

# INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO: Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral

## MÓDULO 2

### FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO: CURSO PARA TOMADORES DE DECISIÓN



2009

Revisión del curso de la IHAN para administradores de hospital  
Preparado por la OMS y Wellstart International, 1996



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud  
"UNICEF/OMS. *Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 2, Fortalecimiento y sostenibilidad de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso para tomadores de decisión, Diciembre 2008*"  
Washington, D.C. OPS © 2008

ISBN 978-92-75-33230-6

I. Título La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral., 2009

Contenido: Sección 1. Antecedentes e implementación -- Sección 2. Fortalecimiento y sostenibilidad de la iniciativa hospital amigo del Niño: Curso para los tomadores de decisiones -- Sección 3. Promoción y apoyo de la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño : Curso de 20 horas para el personal de la maternidad – Sección 4. Monitoreo y autoevaluación del Hospital – Sección 5. Evaluación externa y reevaluación (Documento Restringido – accesible a solicitud)

1.Lactancia Materna. 2. Administración de hospitales. 3. Salud materna. 4. Evaluación de programas.

Versión original en inglés:

*WHO/UNICEF 'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care Section 2: Strengthening and sustaining the Baby-friendly Hospital Initiative: A course for decision-makers. Geneva, World Health Organization, 2009.*

Todos los derechos reservados. Este documento puede ser libremente revisado, resumido, citado reproducido o traducido, parcial o completamente, dando el crédito a la Organización Panamericana de la Salud. No puede ser vendido o empleado con fines comerciales. La versión electrónica de este documento puede ser descargada de: [www.paho.org](http://www.paho.org).

Las ideas presentadas en este documento son de responsabilidad absoluta de los autores.

Las solicitudes para información adicional de esta u otras publicaciones producidas por Salud del Recién Nacido, el Niño y el Joven, deben estar dirigidas a:

Salud de Recién Nacido, el Niño y el Joven  
Salud Familiar y de la Comunidad  
Organización Panamericana de la Salud  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, DC 20037-2895  
[www.paho.org](http://www.paho.org).

La traducción de este documento fue apoyada por la OPS/OMS y realizada por las Dras. Roxana Saunero Nava y Carmen Casanovas.

Imagen de tapa "Maternidad", 1963

© 2003 Estado de Pablo Picasso/Sociedad de los derechos de artistas (ARS), Nueva York

## Reconocimiento

El desarrollo del curso original “Promoción de la Lactancia en los servicios de salud: Curso corto para los administradores y diseñadores de políticas en 1996, fue un esfuerzo conjunto de colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Wellstart International.

La revisión de este curso fue liderizada por Ann Brownlee, Profesora Clínica de la Universidad de California, San Diego ([abrownlee@ucsd.edu](mailto:abrownlee@ucsd.edu)) como consultora de la Organización Mundial de la Salud. El Curso se ha re-titulado “Fortalecimiento y sostenibilidad de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso para los tomadores de decisión” y se ha integrado con los otros documentos actualizados de la IHAN. Ann Brownlee; Randa Saadeh del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS, Mary Kroeger, anteriormente de la Academia para el Desarrollo Educativo; y Wendelin Slusser en UCLA prepararon las revisiones de las sesiones del curso, Carol Guenther ayudo con el diseño del documento y el desarrollo de la graficas para las diapositivas. Carmen Casanovas, del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS se encargó de la revisión final del material, en colaboración con colegas del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

Nuestro reconocimiento a todos los tomadores de decisión en la IHAN, profesionales de salud, y trabajadores de campo, quienes, mediante su diligencia y atención han implementado y mejorado la Iniciativa Hospital Amigo a través de los años y de esta manera contribuyeron al contenido de esta revisión.

A los miembros de varios grupos de coordinación de la IHAN nacional, quienes revisaron la versión original del curso y contribuyeron con retroalimentación de valor que contribuyo a la revisión de este curso. Constanza Vallenias y Peggy Henderson del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la OMS y Ellen Piwoz de la Academia para el Desarrollo Educativo también colaboraron con su valiosa retroalimentación y nueva información y resultados para las sesiones nuevas de VIH.

