

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN EL ÁREA DE REANIMACIÓN TRAS CESÁREA. PROBLEMÁTICA ACTUAL.

Autor principal JESÚS MARTÍNEZ GARZÓN

CoAutor 1 INMACULADA RUIZ ARCOS

CoAutor 2 MARIA HELENA HURTADO CAMPOS

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave Lactancia materna Cesárea Recién nacido Atención de enfermería

» Resumen

La promoción de la lactancia materna y su puesta en práctica es actualmente una prioridad para las matronas y el personal de enfermería de las maternidades y unidades de obstetricia de nuestro país, como derecho de la mujer y el recién nacido y habida cuenta de los beneficios que reporta. Sin embargo, y a pesar de la tendencia a mejorar las condiciones necesarias para que la mujer pueda alimentar por sí misma al recién nacido, se observan dificultades y barreras en numerosos centros a la hora de favorecer el inicio de la lactancia precoz en la fase postoperatoria de una cesárea, momento en el que la madre ha de ser ingresada en el área de reanimación mientras que el neonato es separado de la misma y ha de permanecer un número de horas variable sin iniciar el contacto ni la alimentación precoz. Por tanto, el presente trabajo plantea como objetivo analizar las causas que motivan dichas dificultades y tratar de proponer posibles soluciones al respecto.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El área de paritorios del Hospital Torrecárdenas de Almería cuenta con cuatro salas de atención al postparto, que serán ocupadas por la mujer, su acompañante y el recién nacido durante aproximadamente las dos horas siguientes al parto por vía vaginal (las dos primeras horas del puerperio inmediato); dichas salas están concebidas con el fin de mantener un control y vigilancia para valorar la adaptación de la madre al postparto y la del neonato a la vida extrauterina. Dentro de este objetivo general se engloban diversas actividades como el control de constantes vitales, vigilancia del sangrado puerperal y contracción uterina permanente, primeras mediciones antropométricas e identificación del recién nacido, apoyo y asesoramiento a la mujer y a su pareja, y por supuesto, la promoción de la lactancia materna.

Es en este momento, si no se ha favorecido ya en el mismo paritorio, cuando se inicia el contacto precoz de la madre con el recién nacido y se estimula el inicio de la lactancia, explicando a la mujer la técnica a seguir, posiciones para amamantar, condiciones en las que se favorece una lactancia efectiva, ritmo de las tomas (inicialmente a demanda del lactante), etc. Del mismo modo, los profesionales podemos comenzar ya desde este punto a visualizar cómo la madre empieza a dar el pecho al neonato, de manera que puedan aclararse las dudas que surjan desde el principio, corregir posibles deficiencias, desmentir determinadas creencias erróneas y conocer y discutir con la mujer su percepción sobre la lactancia, sus necesidades y puntos de vista y conseguir en definitiva un adecuado inicio de la alimentación precoz.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El problema que nos ocupa en el presente trabajo es el inicio del contacto y de la alimentación precoz del recién nacido cuando el parto no ha tenido lugar por vía vaginal, sino mediante cesárea.

En nuestro centro, el quirófano de obstetricia se encuentra en la misma área que los paritorios y las salas de postparto. Sin embargo, una vez intervenida, la mujer pasa al área de reanimación general del hospital. Aunque se trata de un área recientemente remodelada, sobradamente amplia, tecnológicamente preparada y bien provista de recursos tanto materiales como humanos, presenta el inconveniente de no disponer de una zona bien delimitada para las pacientes que, habiendo sido intervenidas mediante cesárea -teniendo en cuenta que la gran mayoría de éstas se hace mediante anestesia raquídea, lo que permite la consciencia total de la madre durante la intervención y el postoperatorio-, quieran iniciar un contacto precoz con su hijo, así como el inicio de la lactancia.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Dentro de las posibles soluciones que podrían plantearse para el cambio en la práctica actual acerca de las situaciones y circunstancias descritas, citaríamos:

