

IHAN

Calidad en la
asistencia profesional
al nacimiento y la
lactancia

IHAN

Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia

Josefa Aguayo Maldonado
Celina Arana Cañedo Argüelles
José Arena Ansótegui
Víctor Canduela Martínez
Beatriz Flores Antón
Adolfo Gómez Papi

M^a Teresa Hernández Aguilar
Juan Jose Lasarte Velillas
M^a José Lozano de la Torre
Jesús Martín Calama
Victoria Navas Lucena



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO CD Rom: 860-11-131-7

NIPO (en línea): 860-11-130-1

Depósito Legal: M-36939 - 2011

Imprime: Solana e Hijos, A.G., S.A.U.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

IHAN

Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Índice

PARTE I.

Origen, implantación, organigrama y proyectos de la IHAN	9
Nace «Baby Friendly Hospital Initiative»	10
El Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna	13
Aceptación de la iniciativa BFHI por los gobiernos	14
Revisión de la estrategia BFHI	15
Situación actual de la IHAN a nivel mundial	17
BFHI en España: IHAN	20
Organigrama de la IHAN	22
Programa y Actividades de la IHAN: Hospitales, Formación, Centros de Salud y Comités Autonómicos	24
Hospitales IHAN	25
El programa de la IHAN: Eficaz y listo para su implantación	29
Cambiando rutinas: de la teoría a la práctica	30
La acreditación por fases	31
Desarrollo de la Iniciativa IHAN por Fases	32
Hospitales IHAN: Conclusiones	36
Formación IHAN	37
Cursos impartidos	39
Evaluación	42
Centros de Salud IHAN	43
Objetivos	45
Los siete pasos	45
Desarrollo de la Iniciativa CS-IHAN	47
Bibliografía de la parte I	51

PARTE II.

Revisión de la Evidencia sobre la eficacia de los 10 pasos para el éxito de la lactancia materna de OMS-UNICEF	55
PASO 1. «Desarrollo y adopción de Políticas sobre Lactancia Materna en las Maternidades»	58
PASO 2. «Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la política de lactancia materna»	66

PASO 3.	«Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica»	73
PASO 4.	«Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora tras el parto»	81
PASO 5.	«Mostrar a las madres como se debe dar de mamar a su hijo y como mantener la lactancia incluso si ha de separarse de él»	90
PASO 6.	«No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado»	97
PASO 7.	«Facilitar la cohabitación de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día»	106
PASO 8.	«Ayudar a las madres a la lactancia materna a libre demanda»	110
PASO 9.	«No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales»	117
PASO 10.	«Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica»	127
El Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna		139

Parte I.

Origen, implantación, organigrama y proyectos de la IHAN

La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna son actividades reconocidas como necesarias para la protección de los derechos del niño. La Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, en la Convención de los Derechos del niño, declara en su artículo 24: *«Los Estados firmantes reconocen el derecho del niño/a a disfrutar del máximo nivel de salud... perseguirán la implantación completa de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas oportunas... para asegurar que todos los segmentos de la sociedad, en particular madres, padres e hijos/as, estarán informados, tendrán acceso a la educación y recibirán apoyo para el uso de conocimiento básico de salud y nutrición infantil, las ventajas del amamantamiento, la higiene, la sanidad ambiental y la prevención de accidentes».*

Después de 20 años, la estrategia de OMS y UNICEF «Baby Friendly Hospital Initiative» (BFHI), ha demostrado ser una herramienta eficaz para proteger el derecho de las mujeres a decidir con libertad la forma de cuidar y alimentar a sus recién nacidos/as (RN) y así ofrecerles el mejor comienzo posible de la vida. La BFHI promueve una atención de la máxima calidad en la asistencia al parto, nacimiento, lactancia y alimentación del niño pequeño. El objetivo de la BFHI son los/las profesionales, de quienes que espera que basados en los conocimientos científicos mas actuales sean capaces de ofrecer a las mujeres información y apoyo de forma que puedan tomar con libertad las decisiones que estimen más convenientes. En todos los países que han puesto en marcha esta estrategia han mejorado la calidad asistencial, la satisfacción de usuarias y de profesionales, y la prevalencia y la duración de la lactancia materna. Como consecuencia, ha mejorado la salud de las mujeres y los RN.

IHAN es la sección española de este proyecto internacional –BFHI–. Las siglas IHAN, inicialmente representaban el acrónimo de «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños», traducción literal del equivalente en inglés «Baby Friendly Hospital Initiative». Debido al rechazo que provocó entre los pediatras españoles este término, a la existencia de otra iniciativa de UNICEF-España que utilizaba la denominación de Hospitales Amigos y a la adaptación al lenguaje de género, se cambió el significado de IHAN por

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Finalmente se optó por utilizar IHAN como un término propio y no como acrónimo de las antiguas denominaciones.

La estrategia IHAN se sustenta sobre dos ejes principales de actuación:

- Estimular a los/las profesionales que trabajan en maternidades, hospitales y centros de salud para que adapten las rutinas de asistencia a las mujeres en el embarazo, el parto y la lactancia a las recomendaciones de OMS y UNICEF «Diez Pasos para tener éxito en la lactancia», recogidas en el documento: Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Estas recomendaciones incluyen la alimentación de los RN, y lactantes.
- Proteger a las madres de la publicidad comercial poco ética de los productos artificiales a través del cumplimiento del código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en los centros sanitarios de la OMS.

Nace «Baby Friendly Hospital Initiative»

La BFHI no fue un invento teórico, improvisado por UNICEF/OMS. Surgió como resultado de la experiencia vivida en el Hospital Universitario de San Diego, California para prestar ayuda a las madres que querían amamantar.

Desde el comienzo del siglo XX, la prevalencia de la lactancia materna había ido disminuyendo, alcanzando sus niveles más bajos en los años 70-80. Hubo muchos factores implicados en el abandono de la lactancia, pero dos de especial trascendencia: la publicidad de las primeras leches artificiales y el traslado de los partos desde los domicilios a los hospitales. Las primeras leches artificiales con las que se consiguió alimentar a los RN sin que murieran, eran productos burdos, con grandes errores en su composición. Ningún pediatra se atrevería hoy a utilizarlas. Sin embargo un despliegue extraordinario de publicidad, etiquetados rimbombantes y el empleo de grandes recursos económicos consiguieron hacer creer a las madres de todo el mundo, que su leche ya no era la mejor opción para sus hijos. También se lo creyeron muchos profesionales.

Trasladar los partos a los hospitales hizo posible un descenso espectacular de la mortalidad materna y neonatal. Como contrapartida las mujeres perdieron su protagonismo y la capacidad de opinar o decidir. Los profesionales hospitalarios se sintieron forzados a crear normas sobre la asistencia a los recién nacidos y a la lactancia. Algo de lo que hasta entonces se

habían preocupado poco. Buscando lo mejor para sus pacientes decidieron que los RN estarían mejor atendidos por enfermeras limpias con formación, que por sus madres. Y también dieron por hecho que las madres se recuperarían mejor apartadas de sus hijos. La separación trajo asociado el retraso en la «subida de la leche» que se solucionó con la administración de soluciones glucosadas y biberones de leche artificial de forma sistemática. Se fijaron horarios rígidos de alimentación y se alertó a las madres sobre los efectos negativos de tomar a los niños en brazos o darles de mamar cuando lloraban fuera del horario. Médicos/as y enfermeras/os actuaban de buena fe, pero la medicalización del parto y de la asistencia al RN provocó que las madres perdieran las habilidades de crianza que tradicionalmente recibían en su entorno familiar y que muchas lactancias fracasaran. La antigua «cultura de lactancia» fue sustituida por unos protocolos estrictos que se apoyaban sólo en una base empírica, sin controles previos ni posteriores.

El resultado fue grave: cientos de madres que deseaban dar el pecho, no podían hacerlo porque se quedaban sin leche. La hipogalactia colectiva se instauró como una plaga en la mayoría de los hospitales. Más del 70% de las madres no eran capaces de iniciar la lactancia o abandonaban en los primeros meses. A pesar de querer amamantar no conseguían fabricar leche suficiente.

Las rutinas hospitalarias comenzaron a ser cuestionadas. Pequeños grupos de mujeres que habían continuado fieles a las tradiciones transmitidas de mujer a mujer durante años, lanzaron avisos sobre la necesidad de devolver la confianza a las madres en sus posibilidades y cambiar recomendaciones que perjudicaban la producción de leche. Grupos de profesionales también alertaban de los peligros del abandono de la lactancia y lo calificaban como el mayor experimento de salud «sin control» realizado hasta el momento.

En el Hospital Universitario de San Diego, California, tuvo lugar una experiencia singular. De forma casual, tras asistir a un taller sobre lactancia, el equipo de pediatras bajo la dirección de la Jefa del Servicio, Audrey Naylor, descubrió que sabían poco sobre lactancia, y lo que era peor, que ni siquiera eran conscientes de que aquello tuviera importancia.

Como en casi todos los hospitales de élite, mantenían a los recién nacidos en nidos bajo el cuidado de enfermeras, sólo se les permitía tomar el pecho con horarios rígidos cada 3 o 4 horas, y les daban suplementos de leche artificial de forma sistemática. Y lo hacían así porque consideraban que era la mejor forma de atenderlos. Pensaban que si las madres no tenían leche sería por problemas de ellas, o porque se habrían vuelto más cómodas. Jamás se les pasó por la cabeza que los profesionales pudieran tener alguna responsabilidad.

Al reevaluar su método de trabajo, fueron descubriendo las barreras que habían puesto a las madres lactantes. Aceptaron apostar por las madres y tratar de mejorar sus índices de lactancia. Comenzaron despacio. Poco a

poco fueron introduciendo algunos cambios, dejándose guiar por las propuestas de las madres y su sentido común. El éxito de los primeros cambios les llevó a continuar modificando rutinas. En unos años, el servicio había cambiado por completo. Desaparecieron los nidos, los niños pasaban todo el tiempo con sus madres, les ofrecían el pecho cada vez que lo pedían, sin horarios. Se eliminaron los suplementos de leche artificial y sustituyeron los chupetes por el pecho para calmar el llanto. Las madres comenzaron a hacer preguntas sobre la subida de leche, las grietas, el ritmo de deposiciones, el llanto, la pérdida de peso, etc, para las que la no tenían respuestas. Se dieron cuenta de lo poco que sabían y comenzaron a estudiar. Hasta entonces el biberón era la respuesta universal para cualquier dificultad con la lactancia. La retirada de los biberones puso en evidencia su falta de conocimientos sobre la lactancia. Los porcentajes de lactancia y la satisfacción de las madres aumentaron. De cada madre aprendían algo nuevo. El entusiasmo por los resultados conseguidos y el aumento en el número de madres que deseaban dar a luz en el hospital les llevó a crear un centro para profundizar en el estudio de la lactancia y enseñar a otros profesionales la forma de mejorar su atención a las madres y a los recién nacidos. Así surgió Wellstart International. A medida que aumentaban sus conocimientos y las evidencias de la importancia del apoyo a la lactancia, aumentaba también su asombro hacia los años que habían estado ciegos a esta realidad.

Conscientes de que era necesario transmitir a otros centros su experiencia, convocaron cursos e invitaron a profesionales a visitar su hospital. Margaret Kyenkyia miembro de la oficina de UNICEF en Nueva York asistió a una de estas jornadas de actualización en lactancia, comprendió la trascendencia del mensaje y lo trasladó al Director Ejecutivo de Unicef, Jim Grant. Los representantes de OMS y UNICEF pidieron al hospital de San Diego que hiciera una recopilación de todo lo aprendido en los años anteriores, sintetizándola en unas recomendaciones claras y concisas. Esas recomendaciones se transformaron en 1989 en una declaración conjunta de OMS/UNICEF: «Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna». El documento resumía en Diez Pasos las actuaciones que debían llevar adelante las maternidades para conseguir el éxito de la lactancia, describiendo como implementar cada paso y porqué eran necesarios.

En los años siguientes OMS/UNICEF desplegaron una gran actividad para animar a los gobiernos a poner en práctica el modelo «Diez pasos para tener éxito con la lactancia». A pesar del compromiso de los gobiernos, la información no llegaba a los profesionales y apenas se conseguían cambios. Jim Grant ideó una nueva fórmula: premiar a los Hospitales que se animaran a introducir cambios en las rutinas de asistencia a los recién nacidos sanos. Él mismo propuso el nombre para el premio «Baby Friendly Hospital Award».

En 1991, en Ankara, durante el Congreso de la Asociación Internacional de Pediatría se lanzó oficialmente la Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI).

Los hospitales o maternidades que aspirasen a obtener el reconocimiento como Hospital «Baby Friendly» deberían acreditar el cumplimiento de los «Diez pasos». UNICEF tuvo que desarrollar un extenso programa para detallar el método de evaluación y los criterios exigibles para considerar superado cada uno de los diez pasos. Se formó un cuerpo de evaluadores, capacitados para supervisar el cumplimiento de los diez pasos y proponer a los hospitales candidatos a la acreditación por UNICEF como Hospitales «Baby Friendly». Pronto se comprobó la importancia que tenía la formación de los profesionales de los hospitales. La formación específica en lactancia se convirtió en el requisito prioritario para el inicio del cambio. No se trataba tanto de adquirir grandes conocimientos como de un cambio en el acercamiento a los problemas de las madres lactantes y en el planteamiento de las soluciones, devolviéndoles la confianza en su cuerpo y en su capacidad para alimentar a sus RN, mejorando su autoestima. Desde UNICEF se diseñaron cursos para ayudar en la formación de los profesionales y más adelante se hicieron cursos para formar nuevos «formadores» locales, que pudieran asumir las tareas de formación siguiendo el estilo BFHI.

La idea del premio fue un éxito y poco a poco fueron surgiendo Hospitales «Baby Friendly» en casi todos los países. Curiosamente, la obtención del galardón BFH no incluía el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos por parte de hospital galardonado, aunque en la práctica todos lo cumplían.

El Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

En la década de los 70 surgieron propuestas sobre la necesidad de regular la actividad comercial de los fabricantes de leches artificiales para lactantes, que en aquella época se llamaban leches «humanizadas». Se había relacionado la introducción masiva de estas leches con el aumento en la mortalidad infantil en países poco desarrollados. En algunos lugares se constató el empleo de prácticas comerciales agresivas, abusivas y puntualmente fraudulentas. Y en todos los países, tanto los industrializados como los no desarrollados, la prevalencia de lactancia materna disminuía de forma dramática a medida que avanzaba la expansión de las leches artificiales.

La fabricación y distribución de las «leches humanizadas» se había convertido en un mercado con enormes intereses económicos, y las críticas a su empleo provocaron grandes debates sociales y políticos. Alguno llegó a los tribunales.

En 1974 durante la 27ª AMS (Asamblea Mundial de la Salud) se propone por primera vez la revisión de las actividades de promoción de las leches para lactantes (WHA 27.43). Cuatro años más tarde la AMS recomendaba la promoción de la lactancia como una herramienta importante para combatir la malnutrición infantil (WHA 31.47) y al año siguiente 1979, OMS y UNICEF propusieron formalmente el desarrollo de un código internacional de comercialización de alimentos destinados a la infancia. Se recabó la opinión de profesionales y de expertos, se programaron largas reuniones con todas las partes implicadas, se realizaron consultas a los gobiernos de los estados miembros, a las asociaciones de fabricantes, y a los grupos que más se habían significado contra el empleo generalizado de los sucedáneos artificiales. Tras valorar todas las observaciones recibidas, y todas las propuestas de las partes interesadas, en 1981 la AMS aprobó el código internacional para la comercialización de sustitutos de leche materna con 118 votos a favor, 3 abstenciones y 1 voto en contra.

La lentitud de los gobiernos para transformar en leyes las recomendaciones del Código de Comercialización, hizo que durante años el Código fuera únicamente un referente ético sin capacidad legal para forzar su cumplimiento. En 1986 la AMS adoptó una resolución adicional recomendando la prohibición de la donación o venta a bajo precio de los sucedáneos en los hospitales de los países miembros.

Europa tardó diez años en publicar una Directiva de la Comisión de la CEE 91/321 (Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 4 de Julio de 1991) que recogía la mayor parte de las propuestas del Código. Esta directiva fue adoptada al año siguiente en España como Real Decreto 1408/1992 (BOE: 13 de Enero de 1993). El RD 1907/1996, articula el procedimiento de control de la transparencia y veracidad de la información y publicidad sanitaria de estos productos. Más recientemente el RD 72/1998 aprobó la resolución específica de los Preparados para Lactantes y de Continuación, que fue derogado por el RD 867/2008, de 23 de mayo.

Aceptación de la iniciativa BFHI por los gobiernos

Tras la publicación del documento «Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna», OMS y UNICEF convocaron importantes reuniones con los responsables de los gobiernos para impulsar la toma de medidas con-

cretas a favor de la lactancia. Entre todas estas reuniones tuvo especial relevancia la que se celebró en el antiguo orfanato de Florencia (Ospedale degli Innocenti) en 1990. De ella saldría una declaración de compromiso, La Declaración de Innocenti, con la que los países firmantes se comprometían en la promoción de la lactancia materna utilizando como herramienta el Decálogo elaborado por UNICEF/OMS. En la misma declaración los gobiernos se comprometieron a impulsar el cumplimiento del Código de Comercialización de leches artificiales en sus respectivos países.

La resonancia de la Declaración de Innocenti fue tan importante que sus objetivos se incluyeron en la Cumbre Mundial de la Infancia. En las conclusiones finales de la Cumbre se fijó como meta para el año 2000 «Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año». De nuevo los gobiernos ratificaron el compromiso de promover el cumplimiento del Decálogo de apoyo a la lactancia de UNICEF en las maternidades de sus países.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALYNP), fue desarrollada por OMS/UNICEF, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, y apoyada por la Junta Ejecutiva de UNICEF en el 2002. Reafirmó la importancia de promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y mantenerla hasta los 2 años complementada con una alimentación sana, segura, apropiada y factible. Renovó la relevancia y la urgencia de poner en práctica las conclusiones de la Declaración de Innocenti, incluyendo la implementación de los Diez Pasos y la aplicación total del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. La EMALYNP mantiene la recomendación de adoptar la estrategia IHAN como instrumento de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. La define como la herramienta más útil para ayudar al cambio de los servicios de maternidad.

Revisión de la estrategia BFHI

A la vista de las conclusiones de la EMLYNP, la experiencia acumulada los años previos, y la necesidad de reafirmar la dirección que debía seguir la IHAN en el futuro, el Comité OMS/UNICEF planteó hacer una revisión en profundidad de la estrategia. Durante los años 2004 y 2005 solicitó la opinión de coordinadores nacionales, evaluadores, expertos en lactancia y representantes de gobiernos y revisó la experiencia de más de 10.000 hospitales de todo el mundo. Se demostró que las madres continuaban necesitando apoyo tras el alta hospitalaria, tanto en el periodo de lactancia mater-

na exclusiva –6 meses– como después de la introducción de la alimentación complementaria. También quedó patente que la asistencia durante el parto influía en el inicio de la lactancia. Por ello la versión renovada de la iniciativa, contempló la extensión de la estrategia más allá de los hospitales y maternidades hacia todos los ámbitos relacionados con el cuidado materno infantil: la atención prenatal; las salas de hospitalización de RN y lactantes; los centros de salud y hacia otros sectores de la comunidad: Universidades, lugares de trabajo, zonas comerciales y educativas. Se incluyeron recomendaciones para la atención a los partos normales, para la alimentación de los lactantes con riesgo de infección VIH y para las madres que optaban libremente por la lactancia artificial.

En 2006 salió a la luz la versión en inglés de la nueva estrategia IHAN y un año después en español. Se desarrolla a lo largo de 5 amplias secciones, disponibles en la página web de OMS, excepto la sección 5 que es de acceso limitado a evaluadores.

- **Antecedentes e Implementación:** Ofrece una guía de aplicación a nivel de país, y a nivel hospitalario. Desarrolla los Criterios Globales de la IHAN con justificaciones basadas en la evidencia y propone ampliaciones de la Iniciativa. Como gran novedad incluye entre los objetivos la atención amigable hacia las madres durante el parto.
- **Fortalecimiento y Sostenibilidad de la IHAN.** Curso para responsables de Salud. Adaptada del Curso de la OMS para administradores y diseñadores de políticas de salud.
- **Curso de 20 horas para el personal de las maternidades** que incluye la guía para los instructores y los contenidos de las sesiones.
- **Monitorización y autoevaluación para hospitales.** Instrumentos para ayudar a los gerentes de hospitales a valorar la situación del centro antes de solicitar la evaluación externa.
- **Manual de evaluación externa.** Documento de acceso restringido a evaluadores de la IHAN que introduce novedades para la acreditación de hospitales IHAN

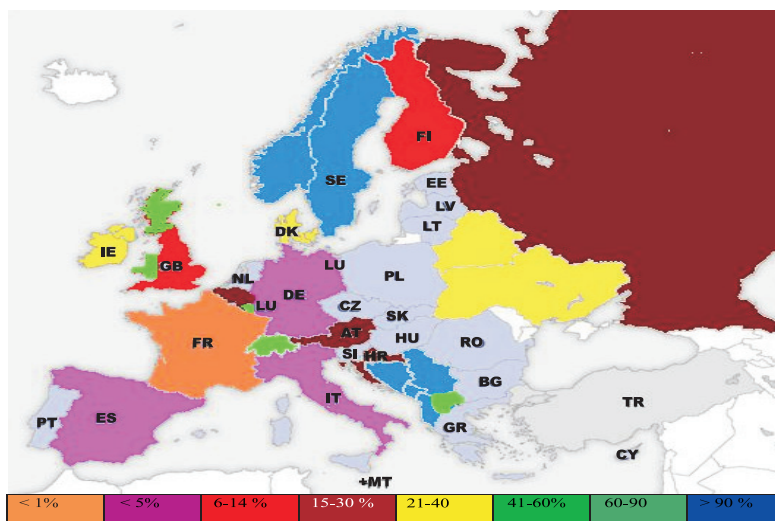
Con esta versión actualizada de la estrategia, la acreditación IHAN garantiza que los Hospitales IHAN no sólo cumplen los 10 pasos tradicionales, sino que además prestan atención «amigable» a la madre durante el parto, cumplen los requisitos del Código de Comercialización de Sucedáneos, prestan apoyo a las madres que no amamantan, ofrecen asistencia adecuada a madres infectadas por VIH y tienen un porcentaje de lactancia al alta superior al 75%.

Situación actual de la IHAN a nivel mundial

La estrategia BFHI tuvo desde el inicio vocación internacional. OMS y UNICEF invitaron a los comités nacionales de cada país a presentar la Iniciativa a los profesionales, y a buscar la forma más adecuada para implantar la estrategia a nivel nacional.

La difusión de BFHI ha mantenido un ritmo continuo de implantación y crecimiento pero con diferencias importantes entre países, que por lo general están relacionadas con el apoyo institucional que recibe de los gobiernos. El número de hospitales acreditados es aún bajo en algunos países, mientras que en otros creció pronto y con fuerza tras el lanzamiento. Independientemente del grado de implantación, en casi todos los países se valora muy positivamente el reconocimiento como Hospital Baby Friendly considerándolo un buen indicador de calidad asistencial. Algunos utilizan la consecución de esta acreditación de UNICEF dentro de los objetivos baremables para estimular el rendimiento de los profesionales. Los países con más arraigo de la BFHI han superado ya la etapa de las maternidades, y trabajan ahora en implantar la Iniciativa en unidades de prematuros, centros de salud o la ampliación a otros ámbitos sociales, ciudades amigas, establecimientos amigos, áreas comerciales amigas, etc. con la finalidad de recuperar la «normalidad» de la lactancia en la vida ordinaria de las mujeres.

Figura 1. Porcentaje de nacimientos en maternidades IHAN respecto al total de nacimientos en Europa



Compartir resultados, experiencias, dificultades, barreras y organizar estrategias, llevó al establecimiento de una red de coordinadores/responsables nacionales desde 1997. Esta red ha celebrado reuniones en Ginebra, 1997, Londres 2001, Barcelona 2004, Berlín 2006, Ginebra 2008 y Florencia 2010. A la última celebrada en Florencia asistieron delegados de 36 países, que abarcan cerca de 15.000 maternidades. Con los datos aportados por cada país se estima que el 12,7% de estas maternidades, están en proceso avanzado de acreditación o han recibido ya el galardón de UNICEF. Sin embargo el proceso de evolución de cada país ha sido diferente y la situación actual también. Mientras que algunos países tienen más del 90 % de sus hospitales maternos acreditados, otros no llegan al 2%. Muchos países han aumentado la tasa de implantación de la IHAN cuando sus gobiernos han respaldado y aportado recursos para la puesta en marcha de la Iniciativa.

Figura 2. Porcentaje de maternidades IHAN respecto al total de maternidades en varios países

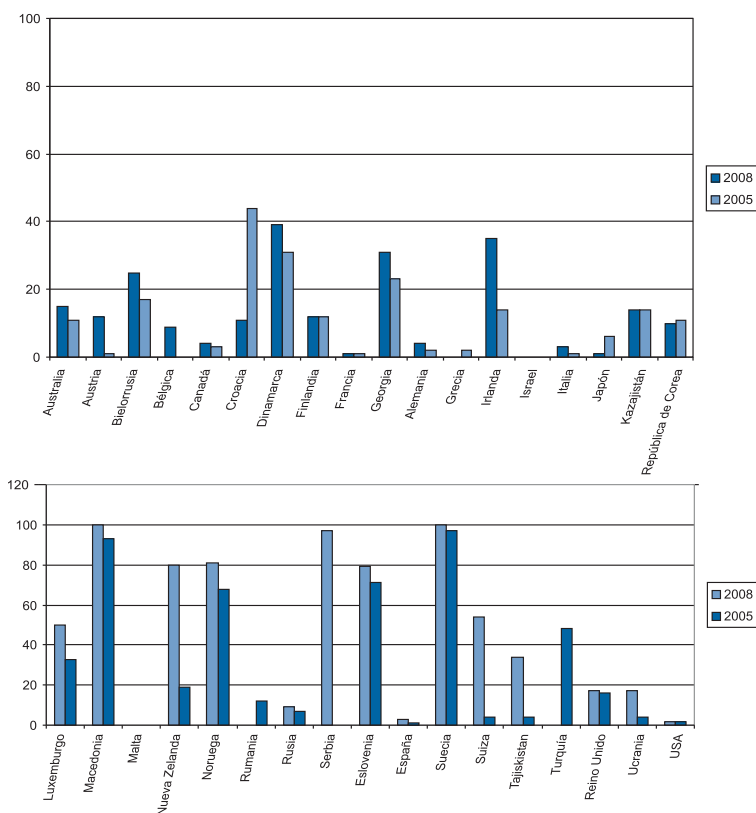
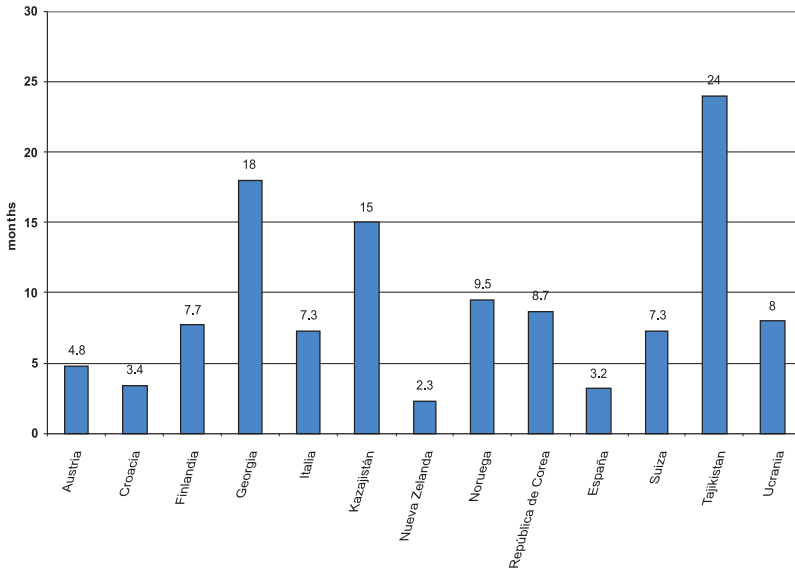
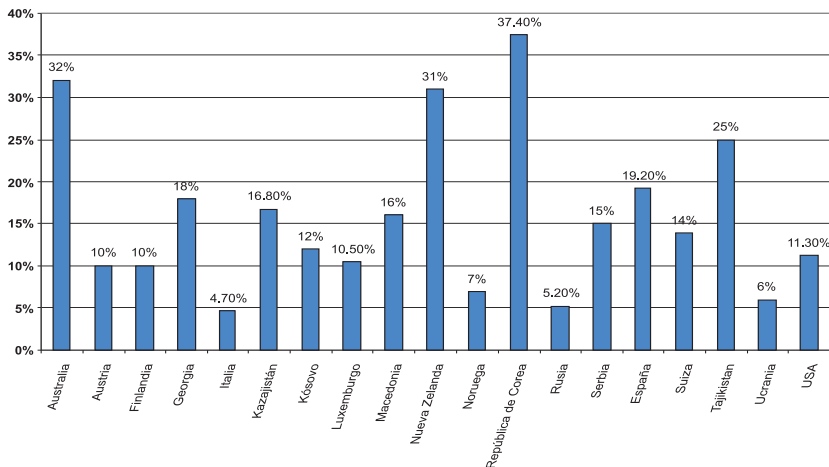


Figura 3. Duración media de la lactancia materna en 13 países



Los datos de progresión en la implantación de los criterios IHAN en todo el mundo que maneja OMS-UNICEF confirman el impacto de la iniciativa en las tasas de amamantamiento exclusivo.

Figura 4. Datos sobre lactancia materna exclusiva (2001-2007) en niños menores de 6 meses



Pero también hay frenos al crecimiento de la BFHI en muchos países, sobre todo entre los industrializados. Los cuatro obstáculos encontrados con más frecuencia son: A) Las dificultades para obtener financiación que permita cubrir los pocos gastos que genera el mantenimiento de la infraestructura. B) El desconocimiento, rechazo, o incumplimiento sistemático del Código de Comercialización de Sucedáneos tanto por parte de la industria como de los trabajadores de la salud. C) La falta de visión o de reconocimiento de la necesidad de afrontar el cambio entre los responsables de las administraciones o de las instituciones sanitarias. D) La falta de método para llevar a cabo el cambio en la práctica concreta a pesar de tener voluntad de cambiar.

La Red Internacional de Coordinadores BFHI colabora con OMS-UNICEF en la discusión y elaboración de documentos relacionados con la alimentación de los lactantes, como: Preparación de sucedáneos para evitar la contaminación por *E. Sakazakii*; indicaciones de suplementación del lactante amamantado; nuevas gráficas de la OMS; evidencia de la acción preventiva del amamantamiento sobre el desarrollo de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia o alergia; alimentación óptima del RN de bajo peso; monitorización de las prácticas de alimentación infantil del niño pequeño y del lactante; alimentación infantil y VIH; evidencia científica de los 10 pasos, adaptación de la iniciativa a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; modelos de educación en lactancia para profesionales; estrategia mundial de alimentación del lactante y el niño pequeño; indicadores de alimentación infantil; unificación de criterios para obtener estadísticas comparables de la prevalencia de la LM en los países del grupo.

En octubre 2010, M^a Teresa Hernandez Aguilar, delegada internacional de IHAN en España, fue nombrada Coordinadora de la Red Internacional de delegados BFIH en países industrializados.

BFHI en España: IHAN

El impulso de BFHI llegó pronto a España. El Presidente de UNICEF-España Joaquín Ruiz-Giménez acogió con entusiasmo la propuesta de Jim Grant y convocó a representantes de grupos y asociaciones relacionados con la lactancia para formar un Comité Nacional que hiciera llegar a los profesionales sanitarios la propuesta de UNICEF. Dos personas tuvieron una gran relevancia en los primeros años de funcionamiento de éste Comité: Luis Cabero, Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Luis Ruiz, pediatra muy comprometido con la lactancia materna.

Luis Cabero fue nombrado presidente y Luis Ruiz Coordinador Nacional. En el Comité Nacional estaban representadas la Asociación de Matronas Españolas, la Federación de Asociaciones de Matronas, la Asociación Española de Pediatría, Asociación de Enfermería de la Infancia, Asociación de Enfermeras de Cuidados Intensivos Neonatales, Asociación Catalana Pro Lactancia Materna, representantes de Grupos de apoyo a la LM (La Liga de la Leche) y representantes de Gestores Sanitarios. Inicialmente, el grupo adoptó el nombre de Iniciativa Hospital Amigo de los Niños –I.H.A.N.–, traducción literal del nombre de la iniciativa internacional BFHI.

En los años siguientes se presentó la iniciativa a los grupos políticos, al parlamento nacional y a los autonómicos. Se impulsó la aprobación de Propuestas no de Ley en muchas comunidades autónomas. Se hicieron cursos para formar evaluadores de hospital y cursos para preparar formadores. Se visitaron hospitales dando a conocer la Iniciativa y dejando materiales informativos. Se acreditó el primer hospital «Amigo de los Niños», Hospital Trueta de Girona. El peso de todo el trabajo que se realizó en esta etapa recayó casi en exclusiva sobre el Coordinador Nacional ayudado por una secretaria a tiempo parcial. La primera etapa de la IHAN supuso un excelente trabajo de sensibilización hacia la lactancia, liderando actividades de promoción, consiguiendo la introducción del apoyo a la lactancia en los parlamentos autonómicos y despertando el interés de los profesionales sanitarios.

Tabla I. Ediciones del Congreso Español de Lactancia Materna y Presidentes

- 1.^a Valencia 2000. Pte: Jesús Martín-Calama Valero.
- 2.^a Sevilla 2002. Pta: Josefa Aguayo Maldonado.
- 3.^a Santander 2004. Pta: M^a José Lozano de la Torre.
- 4.^a Tenerife 2006. Pta: N. Marta Díaz Gómez.
- 5.^a Murcia 2009. Pte: Manuel Alcaraz Quiñonero.
- 6.^a Avila 2011. Pta: M^a Teresa Hernández Aguilar.
- 7.^a Madrid 2013. Pta: Beatriz Flores Antón.

En 2000, con la intención de implicar más a los profesionales, facilitar el intercambio de experiencias entre los grupos que trabajaban en la promoción de la lactancia y dotar a la Iniciativa de mayor respaldo científico se convocó por primera vez en España un Congreso de Lactancia Materna (Valencia-2000). Jesús Martín Calama, que 4 años antes había logrado crear un Comité de Lactancia Materna dentro de la Asociación Española de Pediatría, fue el promotor del proyecto y presidente del Congreso. Contra

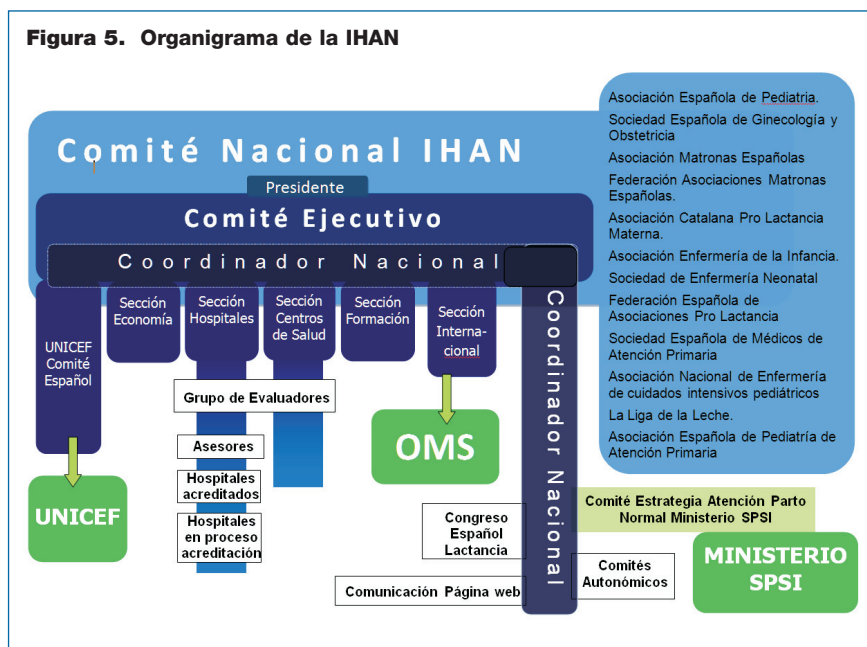
muchos pronósticos, resultó un éxito. La IHAN decidió instaurar la celebración de su Congreso con carácter bienal y hacer de este evento un sólido pilar para la difusión de la iniciativa IHAN. La participación del Comité de Lactancia de la AEP fue decisiva en la programación y organización de las siguientes ediciones del Congreso Español de Lactancia de la IHAN.

Después de varios años de rodaje como grupo el Comité de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de España, formalizó su situación como asociación no gubernamental sin ánimo de lucro, presentando oficialmente sus estatutos en 2001. Se abrió la opción a que todas las asociaciones que tuvieran entre sus objetivos la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia pudieran integrarse en la Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (I.H.A.N.) incorporando un representante en el Comité de Nacional de la I.H.A.N.