Estas contribuciones de varios países y varias organizaciones fueron invaluableles al contribuir a dar forma a un paquete de instrumentos y guías designadas a satisfacer las necesidades actuales de muchos países y sus madres y bebes, que enfrentan un amplio rango de desafíos en muchas situaciones diferentes.





## **Prefacio para los materiales de la IHAN: Revisados, Actualizados y Ampliados para la Atención Integral**

Desde que UNICEF y la OMS lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1991-1992, la Iniciativa ha crecido con más de 20.000 hospitales designados en 156 países alrededor del mundo en los últimos 15 años. Durante este tiempo, un número de reuniones regionales sirvieron de guía y proveyeron de oportunidades para establecer vínculos y recibir retroalimentación de profesionales dedicados de países involucrados con la implementación de la Iniciativa. Dos de las reuniones más recientes se llevaron a cabo en España, para la región Europea, en Botswana, para la región de África del Este y del Sur. Ambas reuniones ofrecieron recomendaciones para actualizar los Criterios Globales, instrumentos de evaluación relacionados, así como el “curso de 18 horas” en vista de la experiencia con la IHAN desde su inicio, la guía provista por la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y los desafíos planteados por la pandemia del VIH. De la misma forma la importancia de enfocar la “atención amigable a la madre” en la Iniciativa fue planteada por varios grupos.

Como resultado del interés y la necesidad imperiosa de actualizar el paquete de la IHAN, UNICEF en estrecha coordinación con la OMS, efectuó la revisión de los materiales en 2004-2005, con varias personas apoyando en el proceso (Genevieve Becker, Ann Brownlee, Miriam Labbok, David Clark y Randa Saadeh). El proceso incluyó un “cuestionario de necesidades del usuario” extenso, que los colegas de muchos países respondieron. Una vez que el curso y los instrumentos revisados fueron revisados, se elaboró un borrador, que fue revisado por expertos en todo el mundo y se validó en escenarios de países industrializados y países en vías de desarrollo. La versión completa en borrador de los materiales fue incluida en los sitios Web de UNICEF y la OMS como “Versión Preliminar para la Implementación en Países” en 2006. Después de más de un año de prueba, presentaciones en una serie de talleres regionales con varios países, y retroalimentación proporcionada por usuarios, UNICEF y la OMS<sup>1</sup> se reunieron con las coautoras mencionadas arriba<sup>2</sup> y concluyeron la resolución de los temas técnicos que habían sido planteados. La versión final fue completada a fines de 2007. Se espera actualizar estos materiales hacia 2018.

El paquete revisado de la IHAN incluye:

Sección (Módulo)1: Antecedentes e Implementación, que provee una guía acerca de los procesos de revisión y las opciones de ampliación a todo el país, los establecimiento de salud, y al nivel comunitario, reconociendo que la Iniciativa se amplió y debe integrarse en cierta medida para su sostenibilidad, e incluye:

- 1.1 Implementación a Nivel de País.
- 1.2 Implementación a Nivel Hospitalario
- 1.3 Los Criterios Globales de la IHAN
- 1.4 Cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna
- 1.5 Ampliación de la Iniciativa Hospital Amigo y Opciones de Integración
- 1.6 Recursos, Referencias y sitios Web

---

<sup>1</sup> Moazzem Hossain, UNICEF NY, tuvo un papel clave en la organización de talleres entre países donde se lanzó el uso de los materiales revisados. El, junto a Randa Saadeh y Carmen Casanovas de la OMS trabajaron con las coautoras para resolver los diversos temas técnicos.

<sup>2</sup> Miriam Labbok es actualmente Profesora y Directora del Centro de Alimentación y Cuidado del Lactante y del Niño Pequeño, Universidad de Carolina del Norte, Escuela de Salud Pública.

