

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

DR. FELIPE OJEDA
Servei de Ginecologia i Obstetrícia.
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS



HOSPITAL AMIGO
DEL NIÑO

La iniciativa hospital amigo de los niños actualmente denominada: "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia", nace a raíz de la La Declaración de Innocenti que fue adoptada por la Cuadragésimo Quinta Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992, en la Resolución WHA 45.34.

Nuestro centro forma parte de esta iniciativa desde el 22-1-1999 en que recibe la acreditación de la IHAN.

La IHAN se desarrolló para llevar a término la segunda meta operacional de la Declaración de Innocenti:

Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural que aparecen en la declaración conjunta OMS/UNICEF titulada "Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad".

Y los aspectos aplicables a las instituciones de salud de la tercera meta operacional:

Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos de todos los artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en su totalidad.

Los objetivos de la IHAN son:

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna.
- Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- Asegurar el cese de donaciones o ventas a bajo coste de leches adaptadas a los hospitales.
- Añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño en posteriores estadios.

Dentro de este marco se define una norma de buen uso respecto a la industria por la cual esta no debe:

- Dar suministros gratuitos de leches a los hospitales;
- Promover sus productos al público o al personal de la salud;
- Utilizar imágenes de bebés en sus leches, biberones o tetinas;
- Dar regalos a las madres o trabajadores de la salud;
- Dar muestras gratuitas de sus productos a la familia;
- Promover alimentos infantiles o bebidas para bebés menores de 6 meses de edad;
- Las etiquetas deben estar en un lenguaje comprensible para la madre y deben incluir advertencias sobre las consecuencias de su utilización para la salud.

Actualmente la IHAN dispone de un Comité Nacional de la IHAN, actualmente formado por:

Presidente: Doctor JOSÉ ARENA ANSOTEGUI

Coordinador Nacional: Doctor JESÚS MARTÍN-CALAMA

Y diversos representantes de sociedades científicas y profesionales

Los "Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural" son la base de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y el UNICEF, los cuales resumen las acciones necesarias para apoyar a la lactancia materna en las maternidades.

Los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

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 durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto 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 a 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.

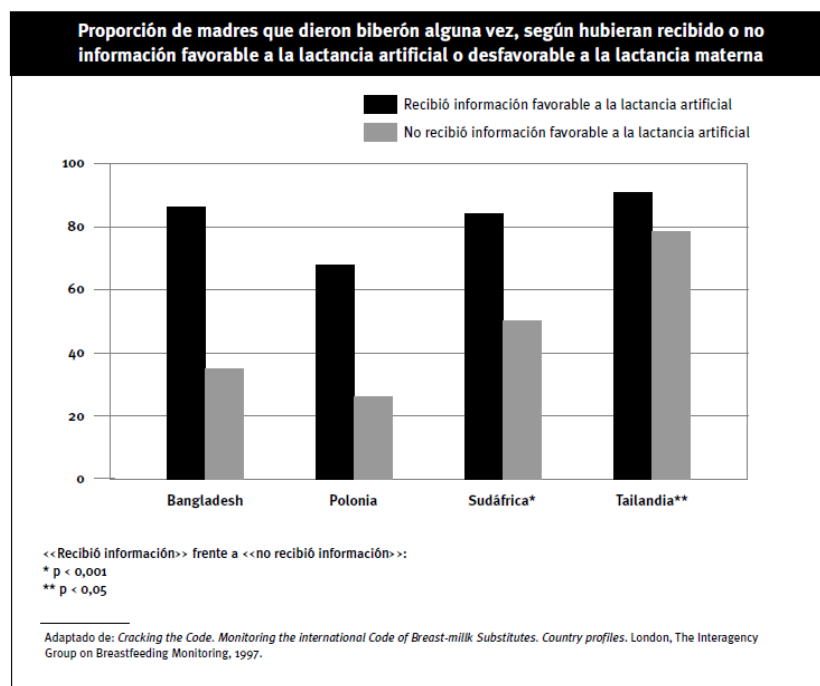
Vamos a intentar analizar estos pasos y ver algunos aspectos decisivos en el camino a mejorar la humanización de la asistencia.

El primer paso importante requiere:

- 1) Normas apropiadas sobre todas las prácticas relativas a la lactancia materna, consensuadas entre todos los profesionales
- 2) Dichas normas deben ser explícitas y estar documentadas por escrito
- 3) Todo el personal del centro y los pacientes deben conocer estas normas.

