



Universidad Nacional de Cuyo

FCM

Facultad de Ciencias Médicas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

SEDE TUNUYÁN

Ciclo LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS FINAL

“MAMÁS PREPARADAS, BEBES FELICES”

AUTORAS: RIVAS, Claudia
VEITES, Flavia
SUCAÑO, Emeliana

TUNUYAN, MENDOZA 2013

ADVERTENCIA:

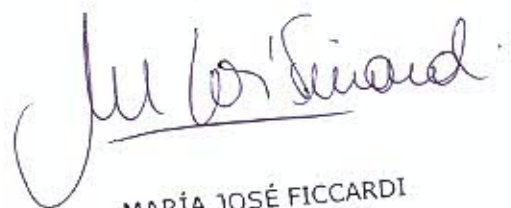
“ El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de las citadas Escuela o del autor o los autores.”

Presidente: Lic. María José.....

Vocal 1: Lic. Roberto Acosta.....

Vocal 2:.....

Trabajo aprobado el: ...11/...12/...13. Nota: ...9. (nuevo)



MARÍA JOSÉ FICCARDI
Lic. en Enfermería
Mat. 5799

AGRADECIMIENTOS

Dedicamos el siguiente trabajo a:

Nuestra FAMILIA quienes con su apoyo permanente nos motivaron a seguir adelante y lograr la meta deseada con finalidad de perfeccionamiento en nuestro desempeño como enfermeras y de esta forma servir a la comunidad dignamente.

A todos los docentes que colaboraron en nuestra formación en estos dos años de estudio, ya que cada uno de ellos nos incentivaron a continuar y no bajar las manos, a solucionar los inconvenientes que fueron surgiendo en las diferentes etapas de estudio.

A todas esas personas que directamente e indirectamente colaboraron con la siguiente investigación.

Pero por sobre todo queremos agradecer a nuestras compañeras por prestarnos su ayuda cuando más lo necesitamos.

“Ser feliz no quiere decir necesariamente estar disfrutando, sino vivir la serenidad que me da saber que estoy en el camino correcto hacia algo placentero, hacia algo que tienen sentido para mi”

Juan Cruz

PRÓLOGO

Este Proyecto surge en el grupo como un gran compromiso y desafío.

Definimos el principio "CUIDAR". Son acciones de supervivencia común a todas las especies del Reino Animal. En las personas está dirigido a satisfacer necesidades de supervivencia y lo hacen tanto por sí mismos, como por quienes de ellos dependan.

La capacidad para cuidar es innata pero tiene formas de expresión y abordajes culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje.

El cuidado tiene el poder de nutrir, tanto a la persona cuidadora como a la persona cuidada.

Despejando del centro de interés de la disciplina enfermera y de los principios que de ésta se deducen, las propuestas para la práctica enfermera, solo asumiendo ante todo la responsabilidad de la disciplina y valorizando el objeto de su práctica "CUIDADO" a la persona que en interacción constante vive experiencias de salud-enfermedad, la enfermera hará posible un cuidado óptimo.

Asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere el dominio de un saber y de competencias específicas. Los saberes y el saber hacer emanan de objetivos precisos y medibles teniendo como centro el "cuidado".

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
ADVERTENCIA	II
ACTA DE CONFORMACION DE GRUPO DE TRABAJO	III
AGRADECIMIENTO	IV
CITA BIBLIOGRAFICA "JUAN CRUZ"	V
PRÒLOGO	VI

Capítulo I

Introducción	2
Problema	3
Problematización	4
Justificación	5
Objetivos de Estudio	6
Marco Teórico	7
Descripción de Área Física del Servicio de toco-ginecología	9
Bases Teóricas	12
Puerperio	15
Parto Humanizado	19
Riesgos Durante el Embarazo	22
Maternidad Adolescente y Escolarización	24
Lactancia	30
La Leche Materna	36
Consejos para Padres Novatos	39
Estimulación Temprana en el Recién Nacido	46

Capítulo II

Diseño Metodológico	49
Muestra	50
Variable (Cuadro)	51

Capítulo III

Conclusiones e Interpretaciones	72
Propuestas o Recomendaciones	74
Conclusión Final	75

ANEXOS

Instrumentos de Recolección de Datos “Encuesta”	78
Técnicas de Análisis y Presentación de Datos	81
Matriz de Datos	82
Referencias de la Matriz de Datos	83
Plano del Hospital “Antonio J. Scaravelli”	85
Bibliografía	86

INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

PRESENTACIÓN DE DATOS

Tabla N° 1	52
Gráfico 1	53
Tabla N° 2	54
Gráfico 2	55
Tabla N° 3	56
Gráfico 3	57
Tabla N° 4	58
Gráfico 4	59
Tabla N° 5	60
Gráfico 5	61
Tabla N° 6	62
Gráficos 6	63
Tabla N° 7	64
Gráficos 7	65
Tabla N° 8	66
Gráficos 8	67
Tabla N° 9 y Grafico 9	68
Tabla N° 10 y Grafico 10	69
Tabla N° 11 y Grafico 11	70

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN:

En el presente trabajo se pretende averiguar las edades, nivel educativo de las madres y brindar información necesaria para ayudarlas a que enfrenten la difícil tarea de aprender a ser una buena mamá primeriza, como afrontar una lactancia materna exitosa; a cómo actuar durante los primeros meses del bebé y los cambios que sufrirá su cuerpo durante los nueve meses de gestación.

Esperamos que sea útil y pueda ser empleado en conjunto con los especialistas del servicio de Toco ginecología a la hora de los controles de embarazo para de cierta forma fortalecer la tarea de la madre sobre sus cuidados y los del recién nacido.

Llevar a cabo este trabajo beneficiaría a las madres y a la institución, se lograría disminuir el período de internación ya con frecuencia esto se extiende debido a una lactancia ineficaz u otras causas de menor grado. Por esto es importante conocer en qué medida los enfermeros de esta institución colaboran, educan para brindar una mejor atención donde se prepare a la madre para una maternidad que no genere dudas con respecto al cuidado de su hijo y que cuente con una amplia información de la misma.

La vida de un recién nacido es importante, ya que es una vida que comienza por ello tenemos la obligación de brindar herramientas que sean de utilidad a las madres para el cuidado adecuado de ese ser tan pequeñito que se integra a la vida.

La contribución de la enfermería hacia la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados. Por lo tanto, la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

PROBLEMA:

¿Qué factores educativos, culturales y socio-económicos pueden llevar a las embarazadas primerizas a concurrir al día del parto sin los conocimientos básicos sobre los cuidados del bebé y el inicio a la lactancia materna como primera fuente de vida del niño, en el Htal Scaravelli servicio de Toco ginecología en el periodo de enero a marzo del año 2013?

PROBLEMATIZACIÓN:

Las autoras observamos que al momento de la llegada del primer hijo las madres primerizas no se encuentran preparadas, no saben lo suficiente como para afrontar la llegada del niño, tienen dudas sobre sus cuidados, la lactancia, cómo descubrir por qué llora su bebé, qué hacer con el trabajo de la mamá o la escuela, dejarlas o continuar con la lactancia o dedicarse solo al niño durante la primer etapa de vida para hacer de él una persona de bien.

Por lo general se observa a menudo mayor concurrencia de adolescentes en etapa escolar inexpertas en la tarea de llevar el estudio y la lactancia del niño a la par, por tal motivo orientamos nuestro proyecto hacia esas jóvenes mujeres para que se inicien con éxitos en la dulce tarea de ser MADRE.

JUSTIFICACION:

Lo que se pretende con dicho estudio es conocer si el personal de enfermería brinda educación y apoyo a las madres primerizas durante el periodo de gestación y al momento del puerperio inmediato, si genera estrategias y herramientas que sean de utilidad para prevenir actos inadecuados que prolonguen los días de internación o algún factor frustrante en contra de la vida del recién nacido. Los enfermeros debemos velar las 24 hs por la seguridad del paciente (madre- niño) y su entorno.

Es por esto que el personal de enfermería debe estar capacitado para dar una respuesta cada vez que se genere una pregunta brindando una amplia información.

La idea de llevar a cabo este estudio es importante debido a que actualmente nuestra labor como enfermeras es muy mecanizada y en la mayoría de los casos no le dedicamos el tiempo suficiente a brindar educación. Considero que en este servicio es fundamental esta variable ya que de ello depende la vida de una persona como es el recién nacido por lo cual amerita un recurso humano especializado y responsable.

El cuidado tiene un poder, el de nutrir tanto a la persona cuidadora como a la persona cuidada.

La profesión desde sus inicios, se ha caracterizado por su responsabilidad en los cuidados y el cuidar, pero sin tener la relevancia suficiente y necesaria con el curar.

OBJETIVOS DE ESTUDIO:

GENERALES:

- Determinar aspectos educativos en las madres primerizas que inciden en la falta de conocimientos con que llegan al servicio de toco ginecología del Hospital Antonio J. Scaravelli durante el 2013.
- Identificar aspectos culturales y socioeconómicos de las madres primerizas internadas en el servicio de toco ginecología del hospital Scaravelli.

ESPECIFICOS:

- Conocer características del tipo de educación que brindan los enfermeros a las primigestas y puérperas recientes con respecto a la preparación de las mamas, como iniciarse en la lactancia, y los primeros cuidados del recién nacido.
- Determinar el número de enfermeros que realiza actividad educativa, el tiempo que emplea, y el tipo de metodología que utiliza para tal fin.
- Analizar situación socioeconómica y cultural de las madres en estudio.
- Determinar grados de instrucción educativa de las madres primerizas.
- Analizar conocimientos que poseen las madres primerizas relacionadas al embarazo y parto.
- Pesquisar en las madres conocimientos de cuidados básicos del recién nacido.
- Analizar situación de lactancia materna en la que se encuentran las madres primerizas internadas en el servicio de toco ginecología.

MARCO TEORICO:

DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI

El hospital Antonio J. Scaravelli, se encuentra ubicado sobre la calle Güemes y Bertona. La cobertura que abarca esta institución es toda la región del Valle de Uco, incluye los departamentos de Tupungato, San Carlos, Tunuyán. Tiene carácter Regional de autogestión descentralizada, es polivalente y de complejidad media.

Es importante destacar que al hospital asisten personas de distritos rurales de Lujan de Cuyo, quienes acuden a esta institución por su accesibilidad a pesar que se encuentra a una distancia de 50 kilómetros.

El Hospital Scaravelli, cuenta con 110 camas destinadas a internación de pacientes distribuidos en habitaciones de 2, 3 y de 4 camas

Todos los pacientes ingresan a través del servicio de emergencia o de manera programada a solicitud de los médicos de consultorio externo.

Durante su internación cada paciente tiene asignado un médico responsable de su caso. Las horas en que dicho facultativo no se encuentra en el hospital, la asistencia queda siempre garantizada por el servicio de guardia. Se permite el ingreso de un acompañante por paciente dependiendo del estado clínico del mismo y del área de internación.

Las camas se encuentran distribuidas en Servicios por especialidad: Pediatría (realiza prevención y tratamiento de las enfermedades de la infancia, Control del crecimiento y desarrollo).

Neonatología (recepción del neonato), Medicina interna, Clínica médica (se realiza atención y tratamientos de enfermedades respiratorias y patologías crónicas).El servicio de traumatología se realizan procedimientos de diagnóstico y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de fracturas y luxaciones, Amputaciones postraumáticas y vasculares. El servicio de Cirugía se realiza Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del aparato digestivo, abdomen,

mama, partes blandas y urgencias torácicas) y obesidad mórbida, ginecología, obstetricia e internación conjunta, Servicio de quirófano – unidad de recuperación de anestesia, Unidad de Terapia Intensiva, se atienden pacientes críticos donde la posibilidad recuperación puede ser parcial o total o no y el Servicio de guardia atiende las urgencias, Servicio coordinado de traslado.

El hospital dispone de: Tres quirófanos totalmente equipados para cirugía convencional o endoscopia y un quirófano para procedimientos de baja complejidad y practicas diagnósticas (endoscopia) y una sala de partos con dos camillas obstétrica. Se coloca anestesia en todas las intervenciones que se realicen en el centro por las distintas especialidades médicas y quirúrgicas: Cirugía general y digestiva, Cirugía ortopédica y traumatológica, Ginecología, Obstetricia, Cirugía endoscópica, Urología, Cirugía pediátrica de baja complejidad, Procedimiento de servicio de diagnóstico y Procedimiento de cardiología. (Ej. Cardioversión).

Las cirugías que se derivan a otros hospitales son: Cirugías que requieren reanimación superior a 8 horas, Cirugías de lactantes y Cirugía de mediana y alta complejidad.

A demás de los servicios que se ofrecen en el área de internación, hay otros servicios que funcionan en consultorios externos estos son: Servicio de clínica médica, Servicio de oftalmología, Servicio de cardiología, Servicio de odontología, Unidad de urología, Unidad de diabetología, Unidad de ORL, Unidad de neurología, Unidad de oncología Unidad de neumología, Servicio de diagnóstico y tratamiento (Radiología, ecografías, mamografías, kinesioterapia), Servicio de laboratorio (hematología, hemoterapia, microbiología), Sección de farmacia (Deposito general donde se encuentran los insumos y monodrogas),

Unidad de esterilización, Sección de estadísticas, admisión y Servicios generales, mantenimiento (sección mantenimiento, lavandería, limpieza, cocina), central telefónica, servicio de traslado interno que dispone de una ambulancia equipada con enfermero a bordo, otra con médico; y el servicio de

coordinado que cuenta con ambulancia totalmente equipada con médico y enfermero a bordo.

El hospital cuenta con una entrada principal adelante, dos traseras de emergencia. Y otra entrada por la guardia.

El total del personal que se desempeña en el hospital en los distintos servicios es de 200 enfermeros aproximadamente

Supervisión: conformado por tres supervisoras licenciadas en enfermería que realizan su labor en el turno de mañana y de tarde en algunas oportunidades.

El personal de enfermería se desempeña realizando actividades relativas a la asistencia del paciente en turnos rotativos de 12 horas.

El respectivo estudio se efectuara en el servicio de toco ginecología de dicha institución donde se asiste diariamente al binomio madre e hijo luego del puerperio inmediato.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA FÍSICA DEL SERVICIO DE TOCOGINECOLOGÍA

Cocina/ séptico	Sala 10	Sala 8	Sala 6	Sala 4	Sala 2
Administración Admisión	Star médico	3 camas	3 camas	4 camas	4 camas
Puerta de entrada			Salida de emergencia		
Habitación obstétrica	Sala 9 Pre- parto	Sala 7 2 amas	Sala 5 2 camas	Sala 3 2 camas	Sala 1 2 camas

Este servicio está dividido en dos alas.

Ala derecha: se encuentra habitaciones de 2 camas (total 4 habitaciones para pacientes).

Ala izquierda: se disponen habitaciones de tres camas (total 2 habitaciones para pacientes), y de cuatro camas (2 habitaciones).

PROFESIONALES QUE ACTUAN EN LA UNIDAD: Personal profesional médico del servicio 5 ginecólogos, Personal obstétrico, 7 licenciadas en obstetricia y 4 licenciadas que prestan refuerzo, y realizan guardias de 24 horas, Personal de enfermería: 14 enfermeros de los cuales 4 son licenciados incluida la jefa del servicio y el resto profesionales; y 8 enfermeros del servicio de neonatología y 5 de internación conjunta que se desempeñan laboralmente en turnos rotativos de 12 horas.

Este servicio cuenta con cargos operativos y de nivel de conducción: Una jefa médica especializada en ginecología, Una jefa de enfermería.

Ámbito de la especialidad del servicio:

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tracto genital femenino, Abordaje de los fenómenos vinculados con la reproducción (esterilidad, planificación familiar) y Control del embarazo, parto y puerperio normal y patológico.

Niveles de intervención:

Consultas ambulatorias, Exploraciones especializadas ginecológicas, internación y cirugía y Atención del embarazo, parto y puerperio.

Procedimientos y exploraciones: Planificación familiar, Colposcopia y Papanicolaou, Legrado- biopsia de endometrio, Tratamiento de la menopausia, Monitoreo fetal, Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, Ecografía Gineco-obstétrica.

Se realiza identificación del recién nacido y de la madre, esta tarea la realizan los enfermeros del servicio de neonatología.

Se derivan a otros centros los partos prematuros de menos de 34 semanas de gestación con un peso teórico menos a 1500 grs.

En el servicio de toco ginecología se trabaja a cama caliente, cuentan con 22 camas y se atienden diariamente a este número de pacientes entre ellas puérperas y pacientes con patologías ginecológicas. Las puérperas

permanecen internadas durante 48 horas, luego son dadas de alta si cumplen los requisitos de alternación. Estos son no presentar alteración de los signos vitales y tener una buena evolución del puerperio, útero retraído (su umbilical), loquios normales, y el recién nacido con un peso adecuado para el alta.

BASES TEÓRICAS DEL PROYECTO

El recién nacido normal, cuidados en la atención inmediata, transición y puericultura.

Periodo neonatal: comprende de 0- 27 días de vida caracterizado por una serie de cambios clínicos que son normales y que reflejan la adaptación fisiológica (órganos y sistemas), a la vida autónoma.

Recién nacido normal: es aquel que tiene 37 o más semanas de gestación y que está libre de malformaciones congénita u otra patología.

Atención neonatal: es un conjunto de acciones médicas y de enfermería que vigila la normal evolución de estos cambios:

- Readequación cardio-respiratoria y circulatoria.
- Puesta en marcha de mecanismos de homeostasis.
- Maduración de diversos sistemas enzimáticos.