Organigrama actual de la IHAN

A finales de 2008, se produce una renovación en la I.H.A.N. Luis Cabero y Luis Ruiz, dejan sus puestos de Presidente y Coordinador Nacional, y son sustituidos respectivamente por José Arena y Jesús Martín-Calama. La renovación sirvió de motor para introducir cambios organizativos y funcionales en la estructura de la I.H.A.N. Se crearon secciones específicas (Formación, Hospitales, Centros de Salud y Comunicación) distribuyendo responsabilidades y aumentando la participación de las personas interesadas en colaborar en el programa I.H.A.N. También se creó un grupo de trabajo específico para los evaluadores de forma que les permitiera intercambiar experiencias y unificar criterios. Este grupo quedó integrado en la sección de hospitales. Se reforzó la relación con el Ministerio de Sanidad a través de la integración de la I.H.A.N. en la Estrategia de Atención al Parto Normal, del Observatorio de Salud de la Mujer y de la colaboración en proyectos de formación. Dejó de utilizarse el nombre original «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños» que no era bien aceptado por muchos profesionales, pasando a referirse a «La IHAN» como nombre propio en lugar de siglas. Los Hospitales acreditados como «Amigos de los Niños» pasaron a denominarse Hospitales IHAN. Se consiguió aumentar la implicación de la Asociación Española de Pediatría en el programa IHAN a través de un curso específico para médicos residentes de pediatría. Se modificó la composición del Comité Nacional dando entrada a los responsables de las secciones, se incorporaron representantes de la Federación de Grupos de Apoyo, de los Médicos de Atención Primaria y de las Enfermeras Neonatales. Se creó una página web que se convirtió en una vía extraordinaria para difundir infor-

mación y gestionar la parte científica de los Congresos de Lactancia. Se amplió la iniciativa IHAN a los Centros de Salud y comenzaron a explorarse acercamientos a las Universidades. Se creó un Comité Ejecutivo para dar más agilidad al funcionamiento directivo y la toma de decisiones ordinarias, formado por el Presidente, el Coordinador Nacional y los Responsables de las Secciones Internas. Se impulsó la constitución de Comités Autonómicos de la IHAN para facilitar la relación con los órganos de Gobierno y las Asociaciones de Profesionales de cada Autonomía.



Composición del Comité Nacional de la IHAN:

Jose Arena Ansótegui
Jesús Martín Calama Valero
Juan José Lasarte Velillas

Beatriz Flores Antón

Victoria Navas Lucena

Presidente IHAN
Coordinador Nacional IHAN
Coordinador Sección Formación y Editor Página WEB.
Coordinadora Sección Hospitales. Presidenta VII Congreso Español de Lactancia Materna.
Coordinadora Sección Economía y Vocal La Liga de la Leche.

M ^a Teresa Hernández Aguilar	Coordinadora Red Internacional BFHI, Delegada Internacional IHAN y Vocal Asociación Española Pediatría de Atención Primaria.
Celina Arana Cañedo Argüelles Isabel Espiga López	Coordinadora Sección Centros de Salud. Representante Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad.
Marta Arias Robles Carmen Rosa Pallás Alonso Carlos González Rodríguez	Vocal UNICEF-España. Vocal Asociación Española Pediatría. Vocal Asociación Catalana Pro Lactancia Materna.
Eulalia Torras i Ribas	Vocal Federación Española Asociaciones Pro Lactancia Materna.
M ^a Angeles Rodriguez Rozalén	Vocal Asociación Española de Matronas.
Maria García Franco	Vocal Sociedad Española Enfermería Neonatal.
Úrsula López Fuentes	Vocal Sociedad Española Médicos de Atención Primaria.
Carmen Isabel Gómez García	Vocal Asociación Española Enfermería de la Infancia.
M ^a Angeles Fernández Martínez	Vocal Federación Asociaciones de Matronas de España.
Elena Carreras Moratona	Vocal Sociedad Española Ginecología Obstetricia.
Olga Poveda Jovellar	Vocal Asociación Nacional Enfermeras Cuidados Intensivos Pediátricos

Programa y Actividades de la IHAN: Hospitales, Formación, Centros de Salud y Comités Autonómicos

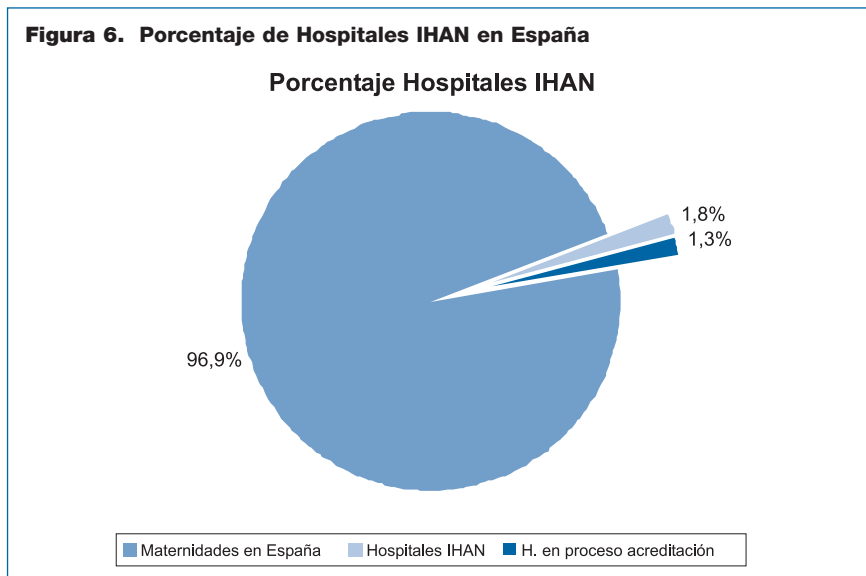
A pesar de que cada vez son más los hospitales que desean ser acreditados, los informes de los evaluadores externos confirman que la mayoría necesitan ayuda para conseguir alcanzar el galardón. Hay interés, hay formación, pero falta método. Para dar respuesta a esta necesidad, la IHAN ha puesto en marcha dos líneas de actuación, el establecimiento de la acreditación por fases y la creación de una nueva figura: el Asesor de Hospital. Un profesional experimentado, procedente del grupo de evaluadores o de un hospital acreditado IHAN, próximo al hospital que pueda orientar y conducir los cambios necesarios en los hospitales antes de que soliciten la Evaluación Externa.

También se ha visto necesario organizar la formación. La gran cantidad de cursos impartidos había conseguido mejorar los conocimientos y actitudes de muchos profesionales. Pero siendo conscientes de la importancia de formar adecuadamente, la IHAN también ha sentido la necesidad de comenzar a reconocer la formación de aquellos profesionales que aspiran a convertirse en formadores, capacitadores, evaluadores o asesores dentro del esquema de la IHAN.

Y la organización política de España en Autonomías, también ha hecho aconsejable dar un impulso mayor a los Comités Autonómicos. Dentro del proyecto de trabajo, la IHAN pretende delegar en los Comités Autonómicos las labores de formación y asesoría, manteniendo desde el Comité Nacional la necesaria unidad de criterios, fomentando la igualdad de oportunidades entre los distintos territorios del mapa estatal y garantizando la evaluación externa similar en todas las instituciones (hospitales y centros de salud) que aspiren a la acreditación, de forma que no disminuya el nivel de exigencia.

Hospitales IHAN

En la actualidad, en España hay acreditados 17 Hospitales IHAN, y otros 11 hospitales están en proceso de cambio. Esto supone el 3,1% del total de hospitales y maternidades de España (Anexo I).



Valorado de forma aislada, este dato no es muy satisfactorio. Pero lo cierto es que sin llegar al nivel exigido para conseguir la acreditación IHAN, en la mayoría de las maternidades se han producido cambios importantes en la asistencia al parto y la lactancia durante los últimos años, como consecuencia de las actividades de la IHAN. Comparados con otros países, España se encuentra entre el grupo de países desarrollados con menor porcentaje de hospitales IHAN (Figura 2).

Requisitos actuales para que un Hospital consiga la acreditación IHAN:

Tras la última revisión de la iniciativa por parte de OMS y UNICEF los criterios que ha de cumplir un hospital para ser acreditado como IHAN incluyen el cumplimiento de los 10 pasos clásicos de la iniciativa, el Código de Comercialización de Sucedáneos y las tres nuevas condiciones añadidas desde 2007.

A. Los diez pasos «clásicos» de la IHAN:

- Paso 1.** Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
- Paso 2.** Capacitar a todo el personal del Centro para que pueda poner en práctica la normativa.
- Paso 3.** Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y ofrecer formación sobre los aspectos más relevantes del manejo de la lactancia en los primeros días tras el parto.
- Paso 4.** Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este Paso implica: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario.
- Paso 5.** Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.

- Paso 6.** No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
- Paso 7.** Practicar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día.
- Paso 8.** Alentar a las madres a amamantar a demanda.
- Paso 9.** No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes durante la estancia en la Maternidad.
- Paso 10.** Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.
Este Paso supone ofertar a la madre todos los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área.

Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) relacionadas con el mismo.

B. Las nuevas condiciones:

- Tener **al menos un 75% de lactancia materna exclusiva** en el momento del alta hospitalaria.
- Ofrecer **información y apoyo a las madres que no amamantan** para promover también en ellas el desarrollo del vínculo con su hijo, y para enseñarles cómo preparar y administrar los biberones de leche artificial de manera segura.
- **Atención amigable con la madre:** ofrecer asistencia en los partos normales respetando las necesidades de la madre y RN, y el establecimiento de las relaciones de vínculo y apego. En España las recomendaciones de la atención amigable con la madre se recogen en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Las mayores dificultades

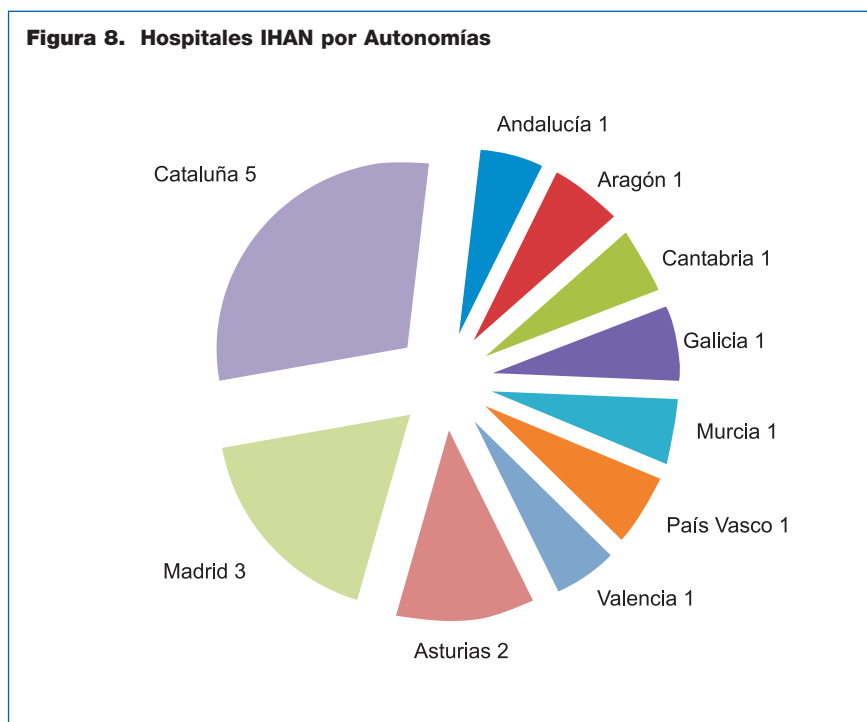
Desde el comienzo de su actividad en España, la IHAN ha realizado 67 evaluaciones de hospitales, incluyendo tanto a los que superaron la evaluación

como los que no. La experiencia acumulada permite analizar donde se encuentran las mayores dificultades para conseguir la acreditación. Algunos pasos han resultado muy sencillos de superar para la mayoría de los hospitales, mientras que otros concentraban los mayores grados de dificultad, de forma recurrente.



El «contacto piel-piel» y la falta de información a las embarazadas son los que con mayor frecuencia no consiguen superarse al menos en la primera evaluación. No poner al RN en contacto con su madre de forma inmediata, colocarlo vestido, no dejarlo el tiempo adecuado, anteponer las mediciones del RN, la aplicación de colirios o pomadas oculares u otras maniobras al contacto con la piel de la madre, son parte de los motivos que conducen a no superar el paso 4. Un porcentaje elevado de cesáreas asociado a separación madre/RN también aumenta las dificultades para superar este paso. La información a las embarazadas, que aparentemente no debería suponer una gran complicación, se revela también en la práctica como un paso difícil de cumplir, que exige la implicación decidida de los obstetras y matronas durante el embarazo.

En el extremo opuesto, lactar a demanda el alojamiento conjunto y no dar tetinas o biberones de leche artificial que no estén médicamente indicados, son los pasos que menos dificultades plantean durante la evaluación.



El programa de la IHAN: Eficaz y listo para su implantación

Es obvio que para fomentar y apoyar la lactancia materna no es imprescindible aplicar el programa IHAN. Pero diseñar y desarrollar un programa de apoyo a la lactancia en un hospital no es sencillo. Exige crear equipos multidisciplinares que redacten protocolos, establezcan procedimientos, fijen controles de calidad, evalúen el proceso y garanticen la continuidad. Realizar todo este proceso sin una guía, alarga de forma exagerada los tiempos y consume grandes recursos materiales y humanos. El programa de la **IHAN se ofrece a los hospitales como una oportunidad de mejora ya ensayada y**

probada. En este momento hay amplia evidencia contrastada de la eficacia de cada paso de la Iniciativa por separado y de la aplicación conjunta de todos ellos. Muchas publicaciones avalan **la eficacia de la estrategia IHAN en cuanto a conseguir aumentar las tasas de lactancia** no solo al alta de la maternidad sino también a largo plazo, en países desarrollados como Escocia y USA, entre otros.

La estrategia para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa, (al igual que la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño de la OMS-UNICEF) reconoce a la **IHAN como el mejor modelo de práctica que existe en la actualidad** y recomienda que se promueva su implantación y que se dote de recursos (económicos, humanos y técnicos) la formación, evaluación y reevaluación de los Hospitales Acreditados y también que se anime a todas las maternidades a conseguir la Acreditación IHAN o a implantar los Diez Pasos.

Es de resaltar el hecho de que el aumento del inicio y de la duración de la lactancia que ocasiona la puesta en marcha del programa IHAN se debe únicamente a la mejora en la información y el apoyo que por parte de los profesionales reciben las madres que deciden libremente amamantar. Desde sus comienzos la IHAN ha sido una **iniciativa centrada en los profesionales**, a los que se les recuerda que la lactancia no es un deber, sino un derecho de las mujeres y que su obligación como profesionales es garantizar que puedan ejercerlo. Sólo una información exacta garantiza el derecho de las mujeres a elegir en libertad y es responsabilidad de los profesionales y de las instituciones asegurar que las mujeres reciben y comprenden esta información y reciben un apoyo profesional, basado en la evidencia científica, para la alimentación correcta de sus hijos e hijas. Es por esto que la IHAN en la revisión del año 2006 incluyó un paso más para los centros que quieran acreditarse como Hospital IHAN: deberán demostrar que ofrecen información suficiente a las madres que no desean dar el pecho sobre la preparación adecuada de los biberones de fórmula. Y además, conscientes de la importancia que ciertas prácticas en el parto pueden tener sobre la lactancia, en esta misma revisión, se añadió además como un requisito el uso de buenas prácticas en la atención al parto.

Cambiando rutinas: De la teoría a la práctica

No es fácil ser IHAN porque la IHAN es muy exigente. Mantenerse como garantía de calidad, obliga a la IHAN a ser muy estricta en las evaluaciones. Es importante el número, pero lo es más la calidad.

La evidencia de que otros hospitales han conseguido superar los 10 pasos en España y muchas partes del mundo da garantías de que **el proceso de transformación es factible y asequible a cualquier maternidad que lo aborde con interés real**. Se han publicado experiencias de Maternidades que han conseguido acreditarse y resaltan la importancia de establecer metas próximas y sencillas: primero, creación de un comité de lactancia multidisciplinar con el compromiso de la Dirección del Hospital; en segundo lugar, diseñar una normativa de lactancia; y, finalmente, abordar la formación en lactancia de todo el personal. Una vez conseguidos estos 3 objetivos, el resto de los pasos se superan con facilidad. La numeración de los Diez Pasos no es banal, y los pasos hay que implantarlos en orden, de modo que la normativa y la formación deben ser las primeras actividades a desarrollar. La formación del personal garantiza una puesta en marcha adecuada y segura del resto de buenas prácticas. Así, por ejemplo, la suplementación con sucedáneos está íntimamente ligada a la aplicación de los pasos anteriores. Si un hospital decidiera comenzar por la retirada de biberones antes de ofrecer formación a todos los profesionales sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia y suficiente apoyo a las madres, se podrían provocar situaciones de riesgo, no deseables. Por otra parte, aunque está demostrada la relación entre la suplementación con biberones y la disminución en la tasa de lactancia, ésta no justifica que dejen de administrarse suplementos a los niños que médicamente los precisan. En esos casos, la aplicación correcta de los demás Pasos (contacto precoz, alojamiento conjunto, alimentación a demanda...), compensa el efecto negativo de la suplementación y permite conseguir la lactancia exclusiva en poco tiempo. Otro momento de riesgo puede producirse tras el alta hospitalaria, si no se ofrece a las madres apoyo por parte de expertos que confirmen la evolución satisfactoria de la lactancia. Los programas de reducción de estancias en el hospital tras el parto conducen a que las madres sean dadas de alta, antes de que la lactancia se haya instaurado correctamente. La falta de soporte a estas madres puede plantear un riesgo importante para sus RN, algo que no se pueden permitir los hospitales IHAN.

La acreditación por fases

Hasta ahora el reconocimiento de Hospital IHAN se hacía tras una evaluación muy exigente que aseguraba el cumplimiento total de los 10 pasos. Esto nos ha llevado a que, a pesar de que muchos hospitales han introducido cambios importantes en sus rutinas, el número de hospitales IHAN es bajo. Los números no reflejan la realidad, y además la dificultad para el cumpli-

miento integro, puede actuar de freno para el avance, en lugar de servir de estímulo. Con la intención de ir reconociendo públicamente los esfuerzos que van realizando los hospitales y de mantener el estímulo para llegar al final del proceso, la IHAN ha decidido implantar en España un sistema de acreditación por fases. Este modelo, ya ha sido probado en otros países con buenos resultados y permite que la implantación de las buenas prácticas sea más fácil y siga un orden lógico y progresivo.

Este nuevo sistema establece un proceso de acreditación en cuatro fases. A cada una de estas fases se le ha dado un nombre que comienza por la letra D, de forma que permite titularlo como «proceso de acreditación en «4D». Cada fase tiene unos objetivos que permiten reconocer y acreditar el avance de los hospitales. A medida que los hospitales van cumpliendo los distintos objetivos, consiguen el reconocimiento oficial por parte de la IHAN correspondiente al nivel alcanzado, hasta llegar a la cuarta y última fase, que supone el cumplimiento total de los requisitos para ser acreditado como Hospital IHAN. Este método facilita a los Hospitales el cumplimiento escalonado de los objetivos, la gestión económica y de los recursos, y el reconocimiento de los cambios a medida que se consiguen.

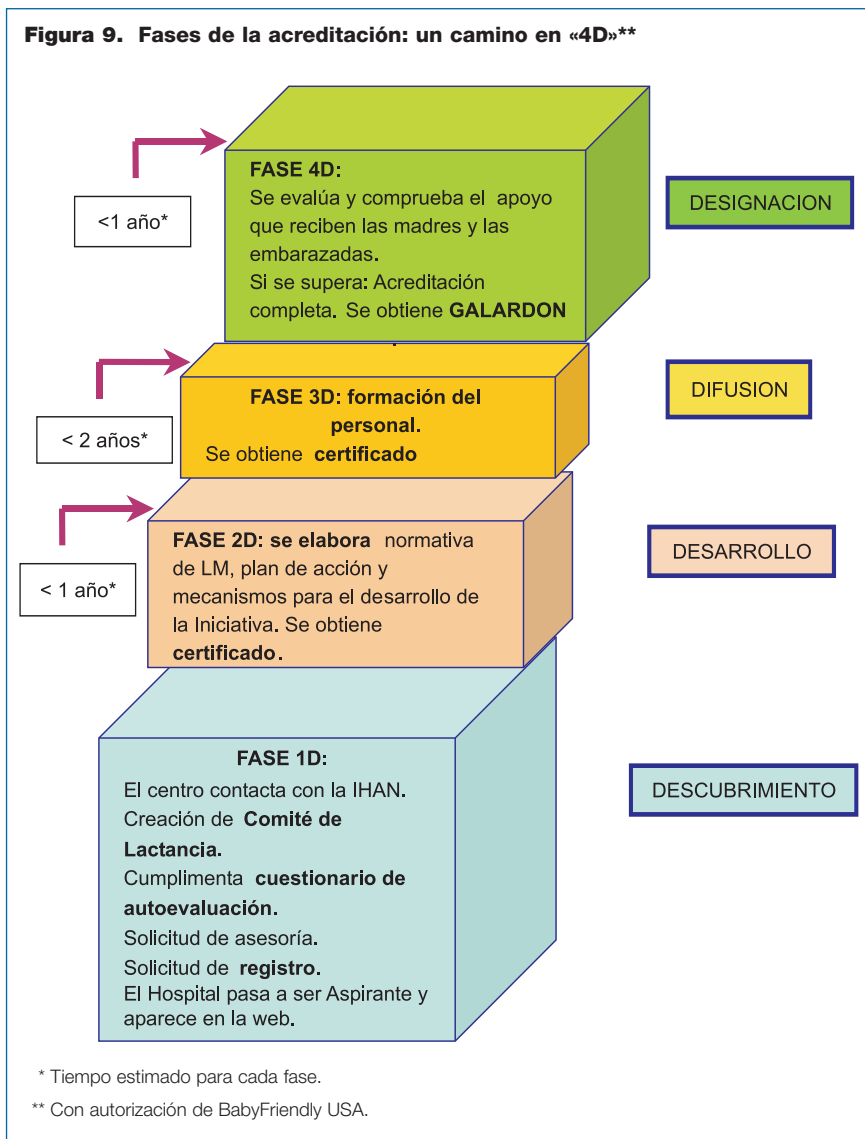
Desarrollo de la iniciativa IHAN por fases:

La implantación de los requisitos de la IHAN se desarrolla en 4 fases (o «4D»):

- Fase 1D (Descubrimiento)
- Fase 2D (Desarrollo)
- Fase 3D (Difusión)
- Fase 4D (Designación)

La guía para el desarrollo de cada Fase, así como los formularios de solicitud a que se refiere el presente documento, pueden descargarse en la página web de la IHAN: www.ihan.es.

Figura 9. Fases de la acreditación: un camino en «4D»**



Fase de Descubrimiento (1D)

1. Registro

Es posible que los trámites de registro se efectúen por iniciativa de la Comisión de Lactancia del Hospital. Si no es así, se procederá a crear dicho

Comité siguiendo las indicaciones de la IHAN (Documento sobre «Cómo crear una comisión de Lactancia», descargable en www.ihan.es)

Es importante que los responsables de lactancia del hospital registren lo antes posible en la página web de la IHAN su intención de trabajar para conseguir la Acreditación. Esto permite a la IHAN mantenerles puntualmente informados de las novedades en la Iniciativa. Los trámites de registro son fáciles. Se necesita:

- Complimentar y enviar por vía telemática el cuestionario de Autoevaluación.
- Complimentar y enviar el formulario escaneado de solicitud de registro, firmado por los principales responsables del proyecto. El Director Gerente debe estar de acuerdo y firmar dicha solicitud.

Una vez recibida la documentación, la IHAN procede a registrar al hospital en su web como **«Hospital ASPIRANTE en fase de cambio»**.

Esta primera Fase es gratuita.

2. Solicitud de asesoría

Para llevar a cabo los cambios necesarios, se necesita planificar las acciones a realizar, estableciendo responsables y plazos de realización, de manera asequible y con un orden lógico. La IHAN ofrece la ayuda opcional de un asesor para diseñar estas acciones y resolver las dudas que surjan en el proceso, Éste contactará con los responsables de lactancia en el centro y les ofrecerá ayuda por medio de correo electrónico o por vía telefónica. Si el hospital desea tener un asesor, debe contactar con la IHAN para solicitarlo.

Tanto el registro como el asesor, son gratuitos.

Fase de Desarrollo (2D)

Se comprobará que se ha creado una Comisión de Lactancia que cumpla los requisitos de la IHAN. Como prueba de su compromiso en el establecimiento de las buenas prácticas de la Iniciativa, el centro debe tener una normativa de lactancia que recoja todos los puntos que se exigen.

La Fase 2D de Acreditación requiere además el desarrollo de mecanismos que permitan el establecimiento de las prácticas de la IHAN. Estos incluyen:

- Desarrollo de un plan de formación del personal,
- Protocolos de actuación en las situaciones patológicas más frecuentes con la lactancia,
- Materiales educativos para embarazadas y madres,

- Métodos eficaces de recogida de datos estadísticos, información y de auditoría de las prácticas,
- Planes de coordinación con Atención Primaria y grupos de apoyo.

Una vez que se han escrito todos los documentos, se remiten a la IHAN vía telemática, junto con el formulario de solicitud. Tras revisar y aceptar la documentación, se entrega al hospital el **Certificado de superación de la Fase de Desarrollo (2D)**.

Fase de Difusión (3D)

Requiere poner en marcha el plan de formación del personal. Esto supone dar cursos de formación a todo el personal, de acuerdo con su función, y supervisar las prácticas del personal que tenga la responsabilidad básica de apoyo a las madres lactantes. Una vez que el personal ha asistido a los cursos y ha conseguido los conocimientos y habilidades requeridas, puede solicitarse la Fase 3D de Acreditación cumplimentando el formulario de solicitud.

El hospital contactará con la IHAN solicitando la evaluación y enviará por vía telemática los documentos relativos a la formación impartida. Tras comprobar que se ha formado a todo el personal del Hospital, la IHAN entrega el **Certificado de superación de la Fase de Difusión (3D)**.

Fase de Designación (4D)

Una vez conseguida la Fase 3D, se deben realizar los últimos cambios necesarios para asegurar que las prácticas de la IHAN se aplican a las embarazadas y a las nuevas madres. En esta Fase el centro se autoevalúa de nuevo y si se considera preparado, solicita a la IHAN la evaluación final para la Acreditación mediante el formulario de solicitud. La evaluación implica que 2 ó 3 evaluadores de la IHAN visiten durante 2 ó 3 días el hospital. Entrevistan a una muestra aleatoria de los profesionales que trabajan en el centro para confirmar su grado de formación; y a madres o embarazadas sobre el cuidado que están recibiendo por parte de los profesionales. Si se demuestra que el hospital cumple con todos los requisitos, se considera que ha superado la Fase 4D y obtiene el Galardón, la **Acreditación como Hospital IHAN**.

Los gastos que genera el proceso a la IHAN, se fraccionan en forma de tasas para la fase 2D, 3D y 4D, de forma que sea menos gravoso para el cen-

tro y puedan repartirse en un periodo más largo, sin que suponga un aumento sobre el formato de acreditación anterior en una sola fase.

Mantenimiento de la Acreditación

Los Hospitales acreditados deben mantener la calidad en la atención que prestan a las embarazadas y madres. Una herramienta útil para conseguirlo es la monitorización de las prácticas. Para mantener la Acreditación, los hospitales deben enviar a la IHAN, cada 2 años, documentación que avale que se continúan cumpliendo los requisitos (autoevaluación y datos de prevalencia de lactancia, si se dispone de ellos).

En función de la documentación que remita cada centro a la IHAN, ésta decidirá el momento más adecuado para realizar un proceso de Reacreditación, habitualmente entre 3 y 5 años, en el que se revise la nueva documentación que se haya creado, se supervise el mantenimiento de la formación del personal y se compruebe que se mantiene un óptimo nivel de cuidados a las embarazadas, las madres y recién nacidos.

Hospitales IHAN: Conclusiones

La IHAN proporciona un programa estructurado junto con el necesario apoyo para que el personal sanitario responsable de la atención a madres y RN cambien sus prácticas, mejoren las tasas de lactancia y consigan finalmente la Acreditación Hospital IHAN.

La acreditación IHAN es un galardón que se otorga a los hospitales que cumplen los «Diez Pasos», respetan el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, ofrecen asistencia a las mujeres acorde a las recomendaciones de la Estrategia de atención al Parto Normal, y dan el mismo apoyo a las madres que deciden no amamantar, ayudándolas a establecer las relaciones de vínculo-apego y enseñándolas cómo preparar y administrar los biberones de leche artificial de manera segura.

Diversos organismos internacionales (entre ellos la OMS y la Comisión Europea) han reconocido que esta Iniciativa representa en la actualidad la mejor práctica basada en la evidencia científica para la promoción, protección y apoyo a la lactancia. Y se ha demostrado su eficacia para aumentar las tasas y la duración de la lactancia. Por esto, la Comisión Europea recomienda apoyar su implantación en Europa.

En España, en el año 2011 se ha instaurado la Acreditación de Hospitales en 4 Fases («en 4D»: Descubrimiento, Desarrollo, Difusión y Designa-

ción), para facilitar el planteamiento de metas cercanas, la consecución de los objetivos asequibles y una mejor planificación desde el punto de vista administrativo y de gestión.

Formación IHAN

Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo suponen exponer a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud inmediata y futura y acarrear perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente. La mayoría de los países europeos tienen tasas de amamantamiento bajas y su duración media está muy por debajo de lo recomendable, habiéndose identificado como principales barreras para el inicio y la continuación del amamantamiento: la educación prenatal inadecuada, las políticas y prácticas subóptimas en hospitales y maternidades, la falta de seguimiento y de apoyo competente por parte de los profesionales sanitarios, la escasa implantación del Código de Comercialización de Sucedáneos, la falta de apoyo social y familiar, la representación de la alimentación con fórmula como la norma en los medios de comunicación y la vuelta temprana al trabajo de la madre lactante.

En Europa, esta situación llevó en el año 2004 a la Comisión Europea a elaborar un Plan Estratégico para la protección, promoción y apoyo de la lactancia como prioridad de salud pública. Como complemento y en desarrollo de este plan se publicaron las Recomendaciones estándar para la alimentación del lactante y niño pequeño en la Unión Europea en 2006.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha trabajado en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud publicando en 2007 la Estrategia de Atención al Parto Normal y en 2010 la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que abarcan, además, otros aspectos contemplados también por la IHAN.

En el plan estratégico de la UE se hace referencia a la necesidad de educación y formación pregrado y continuada, interdisciplinar, y a la necesidad de desarrollar materiales de formación. Y en España, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría insta a adquirir formación en lactancia materna y a colaborar en los planes de formación para estudiantes y en el postgrado, de la misma manera que la Academia Americana de Pediatría hace hincapié en la necesidad de formación de los profesionales.

Aunque no existe un sistema oficial adecuado de monitorización de la lactancia materna en España, estudios realizados por diversos investigadores muestran que los índices de lactancia materna (LM) son bajos y que el abandono precoz es la norma. A los 6 meses, tan sólo entre un 7-28% de

madres alimentan a sus hijos al pecho, cifras que están lejos de las recomendaciones de la OMS. La formación de los profesionales como muestran diferentes autores es deficiente. En un estudio realizado en España en el 2003, se comprobó que los conocimientos de los residentes de pediatría en este tema también eran insuficientes.

Los programas de educación maternal y el apoyo profesional postnatal se han mostrado eficaces para mejorar el inicio y el mantenimiento de la lactancia y por tanto se establece una *Recomendación A* con el máximo nivel de evidencia.

Una adecuada formación de los profesionales de la salud consigue eliminar algunas de las barreras mencionadas y se ha mostrado útil para aumentar las tasas de lactancia materna. Así mismo, investigaciones recientes señalan mejoras importantes en los conocimientos, actitudes y habilidades en este campo logradas mediante la incorporación de estos temas al currículum profesional, y mediante la asistencia al curso de 20 horas diseñado por la OMS.

La promoción de la lactancia materna por parte de los profesionales sanitarios implicados en las diferentes áreas de atención a la mujer y la infancia (Medicina de Familia, Ginecología y Obstetricia, Matronas y Enfermería, Pediatría) es un elemento fundamental de ayuda a la lactancia materna y a la implantación de estrategias de eficacia reconocida internacionalmente como los 10 pasos de la OMS/UNICEF. Mejorar esta situación supone mejorar la formación de pre y postgrado, incluir indicadores de calidad e incentivar y apoyar al personal sanitario que trabaja por ello. La promoción y apoyo a la lactancia materna en el ámbito de las instituciones sanitarias es muy difícil sin el compromiso de los profesionales. Y estos deben disponer de una formación adecuada y actualizada periódicamente en base a la evidencia científica.

Para la transformación de los Centros Sanitarios en Centros-IHAN, es imprescindible una formación teórico-práctica de calidad en la atención al embarazo, parto, período perinatal, en el manejo de la lactancia materna y en el seguimiento posterior del bebé y de su madre, para asegurar prácticas uniformes y estándares de calidad óptimos. Esta formación es necesaria para todos los estamentos: médicos, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, gestores, cargos directivos y de grupos de apoyo.

Conscientes de esta situación y del importante papel que los profesionales pueden y deben jugar en la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, en 2008 la IHAN abrió una nueva línea de trabajo y constituyó la Sección de Formación.

La **Sección de formación de la IHAN** está compuesta por un equipo multidisciplinar en el que trabajan pediatras, enfermeras, IBCLCs, matronas y ginecólogas.

Desde el principio, el objetivo general ha sido diseñar y poner en marcha un proyecto para la actualización y formación de los profesionales en lactancia materna y alimentación del lactante en consonancia con las recomendaciones de la Estrategia Global de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño de la OMS y de la UE.

Es oportuno establecer un plan de formación en lactancia para los profesionales sanitarios que abarque tres áreas: a) importancia de la lactancia materna; b) manejo de la lactancia; c) técnicas de comunicación y consejería. Los cursos de formación de profesionales deben asegurar la calidad de la enseñanza y disponer de un sistema de evaluación.

Dentro del proceso formativo, cada vez tiene mayor importancia la integridad de conocimientos, habilidades y actitudes en el manejo de competencias profesionales. En el área de salud materno infantil, los resultados del apoyo a la lactancia materna representan un marcador muy específico de calidad asistencial. Para conseguir buenos niveles de calidad es imprescindible la formación. Todos los profesionales vinculados a la asistencia de mujeres en edad reproductiva y/o con la infancia deberían tener unos conocimientos básicos sobre lactancia. Aquéllos que trabajan en áreas paritorio o maternidad deberían haber recibido una formación específica y dominar las habilidades para solucionar las dificultades rutinarias del inicio de la lactancia. Y además, sería conveniente que todos los centros contaran con algún profesional altamente cualificado para tratar los problemas complejos de lactancia.

La formación de formadores en lactancia es una estrategia efectiva con efecto multiplicador. Supone la preparación de expertos en lactancia, para que adquieran las habilidades de transmitir conocimientos a los profesionales encargados de la asistencia a embarazadas y madres lactantes.

Cursos impartidos

Dentro de sus proyectos, IHAN-España ha decidido acometer la mejora en la formación de los profesionales sanitarios, tanto en periodo de formación MIR y EIR como para profesionales en ejercicio y ha diseñado un plan de formación. Este plan comprende 5 tipos de cursos:

Cursos elementales de formación de profesionales sin responsabilidad directa en el campo de la salud materno-infantil (presenciales, teóricos, de 3 / 5 horas.):

- **Nivel A:** se dirige a profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería, tanto de Servicios Hospitalarios –anestesia, quirófano–

como de Atención Primaria) del Sistema de Salud que no tienen responsabilidad directa en el campo de la salud materno-infantil y *sin conocimientos previos* sobre lactancia materna.

- **Nivel B:** resto de profesionales (personal auxiliar y celadores) que no tienen responsabilidad directa en el campo de la salud materno-infantil y *sin conocimientos previos* sobre lactancia materna.

Cursos básicos de Formación en Lactancia Materna (I y II) para profesionales con responsabilidad directa en el campo de la salud materno-infantil

El curso de **nivel I**, se dirige a profesionales del Sistema de Salud y personas con responsabilidad en el campo de la salud materno-infantil y *sin conocimientos previos* sobre lactancia materna.

El curso de **nivel II**, complementa y amplía el anterior y se dirige a profesionales del Sistema de Salud y personas con responsabilidad en el campo de la salud materno-infantil que *ya tienen conocimientos previos* sobre lactancia materna o que ya han realizado el curso nivel I.

Son cursos presenciales, teórico-prácticos, de 20 horas.