Así existen una serie de Prácticas que pueden interferir con la lactancia materna y que no se deben permitir, bajo ningún concepto, en un hospital amigo del niño:

- Distribución o exhibición de carteles, 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 lacta.
- Aceptación de suministros gratuitos o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna y otros productos regulados.



Dentro del campo de la capacitación profesional debe tenerse en cuenta:

- Los criterios de la IHAN recomiendan que la duración de la formación sea de al menos 18 horas, incluyendo al menos 3 horas de práctica clínica.
- Para conseguir cambios en las prácticas hospitalarias, la capacitación debe ser obligatoria y combinarse con normas protocolizadas de lactancia.
- Probablemente, ninguna de las dos intervenciones sea suficiente por separado.

La educación prenatal suele incluir los siguientes componentes, que deben considerarse por separado:

- 1) información sobre las ventajas de la lactancia materna, para motivar a las mujeres a amamantar;
- 2) educación sobre la técnica de la lactancia, para dar capacidad y confianza;
- 3) examen físico de los pechos y preparación de los pezones.

De no menos importancia que la capacitación profesional es la Educación prenatal y en especial en mujeres primiparas, algunos aspectos deben contemplarse:

- La educación prenatal puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de la lactancia y se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar.
- La discusión en grupo de temas como los mitos y temores, y las demostraciones prácticas, suelen ser los métodos más útiles.
- Las charlas sobre las ventajas de la lactancia materna son de dudoso valor. Podrían ser más eficaces si incluyesen a las personas que influyen sobre la decisión de amamantar en el ambiente social de la madre, como el padre, las abuelas o las amigas.
- Difíciles de llevar a la práctica en zonas con escasos recursos.

A lo largo del embarazo:

- Comentar las ventajas de la lactancia puede ser más útil en el primer trimestre
- Hablar sobre los temores y creencias o hacer demostraciones prácticas puede resultar útil más adelante, tercer trimestre.

Como alternativas a las clases pueden utilizarse:

- los grupos de madres.
- las visitas a domicilio por consejeras no profesionales.
- la educación prenatal en la comunidad (ver Paso 10).

La preparación física de los pechos, incluso cuando los pezones no son protráctiles, no ofrece ninguna ventaja y no es necesaria como rutina.

- El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia, tanto poco después del parto como al cabo de 2 o 3 meses. Sin embargo, es difícil hacer recomendaciones exactas porque el horario y la duración del contacto precoz fue diferente en los distintos estudios. Parece que incluso 15 o 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, por contra una interrupción del contacto de 20 minutos en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis-respuesta.
- Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto. Siempre que el recién nacido esté en estrecho contacto con su madre y pueda mamar cuando dé señales de estar preparado (movimientos de succión, por ejemplo), no hay justificación para forzarlo a tomar el pecho. El hacerlo puede tener un efecto adverso en la conducta de lactancia posterior (Widström y Thingström-Paulsson, 1993).
- Las madres y sus hijos no se han de separar después del parto, salvo que exista un motivo médico inevitable. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento, y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello.
- Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el contacto piel con piel empiece dentro de la primera media hora, y continúe durante al menos 30 minutos.
- Debe reducirse al mínimo el uso rutinario de petidina. Si las madres han recibido petidina en las 5 horas previas al parto, es probable que sus hijos están deprimidos; y pueden necesitar más tiempo de contacto piel con piel antes de comenzar a mamar.
- El contacto precoz, incluyendo tocar el pezón, puede tener importantes efectos sobre la conducta maternal en general y sobre

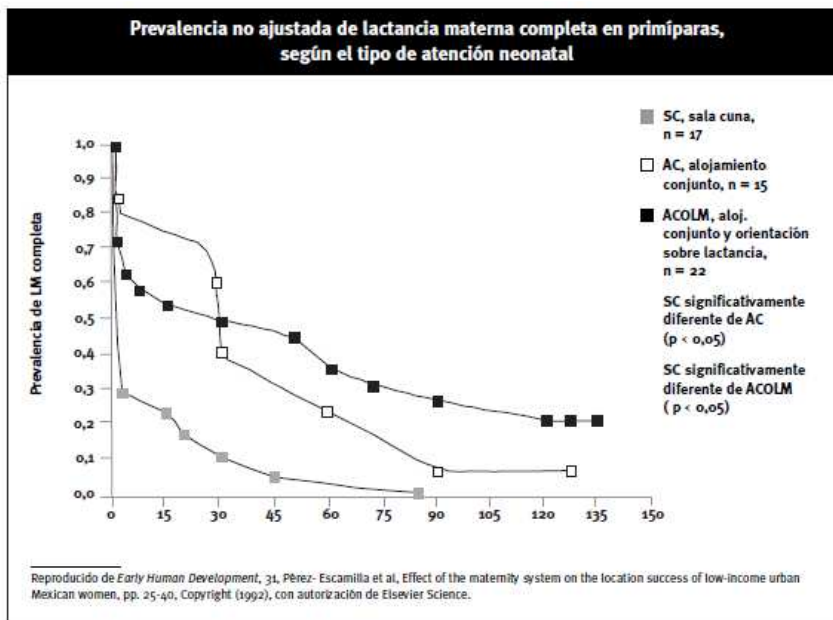
el vínculo entre madre e hijo. El contacto piel con piel puede ser importante, y se debe recomendar tanto para las madres que tienen intención de dar pecho como para las que no.

