

Prácticas para la Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural

#6 No separar a la madre y al bebé después del nacimiento

Una nueva mamá está en un cuarto de alojamiento conjunto para la madre y el bebé en el hospital donde dio a luz. Una amiga le sugiere mandar a su bebé al cunero por las noches para que ella pueda dormir más tiempo, pero su enfermera le recomienda que deje al bebé a su lado. ¿Que es lo que los estudios de investigación revelan sobre las necesidades de las madres y los bebés después del parto?

A lo largo de casi toda la historia, las madres y sus recién nacidos permanecían juntos después del parto. Los bebés permanecían a salvo y calientitos, con fácil acceso a la leche materna, y las madres y sus hijos aprendían uno del otro.

A principios del siglo XX a medida que los nacimientos se trasladaban de los hogares hacia los hospitales, la mayoría de los bebés ya no permanecían con sus madres después del nacimiento. La madre era enviada a un cuarto del hospital, mientras que su bebé era atendido en el cunero. Las madres esperaban largas horas para ver a sus bebés y las visitas de los recién nacidos solo ocurrían en horarios programados por la institución para ser alimentados.

La comunidad médica creía que ésto era más seguro para los bebés y que las madres descansaban mejor estando sus bebés en el cunero.

En años recientes las investigaciones han demostrado que lo mejor para las madres y sus bebés es permanecer juntos después del parto. Interrumpir, demorar o limitar el tiempo que una madre y su bebé pasan juntos puede tener efectos perjudiciales en su relación y en el éxito de la lactancia. Los bebés se mantienen calientes, lloran menos, y la lactancia tiene un buen comienzo cuando las madres y los bebés permanecen juntos desde el nacimiento. Las madres aprenden a reconocer las necesidades de sus bebés respondiendo delicada y amorosamente. Una conexión que durará toda la vida empieza a formarse.

Contacto Temprano

La naturaleza prepara a la madre y a su bebé para necesitarse el uno al otro desde el momento del nacimiento. La Oxitocina, hormona que causa que el útero de la mujer se contraiga, también causa la elevación de la temperatura de sus pechos y le ayuda a sentirse calmada y sensible. Esta hormona estimula los sentimientos “maternales” mientras la mamá toca, contempla y amamanta a su bebé.

Más oxitocina es liberada mientras que ella abraza a su bebé piel a piel. Las endorfinas, hormonas que son como narcóticos naturales, también son liberadas y elevan los sentimientos maternos. Altos niveles de adrenalina, normales en los bebés al nacer hacen que el bebé esté alerta para buscar a su madre, encontrar el camino a su pecho y amamantarse. Durante los días consecuentes al nacimiento, una madre aprende diversas maneras para comprender las señales de su bebé y la forma única que tiene para comunicarse con ella.

Los expertos recomiendan que inmediato al parto un recién nacido saludable sea colocado piel con piel sobre el abdomen o el pecho de su madre, que sea secado y se cubra con toallas tibias. Algunos investigadores llaman a este contacto piel a piel “Cuidados de la madre Canguro” u “Operación Canguro”. Ser colocado desnudo contra la piel de su madre es la forma perfecta para que un bebé se adapte a su nueva vida fuera del cuerpo de su madre. La temperatura de la madre se ajusta naturalmente para mantener al bebé calientito evitando que se enfríe.

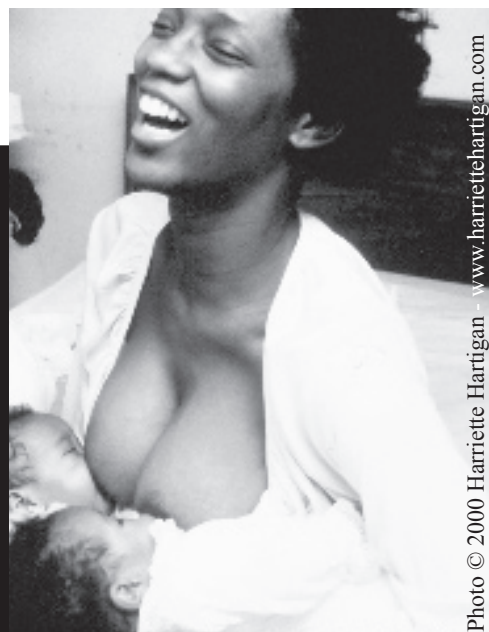


Photo © 2000 Harriette Harigan - www.harrietteharigan.com

Los recién nacidos colocados piel con piel con sus madres lloran menos y se mantienen más calientes que aquellos que son colocados en cunas térmicas. De igual manera los bebés que perdieron temperatura, incluyendo los prematuros, regresan a una temperatura normal rápidamente cuando son abrazados piel a piel por sus madres.