Las prácticas se realizan con madres y lactantes usuarias del sistema sanitario, previo consentimiento informado, y con técnicas didácticas participativas como el «rol-play» o la discusión de casos prácticos.

Cursos específicos de Lactancia Materna **para profesionales en formación** (Residentes de Pediatría, Ginecología, Medicina Familiar y Matronas).

Este curso, del que no existen antecedentes en nuestro país, pretende inculcar desde los primeros años de ejercicio profesional las mejores prácticas asistenciales relacionadas con la atención al recién nacido y a su madre. Compartir espacios y conocimientos con compañeros procedentes de todas las Comunidades Autónomas. Brinda una oportunidad única para el intercambio de relaciones personales y proyectos de futuro que facilitará el desarrollo de programas de lactancia multicéntricos en etapas posteriores.

Está dirigido a Médicos Residentes de las Especialidades de Pediatría, Obstetricia, Medicina de Familia y a Matronas.

Se trata de un curso teórico-práctico presencial de 20 horas de formación y 3 días de duración que se celebra en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Con un número máximo de 60 participantes en cada edición.

La selección de participantes se realiza teniendo en cuenta el orden de recepción de solicitudes, y la pluralidad en los centros de procedencia.

Cursos de formación de formadores, dirigidos a profesionales con amplia experiencia y conocimientos en lactancia materna, que vayan a desarrollar programas de formación.

Va dirigido a profesionales con experiencia previa en lactancia materna que deseen formar parte de un equipo para gestionar un programa de formación en Lactancia Materna acreditado por la IHAN dirigido a los Colectivos de Profesionales Sanitarios de las instituciones de toda la geografía española.

Los profesionales que participen en este curso deberán acreditar experiencia y formación previas en lactancia materna o al menos haber realizado los cursos de formación básica teórico práctica nivel I y II de 20 horas.

La selección de participantes se realiza por el Comité de formación de la IHAN en función de las solicitudes, méritos e idoneidad de los candidatos, teniendo en cuenta las propuestas de las Sociedades Profesionales o de los Servicios de Salud autonómicos.

Al finalizar la actividad formativa, cada formador/a será capaz de:

- comprender la necesidad de basar la asistencia a las madres y lactantes en evidencias científicas.
- respetar el derecho de la decisión informada de las mujeres respecto a la lactancia.
- reconocer las prácticas sanitarias que favorecen la mejora en la calidad de la asistencia al parto y la lactancia.
- aplicar a su trabajo diario habilidades de comunicación.
- saber utilizar diferentes métodos formativos para transmitir conocimientos, así como para sensibilizar y cambiar actitudes.
- planificar y desarrollar cursos de LM, niveles I y II.

Se desarrolla a lo largo de un curso teórico-práctico de 20 horas de formación y 3 días de duración que aborda el temario teórico a desarro-

llar en todos los cursos, las técnicas docentes en la educación de adultos, y conceptos de organización y gestión de cursos y prácticas.

Estos cursos están diseñados para un máximo de 10 alumnos (formadores). Al finalizar el curso, los aspirantes a formadores/as, convenientemente tutelados, deben impartir un curso IHAN de nivel I a un grupo de 30 alumnos.

Cursos prácticos avanzados sobre lactancia materna, dirigidos a profesionales que habiendo realizado cursos de formación de formadores, quieran desarrollar las habilidades aprendidas.

Uno de los objetivos fundamentales de los cursos IHAN es que el alumnado aprenda a transmitir los conocimientos adquiridos y a ayudar a la resolución de casos clínicos. Las técnicas de consejería integradas en los cursos, con prácticas de «rol-play» y entrevistas reales con madres, son una herramienta eficaz para conseguirlo. Los cursos avanzados pretenden ejercitar y profundizar en estas técnicas, enfrentándose y haciendo el seguimiento de casos reales, con sesiones clínicas y discusión de casos.

Está dirigido a profesionales que han realizado el curso de formación de formadores y que quieran profundizar en el manejo de las habilidades aprendidas.

La selección de candidatos se realiza por el Comité de Formación de la IHAN en función de las solicitudes, méritos e idoneidad de los candidatos teniendo en cuenta las propuestas de las Sociedades Profesionales o de los Servicios de Salud autonómicos.

Se trata de un curso eminentemente práctico de 8 horas de duración desarrollado durante 2 días, mediante entrevistas a madres lactantes con dificultades. El número máximo de asistentes es de 12, y se imparte por en pequeños grupos de 3 alumnos por cada tutor.

Evaluación

La asistencia a las actividades docentes por parte de los alumnos que se inscriben a un curso es obligatoria y se supervisa mediante una ficha de control. Se exige la asistencia al 85% de las horas lectivas teóricas y al 100% de

las horas de prácticas. El incumplimiento de la asistencia supone la pérdida automática del derecho a obtener el correspondiente Certificado/ Título.

Antes y después de finalizado el curso, los alumnos rellenarán un cuestionario de preguntas tipo test relacionadas con los contenidos del curso, mediante el cual se evalúan sus conocimientos y el aprovechamiento del curso. Además, durante los cursos se realiza una evaluación continuada para asegurar la adquisición de conocimientos teórico-prácticos.

Al final del curso, los alumnos rellenan un cuestionario para evaluar la utilidad del curso puntuando los contenidos, la metodología y el profesorado.

En los últimos años y en colaboración con otras entidades la IHAN ha realizado cursos de formación para profesionales en distintas Comunidades Autónomas.

Estos cursos están basados en los cursos de la OMS y contienen, además de una parte teórica, un volumen importante de formación práctica que se realiza en grupos pequeños y mediante entrevistas con madres. Todos ellos están adecuados en tiempo y contenido a las características de los profesionales, teniendo también en cuenta las posibilidades reales de asistencia a cursos por parte de éstos en nuestro entorno. Son cursos de **diferentes niveles** para profesionales con y sin responsabilidad directa en salud materno-infantil, cursos de formación de formadores y cursos para Médicos Internos Residentes de pediatría y ginecología. El temario detallado se encuentra disponible en www.ihan.es.

La mayoría de los cursos que imparte la IHAN han sido **acreditados** por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Desde noviembre de 2008 a abril de 2010 se realizaron un total de 27 cursos que suponen un total de 476 alumnos, 31 formadores y 147 MIR

En todos los cursos se ha realizado una **prueba de conocimientos** con objeto de valorar el aprendizaje, y se han encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después del curso, lo que demuestra su efectividad.

También hemos encontrado resultados muy positivos en las **encuestas de satisfacción** que los alumnos tienen que rellenar al finalizar los cursos, y en las que se valoran los contenidos, la metodología y la actividad docente de todos los profesores.

Centros de salud IHAN

La estrategia IHAN se aplicó inicialmente en los hospitales y servicios de maternidad, pero el apoyo continuado a la madre que amamanta tras el alta,

es tan necesario como en los primeros días de vida, por lo que su extensión a los servicios comunitarios resulta imprescindible para conseguir los objetivos propuestos. Diversos países —Reino Unido, Irlanda, Francia, Suecia, Noruega, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Argentina, Chile, Perú, Paraguay, Uruguay o Ecuador— han desarrollado programas con esta finalidad: *Baby Friendly Community Initiative* o *Iniciativa Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño*.

En 2010, conscientes de la importancia que la Atención Primaria tiene en el mantenimiento, apoyo y promoción de la lactancia materna, la IHAN España y con el apoyo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), puso en marcha el proyecto Centros de Salud IHAN (CS-IHAN).

El proyecto en grandes líneas es una réplica del desarrollado previamente en hospitales, resumiendo en 7 pasos las recomendaciones que debe cubrir una buena asistencia a las madres lactantes después del alta hospitalaria. Esta Iniciativa proporciona al personal de salud que trabaja en el ámbito comunitario un programa de acreditación eficaz, basado en pruebas científicas, para conseguir que la protección, promoción y apoyo a la LM sean la norma en el Centro de salud (CS). La acreditación de un centro como CS-IHAN implica la plena implantación de los *Siete pasos* (tabla II), y la observancia rigurosa de las recomendaciones del *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas.

Tabla II. Los Siete Pasos de los Centros de Salud IHAN

- | |
|--|
| Paso 1: Disponer una Normativa por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro. |
| Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud para llevar a cabo la Normativa. |
| Paso 3: Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo. |
| Paso 4: Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 h. tras el alta hospitalaria. |
| Paso 5: Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente. |
| Paso 6: Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes. |
| Paso 7: Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales. |

Objetivos

Transformar un CS para conseguir la acreditación IHAN tiene como objetivo mejorar la salud de mujeres, lactantes, familias y medio ambiente mediante una asistencia de calidad que permita a las mujeres y sus familias tomar decisiones de forma compartida e informada, según sus necesidades.

En definitiva se trata de:

- Capacitar a las madres para que puedan mantener la LM de acuerdo a sus deseos y a las recomendaciones actuales.
- Fomentar el desarrollo de grupos de apoyo madre a madre y de talleres de LM en todos los centros.
- Conseguir que los CS sean lugares de apoyo, protección y promoción de la LM.
- Promover la LM exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar amamantando, junto con una alimentación complementaria adecuada desde entonces hasta los dos años, o más, siempre que la madre y el niño lo deseen.

Si una madre, con una información adecuada, opta por la lactancia artificial, los profesionales sanitarios le apoyarán en su decisión y le ayudarán a utilizar los productos artificiales de forma correcta.

Los siete pasos

- **Paso 1:** Disponer de una **Normativa de Lactancia Materna**, documento escrito con los objetivos, principios y estándares mínimos aplicables en la atención a gestantes, madres lactantes y sus hijos. Será de obligado cumplimiento para el personal del centro y, sistemáticamente, se pondrá en conocimiento de todos los profesionales, voluntarios y usuarios.
- **Paso 2: Capacitar a todo el personal** del CS para llevar a cabo la Normativa. Se deberá realizar un plan de formación que garantice a todos los profesionales del centro los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica diaria, según su responsabilidad y categoría profesional. Se recomienda una formación:
 - Teórico-práctica completa (20 horas), para los profesionales responsables del cuidado de gestantes, madres lactantes y sus hijos

(matronas, enfermeras de pediatría, pediatras y, en algunos centros, médicos de familia y enfermeras comunitarias).

- Básica (4 horas), para sanitarios que no sean responsables directos del cuidado de gestantes, madres lactantes y sus hijos (médicos de familia y enfermeras comunitarias en algunos centros).
- Mínima (2 horas), para el resto de los profesionales (administrativos, celadores, trabajador social...).

- **Paso 3: Informar a todas las gestantes** y a sus familias de los beneficios de la LM para la salud de la madre y el niño, y cómo ponerla en práctica. Se facilitará información suficiente y actualizada sobre la importancia de:

- El contacto precoz, contacto piel con piel, no separación madre-hijo.
- Amamantar a demanda sin restricciones.
- La posición y agarre correctos para el éxito de la lactancia.
- La LM exclusiva seis meses.
- Evitar tetinas y chupetes en las primeras semanas.

Además, en las sesiones grupales no se incluirá la enseñanza sobre preparación de biberones o fórmulas. Se pondrán en marcha actividades para gestantes de colectivos con menor prevalencia de LM en la zona.

- **Paso 4: Ayudar y apoyar a las madres en el inicio de la lactancia.** Se establecerán mecanismos de coordinación con la Maternidad de referencia para garantizar la recepción del RN en las primeras 48 – 72 h. tras el alta hospitalaria. En esta primera visita se ofrecerá apoyo individualizado para una correcta instauración de la lactancia mediante:

- Evaluación de una toma.
- Ayuda para un enganche eficaz.
- Detección activa y precoz de problemas.
- Recomendación del contacto piel con piel.

Se programarán visitas sucesivas con la periodicidad necesaria para asegurar una LM adecuada. En todas las visitas al CS se facilitará apoyo para la instauración y mantenimiento efectivo de una lactancia feliz.

- **Paso 5: Ayudar y apoyar a las madres a mantener LM exclusiva** hasta 6 meses y a continuar amamantando, junto con la alimentación complementaria adecuada, hasta 2 años o más, mientras la madre y el niño lo deseen. Todos los profesionales conocerán la

edad y la forma apropiadas para introducir alimentos complementarios y serán capaces de explicar por qué no antes de los 6 meses. Todas las madres recibirán formación para extraer manualmente la leche. Sólo se aconsejarán suplementos si están clínicamente indicados y en ningún caso se facilitarán muestras ni cupones de alimentos o bebidas diferentes de la LM. Se facilitará asesoría y planificación individualizada en caso de separación de la madre y el hijo para poder mantener la LM exclusiva.

- **Paso 6:** Ofrecer una **atmósfera receptiva** a la LM y abrir puertas a los grupos de apoyo locales y a la comunidad. El CS acogerá el amamantamiento en todo su recinto y lo expresará. Si es posible, contará con un espacio para las madres que deseen amamantar en privado. Se recomienda la figura del responsable de LM identificado y fácilmente accesible. Se realizarán actividades de promoción y divulgación de la LM en la zona.
- **Paso 7:** Implantar los **talleres** de lactancia e impulsar los **grupos de apoyo** locales. Serán dirigidos por profesionales del centro y se fomentará la colaboración con grupos voluntarios de apoyo. Se invitará a los grupos de apoyo a las reuniones que contribuyan al desarrollo de la Normativa de LM del centro.

Como requisito indispensable se garantizará a las madres que decidan no amamantar un apoyo individual para alimentar a sus hijos de una forma segura y adecuada, y conseguir el mejor vínculo. Se les prestará la misma atención y cuidados que a las madres que amamanten.

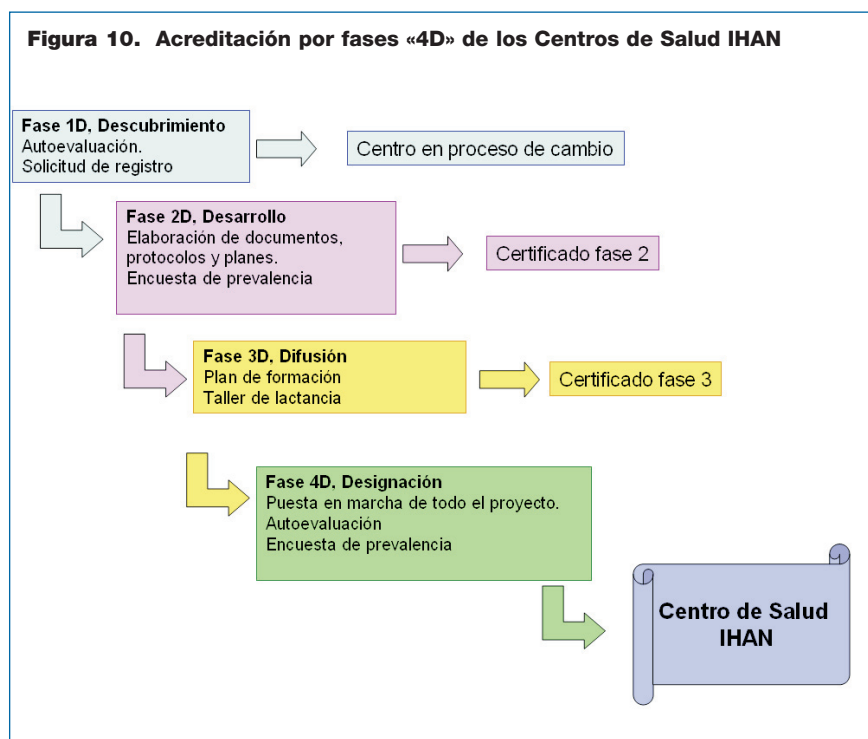
Desarrollo de la iniciativa CS-IHAN

La plena acreditación IHAN de un CS es un proceso complejo que exige un importante esfuerzo de los profesionales implicados y de los responsables de la Administración. Una **aplicación escalonada en fases** permite plantear metas cercanas y una mejor planificación administrativa.

Para iniciar el proceso será necesario el acuerdo de los profesionales del CS y la conformidad de la autoridad competente, que apoyará el proceso y sufragará sus costes. Se constituirá un Comité de Lactancia del CS con representación de todas las categorías profesionales y de las madres. Se nombrará un responsable del mismo.

Las iniciativas individuales exigen mucho esfuerzo y a menudo conducen al desánimo. Es muy recomendable la existencia previa, o la constitución desde el comienzo, de una Comisión de Lactancia de Departamento o Área de Salud. Deberán estar representados todos los estamentos asistenciales implicados, incluidos representantes de la administración, de la Maternidad de referencia y madres de grupos de apoyo, o talleres de lactancia. Esta Comisión respaldará al Comité del CS.

Se establece un proceso en cuatro fases, «4D», similar al desarrollado para hospitales: descubrimiento, desarrollo, difusión y designación (Fig. 10):



Fase de Descubrimiento (1D):

En esta fase será necesario:

- Rellenar el cuestionario de autoevaluación, que permite conocer el punto de partida y elaborar un plan de acción, y remitirlo a la IHAN por vía telemática.

- Enviar el formulario de solicitud de registro con la autorización y acuerdo con el proyecto, por escrito y firmado por la autoridad competente.

Tras la recepción de ambos, el CS aparece en la web de la IHAN como **Centro de Salud aspirante en proceso de cambio**.

Fase de Desarrollo (2D):

En la fase 2D se elaboran todos los documentos, protocolos y planes necesarios para el cambio:

- Normativa de lactancia del CS.
- Plan de difusión de la normativa de LM a los usuarios del CS y a todos los profesionales, incluidos los de nueva incorporación.
- Plan de formación del personal por categorías junto con el sistema de control de asistencia y el nombre del responsable.
- Plan de educación de las gestantes: material educativo, sistema de registro y plan para colectivos de especial riesgo.
- Sistema de coordinación con la(s) Maternidad(es) de referencia para recibir a la madre y al RN a las 48-72 h tras el alta.
- Protocolo de actuación con la madre y el RN en las primeras visitas y en el seguimiento.
- Planificación de los talleres de LM: contenidos, organización, profesionales implicados.
- Mecanismo de información a las madres y familias sobre los recursos de apoyo a la lactancia en la zona.
- Material informativo para madres y familias.
- Sistema de recogida de datos de prevalencia y resultados al inicio del proceso.

Una vez elaborados, se remitirán a la IHAN junto con los datos generales del CS, zona de influencia y la composición de las Comisiones de Lactancia. Tras la aprobación por parte de la IHAN de los documentos enviados se obtendrá el **Certificado de superación de la Fase 2 (Desarrollo)**.

Fase de Difusión (3D):

La fase 3D incluye la ejecución del plan de formación y la puesta en marcha del taller de LM. Para su evaluación se enviará a la IHAN la documentación que lo acredite:

- Plan de formación:
 - Programas y profesores.
 - Registros de actividad y asistencia.
 - Resultados de las evaluaciones pre y post-curso.

- Actividades del taller de lactancia:
 - Registros de asistencia.
 - Profesionales implicados.
 - Programación y actividades (periodicidad de las reuniones, lugar de reunión, duración).

Aprobados los documentos se obtiene el **Certificado de haber superado la fase 3 (Difusión)**.

Fase de Designación (4D):

El CS pone en marcha lo aprendido y planificado, se autoevalúa y, cuando se considera preparado para la designación, remite a la IHAN:

- Nueva autoevaluación.
- Si se han introducido cambios en los documentos o procedimientos, respecto a las fases previas, se comunicarán y detallarán para evaluar su idoneidad.
- Certificado de Cumplimiento del *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*.
- La solicitud de acreditación y una declaración del Coordinador del Centro y del Responsable de la LM sobre la veracidad de los documentos enviados.

El CS podrá recibir la Designación IHAN si los documentos enviados son aprobados y se comprueba una mejoría en los indicadores de lactancia respecto a los obtenidos en la fase de desarrollo. Si la evaluación es positiva, el CS obtendrá la **Acreditación CS-IHAN** que se entregará en una reunión en el centro junto con los resultados.

Monitorización y re-acreditación:

Para mantener la acreditación, los CS deberán enviar a la IHAN, cada dos años, documentación que avale el cumplimiento de los requisitos (autoevaluación y encuesta de prevalencia). La IHAN podrá enviar evaluadores

para comprobar el correcto funcionamiento en cualquier momento, cuando lo estime oportuno o si se produjeran denuncias de madres o profesionales.

El programa de la IHAN se ofrece a los CS como una oportunidad de mejora ya ensayada y probada. El proceso de cambio de protocolos y prácticas tiene la máxima importancia, incluso mayor que la acreditación en sí misma. Desarrollar la estrategia CS-IHAN significa adoptar prácticas de calidad y trabajar en favor de la salud de las mujeres y los niños. En la Web www.ihan.es se puede ampliar la información aquí expuesta.

Bibliografía

- Aguayo Maldonado J. La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Beca SAS 70/00.; 2005.
- Arena AJ. La lactancia materna en la «Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño». An Esp Ped (Barc). 2003;58:208-210.
- Bariuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. An Esp Pediatr. 2000;52(3):225-31.
- Broadfoot M, Britten J, Tappin DM and MacKenzie JM. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. Arch Dis Child Fetal and Neonatal Ed. 2005; 90:F114-F116.
- Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ. 2001; 323:1358-62.
- Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. *Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea*. 2006. [Fecha de consulta 8 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index62.asp>
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr. 1999;50(4):333-340
- Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. OMS. 2008. [Fecha de consulta 7 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/who_cdr_93_3/en/index.html
- De la Torre MJ, Martin-Calama J, Hernandez-Aguilar MT; Spanish Committee on Human Lactation, Spanish Paediatric Association. Breast-feeding in Spain. Public Health Nutr. 2001;4(6A):1347-51.
- Estévez González MD, Martell CebriánD, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatr. 2002;56(2):144-50.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. [monografía en Internet]. Luxemburgo; 2008 [acceso 25 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf>
- European Commission. Directorate of Public Health and Risk Assessment. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. 2006. [Fecha de consulta 7 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
- Feldman-Winter L., Barone L., Milcarek B., Hunter K., Meek J., Morton J., Williams T., Naylor A., Lawrence R.A. Residency curriculum improves breastfeeding care. Pediatrics. 2010 Aug;126(2):289-97. Epub 2010 Jul 5

- Flores B, Tembourny MC, Muñoz MC, Román E. Dificultades frecuentes para la acreditación como Hospital Amigo de los Niños: nuestro abordaje. *Rev Calidad Asist.* 2008; 23(6):264-270.
- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2005 Feb;115(2):496-506.
- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la Práctica Pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc).* 2005; 63(4): 340-56.
- Hernández Aguilar MT, Aguayo MJ. Lactancia materna. Cómo promover y apoyar el amamantamiento en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *An Pediatr (Barc).* 2005;63:340-56.
- Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Marijuan MC, Martín Calama J. La Lactancia Materna en la Comunidad Valenciana. Análisis Multivariante de una encuesta a 6000 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6(21):19-37.
- IHAN España. Centros de Salud. [Fecha de consulta 8 de mayo de 2011] Disponible en <http://www.ihan.es/index2.asp>
- IHAN. Documentación relativa a Hospitales IHAN. 2011 [acceso 25 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index20.asp>
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus *JAMA.* 2001; 285(4):413-20.
- Martín-Calama J, Bargañó Bassols JM, Sanchez Villares E. Lactancia natural. Diez preguntas de actualidad. *An Esp Pediatr* 1985. 22, 149-155.
- Martin-Calama J, Casares I, Rodriguez P, Orive I. El cambio de conducta en el amamantamiento a nivel mundial. Revision 1920-1985. *An Esp Pediatr* 1986, 25, 39-44.
- Martin Calam. La Industria dietética y la Promoción de la Lactancia Materna. *Actualidad Nutricional.*1995. 21: 4-10.
- Martín-Calama Valero J. Sesión de controversia Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. 58ª Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Zaragoza; 2009.
- Martínez Fernández MR, Grifo Peñuelas MJ, Canicatti Galiano AM, Sanz Rosado AV, Hindi B et al. Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta. *Semergen.*2004;30(4):159-163.
- Merewood A., Mehta SD, Chamberlain LB, Philipp BL, Bauchner H. Breastfeeding rates in US Baby-Friendly hospitals: results of a national survey. *Pediatrics.* 2005; 116(3):628- 634.
- Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level?. *Pediatrics.* 2005; 116(5).
- OMS & UNICEF, Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, [monografía en Internet]. OMS: 2003 [acceso 25 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>
- OMS. Global strategy on infant and young child feeding. Executive Board. 55th World Health Assembly. 16 de abril de 2002. A55/15. Ginebra. [Fecha de consulta 7 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html>
- OMS. Pruebas Científicas de los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: OMS; 1998.
- Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. WHO/CDR/93.4. UNICEF/NUT/93.2. 1993. [Fecha de consulta 7 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/index.html>
- Pallás CR, Baeza Pérez-Fontán C, Grupo de Trabajo sobre Prevención en la Infancia y Adolescencia del PAPPS-semFYC. El médico de familia y la formación en lactancia materna. *Aten Primaria.*2006;38(2):67-8.
- Palomares GimenoMJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nacher Fernández A, Palau Foster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Rev Pediatr Aten Primaria.*2001;3(11):393-402.

- Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijóo A, Martí Barranco E, Bernat Ferrer A, Ferriol Camacho M, et al. Lactancia materna: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural. *Aten Primaria*. 1999;24(6):337-43.
- Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained Breastfeeding Rates at a US Baby-Friendly Hospital. *Pediatrics*. 2003; 112:e234–e236.
- Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS et al. Baby-Friendly Hospital Initiative Improves Breastfeeding Initiation Rates in a US Hospital Setting. *Pediatrics*. 2001; 108(3):677– 681.
- Philipp BL, Merewood A. The Baby-Friendly way: the best breastfeeding start. *Pediatr Clin North Am*. 2004; Jun;51(3):761-83.
- Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. [Fecha de consulta 7 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
- Ruiz I, Sullivan K, Laurent S, Canela J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pediatras españoles respecto a la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 1994;40(supl 62):77.
- Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 1999 Mar;103(3):E35.
- Spear HJ. Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: a descriptive survey. *Nurse Educ Today*. 2006;26(4):332-7.
- Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58(3):263-7.
- The Baby Friendly Initiative. Best practice in community health-care services. [Fecha de consulta 2 de enero de 2011] Disponible en: <http://www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=71>
- UNICEF. Dirección Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Gobierno Argentino, editor. Lineamientos para su implementación. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; 2004.
- United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989 <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
- Zakarija-Grkovic I., Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour course in improving health professionals' knowledge, practices, and attitudes to breastfeeding: before/after study of 5 maternity facilities in Croatia. *Croat Med J*. 2010 Oct 15;51(5):396-405

ANEXO I. Hospitales Acreditados IHAN y Hospitales en proceso de acreditación

HOSPITALES IHAN JULIO 2011

Hospital Josep Trueta	Avda. de França, s/n	17007	Girona	Girona	972940200
Hospital Joan XXIII	Doctor Mallafre Guasch, s/n	43007	Tarragona	Tarragona	977295800
Hospital de Jarrío	Jarrio - Coaña s/n	33719	Jarrio-Coaña	Asturias	985639300
Hospital Asilo de Granollers	Avda. Francisco Ribas, s/n	08402	Granollers	Barcelona	938491011
Hospital Carmen y Severo Ochoa	Ctra. de Letariegos, s/n	33800	Cangas de Narcea	Asturias	985812346
Hospital de Zumárraga	Barrio Arguixauo, s/n	10700	Zumárraga	Guipúzcoa	943035000
Hospital Mora d'Ebre	Benet Messeguer, s/n	43740	Mora d'Ebre	Tarragona	977401674
U.S.P Insitut Dexeus	Sabino Arana, 5-19	08028	Barcelona	Barcelona	932274747
Hospital Virgen del Castillo	Avda. de La Feria, s/n	30510	Yecla	Murcia	968719800
Hospital Do Salnes	Ande/Rubians, s/n	36600	Vilagarcía de Arousa	Pontevedra	986568000
Hospital de Fuenlabrada	Camino del Molino, 2	28019	Fuenlabrada	Madrid	916006002
Hospital de Laredo	Avda. Derechos Humanos s/n	39770	Laredo	Cantabria	942638500
Hospital Costa del Sol	Autovía A-7, Km. 187	29603	Marbella	Málaga	951976669
Hospital de Barbastro	Ctra. Nacional 240	22300	Barbastro	Huesca	974249000
Hospital Puerta de Hierro	Manuel de Falla s/n	28220	Majadahonda	Madrid	911916437
Hospital 12 de Octubre	Avenida de Córdoba s/n	28041	Madrid	Madrid	913908272
Hospital Marina Alta*	Pda. Benitlà s/n	03700	Denia	Alicante	966429000

*Este Hospital fue Hospital HAN desde 1999 a 2008, año en que dejó de existir

HOSPITALES EN PROCESO DE CAMBIO - JULIO-2011

Hospital General de Elche	Camino De La Almazara, 11	03202	Elche	Alicante	966616173
Hospital Severo Ochoa	Avenida De Orellana S/N.	28911	Leganes	Madrid	914818468
Hospital Alcañiz	Dr.Repolles S/N		Alcañiz	Teruel	
H. Hellin	Juan Ramon Jimenez S/N	02400	Hellin	Albacete	967309559
Hospital De Palamos	C/ Hospital 17/19	17230	Palamos	Girona	972600160
Hospital de Villarobledo	Avda. Miquel De Cervantes		Villarobledo	Albacete)	967133001

HOSPITALES EN FASE 1D, -JULIO -2011

Hospital La Merced	Avda de la Constitución	41640	Osuna	Sevilla	955077454
Hospital Infanta Cristina	Avenida 9 de junio, 2	28981	Parla	Madrid	911913332
Hospital Gutiérrez Ortega	Avda. Estudiantes s/n	13300	Valdepeñas	Ciudad Real	926320200
Hospital Príncipe de Asturias	Cart Alcalá-Meco sn	28803	Alcalá de Henares	Madrid	918878101

Parte II.

Revisión de la Evidencia sobre la eficacia de los 10 pasos para el éxito de la lactancia materna de OMS-UNICEF

Los recién nacidos y los lactantes son especialmente vulnerables debido a su inmadurez y a los requerimientos nutricionales derivados de su rápido desarrollo y crecimiento en este periodo. La lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros 6 meses de vida y complementada hasta los 2 años o más con alimentos adecuados y preparados y presentados de manera adecuada consiguen un crecimiento y desarrollo del potencial individual óptimo (1-2). Además la alimentación con lactancia materna protege a la criatura recién nacida de gastroenteritis e infecciones respiratorias (3-5) además de protegerle de enfermedades infecciosas, juega un importante papel en la protección frente a la otitis (6) la infección urinaria (7), la diabetes mellitas (8) la obesidad (9) y las enfermedades crónicas del adulto (10).

Por otra parte además de la superioridad nutricional e inmunológica de la leche materna frente a los sucedáneos, la alimentación con estos se asocia a riesgos específicos a los que los lactantes amamantados no están expuestos, como la hiper o hipo concentración en la reconstitución, el riesgo de infección por contaminación bacteriana o química del polvo o del agua o de los envases o tetinas (11).

El amamantamiento beneficia también a la mujer que amamanta y así las mujeres que no amamantan tienen un riesgo aumentado de desarrollar cáncer epitelial de ovario (12), de cáncer de mama (13), de osteoporosis (14) y artritis reumatoide (15).

Para los sistemas de salud y para la sociedad en su conjunto, el amamantamiento supone un importante ahorro tanto en días de enfermedad y en gasto sanitario como en bajas laborales de los progenitores de los lactantes amamantados (16).

Las tasas de amamantamiento son inaceptablemente bajas en España y menores aún entre grupos sociales vulnerables. Muchas madres necesitan apoyo personalizado para establecer un amamantamiento con éxito y puesto que la mayoría de los niños españoles nacen en hospitales, es absoluta-

mente necesaria la adopción de intervenciones como las que promueve la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. Estas son efectivas para promocionar y apoyar la iniciación y aumentar la duración de la lactancia materna y deberían convertirse en un Standard de Cuidados Mínimos (17).

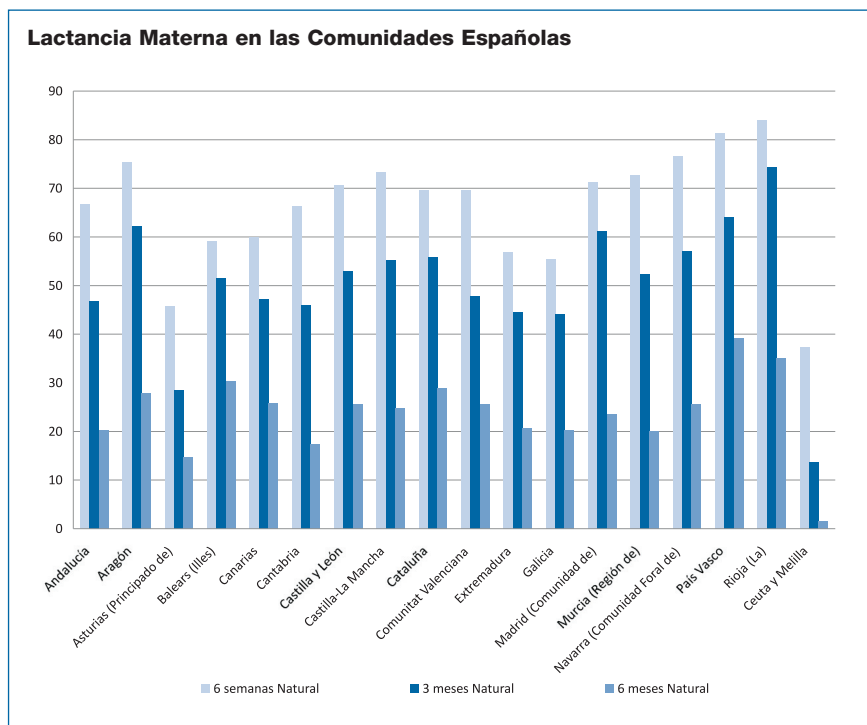
Tabla I. Prevalencia y duración de la lactancia materna por Comunidades, Encuesta Nacional de Salud 2006, INE 2008

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
Total	68,4	2,27	29,34	52,48	10,83	36,70	24,72	14,03	61,25
Andalucía	66,83	1,86	31,31	46,88	15,56	37,56	20,20	15,45	64,35
Aragón	75,42	6,68	17,90	62,17	9,47	28,37	27,85	19,95	52,20
Asturias	45,80	1,83	52,37	28,47	15,97	55,55	14,68	7,25	78,07
Baleares	59,21	2,33	38,46	51,53	5,21	43,26	30,27	13,23	56,50
Canarias	60,04	0	39,96	47,18	1,08	51,74	25,77	3,18	71,05
Cantabria	66,37	4,27	29,36	45,90	16,31	37,79	17,47	8,62	73,92
Castilla y León	70,59	1,26	28,15	53,07	7,63	39,29	25,61	20,67	53,72
Castilla-La Mancha	73,21	3,26	23,53	55,26	20,49	24,25	24,75	18,98	56,27
Cataluña	69,57	1,17	29,25	55,88	9,68	34,45	28,89	10,01	61,10
C. Valenciana	69,65	4	26,35	47,74	14,09	38,17	25,61	14,53	59,86
Extremadura	56,97	2,94	40,08	44,47	11,72	43,81	20,64	11,21	68,15
Galicia	55,40	1,31	43,28	44,05	7,98	47,97	20,15	9,92	69,93
Madrid	71,17	2,63	26,20	61,17	6,74	32,09	23,54	17,93	58,53
Murcia	72,77	2,05	25,18	52,34	8,52	39,14	20,14	13,18	66,68
Navarra	76,58	2,04	21,39	57,03	14,26	28,71	25,69	21,11	53,20
País Vasco	81,37	0	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja	84,11	0	15,89	74,37	0	25,63	35,02	19,89	45,1
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,10	92,3

Las Instituciones Sanitarias suelen en su infraestructura ser intrínsecamente conservadoras y las nociones y rutinas difíciles de cambiar. Las rutinas e ideas sobre el cuidado neonatal en las Maternidades no son una excepción. De modo que los cambios necesarios para la promoción y el apoyo de una maternidad fisiológica y el éxito de la lactancia materna en el sentido que recomienda la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños no son fáciles de introducir (18). De acuerdo con las conclusiones de diversas reuniones internacionales al respecto existen diversas barreras que se alzan frente al éxito de esta misión: la falta de apoyo gubernamental y de la admi-

nistración hospitalaria, la resistencia al cambio de la clase médica y otros profesionales y la influencia de la industria son algunos de ellos. En la reunión de expertos de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (Barcelona, 2004) (19), con representación de la mayoría de los países europeos, pareció claro que una de las principales barreras es la falta de apoyo y fondos de gobiernos, oficina local de UNICEF y otras autoridades competentes ya que el cambio basado sólo en el trabajo de voluntarios es difícil que alcance el éxito deseado.