Aunque los mensajes educativos cuidadosamente diseñados pueden ser beneficiosos (Altobelli y cols., documento no publicado, 1991), ésta puede no ser la forma más eficaz de ayuda.

La ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia (Righard y Alade, 1992; Pérez- Escamilla y cols., 1992) y el apoyo psicológico para aumentar la confianza de la madre (Hofmeyr y cols., 1991) pueden ser tanto o más eficaces para aumentar la duración de la lactancia materna.

Los mismos principios se aplican cuando madre e hijo están separados. La ayuda apropiada, incluso durante el corto periodo pasado en el hospital, puede tener un efecto que perdura incluso cuatro meses después.

Cada madre necesita aprender a extraerse la leche para alimentar a su hijo y mantener la producción e caso de separación. En el caso de los nacidos con bajo peso, el éxito final de la lactancia puede depender del apoyo precoz y eficaz con la extracción de leche.



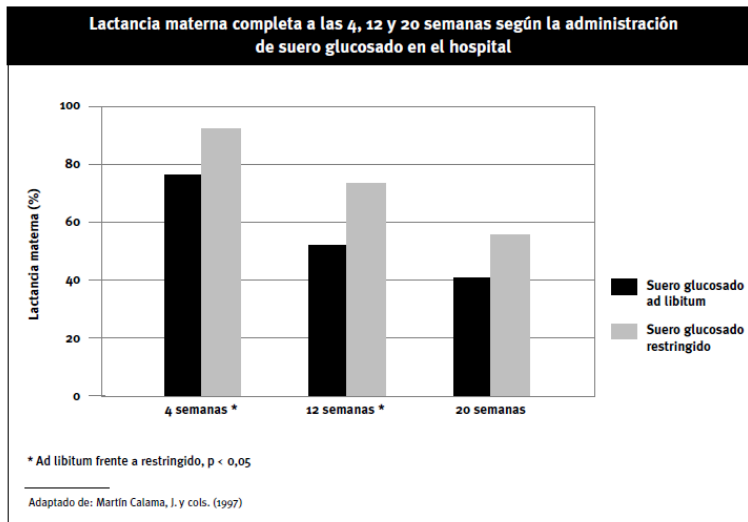
Cada vez que se administre un alimento o bebida distinto de la leche materna a un bebé amamantado, debe haber motivos médicos aceptables. No se debe exhibir en el hospital ni distribuir a las madres ni al personal material promocional de alimentos o bebidas para niños que no sean la leche materna. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

Existen dificultades para obtener datos correctos respecto al efecto de los alimentos suplementarios y el éxito de la lactancia, algunos de los factores reseñados:

- 1) Es difícil asignar al azar a las madres y a sus hijos a un grupo «suplementado» o «no suplementado», y ajustar por la decisión de la madre sobre dar lactancia materna exclusiva o no.
- 2) Algunos de los primeros estudios no contaban el agua (sola o con azúcar) entre los líquidos adicionales, y sólo consideraban la leche artificial; por lo tanto sus resultados sólo pueden aplicarse en parte (Gray-Donald y cols., 1985; de Château et al, 1977b).
- 3) La mayoría de los estudios no hacen diferencia entre qué se da y cómo se da (con biberón, vaso o cuchara) (ver Paso 9).
- 4) A veces resulta difícil cambiar las prácticas. Puede que las actitudes del personal no cambien de forma inmediata tras establecer las nuevas rutinas (de Château y cols., 1977b), a pesar de la capacitación; de forma que los grupos «no suplementados » suelen incluir un cierto número de recién nacidos que han tomado suplemento.
- 5) La mayoría de los estudios han analizado conjuntamente los suplementos dados con y sin indicaciones médicas; pero, como señala Blomquist (1994), el efecto de los suplementos puede ser diferente cuando se administran por diferentes motivos. El analizar juntos a los dos grupos puede introducir un sesgo.

