que se atragante.

Coje el biberón con la otra mano inclinándolo para que la tetina esté totalmente llena de leche y el bebé no tome aire.



■ La preparación del biberón

- Lávate las manos a fondo antes de tocar el biberón, la tetina.
- Echa en el biberón la cantidad de agua, hervida durante 10 minutos, indicada por el pediatra y dejarla enfriar un poco.
- Añade la cantidad de leche en polvo especificada por el pediatra. Las medidas deben ser rasas.
- Coloca la tetina en el biberón y agita fuertemente hasta que la leche en polvo se disuelva por completo.
- Comprueba, volcando el biberón sobre la parte interna de tu muñeca, que la leche sale bien y a la temperatura adecuada.
- Después de dar el biberón al bebé, lava la tetina y el biberón, usando un cepillo especial que llegue hasta el fondo para eliminar todo resto de leche.
- Para esterilizar el biberón y la tetina, colócalos en una olla con agua y durante 10 minutos hiérvelos. También pueden esterilizarse en frío, añadiendo al agua productos químicos adecuados, de venta en farmacias.

No olvidéis aprovechar el momento de la alimentación de vuestro hijo para fortalecer la vinculación afectiva con él, de tanta importancia para su desarrollo.

Tan importante como la leche que recibe el niño son las caricias, las palabras, etc., es decir, el afecto y la estimulación que tu bebé recibe en cada toma.