A pesar de que en la actualidad, en nuestro país, la mayoría de las madres embarazadas acuden a controles prenatales fuera de las maternidades y que la estancia en las mismas se ha acortado considerablemente, sigue siendo fundamental que en estas instituciones se acate el Código de Comercialización de Sucedáneos (20) y que se instituyan los 10 pasos hacia un amamantamiento feliz (21) de la OMS/UNICEF para asegurar que aquellas madres que están motivadas y son capaces de amamantar tengan una oportunidad justa para hacerlo y que se les ofrezca el apoyo que necesitan para continuar amamantando durante tanto tiempo como madre e hijo deseen.



Declaración conjunta OMS/UNICEF de 1989

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán cumplir los siguientes ***Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.***

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicados
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia materna a demanda
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica

Paso 1. «Desarrollo y adopción de Políticas sobre Lactancia Materna en las Maternidades»

Descripción

La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1991 y revisada en 2005 contempla como el primer paso hacia la transformación de las Maternidades en Amigas de la Madre y el Niño, el desarrollo, publicación y diseminación por la Institución de una Política escrita sobre alimentación del recién nacido, el lactante y el niño pequeño que contenga los 10 Pasos de la IHAN y proteja el amamantamiento al acatar el Código de Comercialización de Sucedáneos.

La Política debe ser de obligado cumplimiento para los trabajadores de las instituciones sanitarias (maternidades y centros de salud) y haber sido desarrollada de modo consensuado por todos los trabajadores que tengan alguna responsabilidad en el cuidado de la salud de madres y niños y niñas pequeñas.

Debe estar disponible de manera que cualquier trabajador de la Institución pueda consultarla en cualquier momento y los resúmenes de la Política que se expongan al público, deben contener como mínimo, los 10 pasos, El Código y las Resoluciones que a él se refieren de la Asamblea Mundial de la Salud. Estos resúmenes deben estar expuestos de forma claramente visible en todas las áreas de cuidado prenatal, paritorios y salas de maternidad, así como en las áreas de hospitalización, consultas y zonas comunes en donde hay paso de de madres y lactantes o niños y niñas pequeños, en las lenguas que se hablen de forma habitual en la Comunidad, de modo claro e inteligible para la mayoría de las madres y sus familiares.

Fundamento

Las Políticas o Normativas de las Instituciones Sanitarias tienen como objetivo recoger las actuaciones de obligado cumplimiento en consonancia con el Código Ético de las mismas.

En España la mayoría de los niños y niñas nacen en hospitales. Los cuidados recibidos durante los primeros días de estancia en la Maternidad y las prácticas profesionales en la misma influyen de forma decisiva sobre el establecimiento de la lactancia.

El establecimiento de una política de promoción y apoyo a la lactancia materna, consensuada por todos los sectores profesionales implicados, por la gestión-dirección del hospital y por los grupos de apoyo locales permite:

- establecer un camino a seguir y orientación sobre cómo hacerlo,
- establecer una atención coherente y de calidad, basada en la evidencia científica actual para las madres y sus criaturas recién nacidas y
- establecer objetivos que pueden ser evaluados.

Evidencia

Beneficios

Varias publicaciones muestran las ventajas de una norma estricta para aumentar la eficacia de las intervenciones.

Relucio y Clavano (23) en las Filipinas, Pichaiapat (24) en Tailandia y Valdés (25) en Chile mostraron cómo la mejora de las prácticas hospitalarias puede aumentar la lactancia materna. También describen cómo, para cambiar las prácticas, fue necesario cambiar las normas y hacer que el personal médico y de enfermería conociera y comprendiera dichas normas. Popkin y cols. (26) evaluaron un programa nacional de promoción de la lactancia materna realizado en Honduras entre 1982 y 1988. Los hospitales adoptaron normas de lactancia precoz y alojamiento conjunto, y suprimieron los regalos de leche y biberones a las madres. El inicio y la duración de la lactancia materna aumentaron significativamente, y los autores concluyeron que los cambios en las normas hospitalarias y la capacitación fueron los principales elementos del programa.

McDivitt y cols. (28) en Jordania, evaluaron una campaña en los medios de comunicación para promover el inicio precoz de la lactancia materna y la toma del calostro. La campaña sólo tuvo éxito en aumentar el inicio precoz entre las madres que daban a luz en su casa o en hospitales cuyas normas favorecían dicha práctica. No hubo mejoras entre las madres que daban a luz en hospitales sin tales normas.

Heiberg y cols (29) describen tres encuestas sobre las prácticas relativas a la lactancia en los servicios de maternidad de Noruega entre 1973 y 1991. Se habían producido cambios considerables, aumentando el contacto precoz, el alojamiento conjunto durante el día y la lactancia a demanda. Sólo 16 de los 64 hospitales tenían una norma escrita sobre la lactancia y los autores observan que «la elaboración de una norma es, según los hospitales que han pasado por el proceso, muy útil y educativa.»

Perjuicios

No hay descritos perjuicios relacionados con el hecho de que las Instituciones de Salud escriban una política consensuada sobre lactancia materna que contenga los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural y el Código de Comercialización de Sucedáneos en su totalidad.

Para evitar que aquellas madres que no puedan o que no deseen alimentar a sus hijos al pecho reciban peor atención, la Política sobre Lactancia deberá recoger expresamente que estas madres deben recibir la misma calidad de cuidados, con información específica sobre como preparar los sucedáneos adecuadamente para evitar algunos de los riesgos inherentes al modo de reconstitución de los mismos (30).

Puntos débiles

Winikoff y cols. (31) observaron obstáculos institucionales a la lactancia materna en un hospital de los EE.UU. Los autores concluyeron que para conseguir el cambio eran esenciales dos elementos: la educación de los profesionales y la disposición del personal directivo a reevaluar las normas y las prácticas a las que éstas se refieren.

Garforth y García (32) cotejaron las normas y prácticas relativas a la lactancia en los distritos de salud de Inglaterra. Se realizó un estudio a profundidad en 8 distritos sanitarios. El contacto precoz entre madre e hijo y el alojamiento conjunto eran la norma en la mayor parte de los centros, pero las observaciones mostraron que no siempre se llevaban a la práctica. La ausencia de una normativa adecuada basada en la evidencia científica se interpuso con el establecimiento adecuado de la lactancia.

No se han encontrado descritos perjuicios a la elaboración de políticas integrales para la promoción y el apoyo a la lactancia materna en los hospitales.

Recomendación

Los hospitales y los Servicios de Salud deben desarrollar estrategias que mejoren la comunicación entre los profesionales que trabajan en los distintos niveles de salud (hospital y comunidad) y entre los distintos grupos profesionales así como con los grupos sociales implicados. Es necesario el compromiso de las autoridades a nivel político y administrativo para conseguir los cambios y los acuerdos necesarios.

Para mejorar la eficacia de la Normativa sobre lactancia materna, ésta debe contener al menos los 10 pasos hacia una Lactancia Natural, de OMS/UNICEF y el Código de Comercialización de Sucedáneos en su totalidad con las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud.

Además la normativa que debe ser de obligado cumplimiento, debe ser evaluada y monitorizada periódicamente y modificada de manera que se incluyan las mejoras que parezcan necesarias.

Son muchos los caminos para obtener la cooperación del personal directivo, pero en general se requiere un proceso de organización, como el establecimiento de un grupo de trabajo, de ser posible multidisciplinario, y la realización de reuniones hasta alcanzar el consenso. Es recomendable incluir personal de los servicios de salud materno-infantil, así como representantes de los grupos de apoyo a la lactancia, si existen. Tal colaboración

puede aumentar la difusión de las normas de lactancia fuera de la institución, y también puede ser una fuente útil de información y retroalimentación desde la comunidad.

Proceso de elaboración

El proceso es muy variable, pero debe incluir a expertos en la lactancia y evitar vínculos comerciales con productos y empresas regulados por el Código. Deben adaptarse a la realidad de cada hospital y cada comunidad, atendiendo de forma específica a las necesidades de los colectivos de mujeres más desfavorecidos.

La coordinación de la elaboración de una norma puede ser responsabilidad de un miembro designado del personal o de un pequeño comité, designado por la dirección del hospital, aunque es necesario que se incluya una representación de alto nivel de todos los sectores implicados.

La dirección y las jefaturas deben controlar la aplicación de la norma mediante inspección, supervisión y, si es necesario, la formación del personal responsable o acciones disciplinarias.

Fundamento de la recomendación

Es más fácil conseguir mejoras coherentes y mantenidas en las prácticas hospitalarias si existen normas específicas y apropiadas, preferiblemente como uno de los requisitos del ciclo habitual de control de calidad dentro de la institución.

Y requiere:

- 1) Normas apropiadas sobre todas las prácticas relativas a la lactancia materna, consensuadas entre las autoridades involucradas
- 2) Dichas normas deben ser explícitas en un documento escrito
- 3) Todo el personal y los pacientes deben conocer las normas.
- 4) La normativa debe definir objetivos y estandarizadas a alcanzar que sean medibles.

Además, las autoridades sanitarias deben comprometerse con las normas y ponerlas en vigor. La falta de compromiso y cooperación del perso-

nal directivo puede ser un importante obstáculo para la aplicación coherente de los Diez Pasos.

Una Normativa es necesaria para:

- asegurarse de que la dirección y otras personas con autoridad estén de acuerdo en cumplir y hacer cumplir aquellas prácticas que favorecen la lactancia materna
- hacer que el personal médico y de enfermería sienta el tema como propio
- elaborar recomendaciones aplicables a un entorno específico.

El proceso de elaboración de la Normativa es educativo en sí mismo, y puede ayudar a convencer al personal que anteriormente se mostraba ambivalente.

Barreras para el cambio

Existen informes sobre cómo diversos hospitales y servicios de salud se han reorganizado para desarrollar y poner en marcha una política de promoción y apoyo a la lactancia materna en sus servicios de maternidad, neonatología y pediatría (35).

La implantación de la IHAN debe encuadrarse dentro de los planes de Aseguramiento de la Calidad Total de los Hospitales. Y como tal estrategia de calidad incluye el diseño y consenso de una Política, la inclusión de los afectados (madres, profesionales y otros trabajadores) en la adaptación de la misma a las necesidades locales y la inclusión de mecanismos de evaluación, control y monitorización de procesos y resultados que permiten mejoras continuas en la Calidad de la Atención y por ende en la salud de la madre y el bebé.

Resumen

Es necesaria la presencia de un Coordinador Nacional de Lactancia y de un Consejo Asesor constituido por expertos en lactancia con la participación de la Administración, la cual deberá prestarle todo el apoyo económico y normativo necesario, para situar a la Lactancia Materna en el lugar prioritario dentro de las acciones en Salud Pública.

La estrategia IHAN debe ser aplicada como prácticas de rutina en todas las Instituciones de Maternidad de las distintas Comunidades Autónomas del Estado Español. En concreto:

- Las maternidades deben ser animadas a la obtención del Galardón IHAN de OMS/UNICEF
- Las administraciones autonómicas y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) deben reconocer y apoyar a las Maternidades que lo obtengan o lo hayan obtenido, de modo que se consiga mantener y avanzar en la continua mejora de la atención a las mujeres y a sus hijos en estos primeros momentos de la vida.

Es necesario establecer un sistema de monitorización de la lactancia materna a nivel estatal y por comunidades.

Bibliografía

- (1) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD003517.
- (2) Kramer MS, Guo T, Platt RW, Vanilovich I, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, et al. Feeding effects on growth during infancy. *J Pediatr* 2004 Nov;145(5):600-5.
- (3) Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999 May 15;318(7194):1316-20.
- (4) Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63-77.
- (5) Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003 Aug;78(2):291-5.
- (6) Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. *J Pediatr (Rio J)* 2006 Mar;82(2):87-96.
- (7) Marild S, Hansson S, Jodal U, Oden A, Svedberg K. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004 Feb;93(2):164-8.
- (8) Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA* 2005 Nov 23;294(20):2601-10.
- (9) Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obes Rev* 2009 Jan;10(1):76-86.
- (10) Bartington S, Foster L, Dezateux C. Evaluation of the UNICEF UK baby friendly initiative for the promotion of breastfeeding: findings from the millenium cohort study. *Archives of Disease in Childhood* 90(suppl II), A73-A76. 2009.
- (11) W.H.O. Infant and Young child nutrition. WHA60.32. Agenda Item 13.11. 26-5-2005.
- (12) Rea MF. [Benefits of breastfeeding and women's health]. *J Pediatr (Rio J)* 2004 Nov;80(5 Suppl):S142-S146.

- (13) Andrieu N, Goldgar DE, Easton DF, Rookus M, Brohet R, Antoniou AC, et al. Pregnancies, breast-feeding, and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study (IBCCS). *J Natl Cancer Inst* 2006 Apr 19;98(8):535-44.
- (14) Karlsson MK, Ahlborg HG, Karlsson C. Maternity and bone mineral density. *Acta Orthop* 2005 Feb;76(1):2-13.
- (15) Oliver JE, Silman AJ. Risk factors for the development of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2006 May;35(3):169-74.
- (16) Bonuck K, Arno PS, Memmott MM, Freeman K, Gold M, McKee D. Breast-feeding promotion interventions: good public health and economic sense. *J Perinatol* 2002 Jan;22(1):78-81.
- (17) Global strategy: breastfeeding critical for child survival--UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004 Mar;58(3):138-9.
- (18) Hofvander Y. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr* 2005 Aug;94(8):1012-6.
- (19) Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of reast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005 Feb;8(1):39-46.
- (20) Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler ML. [Impacts of the 10 Steps to Healthy Feeding in Infants: a randomized field trial]. *Cad Saude Publica* 2005 Sep;21(5):1448-57.
- (21) Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4(25):1-171.
- (22) World Health Organization. *Global Strategy for Infanta and Young Child Feeding*. 2003. Geneva, WHO.
- (23) Relucio-clavano N. How can hospitals encourage breastfeeding? Example from the Philippines. *Mothers Child* 1982;2(2):4-5.
- (24) Pichaipat V, Thanomsingh P, Pudhapongsiriporn S, Buranasin P, Phanidanunt M, Monkasasiri R. An intervention model for breast feeding in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1992 Sep;23(3):439-43.
- (25) Valdes V, Perez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr* 1993 Jun;39(3):142-51.
- (26) Popkin BM, Canahuati J, Bailey PE, O'Gara C. An evaluation of a national breast-feeding promotion programme in Honduras. *J Biosoc Sci* 1991 Jan;23(1):5-21.
- (27) Bradley JE, Meme J. Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge, attitudes and practices, 1982-89. *J Trop Pediatr* 1992 Oct;38(5):228-34.
- (28) McDivitt JA, Zimicki S, Hornik R, Abulaban A. The impact of the Healthcom mass media campaign on timely initiation of breastfeeding in Jordan. *Stud Fam Plann* 1993 Sep;24(5):295-309.
- (29) Heiberg EE, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr* 1995 Jul;84(7):719-24.
- (30) Feeding of nonbreastfed children from 6 to 24 months of age: conclusions of an informal meeting on infant and young child feeding organized by the World Health Organization, Geneva, March 8--10, 2004. *Food Nutr Bull* 2004 Dec;25(4):403-6.
- (31) Winikoff B, Myers D, Laukaran VH, Stone R. Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics* 1987 Sep;80(3):423-33.

- (32) Garforth S, Garcia J. Breast feeding policies in practice--'no wonder they get confused'. *Midwifery* 1989 Jun;5(2):75-8
- (33) Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol* 1994 Dec;18(6):517-24.
- (34) World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices : conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. 1. Infant nutrition. 2. Breast feeding. 3. Bottle feeding. 4. Feeding behavior. 5. Indicators. I. Dept. of Child and Adolescent Health and Development., editor. 2009.
- (35) Merewood A, Philipp BL. Implementing change: becoming baby-friendly in an inner city hospital. *Birth* 2001 Mar;28(1):36-40.

Paso 2. «Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la política de lactancia materna»

Descripción

Multitud de estudios han demostrado las ventajas que la lactancia materna presenta para los niños y sus madres (1).

Sin embargo, los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que las bajas tasas de lactancia materna y el abandono temprano son una constante en todos los países. Al constituir la lactancia materna un problema de salud pública, es necesario actuar de forma multidisciplinar. El objetivo al actuar mediante la formación sobre los/las profesionales sanitarios/as es incorporar conocimientos, habilidades y actitudes sobre las buenas prácticas relacionadas con la lactancia materna que permitan una ayuda efectiva a las mujeres que deseen amamantar.

Fundamento

La importancia de la práctica de la lactancia materna (LM) como factor determinante de la salud infantil y materna hace que la protección, promoción y apoyo de la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo de primer orden (2).

En la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna influyen negativamente muchos factores y entre ellos la escasa formación de los y las profesionales sobre LM (3, 4).

Por otra parte se sabe que la opinión del personal sanitario tiene una influencia sustancial en la decisión de la mujer para dar el pecho, y en su habilidad y deseo para continuar la lactancia (5) y que algunos profesionales carecen de las habilidades para manejar problemas derivados de la lactancia (5, 6).

Evidencia

Beneficios

A pesar de que es bien conocido que la educación a profesionales puede ser un prerrequisito para el éxito en las intervenciones de lactancia materna, una **revisión** sistemática no encontró evidencia de que la educación a profesionales como *elemento aislado* mejorara directamente la frecuencia de inicio o duración de la lactancia (7). Cursos intensivos sobre lactancia al comienzo del proceso de cambio pueden ser eficaces al aumentar el conocimiento de los profesionales de la salud y por tanto ser un componente importante en programas integrales para promover la lactancia. La duración de los programas evaluados variaba entre una hora y tres meses. Construir las habilidades necesarias requiere una combinación de instrucción formal y experiencia práctica. *Los cursos cortos se recomiendan para tomar conciencia del problema e incrementar la aceptación de la importancia de la lactancia materna y de su manejo, pero no para adquirir las habilidades necesarias.* Sin embargo los conocimientos y las actitudes de las mujeres mejoraron con la formación de los profesionales sanitarios como parte de una iniciativa de medidas más amplias en el sector sanitario que se traducen en mejores índices de prevalencia y duración de la lactancia materna (8).

Todo profesional de la salud que contacta con mujeres en edad reproductiva o con niños necesita un conocimiento básico de lactancia materna. Aquéllos que trabajan en áreas de maternidad necesitan mayor conocimiento y habilidades relacionadas directamente con lactancia materna. Además, es necesario contar con un grupo de profesionales altamente cualificados para tratar problemas complejos de lactancia. La educación es necesaria al menos en tres áreas: la importancia de la lactancia materna, el manejo de la misma (9) y la comunicación con mujeres embarazadas y madres lactantes.

Perjuicios

No se han encontrado descritos perjuicios en relación a la puesta en marcha de actividades formativas para los y las profesionales de la salud en relación a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Puntos débiles

La formación tanto de pregrado como de posgrado en las diferentes áreas de la salud que contemplan la lactancia materna es muy escasa y en algunos casos ausente.

Las investigaciones del contenido de la formación pregrado de medicina, de la formación de residentes en pediatría y de los libros médicos de consulta en atención obstétrica y pediátrica muestran que la materia recogida y las horas lectivas dedicadas a la formación en lactancia materna son claramente insuficiente en extensión, dedicación o importancia, y lo que es peor se constatan errores sobre lactancia materna que perpetúan la mala práctica del consejo médico o de su intervención no basada en evidencias científicas claras.

Ello lleva a perpetuar el uso de prácticas inadecuadas (actitudes negativas, consejos inapropiados, retiradas de lactancias por motivos injustificados, por ignorancia o por prejuicios infundados), a tener una mirada excesivamente benévola de los/las profesionales de la salud hacia los sucedáneos de la leche materna, y una falta de percepción de que su administración innecesaria puede suponer un riesgo y consecuentemente afectar negativamente a la lactancia natural (10).

Recomendación

Una de las principales razones de la mejora de las tasas de prevalencia de lactancia materna sigue siendo el conocimiento de los y las profesionales de la salud, tanto en conocimientos teóricos como prácticos, así como en el manejo de los problemas existentes para la puesta en marcha de la estrategia IHAN como el conjunto de criterios de buenas prácticas clínicas reconocidas para mejorar la salud de la población infantil.

Las necesidades de formación se encuentran reflejadas en múltiples documentos, entre ellos los diferentes estudios de prevalencia de la lactancia materna en España, el Proyecto de la Unión Europea sobre la Promoción de la lactancia en Europa, que incluyen la formación del personal sanitario en lactancia materna (11-14).

Lo que se hace habitualmente

Actualmente existen en todo el territorio español una gran oferta de cursos de lactancia materna basados la mayoría de ellos en los cursos cortos teóricos de 18 horas de la OMS/UNICEF (15), que han demostrado su valor para tomar conciencia del problema e incrementar la aceptación de la importancia

de la lactancia materna y de su manejo, pero no para adquirir las habilidades necesarias en la ayuda a las mujeres que lo necesitan ni en el cambio de rutinas inadecuadas que requieren un cambio de actitudes de las personas.

Lo que se recomienda

La IHAN está llevando adelante un programa propio de formación en lactancia sin pretender convertirse en la única vía de formación en lactancia, pero si quiere asegurar un criterio común y un nivel de calidad elevado en los cursos de su programa.

Se ha diseñado un curso de 20 horas a partir del curso de la OMS/UNICEF, dando un peso específico a la práctica clínica de la lactancia y a las habilidades de comunicación, escucha y aprendizaje, dedicando el 40% del tiempo docente a la formación práctica tutorizada y distribuida a pequeños grupos (6 alumnos máximo).

Con este programa se persigue:

- La transmisión de conocimientos y actitudes favorecedoras del cambio entre iguales.
- Difundir en cascada nuevas posibilidades de actuación que mejoren las cifras de lactancia.
- Impulsar a la acción a través de la motivación y de comprometer a los /las profesionales, para que a su vez, logren motivar e impulsar.
- Conseguir que todos/as los/as profesionales cuya actividad asistencial gira en torno a la atención materno-infantil comprendan la importancia de abrirse a nuevas posibilidades de hacer el trabajo cotidiano, fundamentando cada práctica clínica en la mejor evidencia científica disponible, y contemplando los derechos de las/os protagonistas como un eje fundamental del cumplimiento de sus objetivos asistenciales.

En relación a la formación pregrado y postgrado, debería ser tenida en cuenta en los planes de estudios y auspiciar que en el Espacio Europeo de Educación Superior se exija la ampliación de conocimientos, habilidades y actitudes en el ámbito curricular de la lactancia materna.

Fundamento de la recomendación

Se considera necesario organizar la formación. Ha sido muy buena semilla la multitud de cursos desarrollados estos años y con ella se ha conseguido mejorar los conocimientos de muchos profesionales pero no sus actitudes y habilidades en relación a la lactancia materna.

La evidencia sugiere que la formación de los profesionales como única medida no es efectiva por lo que esta recomendación tiene que ir asociada al resto de conjunto de medidas propuesta en este documento.

Muchos abandonos precoces de lactancia podrían evitarse si el personal sanitario a cargo de la salud materno-infantil tuviese mayores conocimientos teórico-prácticos de lactancia. Parece necesario, por tanto, mejorar la formación del personal de salud con cursos de formación continuada, con énfasis particular en el personal situado en las áreas de maternidad y cuidados infantiles (12).

Barreras y propuestas

La mayor dificultad puede estar en la falta de motivación de gran parte del personal sanitario y en gran carga de trabajo existente, junto con las actitudes fuertemente arraigadas, a pesar de la escasa evidencia científica, que no se ajustan a los conocimientos actuales sobre la protección, promoción y apoyo a la LM.

Se considera necesaria la institución de un grupo coordinador de las actividades formativas en lactancia materna, constituido por expertos en lactancia y con participación de la Administración que deberá prestarle el apoyo económico y gestor necesario para la acreditación de calidad en la formación en lactancia materna.

Los centros sanitarios deben de facilitar a sus profesionales la participación en la formación continuada en lactancia; el tiempo invertido en formación debe ser un tiempo protegido y contabilizado como jornada laboral.

Dicha actividad acreditada y de calidad debe llevar la estrategia de la IHAN como un conjunto de prácticas a aplicar sistemáticamente en todas las Instituciones de Maternidad de las distintas Comunidades Autónomas del Estado Español.

Los programas estructurados que combinan la educación en LM con los consejos orientados a cambios de conducta, y que aumentan la frecuencia de iniciación y su continuación más allá de los 3 meses, son los efectivos (*Recomendación B*).

Los y las profesionales de la salud deben tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho siendo muy aconsejable la formación práctica. Muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta (*Recomendación B*).

Los/las profesionales deben:

- Tener formación en lactancia materna, no sólo teórica sino práctica.
- Conocer la evidencia actual sobre la superioridad del amamantamiento para la salud del lactante y la madre.
- Conocer la técnica de la lactancia y de resolución de problemas y la eficacia de las distintas intervenciones y técnicas.
- Conocer las técnicas de investigación en lactancia materna.

Resumen

Se considera necesaria la creación de un grupo de formación en LM, constituido por expertos en lactancia y con participación de la Administración la cual deberá prestarle el apoyo económico y gestor necesario para la acreditación de calidad en la formación en lactancia materna. Por tanto, la creación de una red de profesionales formadores sería un punto a considerar.

La formación debe estar basada en:

- Conocimientos e información actualizada.
- Transmitir los conocimientos y modificar estereotipos no basados en la evidencia.
- Llevar las evidencias científicas a la práctica clínica, y por tanto el modelo formativo debe ser teórico-práctico.
- Hacer valer los derechos de las mujeres correctamente informadas en su toma de decisiones y en su capacidad de decidir el modelo de nutrición para sus hijos e hijas.
- Propiciar actitudes de autocrítica hacia el quehacer diario.

Bibliografía

- (1) Kramer M, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review)*. The Cochrane Library 2002; Issue 1. Oxford: Update Software.
- (2) Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. *The CDC Guide to Breastfeeding Interventions*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- (3) Paricio Talayero Jm, Santos Serrano L, Fernandez Feijoo A et al. Lactancia materna: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural. *Aten Primaria* 1999; 24:337-43. y la mala información y falta de orientación y estímulo por parte de los profesionales de salud.

- (4) Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4:729-39
- (5) DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. *Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions?* *Birth* 2003; 30(2):94-100.
- (6) Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. *National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experience.* *JAMA* 1995;273(6):472-6.
- (7) Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Snowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 2000;4(25):1-171.
- (8) Bull J, Mulvihill C. Health Development Agency. The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Development Agency 2003. disponible en http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/breastfeeding_summary.pdf
- (9) Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. *Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion.* *Pediatrics* 1999;103(3):E35
- (10) Soriano FJ. Experiencia de los pediatras de atención primaria con los lactantes amamantados. Congreso lactancia materna Murcia
- (11) Aguayo J, Pasadas S, Bonal P y cols. *La lactancia materna en Andalucía.* Consejería de Salud, 2005.
- (12) European Commission. Directorate of Public health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breasfeeding in Europe: a Blueprint for action. Luxembourg; 2004. Documento electrónico accesible en http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
- (13) Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005 Feb;8(1):39-46.
- (14) Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr* 2005;63(4):340-56
- (15) OMS/ UNICEF. Guía del capacitador en lactancia materna disponibles en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_CDR_93.3_spa.pdf

Paso 3. «Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica»

Descripción

La educación prenatal que recibe la futura madre puede afectar la decisión que ella tome sobre la forma de alimentación infantil.

El objetivo en la educación de las madres es aumentar los conocimientos y habilidades sobre la lactancia e influir hacia las actitudes sobre el amamantamiento. La información sobre lactancia se realiza con mayor frecuencia durante el periodo prenatal y en el puerperio, y debe ser realizada por personas con entrenamiento y experiencia adecuada.

Aunque la población diana suele ser la mujer embarazada o las mujeres lactantes, parece recomendable incluir a la pareja y al grupo familiar que apoye a la mujer en la decisión de amamantar.

La información a las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica implica que los y las profesionales de la salud presupongan que la mayoría de las mujeres embarazadas tienen la intención de lactar de forma natural, y deben recibir información acerca de los beneficios para la diada madre-hijo y acerca del proceso del establecimiento de la lactancia materna después del nacimiento y como éste puede favorecerse (1).

Fundamento

La visibilidad social del amamantamiento en la actualidad sigue siendo baja, tanto en los espacios públicos como en los mediáticos, y sigue existiendo un reemplazo de la imagen del biberón frente a la imagen de la alimentación al pecho. La generalización de este cambio en la alimentación del ser humano, ha hecho que lo que al principio del siglo XX nadie hubiera creído necesario, como es la necesidad de informar a las mujeres sobre la lactancia materna puesto que la sociedad transmitía y contribuía a la cultura del amamantamiento, siga siendo una prioridad de salud pública a principios del siglo XXI.

En este contexto, en el que, a pesar de los esfuerzos realizados en defensa de la lactancia natural, la forma de alimentación predominante y más visible sigue siendo la lactancia artificial, el mecanismo de transmisión de conocimiento y experiencias acerca del amamantamiento no sólo se ha perdido, sino que a veces ha sido reemplazado por el cuerpo de conocimientos relativos a la lactancia artificial. Así, mitos asociados a la «cultura del biberón», como la imposición de pautas horarias estrictas al amamantamiento, se hallan a menudo en la base del fracaso de la lactancia materna, incluso cuando la mujer ha elegido la opción de amamantar. En este sentido se habla de la pérdida de la cultura de la lactancia materna (2).

El uso exclusivamente de materiales impresos, o mediante material online, tales como folletos informativos sobre las ventajas de la lactancia, cómo poner al bebé al pecho etc, entregados a las madres, sin ninguna otra intervención no ha demostrado ser eficaz (3)

El material educativo sobre lactancia debe ser apropiado y estar basado en la evidencia científica, ser consistente, de fácil lectura y adaptado a la sensibilidad cultural de la zona, libre de mensajes comerciales y consecuente con el respeto a las normas del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Se ha comprobado que la distribución de muestras y productos de sucedáneos de la leche materna repercute negativamente sobre la duración de la lactancia materna (4)

La mayoría de las mujeres interrumpen la lactancia antes de lo recomendado y antes de lo que ellas mismas desean. Se requiere por tanto un esfuerzo amplio de formación, información y apoyo a las mujeres para que puedan realizar su decisión informada sobre la forma de alimentación que desean para sus hijos e hijas.

Evidencia

Beneficios

Las mujeres normalmente toman las decisiones acerca de la alimentación de sus futuros hijos o hijas antes o al principio del embarazo y su elección puede estar influida por actitudes establecidas antes del embarazo (5, 6).

Aunque la mayoría de las mujeres saben de los beneficios de amamantar, también refieren falta de fuentes de información adecuadas sobre cómo realizar el amamantamiento y cómo ponerlo en práctica, todo ello asociado a la falta de conocimientos personales y directos del acto de amamantar (7).

Una revisión sistemática realizada por la U.S. Preventive Services Task Force en el 2003 sobre la efectividad de las intervenciones basadas en los cuidados primarios de salud para promover el amamantamiento, que incluía 30 ensayos clínicos controlados y 5 revisiones sistemáticas, determinó que la educación sobre lactancia materna fue la intervención más efectiva y eficaz para incrementar las cifras de inicio de lactancia y de duración de la lactancia materna a corto plazo (5).

En una reciente revisión Cochrane (8) se aprecia que el apoyo profesional produjo un efecto beneficioso sobre la lactancia materna exclusiva (RR 0,91; IC del 95%: 0,84 a 0,98) y dicho resultado es evidente sobre todo en los primeros meses (RR antes de las cuatro a seis semanas 0,69; IC del 95%: 0,51 a 0,92; RR antes de los dos meses 0,76; IC del 95%: 0,61 a 0,94; RR antes de los tres meses 0,84; IC del 95%: 0,72 a 0,99).

La educación sanitaria específicamente dedicada a la lactancia y los contactos individuales repetidos con profesionales de la salud competentes, consultores de lactancia y/o grupos de madres, como parte de un programa multidisciplinar, con mensajes consistentes, que se prolongue después del nacimiento, es un modo efectivo de promover el inicio y prolongar la duración del amamantamiento (5,9, 10). La información cara a cara parecer ser más efectiva que la información telefónica.

En relación a la información general, se debe de sustituir en los medios de comunicación la actual representación del biberón como norma por la del amamantamiento como la forma normal, natural y óptima de alimentar a los y las lactantes (11).

El personal sanitario, enfermeras y matronas fundamentalmente, pero también personal no sanitario (consejeras de lactancia o madres de grupos de apoyo) deben proporcionar a las mujeres información sobre los beneficios de la lactancia natural.

Perjuicios

No se han encontrado pruebas de que la información adecuada a las mujeres sobre la lactancia materna durante el embarazo suponga algún inconveniente o perjuicio.

Recomendación

Se debe considerar la información a las mujeres embarazadas y a las madres en relación a la lactancia materna como parte integral de la provisión de ser-

vicios de salud habituales. Existen pruebas de la efectividad del apoyo profesional adicional en la prolongación de la lactancia materna exclusiva. El apoyo no profesional es efectivo para promover la lactancia materna. El apoyo y la información ofrecida por profesionales y no profesionales juntos, especialmente dentro de los dos primeros meses, puede ser efectivo para prolongar cualquier lactancia materna (8).

Las pruebas apoyan la promoción de la lactancia materna exclusiva como un componente central para la mejoría de la salud en la infancia.

La mayoría de las guías y de la información que se da a las madres en la etapa prenatal proveen recomendaciones acerca de los signos de amamantamiento eficaz, de los problemas en el amamantamiento, de los beneficios para la madre, RN y sociedad, la posición apropiada para amamantar, la detección del agarre eficaz al pecho, las necesidades específicas en los primeros días y fuentes de información en caso de dificultad. El énfasis suele ponerse sobre todo en la realización de un adecuado enganche y posición al pecho así como a conocer los miedos, preocupaciones, problemas y mitos comunes en relación a la lactancia (12).

Las mujeres embarazadas deben recibir información consistente y adecuada en todas las consultas prenatales y en todos los materiales informativos sobre alimentación infantil (escritos o audiovisuales) proporcionados durante la atención prenatal y la lactación. Es muy importante que dichos materiales sean independientes y estén libres de intereses comerciales y publicitarios (13).

Se debe de evitar la enseñanza grupal de la preparación de fórmula durante el periodo prenatal (y después del nacimiento), sin tener en cuenta la decisión acerca de la alimentación del bebé de los futuros padres asistentes. Puede haber, sin embargo, educación grupal acerca de los riesgos de la alimentación con sucedáneos de la leche materna (13).

Fundamento de la recomendación

El logro de una lactancia materna satisfactoria y feliz depende mucho de una *información* precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención de salud. Según la Estrategia Mundial de la alimentación del lactante (13), las mujeres deberían tener acceso a consejos prácticos que aumenten su confianza, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento.

La técnica de la lactancia debe aprenderse y es muy fácil que una mujer dude de su capacidad para amamantar; es el apoyo y el refuerzo de la confianza lo que hace que se superen las dificultades que surgen al inicio de

la lactancia. Este apoyo ha demostrado que consigue lactancias más prolongadas.

El amamantamiento es un derecho que debe ser respetado y protegido para que las mujeres puedan llevarlo a cabo, sin embargo no se forzará a las madres a amamantar. Una presión excesiva a este propósito es tan inaceptable como una presión excesiva para forzar la alimentación con fórmula.

Se proporcionará a todas las futuras madres información objetiva (independiente de intereses comerciales) y basada en pruebas, acerca de la alimentación infantil con el fin de que puedan tomar una decisión informada (13).

Barreras y propuestas

La formación recibida por los profesionales sanitarios en sus estudios regulares respecto a la lactancia materna suele ser escasa y estar basada más en las aportaciones teóricas que en las habilidades y destrezas de comunicación y de enseñanza-aprendizaje, lo que repercute en la información que ofrecen a las mujeres, y que suele ser en general más información escrita que formación educativa.

Junto a ello, la mayor demanda asistencial en los centros de atención primaria y la falta de personal adecuado y calificado en lactancia materna condiciona que la situación no sea la más idónea para invertir tiempo en la educación sanitaria de la etapa prenatal en relación con la lactancia, y ésta no sea considerada como una inversión prioritaria en temas de actividades preventivas de promoción sanitaria. El uso exclusivo de material escrito tiene poco efecto y no puede ser recomendado.

Por otra parte, en nuestra cultura todavía no está muy bien aceptada la existencia de talleres de educación prenatal liderados por grupos de apoyo a la lactancia materna, lo que nos priva de una gran ayuda a la hora de informar a las madres en esta materia.

- La mayoría de las mujeres realizan su decisión sobre la forma de alimentar a sus hijos/as, durante el primer trimestre de la gestación. Se debe plantear el debate sobre la alimentación en las clases prenatales en grupo pequeños, liderado por profesionales de la salud, que enfatizen los beneficios de la lactancia y den consejos prácticos sobre el inicio de la lactancia. *Recomendación B.*
- Es fundamental dar información y apoyo a las mujeres embarazadas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. El apoyo positivo y con conocimientos adecuados promueve la satisfacción y la duración del amamantamiento. *Recomendación B.*

- El apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la lactancia por parte del personal sanitario aumenta la incidencia, la duración y la exclusividad de la lactancia. *Recomendación A.*
- Las medidas de apoyo a la lactancia deben ser coordinadas y coherentes entre todos los niveles de Atención (Primaria y Especializada).
- Se debe proporcionar a las mujeres información completa y actual de los beneficios y técnicas de alimentación al pecho mediante clases prenatales estructuradas, individuales o en grupo, de entre 30 y 90 minutos de duración, impartidas por personal bien formado en lactancia, y deben contener información teórico-práctica sobre los siguientes aspectos (*Recomendación B*):
 - Beneficios de la lactancia materna, para la madre y la criatura RN.
 - Anatomía y fisiología de la mama.
 - Cuidados de la mama.
 - Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho.
 - Prevención de los problemas de alimentación al pecho.
 - Técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento.
 - Pautas adecuadas para la protección de la lactancia en la maternidad.