Sección (Módulo) 2: Fortalecimiento y Sostenibilidad de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso para tomadores de decisión adaptado del curso de la OMS “Promoción de la lactancia en establecimientos de salud un curso corto para administradores y diseñadores de políticas” Este curso corto es utilizado para orientar a los tomadores de decisión (directores, administradores, gerentes, etc.) y diseñadores de políticas clave en cuanto al impacto positivo que pueden obtener al implementar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, y ganar su compromiso para promover y sostener el estado de “Amigo del Niño”. Existe una Guía del Curso y ocho planes de sesión, con material didáctico y diapositivas PowerPoint. Se incluyeron dos planes de sesiones y materiales didácticos alternativos para su uso en situaciones de alta prevalencia del VIH.

Sección 3: Promoción y Apoyo a la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad, que puede ser utilizado por los establecimientos para fortalecer el conocimiento y las habilidades de su personal para la implementación exitosa de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. Esta sección incluye:

- 3.1 Guías para los Facilitadores del Curso incluyendo una lista de control para la planificación del Curso.
- 3.2 Contenidos de las Sesiones del Curso.
- 3.3 Diapositivas en PowerPoint para el Curso.

Sección (Módulo) 4: Monitoreo y Autoevaluación del Hospital, que provee de instrumentos que pueden ser utilizados por gerentes y personal inicialmente para ayudar a determinar si sus hospitales están listos para solicitar la evaluación externa, y, una vez que sus hospitales sean designados como Hospitales Amigos, para mantener la calidad de la implementación de los Diez Pasos. Esta sección incluye:

- 4.1 Instrumento de Autoevaluación del Hospital
- 4.2 Instrumento y Guía para el Monitoreo

Sección (Módulo) 5: Evaluación Externa y Reevaluación que provee de guías e instrumentos para los evaluadores externos para su uso en dos tipos de situaciones, para evaluar si los hospitales cumplen con los Criterios Globales y de esta manera cumplen con los Diez Pasos, y luego reevaluar regularmente para asegurar que los hospitales mantienen los criterios requeridos. Esta sección incluye:

- 5.1 Guía para Asesores, incluyendo diapositivas en PowerPoint para la capacitación de asesores
- 5.2 Instrumento de Evaluación Externa del Hospital
- 5.3 Instrumentos y Guías para la Reevaluación Externa.
- 5.4. Herramienta computarizada para la Evaluación de la IHAN

Las secciones (módulos) 1 a 4 están accesibles en el sitio Web de UNICEF [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html) , o mediante búsqueda en el sitio de UNICEF: <http://www.unicef.org> o en el sitio Web de la OMS en [www.who.int/nutrition](http://www.who.int/nutrition)

La sección (módulo) 5: La evaluación Externa y Reevaluación, no está disponible para la distribución general. Se facilita solamente a las autoridades nacionales de la IHAN, quienes entregaran el instrumento para evaluación y reevaluación de la IHAN a los asesores a cargo de dichas actividades. También se cuenta con una herramienta de computación para seguir, asignar puntaje y presentar los resultados, para su uso por autoridades nacionales y asesores. La sección (módulo) 5 puede ser obtenida enviando una solicitud a las oficinas de países u oficinas regionales o a las secciones de nutrición de las oficinas centrales del UNICEF y la OMS.

# MÓDULO 2

## CURSO PARA TOMADORES DE DECISION

### Guía del Curso

Antecedentes.....	Guía-1
Descripción del curso.....	Guía-1
Preparación del Curso.....	Guía-4
Lugar del Curso .....	Guía-7
Materiales del Curso .....	Guía-7
Actividades iniciales del curso.....	Guía-11
Evaluación e información .....	Guía-11
Seguimiento .....	Guía-12

### Anexos

Anexo A: Agendas sugeridas .....	A-1
Anexo B: Formularios de evaluación como muestra.....	B-1
Anexo C: Inventario de Foto diapositivas .....	C-1