Así mismo, podemos concluir:

- No hay ninguna justificación para dar a las madres muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna, ni antes ni después del parto.
- A pesar de estas limitaciones, es evidente que el uso de suplementos sin indicación médica se asocia con el abandono precoz de la lactancia materna.



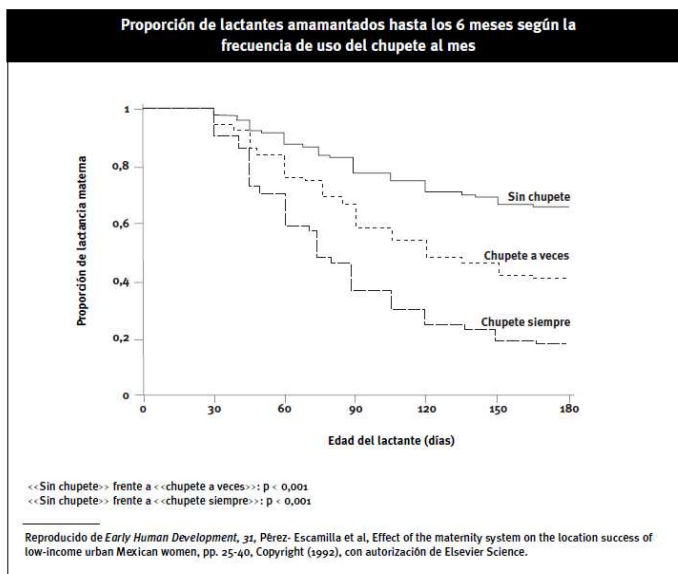
Las madres de bebés normales (incluyendo las que han dado a luz por cesárea) deben permanecer con ellos en la misma habitación día y noche, desde el momento en que vuelven a su habitación después del parto (o desde que son capaces de responder a sus hijos, en caso de cesárea), excepto por periodos de 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. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

Las madres de recién nacidos normales (incluidos los nacidos por cesárea) que den pecho no deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia o duración de las tomas. Se les debe recomendar que amamenten a sus hijos siempre que tengan hambre o cuando el niño quitera; y deben despertar a sus hijos para mamar si éstos duermen demasiado rato o si tienen los pechos demasiado llenos. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

Los estudios demuestran:

1. Ventajas de la lactancia a demanda para el lactante:
 - una menor pérdida de peso en el postparto inmediato
 - una mayor duración de la lactancia.
2. Las tomas frecuentes se asocian con niveles de bilirrubina más bajos durante el periodo neonatal.
3. Para las madres, la lactancia a demanda ayuda a prevenir la ingurgitación, y el establecimiento de la lactancia materna es más fácil.

No se debe alimentar a los lactantes con biberones y tetinas, ni se les debe permitir usar chupetes. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).



Se debe preguntar a las madres lactantes por sus planes sobre la alimentación de sus hijos después de ser dadas de alta. También deben ser capaces de describir algo que les hayan recomendado para ponerse en contacto con un grupo de apoyo a la lactancia (si no disponen del apoyo adecuado en sus propias familias), o explicar que el hospital ofrece si es preciso apoyo continuado con la lactancia.

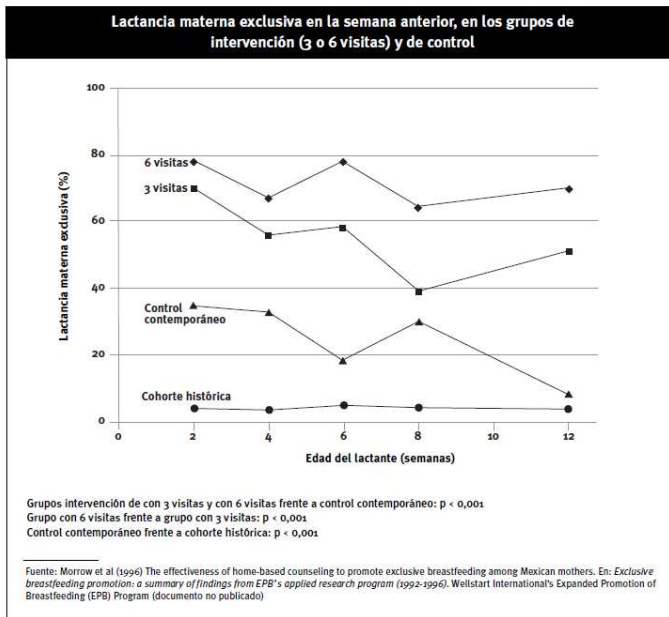
La enfermera a cargo del servicio de maternidad debe conocer los grupos de apoyo a la lactancia en la zona, si existen, y describir la forma en que se recomienda a las madres que se pongan en contacto con ellos. Alternativamente, debe ser capaz de describir un sistema de apoyo continuado después del alta para todas las madres lactantes (visita postnatal precoz, consultorio de lactancia, visita a domicilio, llamada telefónica). (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