Acciones en el periodo de transición:

- Supervisión y registro de signos vitales.
- Supervisión y registro de los primeros ruidos y eliminación de meconio.
- Observación y registro de patologías.
- Vacunación del recién nacido (BCG – HEP B).

Las intervenciones de enfermería se enfocan a informar a la mamá sobre los primeros cuidados que debe realizarle al recién nacido, brindándoles información sobre los cambios fisiológicos, en la piel, obstrucción de las vías aéreas por moco u otro tipo de secreción, la hiperbilirrubinemia producto de la ineficaz lactancia por falta de calostro. Los cuidados especiales del cordón umbilical para prevenir la onfalitis es decir la inflamación del ombligo por falta de higiene local generalmente a causa de gérmenes de la piel. También se estimula la lactancia y el vínculo de la madre con su bebe, y los cuidados en

cuanto al sueño, posiciones como de costado, boca arriba para evitar la muerte súbita y el lavado de manos como medida preventiva para evitar contagio de infecciones. Otra de las tareas que realizan es identificación del recién nacido, realizado en el momento de nacimiento y al momento del alta que se realiza para asegurar binomio madre- hijo. Se idéntica tomando calcos del planta de los pies y palma de manos.

La asistencia diaria del neonato es responsabilidad de enfermería, valorar la adaptación del neonato a la vida extrauterina hasta que sea dado de alta. Durante la primera hora que sigue del nacimiento, él lactante está despierto y alerta a los estímulos visuales y auditivos. Este es un momento ideal para que la enfermera fomente su interacción con los padres. Las valoraciones que realiza el personal de enfermería en cuanto al neonato hasta el día de alta son:

- Control de peso.
- Control de patrones de eliminación urinario y fecal.
- Control de temperatura, frecuencia cardíaca, respiratoria.
- Control de mucosas.
- Consideraciones en la alimentación (lactancia).
- Educación en cuanto a la colocación de pañales y ropa al lactante.
- Cuidados de las mamas para que no se lastimen (higiene y modo correcto de alimentación al recién nacido).
- Tratamiento de la dermatitis del pañal.
- Control de las vacunas como son la BCG Y HEPATITIS B, los cuales se colocan los primeros días de vida.
- Evaluación de patologías maternas que puedan ser transmitidos al recién nacido como son: Chagas, sífilis, etc. Los cuales se descartan realizando los estudios correspondientes al recién nacido.

- Vigilar el llanto, que indica en ocasiones que el recién nacido tiene hambre, o que está mojado. Cuando el llanto es persistente es porque está distendido debido a flatulencias, lo cual requieren masajes para su eliminación.
- Educación en cuanto a la higiene luego de una deposición de un recién nacido.
- Contención a las madres en cuanto a un neonato nacido con alguna deficiencia.
- Control de vómito o diarrea.
- Educación en cuanto a signos de alarma.
- Identificación del recién nacido al momento del nacimiento y alta.

La realización de todas estas actividades requiere de mucha dedicación y tiempo y un espacio adecuado para su implementación. El alta del recién nacido es a las 48 hs de nacido.

PUERPERIO

Se denomina puerperio al periodo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa expulsión de la placenta del organismo femenino.

CESÁREA

En unas décadas la cesárea ha pasado de ser una intervención casi excepcional a la forma en que vienen al mundo uno de cada cuatro niños. Independientemente de lo preocupante que resulte esta tendencia a medicalizar el parto, lo cierto es que cualquier embarazo puede terminar en cesárea, así que no está de más conocer cómo se realiza.

Preparativos:

Suelen durar de 15 a 30 minutos. Antes de iniciar la intervención se coloca a la mujer un gotero para equilibrar la tensión arterial, se rasura la zona alta del vello púbico, se limpia la piel del abdomen, se administra la anestesia (si no se ha usado hasta ahora) y, cuando ha hecho efecto, se pone una sonda en la vejiga para mantenerla vacía de orina.

La epidural permite que la madre pueda ver el nacimiento de su hijo, y a veces hasta compartirlo con su pareja (no todos los médicos son partidarios de que el padre entre en el quirófano). El bebé no sufre los efectos de la anestesia porque el fármaco actúa directamente sobre los nervios, y no pasa a la sangre materna, ni por lo tanto al niño. Al inyectar la anestesia el médico suele pedir a la mujer que se ponga en posición fetal, es decir, con las rodillas a la altura del pecho, para favorecer la extensión de la columna vertebral.

Existen dos tipos de anestesia:

^ **Raquídea:** es una dosis única, de efecto casi instantáneo y unas 2–3 horas de duración. Se pone en el momento de la cesárea.

^ **Epidural:** es la que se usa durante el trabajo de parto. A través de un tubito metido en la espalda, los fármacos entran en poca cantidad y de forma continua. Quita el dolor, pero no produce una anestesia profunda, y puede

durar horas y horas. Si se decide realizar una cesárea, se inyecta por el tubito más anestesia y se hace la cesárea. Raramente resulta necesaria la anestesia general en las cesáreas.

Corte:

Una vez que la anestesia ha hecho efecto, se inicia la cirugía. Habitualmente se realiza un corte de piel transversal (horizontal) en el borde superior del vello púbico (es lo que se llama 'incisión de Pfannenstiel').

Después de cortar la piel, se separa la grasa y se corta en sentido transversal la aponeurosis, que es una fuerte capa que sujeta los músculos abdominales y los intestinos. Los músculos abdominales se separan, no se cortan. El peritoneo, una fina bolsa donde se acumulan los órganos abdominales, se desgarran suavemente con los dedos. Así se accede al útero. Este se abre con un corte transversal por una zona llamada segmento, que se encuentra entre el cuello y el cuerpo del útero, para sacar al bebé.

Una vez que el niño está fuera, se corta el cordón umbilical y se extrae la placenta manualmente.

Lo deseable es que los profesionales muestren el niño a la madre cuanto antes (incluso sin haberle cortado el cordón) y que después de los primeros exámenes médicos lo dejen al cuidado del padre mientras terminan la cesárea.

Sutura:

El útero se cose con un hilo que se reabsorbe en 40 días.

Luego se sutura con un hilo similar la capa que sujeta los músculos abdominales, que vuelven a su sitio.

La herida de la piel se puede cerrar con grapas o con un hilo de nylon por debajo de la piel que deja la cicatriz más fina y homogénea. Ambos se retiran en unos días.

Desde que se empieza a cortar el vientre hasta la sutura final transcurren unos 40-60 minutos si no hay incidencias. En la mayoría de las cesáreas la madre y el recién nacido podrían ir juntos desde quirófano a la habitación e iniciar la

lactancia en la primera hora de vida del bebé, al igual que en el parto.

El efecto de la anestesia se va pasando en una o dos horas. Después se ponen calmantes (analgésicos) en el suero periódicamente. La mayoría de estos fármacos son perfectamente compatibles con la lactancia.

El gotero de suero se puede quitar entre 8 y 12 horas después, al igual que la sonda de la vejiga, así se evitan infecciones urinarias. La mamá puede beber líquidos a partir de las cuatro horas de la intervención.

Cuándo está indicada:

Las cesáreas son cada vez más seguras gracias a los avances de la medicina, pero como todas las intervenciones quirúrgicas, solo deberían hacerse las estrictamente necesarias, cuando los beneficios superan a los riesgos. Es decir, cuando continuar el embarazo o dejar que el parto siga sea más arriesgado para el bebé o su madre, que realizar la intervención.

Es imprescindible en caso de...

⤴ **Prolapso de cordón.** El cordón umbilical sale a la vagina antes que el bebé y la cabeza lo presiona, tanto como para que deje de pasar sangre por el cordón y el bebé no reciba oxígeno.

⤴ **Desprendimiento de placenta antes o durante el trabajo de parto.** Se produce una hemorragia y el bebé puede dejar de recibir oxígeno si no se actúa con rapidez. La madre suele sentir un dolor abdominal intenso y la vida del bebé corre serio peligro si no se lleva a cabo una cesárea en el menor tiempo posible.

⤴ **Placenta previa total colocada en la salida del útero,** de forma que obstruye el paso del bebé. Es frecuente que la madre presente un sangrado que avise del problema. Únicamente se diagnostica al final del embarazo.

⤴ **Mal posicionamiento fetal.** En ocasiones los bebés están colocados de una manera que hace imposible que salgan y ya no pueden cambiar de posición. Por ejemplo, si se inicia el parto y el niño está en posición transversal.

⤴ **La madre sufre una cardiopatía descompensada u otras**

enfermedades graves. Estas complicaciones son afortunadamente muy raras, y en total se dan en menos del 5 por ciento de los partos.

Es probable en caso de...

- ❖ **Pelvis estrecha.** Es raro, pero puede darse en madres que tuvieron raquitismo en la infancia u otras malformaciones. Además, la postura para dar a luz influye en el paso del bebé. Numerosos estudios han demostrado que parir acostada o con las piernas en alto además de absurdo es peligroso, porque favorece que el niño se atasque y no baje. Sin embargo, en cucullas la apertura de la pelvis aumenta en un 30%. La rotura artificial de la bolsa de aguas o la administración de oxitocina estando la madre acostada también dificulta que los bebés bajen.
- ❖ **Presentación de nalgas.** En los últimos años se ha promovido la cesárea en los partos de nalgas, sobre todo en las primíparas. Pero los estudios médicos demuestran que es viable un parto vaginal ante una presentación de nalgas con cabeza fetal flexionada, peso fetal equilibrado y pelvis materna normal.
- ❖ **Tumores que obstaculizan el paso del bebé.** Suelen ser miomas uterinos. Conviene esperar a que se inicie el parto y ver cómo evoluciona.
- ❖ **No dilatar:** El miedo, la tensión ambiental, sentirse sola u observada por el personal sanitario... todo esto hace que el cuerpo se bloquee y la dilatación se estanque. En estas circunstancias, si la mujer se queda sola un rato, sin observadores, casi siempre puede dilatar fácilmente.
- ❖ **Pérdida de bienestar fetal.** El bebé, en el transcurso del trabajo de parto, muestra alteraciones en su latido cardíaco que se mantienen y acentúan con el tiempo, y en los que se valora una pérdida progresiva de su capacidad de recuperación. Pero en ocasiones este malestar es debido al uso inadecuado de oxitocina o a que la madre permanezca tumbada.

Más del 70 por ciento de las mujeres pueden lograr un parto vaginal tras una cesárea.

- ❖ **Embarazo múltiple:** Depende de la madurez fetal y de la posición de los bebés. En Holanda solo el 14 por ciento de los gemelos nacen por cesárea, en España el 50 por ciento.
- ❖ **Ciertas enfermedades maternas** como la eclampsia, el herpes genital (si la madre presenta un brote activo) o la infección por VIH.

PARTO HUMANIZADO

Se puede lograr que la cesárea sea respetuosa para la madre y el niño, permitiendo la presencia del padre u otro acompañante, utilizando anestesia epidural, tratando a la mujer con cariño y explicándole todo lo que sucede. Que lo primero que escuche el niño sea la voz de su madre y que la primera piel que le toque sea la de su madre. En la mayoría de las cesáreas la lactancia se puede iniciar en la primera hora, y madre e hijo no deben ser separados por sistema.

¿Cómo se inicia el parto?

El parto lo inicia el feto produciendo ciertas hormonas que desencadenan contracciones en el organismo de la madre.

Cuando es necesario provocarlo, los ginecólogos recurren a la maniobra Hamilton, que consiste en separar del cuello del útero la membrana de la bolsa amniótica; en caso de que en pocas horas no haya contracciones, administramos a la madre prostaglandinas por vía vaginal, si el cuello del útero no está maduro, u oxitocina por vía endovenosa, si el cuello uterino ya está maduro.

¿Y si tarda en llegar el parto?

No hay que preocuparse si el embarazo llega hasta la 41ª o 42ª semana de gestación, además, puede que haya habido un error en el cálculo de la fecha probable de parto y todavía no se haya salido de cuentas. Además, el ginecólogo intensificará los controles para asegurarse de que todo vaya bien.

Lo que sí es bueno es dar un paseo todos los días, pero sin agotarse, ya que

conviene conservar las fuerzas para el parto.

Parto: ¿Qué es la episiotomía?

La episiotomía es un corte en el periné de la madre, es decir la zona entre la vagina y el ano, con el objetivo de facilitar la salida de la cabeza del bebé durante el parto.

La decisión de realizar una episiotomía la toma el obstetra en el momento del parto, tras valorar la elasticidad del periné y, sobre todo, el riesgo de sufrimiento fetal y de desgarro en la zona perineal.

Se hace sobre todo a las mujeres que no han tenido hijos.

Se realiza con tijeras o bisturí, y requiere sutura.

Cómo se realiza

La incisión puede ser vertical (en dirección al recto) o lateral (en línea oblicua desde la vulva hacia uno u otro lado del periné).

Esta última es más común porque, a diferencia de la primera, protege el ano de posibles lesiones.

Si a la madre no le han puesto la epidural, la episiotomía se realiza después de poner un anestésico local.

¿Cómo cuidar la episiotomía?

El periodo de cicatrización de los puntos es de unos diez días. Los puntos se caen solos.

Durante este tiempo es normal que la mujer tenga sensación de tirantez.

Si el dolor se agudiza o aparece hinchazón o supuración, hay que consultar enseguida con el médico.

La higiene es clave:

Es fundamental mantener una higiene escrupulosa:

- ^ Lavarse los puntos al menos dos o tres veces al día con agua y jabón antiséptico.
- ^ Mantener la herida lo más seca posible.
- ^ Usar compresas estériles y prendas interiores de algodón que faciliten la transpiración.¹

¿Es posible el parto sin episiotomía?

En primerizas de más de 38 años se realizan el doble de episiotomías, pero ésta no siempre es necesaria. Las mujeres mayores tienen contracciones igual de fuertes que las jóvenes, y su fase de dilatación uterina no es más larga. Tampoco presentan más malas posiciones fetales (el bebé no se coloca bien para nacer) ni posiciones anómalas de la placenta. Sin embargo, muchos médicos quieren ir sobre seguro cuando atienden a mujeres de más de 35 años.

Cuando el niño nace sin episiotomía, las parturientas mayores demuestran igual fortaleza que las jóvenes. El parto dura lo mismo, e incluso algunos estudios apuntan que las mujeres de más de 35 años aguantan mejor el expulsivo que las jóvenes. De esto no hay cifras, pero sí la experiencia de las matronas.

¹ "Livia Castillo: Licenciada en Enfermería, aporte de Internet".

RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO

DIABETES GESTACIONAL

Entre un cinco y un diez por ciento de las mujeres, sin ser diabéticas, sufren un importante aumento del azúcar en sangre en el embarazo. Esta alteración se llama diabetes gestacional. Por lo general, desaparece tras el parto y si se controla adecuadamente no supone más problemas para la madre y el feto que un embarazo normal.

Causas

El organismo obtiene la energía del azúcar de los alimentos, que penetra en las células gracias a la insulina, una hormona que segrega el páncreas. Cuando esta se produce en poca cantidad, el azúcar no llega a las células y se acumula en la sangre. Durante el embarazo, la necesidad de insulina aumenta hasta tres veces. Si el páncreas no consigue fabricar suficiente hormona, aparece la diabetes gestacional.

Síntomas

Este tipo de diabetes no tiene síntomas. Se manifiesta exclusivamente a través de sus complicaciones, por eso es muy importante el diagnóstico médico. Hay algunas pistas que pueden ponernos en alerta, como **estar fatigada, orinar más de lo habitual y tener mucho apetito**, pero pueden pasarse por alto por ser demasiado generales. Tienen más riesgo de padecerla las mujeres con sobrepeso, de más de 35 años y las que ya han tenido hijos.

Diagnóstico

Además de las analíticas de seguimiento que se practican en la gestación, como medida preventiva, **entre las semanas 24ª y 28ª de embarazo**, se realiza a todas las embarazadas una sencilla prueba llamada test de Sullivan, para determinar el nivel de azúcar en sangre. Consiste en el análisis de una muestra de sangre extraída una hora después de haber ingerido 50 gramos de glucosa (se toma en forma de una bebida muy dulce).

Si los niveles de azúcar están demasiado altos (igual o más de 140 mg/dl), se realizará una segunda prueba llamada curva de tolerancia a la glucosa. En este caso se extrae sangre de la madre a los 60, 120 y 180 minutos de haber tomado 100 gramos de glucosa. Si dos de las tres mediciones son anómalas, el diagnóstico es de diabetes gestacional.

Complicaciones

Es importante hacerse estas pruebas diagnósticas porque si la diabetes no se controla, los riesgos son serios: lesiones vasculares y tensión arterial elevada en la madre, aumento de posibilidades de crecimiento retardado en el bebé, problemas respiratorios al nacer, incluso muerte intrauterina. El niño puede ser demasiado grande, ya que le llega parte del excedente de azúcar de la sangre y esto también puede dañar algunos de sus órganos. Cuando hay problemas, el parto tiene que ser por cesárea.