Años atrás, los profesionales de la medicina, pensaban que los bebés estaban más seguros en el cunero por que había menor posibilidad de que estuvieran expuestos a gérmenes. Ahora sabemos que el contacto piel con piel proporciona la oportunidad para que un bebé sea expuesto a las bacterias normales que se encuentran en la piel de su madre, y esto disminuye el riesgo de que el bebé se enferme por otros gérmenes más dañinos.

Otros beneficios del contacto piel a piel incluyen el respirar más fácilmente, niveles altos y constantes de azúcar en la sangre y un progreso natural de la lactancia. La mayoría de los bebés colocados piel con piel con sus madres, instintivamente después del nacimiento se pegarán solos al pecho y comenzarán a amamantarse, usualmente en el lapso de una hora.

Las madres que sostienen a sus bebés piel a piel después del nacimiento, tienen mayor probabilidad de continuar amamantando y menor probabilidad de alimentar a sus bebés con fórmula. Sin embargo, cuando los bebés son



separados de sus madres 20 minutos o más después del nacimiento, tienen menor probabilidad de amamantarse durante la primera hora después del nacimiento.

Muchos investigadores que han estudiado el comportamiento animal, creen que, como pasa con los demás mamíferos, los bebés humanos al ser separados de sus madres lloran significativamente más por angustia, necesitando físicamente el calor, la protección y el acceso a la leche materna que sólo pueden encontrar en los brazos de su madre.



Alojamiento Conjunto

Ya sea que una mujer haya parido en un hospital, en un centro de maternidad o en la casa, lo mejor para ella será permanecer cerca de su bebé el mayor tiempo posible. En el hospital, cuando la madre y el bebé permanecen juntos se le llama alojamiento conjunto.

Los expertos recomiendan que la madre y el bebé estén juntos durante toda su estancia en el hospital y que los dos sean tratados como binomio madre-hijo.

El alojamiento conjunto facilita la lactancia para la madre. Cuando ambos están juntos, la madre aprende a reconocer las primeras “demandas” que hace el bebé buscando alimento y bienestar, ofreciendo rápidamente lo que el bebé necesita.

El alojamiento conjunto permite establecer una lactancia temprana, en comparación con aquellas madres que tienen contacto limitado con sus bebés o con aquellas que sus bebés pasan la noche en el cunero.

Las madres que piden alojamiento conjunto, tienen mejor suministro de leche y tienen mayor probabilidad de continuar lactando exitosamente a sus bebés de 4 meses de edad.

Las amistades y la familia que tienen buenas intenciones, pueden aconsejar a la mujer que su bebé se quede en el cunero por la noche para que ella pueda descansar. Sin embargo algunos estudios han encontrado que las madres cuyos bebés son atendidos en el cunero, no duermen más que aquellas que solicitan alojamiento conjunto. La madre puede dormir más tranquila sabiendo que el bebé está con ella.

Tiene sentido que entre más tiempo pasan juntas dos personas, más pronto se llegan a conocer una a la otra. Las madres que están con sus bebés por periodos largos de tiempo, incluyendo durante la noche, tienen mejores resultados en las pruebas que se utilizan para medir el

apego de una madre hacia su bebé.

El alojamiento conjunto también es lo mejor para los bebés. Los bebés que se alojan junto a sus madres, lloran menos y pasan mayor tiempo dormidos tranquilamente, suben de peso día con día y tienen menor probabilidad de ictericia.

El alojamiento conjunto también puede tener beneficios a largo plazo para la madre y para el bebé. Los estudios sugieren que las tasas de abuso infantil, maltrato, negligencia y abandono son menores en las madres que tienen contacto frecuente y extenso con sus recién nacidos durante el periodo de posparto temprano.