### Planes de Sesión \*

Sesión 1:	La situación nacional de la alimentación infantil.....	1-1
Sesión 2:	Beneficios de la lactancia.....	2-23
Sesión 3:	La Iniciativa Hospital Amigo del Niño .....	3-75
Sesión 4:	Las bases científicas de los “Diez pasos a una lactancia exitosa” .....	4-137
Sesión 4 VIH:	Las bases científicas de los “Diez pasos a una lactancia exitosa” para escenarios con prevalencia alta de VIH .....	4VIH-203
Sesión 5:	Convertirse en Hospital Amigo del Niño .....	5-253
Sesión 5 VIH:	Convertirse en Hospital –amigo del Niño en escenarios con alta prevalencia de VIH .....	5VIH-295
Sesión 6:	Costos y ahorros.....	6-359
Sesión 7:	Evaluando las políticas y prácticas.....	7-395
Sesión 8:	Desarrollando planes de acción.....	8-399

\* Cada Sesión incluye un plan de Sesión y sus Hojas Didácticas relacionadas. El sitio Web que presenta este Curso contiene los vínculos para descargar las diapositivas y transparencias para la Sesiones en archivos de Microsoft Power Point. Las diapositivas (a color) pueden ser utilizadas con una computadora portátil y un proyector. Alternativamente, la transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos y proyectadas con un retroproyector. Las transparencias se reproducen en el primer material didáctico, como Hoja Didáctica para cada Sesión, con 6 transparencias por página.



# Guía de Curso

## Antecedentes

Desde que se lanzó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño en 1991, ha servido como una fuerza motivadora para los establecimientos con servicios de maternidad alrededor del mundo para implementar políticas y prácticas que apoyen la lactancia.

En algunos hospitales el cambio se puede dar lentamente y con dificultad, pero los tomadores de decisión inspirados pueden jugar un rol fundamental para permitir la transformación necesaria. Ellos saben cómo trabajar con personal y presupuesto, y cómo iniciar el cambio institucional. Una vez que el nivel administrativo y los diseñadores de política han sido sensibilizados respecto a la importancia del apoyo a la lactancia en los establecimientos de salud y los cambios necesarios para obtener estos cambios, tendrán más posibilidades de alentar y apoyar las necesidades educacionales de los trabajadores de salud de nivel medio.

Este curso se ha designado en primera instancia para los tomadores de decisión de los establecimientos de salud en países donde existe un compromiso a favor de la lactancia a nivel central, pero el progreso es lento. El curso es corto (cerca a las 10-12 horas de duración), con temas prácticos, y consideración de temas específicos relevantes a sus necesidades, tales como políticas y procedimientos, costos y ahorros y cómo vencer las barreras comunes al cambio. Complementa otros cursos que proveen del conocimiento y habilidades y destrezas que necesitan los trabajadores de salud que atienden a madres y niños.

El curso se ha adaptado completamente, en base a estudios recientes, nuevos datos y sitios Web actuales que se han adicionado donde fue apropiado. Puesto que el VIH/SIDA plantea un desafío grande, el contenido relacionado con el VIH que puede ser útil en todos los escenarios, se ha añadido a los planes de Sesión. Además, dos planes de Sesión alternativos se han desarrollado para substituir las Sesiones 4 y 5 en escenarios con alta prevalencia de VIH. Estas Sesiones otorgan información útil sobre el VIH y la alimentación infantil y una orientación invaluable sobre cómo mejor implementar los Diez Pasos de una manera que mejor apoye tanto a las madres VIH positivo y a aquellas cuyo estado es negativo o desconocido.

Cada Sesión incluye un plan de Sesión y sus Hojas Didácticas relacionadas. El sitio Web que presenta este Curso contiene los vínculos para descargar las diapositivas y transparencias para la Sesiones en archivos de Microsoft Power Point. Las diapositivas (a color) pueden ser utilizadas con una computadora portátil y un proyector. Alternativamente, la transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos y proyectadas con un retroproyector. Las transparencias se reproducen en el primer material didáctico, como Hoja Didáctica para cada Sesión, con 6 transparencias por página.