Tratamiento

Cuando se detecta una diabetes gestacional, el ginecólogo realiza un control más exhaustivo del embarazo y la evolución del feto. Para conseguir que los niveles de glucosa sean normales durante toda la gestación, se combinan cuatro elementos:

- ⤴ **Dieta.** No existe una dieta ideal; en cada caso el médico la adaptará a esa paciente en concreto. Pero, en líneas generales, conviene hacer comidas pequeñas y frecuentes de alimentos pobres en grasas y azúcares refinados (bollos) y ricos en fibra (verdura, fruta...). También es importante controlar la ganancia de peso en la gestación.
- ⤴ **Ejercicio físico:** moderado con regularidad. Se recomienda caminar (paseo de una hora diaria es una buena opción) o natación (30 minutos al día son suficientes).
- ⤴ **Administración de insulina.** Algunas mujeres necesitan inyecciones diarias de insulina. Los antidiabéticos orales no se utilizan en el embarazo.
- ⤴ **Autocontrol domiciliario.** El especialista también puede dar a la gestante unas pautas para que ella se mida los índices de glucemia (mediante pequeños pinchazos en los dedos con ayuda de una máquina que le proporcionarán) y glucosuria (se trata de medir el azúcar en la orina con unos papelitos que cambian de color).

Evolución

La mayoría de las mujeres recupera los niveles normales de azúcar tras dar a luz. Es aconsejable realizar un test de tolerancia a la glucosa a los dos meses del parto o tras finalizar la lactancia, y controles anuales de los niveles de glucemia. Hay mayor riesgo de sufrir diabetes tipo II, pero se puede prevenir aumentando la actividad física y con una alimentación saludable.

MATERNIDAD ADOLESCENTE Y ESCOLARIZACIÓN

Cada año hay más jóvenes de escolarización secundaria que son madres o padres adolescentes. A pesar de todos los recaudos y recomendaciones de los adultos, "la vida se abre camino". ¿Cómo conjugar escolarización y maternidad adolescente? El sistema no está preparado para la recepción y la contención de estos padres que emocional, económica y socialmente no están listos para el ejercicio de la paternidad responsable. Tampoco el sistema tiene que "dejarlos afuera".

¿Qué hacer si una alumna no puede asistir a clases porque tiene que atender a su bebé? El cursado a clases es obligatorio, según la normativa. La alumna tiene que tener el 80% de asistencia, el 75 o el 70% en casos donde el Consejo Consultivo de la escuela así lo consideró. ¿Cuáles podrían ser los modos de abordar esta situación que complejiza la vida escolar no solo de la joven madre, sino también la de su entorno familiar, la del bebé, la de la institución, la de la clase? Nuestro país no ofrece un servicio de guarderías para las madres adolescentes. Ellas tienen que cuidar a sus niños o asistir a la escuela dejando al bebé bajo el cuidado de una persona sustituta. En el mejor de los casos, algún miembro de su núcleo familiar se hace cargo de atender al bebé mientras que la madre está en la escuela. De no ser así, es seguro que la responsabilidad tendrá que ser asumida por la madre adolescente. Y rendir todas las materias del año en curso por inasistencias. A menos que el cuerpo directivo de la institución encuentre una solución que convenga a todos los actores antes mencionados.

Y aquí es donde comenzamos a plantearnos los alcances de la inclusión. ¿Qué hacer? ¿Cuál de las posibles alternativas es la más adecuada para la joven madre y su bebé?

Veamos qué puede pasar frente al planteo de no concurrir a clases y perder el año escolar:

1. ¿Se autoriza a la alumna a asistir a las clases con el bebé?
2. ¿Se le ofrece un plan de asistencia más comprensivo con su situación?
3. ¿Se posibilita un sistema semipresencial que beneficie no sólo a la joven madre, sino a los docentes y también al bebé?
4. ¿Se le permite que siga un plan sistemático que no la desvincule del sistema, que la contenga y le permita continuar con el cursado a través de monitoreo y apoyo virtual?
5. ¿Se ofrece una solución que contemple varias de las posibilidades anteriores?

Analicémoslas desde los beneficios y desde las desventajas que de ellas se desprenden: La primera de ellas, la asistencia de la madre adolescente con el bebé a la escuela, puede resultar LA solución a primera vista. La madre adolescente concurre a la escuela sin perder su regularidad, tal como lo exige la normativa del sistema.

Pero vayamos un poco más allá de la llegada de esta alumna empujando un carrito de bebé y llevando un bolso además de su mochila con los útiles escolares. Veamos cómo se plantea la situación desde varios integrantes de la comunidad educativa: Desde la madre adolescente: tendrá que interrumpir los horarios de sueño y de alimentación de su hijo; tendrá que cambiarle los pañales y alimentarlo en clase, si su hijo solo recibe leche materna, cada dos o tres horas estará ocupada dándole el pecho, si toma mamadera tendrá que preparar la leche o llevarla en un termo para mantenerla a temperatura constante, si ya ingiere alimentos sólidos, tendrá que prepararle la papilla a media mañana y lavarlo y cambiarlo después de comer y, si tiene sueño, ponerlo a dormir. Tendrá a su bebé pequeño sentado en un cochecito, algunas horas despierto y otras dormido; si el niño tiene más de seis meses no aceptará de buen grado estarse quieto según las necesidades de su madre y las de la clase; si tiene más de ocho meses, querrá gatear, y si tiene diez, el ejercicio de la locomoción ya incluye la marcha. La madre tendrá que atender a su niño en medio de explicaciones, de ejercitaciones en grupo, de tareas propias del ámbito escolar. Se incomodará si su niño llora en horas de clase con lo que perderá la atención del tema tratado en el momento. Tendrá que llevar al bebé fuera del aula y calmarlo si está incómodo, con todo el desasosiego que implica una situación de

tensión para una madre primeriza y para más, adolescente. Si el bebé está enfermo, tendrá que llevarlo con los medicamentos, el nebulizador, etc. Terminará tan estresada que no resultará una solución conveniente para ella.

Desde los compañeros de la madre: se convertirán en co-cuidadores del bebé, lo que puede resultar en principio simpático y hasta romántico. Pero tampoco estarán en condiciones de recibir la calidad educativa a la que tienen también el mismo derecho que la alumna-madre. Ayudarán a acunar al bebé, a alzarlo, a alimentarlo y hasta quizá alguien se anime a participar del cambio de los pañales. Si el bebé se molesta, lo cual es natural pues está en un medio que no es el apropiado, tendrán que escuchar los llantos del bebé u observar cómo su compañera se retira de la clase para que esta funcione "normalmente". Algunos se sentirán tan molestos como el bebé, a otros no les importará, otros podrán sentir cierta lástima por la compañera y otros rechazarán la idea de tener un bebé en clase.

Desde los docentes: además de la idea de tener un nuevo integrante en clase, al que seguramente algunos mirarán con ternura, otros con desconcierto y otros hasta con desagrado, tendrán que contener a la madre que no estará muy cómoda con la mirada del adulto cuando tiene que cumplir con sus responsabilidades de madre. Los profesores tendrán que interrumpir sus clases y también cuidar la seguridad física y emocional de ese bebé que no es un alumno ni una visita. Quizá no digan nada para no contradecir las directivas institucionales, tal vez se limiten a conversar con colegas sobre la temática, tal vez no sepan qué actitud asumir frente a una situación sobre la que no hay nada reglamentado, sólo la norma de la "retención" y de la "inclusión" de estos alumnos en situaciones de riesgo.

Desde los padres de los alumnos: algunos seguramente no entenderán la decisión de la escuela, otros encontrarán que la salida es momentánea y otros pondrán "el grito en el cielo", pues envían a sus hijos a estudiar y a socializar sin un bebé integrado al habitual desarrollo de la clase.

Desde el bebé: es, sin duda, quien se lleva la peor parte. Incluir a una madre adolescente con su niño en la escuela a participar de la clase durante toda la mañana implica un montón de riesgos para el bebé. Perderá la seguridad que le proporciona el espacio físico habitual, como los de su casa o un jardín maternal, cambiará sus horarios de sueño, de

higiene y de alimentación. También estará expuesto a enfermedades, pues casi siempre hay algún adolescente o algún adulto que concurre a clases resfriado, con fiebre o con algún otro problema de salud. Estará expuesto a accidentes que pueden ocurrir por la falta de acondicionamiento del espacio o por la vida propia de una escuela con alumnos adolescentes.

Estas son parte de algunas de las cuestiones a tener en cuenta. Un bebé tiene el derecho de crecer en un lugar acorde a sus necesidades emocionales y el espacio físico de una institución escolar no es el más adecuado.

Veamos las demás.

La segunda alternativa, la de ofrecer un plan de asistencia más comprensivo con la situación de la joven madre, también acarrea sus inconvenientes tanto para la institución como para la alumna, pues lo único que se habría modificado es el número de inasistencias que la alumna tendrá, asunto este que tampoco está contemplado en la normativa escolar, aunque se resuelva por decisión del Consejo que se ampliará el margen de inasistencias.

La tercera posibilidad, la del sistema semipresencial, permitiría asistir con cierta regularidad a tomar clases normalmente junto con sus compañeros. Tendría que concurrir a clases, tener las carpetas al día, formar grupo con sus compañeros para la cumplimentación con los trabajos solicitados por los profesores, presentarse a dar evaluaciones orales o escritas. Este modo de concebir la inclusión escolar al sistema aparenta ser más beneficioso que las dos posibilidades anteriores.

La preparación de un plan sistemático de retención de la madre adolescente compromete a la institución en su totalidad. Es necesario para ello realizar tareas de sensibilización con los docentes, tutores y demás alumnos, pues será tarea de todos los actores involucrarse para contener a aquellos que por razones de maternidad y/o paternidad no pueden asistir como regularmente deberían hacerlo. La escuela podrá solicitar la participación de profesionales de la salud, como también de asistentes sociales, para coordinar talleres para las alumnas embarazadas o madres adolescentes, cuyas temáticas traten sobre legislación, derechos del niño y todo otro asunto de interés para estos alumnos en situación de riesgo escolar.

La joven madre podría permanecer en su hogar, asumiendo el cuidado de su bebé,

resguardando la integridad física y emocional tanto de ella misma como las de su niño, a la vez que podría completar el año escolar.

La institución puede garantizar a la joven madre el cumplimiento de la obligatoriedad de los estudios secundarios y también el cumplimiento de sus nuevas obligaciones. La inclusión de los jóvenes al sistema exige que la institución se adecue a las necesidades de los alumnos y no a la inversa. Las escuelas tendrán que modificar no sólo el régimen de asistencia, sino también revisar los conceptos de "clase" y de "enseñanza", pues el modo tradicional está perdiendo vigencia.

Las actividades educativas involucrarán no solo un cronograma de trabajos prácticos y de evaluaciones distintas, sino también la educación en otros ámbitos como los derechos y las obligaciones de las madres y de los niños, cuestiones de prevención y de salud sobre la primera infancia, enfermedades, características psicológicas del niño que ayudarán a la madre inexperta a conocer mejor el desarrollo de su bebé. En definitiva, tendrán que abordarse otras temáticas que no están incluidas en los trayectos escolares de cursado obligatorio.

La asistencia a las clases dejará de ser un problema para estas jóvenes que tienen una responsabilidad más que asumir. Los profesores atenderán las necesidades de los padres jóvenes que, siendo adolescentes, necesitan de todo el apoyo de las generaciones adultas para continuar creciendo y desarrollándose. Las clases podrán ser presenciales o valiéndose de las Tics; los alumnos cumplirán con los trayectos formativos desde otro lugar, el que puede ser desde el correo electrónico, un encuentro presencial cada cierto tiempo, hasta tutorías personalizadas o alguna otra que la institución encuentre conveniente para la inclusión de estos alumnos en el sistema. También tendrán la posibilidad de recurrir al préstamo de libros como cualquier otro alumno regular, no necesitarán rendir exámenes finales porque hayan perdido la regularidad, sino que se los irá evaluando en proceso de un modo diferente.

La institución cumplirá con la responsabilidad de la calidad de la oferta educativa, y la madre o el padre jóvenes sabrán que podrá completar sus estudios secundarios mientras que asumen el cuidado de su bebé. Es deber del sistema proveer soluciones adecuadas a las problemáticas actuales. Los directivos y docentes instrumentarán los medios para que estas soluciones sean lo más equitativas posibles. Los alumnos tendrán la seguridad de

que su escuela es una institución preocupada por el bienestar de todos los integrantes de la comunidad educativa.

Cualquier propuesta que resuelva en beneficio de todos esta problemática estará sentando precedentes y será altamente innovadora ya que, como expresé anteriormente, la Provincia de Corrientes no cuenta con una planificación sistemática al respecto.²

² “Circulares vigentes para adolescentes escolarizadas”.

LACTANCIA

"La lactancia materna a demanda es la mejor alimentación que puede recibir un bebé. Los primeros días son fundamentales para establecer las pautas de lactancia y evitar problemas. Con estos trucos te resultará más fácil empezar a dar el pecho a tu recién nacido".

Para el recién nacido:

- ^ **Dar el pecho:** todo el rato que el bebé quiera. La leche del final es la que más sacia y engorda debido a su alto contenido en grasa, aunque la succión sea más lenta y el niño se quede medio dormido. Antiguamente se decía que esa leche ya no alimenta; hoy se sabe que es justo lo contrario.
- ^ **No poner horarios para las tomas;** si damos el pecho al bebé la mitad de las veces que lo pide, tenderemos mucha menos leche. Si mama más, tendremos más leche; si mama menos, produciremos menos leche.
- ^ **No interferir en la lactancia con chupete y tetinas.** El bebé en el primer mes se confunde con facilidad con los sustitutos de goma y puede rechazar el pecho, o colocar mal la boca y causar grietas a su madre y poca producción de leche. El pecho materno es el mejor chupete: proporciona alimento, cariño, seguridad...

Para la madre:

- ^ **No continuar la toma si causa dolor.** Para finalizarla, se aconseja meter el meñique por un costado de la boca del niño para deshacer el vacío que se ha hecho y retirar el pecho sin tirar, pues esto puede lesionar el pezón. Si dar el pecho te está resultando doloroso, pide ayuda a alguien que sepa cómo se debe colocar al recién nacido para que succione sin hacerte daño (la matrona, otra madre...).
- ^ **No lavar el pezón antes y después de la toma,** ni aplicar cremas, ni frotarlo. Es suficiente con la ducha diaria y con mantenerlo limpio. El pecho tampoco necesita ninguna preparación durante el embarazo.
- ^ **Si la madre nota los pechos hinchados,** conviene que el pequeño amamante con frecuencia.
- ^ **Es importante no comprimir las mamas** con sujetadores a presión o discos absorbe leches (que impiden que funcione el mecanismo natural de que la leche gotee y no se

retenga). Es mejor cambiarse de ropa a menudo si se moja y, al menos durante la noche, se recomienda no usar sujetador.

Volver al trabajo sin abandonar la lactancia:

Reincorporarse al trabajo no significa dejar de dar el pecho a nuestro bebé. Existen soluciones para mantener la lactancia cuando se acaba la baja maternal: se puede guardar la leche materna en la nevera, congelar, dar a demanda cuando se llega a casa...

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y, a partir de entonces, introducir progresivamente otros alimentos, manteniendo la lactancia hasta los dos años o más. Pero muchas mujeres se preguntan cómo seguir esta recomendación cuando se reanuda la actividad laboral y tienen que separarse del bebé tantas horas. Pues, aunque parezca imposible, no lo es.

Lo más importante no es que el bebé tome leche materna cuando su madre está fuera, sino que pueda seguir mamando a libre demanda cuando estén los dos juntos. Después del viernes llega el fin de semana, hay festivos, vacaciones...

Derechos laborales

Durante los nueve meses que siguen al nacimiento del bebé:

- ^ La madre puede reducir su jornada en media hora (entrar media hora después o salir media hora antes).
- ^ O disponer de una hora dentro de la jornada habitual, con la posibilidad de dividirla en dos fracciones de media hora.
- ^ Una buena idea es que un familiar o alguien de confianza acerque al niño al trabajo de su madre para que esta pueda darle de mamar en ese tiempo.

Cómo extraer la leche materna

Puede hacerse a mano o con ayuda de un sacaleches.

- ^ Antes de empezar hay que tratar de relajarse y estimular bien las mamas. Si están muy hinchadas conviene aplicarles agua caliente con la ducha para que la leche salga sin esfuerzo. También ayuda darse un masaje circular con las yemas de los dedos sobre la base del pecho.

^ Muchas mujeres encuentran que sacarse la leche a mano, sin sacaleches, es más cómodo, aunque requiere aprender la técnica. Para lograrlo, conviene ponerse en contacto con un grupo de apoyo de lactancia materna.

^ La extracción artificial requiere menos técnica. Existen varios tipos de saca leche eléctrica o manual (de émbolo o palanca). El antiguo modelo de perilla o bocina está desaconsejado porque puede hacer daño al pezón. El aparato se coloca sobre el pecho elegido y se bombea el émbolo hasta que se produzca el vacío, poco después fluirá la leche.

¿Sacarse la leche antes, o después de la toma?

^ Es indiferente. La madre debe extraerse la leche cuando le sea más cómodo. Puede hacerlo antes de la toma, después de que el bebé haya mamado, entre toma y toma o incluso durante ella (mientras el pequeñín mama de un pecho se puede recoger en un vaso la leche que gotea del otro).

^ Si después de que el bebé ha mamado se utiliza el sacaleches, se recogerá la leche que queda de esa toma más la que se produce por la estimulación del aparato. Pero tampoco hay problema si se utiliza el sacaleches antes de que el bebé mame, porque cuando el pequeño succione producirá una nueva subida que le proporcionará la leche que desee tomar. No conviene angustiarse con la cantidad que el sacaleches es capaz de recoger en cada extracción, ya que pueden mezclarse varias tomas en un mismo recipiente, siempre que ninguna de ellas tenga más de 24 horas.

¿Cuánto tiempo puede conservarse la leche?

^ La leche se puede mantener de seis a ocho horas a temperatura ambiente, si no hace mucho calor.