Varios tipos de apoyo postnatal a la lactancia parecen ser eficaces para mantener la lactancia hasta los 3 o 4 meses, y en un estudio hasta los 6 meses. Es probable que sea mejor que esté comience antes del alta en la maternidad, para permitir a las madres establecer la lactancia y prevenir las dificultades.

La combinación de apoyo prenatal, hospitalario y postnatal actúa de forma sinérgica para el mantenimiento de la lactancia.

Convendría involucrar a la familia inmediata de la madre, especialmente a su compañero/a y a las abuelas del bebé, y a las amigas cercanas, porque pueden jugar un papel importante.

No es posible decir cuántas horas de apoyo se necesitan para conseguir un efecto determinado; pero los estudios parecen indicar que los contactos más frecuentes tienen más efecto.



Se han identificado siete estudios en los cuales podía diferenciarse el efecto de más de una intervención de promoción de la lactancia. Seis de ellos mostraron un aumento significativo de la lactancia materna (Frank y cols., 1987; Saunders y Carroll, 1988; Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez, 1990); Altobelli y cols, 1991; Pérez-Escamilla y cols., 1992; Pugin y cols., 1996).

Un estudio pionero de Salariya, Easton y Cater (1978) en el Reino Unido encontró que las madres que iniciaban la lactancia inmediatamente después del parto y continuaban dando el pecho cada 2 horas tenían más probabilidades de dar el pecho a las 12 semanas que las madres que empezaban más tarde y amamantaban cada 4 horas. *Sin embargo, los números eran pequeños y los resultados no alcanzaron significación estadística.*

Otros autores (Saunders y Carroll, 1988) observaron que tres sencillas intervenciones combinadas:

- una sesión de orientación en el hospital,
- una llamada telefónica y
- una clase de lactancia después de ser dada de alta

Tenían un efecto significativo sobre la lactancia, pero ninguna de las intervenciones tenía un efecto significativo por separado.

Parece que el mantenimiento de una actividad preactiva en lactancia materna, utilizando todo el repertorio de comunicación e información posible es lo más útil para que está se mantenga en el tiempo.

A modo de resumen:

Los pasos más claramente establecidos son los tres relativos a la orientación y apoyo a la madre:

- Paso 3, educación prenatal
- Paso 5, mostrar a las madres cómo dar pecho
- Paso 10, apoyo continuo después de ser dada de alta

Hay bastantes pruebas del Paso 4, relativo al contacto precoz, aunque probablemente el momento óptimo para la primera mamada del recién nacido no es tan restrictivo como en el redactado original de la Iniciativa.

Las pruebas a favor del Paso 7, alojamiento conjunto, y del Paso 8, lactancia a demanda, que son fáciles de aplicar pero difíciles de separar el uno del otro, son altamente sugestivas de su eficiencia. Sin embargo NO hay ninguna prueba a favor de las prácticas opuestas, la lactancia con horario o la separación entre madre e hijo.

El Paso 6, sobre el uso de suplementos, y el Paso 9, sobre el uso de tetinas y chupetes, también están estrechamente relacionados. Aunque muchos estudios muestran una estrecha asociación entre el uso de suplementos y tetinas o chupetes y el abandono precoz de la lactancia, no es fácil demostrar una relación causal, principalmente por la dificultad de la asignación aleatoria

Quedan los Pasos 1 y 2, sobre normas y capacitación, que son necesarios para la aplicación de todos los demás. La experiencia muestra que sin normas estrictas y una buena formación del personal, no es posible cambiar las prácticas.

Bibliografía recomendada:

- www.ihan.es página web de la IHAN
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS POLICY STATEMENT
Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. PEDIATRICS Vol. 115 No. 2 February 2005
- Lactancia materna. Guía para profesionales. Comité Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Nº 5. Ed. Ergon. Madrid, 2004.
- Hernandez 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 pediatri (Barc) 2005;63(4):340-56.
- Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Organización Mundial de la Salud Ginebra 1998 WHO/CHD/98.9