La información debe ser proporcionada por el personal sanitario con mayor experiencia e implicación en la lactancia materna («Enfermera de lactancia»). El apoyo realizado por personal no sanitario (consejeras de lactancia o madres de grupos de apoyo) también es muy importante y debe fomentarse.

- Las mujeres deben aprender también la postura y el agarre correcto de su hijo al pecho y cuáles son los signos que lo confirman. *Recomendación A.*
- Se deben realizar actividades combinadas de apoyo a la mujer que desea amamantar, previas y posteriores al nacimiento y con apoyo tanto de personal sanitario como no sanitario. Ello favorece el inicio y la duración de la lactancia materna a corto y a largo plazo. *Recomendación A.*
- El material de información a entregar debe estar basado en la evidencia científica y ser adecuado a los niveles de comprensión y de sensibilidad cultural. Debe incluir información sobre consultores/as de lactancia y grupos de apoyo. *Recomendación B.*

- Es aconsejable organizar talleres donde participen mujeres gestantes y madres de grupos de apoyo. *Recomendación A.*
- Puesto que no hay ninguna prueba de que la alimentación con fórmula sea mejor, ni siquiera igual, a la alimentación con leche materna, los profesionales de la salud no la recomendarán como alternativa o como suplemento del amamantamiento a no ser que haya razones médicas válidas para ello.
- Se debe de evitar cualquier actuación que contravenga el Código de comercialización de Sucedáneos de Leche Materna como la distribución de productos de alimentos para lactantes. *Recomendación B.*
- Se debe incluir a la familia o allegados en las actividades educativas sobre lactancia ya que su apoyo aumenta la duración de la lactancia. *Recomendación A.*

Necesidades especiales

En aquellas mujeres con necesidades especiales (ej.: primíparas, inmigrantes, madres adolescentes, madres solas, madres que han tenido dificultades previas y/o fracasos en lactancias anteriores, mujeres con embarazos múltiples) se deben iniciar cuidados y apoyo adaptados a sus necesidades concretas.

A las mujeres consumidoras de tabaco se debería desaconsejar hacerlo y asesorarlas para buscar ayuda con el fin de abandonar o reducir al mínimo dicho consumo. Sin embargo, debe aclararse que el uso de tabaco no es una contraindicación para el amamantamiento.

La evidencia sugiere que las mujeres con sobrepeso y obesas amamantan menos (14,15). Estas mujeres pueden necesitar apoyo suplementario para el establecimiento de la lactancia tras el parto y debe ser tenido en cuenta desde la educación prenatal.

Las mujeres con cirugía mamaria previa o con enfermedades del pecho o que hayan tenido dificultades anteriores con la lactancia deberían recibir cuidados individuales específicos por un profesional competente para conseguir un agarre correcto. Ningún tipo de preparación de los pezones ha mejorado la práctica del amamantamiento y puede mermar la confianza de la mujer en sí misma y puede dañar el delicado tejido del pecho (16).

Resumen

Las pruebas apoyan la promoción de la lactancia materna exclusiva como un componente central para la mejora de las cifras de prevalencia de lac-

tancia. El apoyo conjunto profesional y no profesional prolonga significativamente la duración de cualquier tipo de lactancia materna.

Es importante mejorar la educación y la información ofrecida durante el embarazo acerca de cómo funciona la lactancia e identificar redes de apoyo que incluyan a la familia.

La lactancia materna debería ser representada como la norma y la alimentación artificial como la excepción.

Bibliografía

- (1) WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
- (2) Lawrence RA. La lactancia materna en la medicina moderna En: Lawrence R, Editor. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid: Mosby/Doyma, 1996: 1-35.
- (3) Guise JM, Palda V, Westhoff C, et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 2003;1(2):70-8.
- (4) Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBlieck E, Weitzman M. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296-303.
- (5) Noble L, Hand I, Haynes D, McVeigh T, Kim M, Yoon JJ. Factors influencing initiation of breast-feeding among urban women. *Am J Perinatol* 2003;20:477-83
- (6) Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn LM, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113(5):E405-11.
- (7) Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ* 1999;318:30-4.
- (8) Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.
- (9) Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4:1-171.
- (10) Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005.
- (11) Henderson L, Kitzinger J, Green J. Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breast feeding. *BMJ* 2000;321:1196-8).
- (12) AWHONN. Evidence based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year. Evidence based clinical practice guideline. Washington DC. 2000. (en www.guideline.gov)
- (13) EUNUTNET. Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union (2006). Available from: http://www.burlo.triest.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm

- (14) Rasmussen KM, Kjolhede CL. Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics* 2004;113:e465-e471
- (15) Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *J Hum Lact* 2004;20:18-29
- (16) The MAIN Trial Collaborative Group. Preparing for breast feeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. *Midwifery* 1994;10:200-14.

Paso 4. «Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora tras el parto»

Descripción

Consiste en poner todos los medios necesarios para que el recién nacido pueda iniciar la lactancia materna tan pronto como de señales para ello, idealmente dentro de la 1ª hora de vida aprovechando el periodo de alerta inicial del bebé y el estado de máxima sensibilidad materna provocado por la liberación endógena de oxitocina.

Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel (CPP) entre el RN y su madre, nada más nacer. Se practica en USA y en el Norte de Europa desde 1970, pero seguramente ha sido la norma de la humanidad hasta hace unos 100 años, cuando empezaron a separarse los bebés de sus madres en los hospitales de los países industrializados.

Fundamento

Para que el bebé recién nacido inicie la lactancia durante la primera hora tras el parto, debe colocarse en contacto piel con piel precoz y se necesita apoyo. El más probable que la lactancia materna sea exitosa si se inicia precozmente, idealmente dentro de la primera hora de vida.

Justo durante las dos primeras horas después del nacimiento es cuando el bebé está en alerta tranquila durante más tiempo; es el llamado período sensible del RN, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el trabajo del parto (1). La secreción de noradrenalina en el encéfalo del RN facilita el aprendizaje olfatorio porque estimula a la amí-

dala, el componente del sistema límbico que está activo en el RN y que tiene un papel importante en la memoria olfativa (2). El olor materno es particularmente llamativo para los RN y su reconocimiento temprano puede facilitar el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal (1). Si el bebé es colocado precozmente sobre su madre, en contacto piel con piel, se acelera el reconocimiento del olor materno (3).

Si se le deja en decúbito prono en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores; toca el pezón; pone en marcha los reflejos de búsqueda masticación, succión de su puño (que conserva el olor del líquido amniótico), lengüetada; huele la piel de su madre; acerca su cara al pecho; se dirige hacia la areola (que reconoce por su color oscuro y por su olor); nota el pezón en su mejilla y, tras varios intentos, comienza a succionar (1,4,5). Comienzan a buscar el pecho a los 12-44 minutos de vida y se encuentran correctamente colocados al pecho a los 27-71 minutos tras nacer, los movimientos de succión alcanzaban un máximo a los 45 minutos de vida y cesan a las 2-2.5 horas de vida (6).

Es muy importante mantener el contacto continuado hasta que finalice la primera toma (2-2,5 horas). La interrupción del contacto piel con piel se asocia a tasas más bajas de lactancia exitosa, ya que dificulta el inicio espontáneo de la primera toma (4).

El establecimiento del contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia se asocian a una succión más eficaz y a un mayor éxito de la lactancia materna los primeros días (7) y a unas mayores tasas de lactancia materna a los 2, 3 y 4 meses (8,9). Hay pruebas claras de que para poder conseguir un inicio precoz de la lactancia en la primera hora de vida es imprescindible permitir un contacto piel con piel madre-recién nacido ininterrumpido (9). Hay grandes ventajas en favorecer el inicio precoz de la lactancia, aunque no hay un periodo crítico para ello y no se debe interferir ni con la voluntad materna ni con la conducta del recién nacido (10). Una adecuada información previa (durante el embarazo y antes del expulsivo) favorece el deseo materno de permanecer en contacto piel con piel con su hijo/a. Si, pese a ello, la madre rechaza el contacto precoz, sería conveniente, además de respetar su deseo, ofrecerle apoyo psicológico.

En el posparto inmediato aumenta la sensibilidad de la piel de la areola y del pecho de la madre. El contacto precoz y la succión del bebé sobre esa zona tan sensible dan lugar a un aumento de la secreción de oxitocina, hormona que ejerce un efecto anti estrés en la madre (11). A la oxitocina se le ha llamado hormona del comportamiento maternal, ya que contribuye al acceso de amor hacia el bebé (1). Aunque los sentimientos de amor de la madre hacia su hijo/a recién nacido/a no son instantáneos, la primera hora

parece tener una especial importancia en el establecimiento del vínculo afectivo (12).

Evidencia

Beneficios

Facilitar el contacto continuado piel con piel y el inicio de la lactancia materna en el transcurso de la primera hora tras el nacimiento se asocian al establecimiento precoz de una succión y conducta alimenticia adecuadas (4,13) y a una duración prolongada de la lactancia materna (9,10,14-17). Los procedimientos rutinarios, tales como administrar profilácticamente vitamina K y eritromicina, interrumpen la interacción madre-recién nacido y retrasan el inicio de la lactancia materna (4,13,18-22).

El contacto precoz facilita el vínculo madre-hijo/a. Las mamás que han podido estar en contacto piel con piel con sus bebés nada más nacer obtienen mejores puntuaciones en actitudes cariñosas durante las tomas los primeros días (4 trabajos, 314 participantes) y en comportamientos afectivos (6 trabajos, 396 participantes) (9). En Tailandia, Rusia, Filipinas y Costa Rica, la combinación de contacto precoz y rooming-in redujo significativamente la frecuencia de abandonos (12).

En contacto piel con piel se recuperan más rápidamente del estrés del parto. Los recién nacidos que disfrutaron del contacto piel con piel recuperan antes su glucemia, su equilibrio ácido-base y lloran menos que los bebés que permanecen en cuna (23).

Normalizan antes su temperatura. Las temperaturas axilares y cutáneas de los recién nacidos en contacto precoz son significativamente más altas que los bebés que permanecen en cuna (23). Las partes acras de los bebés separados permanecen más frías 23 horas después de su nacimiento (24).

Las pruebas son tan claras que no se hacen nuevos ensayos clínicos desde hace varios años. Actualmente no se consideraría ético un ensayo en el que se separen recién nacidos de sus madres o se retrase el inicio de la lactancia (10).

Perjuicios

El contacto piel con piel madre-recién nacido sanos y el inicio precoz de la lactancia materna no tiene ninguna desventaja conocida, ni se conoce ninguna prueba científica de que restringirlo sea beneficioso (9). Se han publi-

cado algunos casos de parada cardiorrespiratoria en recién nacidos mientras estaban en decúbito prono y en contacto piel con piel al pecho materno, durante el transcurso de la primera hora de vida, con una frecuencia de 1 / 31250 recién nacidos (o 0.032 por 1000 RN vivos) (25). Después de permanecer, por efecto de la noradrenalina, las 2 primeras horas en alerta tranquila, el contacto piel con piel supone para el RN un estímulo vagal, opuesto al estímulo adrenal. Se ha sugerido como causa de los episodios aparentemente letales este incremento del tono vagal (21). Se recomienda que el contacto piel con piel precoz y la primera toma al pecho sean supervisados por personal entrenado (4), de la misma manera que si el recién nacido estuviera en una cuna.

Recomendación

Rutinas de separación en las maternidades

Con frecuencia en las maternidades se separa a los recién nacidos sanos de sus madres tras el parto y no se les pone al pecho hasta que pasa un «periodo de observación» de 6-12 horas, sobre todo en las maternidades grandes y fundamentalmente en los «partos de riesgo». Ello dificulta mucho el inicio y mantenimiento de la lactancia y el establecimiento del vínculo afectivo (6).

En muchas maternidades se acostumbra a proceder a reanimar a todos los recién nacidos: se les aspira la orofaringe y la nasofaringe, se les administra oxígeno y se les golpea las nalgas y los talones para que lloren e, incluso, se les baña.

En otras ocasiones, las rutinas hospitalarias no separan a los recién nacidos de sus madres, pero el contacto entre ambos se realiza a través de la ropa materna y de la manta que envuelve a los recién nacidos. Esta situación también dificulta el inicio espontáneo de la lactancia materna porque no facilita el enganche espontáneo del recién nacido al pecho. El bebé ha de percibir con su olfato y su tacto el cuerpo de la madre y sólo así se orientará para alcanzar el pecho y hacer una toma espontánea y eficaz.

Otras veces el contacto piel con piel se mantiene sólo unos minutos, pero se interrumpe para colocar al recién nacido en la cuna térmica, identificarlo y efectuar procedimientos (pesar, administrar vitamina K, profilaxis ocular, etc) que son perfectamente demorables y que únicamente satisfacen las comodidades del personal sanitario. En este caso, es frecuente que el personal sanitario fuerce al bebé a agarrarse al pecho cuando todavía no ha dado muestras de estar preparado, procedimiento que interfiere con el éxito de la lactancia materna (26).

Recomendaciones para la práctica del contacto precoz

Las mujeres deben ser animadas a tener contacto piel con piel con su bebé lo antes posible tras nacer, para poder iniciar la lactancia materna de forma precoz y en este tema tiene un papel primordial el personal de enfermería. La información prenatal es fundamental.

En caso de que haya alguna complicación médica, el contacto y la lactancia se iniciarán lo antes posible tras la estabilización de la madre y/o del bebé (27).

No se recomienda preguntar a la madre como desea alimentar a su hijo hasta finalizar el contacto piel con piel.

Estando en contacto piel con piel y bajo supervisión del personal sanitario, se ayudará a iniciar la lactancia materna sólo cuando el recién nacido no haya podido hacerlo espontáneamente en la primera hora de vida. Inicialmente se utilizarán la técnica «manos fuera», utilizando sugerencias verbales (27).

En el caso de que el parto acabe en una cesárea, se debe iniciar el contacto piel con piel madre-recién nacido lo antes posible, bien en el quirófano o en la sala de reanimación. En este segundo caso, se debe realizar el contacto piel con piel padre-recién nacido hasta que la madre pueda realizarlo. Esta situación habitualmente es bien aceptada por los padres, y se les debe informar de la posibilidad de poder hacerla. Los niños nacidos tras cesárea electiva, en CPP con el padre dejan de llorar a los 15 minutos, lloran menos que los que permanecen en cuna y se adormilan tras unos 60 minutos. Los RN en la cuna permanecen despiertos 110 minutos durante los cuales están más inquietos, manifestando reflejos de succión y búsqueda hasta que se duermen (28). A los 3 meses, los padres que han disfrutado del contacto precoz con sus hijos/as tocaban más a sus hijos/as, les sostenían más en brazos y les miraban más a la cara (29).

Fundamento de la recomendación

Hay una clara asociación entre inicio precoz y continuado del contacto piel con piel madre-recién nacido con tasas más altas de lactancia materna, al alta hospitalaria y a los 2, 3 y 4 meses y parece haber una relación dosis-respuesta, es decir a mayor duración del contacto, tasas más altas. Pero lo más importante es el inicio precoz tras el parto, ya que a partir de esa primera toma precoz es más probable que haga el resto de las tomas con un agarre adecuado.

Así mismo, hay una clara asociación entre el contacto precoz y la recuperación del estrés del parto, la normalización de la temperatura del recién nacido y el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo.

Barreras y propuestas

El desconocimiento que tiene el personal sanitario de la fisiología y de las ventajas del contacto precoz y del inicio precoz de la lactancia materna constituye una barrera importante, pero solucionable. Es preciso que las matronas, que atienden la mayoría de los partos, y los/las obstetras lo conozcan para poder cambiar las rutinas inadecuadas que interfieren con el inicio de la lactancia. La formación básica y continuada del personal sanitario es imprescindible.

También supone una barrera la idea que todos los recién nacidos tienen que someterse a una reanimación y, por tanto, deben separarse de su madre para el procedimiento.

Por último, otra barrera para el cambio de esta rutina es el miedo a que el recién nacido sufra alguna incidencia en su estado de salud mientras está en contacto piel con piel con su madre.

Los partos instrumentales y las cesáreas se asocian con frecuencia a retraso de la primera toma (30). Es frecuente que tras un parto instrumental, y sobre todo si el recién nacido ha tenido que ser estabilizado, se tienda a «observarle» y para ello se le separe de la madre y se le coloque dentro de una incubadora.

En los partos instrumentales, la evaluación inicial del recién nacido se puede hacer encima de su madre y así se podrá mantener en contacto piel con piel para iniciar pronto la primera toma.

En las cesáreas, se aconseja iniciar la primera toma en quirófano, en la Unidad de Reanimación o nada más llegar a la planta, y extender el contacto piel con piel hasta que esta primera toma se haya realizado, si no es posible hacerlo en el quirófano

Partos prematuros. En muchos hospitales se procede con los recién nacidos prematuros como con los a término y se les coloca en contacto precoz con su madre. Hay experiencias publicadas con prematuros por encima de las 32 semanas de gestación (31).

- El recién nacido sano se colocará sobre el vientre materno, inmediatamente tras el parto, donde se secará, se identificará y se valorará el test de Apgar. *Recomendación A.*

- No precisan fuente de calor radiante, pues en contacto piel con piel la propia madre normaliza la temperatura de su hijo/a. *Recomendación A.*
- Se mantendrá en contacto piel con piel y bajo supervisión del personal sanitario experto (matrona o enfermera) hasta que se realice la primera toma, idealmente al menos las 2 primeras horas de vida. *Recomendación A.*
- El bebé no nace con hambre. Se trata de iniciar la lactancia pero no se debe forzar a que el recién nacido coja el pecho. El recién nacido suele explorar el pecho (lo toca y lo lame), antes de agarrarse y hacer la primera toma. Tampoco se debe influir en la decisión de la madre, a quien debemos informar y asesorar.
- En los partos instrumentales o cesáreas, se deben extremar los cuidados para evitar retrasos de la primera toma. Se evitarán separaciones innecesarias y se procurará que el contacto piel con piel se haga lo antes posible para facilitar el inicio precoz de la lactancia. *Recomendación B.*
- Se debe animar a las madres a reconocer cuando sus hijos están en disposición de mamar. *Recomendación A.*
- Todos los procedimientos no urgentes (administración de vitamina K, vacunas, profilaxis ocular) se pospondrán hasta que la primera toma se haya realizado e incluso algunos se pueden hacer mientras el bebé está en contacto con su madre y succionando el pecho, para aprovechar su efecto analgésico. *Recomendación B.*
- Hay que evitar aspirar la orofaringe si no es necesario, pues puede interferir con el establecimiento de un patrón adecuado de succión.
- Madre e hijo/a se trasladarán juntos en contacto piel con piel desde el paritorio hasta la sala de posparto y a la habitación.
- Si en el plazo de los primeros 60-70 minutos de vida el bebé no ha conseguido agarrarse al pecho, el personal sanitario (matrona, enfermera) le ayudará para conseguirlo, inicialmente con la técnica «manos fuera» (sin intervenir, con sugerencias verbales). *Recomendación B.*
- En el caso de que el parto termine en una cesárea, se intentará colocar piel con piel con su madre lo antes posible, para que el inicio de la lactancia sea lo más precoz. Hasta ese momento se ofrecerá al padre la posibilidad de que realice el contacto piel con piel con su hijo. *Recomendación A.*

Resumen

Nada más nacer se debe mantener contacto piel con piel entre la madre y su hijo/a. Ello facilitará el inicio precoz de la lactancia materna, que sucederá habitualmente de manera espontánea en la primera hora de vida, y el aprendizaje del agarre al pecho. En caso de necesidad, el personal sanitario debe actuar, inicialmente sin intervenir directamente («manos fuera»). Así mismo, el contacto precoz facilita el vínculo madre-hijo/a, la recuperación del estrés del parto del bebé y su termorregulación. En todos los casos debe haber supervisión por parte del personal sanitario (enfermera o matrona).

En caso de que el parto termine en una cesárea, se procurará iniciar este contacto lo antes posible.

Todos los procedimientos no urgentes deben posponerse hasta que la primera toma se haya realizado de manera satisfactoria. Hay guías clínicas de prestigio (NICE) actualizadas que lo avalan (32). Si la madre o el bebé requieren atención médica urgente, facilitarles de nuevo el contacto piel con piel en cuanto recuperen la estabilidad.

Bibliografía

- (1) Porter RH: The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1560-1562.
- (2) Schore A: Back to Basics: Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain. Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatr Rev* 2005; 26: 204-217.
- (3) Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M: Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1640-1645
- (4) Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed-Lancet 1990, 336 (8723): 1105-1107)
- (5) Klaus M, Klaus P. Your amazing newborn. Da Capo Press. Cambridge 1998.
- (6) Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.1998.
- (7) Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2005;52(2):116-25.
- (8) Pérez Escamilla R et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American Journal of Public Health* 1994; 84 (1): 89-97).
- (9) Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Database Syst Rev 2007; 18 (3):CD003519 (Review).

- (10) Reenfrew ML et al. Enabling women to breastfeed, A review of practices which promote or inhibit breastfeeding-with evidence-based guidance for practice. (2000). Norwich: Stationery office
- (11) Zetterström R: Initiation of breastfeeding. *Acta Paediatr Suppl* 2003; 441: 9-11.
- (12) Kennell JH, Klaus MH. Bonding: Recent Observations That Alter Perinatal Care. *Pediatr Rew* 1998; 19: 4-12.
- (13) Widstrom AM et al. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76 (4): 566-72.
- (14) de Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med* 1984; 12 (2): 91-103.
- (15) Mikiel-Kostyra K et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002; 91 (12): 1301-6.
- (16) Wimberg B et al. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989; 17 (2): 181-191.
- (17) Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full term neonates. *Acta Paediatr Scand* 1990; 86 (2): 171-5.
- (18) Awi DD, Alikor DA. The influence of pre- and post-partum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med* 2004; 13 (3): 272-5.
- (19) Klaus MH et al. Maternal attachment . Importance of the first postpartum days. *N Engl J Med* 1972; 286 (9): 460-3
- (20) Widstrom AM et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Develop* 1990; 21 (3): 156-63.
- (21) Tocker Maimon O et al. Neonatal Cardiopulmonary arrest in the delivery room. *Pediatrics* 2006; 118: 847-848.
- (22) Baumer JH. Routine postnatal care given to all babies. *Arch Dis Child* 2007; 92: 61-64.
- (23) Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P et al.: Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81:448-493.
- (24) Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, et al: Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of «the stress of being born»: A study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003; 92: 320-326.
- (25) Dageville C, Pigno J, De Smet S Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta Paediatr* 2008; 97(7): 866-9.
- (26) Widström A-M, Thingström-Paulsson J: The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta Paediatr* 1993; 82: 281-3.
- (27) European Comisión. Unit for Health Services Research, and International Health WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health Assessment. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. 2007. http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm

- (28) Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007 Jun; 34(2):105-14.
- (29) Rödhholm M. Effects of father-infant postpartum contact on their interaction 3 months after birth. *Early Hum Dev*. 1981; 5:79-85.
- (30) Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section: a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002; 29: 124-31.
- (31) Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization. *Acta Paediatrica* 2004; 93: 779-85.
- (32) Dyson L et al (2006). Promotion of breastfeeding initiation and duration; evidence into practice briefing. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Paso 5. «Mostrar a las madres como se debe dar de mamar a su hijo y como mantener la lactancia incluso si ha de separarse de él»

Descripción

El personal sanitario, enfermeras, médicos y matronas deben proporcionar a las mujeres ayuda para el inicio y mantenimiento de la lactancia. Esto incluye no sólo información teórica, sino ayuda práctica en relación a la posición del bebé, el agarre al pecho y las técnicas de extracción de leche. Además se debe observar cómo evoluciona este aprendizaje.

Fundamento

Aunque muchas madres tienen éxito con la lactancia desde el principio, muchas otras necesitan ayuda para aprender a amamantar, pues la lactancia no es una conducta totalmente instintiva sino aprendida por observación. Esta ayuda suele ser más necesaria en las madres que nunca han lactado o en aquellas que tuvieron problemas previos con la lactancia. La ayuda debe realizarse aunque la madre haya sido adecuadamente informada durante el embarazo. No obstante hay que entender lo que significa ayudar. El instin-

to natural del bebé es agarrar el pecho y la misión de los sanitarios es no interferir con ello. La ayuda debe consistir en nociones teóricas y mucho apoyo práctico y psicológico. Se deben evaluar las tomas con la mayor frecuencia posible para ver como progresa el inicio de la lactancia.

La importancia de esto radica en que la falta de apoyo es un importante obstáculo para inicio y el mantenimiento de la lactancia (1, 2). Por otra parte algunas mujeres se separan temporalmente de sus hijos o hijas, a veces por motivos de salud y más tarde para incorporarse al trabajo. Es preciso enseñarlas a todas como extraerse la leche, de forma manual o con sacaleches. Las mujeres que saben cómo extraerse leche, consiguen lactancias más prolongadas.

Evidencia

Beneficios

Las mujeres necesitan aprender a amamantar. La ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia y el apoyo psicológico para aumentar la confianza de la madre pueden ser muy útiles para tener éxito con la lactancia (3, 4). Esta ayuda adecuada, incluso durante la corta estancia hospitalaria, puede tener un efecto que perdura meses después (5).

Hay pruebas claras de la efectividad del apoyo profesional en la duración de cualquier lactancia (6), aunque la fuerza de este efecto sobre la frecuencia de lactancia materna exclusiva es incierta (7). Las madres necesitan apoyo para lactar con éxito (8) y dicho apoyo consigue lactancias más prolongadas (9). La transferencia de leche se produce con una adecuada colocación y agarre al pecho. La postura que mejor facilita el agarre eficaz varía de una mujer a otra (3,10). La adecuada colocación al pecho y el agarre adecuado minimizan lesiones en el pezón (10). La técnica de lactancia efectiva incrementa su duración (3,11). Las intervenciones coordinadas durante el embarazo, nacimiento e infancia (atención prenatal y postnatal) pueden aumentar el inicio, la duración y la exclusividad de la lactancia materna (12).

Perjuicios

No se han encontrado pruebas de que el apoyo adecuado a la madre en el inicio o en el mantenimiento de la lactancia materna tenga inconvenientes.

Rutinas habituales en las maternidades

Muchas mujeres inician la lactancia materna habiendo recibido información teórica, pero sin recibir apoyo práctico durante las horas que pasan en el hospital. Muchas inician la lactancia tarde y no se vigila la colocación del bebé al pecho, el agarre y los signos de transferencia de leche. Tampoco se le explica a la madre la manera de extraerse la leche ni cuáles son los signos precoces de hambre del bebé. Habitualmente las tomas no se observan y las dudas de las mujeres no se solucionan. Además las estancias hospitalarias son cortas y las altas se dan sin que el bebé coja bien el pecho.

Recomendación

Las madres que amamantan deben ser instruidas acerca de la adecuada colocación del bebé al pecho y el agarre correcto, como se produce la leche y como se transfiere al RN, la frecuencia de las tomas y las señales de que el lactante desea mamar, la extracción manual de leche o con sacaleches, como detectar si el bebé toma poca leche y los motivos por los que deben consultar (13). Estos consejos deben darse tanto a las primíparas como a las multíparas y recordarlos antes del alta de la maternidad. Se deben observar en el bebé los signos de una colocación adecuada (bebé colocado a la altura del pecho o entre ambos pechos), los signos de un agarre correcto (boca bien abierta, labios evertidos, la mandíbula tocando el pecho, agarre asimétrico, es decir, más areola visible por encima de la boca del bebé). Se deben observar en el bebé los signos de transferencia de leche (ritmo de succión rápido al principio y con pausas, boca húmeda, deglución audible). Se deben observar en la madre los signos de transferencia de leche (el pecho se va ablandando mientras el bebé come, relajación o somnolencia, sed, contracción uterina, salida de leche por el otro pecho). Es conveniente evaluar al menos 2 tomas al día para detectar precozmente problemas de agarre o de succión, que de existir, podrían solucionarse. Hay diferentes herramientas para la evaluación de las tomas, una de las completas es la elaborada por UNICEF/IBFAN y que también ha asumido la Comisión Europea de Salud Pública en 2006 (14) (Anexo II). Todos estos datos (observación de la toma y problemas, número de tomas, micciones y deposiciones) deberían registrarse en la Historia Clínica del recién nacido. Antes del alta debe verificarse que el bebé realiza las tomas de forma adecuada y que la madre conoce los signos precoces de hambre (aumento de la actividad, movimientos rápidos de los ojos, movimientos de hociqueo o búsqueda, llevar la mano a la boca, gorjeos suaves o suspiros, chasquidos de lengua etc, siendo el llanto

considerado un indicador tardío de hambre) que muestran su disposición para mamar (13).

Fundamento de la recomendación

La técnica de la lactancia debe aprenderse y es muy fácil que una mujer dude de su capacidad para amamantar; es el apoyo y el refuerzo de la confianza lo que hace que se superen las dificultades que surgen al inicio de la lactancia. Este apoyo ha demostrado que consigue lactancias más prolongadas.

Barreras y propuestas

La formación básica en lactancia materna de médicos, enfermeras y matronas no suele ser la adecuada y por eso suelen carecer de las habilidades necesarias para ayudar a las madres. Además de ello la escasez de tiempo en las plantas de maternidad con plantillas muy ajustadas de enfermeras, dificulta el poder observar las tomas, al menos 2 veces cada 24 horas. En los hospitales pequeños, en los que la maternidad incluye pacientes de otras especialidades, la existencia de «enfermeras de lactancia», dedicadas únicamente a este trabajo, mejoraría el rendimiento de esta actividad. En los hospitales grandes, con aumento progresivo de nacimientos, las enfermeras más preparadas e implicadas en la lactancia deberían apoyar a las mujeres. En España empieza a conocerse la figura de IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), un profesional de la lactancia materna con una certificación internacional que garantiza tanto su formación como un Código ético de actuación y una formación continuada que le es exigida acreditar para seguir conservando la titulación. Las IBCLCs pueden ofrecer los servicios que los profesionales no pueden proporcionar trabajando como asistencial o como educadora, enseñando las habilidades prácticas y las bases científicas de la lactancia materna utilizando las habilidades de consejería.

- Es fundamental dar apoyo a las madres en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. *Recomendación B.*
- El apoyo es importante en cualquier momento; el realizado en las primeras horas tras el parto es fundamental. *Recomendación A.*
- El apoyo debe ser proporcionado por el personal sanitario con mayor experiencia e implicación en la lactancia materna («Enfermera de lactancia»).

- Tras el contacto precoz madre-recién nacido, se les debe observar en busca de signos de postura y agarre adecuados y de eficaz o ineficaz amamantamiento. *Recomendación B.*
- Si la observación confirma que todo va bien, no se debe intervenir. La postura que mejor facilita el agarre eficaz varía de una mujer a otra. *Recomendación A.*
- Si se detectan dificultades, el personal de apoyo debe intervenir para mejorar la postura y el agarre y debe mostrar como comprobar que se hace adecuadamente. Inicialmente se utilizará la técnica «manos fuera» (usar sugerencias verbales). *Recomendación B.*
- La observación de la toma debe hacerse preferentemente una vez por turno, pero al menos 2 veces por día, con la herramienta que cada maternidad establezca. *Recomendación B.*
- Dentro de las primeras 24 horas, se debe enseñar a las madres como reconocer y responder a las señales precoces de hambre de su hijo (aumento de la actividad, movimientos rápidos de los ojos, movimientos de hociqueo o búsqueda, llevar la mano a la boca y chupeteo, gorjeos suaves o suspiros, chasquidos de lengua y quejidos; el llanto es un indicador tardío de hambre) que muestran su disposición para mamar. *Recomendación C.*
- Durante estas primeras 24 horas las madres deben aprender también la postura y el agarre correcto de su hijo al pecho y cuáles son los signos que lo confirman. *Recomendación A.*
- Si la lactancia eficaz no se ha iniciado dentro de las primeras 12 horas se debe enseñar a la madre a extraerse la leche y a dársela a su hijo (con un vaso, una cuchara o una jeringa); al mismo tiempo que se continúa prestándole ayuda para mejorar la postura y el agarre.
- Si en las primeras 24 horas no se ha conseguido un amamantamiento eficaz, la técnica debe de ser reevaluada y proporcionar apoyo en cada toma hasta que el problema se haya resuelto. Si las dificultades persisten el RN debe ser visto por un pediatra para excluir problemas médicos. *Recomendación C.*
- Se deben realizar actividades combinadas de apoyo a la madre que amamanta, previas y posteriores al nacimiento y con apoyo tanto de personal sanitario como no sanitario. Estas actividades se deben realizar tanto en los hospitales como en Atención Primaria. Ello favorecerá tanto el inicio como la duración de la lactancia materna tanto a corto como a largo plazo. *Recomendación A.*

Resumen

El inicio de la lactancia materna plantea con frecuencia algunas dificultades y por eso las madres necesitan apoyo, teniendo en cuenta además las altas precoces en las maternidades. Este apoyo debe ser realizado por el personal sanitario y por personal no sanitario (consejeras de lactancia y madres de grupos de apoyo). El apoyo es fundamental en las primeras horas tras el parto. Durante la estancia de la madre en el hospital se debe realizar una observación continua de las tomas, para detectar y corregir problemas de colocación del bebé y agarre al pecho. Se debe enseñar a la madre las técnicas de extracción de leche.

Bibliografía

- (1) Rajan L. The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breastfeeding. *Midwifery* 1993; 9: 197-209.
- (2) International Lactation Consultant Association (ILCA). Clinical guideline for the establishment of exclusive breastfeeding. 2005, Jun, 28 p (258 references).
- (3) Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effects on success of breastfeeding. *Birth* 1992; 19: 185-189.
- (4) Pérez Escamilla R et al.. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early human development* 1992; 31:25-40.
- (5) Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful: a summary of the rationale and scientific evidence (review). *Birth* 1996; 23 (3): 154-60.
- (6) Porteous R et al. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation* 2000; 16 (4): 303-8.
- (7) Sikorski J et al. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003; 17 (4): 407-17.
- (8) Dyson et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (2005). *Cochrane Database Systematic Review* CD001688.
- (9) Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (2007). *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD001141.
- (10) Henderson A et al. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28 (4): 236-42.
- (11) Ingram J et al. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support from fathers and families. *Midwifery* 2002; 18 (2): 87-101.
- (12) Chung M et al. Interventions in Primary Care to promote breastfeeding: an evidence review for the U. S. Preventive Services Task Forces. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 565-582.
- (13) Renfrew MJ et al. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding: Systematic reviews of the evidence.. *National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005.*
- (14) EUNUTNET. Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union (2006). Available from: http://www.burlo.triest.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm

ANEXO II. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento	
Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del hijo	
Madre relajada y cómoda Niño sostenido en estrecho contacto con la madre Cabeza y cuerpo del niño alineados, frente al pecho Barbilla del niño tocando el pecho Cuerpo del niño completamente sostenido Niño acercado al pecho nariz - pezón Contacto visual entre la madre y el niño	Hombros tensos, inclinados sobre el niño Niño sostenido lejos del cuerpo de la madre La cabeza y el cuello del niño retorcidos para mamar La barbilla del niño no toca el pecho Sostenido solamente por cabeza y cuello Niño acercado bajo, labio/barbilla - pezón No hay contacto visual madre - hijo
Lactante	
Boca del niño bien abierta Labios superior e inferior evertidos Lengua alrededor del pezón y la areola(*) Mejillas llenas y redondas mientras mama Más areola por encima del labio superior Mamadas lentas y profundas, con pausas Puede verse u oírse tragar	Boca no bien abierta Labios apretados o invertidos No se observa la lengua (*) Mejillas hundidas mientras mama Más areola por debajo del labio inferior Mamadas superficiales y rápidas Ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
Humedad alrededor de la boca del niño El niño relaja progresivamente brazos y piernas A medida que el niño mama el pecho se va ablandando Sale leche del otro pecho La madre nota signos del reflejo de eyección(**) El niño suelta el pecho por sí mismo cuando acaba	Niño intranquilo o exigente, coge y deja el pecho La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido La madre no refiere signos del reflejo de eyección(**) La madre ha de quitar al niño del pecho

(*) Este signo puede no observarse durante la succión y solo ser visto durante la búsqueda y el agarre.

(**) La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entueritos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento. Comisión Europea de Salud Pública / OMS (2006)

Paso 6. «No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado»

Descripción

El paso 6 de la IHAN hace referencia al uso de suplementos e indica: «No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado»

Alimentos prelácteos: administración de agua, suero glucosado o sucedáneos de leche materna antes de la primera toma de pecho.