^ En el frigorífico se conserva sin problema dos días, en un recipiente de cristal o de plástico que cierre bien. No es necesario esterilizar, pero sí lavar y secar bien el envase.

^ Lo mejor es utilizar cada día la leche de la jornada anterior y tener una reserva congelada para emergencias, por si algún día no es posible sacarse.

¿Cómo congelar, descongelar y calentar?

^ La leche se puede conservar de tres a cuatro meses en un congelador de tres estrellas y seis meses o más en un arcón.

^ Puede congelarse en tarros de plástico que cierren bien o en bolsas de congelación. Conviene utilizar recipientes pequeños con una sola toma.

^ Hay que poner la fecha y hora de extracción, tanto en las bolsas como en los envases, para poder usar las reservas en orden cronológico, empezando por las más antiguas.

^ La leche se puede descongelar lentamente, dejándola en el frigorífico unas horas antes o justo antes de usarla poniendo la bolsa o el tarrito bajo el chorro de agua fría.

^ Para templarla, lo más adecuado es sumergir el recipiente o la bolsa en agua caliente. Si se usa el microondas no debe calentarse demasiado, para que la leche no pierda propiedades.

¿Qué hacer si se produce una subida de leche en el trabajo o la escuela?

^ Lo ideal es que la madre pueda extraerse algo de leche en su lugar de trabajo (en el lavabo o en un lugar reservado). Si utiliza el sacaleches puede trasladarla en una bolsa isotérmica o en una pequeña nevera de camping, con un par de placas de hielo. Así podrá utilizarla para dársela al bebé al día siguiente.

^ Si no es posible usar el sacaleches en el trabajo, la madre puede ir al baño cuando sienta la subida y sacarse manualmente un poco de leche para sentirse cómoda. Solo tendrá que hacerlo durante unos días, hasta que el pecho se adapte al cambio.

^ Si se produce una subida intempestiva y no se puede ir al baño, suele resultar eficaz cruzar los brazos y apretarlos contra las mamas para detener la subida de la leche.

Buenas posturas para la lactancia

Fuera de casa, ¿cómo le doy el pecho?

Conocer qué posición es la más cómoda para dar el pecho puede ser la diferencia entre una lactancia placentera y otra llena de dificultades para la madre. Si la toma nos coge fuera de casa, ¿sabes qué postura es la más adecuada? ¿Qué podemos hacer si nos da vergüenza?

A veces, la toma nos sorprende fuera de casa, el bebé no entiende de horarios. No pasa nada. Mamá puede tomarse un refresco tranquilamente en una cafetería mientras alimenta a su hijo. En estos casos, solo tiene que sentarse en una silla y tratar de apoyar bien la espalda. Se puede colocar algo debajo del brazo para estar más cómoda: un chal,

una chaqueta o el bolso valen. O cruzar las piernas para elevar al bebé hacia el pecho.

Si la madre está dando un paseo por el parque o en el campo, lo más cómodo para dar el pecho es sentarse en el suelo con las piernas cruzadas, estilo indio, y la espalda pegada a un árbol o una pared. Si va acompañada, otra posibilidad es apoyar su espalda contra la del papá o la persona que vaya con ella mientras dura la toma.

Si te incomoda dar el pecho en público

A veces, las madres sienten pudor por dar el pecho en público. Estamos habituados a mantener la lactancia dentro de lo privado y dar de mamar delante de los demás puede incomodar. Lo más práctico suele ser llevar una camiseta, porque es suficiente con levantarla un poquito (en vez de desabrochar una camisa) y el bebé, al colocarse, tapa el poco pecho que se ve. Algunas madres optan por usar fulares o bandoleras porta bebés. Resultan muy prácticos porque el bebé puede descansar en él y, cuando le apetezca, mamar si ser visto.

Consejos para dar el pecho tras la cesárea

- ⤴ Intentar evitar que separen a la madre del bebé. Es importante hacer la primera toma pronto y que el niño no haya tomado ningún biberón.
- ⤴ Poner al bebé al pecho lo antes posible. Hay que pedir estar con el bebé lo antes posible, incluso en el mismo quirófano o en la sala de recuperación, sobre todo si la cesárea se realiza con anestesia epidural.
- ⤴ No es cierto que la leche suba más tarde en caso de cesárea, sino que cuando se tarda mucho en amamantar o se limita la frecuencia y duración de las tomas, se produce menos leche.
- ⤴ Es importante apoyar a la mujer que está afectada por el estrés de la intervención, darle confianza y ayudarle a encontrar una buena postura: al principio resulta más cómodo dar de mamar tumbada.
- ⤴ Si se da el pecho sentada conviene utilizar un cojín para acercar el bebé al pecho sin apoyarle en el vientre.
- ⤴ La madre puede tomar calmantes si le duele la herida, no afectarán al recién nacido.

Dificultades en la lactancia

Pezones invertidos o planos, ¿un problema para dar el pecho?

Cuando una mujer tiene los pezones invertidos o planos éstos parecen estar enterrados en la areola y se suele pensar que complica la lactancia. En realidad, no debe haber ningún problema para dar el pecho.

Cuando la mujer tiene pezones planos, los pezones parecen estar enterrados en la areola y no salen ni siquiera cuando se los estimula con los dedos se debe de aconsejar los ejercicios para ayudar a sacarlos o mostrar los objetos que le servirán de apoyo para tal fin.

Esto se produce porque los pezones están unidos al tejido interior del seno por unas pequeñas bandas de tejido.

¿Se puede solucionar este problema?

- ^ No hay que hacer nada. En muchos casos, el pezón sale hacia fuera durante la gestación al aumentar el tamaño de los senos o después de dos o tres días de lactancia.
- ^ En cualquier caso, el bebé no debe coger solo el pezón para mamar.
- ^ Se desaconseja realizar maniobras para estimular la salida del pezón durante el embarazo, porque se podrían desencadenar contracciones.³

³ "COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA: Presidentes Doctora Santinelli y Doctor Sfreddo Pediatras".

LA LECHE MATERNA

UNA VENTAJA NATURAL

La leche materna es lo mejor para tu bebé, ya que le aporta todos los componentes nutritivos que un recién nacido necesita. También contiene elementos únicos de acción protectora contra las infecciones.

Dar el pecho ayuda a crear un lazo íntimo entre tu bebé y vos, muy importante para un desarrollo psicológico sano.

Al succionar, el bebé pone en marcha la segregación en la sangre de hormonas protectoras de la leche, lo que no solo sirve de estímulo para producirla, sino que también permite un retorno del útero a su estado normal más rápido.

La lactancia es un arte que debes aprender junto a tu hijo, de modo que si la primera prendida no resulta, tenés que ser paciente.

COMPOSICIÓN:

Se debe diferenciar el calostro de la leche de transición, la leche madura y la leche de una madre que da a luz a un niño de pre término (prematuro). Cada una de ellas tiene las características adecuadas para ese determinado momento de vida del lactante.

EL CALOSTRO:

Es un líquido amarillento, espeso y pegajoso que se produce desde el séptimo mes de embarazo. Algunas mamás lo perciben durante el embarazo y otras no. Tiene un alto contenido de vitaminas y proteínas. Es laxante, por lo que ayuda a eliminar el meconio (primeras deposiciones del bebé). Y ayuda a prevenir la ictericia. Es la primera inmunización contra muchos virus y bacterias.

LECHE DE TRANSICIÓN:

Es la leche que se produce entre el cuarto y el décimo quinto día después del parto. Las concentraciones de proteínas y minerales más elevados descienden

rápidamente, a nivel que el flujo de leche se estabiliza. A la vez ascienden los niveles de energía, grasa y lactosa. La composición de esta leche varía a través de los días desde las características del calostro a las de la leche madura. El periodo de transición dura aproximadamente dos semanas.

LECHE MADURA O DEFINITIVA:

Se produce a continuación de la leche de transición. La leche madura es de color blanco intenso y tiene poca consistencia. Aunque la composición de la leche madura es variable, este periodo de la lactancia se considera como el más estable y, por lo tanto, se usa como punto de referencia para establecer la composición de la leche materna.

LCPs:

Los LCPs son los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. Estudios científicos demostraron que 2 LCPs en particular- ácido (ARA) ácido docosahexaenoico (DHA) – se encuentran en la leche materna y son importantes para el desarrollo del cerebro, agudeza visual y del sistema nervioso del bebé. Se ha demostrado que consumir más LCPs durante el embarazo y la lactancia tiene un efecto favorable en el crecimiento del bebé, estimulado un mejor desarrollo visual, cerebral y motriz.

En términos de alimentación, las principales fuentes de LCPs son los pescados, huevos y carnes. Los pescados grasos como la caballa, las sardinas, el atún y el salmón son fuentes ricas de ARA y DHA, mientras la carne roja es rica en ARA. Los LCPs también pueden ser formados por el cuerpo a partir de ácidos grasos esenciales que se encuentran en verduras de hoja verde, frutos secos, aceites vegetales y semillas.

DESCANSO DE LA MADRE:

Los primeros días, mientras estas internada, descansar es fácil. Una vez de vuelta en casa es importante tomar pequeñas siestas que pueden coincidir con las del bebé, para recuperar energía. Evita las prisas y la excitación, ya que

pueden disminuir la cantidad de leche. Tus días transcurrirán de forma muy distinta.

Las tareas domésticas y las compras deberás hacerlas entre tomas. Pedía ayuda a familiares o amigos en especial los primeros días, para poder organizarte y descansar mejor.

HIGIENE:

El periodo de lactancia no exige ninguna medida de higiene extraordinaria. Después de darle el pecho es suficiente que te pases un poco de tu propia leche. Para mantener el pezón sano evita que permanezca húmedo.

A fin de evitarlo trata de tenerlos aireados, ya sean con las tapas del corpiño bajas o casquillos aireadores. Si pierdes leche entre las tomas no te preocupes, es normal.

En caso de usar casquillos puedes ponerle en la parte inferior una lunita de algodón para que absorba la leche, así no te manchas la ropa y los pezones estarán secos. Si ya se han producido irritaciones en los pezones y tenés problemas cuando das de mamar, consulta a tu médico.

NUTRICIÓN DE LAS MADRES EN LACTANCIA:

La alimentación más indicada consta de verduras y frutas frescas, alimentos lácteos, distintos tipos de carnes y productos integrales. Líquidos como el agua, caldos, leche y los jugos son importantes para asegurar una producción suficiente de leche. Es posible que determinados alimentos influyan en la tolerancia de la leche materna. Puedes tomar té, café o mate solo, pero deberás limitar la cantidad. Las indicaciones correspondientes a la gestación son también aplicables a la lactancia. No tomes ningún tipo de medicamento, a no ser por prescripción médica. Si visitarás el médico por el motivo que fuere, menciona que estás dando el pecho.⁴

⁴ FUNDALAM_ Lactancia materna 1- NUTRICIA Bagó OMS Y UNICEF
FOLLETOS INFORMATIVOS www.nutircia-bago.com.ar

CONSEJOS PARA PADRES NOVATOS:

- ¿Cuántas veces por día hay que darle de comer al recién nacido?

- Cuando hablamos de recién nacidos normales, los chicos tienen que comer cuando ellos quieren comer. No tiene sentido alguno despertarlo cuando el padre o la madre creen que tienen que hacerlo, porque alguien les dijo que los bebés tienen que comer cada tres horas. Ni tampoco está justificado no alimentarlo, porque comió hace una hora, cuando el bebé llora como loco. Ni una cosa ni la otra son útiles. Hay cosas que ayudan a generar un ritmo de alimentación medianamente regular, que le permita a una madre descansar entre tetadas del bebé.

Estas tienen que ver con interpretar las necesidades del chico: por ejemplo, si un bebé luego de dos horas o dos horas y media de haber comido, empieza a moverse, empieza a buscar un poco pero no llora, no hace falta esperar a que esté a los gritos para decidir que tiene que comer. Tomar una determinación acerca de un número de veces que corresponde darles de comer y otro que no, es un error. Los chicos a veces comen cada dos horas durante el día y a la noche cada cuatro o viceversa. A lo largo del tiempo esto se organiza y la madre se puede ordenar un poco más. Pero no está indicado poner un número rígido de tetadas.

Por supuesto, hay que darles a los padres una pauta sobre qué es lo común. Si un niño no se despierta durante 14 horas seguidas, puede ser que esté durmiendo profundo pero puede ser que tenga un problema. Hay un rango: en un recién nacido, luego de que le ha bajado la leche a la mamá, puede ser que el bebé en el primer día esté cuatro a seis horas dormido pero es raro que dure 12. Una orientación hay que dar pero es importante que el niño reclame.

Por otra parte, si el chico está dormido muy profundamente y pasaron cuatro horas desde la última tetada y la madre lo despierta, lo más probable que pase es que lo ponga en el pezón, dé una chupada y se vuelva a dormir.

Entonces hay que elegir el momento, cuando el chico se empieza a mover, empieza a mover los brazos, abre la boquita, bosteza... ahí se le puede hablar un poco, jugarle, si se despierta hay que ponerlo en el pecho; si sigue dormido hay que volverlo a acostar.

- ¿Qué hacer cuando llora?

- No existe mucha evidencia científica al respecto. Intuitivamente, me parece muy difícil dejar llorar, por un plazo muy largo, a un recién nacido. Aquí sirve el sentido común. Es decir, un chico que se alimentó y la mamá sienten que se le ablandaron los pechos después de amamantar, es decir que siente que su bebé comió; que por ahí hizo caca y lo cambió; y esboza llorar, no hay que salir corriendo y levantarlo porque muchas veces el chico lloriquea y se queda dormido. Pero un chico que llora intensamente, no se puede estar sin levantarlo.

Cuando el bebé llora, transmite un mensaje: o tiene sueño y no se puede dormir, o tiene caca y está sucio, o comúnmente tiene hambre -incluso a veces, cuando comió bárbaro se despierta como loco media hora después, la madre lo pone en el pecho, vuelve a comer y se duerme tranquilo-. Durante los primeros tres meses, principalmente en ciertos horarios como el de las 17 a las 23, cuando las madres tienen una disminución en la cantidad de leche, los bebés sufren lo que llamamos "cólicos del primer trimestre", también llamado "llanto inmotivado del primer trimestre". En esos casos, el confort, el calor de la mamá o el papá, el cambiarlo de posiciones y hacerle caricias, es mejor que cualquier medicación, cualquier tratamiento o que dejarlo llorando.

Esto no quiere decir que tenga que vivir en los brazos y que al primer llanto hay que levantarlo, pero no se puede ser cruel con un recién nacido y dejarlo llorar media hora. Es importante entender que cuando el bebé llora es porque algo le pasa.

- ¿Cada cuánto bañarlo?

- En general, uno tiende a bañarlos una vez por día. Es un mito que hay que bañarlo para lavarlo. Uno baña al chico porque es agradable. Obviamente lo tiene que lavar, pero es un acto en el cual si hay un padre o una pareja presente puede ser muy placentero cuando el bebé lo disfruta. La mejor manera para que el chico lo disfrute es cuando se lo baña en un buen momento. Siempre le digo a las madres que los chicos no nadan en la bañera, entonces no importa si comieron hace un rato, porque si se baña al bebé cuando tiene que comer -para bañarlo con la panza vacía, tal como hacen los adultos al ir a nadar- el bebé llorará porque no quiere bañarse, quiere comer. Hay que bañarlo en un momento en el que no esté profundamente dormido, pero que esté calmo, que haya comido un rato antes para que lo disfruten todos. Y es aconsejable tratar de generar que éste sea un buen momento, en el que los padres estén juntos para disfrutarlo, o en el que la madre cuente con alguna ayuda porque, principalmente en las primerizas, el baño a cargo de uno solo no es simple.

- ¿Cómo ponerlo en la cuna?

- Esto no ofrece ningún tipo de discusión. Hay pocas cosas en la medicina que tengan mayor evidencia que la posición boca arriba para dormir de los bebés. Esta posición disminuye la frecuencia del síndrome de muerte súbita o muerte en la cuna, porque regulariza la respiración y previene accidentes con la respiración durante el sueño. Para aquellos que dicen que el bebé boca arriba no duerme bien, que se despierta a cada hora, vale decir que es preferible. Aunque se despierte a cada hora, si se tiene que despertar porque le está faltando oxígeno o porque tiene algún otro problema, se va a despertar. Panza abajo duermen más profundo, pero pueden no despertarse frente a la necesidad de hacerlo para liberar la vía aérea, o algo.

Tampoco ocurre que los chicos que duermen boca arriba se ahoguen con el vómito. Porque los bebés sanos, cuando vomitan, si les entra el vómito por el cañito respiratorio, enseguida tosen y lo eliminan, no se aspiran porque vomitan.

- ¿Cómo tienen que ser sus deposiciones? ¿Cada cuánto hay que cambiarlo?

- Un recién nacido normal puede tener desde una deposición cada dos días a una deposición cada vez que come. Es decir, que puede no hacer caca durante un día entero, y al día siguiente hacer un montón de caca o diez veces seguidas... no hay una frecuencia rígida. Lo que hay que saber es que es frecuente que los bebés hagan caca varias veces en el día. Suelen hacerse caca en relación a la comida, principalmente los lactantes más chicos, en el primer y segundo mes: se les llena la panza y tienen lo que se llama el "reflejo gastrocólico", por lo que en cuanto se les llena la panza hacen caca.