- Informar y asesorar a los profesionales implicados (anestelistas, matronas, personal de enfermería) de la importancia del inicio de la alimentación precoz del recién nacido y de la necesidad de cambio en las actuaciones.
- Asegurar la disponibilidad de una matrona -puesto que es la profesional especialista en cuidados de la mujer y del recién nacido, y por tanto la más cualificada e idónea-, siempre que sea posible, para ir al área de reanimación y asesorar a la paciente y su acompañante cuando éstos lo requieran, así como para valorar la correcta adaptación del recién nacido y el adecuado inicio de la lactancia.
- Modificación estructural y arquitectónica de la unidad de reanimación, proponiendo la creación de boxes específicos, aislados del resto de la unidad, lo que puede conseguirse mediante la instalación de tabiques de aluminio y cristal, más económicos y menos costosos de instalar que los tabiques de obra tradicional, que mediante la instalación de cortinas en el interior, pueden otorgar la máxima intimidad a la paciente y su acompañante en las primeras horas tras la intervención.
- En el caso de no ser factible la modificación estructural del área, se puede proponer como alternativa la utilización de alguna de las dependencias del área de paritorios como sala de reanimación exclusiva para pacientes intervenidas de cesárea y destinar a un anestesista a dicha zona, como se viene realizando en otros centros.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Es bien sabido que un área de reanimación acoge a pacientes de muy diversa índole, y que debe ser un lugar en el que predomine un ambiente tranquilo y exento de ruidos. Del mismo modo, muchos de estos pacientes también requieren de un aislamiento especial dadas sus condiciones postoperatorias (por ejemplo riesgo infeccioso); de ahí la necesidad de contar con un espacio separado del resto, cuya monitorización también se encuentre centralizada para que el personal de reanimación pueda evaluar permanentemente a la paciente que se encuentra ingresada. Sin embargo, la principal barrera a superar no es realmente la arquitectónica, sino que procede del mismo colectivo profesional. Muchos anestesiólogos y personal de enfermería son reacios a realizar este tipo de cambios, argumentando que una unidad de reanimación no es un lugar adecuado para un recién nacido o que la presencia del mismo podría alterar el estado de otros pacientes que se encontraran allí (principalmente a causa del llanto del bebé). Igualmente, parte del colectivo de enfermería se resiste a asumir un plus de responsabilidad por la presencia del neonato con su madre.

De esta manera, no solamente hay que preparar el área para poder recibir a la madre y al recién nacido, sino que hay que concienciar a los profesionales de un hecho cada vez más demandado por las pacientes, que consideran poco justo el no poder iniciar un vínculo y una alimentación precoz exclusivamente por el hecho de que no hayan podido tener un parto por vía vaginal, algo que consideran -y que verdaderamente constituye- un pleno derecho.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Como es natural, la participación de la paciente y de su acompañante es máxima en este caso, habida cuenta de que son la principal parte interesada en poder establecer un contacto precoz con el recién nacido de tal manera que empiece a desarrollarse cuanto antes el vínculo materno y paterno-filial y pueda iniciarse lo más prontamente posible la alimentación natural.

Es fácilmente demostrable que las pacientes reclaman con cada vez más frecuencia su derecho a amamantar inmediatamente después del parto por cesárea a su hijo, del mismo modo que si el parto fuera por vía vaginal y en un paritorio en lugar de en un quirófano-sala de reanimación.

» Propuestas de líneas de investigación.

- Realizar encuestas activas a las pacientes que deseen dar el pecho acerca de sus pretensiones y deseos de cara al inicio de la lactancia.
- Informar a las usuarias de las diferencias actuales en cuanto al inicio de la lactancia materna en función de las características de parto (vaginal vs. cesárea).
- Encuestar a los profesionales médicos y de enfermería sobre su predisposición a facilitar la lactancia precoz en la unidad de reanimación.
- Realizar estudios de impacto económico y arquitectónico acerca de la implantación de boxes independientes en el área de reanimación para atender a la puérpera recién intervenida y al recién nacido.