Suplementos: administración de agua, suero glucosado o sucedáneos de leche materna después de la primera toma de leche materna.

Fundamento

En muchos servicios de maternidad es todavía habitual dar a los y las recién nacidos/as (RN) leche artificial, suero glucosado o agua antes de la primera toma (alimentos prelácteos) o además de la leche materna (suplementos).

Hamlyn y cols señalan que un 28 % de los RN amamantados reciben un biberón de leche o agua mientras están en el hospital (1). Es difícil imaginar que un porcentaje tan elevado de niños necesiten suplementos por indicación médica; en general, lo que sucede es que con frecuencia se dan suplementos sin causa médica justificada. De hecho se administra agua o suero glucosado para disminuir la ictericia o prevenir la hipoglucemia, y se da sucedáneo de leche materna porque el lactante está intranquilo o somnoliento, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar, y a veces sin ningún motivo específico.

Los estudios descriptivos sobre ingesta de LM en los primeros días de vida indican que los bebés RN reciben la cantidad de calostro y leche que necesitan para cubrir sus necesidades y son capaces de regular la propia ingesta de leche tanto cuantitativa como cualitativamente (2).

Las pequeñas cantidades de calostro son suficientes para prevenir la hipoglucemia en el RN sano y a término (3). Además el RN a término posee la cantidad de agua necesaria para cubrir sus necesidades metabólicas inclu-

so en climas cálidos (4). Por ello, la mayoría de los recién nacidos no requieren suplementos.

Sin embargo, dado que algunas mujeres pueden tener dudas sobre la adecuación de su calostro es importante tranquilizarlas, enseñarles la técnica de la lactancia e informarles sobre la fisiología de la lactancia (5).

Evidencia

Perjuicios de la administración de alimentos prelácteos:

Algunos estudios no experimentales han demostrado una clara asociación entre esta práctica y el cese precoz de la lactancia materna. En un estudio longitudinal realizado en Israel se objetivó que los RN que recibían una o más tomas prelácteas tenían menos probabilidades de recibir LM completa a las seis semanas (6). Pérez Escamilla y cols en un estudio realizado en Honduras demostraron que la administración de alimentos prelácteos tanto agua como sucedáneos de leche materna es un factor de riesgo para el abandono precoz de la lactancia materna (7).

Perjuicios de la administración de suplementos

Esta práctica comporta diversos riesgos (2):

- Reduce la frecuencia de las tomas con lo que disminuye la producción de leche y retrasa la lactogénesis.
- Puede favorecer la ingurgitación mamaria y hacer más difícil la colocación correcta al pecho.
- Se modifica la flora intestinal.
- Si se administran con biberón, puede interferir con el mecanismo de succión
- En casos de higiene deficitaria, la administración de suplementos aumenta el riesgo de diarrea y de otras infecciones.
- Disminuye la confianza de la madre en su capacidad para amamantar e interfiere en el establecimiento del vínculo.
- La madre puede tener la impresión de que no tiene suficiente leche o de que su leche no es adecuada para alimentar a su hijo/a. Además, su uso por el personal del hospital puede sentar un precedente y un modelo de actuación para la madre para calmar a un lactante intranquilo tras el alta de la maternidad.

- La administración ocasional de sucedáneos de leche materna en los primeros días de vida favorece la aparición de alergia a proteínas de leche de vaca.
- La exposición precoz a la leche de vaca puede desencadenar en niños genéticamente predisuestos el desarrollo de alergia (8) y de diabetes insulino dependiente (9). Dado que no es fácil identificar dicha predisposición genética a la alergia y la diabetes, estos hallazgos deben ser tenidos en cuenta cuando los padres han decidido dar un suplemento de sucedáneo de leche materna a su hijo alimentado al pecho.
- No se ha demostrado tampoco la eficacia de los suplementos en algunas de las situaciones que se han indicado anteriormente. Los estudios no respaldan la creencia de que los suplementos de agua y suero glucosado disminuyen la hiperbilirrubinemia en lactantes amamantados e incluso puede aumentarlos (10). Por el contrario la lactancia precoz y frecuente ayudará a prevenir y tratar la ictericia fisiológica (11).
- Diversos estudios han valorado el impacto de la utilización de los suplementos en el periodo neonatal y la duración del amamantamiento, aunque existen dificultades para obtener datos respecto a su efecto sobre el éxito de la lactancia. Algunos estudios no incluyen el agua entre los suplementos, otros no especifican si se daban o no por razones médicas y además no es ético asignar al azar a las madres y a sus hijos a un grupo «suplementado» o «no suplementado».

Un estudio prospectivo realizado con 521 RN suecos encontró una fuerte asociación entre administración de suplementos en el hospital y abandono de la LM antes de los 3 meses. Sin embargo, cuando los lactantes recibían suplementos por indicación médica la duración de la lactancia era similar a la del grupo no suplementado. La explicación de los autores para esta diferencia es que suplementar al RN por motivos estrictamente médicos no altera la relación madre-hijo ni mina la confianza de la madre como ocurre cuando el suplemento se da por «falta de leche» o porque el bebé «protesta» (12).

Pérez-Escamila y cols en un estudio realizado en Méjico encontraron que la introducción de suplementos en la primera semana es un factor de riesgo de cese de la lactancia, independientemente de las intenciones maternas de lactar (13). Howard y cols investigaron el efecto de la administración de suplementos (mediante tetina o con cuchara) en la duración de la LM en 700 RN. En una tercera parte de los RN los suplementos se dieron por razones médicas (pérdida de peso > al 10% o hipoglucemia), en un 50% se administraron a petición materna. El estudio demostró que los suplementos,

particularmente cuando son superiores a tres, se asocian significativamente con abandono de la LM independientemente de la forma de administración (14).

A pesar de las limitaciones de los estudios es evidente que la administración de suplementos sin indicación médica se asocia clara y estadísticamente con el abandono precoz de la lactancia materna tanto cuando se dan en las maternidades como después del alta hospitalaria.

Utilización adecuada de los suplementos de leche materna

Aunque los RN a término sanos amamantados no deben recibir suplementos de sucedáneos de LM, agua, soluciones glucosadas, té o manzanilla (15) existen algunas situaciones médicas en las que puede ser necesario el suplementar la LM o en las que no se recomienda amamantar.

Indicaciones para la administración de suplementos

Las indicaciones para la administración de suplementos en RN a término sanos son pocas y las describiremos seguidamente. En la mayoría de los casos, aunque puede ser necesaria la evaluación de la técnica de la lactancia, **no está indicada la administración de suplementos**. Entre ellas podemos recordar (5):

1. Un RN soñoliento que hace pocas tomas en las primeras 24-48 horas pero que ha perdido menos del 7% del peso y no presenta signos ni síntomas de enfermedad
2. Niveles de bilirrubina entre 12 y 20 mg/dL después de 72 horas de vida, si el RN mama bien, realiza más de 4 deposiciones diarias, la pérdida de peso es < al 7% y no existe hemólisis u otra patología.
3. Un RN exigente y nervioso (que llora a menudo) durante la noche o que demanda alimento constantemente.
4. Madre dormida (the sleeping mother)

Debemos conocer que existen algunas situaciones en las que está **indicada la administración de suplementos en los RN a término sanos** (5,17):

1. Hipoglucemia que no responde a la lactancia frecuente (a demanda)
2. Separación madre hijo por enfermedad materna o separación física
3. RN con enfermedad metabólica (por ejemplo galactosemia)
4. RN enfermo o con malformaciones que impidan el amamantamiento

5. Madre recibiendo fármacos que contraindican la lactancia

Posibles indicaciones para la administración de suplementos en los RN a término sanos (5,17)

Existen algunas situaciones que nos pueden plantear la indicación de suplementos siendo el médico quien debe decidir si los beneficios superan las potenciales consecuencias negativas de su administración.

Recomendación

Indicaciones en el RN (lactante)

- Hipoglucemia documentada en el laboratorio (no con métodos de screening)
- Evidencia clínica de deshidratación
- Pérdida de peso superior al 8-10% asociada a retraso en la lactogénesis (después del 5 día)
- Deposiciones escasas o ausentes o persistencia de eliminación del meconio después del 5º día
- Ingesta insuficiente a pesar de un flujo adecuado de leche. (Se suplementará con leche de su propia madre)
- Hiperbilirrubinemia:
 - Ictericia de lactancia con niveles de bilirrubina superiores a 20-25 mg/dl en un RN que crece adecuadamente
 - Ictericia de lactancia donde la ingesta de leche es pobre a pesar de una intervención apropiada
- Bajo peso de nacimiento:
 - Cuando no hay suficiente leche disponible
 - Cuando está indicado suplementar con un nutriente

Indicaciones maternas

- Retraso en la lactogénesis (5 o más días) e ingesta inadecuada del RN
- Dolor intolerable durante el amamantamiento que no responde al tratamiento
- Ausencia de la madre por enfermedad grave o separación geográfica

- Insuficiencia glandular primaria, patología de la mama o cirugía previa que condicione la producción de leche escasa
- Retraso en la lactogénesis
- Retención de placenta (suplementación temporal)
- Síndrome de Sheehan

Solicitud de suplementos por parte de los padres: cuando los padres solicitan suplementos es obligado valorar la situación de la madre, la técnica de la lactancia y la situación del recién nacido así como utilizar habilidades de consejería que ayuden a la madre a valorar si la petición de suplemento procede de falta de confianza en su capacidad para amamantar. Si el profesional de enfermería considera que no hay indicación, intentará tranquilizar a los padres y comprobar la información que tienen sobre la lactancia y ofrecer ayuda adecuada, pero si insisten de forma vehemente se respetará su decisión. Se procurará que el suplemento no sea administrado con biberón pero en esto también primará la decisión de los padres. Deben evitarse a toda costa situaciones violentas o de enfrentamiento con los padres. Hay que anotar en la hoja de enfermería los suplementos administrados, el método de administración y si se dan por solicitud de los padres (18).

Barreras y propuestas

Lo que se hace habitualmente

Durante los primeros días de vida con mucha frecuencia se dan alimentos prelácteos o suplementos sin causa médica justificada. De hecho se administra agua o suero glucosado para disminuir la ictericia o prevenir la hipoglucemia y se da leche porque el lactante está intranquilo o somnoliento, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar, y a veces sin ningún motivo específico. Esta práctica conlleva a la aparición de problemas y se asocia clara y estadísticamente con el abandono precoz de la lactancia materna tanto cuando se dan en las maternidades como después del alta hospitalaria.

Lo que se debería hacer

1. La mayoría de los RN a término sanos no necesitan suplementos. Pero existen situaciones (enfermedad del lactante o de su madre) en las que es necesaria su administración (17).

2. La administración de suplementos puede requerir órdenes médicas y un consentimiento escrito de la madre. Cuando no existen razones médicas para su administración se intentará dar información explicando a la madre los riesgos de dar alimentación artificial a su RN y se hará constar por parte del profesional sanitario. La administración de suplementos debe ser documentada haciendo constar tipo, volumen, método e indicación o motivo.

3. Cuando la administración de suplementos sea necesaria, el primer objetivo debe ser alimentar al bebé y optimizar el suministro de leche materna mientras se conoce la causa de la pobre ingesta o de la inadecuada transferencia de leche.

4. Se debe favorecer la cohabitación madre-RN (*rooming-inn*) para favorecer el amamantamiento y la lactogénesis.

5. En casos de separación madre-hijo, si el RN no obtiene leche suficiente y/o el flujo de leche es pobre, la madre debe conocer la técnica de extracción manual de leche a fin de estimular su producción y proporcionársela a su bebé.

6. Lo ideal sería realizar la extracción de leche cada vez que el bebé necesite un suplemento, o cada 2-3 horas (12, 17). La extracción de leche debe iniciarse el primer día o lo más pronto posible evitando la ingurgitación mamaria que comprometerá el flujo de leche y puede producir complicaciones (17).

7. Antes de administrar suplementos es necesario evaluar una toma (postura, agarre y transferencia de leche) (19). La mayoría de los RN que permanecen con sus madres y maman adecuadamente pierden < del 7% del peso del peso de nacimiento. Una pérdida ponderal superior puede indicar una transferencia inadecuada de leche o una producción baja de la misma. Las pérdidas de peso entre el 8-10% pueden considerarse dentro de límites normales si no existen problemas y el examen físico es normal pero es indicación de evaluación cuidadosa y de posible asistencia técnica.

8. El pediatra debe ser avisado si:

- El RN muestra signos de enfermedad además de ingesta inadecuada.
- La díada madre-RN cumple los criterios clínicos en los que está indicada la administración de suplementos.
- La pérdida de peso del RN es superior al 7%

Cuando sea necesario administrar suplementos se pueden utilizar diversas técnicas: relactador, vaso, cuchara o gotero, *finger-feeding* o biberón (14, 19). No existe evidencia acerca de la seguridad o eficacia de la mayoría de los métodos ni de su efecto sobre el amamantamiento. Sin embargo cuando la limpieza o refrigeración no son óptimas, la mejor opción puede ser el vaso (20). El vaso es seguro para los RN y puede ayudar a pre-

servar la duración del amamantamiento en los RN que requieran administración de múltiples suplementos (14).

En relación a la **elección del tipo de suplementos**, la leche humana extraída de la propia madre es el suplemento de elección (19), pero la obtención de suficiente calostro en los primeros días puede ser difícil. Si esto ocurre es necesario tranquilizar y transmitir confianza a la madre. Si el volumen de calostro materno es insuficiente, la leche humana pasteurizada donada es preferible a otros suplementos. El médico debe sopesar riesgos y beneficios potenciales de otros suplementos como fórmula estándar o hidrolizada en función de los recursos disponibles, factores de riesgo como historia familiar de atopia, edad del lactante, cantidades requeridas y el impacto potencial en el establecimiento de la lactancia.

Resumen

La administración de alimentos prelácteos y de suplementos en RN sanos a término cuando no existe justificación médica se asocia con abandono precoz de la lactancia materna. No está claro en qué medida el uso de suplementos es causal, interfiere con la conducta alimentaria del bebé o socavando la confianza de la madre, y en qué medida es un marcador de aquellas madres que tiene dificultades para dar el pecho o de aquel personal escasamente capacitado para ayudar a la madre que lacta. En cualquier caso hay que concluir que las madres necesitan ayuda competente con la lactancia para prevenir o superar las dificultades, de modo que no se administren alimentos prelácteos o suplementos si no hay una indicación médica específica (21).

Bibliografía

- (1) Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K and Wands S (2002) *Infant Feeding 2000*. The Stationery Office, London, 2002
- (2) National Institute for Health and Clinical Excellence. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. Systematic review. 1st edition, May 2005, pp 88
- (3) Williams A F. Hypoglycaemia of the newborn: a review. *Bull WHO* 1997; **75** : 261-290.
- (4) Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Sartyanarajana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfeeding during summer in the tropics. *Lancet* 1991; 1337:929-33
- (5) Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Protocol 3. Hospital guideline for the use of supplementary feeding in the healthy terms breastfed neonate. *ABM News and Views*

- (6) Dollberg S, Lahav S, Mimouni FB. A comparison of intakes of breast-fed and bottle-fed infants during the first two days of life. *J Am Coll Nutr.* 2001 Jun;20(3):209-11.
- (7) Pérez-Escamilla R, Segura-Millán S, Canahuati J, Allen H. Pre-lacteal feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *J Nutr.* 1996 Nov;126(11):2765-73.
- (8) Siltanen M, Kajosaari M, Poussa T, Saarinen M, Savilathi E. A dual long-term effect of breast-feeding on atopy in relation to heredity in children at 4 years of age. *Alergy* 2003; 58:534-530
- (9) Akerblom HK, Virtanen SM, Ilonen J, Savilahti E, Vaarala O, Reunanen A et al. Dietary manipulation of beta cell autoimmunity in infants at increased risk of type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetology* 2005; 48:829-837
- (10) Nicoll A, Ginsburg R, Tripp J. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand* 1982; **71**: 759-761
- (11) American Academy of Pediatrics: Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. *Pediatrics* 1994; 94:558-565.
- (12) Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994; 83: 1122-6
- (13) The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. *Am J Public Health* 1996;86(6):832-6.
- (14) Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, de Blicke EA et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breast-feeding. *Pediatrics* 2003; 111: 511-518
- (15) Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005: 81: 39-46.
- (16) UNICEF/WHO. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1. Background and Implementation, Preliminary Version, January 2006. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241595018_s1.pdf
- (17) Powers NG, Slusser W. Breastfeeding update.2: Clinical lactation management. *Pediatr Rew* 1997; 18:147-161
- (18) Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de la Maternidad (Coordinador G. Bustos). Hospital Universitario 12 de Octubre. Comunidad de Madrid. Abril 2007
- (19) American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-1039
- (20) United Nations Children's Fund: Feeding low birth weight babies. UNICEF division of information and public affairs. New York, UNICEF, 1996
- (21) Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra 1998.

Paso 7. «Facilitar la cohabitación de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día»

Descripción

Las madres de los bebés normales (incluyendo las que han dado a luz por cesárea) deben permanecer con ellos/as en la misma habitación día y noche, desde el momento en el que vuelven a su habitación después del parto, (o desde que son capaces de responder a sus hijos, en caso de cesárea), excepto en períodos de menos de una hora para procedimientos hospitalarios. Este alojamiento conjunto debe empezar antes de una hora tras los partos vaginales normales. Las púerperas normales deben tener a sus hijos con ellas o en una cuna junto a su cama, a no ser que esté indicada una separación (1)

Fundamento

El contacto estrecho entre la madre y su bebé recién nacido (RN) es la norma biológica de la especie humana. Históricamente, ha aportado protección, calor, y nutrición al lactante. Sin embargo, el manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé.

El modelo de separación es un modelo muy nuevo en la historia de las sociedades postindustriales. Empezó a ponerse en práctica en Norte América y parte de Europa a principios del siglo XX. Comenzó la asistencia a las mujeres parturientas en los hospitales, entre grandes dolores. Las anestias que se podían aplicar eran muy profundas, de manera que madre y bebé quedaban muy dormidos. Era imposible que la madre atendiera a su propio hijo/a. Y, a causa de la anestesia, tanto la madre como el bebé tenían que ser vigilados. Así empezó la separación madre-hijo/a nada más nacer. Y surgieron las pautas de alimentación, con recomendaciones en cuanto al volumen de leche a administrar a cada bebé, dependiendo de su peso y el intervalo entre tomas. Se generalizó la idea de que los bebés han de comer cada 3 ó 4 horas.

Estas rutinas de separación se perpetuaron. La mayoría de hospitales y clínicas donde se atendía a madres y recién nacidos tenían una sala, (la

nursery), donde todos los recién nacidos permanecían alejados de sus madres. Lo habitual es que lloraran, protestando por estar separados de sus madres o por tener hambre. Eran llevados con sus madres cada 3 ó cada 4 horas (el horario establecido de tomas), pero las tomas nocturnas se hacían en la nursery, para que las madres descansaran. Lo habitual es que esos bebés recibieran biberones de leche artificial para tranquilizarles, en espera de que les tocara volver con sus madres durante el día, y sistemáticamente por la noche.

Hoy sabemos que el bebé reclama el pecho sin horario fijo y que es conveniente que la madre le ofrezca el pecho nada más muestre señales de tener hambre (despertarse, succión del puño, hociqueo, etc). Eso resulta imposible si existe separación. La única manera de que la madre sienta las señales de hambre de su hijo/a es permaneciendo con él/ella las 24 horas del día.

Sabemos, además, que las madres descansan más si duermen junto a sus hijos/as, si les ofrecen el pecho cada vez que lo reclaman, ya que con cada succión la madre segrega oxitocina, hormona que le facilita el sueño. Los bebés, junto a su madre, lloran mucho menos que si permanecen en la guardería.

Evidencia

Beneficios

Favorece la lactancia materna: la permanencia conjunta madre-RN las 24 horas del día permite y favorece la lactancia materna a demanda y exclusiva. Se ha comprobado un mayor número de tomas al pecho y menor frecuencia de suplementos de fórmula artificial en los bebés en cohabitación, una mayor ganancia de peso diaria la primera semana (2) y una reducción de la incidencia de hiperbilirrubinemia (3).

La cohabitación aumenta la incidencia de LM al alta del hospital (4), a la semana (5) y entre la semana y los 4 meses (4,5). Se han descrito mayores índices de LM en primíparas urbanas de nivel socio-económico bajo si han hecho cohabitación con sus hijos/as (6). Si el bebé y su madre permanecen más de 20 horas al día juntos, los índices de LM a los 4 meses son mayores (7).

Mejora la calidad del sueño de la madre y de su hijo/a: las madres tienen la misma calidad y cantidad de sueño cuando sus hijos/as duermen en la misma habitación con ellas que cuando se separan para dormir en una guardería (8, 9). Las madres que amamantan y hacen colecho duermen incluso más que las que no amamantan (10).

Los recién nacidos que permanecen en la habitación con su madre tienen significativamente más sueño profundo, menos indeterminado y lloran menos que los que duermen en la guardería (11).

Favorece el vínculo madre-hijo/a: la cohabitación, junto al contacto piel con piel, reduce el riesgo de abandono del bebé (4). Hay menos incidencia de dificultades de vinculación de los padres con su hijo/a si han permanecido juntos en la habitación del hospital (12).

Cohabitación y colecho: a la madre le es más fácil percibir las señales de hambre de su bebé si duerme junto a él/ella. El colecho facilita las tomas al pecho frecuentes y sin restricciones. Se han descrito mayor número de tomas si el bebé en cohabitación duerme en la cama de su madre o en una cuna tipo sidecar que si duerme en su cuna sin que se modifique ni la calidad del sueño ni el grado de satisfacción de la madre (13). En el mismo estudio, no tuvieron lugar episodios adversos en ninguno de los bebés del estudio, pero sí grabaron más frecuentemente algún episodio potencialmente adverso en los bebés en colecho que en los que durmieron en su cuna separada de la cama materna o en su cuna tipo side-car (13).

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el éxito de la lactancia materna y la práctica del colecho en el hospital y a los 3 meses (14).

Recomendación

- Facilitar la cohabitación (rooming-in) las 24 horas del día. El recién nacido debe permanecer con su madre desde el nacimiento. *Recomendación A.*
- Las madres deben recibir previamente información sobre las ventajas y la conveniencia del contacto precoz y de la cohabitación.
- La cohabitación debe complementarse con el apoyo a la lactancia materna específico del personal sanitario (15). *Recomendación C.*
- Las exploraciones médicas y de enfermería y los test de rutina al recién nacido deben realizarse junto a la madre. *Recomendación A.*
- Explorar al bebé junto a su madre facilita el intercambio de información entre el personal sanitario y los padres, además de no interrumpir la cohabitación.
- Los test de detección precoz de metabolopatías y la administración de vacunas y de vitamina K intramuscular se deben realizar mientras el bebé está tomando el pecho, que es analgésico para los procedimientos dolorosos (16,17). *Recomendación A.*
- Se debe dar apoyo extra a las madres después de una cesárea para que cohabiten con sus hijos/as. *Recomendación A.*

- Después de una cesárea, las madres tienen más dificultades para movilizarse y para atender a sus bebés y es más probable que hayan estado separadas de sus hijos/as en las primeras horas. Colocar al bebé en contacto piel con piel con su madre favorece el vínculo madre hijo y facilita la primera toma. En las primeras tomas al pecho requerirán apoyo por parte de personal sanitario entrenado.

Resumen

El recién nacido y su madre deben permanecer juntos las 24 horas del día, desde el momento del nacimiento. La cohabitación permite a la madre responder a las señales de hambre de su hijo/a y, por tanto, favorece la frecuencia de la succión y mejora los índices de lactancia materna. Madre e hijo/a duermen mejor cuando permanecen juntos en la misma habitación. El contacto precoz y la cohabitación favorecen el vínculo madre-hijo/a.

Para permitir que madre e hijo permanezcan juntos las 24 horas al día, todos los procedimientos y exploraciones deben hacerse en la habitación de la madre y aquellos que son los dolorosos, mientras el bebé está tomando el pecho.

La cohabitación debe complementarse con el apoyo a la lactancia materna específico del personal sanitario, para las madres que han tenido un parto vaginal y, especialmente, para las que han tenido a su bebé por cesárea.

El bebé puede dormir en una cuna separada de la cama de su madre, en la cama materna (colecho) o en una cuna tipo side-car. Cuanto más cerca de su madre, mayor frecuencia y éxito de la lactancia materna. Sin embargo, si duermen en una cuna side-car, combinan una mayor frecuencia de tomas con una mayor seguridad.

Bibliografía

- (1) Organización Mundial de la Salud. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Editado en: WHO/CHD/98.9. 1998.
- (2) Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990;79(11):1017-22.
- (3) Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5.

- (4) Buranasin B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health*. 1991;5(3):217-20.
- (5) Strachan-Lindemberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *Int J Nurs Stud* 1990; 27: 179-186.
- (6) Perez-Escamilla R, Segura-Millán S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev*. 1992 Nov;31(1):25-40
- (7) Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, Davanzo R, Cattaneo A. Nipple care, sore nipples and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact*. 1999 Jun;15(2):125-30.
- (8) Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1988; 17(2):122-126.
- (9) Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991; 7(2):82-89.
- (10) Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(5): 580-8.
- (11) Keefe MR. Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nurs Res*. 1987 May-Jun;36(3):140-4.
- (12) O'Connor S, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Altemeier WA 3rd. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*. 1980 Aug;66(2):176-82.
- (13) Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006; 91: 1005-1010.
- (14) Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89(12):1106-10.
- (15) Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996; 23(3):154-160.
- (16) Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002;109(4):590-3.
- (17) Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7379):13.

Paso 8. «Ayudar a las madres a la lactancia materna a libre demanda»

Descripción

La lactancia materna a demanda consiste en ofrecer el pecho cuando la madre o el bebé lo deseen y durante todo el tiempo que quieran. El tiempo

que se necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Para finalizar la toma lo mejor es esperar hasta que el bebé suelte espontáneamente el pecho (1).

Fundamento

Los seres humanos recién nacidos, al igual que el resto de los mamíferos, puestos sobre sus madres inmediatamente después del parto tienen una conducta innata de búsqueda del pecho, buen agarre y succión. La separación de la madre en las primeras horas de vida puede condicionar la alteración de dicha conducta. Si además de ello se alimenta a los/las recién nacidos (RN) con una tetina o mediante horarios fijos, cuando sea puesto al pecho puede tener dificultades para amamantar.

Dado que en nuestro medio los hábitos culturales y hospitalarios no favorecen dicha conducta innata es frecuente encontrar dificultades para el amamantamiento en los primeros días de vida.

Evidencia

Beneficios

Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto que suponen la separación en el momento del parto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido (2). Por ello las intervenciones que restringen la lactancia materna y el contacto madre-RN han resultado ser perjudiciales para mejorar las cifras de lactancia materna.

Los recién nacidos a término sanos utilizan un conjunto de conductas innatas específicas a la especie inmediatamente después del parto cuando son colocados en contacto piel a piel con la madre. Localizan el pezón por medio del olfato y presentan una mayor respuesta a las señales olfativas en las primeras horas después del nacimiento y aquellos que pasaron más tiempo en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento presentaron ocho veces más probabilidades de lactar de forma espontánea (3).

La alimentación al pecho materno ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección.

Esta afirmación tiene una base científica más robusta, una calidad de evidencia mayor y una fuerza de recomendación más elevada que muchos tratamientos de uso habitual. Sin embargo, en todo el mundo persisten bajas tasas de inicio. El amamantamiento sin restricciones, en oposición al amamantamiento restringido a un horario, presenta múltiples beneficios entre ellos: se ha observado que ayuda a prevenir la congestión mamaria patológica (4), disminuye la incidencia de ictericia (5), estabiliza los niveles de glucemia (6), disminuye la pérdida ponderal inicial en el lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal (1), promueve la instauración precoz de la producción de leche materna madura (lactogénesis) (8) y aumenta la duración de la lactancia materna (7).

Los/las recién nacidos/as deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que lloren, si esta despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho. Se ha comprobado que el responder a las claves precoces de búsqueda, facilita el agarre y la succión al pecho lo que consecuentemente refuerza el interés materno por alimentar a su bebé (9, 10).

El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el/la niño/a esta ya irritable, se dificulta el amamantamiento. Durante los primeros días se recomienda que al menos haga 8 tomas. La duración de las tomas la determina el propio lactante, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente. El personal del hospital debe observar cómo se instaura la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a casi todas las mujeres les resulta difícil lactar a sus hijos durante los primeros días y que es normal que necesiten ayuda (11).

Perjuicios

En ningún metaanálisis, revisión ni ensayo clínico se han puesto de manifiesto efectos no deseables de la alimentación materna a libre demanda cuando es bien realizada y está supervisada por personal entrenado en lactancia.

Hace unos años era frecuente en la literatura científica ver artículos sobre cuadros de deshidratación e hiperbilirrubinemia que eran referidos a la lactancia materna a demanda. Una lectura detenida de los artículos lleva a la conclusión que la verdadera causa de dichos cuadros era un mal seguimiento de la lactancia materna por el personal sanitario, de manera que el seguimiento inadecuado del amamantamiento puede resultar en problemas importantes que deben de ser evitados (12).

Recomendación

Las madres lactantes deben de estar junto a sus hijos y tener acceso al amamantamiento sin restricciones. Debería informarse a las madres de que es completamente normal que el recién nacido mame 12 o más veces en 24 horas; el amamantamiento frecuente es normal y ayuda al establecimiento y mantenimiento de un adecuado suministro de leche. Es posible que algunos niños deseen mamar continuamente durante largos periodos y sus ciclos de sueño pueden ser muy variables. La técnica de la lactancia debe aprenderse y es muy fácil que una mujer dude de su capacidad para amamantar; es responsabilidad y competencia del profesional sanitario que la atiende el reforzar, vigilar y apoyar la técnica para conseguir que puedan ser superadas las dificultades que pueden surgir en los primeros momentos.

- Se debe animar a la madre al amamantamiento frecuente sin restricciones. *Recomendación A.*
- Es aconsejable que un profesional experto supervise todo el proceso. *Recomendación C.*
- Los RN deben de tener acceso al amamantamiento sin restricciones. *Recomendación A.*
- El niño muestra su disposición a mamar mediante una serie de señales precoces que las madres deberían ser capaces de reconocer y responder, puesto que el llanto es un signo tardío de hambre. *Recomendación B.*
- La atención a las señales tempranas de hambre del lactante facilita el agarre correcto y la succión efectiva lo que refuerza la respuesta materna al lactante. *Recomendación C.*
- El amamantamiento sin restricciones ayuda a prevenir la congestión mamaria, disminuye la incidencia de ictericia, estabiliza los niveles de glucemia, promueve la instauración precoz de la lactogénesis y aumenta la duración de la lactancia materna. *Recomendación B.*
- Es necesario amamantar con frecuencia, se recomienda que el bebé mame al menos de ocho a doce tomas por día en las primeras seis semanas de vida hasta que su patrón de lactancia esté bien establecido. *Recomendación A.*
- Algunos lactantes quedan satisfechos con el amamantamiento de un solo pecho, mientras que otros precisarán del amamantamiento de ambos pechos en cada toma. *Recomendación B.*

Barreras y propuestas

El modelo de alimentación a demanda se ha visto alterado por el uso del modelo de la lactancia artificial que si sigue unas pautas restringidas. Este modelo de alimentación se vio rápidamente incorporado a la enseñanza de los y las profesionales sanitarios en una época de confianza ciega en los avances tecnológicos y convertida en la norma que por muchos años se ha venido ofreciendo a las madres.

Las leches artificiales tienen mayor densidad que la leche humana, en gran parte debido a su mayor contenido proteico, condicionan una digestión más lenta que requiere períodos más largos entre las tomas y, con ello, alimentación menos frecuente. Sin considerar las diferencias, tales recomendaciones se han aplicado por igual a las madres lactantes con resultados desastrosos, tanto para la instauración de la lactancia materna como para su duración.

Se hace necesaria una formación continuada para romper las rutinas establecidas en todos los profesionales sanitarios.

Aunque no se discuta las ventajas de la alimentación al pecho a demanda, todo parece estar en contra: la facilidad con la que se separa a los RN de sus madres, la inseguridad de las madres en su capacidad de amamantar, la falta de formación de los/las profesionales, el incumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna que a su vez hace que en la mayoría de las instituciones de maternidad existan demasiada facilidad para dar suplementos de fórmulas de inicio ante cualquier dificultad.

Por ello es necesario adoptar una política de apoyo activo y de promoción de la alimentación al pecho a libre demanda y sin restricciones, donde se forme a los profesionales de la manera de ponerla en práctica así como una implicación formal en la consecución de la IHAN en todas las instituciones sanitarias donde se atienden recién nacidos y lactantes.

Para poner en marcha en todas las maternidades de manera segura la alimentación materna a demanda y sin restricciones, se debe de disponer de un protocolo por escrito y consensuado con todos los y las profesionales de salud que atienden a la madre y a los lactantes tanto en hospitales como en los centros de atención primaria.

Se deben establecer las responsabilidades de cada profesional y las acciones que dependen de cada uno de ellos.

Desde el primer momento la madre y el RN deben de iniciar la lactancia materna exclusiva y sin restricciones de horario.

La madre debe de ser supervisada y apoyada por el personal sanitario capacitado en las prácticas correctas de amamantamiento eficaz.

La madre debe de conocer la importancia de dar el pecho a libre demanda y las señales precoces de hambre como son: aumento de la alerta o actividad, movimientos rápidos de los ojos, movimientos de hociqueo o búsqueda, llevarse la mano a la boca y chupeteo, gorjeos suaves o suspiros, chasquidos de lengua y quejidos que muestran su disposición para mamar.

La madre debe conocer que el llanto es un indicador tardío de hambre.

Se debe informar a las madres de que es normal que el/la recién nacido/a mame 12 o más veces en 24 horas, lo que ayuda al establecimiento y mantenimiento de un adecuado suministro de leche.

Durante los primeros días el recién nacido necesita, al menos, ocho tomas efectivas en 24 horas.

Debe de informarse a las madres de que algunos niños quedan satisfechos con un solo pecho, mientras que otros desearán mamar de ambos en cada toma. Debe dejarse al niño mamar del primer pecho hasta que lo suelte espontáneamente antes de ofrecerle el segundo pecho

En general, se recomienda que las tomas duren más de diez minutos, de ser posible veinte o más si fuera preciso, hasta que el niño suelte espontáneamente el pecho, con signos de saciedad que se manifiesta por puños abiertos, somnolencia, calma y desinterés por el pecho después de una toma efectiva. Si desea continuar, se le puede ofrecer el otro pecho. Si hubiera tomado un pecho por poco tiempo, conviene ofrecer el mismo en la siguiente toma, lo antes posible.

Sabemos que una toma es efectiva si observamos una posición correcta, sin chasquidos ni chupeteo, escuchamos ruidos deglutorios, y si hay residuo de leche en labios y boca del bebé.

El proceso se supervisará y controlará por un profesional experto.

Durante este periodo también debería enseñarse a las madres la postura y el agarre correcto de su hijo al pecho y cuales son los signos que lo confirman.

Situaciones especiales

Prematuridad

Es posible que la alimentación de los neonatos prematuros en respuesta a los signos de hambre y saciedad (a voluntad o demanda/semidemanda), en lugar de a intervalos programados, ayude a establecer la alimentación oral independiente, aumente la ingesta de nutrientes y las tasas de crecimiento, y permita el alta hospitalaria más temprana. Hasta el momento no hay datos suficientes para guiar la práctica clínica. Se necesita un ensayo controlado aleatorio grande y se debe centrar en neonatos que se encuentran en la fase de transición de sonda intragástrica a alimentación oral y debe tener una

duración suficiente para evaluar los efectos sobre el crecimiento y el tiempo hasta la alimentación oral y el alta hospitalaria (13).

Lactantes poco demandantes o dormilones

Si el bebé duerme mucho y toma poco habrá que despertarlo cada cuatro horas para ponerlo al pecho o al menos para que haga ocho tomas en 24 horas. Los lactantes tienen diversos estados de sueño, siendo más fácil iniciar la alimentación cuando está en fase de alerta tranquila o activa (14).

En estos casos hay que asegurar que la madre conoce las estrategias para despertar al bebé, que incluyen quitarle ropa, cambiarle el pañal, colocarlo en contacto piel con piel o dar un pequeño masaje entre otras.

Resumen

Los recién nacidos deben de tener acceso al amamantamiento sin restricciones. El personal sanitario debe ser consciente de la importancia de la lactancia materna a demanda, no poniendo restricciones ni en la duración ni en la frecuencia de las tomas. La duración de las tomas y el número de tomas es regulado por el niño y depende de la eficacia de la succión, de las necesidades de líquidos y energía del niño y del intervalo entre las tomas. El recién nacido sano puede regular su propia ingesta de leche si se le permite mamar libremente.