Entonces nosotros sugerimos a los papás que los cambien después de comer, porque por ahí hace una vez por día, pero es frecuente que esa vez sea simultáneo con una comida o cuando esté terminando de comer y se le llenó la panza. Lo mejor que pueden hacer los padres es no mirar todo el tiempo cuándo hizo caca el bebé, porque si no empiezan a preocuparse, le ponen termómetro para estimularlo y el bebé termina constipado y sólo hace caca en respuesta a los estímulos del recto. Hay que preocuparse poco por el número de deposiciones mientras el bebé coma bien, duerma bien, no tenga la panza hinchada ni vomite todo el tiempo.

En cuanto a la consistencia, deben saber que los primeros dos o tres días la caca puede tener una consistencia medio líquida, con alguna manchita verde (verde oscuro el primer día, verde más clarito el tercer día). Y, después del quinto día, cuando ya le bajó la leche a la mamá, las deposiciones son amarillas o doradas y más consistentes.

Respecto de cuándo cambiarlo, hay que tener en cuenta que haga caca o no, cuando terminó de comer, conviene cambiarlo. En líneas generales, cambiar al bebé entre seis y ocho veces por día, cada vez que come, es una buena medida.

- ¿Cuánto esperar para hacer las primeras salidas?

- Siempre les digo a los papás que depende de qué salida hablamos. Si tienen una reunión en la casa de un pariente o amigo y van a estar en un ambiente donde el niño no esté expuesto a 500 personas, llevarlo a algún lado no es un problema. No hay una prohibición de una salida de este tipo. Pero salir a pasear el primer mes de vida no tiene ningún sentido porque el bebé no va a disfrutar, no tiene todavía una buena calidad de seguimiento con la mirada, ni sostén de la cabeza... entonces esas son más salidas para los adultos que para los chicos. En todo caso, es preferible pedirle a la vecina o un familiar que cuide al bebé durante una hora y que los padres vayan a tomar un café.

Tampoco hay que provocar el contacto con niños de edad preescolar o escolar, principalmente en la época de invierno, aunque a veces estas cosas son inevitables.

Es importante procurar que la gente que lo va a tocar o cargar en brazos sepa que debe lavarse antes las manos, que no debe estar resfriada o engripada.

- ¿Cómo llevarlo en el auto?

- En el 100% de los casos, en una sillita adecuada. Las adecuadas para viajar en el auto los primeros meses de vida son las que miran al revés de la dirección del vehículo. Es decir, aquellas que se pueden colocar en el asiento de atrás, mirando hacia el baúl. Cuando son muy chiquitos, conviene ir mirándolo al bebé porque a veces en esas sillitas a las que llaman "huevito" hiperflexionan la cabeza para adelante y eso puede no ser lo mejor porque les dobla un poquito la vía respiratoria. Si la mamá o el papá lo están mirando, cuando eso sucede, deben acomodarle un poco la cabecita, sobre todo en el primer mes.

- ¿Qué es lo mejor para las dermatitis en la cola, cuello o cachetes?

- Se sugiere que a los chicos se los bañe después que se les cayó el cordón umbilical pero no hay algo que impida que lo puedan bañar si el bebé transpiró o si los padres lo notan colorado, en el cuello o los cachetes. Hay que tratar de

que los bebés no sufran calor -porque es habitual que en invierno estén abrigados por demás-. Por lo tanto, no hay que abusar del abrigo, lavarlos si los notamos colorados y, en el caso de la cola, cambiarlo cada vez que come. No hay que dejar al bebé con la cola sucia porque la caca irrita la piel.

- ¿Qué hacer si se chupa el dedo o la mano? ¿Hay que darle el chupete?

- Me gusta promover el uso del chupete por razones científicas. Está demostrado que, cuando ya está establecida la lactancia -en general después de la primer semana de vida- no disminuye la lactancia. Había una teoría que indicaba que el chupete disminuía la lactancia. Existen varios estudios al respecto. Entre ellos, uno realizado en la Argentina, en el que participé y cuyo autor principal es el doctor Alejandro Jenik, por el cual a la mitad de las madres estudiadas (sobre un total de 1.000) se les sugirió que -una vez que les bajó leche- le ofrezcan al bebé el chupete. A la otra mitad se les dijo que no le ofrezcan el chupete. Mediante los resultados obtenidos, demostramos que ofrecer o no ofrecer el chupete no modifica la duración de la lactancia exclusiva ni la duración de la lactancia no exclusiva. No impactó de ningún modo en la lactancia.

Además, hay muchísima información científica que indica que la frecuencia de muerte súbita es mucho menor en el grupo de bebés que usan chupete habitualmente, y a los que les ponen el chupete en la cuna para dormir, que en los que no les dan el chupete. Cada vez que se va a acostar al bebé en una cuna, ponerle el chupete disminuye el riesgo de muerte súbita.

Por lo tanto, en los bebés que se chupan el dedo, tratar de sustituir el dedo por el chupete es lo ideal.

El uso del chupete tiene que ser racional: una vez por día, hay que hervirlo para sacarle los gérmenes que se van reproduciendo y acumulando y, si se pone feo después de una semana de hervirlo, hay que tirarlo y comprar otro. Los padres nunca tienen que chuparlo ellos para limpiarlo y luego dárselo al chico.

Los bebés tienen que usar un chupete pequeño (número 0) hasta los tres o cuatro meses de vida y, eventualmente, cuando el bebé es más grande, se puede cambiar por el número 1, pero nunca más que eso. Luego del año y medio a dos de vida, conviene sacárselo.⁵

Cómo ayudar al bebé a expulsar los gases:

Los primeros meses es normal que los bebés traguen bastante aire cuando comen ya que no controlan la técnica de succión. Te contamos qué debes hacer para ayudar a tu hijo a expulsar esos incómodos gases.

Cuando el niño está incómodo durante la toma, podemos parar cada cinco minutos para que pueda eructar. Si toma leche materna, le pondremos entre un pecho y otro, aunque si la postura es buena no tiene por qué tragar aire. De todas formas, no es obligatorio que el bebé eche los gases

Las mejores posturas para expulsar los gases

Cada bebé es un mundo, y cada madre termina encontrando la mejor manera de que su hijo suelte los gases.

Las técnicas favoritas de los recién nacidos son:

- Ponerle erguido sobre el pecho con su cabecita en nuestro hombro.
- Sentarle en las rodillas de espaldas a nosotros, con palma de nuestra

⁵ Respuestas clave para los padres primerizos

Fuente: La Prensa

Fecha: 21 de abril de 2013

El vicepresidente de la Fundación para la Salud Materno Infantil (Fundasamin), doctor Néstor Vain, médico pediatra y neonatólogo, contestó en diálogo con La Prensa a las dudas más frecuentes que surgen con la llegada del primer hijo. Por Agustina Sucrí.

mano en su pecho y los dedos en su barbilla.

- Sentarle de lado en el regazo, mientras cogemos sus puños con una mano y ponemos la otra mano en su espalda.
- Boca abajo sobre nuestro regazo, procurando que su cabeza quede más alta que el pecho. También podemos ponerle a horcajadas sobre un brazo, colocando nuestra mano en su tripa.
- En todas las opciones podemos hacerle un masaje o darle unas palmadas suaves en la espalda. Además, cuando lo cogemos en brazos es conveniente poner una toalla en el hombro para que no nos manche la ropa, ya que con los gases el bebé suele echar una bocanada de leche.

ESTIMULACION TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO

Es evidente que cuando nace el recién nacido puede percibir los acontecimientos del medio. Se considera que algunos de los sentidos son muy sensibles en el momento del parto, como por ejemplo el sentido del olfato, y otros están de manera relativa inmaduros como la vista y el oído, incluso los sentidos que no están maduros funcionan bien dentro de sus limitaciones.; sin embargo, los sentidos constituyen la principal fuente de información para el cerebro del recién nacido.

Así se tiene que la aplicación de la estimulación temprana es de gran utilidad para, favorecer el contacto físico y la compenetración adulto-niño, permite al adulto y al niño descubrir las capacidades e intereses de este último, ayuda a construir la inteligencia en una etapa neurobiológica clave, como es la de los primeros años de vida, y es útil para la detección, prevención y tratamiento de retraso en el desarrollo intelectual.

De otro lado se sabe que los padres son los principales maestros de sus hijos. Los lazos afectivos entre los padres y el bebé constituyen la base fundamental para la seguridad emocional del niño, para que se adapte a situaciones nuevas y explore su entorno sin temor.

Los cuidados integrales del recién nacido como higiene, alimentación, ropa, cuidados del cordón umbilical, estimulación temprana, son aspectos investigados que muestran un actuar inadecuado de la madre primeriza. Su experiencia poca o ninguna, condicionan que experimenten temor o inseguridad que son reacciones negativas que influirán en el desarrollo y cuidado del niño.

Al respecto **cuidado significa** entonces inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; se está ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación.

De otro lado se sabe que el conocimiento que tenga la madre influye en el tipo de cuidados que proporcionará a su recién nacido. Toda madre debe satisfacer las necesidades de cuidado diarios a sus niños, proporcionarle un medio seguro porque los primeros días de vida es una etapa de adaptación al medio ambiente.

Por lo expuesto anteriormente se deduce que las madres primerizas no cuentan con el conocimiento adecuado en todas las áreas de cuidado físico y que por lo tanto no brindaran cuidado integral a sus hijos. Con lo que también se pone en riesgo la salud de los mismos. Es necesario entonces realizar orientaciones constantes por parte del profesional de enfermería sobre todos los aspectos que abarca los cuidados físicos para que de esta manera el cuidado que brinde la madre sea integral.⁶

⁶ “Enfermería en Urgencias de Armando Serra Dell Cabra y Pablo Cateura López Editorial MONSA PRAYMA. Capítulo III, Volumen 2”. Manual de Enfermería Práctica. L. S. Brunner. Editorial Interamericana. Capítulo II. Volumen 2”.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

- ❖ De acuerdo a la finalidad o propósito:
 - Básico
- ❖ De acuerdo a la profundidad:
 - Descriptivo
- ❖ De acuerdo a la amplitud:
 - Microsociológico
- ❖ Según la naturaleza de sus datos:
 - Podemos decir que es una investigación Mixta ya que contiene datos cuantitativos y también cualitativos.
- ❖ Según el tiempo:
 - Al recolectar los datos en un solo corte en el tiempo se caracteriza a nuestro estudio como Transversal _ segmentado

ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de toco ginecología del Hospital Scaravelli de Tunuyán Mendoza.

UNIVERSO O POBLACIÓN

Todas las madres primerizas internadas en el servicio de tocoginecología del Hospital Scaravelli de Tunuyán Mendoza durante los meses de enero a marzo del año 2013.

MUESTRA

La muestra se obtuvo de una encuesta realizada por las autoras de dicho trabajo y guiada por las mismas, a 50 madres primerizas del servicio de tocoginecología durante el lapso de 30 días; nos ocurrió que durante el período de encuestas se encontraban madres primerizas como madres que ya tenían más de un niño pero se mostraron interesadas en el tema de nuestra tesina por lo que también quisieron colaborar con el llenado de las mismas por lo que no nos opusimos y las completaron con la experiencia de su primer niño y otras con la del parto reciente.

VARIABLES

Variables dependientes:

- Factores educativos, culturales y socioeconómicos
- Embarazadas primerizas
- Conocimientos básicos sobre el cuidado del recién nacido y lactancia materna.

OBJETIVO	VARIABLE	SUB-VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Determinar el nivel de conocimiento de las madres primerizas en el Hospital Scaravelli de Tunuyán.	Factores educativos, culturales y socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> - Edades maternas - Nivel de instrucción materna - Hábitos culturales de las madres 	-Edades maternas (12-50)	Cuestionario
	Embarazadas primerizas	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos anticonceptivos - conocimientos básicos: parto, cesárea y complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Con conocimientos -Sin conocimientos -Con instrucción -Sin instrucción 	Cuestionario
	Conocimientos básicos sobre el cuidado del recién nacido y lactancia materna.	- Pautas de alarma en el recién nacido, higiene, lactancia materna, trabajo o escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado del ombligo -Identificación del llanto -Reconocimiento de t° corporal(parámetros normales) -Identificación del color de la piel del RN -Posición para el buen descanso del RN -Posturas para una buena lactancia 	Cuestionario

PRESENTACION DE DATOS

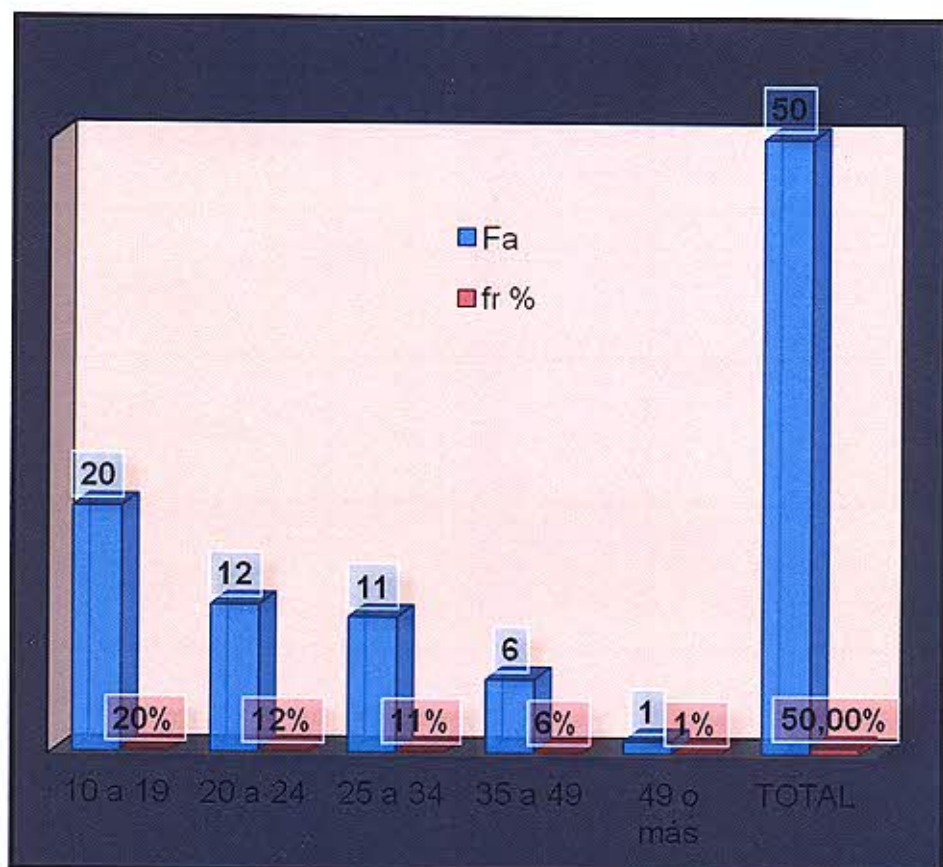
TABLA N° 1

GRUPOS ETAREOS DE MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCOGINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN, MENDOZA 2.013.

EDADES	Fa	fr %
10 a 19	20	20%
20 a 24	12	12%
25 a 34	11	11%
35 a 49	6	6%
49 o más	1	1%
TOTAL	50	50%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 1



Comentario: observando los datos obtenidos cabe aclarar que de una muestra tomada de 50 madres el grupo atareo predominante de madres primerizas entra en el rango de 10 años a 19; donde se concentran el mayor porcentaje de adolescentes que son madres por primera vez.

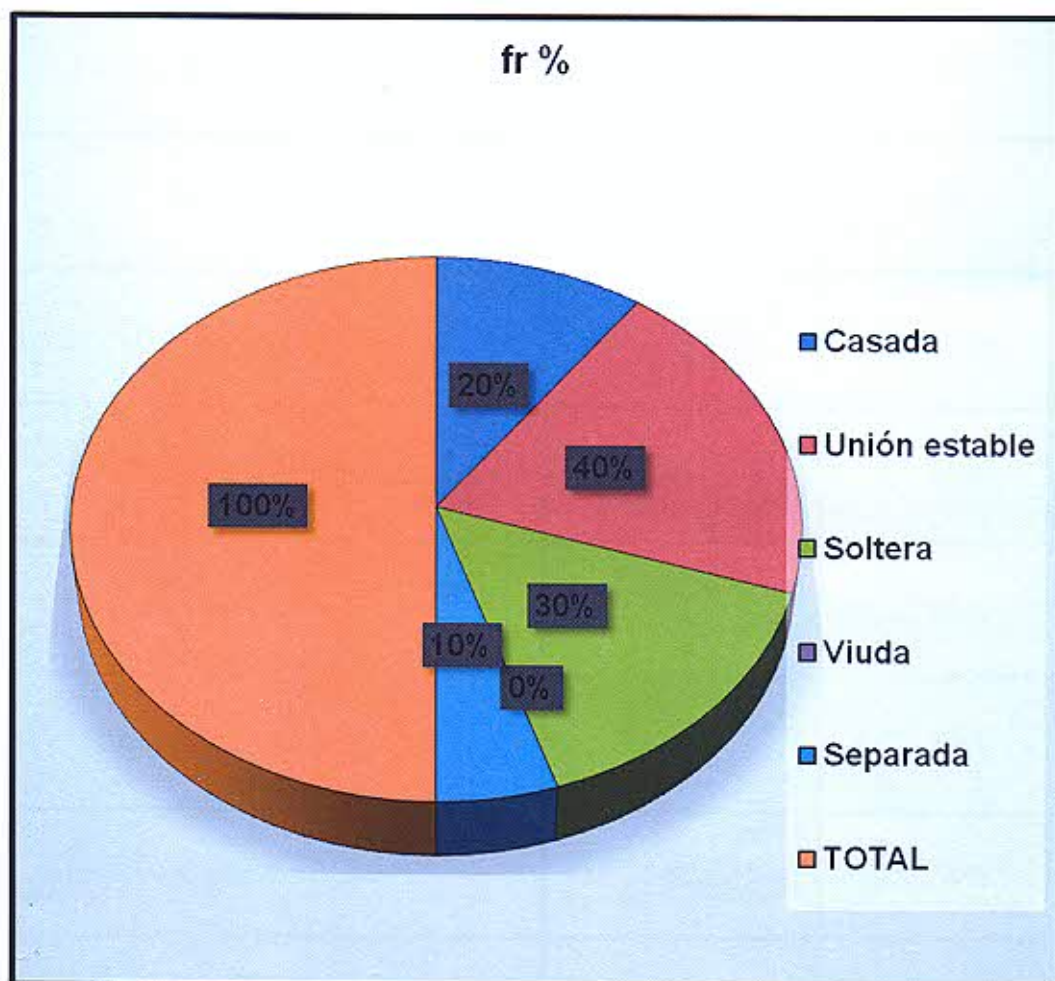
TABLA N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN MENDOZA 2.013.