Recomendaciones de Lamaze International

Haz tenido que esperar nueve meses para conocer a tu bebé. Habrás soñado con tu bebé y esperado el momento del nacimiento con mucha emoción. Después del parto, tú y tu bebé desearán permanecer juntos. Las investigaciones demuestran que estar juntos es lo mejor para ambos.



References

1. Anderson, G.C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, 3. Oxford: Update Software.
2. Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819–838.
3. American Academy of Pediatrics (AAP) and American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *Guidelines for perinatal care*. Elk Grove Village, IL: ACOG. Washington, DC: 4.
4. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: Chantry, C., Howard, C.R., & McCoy, R.C. (2003). Clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term. *Academy of Breastfeeding Medicine News and Views*, 9(1).
5. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2000). *Evidence-based clinical practice guideline: Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Washington, DC: AWHONN.
6. World Health Organization (WHO). (1998). *Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding* (rev. ed., WHO/CHD/98.9). Geneva, Switzerland: WHO.
7. Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J., & Boltrusko, I. (2002). Effect of skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 91(12), 1301–1306.
8. Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., et al. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica* 81(6–7), 488–493.
9. Christensson, K., Bhat, G.J., Amadi, B.C., Eriksson, B., & Hojer, B. (1998). Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *Lancet*, 352(9134), 1115.
10. Bystrova, K., Widstrom, A.M., Matthiesen, A.S., Ransjo-Arvidson, A.B., Welles-Nystrom, B., & Wassberg, C., et al. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: A study on temperature in newborn infants subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92(3), 320–326.
11. Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnas-Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*, 84(5), 468–473.
12. Johanson, R.B., Spencer, S.A., Rolfe, P., Jones, P., & Malla, D.S. (1992). Effect of post-delivery care on neonatal body temperature. *Acta Paediatrica*, 81(11), 859–863.
13. Righard, L., & Alade, M.O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723), 1105–1107.
14. Widstrom, A.M., Wahlberg, V., Matthiesen, A.S., Eneroth, P., Uvnas-Moberg, K., & Werner, S. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*, 21(3), 153–163.
15. DiGirolamo, A.M., Grummer-Strawn, L.M., & Fein, S. (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *Birth*, 28(2), 94–100.
16. Flores-Huerta, S., & Cisneros-Silva, I. (1997). Mother-infant rooming-in and exclusive breast feeding. *Salud p'ublica de M'xico*, 39(2), 110–116.

17. Perez-Escamilla, R., Pollitt, E., Lonnerdal, B., & Dewey, K.G. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. *American Journal of Public Health*, 84(1), 89–97.
18. Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 79(11), 1017–1022.
19. Syafruddin, M., Djauhariah, A.M., & Dasril, D. (1988). A study comparing rooming-in with separate nursing. *Paediatrica Indonesiana*, 28(5–6), 116–123.
20. Lindenberg, C.S., Cabrera Artola, R., & Jimenez, V. (1990). The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International Journal of Nursing Studies*, 27(3), 179–186.
21. Waldenstrom, U., & Swenson, A. (1991). Rooming-in in the postpartum ward. *Midwifery*, 7(2), 82–89.
22. Keefe, M.R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research*, 36(3), 140–144.
23. Keefe, M.R. (1988). The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 17(2), 122–126.
24. Prodromidis, M., et al. (1995). Mothers touching newborns: A comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth*, 22(4), 196–200.
25. Klaus, M.H., Jerauld, R., Kreger, N.C., McAlpine, W., Steffa, M., Kennel, J.H., et al. (1972). Maternal attachment: Importance of the first postpartum days. *The New England Journal of Medicine* 286(9), 460–463.
26. Norr, K.F., Roberts, J.E., & Freese, U. (1989). Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *J Nurse-Midwifery*, 34(2), 85–91.
27. O'Connor, S., Vietze, P.M., Sherrod K., Sandler, H.M., & Altemeier, W.A. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2), 176–182.

Desarrollado por el Consejo de Educación de Lamaze International

Autoras Principales:

Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE

Colaboradores y Revisión:

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE
 Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE
 Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE
 Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE
 Jeanne Green, MT, CD(DONA), LCCE, FACCE
 Barbara Hotelling, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE
 Judith Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE
 Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE
 Teri Shilling, MS, IBCLC, CD(DONA), LCCE, FACCE
 Sandra Steffes, RN, MS, LCCE, FACCE