## Descripción del curso

El curso comprende ocho Sesiones que se pueden presentar en un periodo de un día y medio a dos días. Cada Sesión contribuye al resultado final: desarrollar un plan de acción para implementar los “Diez pasos para una lactancia exitosa”.

- **Sesión 1: La situación nacional de la alimentación infantil** permite a los participantes revisar la situación actual de la alimentación infantil en su propio país, y considera las prácticas que afectan las tasas de lactancia.
- **Sesión 2: Beneficios de la lactancia** analiza las ventajas de la lactancia y las desventajas de la alimentación artificial
- **Sesión 3: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño** describe la historia y antecedentes de la IHAN y su proceso de evaluación.
- **Sesión 4: Las bases científicas para los “Diez pasos para una lactancia exitosa”** revisa la investigación que apoya las recomendaciones para la política.
- **Sesión 4: Las bases científicas para los “Diez pasos para una lactancia exitosa en escenarios con alta prevalencia de VIH”** similar a la Sesión 4, con el contenido añadido de VIH y alimentación infantil útil para estos escenarios.
- **Sesión 5: Convertirse en Hospital Amigo del Niño** analiza las estrategias para la conversión exitosa y manejo de los establecimientos Amigo del Niño y otorga la oportunidad para discutir las barreras y soluciones potenciales.
- **Sesión 5: Convertirse en Hospital Amigo del Niño para escenarios con alta prevalencia de VIH** es similar a la Sesión 5, con contenido añadido sobre como implementar la IHAN en estos escenarios.
- **Sesión 6: Costos y ahorros** permite a los participantes analizar la inversión en la promoción de la lactancia en sus propios establecimientos de salud y en los ahorros que se pueden lograr.
- **Sesión 7: Evaluación de políticas y prácticas** otorga a los participantes una oportunidad para sus propios establecimientos utilizando el “Instrumento de Autoevaluación de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño” de la OMS/UNICEF
- **Sesión 8: Desarrollo de planes de acción** permite a los participantes preparar un plan por escrito para el cambio en su propio establecimiento de salud y programas.

Cada Sesión se ha organizado utilizando el mismo formato básico. La carátula de la Sesión incluye:

- **Objetivos** de la Sesión.
- **Duración.**
- **Métodos de enseñanza**, tales como conferencias, discusiones, trabajo de grupos, presentaciones de los participantes.
- **Preparación de la Sesión**, cómo obtener datos de lactancia locales y revisar los estudios de investigación.
- **Material de Capacitación** a ser utilizado en la Sesión, tal como resúmenes de estudios en la Sesión, hojas didácticas, transparencias y diapositivas de Power Point. En algunos casos se recomienda apoyo visual, con información de cómo obtenerlas.

- 
- **Referencias** que ayudarán al plantel docente a prepararse para la Sesión, así como material de lectura adicional para los participantes que les gustaría más información o les gustaría revisar los artículos originales.

A continuación se encuentra el Resumen de la Sesión que está organizado en un formato de 2-columnas. La columna de la izquierda resume el contenido que se presentará. La columna de la derecha presenta las **notas de capacitador**, que provee de sugerencias respecto a estrategias de enseñanza, ayudas de enseñanza y puntos de discusión.

El curso está designado para ser corto y práctico. Todo el material puede ser cubierto en 10-12 horas, se incluyen las sesiones de apertura y clausura. Existe alguna flexibilidad respecto a extender o acortar las sesiones, dependiendo de las necesidades de un grupo particular y restricciones de tiempo en situaciones específicas. Las **Tres agendas de ejemplo** para el curso, que se adjuntan en el Anexo A, ilustran como se podría realizar el curso en diferentes periodos de tiempo, dependiendo en el tiempo del que disponen los tomadores de decisiones para esta actividad.