ESTADO CIVIL	Fa	fr %
Casada	10	20%
Unión estable	20	40%
Soltera	15	30%
Viuda	0	0%
Separada	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 2



Comentario: se aclara que sólo se encuentran casadas 10 madres de 50 que fueron entrevistadas, que equivalen al 20% del total de la muestra.

El mayor porcentaje se encuentra en unión estable que ocupan el 40% del total de la muestra.

También se observan que en la muestra no se encuentran madres viudas.

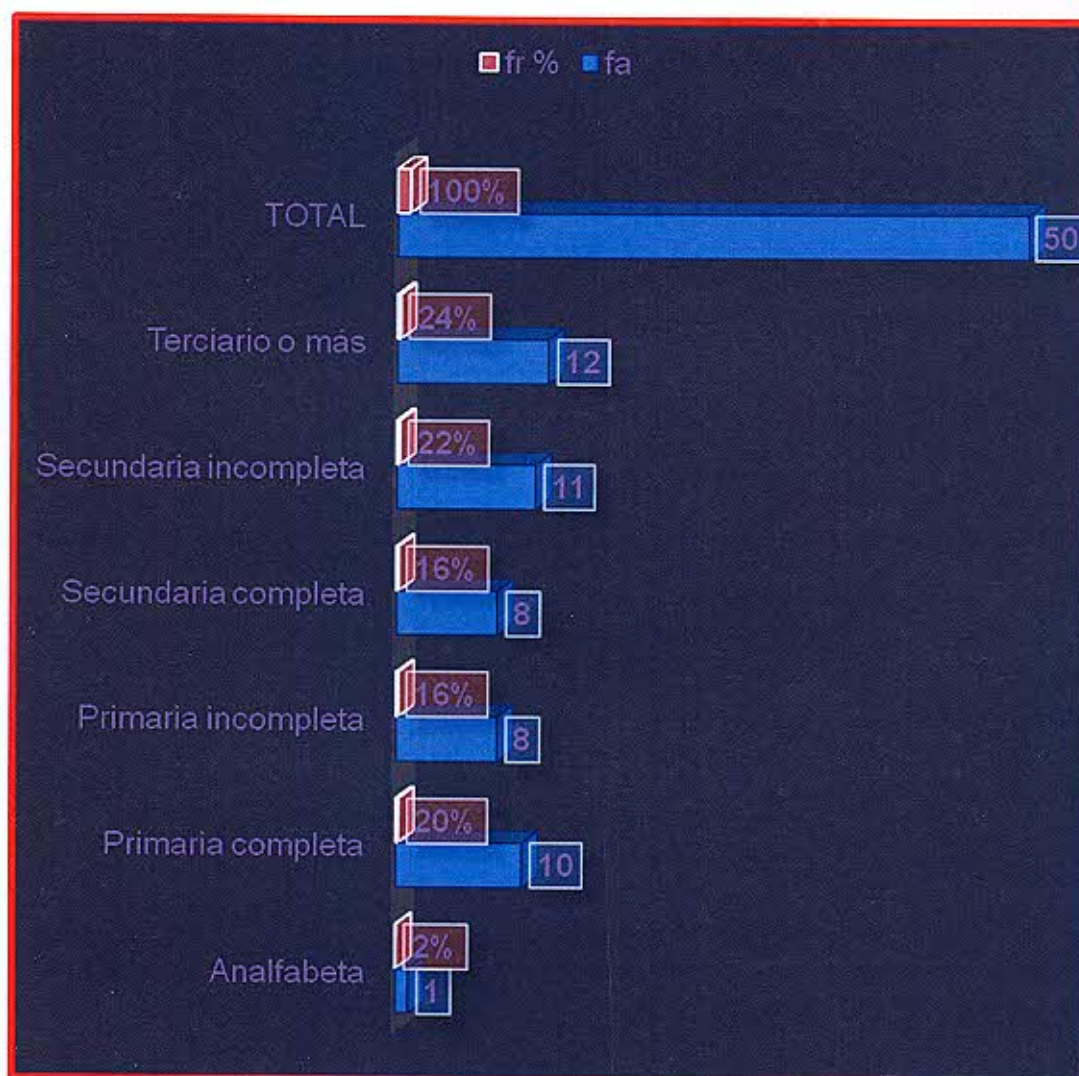
TABLA N° 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN, MENDOZA 2.013.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	fa	fr %
Analfabeta	1	2%
Primaria completa	10	20%
Primaria incompleta	8	16%
Secundaria completa	8	16%
Secundaria incompleta	11	22%
Terciario o más	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 3



Comentario: señalamos que es mayor el grupo de madres primerizas que logran terminar sus estudios secundarios y pueden acceder a un terciario gracias a contar con el apoyo de sus padres y del gobierno que apoya el derecho de los niños.

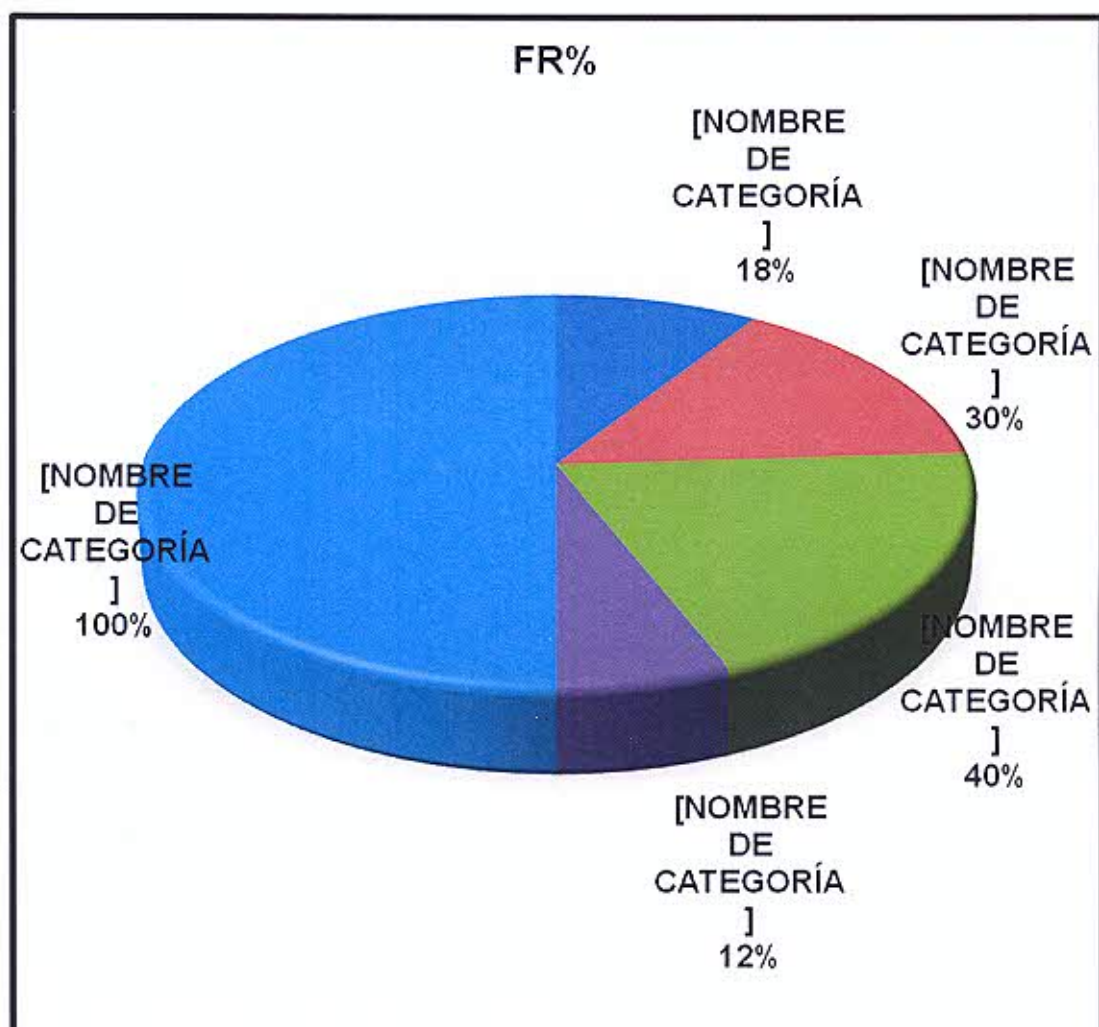
TABLA N° 4

OCUPACIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCO-
GINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI TUNUYÁN, MENDOZA 2.013.

OCUPACIÓN	Fa	fr %
TRABAJAN	9	18%
ESTUDIAN	15	30%
AMA DE CASA	20	40%
TRABAJAN Y ESTUDIAN	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 4



Comentario: se distingue que un 40% del total de la muestra es el mayor grupo de madres primerizas que se dedican a ser amas de casa después de la llegada de su bebé por diversas causas.

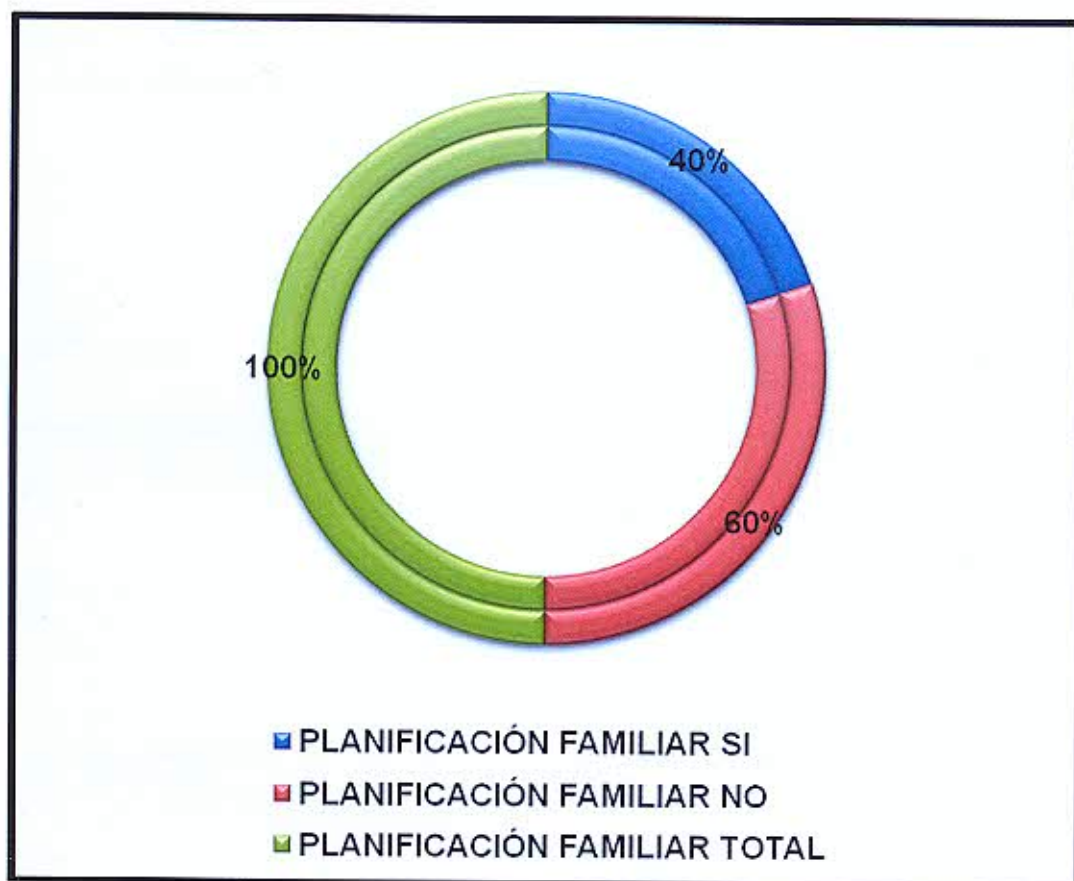
TABLA N°5

PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA DEL HTAL A.J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN, MENDOZA 2.013.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
SI	NO	TOTAL
20	30	50
40%	60%	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 5



Comentario: se destaca que son mayor el grupo de madres primerizas que no tiene planificado su primer embarazo por diversas causas no mencionadas en la recolección de los datos por falta de tiempo.

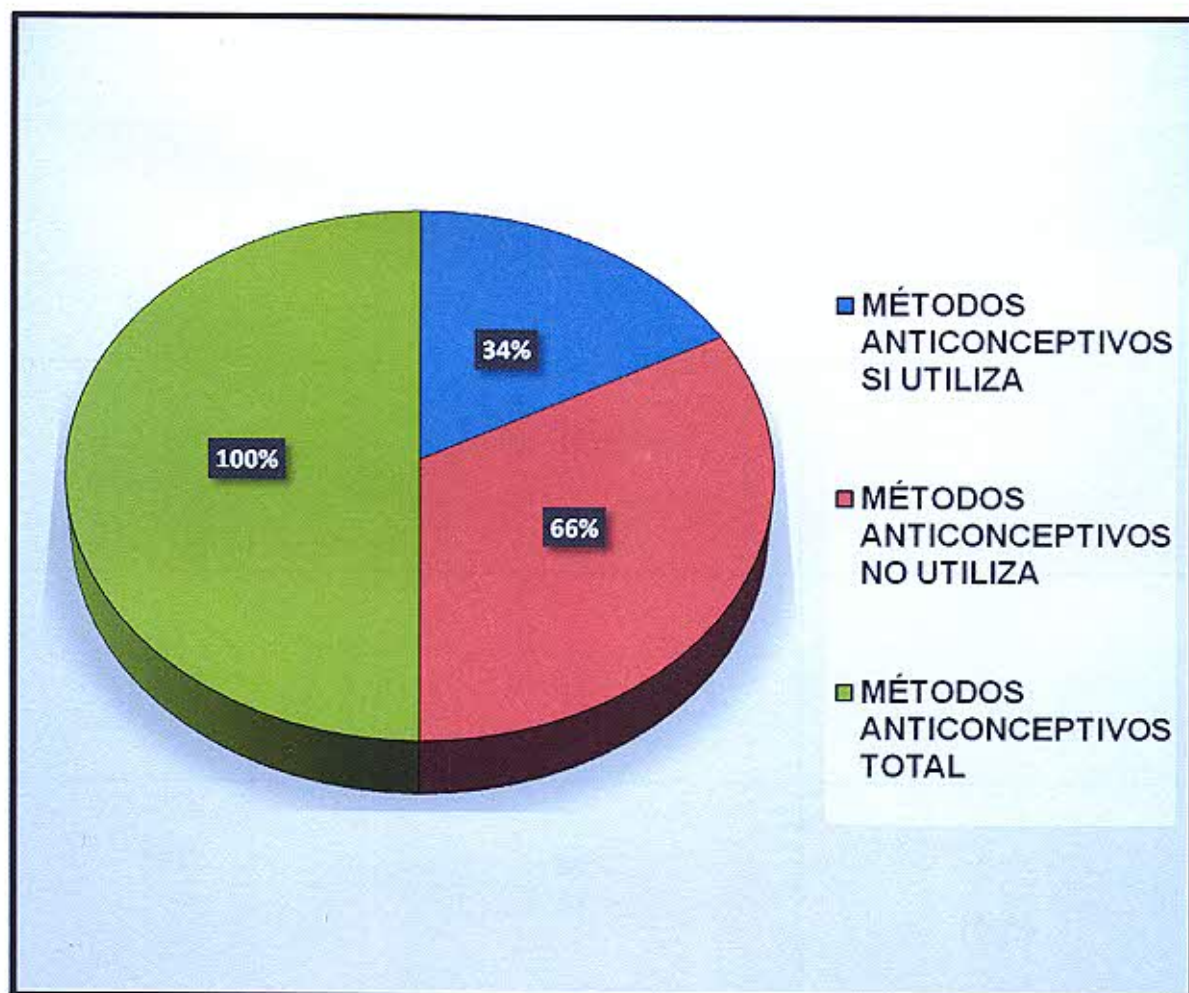
TABLA N° 6

UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN, MENDOZA 2.013.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
SI UTILIZA	NO UTILIZA	TOTAL
17	33	50
34%	66%	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 6



Comentario: son pocas las madres primerizas que cuentan con la decisión o concientización de la utilización de los métodos anticonceptivos debido a diferentes causas, no mencionadas en el trabajo de investigación por ser de carácter muy personal.