Se debe informar a las madres de que lo normal es que el recién nacido mame 12 o más veces en 24 horas. Es posible que algunos niños mamen continuamente durante largos periodos y sus ciclos de sueño pueden ser muy variables. Debe informarse a las madres de que durante los primeros días el recién nacido necesita, al menos, ocho tomas efectivas en 24 horas. Algunos niños quedan satisfechos con un solo pecho, mientras que otros desearán mamar de ambos en cada toma por ello se debe dejar mamar del primer pecho hasta que lo suelte espontáneamente antes de ofrecerle el segundo pecho.

Bibliografía

- (1) American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115:496–506.
- (2) Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001;75 Suppl 1:S39-S45. 24.

- (3) Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). *Cochrane database of systematic Reviews* 2007, Issue 3, art. No: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html>
- (4) Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000090.
- (5) Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001;107(3):E41.
- (6) Diwakar KK, Sasidhar MV. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87(1):F46-8.
- (7) Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days by the International Lactation Consultant Association, USA, 1999.
- (8) Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5.
- (9) Management of breastfeeding for healthy full-term infants. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2002 Dec 1. 89 pag, 76 ref.
- (10) Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days by the International Lactation Consultant Association, USA, 1999
- (11) Grupo PREVINFAD. Asociación Pediatría de Atención Primaria. Alimentación del lactante durante el primer año de vida. www.aepap.org
- (12) Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am.* 2001 ;48(2):273-97.
- (13) Tosh K, McGuire W. Alimentación a voluntad o demanda/semidemanda versus alimentación a intervalos programados en neonatos prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software
- (14) Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2): 169-74.

Paso 9. «No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales»

Descripción

El paso 9 de la IHAN indica «No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales»

Fundamento

Existe evidencia científica de los beneficios de la lactancia materna para la salud del niño, de su madre y de la sociedad. Por ello es importante identificar los factores que pueden conducir a un abandono o a un acortamiento de la lactancia.

Diversos estudios han demostrado que tanto los chupetes como las tetinas pueden ser perjudiciales al interferir con la lactancia. Se utilizan por distintos motivos y actúan de diferente forma por lo que se analizarán separadamente. Las tetinas están reguladas por el Código al igual que los sucedáneos de la leche materna.

Muchos profesionales piensan que los biberones con tetinas son el único modo de administrar suplementos cuando el lactante no puede tomar directamente el pecho. Pero si, por razones médicas, son necesarios los suplementos, existen diversas alternativas a las tetinas: vasos, cucharas, jeringas y cuenta gotas que pueden utilizarse en función de la edad de gestación y de los motivos por los que se necesitan suplementos.

El uso del chupete se encuentra muy arraigado en la sociedad civilizada ya que calma el llanto de un bebé, ayuda a conciliar el sueño, y reduce el estrés y el dolor en procedimientos desagradables, situaciones que provocan preocupación y ansiedad en los padres. Muchos profesionales sanitarios y el público en general piensan que son inofensivos e incluso beneficiosos y necesarios para el desarrollo del lactante. Su utilización es motivo de controversia entre el personal sanitario y los consultores de lactancia que recomiendan o desaconsejan su uso basándose muchas veces en experiencias personales y no en evidencias científicas. Es importante que el personal de salud y los padres conozcan los beneficios e inconvenientes que conlleva el uso del chupete.

Evidencia

Perjuicios de la utilización de tetinas

Aunque hay poca evidencia científica de que la utilización de tetinas acorte el periodo de amamantamiento (1), ha sido señalado que su utilización precoz conduce al fracaso de la lactancia ya que contribuye a la situación conocida como «confusión de pezón» e interfiere con el aprendizaje de succión ya que la acción de mamar es mecánicamente diferente a la de succionar la tetina del biberón (2-4). La lengua debe colocarse en la punta de la tetina para regular la salida de la leche motivada por el vacío generado desde la

boca. En cambio, al mamar, la lengua adopta forma acalanaada por debajo del pezón y la areola, con movimientos reptantes que impulsan la leche materna hacia la boca del bebé. En las primeras semanas de vida los lactantes expuestos a tetinas o chupetes son más propensos a presentar las manifestaciones del síndrome de confusión de pezón con dificultad para el agarre, daño del pezón, grietas, disminución del flujo de leche y cese de la lactancia (5).

En los últimos años se han publicado estudios que han valorado el impacto sobre la lactancia materna de los diferentes métodos utilizados para administrar suplementos. Howard y cols (6) estudiaron en 700 RN las consecuencias sobre la duración de la lactancia en función de la utilización de tetinas o vasos. Los autores demostraron que la utilización de un vaso en lugar del biberón fue beneficiosa para la lactancia en los RN por cesárea y en los que precisaron múltiples suplementos pero no hubo diferencias con las tetinas en los nacidos por vía vaginal. Los autores indican que el mayor volumen administrado con biberón, en comparación con el vaso, puede tener un efecto negativo sobre la lactancia y sugieren que el volumen de los suplementos administrados en los primeros días es uno de los factores responsables en la duración del amamantamiento. Por ello, la utilización del vaso tiene un efecto protector entre los RN que precisan más de dos suplementos (6). Otros estudios han demostrado la seguridad de la utilización del vaso para administrar suplementos a los niños amamantados (1, 5, 7).

Perjuicios del uso de chupetes

Callaghan y cols (8) realizaron una revisión de los estudios (ensayos clínicos y estudios de cohortes) realizados entre 1995 y 2003 en diferentes contextos geográficos (Australia, Brasil, Canadá, Italia, Nueva Zelanda, Suecia y EEUU) para conocer la evidencia acumulada entre el uso del chupete y la aparición de problemas o de efectos beneficiosos en lactantes sanos a término.

Uso del chupete y lactancia materna

En relación al uso del chupete y la lactancia materna, estudios observacionales han señalado una fuerte asociación entre uso de chupetes y abandono precoz de la lactancia pero no han permitido determinar si esta asociación es casual (5,6, 9-15). Algunos autores observan una relación dosis-respuesta en el sentido de que a mayor utilización del chupete menor duración de la lactancia materna (13,14).

Existen dos posibles explicaciones para justificar la asociación entre el uso del chupete y los resultados negativos respecto a la LM. Una es que el reflejo innato de succión sea satisfecho con el chupete, disminuyendo o eliminando el deseo de contacto con el pezón y el pecho. Otra posible explicación es que el uso del chupete no sea la causa de la reducción de la lactancia sino que se trate de un marcador de dificultades en la lactancia o de una escasa motivación para lactar más que la verdadera causa del destete (11). Es decir el chupete puede considerarse un factor contribuyente al destete más precoz en mujeres que se encuentran incómodas con la lactancia más que una causa de abandono precoz de la lactancia. Por otra parte el uso del chupete en los primeros días de vida puede causar, de forma similar a las tetinas, el síndrome de confusión del pezón, alterando el patrón de succión, facilitando la aparición de lesiones del pezón e interfiriendo con la producción láctea (3). De la revisión de Callaghan y cols puede deducirse que aunque es posible que el uso del chupete condicione que los lactantes mamen menos no se ha probado de forma irrefutable una relación causal entre ambas variables (8).

Riesgo de infecciones: Si se estableciese una relación entre uso del chupete e infecciones (respiratorias, gastrointestinales y caries dental) existiría un poderoso argumento para contraindicar su uso. Callaghan y cols solo encontraron cuatro estudios que cumplieran los criterios de inclusión y en su opinión el limitado número de estudios y la variabilidad de los resultados no permite establecer conclusiones definitivas (8). En tres se demostró una asociación positiva entre el uso continuo del chupete y otitis media aguda recidivante (16), caries dental (17) e infecciones respiratorias y digestivas (18). Otro estudio no encontró una asociación entre el uso de chupete a la edad de 15 meses e infecciones entre los 6 y 18 meses (19). En algunos casos de candidiasis oral resistente al tratamiento antimicótico habitual, el análisis del chupete ha demostrado la presencia de colonias de *Cándida albicans* resistente con resolución de la infección oral al retirar el objeto contaminado (20).

Riesgo de maloclusión dental: Los hábitos de succión no nutritiva con la utilización de chupetes y tetinas puede favorecer la maloclusión dentaria ya que es un factor de riesgo para el desarrollo de mordida abierta anterior y sobre todo cruzada posterior en la dentición inicial (21, 22). Por otra parte, la lactancia materna durante el primer año de vida evita estos hábitos y previene la maloclusión dentaria constituyendo una razón adicional para su promoción (23).

Otros perjuicios: Otros posibles riesgos del uso del chupete incluyen el riesgo de accidentes como la **sofocación** con partes sueltas de goma, el uso de materiales **potencialmente cancerígenos** en la fabricación de estos productos y la **alergia al látex** (24).

Beneficios de la utilización de chupetes

- **Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).** Los estudios con análisis multivariante concluyen que el uso del chupete se asocia con una reducción de la incidencia del SMSL y que el riesgo de SMSL en los lactantes que no usaron el chupete en el «último sueño» o «sueño de referencia» era, al menos, de 2 a 5 veces mayor que el de los niños que usaron el chupete. Es decir ha sido demostrado una fuerte y consistente asociación entre el uso del chupete, sobre todo en el último sueño y disminución del SMSL (25-35). Para explicar este hecho han sido propuestos diversos mecanismos aunque ninguno ha sido aceptado universalmente. Los chupetes actuarían protegiendo la vía aérea al impedir que la lengua caiga hacia atrás, (27), disminuyendo los periodos de apnea (26) y el umbral del despertar (30) y evitando el decúbito prono, posición que aumenta el riesgo de muerte súbita (27). La edad de mayor riesgo para el SMSL es entre el 1 y los 5 meses de edad por lo que en lactantes amamantados se recomienda el uso del chupete durante el sueño a partir del primer mes de vida cuando la lactancia está bien establecida. Para evitar otros inconvenientes de la utilización del chupete, en todos los niños es recomendable retirar el chupete al año de edad (36).
- **Efecto tranquilizante:** Algunos autores sugieren que el chupete satisface el instinto natural de succión del lactante y le proporciona seguridad (37). Además ayuda a calmar al lactante ante procedimientos dolorosos o desagradables (38) e induce el sueño en lactantes cansados (39). Sin embargo Kramer y cols no observaron que el uso del chupete fuese eficaz para calmar y tranquilizar a los lactantes a la edad de 4, 6 o 9 semanas (11).
- **Efectos beneficiosos en niños pretérmino:** Los métodos de succión no nutritiva en los prematuros aceleran la maduración del reflejo de succión facilitando un tránsito más rápido a la alimentación oral (40).

Beneficios de la utilización de tetinas

En las situaciones en que los RN amamantados necesitan suplementos bien por razones médicas o a petición de los padres, no se ha demostrado ningún beneficio con la utilización de tetinas. Su uso sobre todo en los primeros días de vida puede contribuir a la aparición del síndrome de confusión de pezón (3). En estas situaciones existen diversas alternativas a las tetinas: vasos, cucharas, jeringas y cuenta gotas que pueden utilizarse en función de la edad de gestación y de los motivos por los que se necesitan suplementos (24).

Recomendación

En las maternidades muchos profesionales piensan que los biberones con **tetinas** son el único modo de administrar suplementos a un RN que no puede tomar directamente el pecho y se utilizan para dar suplementos no solo cuando existen razones médicas, sino también para calmar a un niño que llora, a petición de los padres y a veces sin motivo aparente.

En relación al uso de **chupetes** su uso está muy generalizado en nuestra sociedad y entre los profesionales sanitarios de las maternidades que lo recomiendan pensando que son inofensivos.

Su utilización en las maternidades transmite la impresión de que los profesionales sanitarios los consideran seguros, aumentando la probabilidad de que los padres los introduzcan o los sigan usando. Su uso por tanto debería ser minimizado completamente incluso evitado, para dejar de transmitir mensajes contradictorios a las familias. En un servicio de maternidad los chupetes no deberían ser nunca necesarios (24).

Cuando por razones médicas sea necesario administrar suplementos existen distintas alternativas a las **tetinas**: dispositivo para lactar, vaso, cuchara o gotero (6). No existe evidencia acerca de la seguridad o eficacia de la mayoría de los métodos ni de su efecto sobre el amamantamiento. El vaso es seguro para los RN y puede ayudar a preservar la duración del amamantamiento en los RN que requieran administración de múltiples suplementos (6).

Aunque las dificultades para poner al pecho a un lactante que ha tomado biberones puede superarse con suficiente ayuda de una persona capacitada, dicha ayuda puede ser difícil de encontrar. Por tanto los lactantes no deben ser expuestos innecesariamente al riesgo de necesitar tal ayuda. Cuando el lactante va a ser posteriormente amamantado o cuando es difícil la esterilización adecuada, en caso de que estén indicados los suplementos, es preferible el vaso a los biberones o tetinas.

En los recién nacidos amamantados es mejor evitar el **chupete** durante los primeros días de vida y usarlo solo cuando la lactancia materna está bien establecida (32, 36).

Para evitar su uso es necesario que el personal de salud y las madres conozcan los inconvenientes y riesgos que tiene el uso del chupete para la lactancia materna.

Dado que el chupete puede ser útil como relajante, el personal de salud y las madres deben saber que el bebé puede ser calmado en contacto piel con piel y con otros métodos de succión no nutritiva.

Los profesionales médicos deben educar a los padres sobre las prácticas del uso del chupete y deben conocer que en ocasiones el uso del chupete es un marcador de que existen dificultades en la lactancia. Los profesionales deben identificar estas situaciones y han de adquirir las habilidades

necesarias para ayudar adecuadamente a las madres, tanto con la técnica de la lactancia como infundiéndoles confianza en sí mismas.

Dada la evidencia existente sobre el efecto protector del uso del chupete durante el sueño para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante, en los lactantes amamantados debe recomendarse su uso a partir del primer mes (32, 36). En todos los lactantes, el chupete debe ser retirado antes del año de edad (32).

Fundamento de la recomendación

Existe evidencia científica de los beneficios de la lactancia materna para la salud del niño, de su madre y de la sociedad. Por ello es importante identificar los factores que pueden conducir a un abandono o a un acortamiento de la lactancia.

La administración de suplementos se asocia fuertemente con abandonos precoces de la lactancia, pero hay menor evidencia que el uso de tetinas para administrar suplementos acorte el periodo de amamantamiento. Las pruebas del paso 9 deben analizarse conjuntamente con el 6, relativo a los suplementos, ya que los suplementos suelen darse con biberón es difícil separar el efecto de la tetina de su contenido (24).

Estudios observacionales han demostrado una asociación entre el uso de chupete y el abandono precoz de la lactancia materna pero no se ha podido determinar si esta asociación es causal. Una revisión sistemática de 29 estudios realizados entre 1950 y 2006, publicado en abril de 2009, señala que el más alto nivel de evidencia no ha podido demostrar una relación entre la utilización del chupete y la duración o exclusividad de la lactancia materna (41). Los autores sugieren que la asociación entre uso del chupete y acortamiento de la lactancia encontrada en estudios observacionales es reflejo de factores complejos como son dificultades en el amamantamiento o deseo de destetar (41).

Barreras y propuestas

- Es importante conocer que, cuando por razones médicas, sea necesario administrar suplementos, existen distintas alternativas a las **tetinas**.
- Es necesario conocer más sobre las características de los bebés que necesitan suplementos durante el periodo neonatal y en que condiciones son preferibles los vasos o las tetinas.

- En los recién nacidos amamantados es mejor evitar el **chupete** durante los primeros días de vida y usarlo solo cuando la lactancia materna está bien establecida (a partir del mes de edad).
- El personal de salud y las madres deben conocer, que, además del chupete, existen maniobras para calmar a un bebé como son el contacto piel con piel y otros métodos de succión no nutritiva.
- En ocasiones el uso del chupete es un marcador de que existen dificultades en la lactancia. Por ello los profesionales deben identificar estas situaciones y adquirir las habilidades necesarias para ayudar adecuadamente a las madres, tanto con la técnica de la lactancia como infundiéndoles confianza en sí mismas.
- Es necesario seguir investigando para comprender mejor el papel de los chupetes en la duración de la lactancia materna, estudiar las diferencias de su efecto en las diferentes culturas y tipos de mujer y determinar si el uso de chupete puede constituir un marcador de dificultades de la lactancia o una menor motivación para amamantar.

Resumen

La utilización de **tetinas** está relacionada con la administración de suplementos (paso 6) por lo que ambos pasos deben valorarse conjuntamente. Cuando sea necesaria la administración de suplementos debemos conocer que existen alternativas a las tetinas.

El uso de **chupetes** en bebés amamantados debe recomendarse a partir del mes de vida, fecha en que la lactancia materna está establecida y edad en la que comienza el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante.

Bibliografía

- (1) Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding?. Neonatal Study Group. Eur J Pediatr 1997;156:874-877
- (2) Woolridge M W. The anatomy of infant sucking. Midwifery 1986; 4: 164-171.
- (3) Neifert M, Lawrence R & Seacat J. Nipple confusion - towards a formal definition. J Pediatr 1995; 126: S125-S129.
- (4) Nowak A J, Smith W L & Erenberg A. Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148: 40-42.
- (5) Lang S, Lawrence C J & Orme R. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. Arch Dis Child 1994; 71: 365-369.

- (6) Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, de Blicke EA et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111: 511-518
- (7) Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:1-15
- (8) Callaghan A, Kendall G, Lock C, Mahony A, Payne J, Verrier L. Association between pacifier use and breastfeeding, sudden infant death syndrome, infection and malocclusion. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2005; 3: 147-167
- (9) Victora C G, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341: 404-406.
- (10) Barros F C, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weirderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics* 1995; 95: 497-499
- (11) Victora C G, Behage DP, Barros FC, Olinto MT, Weirderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99:445-453.
- (12) Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286: 322-6.
- (13) Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-MedhinM. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104:e50
- (14) Vogel AM, Hutchison BL; Mitchell EA. The impact of pacifier use in breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Chile Health* 2001; 37:58-63.
- (15) Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence A. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999; 103:e33
- (16) Niemela M, Uhari M, Mottonen M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centres. *Pediatrics* 1995; 96:884-8
- (17) Olilla P, Niemela M, Uhari M, Larmas M. Prolonged pacifier-sucking and use a nursing bottle at night: possible risk factors for dental caries in children. *Acta Odontol Scand* 1998;56:233-7
- (18) North K, Fleming P, Golding J. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics* 1999; 103: e34
- (19) North Stone K, Fleming P, Golding J. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. *Early Hum Dev* 2000; 60:137-48
- (20) Abramovits W: Resistant oral candidiasis in an infant due to pacifier contamination, *Clin Pediatr* 1981; 20: 393
- (21) Charchut SW, Allred EN, Needleman HL. The effects of infant feeding patterns on the occlusion of the primary dentition. *J Dent Child (Chic)* 2003;70:197-203.
- (22) Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004; 89: 1081-2
- (23) Moimaz SA, Zina LG, Saliba NA, Saliba O. Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Ped Prev Dent*. 2008; 26:102-6

- (24) Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra 1998.
- (25) Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP et al. Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child* 1993; 68: 501-504
- (26) Arnestad M, Andersen M, Rognum TO. Is the use of dummy or carry-cot of importance for sudden infant death. *Eur J Pediatr* 1997; 156: 968-70
- (27) L'Hoir MP, Engelberts AC, Van Well CT et al. Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *Eur J Pediatr* 1999; 158:896-901
- (28) Fleming PJ, Blair PS, Pollard MW et al. Pacifier use and sudden death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Arch Dis Child* 1999; 81: 112-1161
- (29) Brook H, Tappin DM, Beckett C, Gibson A. Dummy use on the day/night of death: case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland, 1996-1999. In Sixth SIDS International Conference. Auckland, New Zealand 2000.
- (30) Franco P, Scaillet S, Wermenbol V, Valente F, Groswasser J, Khan A. The influence of a pacifier on infant's arousals from sleep. *J Pediatr* 2000; 136: 775-779
- (31) Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363: 185-191
- (32) Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005; 116:e716-e723
- (33) Hauck FR. Pacifiers and sudden infant death syndrome: what should we recommend? *Pediatrics* 2006; 117: 1811-1812
- (34) Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006; 117: 1755-1758
- (35) De Kun I, Willinger M, Petitti DB et al. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case controlled study. *BMJ* 2006: 332:18-22
- (36) American Academy of Pediatrics. Policy statement: the changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variable to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005; 115:1245-1255
- (37) Stone KN, Fleming P, Golding J. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. *Early Human Development* 2000; 60:137-142
- (38) Mathai S, Natrajan N, Rajalakshmi NR. A comparative study of non-pharmacological methods to reduce pain in neonates. *Indian Pediatr* 2006; 43:1070-1075
- (39) Adair SM Pacifier use in children: a review of recent literature. *Pediatr Dent* 2003; 25:449-458
- (40) Bernbaum JC, Pereira GR, Watkins JB, Peckham GJ. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. *Pediatrics* 1983; 71:41-45
- (41) O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding. A systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378-382

Paso 10. «Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica»

Descripción

Los grupos de apoyo a la lactancia natural son organizaciones de madres voluntarias con experiencia personal como madres lactantes que además cuentan con formación adicional sobre el arte de amamantar. La forma de trabajo de los grupos hace especial hincapié en las habilidades de escucha activa, empatía, respeto de ideas y neutralidad en la aportación informativa. Ofrecen asesoramiento por teléfono, por e-mail, en encuentros personales o en reuniones de grupo.

Fundamento

Necesidad de apoyo. La mayor parte de las madres lactantes necesitan algún tipo de apoyo al inicio de la lactancia o en los momentos en los que la lactancia plantea dificultades. Algunas, con excelente producción de leche y sin dificultad para el agarre del niño, apenas necesitan más ayuda que la confirmación de que todo va bien. El resto, bien por falta de experiencia, por dificultades de instauración de la lactancia -subida de leche lenta, mal agarre del niño, dolor, demanda de pecho muy frecuente, ganancia de peso baja- por dificultades domésticas, laborales, problemas familiares, o simplemente por un estado de ánimo decaído, sólo conseguirán lactar si reciben apoyo adecuado.

Esto ha sido siempre así (1), pero ahora todavía más. Y no porque las madres actuales sean más torpes que las de otras épocas sino porque tienen menos oportunidades de aprender y de practicar. En cualquier época de la historia la natalidad era muy superior a la actual y las estructuras sociales permitían que las mujeres pudieran vivir de cerca la lactancia de muchos familiares próximos. Esa misma red familiar las arropaba cuando les llegaba el momento de ser madres, aportándoles confianza. La técnica de crianza se transmitía de generación en generación de forma natural y los fracasos de la lactancia eran menores.

Las mujeres actuales tienen más facilidad para el acceso teórico a la información, pero muchísima menos experiencia práctica y posibilidades de apoyo cuando nace su hijo. El entorno social y familiar sigue siendo muy importante en la toma de decisiones y en el manejo de la lactancia, pero es habitual que los consejos no sean adecuados (2,3). El papel de las abuelas y de los maridos ha sido cuestionado debido a su formación, en el caso de las abuelas porque fueron madres en los años de abandono de la lactancia y los maridos por no haberse preocupado de aprender (4,5).

El apoyo a las mujeres que quieren dar el pecho, es además una demanda de las propias madres. Cada vez más mujeres buscan de forma consciente el encuentro con otras madres y la comparación-identificación de experiencias o sentimientos (6). También reclaman más información, no sólo para tomar decisiones responsables y coherentes con sus sentimientos, sino para afrontar problemas derivados de la pérdida de confianza.

Nacimiento de los grupos de apoyo. Los grupos de apoyo representan la reacción de las madres que habían disfrutado con su lactancia y querían compartir con otras mujeres su experiencia con la lactancia. Surgieron en los años de mayor abandono de la lactancia como respuesta a la falta de información sobre el manejo de la misma y la falta de apoyo a las madres lactantes en los hospitales.

En todos los países desarrollados hubo reacciones de pequeños grupos de madres, pero sin duda el que más éxito consiguió fue La Liga de la Leche, nacida en Chicago en 1956 (7). En Australia la Australian Breastfeeding Association en 1964. En África la Breastfeeding Association of South Africa fue creada en 1978 por mujeres sudafricanas (8). En España, Vía Láctea fue el primer grupo de apoyo a la lactancia creado por madres aragonesas (9).

El éxito de los grupos es fruto del contacto directo con madres con experiencias positivas. La madre con problemas acepta las sugerencias de las otras, porque son madres como ella y va tomando confianza en sus posibilidades. Se ofrecía información y experiencia, pero el apoyo ofrecido por el grupo era lo que más influía en el éxito del amamantamiento (10). Comenzaron siendo reuniones informales que pronto dieron paso a citas programadas. Más adelante se animaron a redactar en textos cortos las experiencias que iban adquiriendo sobre el manejo de las situaciones más repetidas. Estos folletos tienen el interés añadido de ser los primeros documentos escritos por mujeres lactantes, basados en experiencias reales contrastadas.

En la actualidad, el número de grupos de madres se cuenta por miles, y por millones el de madres que han contactado en algún momento con uno de estos grupos. Esta proliferación de grupos confirma la necesidad de apoyo que tienen las madres lactantes.

Evidencia

Beneficios

Pronto se comprobó la eficacia de la ayuda prestada a las madres. La visita de enfermeras en el domicilio tras el alta aumentaba la frecuencia de la lactancia (11). En 1970, la socióloga Alice Ladas (12) demostró que las mujeres que asistían a los programas de los grupos de apoyo de La Liga de la Leche tenían mejores resultados con la lactancia debido a la mejora de la confianza en sus posibilidades, a recibir una buena información y al apoyo individualizado. También en el Hospital de Oxford (13) comprobaron el efecto positivo sobre la lactancia de las visitas domiciliarias a las madres tras el alta del hospital. Las visitas eran realizadas por enfermeras, matronas o profesionales de salud. En tres años aumentó de forma significativa la prevalencia de lactancia y se retrasó la introducción de sólidos.

No se trataba simplemente de una cuestión de técnica. El correcto funcionamiento de la mama requería unas condiciones de reforzamiento psicológico de la madre que en definitiva mejoraban la confianza en sus posibilidades y reafirmaban la decisión de amamantar. Bentovim desarrolló un esquema sobre la cronología del proceso (14).

Desde entonces muchos estudios confirmaron la eficacia del apoyo a las madres lactantes, mayor cuanto más bajo era su estrato social o económico (15). El efecto se comprobó en casi todos los países que lo estudiaron, las madres que recibían ayuda lactaban más y consultaban menos por problemas médicos, Sudáfrica (16), Chile (17), Nigeria (18) Nueva Zelanda (19), Brasil (20), Taiwan (21), Australia (22), Indias Navajo de Arizona (23), Afro-americanas de Baltimore (24), Italia (25), Wisconsin (26). Una revisión amplia de trabajos publicados encuentra un efecto positivo sobre el inicio y la duración de la lactancia de los programas de apoyo (27) que incluyen atención a la madre tras el alta. También se comprobó la utilidad del apoyo en grupo para madres adolescentes (28) con elevado riesgo de fracaso en la lactancia.

Son pocos los que no encuentran estos resultados positivos. En Canadá no resultó útil la llamada telefónica aislada (29), y en Escocia, dos estudios no encuentran aumento en la prevalencia de lactancia a los 6 meses tras apoyo a madres con bajos ingresos a los 6 meses (30, 31).

Estudios recientes continúan confirmando los hallazgos iniciales y demuestran la rentabilidad económica de los programas de ayuda. Las visitas domiciliarias y llamadas de teléfono de un profesional de enfermería o consultor de lactancia, mejoran los índices de LM, disminuyen las visitas médicas por enfermedad y el consumo de medicamentos: Baltimore (32), Korea (33) o Brasil (34).

Si el apoyo se mantiene de forma continuada, la mejora en los índices de lactancia también mantiene su progresión, como lo demuestra el apoyo prestado en Brasil dentro del programa OMS de elaboración de las gráficas de crecimiento. Entre 1982 y 2004 hubo un incremento de lactancia de más de 50 puntos porcentuales al mes de edad, y de 30 a los tres meses (35).

En Australia en el momento del alta del hospital daban pecho exclusivo el 59% de las madres, este número bajó a 32% en el momento en que contactan con el servicio de apoyo y aumentó a 42% dos semanas después. 96% de las madres dijeron que volverían a pedir ayuda a este servicio si lo necesitaran en el futuro (36).

También se ha analizado si la educación prenatal o el apoyo postnatal como únicas intervenciones, mejoraban los índices de LM comparado con las rutinas habituales. Ambas intervenciones, mejoraron significativamente las tasas de LM exclusiva hasta seis meses después del parto, pero el apoyo postnatal fue más efectivo que la educación prenatal (37). El apoyo postnatal debe ser llevado a cabo por personas formadas mediante cursos específicos, centrarse en aspectos psicosociales y prácticos de la lactancia y prestar especial atención a las madres sin experiencia previa (38).

Apoyo por iguales

En algunas iniciativas de ayuda a la lactancia, el apoyo a las madres se prestaba por parte de los profesionales, enfermeras, matronas o trabajadores de salud, entrenados en lactancia. En otros casos el apoyo se organiza en torno a «iguales», generalmente madres o consejeros comunitarios, que aunque tienen una buena formación, no son profesionales.

Periódicamente surge el debate sobre si el manejo de los problemas de lactancia debe ser llevado por profesionales o por iguales. Tradicionalmente las madres se han encontrado más cómodas para expresar sus dificultades tratando con enfermeras o matronas que con pediatras o ginecólogos. Un estudio sobre más de mil mujeres con bajos ingresos, demostró que los profesionales influyen menos en la decisión de cómo alimentar a sus hijos que las creencias y actitudes de los miembros del entorno social de la madre o los consultores de lactancia. El apoyo a la lactancia prestado a partir de los miembros influyentes de redes de apoyo sociales de estas mujeres consigue mejores resultados que los consejos de los profesionales (39).

La mayor parte de los trabajos que analizaron la efectividad del apoyo por iguales, ofrecieron conclusiones favorables. En Chicago se comprobó un aumento en la duración de la LM exclusiva (40), en México (41) aumentó la lactancia exclusiva y la duración. Una revisión de las estrategias más efectivas de promoción de la lactancia en la década de los 90, encontró que una

de las intervenciones más eficaces es complementar los servicios profesionales con el apoyo de iguales por parte de madres con experiencia en lactancia materna. Este tipo de apoyo es efectivo en el caso de mujeres desfavorecidas socialmente (42).

Más trabajos recientes avalan la eficacia de los programas de apoyo basados en consejería de iguales. En Michigan sobre mujeres con bajos ingresos mejoró en 27% el inicio de la lactancia y la media de duración de la lactancia en tres semanas (43). También en Croacia la intervención de los grupos de apoyo aumentó el porcentaje de madres que continuaron dando el pecho (44).

A pesar de que la utilidad del apoyo por parte de los grupos de iguales ha sido bien demostrada, es preciso facilitar el acceso de las mujeres lactantes con problemas a estos grupos. Si las madres que necesitan ayuda encuentran el apoyo en el momento adecuado, y en el lugar adecuado, la eficiencia del trabajo de los grupos de madres será mayor. La información sobre la existencia de consejeros comunitarios y grupos de apoyo debe de ofrecerse a todas las madres de forma que sean fácilmente accesibles en los momentos necesarios (45). Cada vez resulta más evidente la importancia de cuidar la formación de las personas encargadas de apoyar la lactancia mediante cursos específicos de formación (46).

Perjuicios

Se ha alertado sobre el riesgo de que una vehemencia excesiva de los grupos de apoyo en la defensa de la lactancia, pueda poner en peligro a los lactantes (47) sobre todo en las primeras semanas de vida si la producción de leche no es suficiente. Pero los grupos de apoyo no sustituyen a los profesionales encargados de la supervisión de las madres y sus hijos, y su forma de actuar nunca debería dar lugar a que se soslayara la vigilancia médica.

También se ha llamado la atención sobre el riesgo de que algunas madres se sientan coaccionadas a dar el pecho como consecuencia de la presión de los grupos que defienden a la LM. Independientemente de las actividades de promoción que puedan llevar a cabo los grupos de apoyo de cara a la población general, o de situaciones puntuales en las que se pueda ver involucradas personas concretas con carácter individual, la esencia del modo de actuación de los grupos de apoyo radica en el respeto, la escucha activa y la consejería (que no el consejo), procurando que sea la propia madre la que descubra sus problemas y encuentre las soluciones más adecuadas. Nada de la forma de actuar de los grupos de apoyo tiene que ver con la presión para modificar decisiones en las madres o impulsarlas a hacer lo que no desean.

Por último, algunos profesionales pueden sentir que la actividad de los grupos invade sus competencias o limita su autoridad. No debiera ser así. La OMS anima a la creación de grupos de apoyo que permitan una nueva relación de colaboración con matronas, pediatras y neonatólogos: *«Es urgente estudiar con mayor detalle el potencial de los grupos de madres y de las promotoras comunitarias. Puede que sean más capaces que los servicios de salud de aplicar la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar dificultades. Posiblemente, una combinación de apoyo día a día en la Comunidad, respaldado por una atención más especializada en los Servicios de Salud cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado.»*

La experiencia ha demostrado que el apoyo a las madres lactantes disminuye la frecuencia de consultas médicas y el consumo de medicamentos. Una buena coordinación entre los profesionales médicos que atienden a las madres y las coordinadoras de los grupos que trabajan en la misma zona favorece el refuerzo recíproco de ambos ante las madres y libera a los profesionales de un trabajo para el que no siempre disponen del tiempo adecuado (48). Como contrapartida también surgen datos de la necesidad por parte de los profesionales de mejorar el apoyo a las madres lactantes (49). Sería deseable que los profesionales participaran en los programas de formación de los colaboradores voluntarios de apoyo a la lactancia (50) y que juntos diseñaran las estrategias de actuación.

Recomendación

Cada grupo tiene su propio programa de funcionamiento que generalmente incluye un encuentro mensual con las madres, dirigidos por una monitora, en locales cedidos por ayuntamientos, diputaciones, colegios, centros de salud, o asociaciones sin ánimo de lucro.

Los encuentros se basan en una relación de respeto y confianza. La monitora que coordina el encuentro, escucha atentamente, sin interrupciones, toma notas si lo considera necesario y se mantiene en segundo plano cuando una madre cuenta una vivencia que percibe como un problema o una dificultad. La reunión discurre en un ambiente tranquilo, sin prisas, silencioso y emocionalmente cálido. Se tienen en cuenta la importancia de la comunicación no verbal, verbal y de la información correcta a la madre.

La comunicación no verbal no depende de lo que se dice si no de lo que se transmite con la postura, semblante, gestos y expresión.

Mediante la comunicación verbal la monitora con talante acogedor refleja lo que dice la madre sin agobiarla y sin tratar de darle un consejo o

una «receta» rápida. El objetivo es que la madre pueda sentirse escuchada, comprendida y que ella misma sea capaz de identificar mejor lo que le preocupa, expresándolo de nuevo si es preciso con mayor claridad. Cuando la monitora comprueba que ha entendido lo que la madre quiere transmitir; no hace preguntas dirigidas, que induzcan a responder «sí» o «no», sino preguntas abiertas que lleven a contestar expresando sentimientos o preocupaciones. De esta forma la madre descubre lo que realmente desea y posiblemente ella misma encuentre la solución.

En cada encuentro se informa a las madres de prácticas que facilitan o que interfieren con la lactancia materna y que deben conocerse para conseguir que la lactancia sea placentera.

Las madres que asisten a los encuentros comprueban que las que tratan de ayudarlas son madres como ellas, que han pasado por situaciones similares, que no son dogmáticas en sus planteamientos, que aceptan las particularidades de cada binomio madre-hijo y sobre todo que ofrecen comprensión. De esta forma las madres entienden que la relación que cada una establece con su hijo está impregnada de componentes personales que les lleva a establecer un modelo de alimentación y comunicación diferente donde los hijos encuentran seguridad y consuelo, y las madres satisfacción y confianza en ellas mismas. Comprobar que hay muchas formas correctas de hacer las cosas, y ser capaz de encontrar soluciones propias, abre a estas madres un horizonte inesperado de conocimiento y una forma nueva de experimentar la lactancia, que al mismo tiempo las impulsa a ayudar a otras madres. Poco a poco el mundo de la lactancia va descubriendo sensaciones desconocidas a estas mujeres que las llevan a sentirse felices de ser madres y a encontrar nuevas ventajas de dar el pecho.

Es frecuente que cada grupo elabore documentos propios sencillos, basados en la información de los organismos internacionales o las asociaciones de expertos de su país. Algunos con gran actividad, colaboran con profesionales de su zona en trabajos científicos relacionados con problemas comunes, recopilan información, organizan reuniones con expertos de gran nivel, programan actividades de promoción, acuden a congresos, publican libros y demandan apoyo institucional de los representantes de los gobiernos. El carácter práctico, suele ser el denominador común de la mayor parte de las actividades que promueven los grupos de apoyo. Algunas de ellas de altísimo nivel científico, no tienen nada que envidiar a las reuniones organizadas por profesionales.

No es habitual que las maternidades «recomienden» a las madres contactar con los grupos de apoyo de su zona.