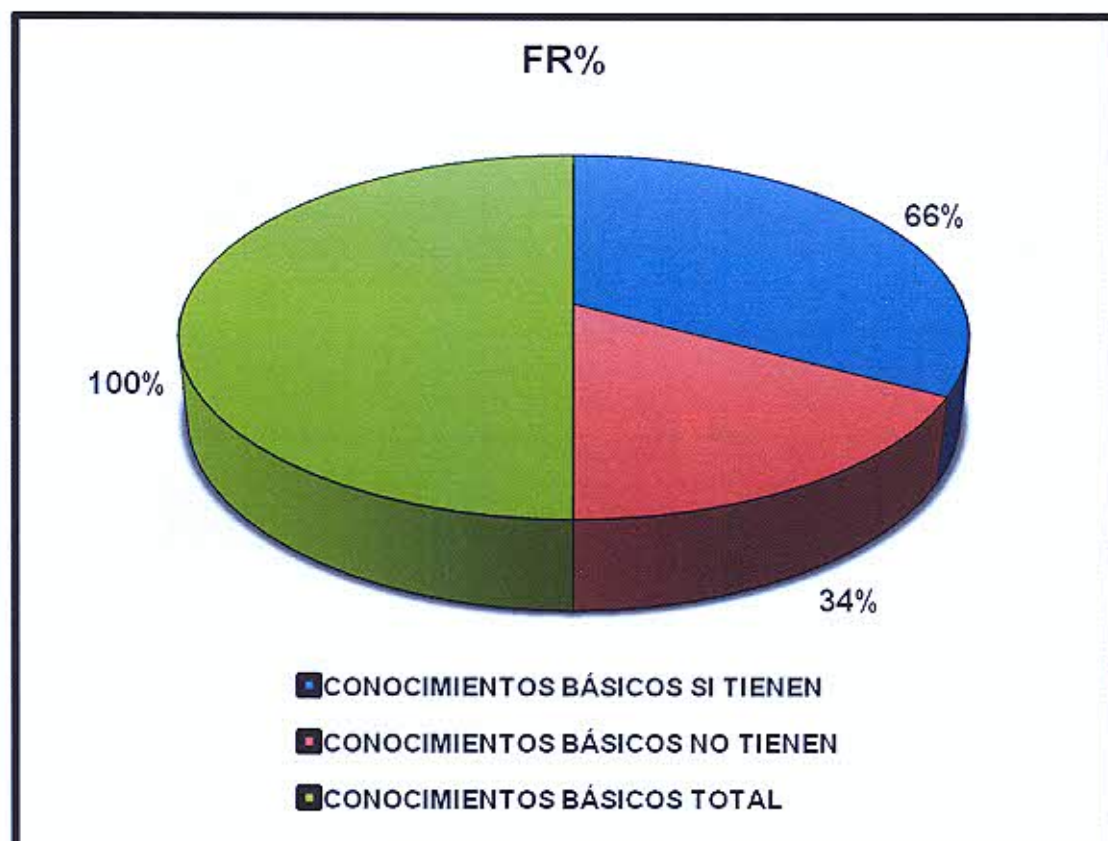
TABLA N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LAS MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN, MENDOZA 2.013, SOBRE CUIDADOS DELRECIÉN NACIDO, PAUTAS DE ALARMA, PREPARACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA.

CONOCIMIENTOS BÁSICOS		
SI TIENEN	NO TIENEN	TOTAL
33	17	50
66%	34%	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 7



Comentario: cabe aclarar que las madres primerizas al recibir a su bebé poseen los conocimientos básicos un 66% del total de la muestra, para atender las necesidades del recién nacido.

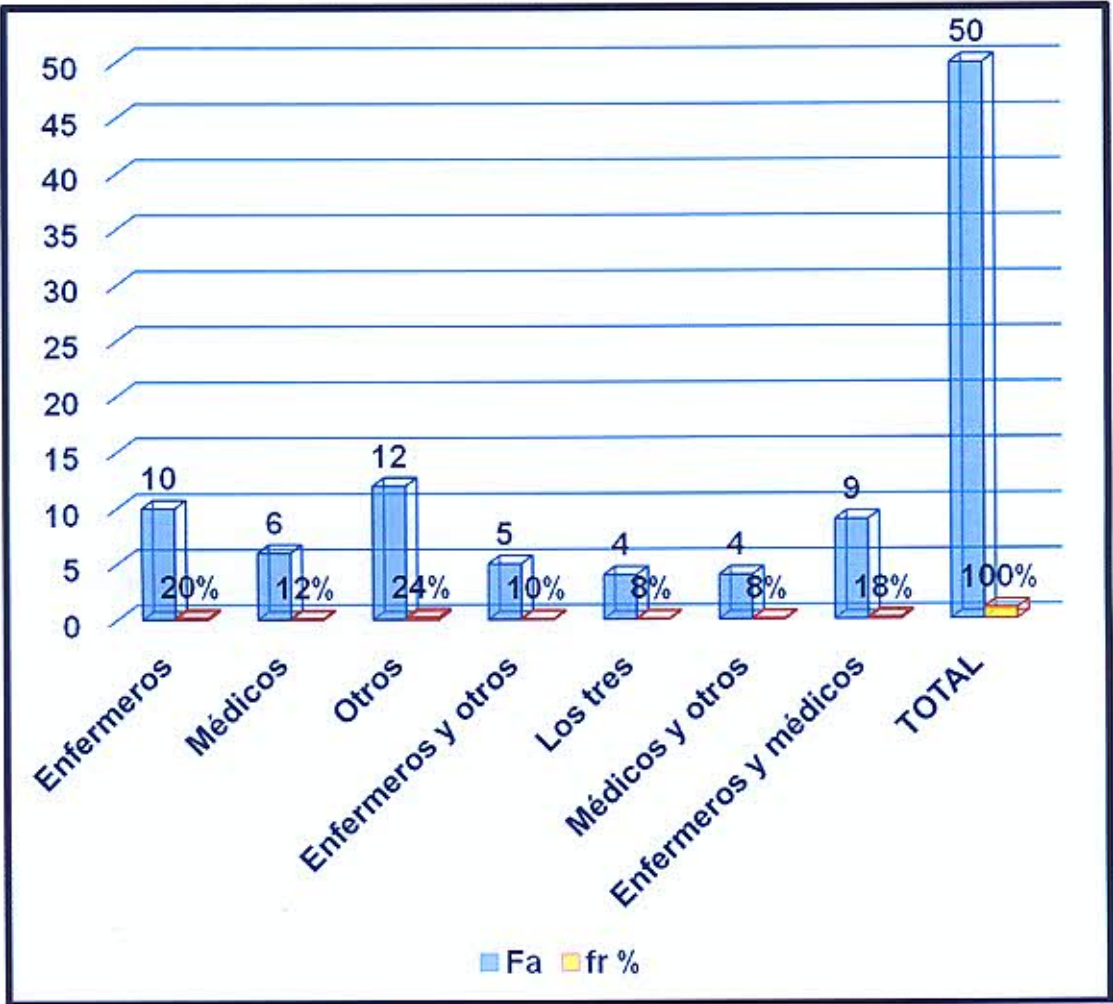
TABLA N° 8

PROFESIONAL QUE IMPARTIÓ LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS A LAS MADRES PRIMERIZAS DEL SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA DEL HTAL A. J. SCARAVELLI DE TUNUYÁN, MENDOZA 2.013.

PROFESIONAL	Fa	fr %
Enfermeros	10	20%
Médicos	6	12%
Otros	12	24%
Enfermeros y otros	5	10%
Los tres	4	8%
Médicos y otros	4	8%
Enfermeros y médicos	9	18%
TOTAL	50	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 8



Comentario: se observa que los que imparten mayor cantidad de conocimientos a madres primerizas son profesionales de la salud; ya que se destaca que las madres primerizas traen un alto porcentaje de conocimientos no solo de los profesionales de la salud sino también de su flia.

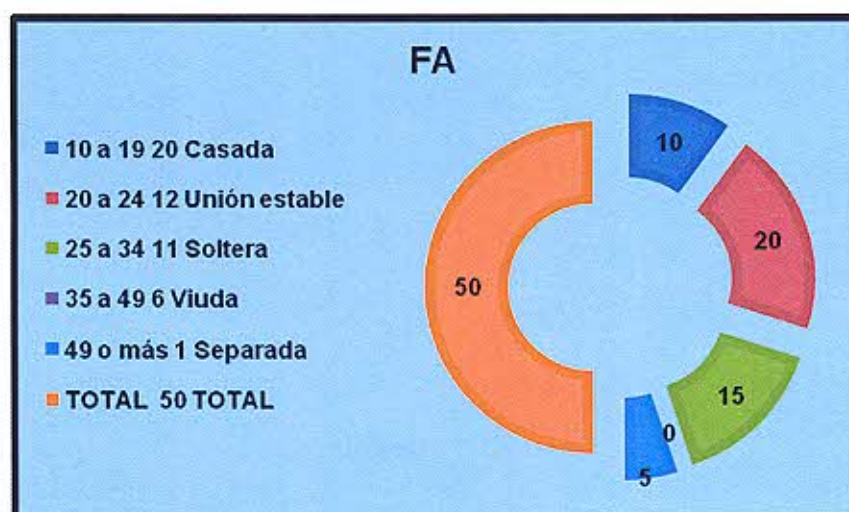
TABLA N° 9

RELACIÓN ENTRE LAS EDADES DE LAS MADRES PRIMERIZAS Y EL ESTADO CIVIL EN EL QUE SE ENCUENTRAN.

EDADES	Fa	ESTADO CIVIL	fa
10 a 19	20	Casada	10
20 a 24	12	Unión estable	20
25 a 34	11	Soltera	15
35 a 49	6	Viuda	0
49 o más	1	Separada	5
TOTAL	50	TOTAL	50

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 9



Comentario: Se observa que un gran número de madres primerizas que se encuentran entre las edades de 10 a 24 años están en unión estable.

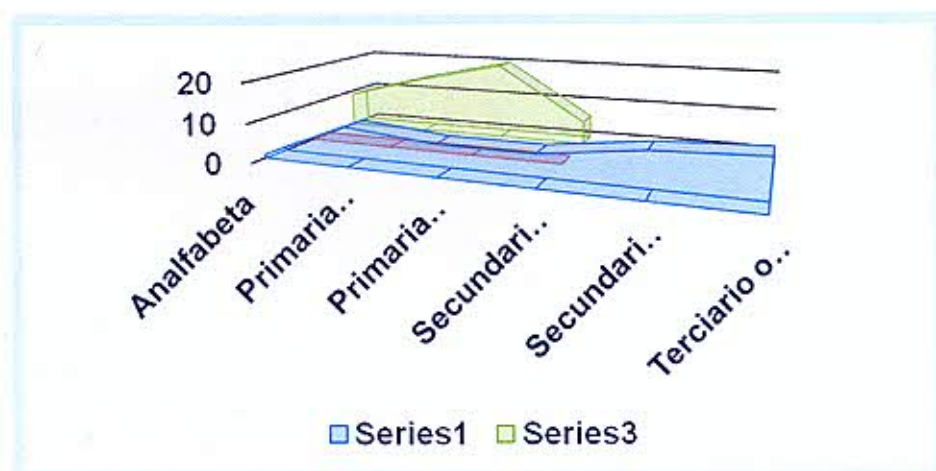
TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	fa	OCUPACIÓN	fa
Analfabeta	1	TRABAJAN	9
Primaria completa	10	ESTUDIAN	15
Primaria incompleta	8	AMA DE CASA	20
Secundaria completa	8	TRABAJAN Y ESTUDIAN	6
Secundaria incompleta	11	TOTAL	50
Terciario o más	12	-	-
TOTAL	50		

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 10



Comentario: el mayor grupo de madres primerizas que se encuentran con terciario terminado o cursándolo se dedican a amas de casa.

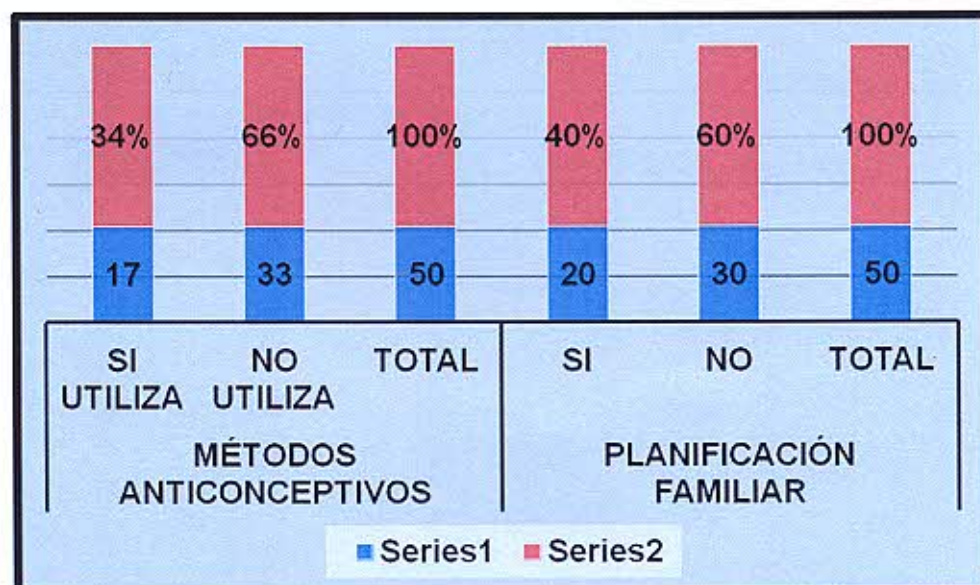
TABLA N° 11

RELACIÓN ENTRE MÉTODOS ANTICOCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FLIAR DE LAS MADRES PRIMERIZAS.

MÉTODOS ANTICOCEPTIVOS			PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
SI UTILIZA	NO UTILIZA	TOTAL	SI	NO	TOTAL
17	33	50	20	30	50
34%	66%	100%	40%	60%	100%

Fuente: datos obtenidos por autoras, mediante encuestas realizadas a madres primerizas en el servicio de tocoginecología del Htal. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza en el año 2013.

GRÁFICO N° 11



Comentario: el mayor porcentaje de madres primerizas no utiliza métodos anticonceptivos ni planifica su embarazo.

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES E INTERPRETACIONES

El grupo etéreo de madres primerizas en edad fértil se encuentra entre los 10 a 24 años conformando el 32% de un total de 50 madres encuestadas en la muestra.

Este porcentaje muestra que la mayoría de las madres primerizas son adolescentes en edad escolar, las cuales gracias a gozar de los planes sociales de la actualidad como plan nacer, vale más plan nacional de seguridad alimentaria, asignación universal, plan jefes de hogar, un 20% puede culminar sus estudios primarios, un 16% la secundaria y un 24% tiene la posibilidad y la ayuda familiar sobre todo para acceder a cursar y culminar una carrera terciaria o universitaria. Por lo que se observa que del total de la muestra un 42% estudian, el 30% trabaja y 40% se dedica a ser ama de casa por causas como falta de colaboración de la familia, pareja y demás; con el cuidado del recién nacido o por alguna dificultad patológica del mismo que le implique a la madre cuidados especiales de su hijo.

De la totalidad de la muestra observada solo un 20% se encuentra casada, un 40 % en unión estable, el 30% esta soltera y con ayuda familiar para costear la crianza del niño y un 10% separada sin ayuda del padre del bebé.

Por encontrarse la muestra dentro del grupo de adolescentes se observa que un 60% no planificó su embarazo, en la entrevista refieren que nunca pensaron quedarse embarazadas, o que a su pareja no le gusta utilizar preservativos; y el 66% nunca utilizó algún método anticonceptivo en las relaciones sexuales por elección propia.

Al preguntar por los conocimientos que poseen un 66% dijo que tenían los básicos para el cuidado del recién nacido debido a que tienen hermanos menores y su madres les impartieron los conocimientos, otras los adquirieron antes de irse de alta médica después del parto y otras al asistir a los primeros controles de niños sanos con el pediatra, quien les da las principales pautas de

alarma a tener en cuenta en un recién nacido. Al hablar con la encargada del servicio de toco-ginecología del Hospital Scaravelli nos informa que antes de irse de alta la madre con el niño: el ginecólogo le da un método anticonceptivo y la cita para la próxima evaluación de la madre, el pediatra las pautas de alarma principales a tener en cuenta en un recién nacido y el turno para el primer control de niño sano; y el enfermero educa a la madre sobre lactancia materna, su importancia y beneficios, curación del ombligo, curación de episiotomía o cirugía de cesárea en caso de tenerla; y masajes abdominales para evitar cólicos común en los bebés recién nacidos y motivo de muchas de las consultas pediátricas.

Se observa que la mayoría de los conocimientos básicos sobre cuidados y pautas de alarma a tener en cuenta en un recién nacido son impartidos por profesionales de la salud lo cual asegura un mejor crecimiento del bebé.

Se observa que las madres primerizas no solo tienen falta de concientización por no asistir a la consulta ginecológica al inicio de su etapa sexual, sino que también poseen poca información sobre las consecuencias o patologías que se pueden contraer al iniciar su sexualidad a edades muy tempranas. Esto no solo es problema del grupo de adolescentes femeninos o masculinos sino que también es problemática del seno familiar en el que se encuentran, los medios de comunicación que influyen en los jóvenes de manera desmesurada donde muestran en todo horario programas juveniles o infantiles con escenas de sexo en horarios de protección al menor sin tocar temas como la consecuencia de tener una relación sexual sin responsabilidad y cuidado.

La falla comienza desde el seno familiar, seguido desde la escuela institución donde no se trata los temas en profundidad por no tener la autorización de los padres para profundizar algunos temas como el cuidado del cuerpo y enfermedades provocadas por no utilizar preservativos. Las docentes alegan que deben atenerse a los temas de la currícula y que en muchos casos los padres no autorizan a profundizar los temas por ser muy fuertes.

PROPUESTAS O RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar capacitaciones donde se preparen a las madres primerizas en temas como: lactancia materna, pautas de alarma principales para recibir al recién nacido, planificación familiar, métodos anticonceptivos y cuidado de nuestro cuerpo (PAP, Colposcopías, ecografías de rutina).
- ❖ Insertar a la currícula escolar la educación para la salud por parte de profesionales de la salud preparados.
- ❖ Iniciar con programas donde se promueva la lactancia materna como fuente principal de la alimentación del niño durante los controles de embarazo, escuelas secundarias, y lugares con asistencia en general y con ayuda publicitaria.
- ❖ Iniciar cursos de preparación para adolescentes en cuanto al respeto hacia el cuerpo y los cuidados del mismo. Preparación sobre iniciación de relaciones sexuales.
- ❖ Propiciar capacitaciones con padres y adolescentes para tratar temas como relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y visitas al ginecólogo.
- ❖ Realizar comités de lactancia materna abierta para el público en general haciendo participe a todas las madres y padres primerizos.
- ❖ Realizar cursos de preparación pre- parto para madres y padres primerizos.
- ❖ Realizar preparaciones para padres y madres primerizas para enseñar pautas de alarma a tener en cuenta en el recién nacido.
- ❖ Utilizar los medios de comunicación con mensajes del ministerio de salud para llegar a los adolescentes con el fin de concientizarlos a terminar sus estudios secundarios, la importancia de visitar al ginecólogo, y brindar apoyo a los padres que por diversas situaciones no disponen de tiempo para estar con sus hijos todo el tiempo.
- ❖ Crear talleres educativos de ayuda para las madres primerizas a nivel municipal que le faciliten una salida laboral.

CONCLUSIÓN FINAL

El trabajo realizado por nuestro grupo de investigación tiene como finalidad brindar apoyo a todas las embarazadas primerizas y también a los ginecólogos y obstetras del servicio de toco- ginecología del hospital Scaravelli de Tunuyán.

Agradecemos el apoyo de dicho nosocomio por brindarnos la colaboración en la proporción de los datos requeridos para la realización del mismo.

Se observa que la mayor cantidad de primerizas embarazadas se encuentra entre el rango de 10 a 24 años, en unión estable o como madres solteras sin pareja estable con primaria completa y algunas culminando la secundaria. Durante la entrevista se observa que la mayoría se dedica a ser ama de casa o estudian gracias a gozar de planes sociales como asignación universal, plan nacer, jefes de hogar y tarjeta vale más. También se observa que al ser tan jóvenes algunas no tienen experiencia y no cuentan con predisposición en sus casas para aconsejar sobre cuidados utilización de anticonceptivos; muchas expresaron que lo van aprendiendo por los medios de comunicación o las amigas que ya pasaron por una situación similar o igual.

De 50 madres entrevistadas sólo un 40% planifica sus embarazos y se encuentran entre el de 25 a 35 años y son las mismas que desde su iniciación sexual consultaron a un ginecólogo para comenzar con la utilización de un método anticonceptivo seguro y adecuado a su edad; el otro 60% nunca asistieron a un consultorio médico o una farmacia para ser orientadas en la iniciación sexual. La gran mayoría dicen tener conocimientos básicos sobre el cuidado del recién nacido o pautas de alarma que les fueron brindadas por un profesional de la salud antes de salir del Hospital con su recién nacido en brazos y otras adquiridas durante los primeros controles de niño sano.

No muchas se animaron a contarnos sobre los consejos que les brindan sus padres, suegros, tíos y demás sobre qué hacer ante alguna dolencia del recién nacido, que darle o cómo actuar ante esas situaciones de desesperación en las cuales una madre primeriza necesita de ayuda para calmarse ella y asistir al pequeño, y aunque los medios de comunicación muestran los resultados de darle a los niños remedios como infusiones caseras o automedicarlos y sus complicaciones aún se encuentran madres muy jóvenes

e inexpertas que hacen caso a los consejos de otras madres que ya pasaron por una situación similar antes que ellas en vez de acudir a un profesional para ser ayudadas y que se les brinde la información correcta para tal fin.

Esperamos que los resultados obtenidos al terminar la investigación sean complacientes para los docentes y de esta manera obtendremos una satisfacción personal en cada una de nosotras.

Gracias a todos los que nos apoyaron, nuestras familias, amigos, docentes de la UNC, compañeros de trabajo y por sobre todo a las autoridades del hospital que nos dieron la oportunidad de capacitarnos y el apoyo para acondicionar el diagrama laboral para cursar la capacitación.

ANEXOS:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta

Pedimos su colaboración en llenado de esta encuesta, la cual es absolutamente anónima, destinada a la realización de una tesina para la carrera de Licenciatura en Enfermería. Desde ya agradecemos su tiempo y atención.

1- Marque con una cruz (x) el grupo de edades al que Ud. corresponda:

- a) 10 a 19. (.....)
- b) 20 a 24. (.....)
- c) 25 a 34. (.....)
- d) 35 a 49. (.....)
- e) Más de 49 (.....)

2- Marque con una cruz (x) su condición de unión o estado civil:

- a) Casada (...)
- b) Unión estable (...)
- c) Soltera (...)
- d) Viuda (...)
- e) separada (...)

3-¿Qué cantidad de hijos tiene? Marque con una cruz el que corresponda.

- a) ninguno (1º embarazo) (...)
- b) un hijo. (.....)
- c) Dos hijos. (.....)
- d) Tres hijos (...)
- e) Cuatro o más. (.....)

4- ¿Ha asistido a la escuela? Marque con una cruz hasta que nivel ha cursado, según corresponda:

- a) abeto (...) Analf
- b) primaria completa. (.....)
- c) Primaria incompleta (...)
- d) Secundaria completa (...)
- e) Secundaria incompleta (...)
- f) Nivel Terciario o más (...)

5- ¿Trabaja o estudia Ud. Actualmente?

.....

6- ¿Usted ha planificado sus embarazos?

Si (...) No (...)

7- ¿conoce los métodos anticonceptivos?

Si (...) No (...)

8-¿Ud. utilizaba algún método anticonceptivo?

Si (...) No (...)

9- ¿Al momento de quedar embarazada Ud. estaba utilizando algún método anticonceptivo?

Si (...) No (...)

10- Conocimientos básicos de las madres:

• ¿Sabe cómo debe darle el pecho a su bebe?

SI (....) NO (....)

• ¿Sabe cómo cuidarse los pezones para que no se le lastimen al dar el pecho a su bebe?

SI (...) NO (...)

- ¿Se realizó controles durante su embarazo?
SI (...) NO (...)
- ¿Cuántos? (.....)
- ¿Sabe cómo realizar las curaciones de los puntos después del parto?
SI (....) NO (....)
- ¿Sabe cómo curarle el ombligo a su bebe?
SI (....) NO (.....)
- ¿Sabe qué hacer para que le baje más leche después del parto?
SI (...) NO (....)
- ¿Sabe sobre los cuidados que debe tener en cuenta después del parto?
SI (....) NO (.....)

11- De parte de quien fue dada la educación:

- a- Enfermero (...)
- b- Médico (...)
- c- Otros. (....)

¡Gracias por su colaboración!

TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Una vez recolectada la información, se procedió a volcar los datos de la encuesta realizada en el servicio de toco ginecología del Hospital Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza, en una matriz de datos. Posteriormente, dichos datos serán categorizados por medio de frecuencias y porcentajes.

MATRIZ DE DATOS

Unidad de Análisis	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
UA 1	2	3	5	2	2	2	1	6
UA 2	2	3	6	2	2	2	1	6
UA 3	3	1	6	4	1	1	1	2
UA 4	3	3	6	1	2	2	2	2
UA 5	1	5	4	2	1	2	1	2
UA 6	3	1	6	3	1	2	1	3
UA 7	1	2	5	2	2	1	1	5
UA 8	1	3	6	2	1	2	1	4
UA 9	3	1	3	1	1	2	1	5
UA 10	1	2	5	3	2	2	1	5
UA 11	1	2	2	3	1	2	1	1
UA 12	2	3	5	1	2	2	2	3
UA 13	1	3	3	3	2	2	2	5
UA 14	2	2	3	1	1	1	1	2
UA 15	3	2	6	1	1	1	1	6
UA 16	1	3	3	3	2	2	2	1
UA 17	1	3	3	3	1	2	1	2
UA 18	1	2	2	3	1	2	2	1
UA 19	1	1	5	2	2	2	1	6
UA 20	1	1	5	3	2	2	1	3
UA 21	1	2	4	3	1	2	2	3
UA 22	1	2	2	3	1	1	1	3
UA 23	1	2	6	2	2	1	1	1
UA 24	3	1	4	4	1	1	1	3
UA 25	4	1	2	2	1	2	1	1
UA 26	3	2	6	2	1	1	1	4
UA 27	3	2	6	1	1	2	1	6
UA 28	2	1	6	1	2	1	1	5
UA 29	2	2	5	2	2	1	1	6
UA 30	2	2	6	3	2	1	1	1
UA 31	3	5	5	3	2	1	1	3
UA 32	3	1	5	3	1	1	1	6
UA 33	3	1	5	2	2	1	2	3
UA 34	2	3	5	4	2	1	1	3
UA 35	2	3	2	1	2	1	1	2
UA 36	1	2	1	1	1	1	1	1
UA 37	1	2	2	2	1	2	1	1
UA 38	1	2	2	2	1	2	1	1
UA 39	1	2	2	2	2	2	1	1
UA 40	1	2	2	2	2	2	1	3
UA 41	1	2	2	3	2	2	1	3
UA 42	2	2	3	3	2	2	2	3
UA 43	2	3	3	3	2	2	2	4
UA 44	2	3	3	3	2	2	2	4
UA 45	4	3	4	3	2	2	2	2
UA 46	4	3	4	3	2	2	2	6
UA 47	4	3	3	3	2	2	2	6
UA 48	4	5	4	4	2	2	2	2
UA 49	4	5	4	4	2	2	2	3
UA 50	5	5	6	4	2	2	2	3

REFERENCIA DE LA MATRIZ DE DATOS

U A: Unidad de Análisis

V: Variables

(V1)VARIABLE: GRUPOS ETAREOS DE LAS MADRES PRIMERIZAS.

- 1- 10 a 19
- 2- 20 a 24
- 3- 25 a 34
- 4- 35 a 49
- 5- 49 a más.

(V2)VARIABLE: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES PRIMERIZAS.

- 1- CASADAS
- 2- UNIÓN ESTABLE
- 3- SOLTERAS
- 4- VIUDAS
- 5- SEPARADAS.

(V3) VARIABLE: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS.

- 1- ANALFABETAS
- 2- PRIMARIA COMPLETA
- 3- PRIMARIA INCOMPLETA
- 4- SECUNDARIA COMPLETA
- 5- SECUNDARIA INCOMPLETA
- 6- Terciario o más

(V4)VARIABLE: OCUPACIÓN DE LAS MADRES PRIMERIZAS

- 1- TRABAJAN
- 2- ESTUDIAN
- 3- AMA DE CASA
- 4- TRABAJAN Y ESTUDIAN

(V5)VARIABLE: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 1- SI
- 2- NO

(V6) VARIABLE: UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MADRES PRIMERIZAS.

- 1- SI UTILIZAN
- 2- NO UTILIZAN

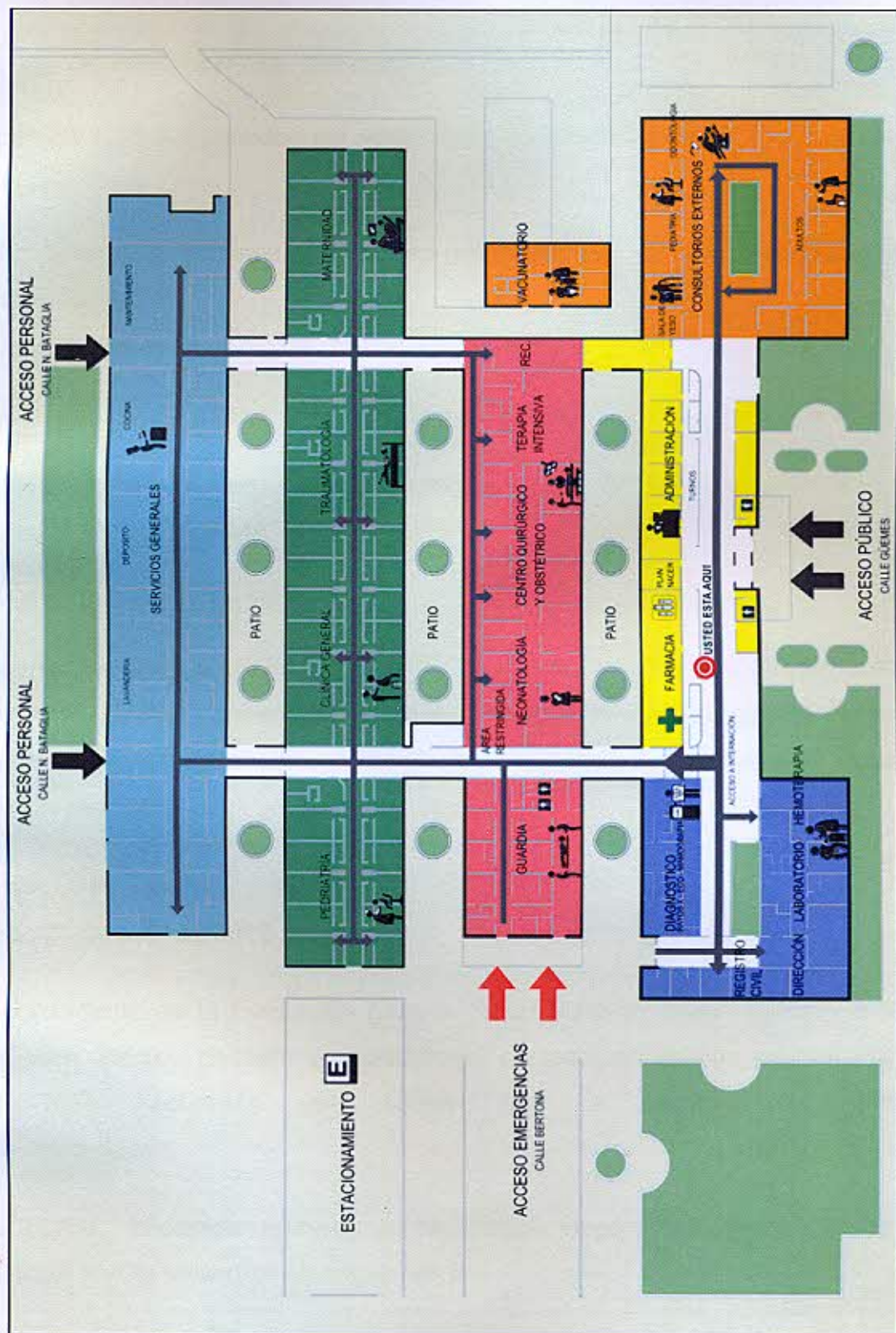
(V7)VARIABLE: CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LAS MADRES PRIMERIZAS

- 1- SI TIENEN
- 2- NO TIENEN

(V8)VARIABLE: PERSONAL QUE IMPARTIÓ CONOCIMIENTOS A LAS MADRES PRIMERIZAS

- 1- ENFERMEROS
- 2- MÉDICOS
- 3- OTROS
- 4- ENFERMEROS Y OTROS
- 5- LOS TRES
- 6- MÉDICOS Y OTROS
- 7- ENFERMEROS Y MÉDICOS

PLANO DEL HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI TUNUYAN MENDOZA.



BIBLIOGRAFÍA

- MANUAL DE ENFERMERIA, Editorial Océano - EDICION 2005.
- MANUAL DE ENFERMERIA, Editorial Lexus.
- Cuadernillo de la Universidad del Aconcagua, "DEONTOLOGIA Y PROBLEMÁTICA EN ENFERMERIA"
- www.colegio de enfermeras. Cl/info. Asp (International Council of Nurses). Investigación en Enfermería
- www.google.com la preparación de madres primerizas.
- COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA: Doctor Sfredo y Doctora Santinelli Tupungato.
- Manual de Enfermería en urgencias. Armando Serra Dell Cabra- Pablo Cateura López. Editorial MONSA PRAYMA.
- Manual de la Enfermería Práctica. L. S. Brunner. Editorial Interamericana.

"Enfermería en Urgencias de Armando Serra Dell Cabra y Pablo Cateura López Editorial MONSA PRAYMA. Capítulo III, Volumen 2". Manual de Enfermería Práctica. L. S. Brunner. Editorial Interamericana. Capítulo II. Volumen 2". Respuestas clave para los padres primerizos

- **Fuente:** La Prensa
- **Fecha:** 21 de abril de 2013

El vicepresidente de la Fundación para la Salud Materno Infantil (Fundasamin), doctor Néstor Vain, médico pediatra y neonatólogo, contestó en diálogo con La Prensa a las dudas más frecuentes que surgen con la llegada del primer hijo. Por Agustina Sucrí.

- FUNDALAM_ Lactancia materna 1- NUTRICIA Bagó OMS Y UNICEF FOLLETOS INFORMATIVOS www.nutircia-bago.com.ar.