En la mayor parte de los casos la atención hospitalaria se continúa con la atención ambulatoria desde los centros de salud o consultorios pediátricos concertados.

Esta forma de actuar, que trata de asegurar la asistencia médica, no cubre completamente la necesidad de apoyo que tienen las madres lactantes por dificultades de índole social, laboral, doméstico o emocional, y desperdicia unos recursos de alta rentabilidad que ayudan a mejorar también la calidad asistencia médica.

Favorecer el contacto de las madres lactantes con los grupos de apoyo establecidos en su zona de salud, o fomentar el establecimiento de los mismos en el caso de que no existieran.

Fundamento de la recomendación

Para casi todos los acontecimientos vitales importantes así como para algunas enfermedades, la creación de grupos de personas afectadas por la misma situación, ha demostrado ser un gran elemento de ayuda. Prueba de ello es la creación en los últimos años de cientos de estos grupos. Sólo en el campo de la asistencia perinatal hay grupos para parejas con infertilidad, que han sufrido abortos, que esperan un hijo, que han sufrido la muerte de un recién nacido, para mujeres que han tenido cesárea, etc... La vivencia en grupo ayuda a superar dificultades.

Referido a la lactancia, el apoyo no es un capricho, sino una necesidad. La lactancia materna ha demostrado ser muy vulnerable a la presión que ejerce sobre la madre el entorno familiar y social, y el éxito de la lactancia depende en gran medida del apoyo que reciba a nivel profesional, doméstico, familiar e incluso psicológico que (51, 52).

El alta precoz de la madre de los hospitales, reduce el tiempo de supervisión que los profesionales pueden dar tras el parto. Las madres se quedan solas en un momento crítico, cuando aún no se ha instaurado la producción abundante de leche, los recién nacidos no han iniciado la ganancia de peso, y están adaptándose al comportamiento de sus recién nacidos. Muchas no han conseguido todavía que sus hijos succionen del pezón, otras tienen dolor, grietas, o se ponen nerviosas por el llanto de sus hijos que no saben interpretar (53).

En esta situación no es suficiente con dar a las madres información, necesitan ayuda personalizada. Las actividades que asocian información junto a apoyo directo, consiguen el mayor impacto para alargar la duración de la lactancia materna exclusiva (54).

Barreras y propuestas

La aceptación de los grupos de apoyo dirigidos por madres, encuentra resistencias para su aceptación entre los profesionales y entre bastantes madres,

que antes de conocer su forma de actuación les atribuyen cierto carácter fundamentalista.

Corresponde a los profesionales dar el paso que permita acercar posiciones y establecer un verdadero programa de colaboración, que potencie la efectividad de los planes de promoción de la lactancia. La alianza que deben llegar a firmar ambas partes contribuirá al éxito de la LM y al disfrute de la misma entre las madres. Hospitales y Centros de Salud deberían tener unas referencias de todos estos servicios comunitarios ofertados por madres en su entorno más cercano para el seguimiento de la lactancia materna fuera del Hospital o la consulta de Atención Primaria.

Para los grupos de apoyo de madres, cada caso es un caso especial, porque cada madre y cada hijo suponen un conjunto diferente, con las peculiaridades propias de su entorno y sus vivencias.

Sabemos que entre las mujeres con bajos recursos, las madres que tienen gran motivación intrínseca necesitan sobre todo instrucción, mientras que en las que falta la motivación personal, se necesita aumentar la frecuencia de encuentros personales. Las madres con buenas experiencias de lactancia, apenas necesitan consejería (55).

Propuesta de acción

- Los profesionales que soportan la responsabilidad de garantizar la atención médica de los recién nacidos deben contactar con los grupos ya establecidos en su área para conocer a las personas que los componen, su grado de preparación y su forma de trabajo.
- Si fuera preciso los profesionales ofrecerán información científica actualizada sobre las recomendaciones de manejo de los problemas más frecuentes de lactancia, estando abiertos a contrastarla con la experiencia aportada por los miembros de los grupos. Sería ideal que de estos encuentros surgieran pautas comunes para el manejo de los problemas más frecuentes.
- Se fijarán los cauces más apropiados para redireccionar a las madres que precisen apoyo desde los hospitales y centros médicos hacia los grupos de apoyo y desde éstos hacia los hospitales y centros médicos, cuando sea preciso, estableciendo los criterios de urgencia que se consideren adecuados.
- Se cuidará de ofrecer a todas las madres en el momento del alta hospitalaria información sobre todos los recursos de apoyo a la lactancia disponibles en la zona.
- Se realizarán reuniones periódicas entre todos los profesionales que atienden a las mujeres desde el inicio del embarazo con los grupos de

- apoyo locales para evaluar la asistencia prestada, identificar oportunidades de mejora y analizar la utilización de los recursos disponibles.
- En el caso de que no existieran grupos de apoyo previamente establecidos o de que hubiera dificultades insalvables para la colaboración con ellos, los profesionales de la maternidad deben fomentar la creación de grupos de apoyo.

Bibliografía

- (1) Klaus MH, Kennell JH: The doula: An essential ingredient of child-birth rediscovered. *Acta Paediatr* 1977; 86: 1034-6.
- (2) Bryant CA. The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Soc Sci Med*. 1982; 16:1757-1765.
- (3) Perez-Escamilla R. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*. 1993; 37(8):1069-1078.
- (4) Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth*. 2008 Dec;35(4):329-35
- (5) LeFevre M, Kruse J, Sweig S: Selection of infant feeding methods: A population based study in a rural area. *J Fam Pract* 1987; 24: 487-91.
- (6) Graffy J, Taylor J. What information, advice and support do women want with breastfeeding. *Birth*. 2005;32:179-89.
- (7) Hill LF. A salute to La Leche League International. *J Pediatr*. 1968 Jul;73(1):161-2.
- (8) Bergh A-M. The role of a nongovernmental organization in breast feeding education. *J Nutr Educ* 19: 117, 1987.
- (9) Blazquez MJ, Aguayo J, Ramos ML. Grupos de apoyo a la lactancia materna. En *Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna*. Ed Panamericana 2008; p 133.
- (10) Thompson M: The effectiveness of mother-to-mother help: Research on the La Leche League International program. *Birth Fam J* 3: 1, Winter 1976-1977.
- (11) Hellman LM, Kohl SG, Palmer J: Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet* 1962; I: 227-32.
- (12) Ladas AK. How to help mothers breastfeed: deductions from a survey. *Clin Pediatr (Phila)*. 1970;9(12):702-5.
- (13) McKean KS, Baum JD, Sloper K. Factors influencing breast feeding. *Arch Dis Child* 1975; 50(3):165-70.
- (14) Bentovim A: Shame and other anxieties associated with breast feeding: A system theory and psychodynamic approach. *Ciba Found Symp* 1976; 45: 159-78.
- (15) Barron SP, Lane HW, Hannan TE y cols: Factors influencing duration of breastfeeding among low income women. *J Am Diet Assoc* 1988; 88: 1557-66.
- (16) Wolman WL: Social support childbirth: psychological and physiological outcomes. D Phil thesis. University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa 1991.
- (17) Burkhalter BR, Marin PS. A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991 Apr;34(4):353-9
- (18) Davies-Adetugbo AA. Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *J Diarrhoeal Dis Res* 1996;14(1):5-11.

- (19) Ryan K, Beresford RA. The power of support groups: influence on infant feeding trends in New Zealand. *J Hum Lact* 1997;13(3):183-90.
- (20) Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr* 1995;84(11):1221-6.
- (21) Chen CH. Effects of home visits and telephone contacts on breastfeeding compliance in Taiwan. *Matern Child Nurs J*. 1993 Jul-Sep;21(3):82-90.
- (22) Rossiter JC. The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *Int J Nurs Stud* 1994;31(4):369-79.
- (23) Wright AL, Naylor A, Wester R, Bauer M, Sutcliffe E. Using cultural knowledge in health promotion: breastfeeding among the Navajo. *Health Educ Behav* 1997;24(5):625-39
- (24) Caulfield LE, Gross SM, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, Weathers B, Paige DM. WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: effects on breastfeeding initiation and continuation. *J Hum Lact* 1998;14(1):15-22.
- (25) Clauss BJ, Hall-Harris EB. Development of a breastfeeding support program at Naval Hospital Sigonella, Italy. *Pediatr Nurs* 1999;25(2):161-6.
- (26) Johnson TS, Brennan RA, Flynn-Tymkow CD. A home visit program for breastfeeding education and support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999;28(5):480-5.
- (27) Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess*. 2000;4(25):1-171.
- (28) Volpe EM, Bear M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club. *J Hum Lact* 2000;16(3):196-200.
- (29) Mongeon M, Allard R. [Controlled study of a regular telephone support program given by volunteers on the establishment of breastfeeding]. *Can J Public Health* 1995;86(2):124-7.
- (30) McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *J Public Health Med* 2000;22(2):138-45.
- (31) Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. The effect of a program of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial. *Br J Gen Pract* 2006;56(524):191-7.
- (32) Pugh LC, Milligan RA, Frick KD, Spatz D, Bronner Y. Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth* 2002;29(2):95-100.
- (33) Kang NM, Song Y, Hyun TH, Kim KN. Evaluation of the breastfeeding intervention program in a Korean community health center. *Int J Nurs Stud* 2005;42(4):409-13.
- (34) de Oliveira MI, Camacho LA, Souza IE. [Breastfeeding promotion, protection, and support in primary health care in the State of Rio de Janeiro, Brazil: a case of evidence-based public health policy]. *Cad Saude Publica* 2005;21(6):1901-10.
- (35) Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, de Onis M, Barros FC, Victora CG. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(6):560-4.
- (36) Coffield K. The benefits of phone support and home visits: an evaluation of the City of Kingston's Breastfeeding Support Service. *Breastfeed Rev*. 2008 Nov;16(3):17-21.
- (37) Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, Ng FS, Rauff M. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;;335(7620):596.

- (38) Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr* 2007;96(7):1064-70.
- (39) Humphreys AS, Thompson NJ, Miner KR. Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth* 1998;25(3):169-74.
- (40) Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994;10(1):11-5.
- (41) Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226-31.
- (42) Cindy-Lee Dennis RN. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* Volume 31 Issue 1, Pages 12 -32. Published Online: 9 Mar 2006
- (43) Olson BH, Haider SJ, Vangiel L, Bolton TA, Gold JG. A Quasi-Experimental Evaluation of a Breastfeeding Support Program for Low Income Women in Michigan. *Matern Child Health J.* 2008 Dec 11.
- (44) Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. *J Perinat Med* 2009;37(2):185-92.
- (45) Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding?. *Breastfeed Rev* 2008;16(2):9-19.
- (46) Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Harder I. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *Eur J Public Health* 2008;18(3):283-8.
- (47) Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *CMAJ* 2000 7;162(5):647-52.
- (48) Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113(4):e283-90.
- (49) Nelson AM. Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *J Adv Nurs* 2007;60(1):29-38.
- (50) Wallace LM, Kosmala-Anderson J. Training needs survey of midwives, health visitors and voluntary-sector breastfeeding support staff in England. *Matern Child Nutr* 2007;3(1):25-39.
- (51) Carballo M: Social and psychological factors in breast feeding. En: F Falkner (ed) *Infant and Child Nutrition worldwide*. CRC Press, Boca Raton 1991: 175-90.
- (52) Baranowski T, Bee DE, Rassen DK y cols: Social support, social influence, ethnicity and the breast feeding decision . *Soc Sci and Med* 1983; 17: 1599-611.
- (53) Braveman P, Egerter S, Pearl M y cols: Problems associated with early discharge of newborn infants. *Pediatrics* 1995; 96: 716-26.
- (54) Lutter CK et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American journal of public health* 87(4):659-663.
- (55) Racine EF, Frick KD, Strobino D, Carpenter LM, Milligan R, Pugh LC. How Motivation Influences Breastfeeding Duration among Low-Income Women. *J Hum Lact.* 2009 Jan 28.

El Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

Descripción

En 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de LM, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras. En 1978 la 31ª AMS volvió a recomendar la regulación de la promoción de estos productos; en 1979 se realizó una Reunión Conjunta OMS/UNICEF Sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y finalmente el 21.05.1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, que fue suscrito por la mayoría de los países(1). Desde entonces el Código ha sido reconfirmado en más de 15 ocasiones por la AMS y se han adoptado nuevas resoluciones para aclarar determinadas provisiones y permanecer adaptado al cambio de prácticas publicitarias con el tiempo.

El Código de Comercialización de Sucedáneos pretende regular las prácticas de comercialización y distribución de sucedáneos de leche materna y los distintos útiles necesarios para su administración (tetinas, biberones, chupetes) con el objeto de proteger la lactancia materna de prácticas publicitarias agresivas y desleales para la salud de las mujeres y sus criaturas recién nacidas.

Fundamento

El Código Internacional, publicado en 1981, ratificado por la AMS EN 1996, y aceptado por muchas compañías de productos de alimentación infantil, fue desarrollado para proteger a las madres y a los trabajadores de la sanidad de la presión comercial y sus artículos prohíben diversas prácticas a causa de su efecto negativo sobre el amamantamiento y sobre las prácticas de promoción entre los profesionales (2). El Gobierno Español recogió el Código en la Legislación (en cumplimiento con el compromiso adquirido previamente con la AMS, por medio de Real Decreto, 12 años más tarde (RD 1408/92 en BOE 13.01.93).

Entre el deber de los médicos y profesionales que velan por la salud de los y las ciudadanas y el deseo de la Industria Farmacéutica y sus representantes de vender sus productos, a menudo se suscitan verdaderos con-

flictos que generan dudas sobre la profesionalidad y motivos del actuar médico. Como recogen Brennan y Rothman (3), diversos estudios comprueban que los controles actuales no satisfacen las necesidades de los pacientes y recomiendan medidas de control y legislación más estrictas que incluyan la eliminación de los pequeños regalos, las muestras farmacéuticas, las actividades de educación médica continuada financiadas por la industria, la subvención de viajes a facultativos, y los contratos de consultoría e investigación para la industria y proponen una Normativa en la que los Centros Médicos Académicos lideren la eliminación de los conflictos de interés que aún caracterizan la relación entre médicos y la industria farmacéutica del sector de la salud. La OMS y la UNICEF se habían adelantado más de 25 años a estos grupos de profesionales, al publicar un código que controlara las relaciones de los profesionales sanitarios con la Industria Farmacéutica del Sector de la Alimentación Infantil.

La Asociación IBFAN (International Baby Food Action Network) monitoriza las violaciones del Código a Nivel Internacional. La última publicación bianual (en inglés) es del 2010 y conforma un informe de 208 páginas. En él, se denuncian las nuevas estrategias que utiliza la industria para idealizar sus productos. A pesar de que 70 países, entre ellos el nuestro, han adaptado el Código a sus legislaciones, la realidad demuestra que las medidas de control no son suficientemente estrictas. El último informe en español es de 2001. A pesar de la importancia de estos informes para todos los países y para las organizaciones internacionales, el informe no está a disposición de todo el mundo y es necesario pagar por él, probablemente por la falta de subvención de dichas actividades por parte de los gobiernos y de las entidades supranacionales

(<http://www.ibfan.org/icdc/images/rokquickcart/btr-2010-cover-web.png>)

En algunos países, como Noruega, el gobierno defiende desde hace años (1979) el derecho de las mujeres a amamantar a sus criaturas, durante el primer año de vida la mujer tiene derecho a una baja maternal remunerada con el 100% durante las primeras 46 semanas y el 80% durante el resto del año. Solo 2 compañías venden sucedáneos en el país, no realizan promoción alguna de sus productos y cumplen con los requisitos del Código, el sistema nacional de salud no se ve inundado por materiales promocionales.

Las denuncias de violaciones del Código son desdeñadas por las Compañías de la Industria como poco fiables, anecdóticas o distorsionadas por fanáticos o activistas. Sin embargo diversas publicaciones demuestran como estas se producen de modo sistemático en todo el mundo en mayor o menor medida según sea más o menos estricta la legislación del país en cuestión (4).

Las técnicas publicitarias son innovadoras y los fabricantes encuentran nuevos resquicios por donde influir sobre las prácticas profesionales, como la subvención de actividades científicas, las donaciones «anónimas» a las

sociedades profesionales, el pago de viajes a congresos, regalos en forma de libros o revistas en particular a los residentes.

Evidencia

Beneficios

Hasta hace un siglo, cuando los fabricantes de fórmulas iniciaron la publicación de sus productos, la mayoría de las madres daban de mamar a sus hijos. El gran éxito de la industria de la alimentación infantil fue introducirse en los sistemas sanitarios de manera que convencieron a los profesionales de que las fórmulas eran equivalentes o incluso mejores que la leche materna. Al mismo tiempo las prácticas publicitarias directas convencieron a las madres de que no amamantar es más moderno. Sin embargo ningún sucedáneo es equivalente a la leche materna y el no amamantamiento tiene demostrados efectos perjudiciales sobre la salud de las mujeres y sus lactantes y de la sociedad en general (5;6).

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos ha sido identificado por el grupo investigador Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, como uno de los principales indicadores para monitorizar la capacidad de los países de trabajo para la mejora de la salud de su población y de la reducción de las desigualdades en salud dentro de los países. El Código junto con la ratificación de la Protección de la Maternidad de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) de 2002, fueron identificados en 2008 como dos indicadores críticos sobre las acciones a nivel gubernamental e intersectorial para la protección y el apoyo a las mujeres embarazadas y lactantes y a sus criaturas. Este mismo grupo confirma que la adopción del Código genera grandes resistencias entre la Industria de la Alimentación Infantil y recomiendan un liderazgo gubernamental fuerte junto a mecanismos de control estrictos, financiación adecuada y apoyo técnico intenso (7). Este mismo grupo encuentra una relación de asociación entre el grado de aplicación del Código en los Países estudiados y la incidencia y duración de la Lactancia materna exclusiva (www.ibfan.org).

Las normas hospitalarias relativas a los sucedáneos de la leche materna pueden asociarse con un rápido cambio en las intenciones y confianza de las madres respecto a la lactancia, incluso antes de ser dadas de alta. Margen y cols. (1991) estudiaron las normas y prácticas de los hospitales, incluyendo la adquisición y el uso de la leche artificial, en tres regiones de México. También estudiaron la lactancia prevista y real de las madres, mediante un diseño longitudinal cualitativo y cuantitativo. De los 59 hospitales estu-

diados, el 80% recibían gratis toda la leche artificial. Sólo el 3 % dijo comprar la leche al precio de venta al público. Los recién nacidos tomaban suero glucosado o té en la primera toma, y la mayoría recibía biberones de leche de forma rutinaria. El 66% de los hospitales entregaban muestras gratuitas de leche a las madres. A su ingreso, el 95% de las madres decían que pensaban dar pecho en casa, el 54% de forma exclusiva; pero en el hospital sólo el 40% daba el pecho a sus hijos. Al momento de ser dadas de alta del hospital, el 36% había modificado sus intenciones expresadas al ingreso, la mayoría para introducir o aumentar la cantidad de leche artificial, y sólo el 43% pensaba dar lactancia materna exclusiva. Casi dos tercios (64%) de las madres que pensaban combinar la lactancia materna y la artificial creían que no tendrían suficiente leche.

Se realizó un estudio transversal de la promoción de los sucedáneos de la leche materna en Polonia, Bangladesh, Tailandia y Sudáfrica (8). Las madres que recordaban haber recibido información negativa asociada con la industria (es decir, información que en *opinión de la madre* promovía la lactancia artificial o desaconsejaba la lactancia materna) tenían una probabilidad significativamente mayor de dar biberón a sus hijos que las madres que no recibían dicha información. La edad media de los lactantes en el momento de la entrevista era de 2,5 a 2,8 meses. Los métodos usados hacen que los resultados sólo sean representativos de los lugares donde se hizo el estudio.

Reiff y Essock-Vitale (9) publicaron un estudio en un hospital universitario en los Estados Unidos (EE.UU.), en el que la mayoría de las normas oficiales, materiales educativos y programas de asesoramiento (consejería) y apoyo promovían la lactancia materna. Sin embargo, no había ninguna norma para limitar el uso de leche artificial y en el servicio de maternidad se usaba cada día una única marca de leche lista para su uso. En la sala de partos, el 66 % de las madres habían mostrado su preferencia por la lactancia materna exclusiva; pero al entrevistarlas a las 2 semanas sólo el 23 % estaban dando pecho sin suplementos de leche artificial. El 93 % de las madres que daban suplementos a las 2 semanas conocían la marca del hospital, y el 88 % la usaban. De este modo, la falta de normas respecto al Código puede interferir con la aplicación de los otros.

Legislación Española

La Legislación Española recoge muchos de los aspectos regulados por el Código Internacional como puede verse a continuación: Extracto de la Reglamentación Técnico Sanitaria específica de los preparados para lactan-

tes y preparados de continuación (aprobada por el Real Decreto 867/2008 de 23 de mayo. BOE nº 131, 30 de mayo de 2008)

Capítulo IV: Etiquetado, publicidad e información

Artículo 6. Etiquetado

6.2.4. El etiquetado de los preparados para lactantes y los preparados de continuación deberá estar diseñado de forma que proporcione la información necesaria sobre el uso adecuado de los productos y no desfavorezca el recurso a la lactancia materna. Se prohíbe la utilización de los términos «humanizado, maternizado», u otros similares. El término «adaptado» se podrá utilizar sólo de acuerdo con lo indicado en el párrafo 6.2.6 y el párrafo 1 del anexo IV.

Artículo 7. Etiquetado específico de los preparados para lactantes

7.c No se incluirán en el etiquetado de los preparados para lactantes imágenes de niños ni otras ilustraciones o textos que puedan idealizar el uso del producto. Sin embargo, podrán llevar representaciones gráficas que permitan una fácil identificación del producto e ilustren el método de preparación.

Artículo 9. Presentación y publicidad

9.1 La publicidad de los preparados para lactantes se limitará a las publicaciones especializadas en la asistencia infantil y a las publicaciones científicas.

Los fabricantes de leche artificial no podrán utilizar páginas web específicamente dirigidas a madres y padres, con la intención de captarlos ofreciendo la pertenencia a clubs, regalos diversos (juguetes, productos de cocina, libros,...) y prometiendo mantenerlos informados de los productos «más adecuados para los bebés y sus promociones»

9.2. Los anuncios de los preparados para lactantes cumplirán las condiciones establecidas en los párrafos 6.4.d); 7.b); 7.c); 7.d) y contendrán únicamente información objetiva de carácter científico. Tal información no deberá insinuar ni hacer creer que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia materna.

- 9.3. Se prohíbe la publicidad en los lugares de venta, la distribución de muestras o el recurso a cualquier otro medio de propaganda dirigido fomentar las ventas de preparados para lactantes directamente al consumidor en los establecimientos minoristas, como exhibiciones especiales, cupones de descuento, primas, ventas especiales, ventas de promoción y ventas acopladas.

No se podría realizar publicidad de leches de continuación que tuvieran el mismo formato que las de inicio. Tampoco deberían ser objeto de regalos promocionales o de publicidad subliminal en programas televisivos de series de éxito.

- 9.4. Se prohíbe a los fabricantes o distribuidores de preparados para lactantes proporcionar al público en general, a las mujeres embarazadas, madres o miembros de sus familias, productos gratis o a bajo precio, muestras ni ningún otro obsequio de promoción, ya sea directa o indirectamente a través de los servicios sanitarios o del personal sanitario.

Estos se ofrecen ahora a través de páginas webs, cupones regalo en revistas promocionales que se entregan de forma gratuita en las farmacias

Artículo 11. Donaciones

- 11.1. Las Administraciones Sanitarias velarán para que las donaciones de equipos o material informativo o educativo por parte de fabricantes o distribuidores sólo se efectúe a instancias y previa aprobación escrita de las citadas Administraciones. Tales equipos o materiales podrán llevar el nombre o el distintivo de la empresa donante, pero no deberán hacer referencia alguna a marca específica de preparado para lactantes y se distribuirán únicamente a través de los servicios sanitarios.

No existen medidas enérgicas ni en las Instituciones ni por parte de los gobiernos autonómicos La Industria de Sucedáneos de Alimentación Infantil aprovecha diversos resquicios legales de manera que continúan existiendo muestras gratuitas en la mayoría de Centros de Salud y de Hospitales.

La capacidad de madres y padres para tomar decisiones informadas sobre el amamantamiento en exclusiva durante el tiempo recomendado a menudo se ve limitada por el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los riesgos asociados a la alimentación con sucedáneos y el nivel de pericia y experiencia en la resolución de problemas. Las formación

y experiencia en lactancia materna no son requeridas a la hora de contratar profesionales como matronas, enfermeras de pediatría o pediatras, neonatólogos ni obstetras por las Instituciones Sanitarias ni por los Gobiernos Autonómicos o Nacional. En España el consultor de lactancia acreditado (IBCLC) no tiene reconocimiento oficial. De modo que en muchas ocasiones las actividades de formación subvencionadas por la Industria de Sucedáneos constituyen el grueso de los conocimientos que sobre lactancia, alimentación infantil o crianza tienen los profesionales sanitarios al cargo de la salud de madres e hijos.

Aunque en nuestro país no hay publicado un estudio como el de Pakistán (10) en donde en un estudio de 1998, se objetivó que ni una sola de las compañías que comercializaban sucedáneos cumplía el Código (11), las violaciones del Código son probablemente igual de frecuentes mediante regalos a los profesionales sanitarios de mayor o menor cuantía (que aseguran la presencia en los centros sanitarios de dicha industria (carteles, calendarios, blocs de notas, bolígrafos), así como las subvenciones de la industria a Sociedades Científicas y profesionales para actividades científicas como congresos, conferencias y otros, en forma de becas, premios o directamente y en ocasiones en la prensa local (12).

Perjuicios

Normas que desalientan o interfieren con la lactancia materna

Las normas y prácticas inadecuadas en relación con los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas, pueden desvirtuar los esfuerzos para promover la lactancia materna. Para ser amigos del niño, los hospitales han de cumplir con las secciones aplicables del Código y con las resoluciones pertinentes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud.

En España existe una legislación nacional, pero se requiere una norma propia del centro que exija a sus trabajadores el cumplimiento íntegro del Código de Comercialización de Sucedáneos. Incluso cuando existe una norma sobre la lactancia, puede que no abarque los sucedáneos de la leche materna. En un estudio transversal en el Canadá, mediante un cuestionario enviado por correo a todos los hospitales con servicio de maternidad, el 58 % afirmó tener normas escritas sobre la lactancia (13). Sólo el 1,3 % restringía la entrega de muestras gratuitas de leche a las madres.

Entre las prácticas que pueden interferir con la lactancia materna y que no se permiten en un hospital amigo del niño están:

- Distribución o exhibición de afiches, calendarios o cualquier material escrito que promueva la lactancia artificial o que mencione marcas de sucedáneos de la leche materna;
- Distribución de muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna a las madres que lactan;
- Aceptación de suministros gratuitos o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna y otros productos regulados por el Código.

Los sucedáneos de la leche materna que se puedan necesitar deben adquirirse a través de los canales comerciales habituales, y a un precio no inferior al 80 % de su precio de venta al público.

Recomendación

1. Se recomienda una revisión de la legislación Nacional y Autonómica, respecto a los mandatos del Código y las Resoluciones Posteriores de la AMS(14).
2. Se recomienda el desarrollo de un sistema de monitorización y seguimiento de las violaciones al Código de Sucédáneos.
3. Se recomienda la puesta en marcha mecanismos de control y sanción de las infracciones que se detecten.
4. Se recomienda la institución de planes de formación pre y postgrado en conocimiento y habilidades en lactancia materna (adaptados a los distintos requerimientos de los niveles asistenciales) de manera que la formación sea independiente de la Industria.
5. Se recomienda la habilitación de los mecanismos necesarios para el reconocimiento a nivel nacional de la Acreditación Consultor/a Internacional de Lactancia, así como la incentivación y/o subvención de los profesionales para la adquisición de esta titulación o similares.

Fundamentos de la Recomendación

En su publicación la OMS deja bien explícito que el Código supone un conjunto de medidas mínimas y las Instituciones deben cumplir

- No se deben aceptar en las instituciones de salud suministros gratis o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna.

- Los sucedáneos de la leche materna, incluyendo las leches especiales, deben ser adquiridos por la institución del mismo modo que adquiere otros alimentos y medicinas.
- No se debe permitir en la institución ningún material promocional de alimentos o bebidas infantiles que no sean la leche materna.
- Las embarazadas no deben recibir materiales que promuevan la lactancia artificial.
- La técnica de la lactancia artificial sólo será enseñada por trabajadores de salud, y sólo a aquellas embarazadas, madres o familiares que tengan que usarla. Se evitará la enseñanza en grupo.
- Los sucedáneos de la leche materna en la institución de salud se mantendrán fuera de la vista de las embarazadas y de las madres.
- La institución no debe permitir que se distribuyan a las embarazadas y madres paquetes de regalo conteniendo sucedáneos de la leche materna o artículos relacionados que interfieren con la lactancia materna.
- Ni los trabajadores de salud ni sus familiares deben aceptar incentivos financieros o materiales para promocionar los productos afectados por el Código.
- Los fabricantes y distribuidores de productos afectados por el Código deben declarar a la institución cualquier contribución hecha a los trabajadores de salud, como becas, viajes de estudios, ayudas a la investigación, conferencias o similares. El beneficiado debe hacer una declaración análoga.

El conocimiento del Código sólo no es suficiente para evitar que los profesionales acepten regalos de la industria, aunque sea en forma de subvenciones a reuniones científicas (10). La industria conoce los resquicios de la Ley y los grandes beneficios que obtiene gracias a la promoción de sus productos entre profesionales y directa o indirectamente a las madres hacen muy difícil conseguir el cumplimiento del Código. Sin embargo países como Noruega, el Reino Unido y otros han conseguido grandes avances lo que hace pensar que es posible.

Barreras y propuestas

La aplicación del Código y el cumplimiento de la legislación vigente se enfrenta a barreras importantes. La Industria de la Alimentación Infantil obtiene grandes beneficios y puede invertir una pequeña parte de los mismos en la promoción de sus productos, entre los profesionales. Sería nece-

sario realizar un estudio que determinara objetivamente las barreras que se establecen ante el cumplimiento del Código, por la industria, los profesionales, las sociedades científicas y las mismas instituciones sanitarias. El dinero empleado por la industria para la promoción de sus productos, entre estos estamentos, es desconocido de forma objetiva y los datos de que se dispone son tan solo aportaciones y comentarios personales. Sí es de conocimiento público y puede verse en las páginas web de algunas asociaciones de profesionales la inversión de grandes cantidades en subvenciones de becas y premios, reuniones y congresos e incluso en la organización de talleres, seminarios y cursos propios fundamentalmente para residentes y gente joven (www.nestle.es/pediatrasgo). Es interesante conocer además que las principales subvenciones de la industria se dirigen a las sociedades científicas con responsabilidades en el cuidado de la salud materno infantil: sociedades de pediatría, sociedad de neonatología, sociedad de medicina perinatal, sociedad de gastroenterología y nutrición,... Este tipo de subvenciones establece un vínculo entre la industria y el profesional joven que perdurará toda la vida y que es difícil de romper. Desde hace poco tiempo la industria subvenciona también a algunos colectivos de enfermería (www.enferte-ruel.org).

Si bien los delegados de la industria en España, no se dirigen directamente a las madres, a menudo ofrecen a los profesionales material publicitario muy bien diseñado y llamativo que en muchos casos es utilizado para hacer más agradables las consultas de las áreas materno infantiles (bolígrafos, material de escritorios, carteles, calendarios).

Es necesario instruir medidas de control y seguimiento, y asegurar que la ley es cumplida y que los reglamentos de desarrollo de la Ley permiten controlar los resquicios de la misma por los que la industria compite deslealmente con la lactancia materna.

Todo alimento publicitado para su administración al lactante menor de 6 meses, es un sucedáneo de leche materna y por tanto su publicidad debe atenerse a los contenidos del Código. La ley vigente debe contemplar este hecho.

Al mismo tiempo, es preciso que la administración promueva y subvencione la formación de sus profesionales, así como la asistencia y participación en cursos y congresos científicos evitando que estos sean subvencionados por la Industria (15).

La Autoridad Nacional (a nivel estatal y comunitario) en Lactancia Materna y sus consejos de expertos, deberán entre otras, asumir la misión de asesorar a las autoridades competentes en la publicación de modificaciones o nuevas leyes si fuera necesario y en el modo de hacer cumplir la ley vigente.

Los grupos de expertos en nutrición, pediatría, neonatología y áreas afines de las sociedades científicas deberían tener financiación de sus sociedades o de las autoridades sanitarias para poder desarrollar sus actividades

y recomendaciones de forma independiente y/o declarar de forma obligatoria sus conflictos de interés.

Necesidades

Es necesario mejorar y asegurar la formación y entrenamiento en lactancia entre los profesionales sanitarios de fuentes independientes de la Industria de Alimentación Infantil

Es necesario el reconocimiento por parte de las Autoridades Sanitarias de la Certificación Internacional de los Consultor/a de Lactancia Materna.

Es necesario que las Administraciones aseguren, requieran, impulsen e incentiven la formación en lactancia materna entre los profesionales al cuidado de la salud materno infantil

Son necesarios la monitorización y el seguimiento del cumplimiento del Código por las Compañías de la Alimentación Infantil en nuestro país.

Es necesario que las autoridades competentes (estatal y/o autonómica) refuercen la vigilancia del Código y modifiquen la ley vigente de modo que se adapte a las nuevas definiciones y recomendaciones internacionales y que recoja el Código de Comercialización de Sucedáneos y las Resoluciones Posteriores en su totalidad.

Resumen

El Código de Comercialización de Sucedáneos está incompletamente recogido en la Legislación Española y es necesario legislar de modo que se recoja en su totalidad y que su contenido se adapte a los nuevos tiempos y tecnologías para evitar resquicios de la ley.

El cumplimiento de la ley vigente no se controla adecuadamente y éste es uno de los principales escollos en la promoción y protección de la lactancia materna en España

Las sociedades científicas precisan recapacitar sobre la influencia de la industria en sus actividades y en la formación de sus miembros más jóvenes.

Bibliografía

- (1) McVeagh P. The World Health Organization Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions (The WHO Code). N S W Public Health Bull 2005 Mar;16(3-4):67-8.

- (2) Hall MJ. The Nestle boycott: background and issues. *Pa Nurse* 1982 Aug;37(8):4.
- (3) Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, et al. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006 Jan 25;295(4):429-33.
- (4) Costello A, Sachdev HS. Protecting breast feeding from breast milk substitutes. *BMJ* 1998 Apr 11;316(7138):1103-4.
- (5) Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EF. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991 May;118(5):659-66.
- (6) Anderson CM. Achieving breastfeeding success. Simple solutions to common concerns. *Adv Nurse Pract* 1999 Nov;7(11):67-9.
- (7) Cavagnero E, Daelmans B, Gupta N, Scherpbier R, Shankar A. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008 Apr 12;371(9620):1284-93.
- (8) Taylor A. Violations of the international code of marketing of breast milk substitutes: prevalence in four countries. *BMJ* 1998 Apr 11;316(7138):1117-22.
- (9) Reiff MI, Essock-Vitale SM. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985 Dec;76(6):872-9.
- (10) Salasibew M, Kiani A, Faragher B, Garner P. Awareness and reported violations of the WHO International Code and Pakistan's national breastfeeding legislation; a descriptive cross-sectional survey. *International Breastfeeding Journal* 2008;3(1):24.
- (11) Mehdi T, Rizvi TW. Feeding fiasco: pushing commercial infant foods in Pakistan. 1998.
- (12) Gallastegui I, Perez RL. La Guerra de la Leche. Grupos de apoyo a la lactancia acusan a los pediatras de favorecer a los fabricantes de leche artificial y desincentivar la alimentación materna. *Periódico Ideal* . 5-11-2006. Granada.
- (13) Levitt CA, Kaczorowski J, Hanvey L, Avard D, Chance GW. Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. *CMAJ* 1996 Jul 15;155(2):181-8.
- (14) International Baby Food Action Network. State of the Code by country: a survey of measures taken by governments to implement the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang, Malaysia 2006.
- (15) International Baby Food Action Network. Breaking the rules, stretching the rules 2007: evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions. Penang, Malaysia 2007.

La IHAN forma parte de la estrategia internacional BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) que pusieron en marcha OMS y UNICEF en el año 1991. La intención inicial fue estimular a los profesionales a modificar unas rutinas asistenciales que habían demostrado ser perjudiciales para la lactancia materna. Años después el objetivo de la estrategia se amplió a la asistencia al parto y a las mujeres que no amamantan, convirtiéndose en uno de los mejores marcadores de calidad asistencial obstétrico-neonatal para hospitales.

Conseguir la acreditación como hospital IHAN, no es sencillo, exige implicar a todos los profesionales relacionados con la atención al embarazo, parto y puerperio. A cambio genera satisfacción entre los profesionales y crea un ambiente propicio para el mejor inicio de la vida, favoreciendo no sólo la lactancia materna sino las relaciones de vínculo y de apego entre los padres y sus hijos e hijas.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.gob.es