- **Ejemplo de Agenda 1 (2 días)** es la versión recomendada, si es posible para todos los participantes (tomadores de decisión de nivel superior, diseñadores de políticas y gerentes de hospital) puedan asistir a un evento de dos días completos. Permite el tiempo suficiente para explorar los temas clave relacionados con la implementación o revitalización de la IHAN que es importante para los tomadores de decisión y permite realizar los ejercicios útiles (tales como los relacionados con “Convertirse en Amigo del Niño”) y para desarrollar los planes de acción completos.)
- **Ejemplo de Agenda 2 (1 ½ días)** adaptada para que el primer día se solo para los máximos tomadores de decisión y los gerentes de hospital. La mañana del segundo día puede ser dedicada a todos los participantes o, si las obligaciones de los máximos tomadores de decisión les impiden quedarse por más tiempo, los gerentes de hospital podrán asistir y desarrollar los planes de acción de la IHAN.
- **Ejemplo de Agenda 3 (un día)** adaptado para incluir solo ½ día de orientación para los tomadores de decisión muy ocupados, y un día completo para los administradores de hospital, con tiempo adicional en la tarde para el desarrollo de los planes de acción de la IHAN. Si esta versión es la escogida, será necesario que los planificadores racionalicen cada una de las sesiones, escogiendo el contenido y las diapositivas de Power Point de mayor relevancia para la audiencia. Si se desea, esta versión del curso puede ser utilizada con todos los participantes en un solo día entero.

El orden de las sesiones puede ser alterada si es necesario para acomodarse a las necesidades del grupo. En el ejemplo de la primera agenda, de Sesión 1 (La situación nacional de la alimentación infantil) se presenta primero, para lograr que los participantes piensen en su propia situación. Algunos grupos pueden necesitar la motivación que se brinda en la Sesión 2 (Beneficios de la lactancia) antes que puedan apreciar su propia situación por completo. El segundo ejemplo de agenda comienza con esta Sesión, pues este orden puede ser el mejor para algunos grupos. Si los tomadores de decisiones más importantes no se quedan para todas las sesiones, es importante programar todas las sesiones informativas clave incluyendo la Sesión 6 (Costos y ahorros), antes que ellos se retiren. De esta manera en un solo día, la Sesión 6 se programará antes que la Sesión 5.

No se incluyen los espacios para las ceremonias de inauguración y/o clausura en el curso de 8 a 12 horas de duración aproximada. Recordar considerar el tiempo que las ceremonias aumentarán la duración del curso. Si una o ambas ceremonias son importantes para el éxito del curso, entonces se realizarán. Los descansos de media mañana y media tarde son esenciales, así como los periodos de

preguntas /discusiones después de cada Sesión; recordar planificarlas. Otros eventos sociales son opcionales.

Decidir si se programarán Sesiones opcionales. Algunos grupos han sugerido que sería interesante obtener mayor información clínica. Una forma de proveer tal información fuera del curso formal es la oferta de exhibición opcional de videos, tal vez en la noche. La lista de videos sugeridos se encuentra en la sección de “Materiales del Curso” de esta Guía.

### **Preparación del Curso**

#### *Presupuesto*

Los temas de costo afectaran todas la decisiones de planificación del curso y necesita determinarse tempranamente. Si se decide cobrar a los participantes, el costo debe ser lo más bajo posible que permita recuperar los costos. Ofrecer créditos de educación continua añade incentivos para que los participantes paguen. Si se cobra a los hospitales por la inscripción de su equipo, considere invitar al director ejecutivo para que asista sin costo alguno para alentar a los otros altos ejecutivos a participar.

Si los costos del curso son un problema importante, debe considerarse ajustar la selección de los participantes y el programa del curso de manera que los participantes retornen a su casa al final del día, sin embargo, un “curso residencial” con los participantes que se queden en la noche es preferible, puesto que la interacción y red de trabajo entre los facilitadores y participantes “en horas extra” es muy valiosa.

#### *Comité Organizador*

Se recomienda la organización de un comité para supervisar la planificación, implementación y actividades de seguimiento del curso. Entre los miembros del comité se incluirán a los involucrados en el seguimiento. El comité nacional de lactancia o coordinador del programa de la alimentación del lactante y del niño pequeño puede ser el director o facilitador.

Las responsabilidades del comité incluyen la selección de los presentadores del curso, participantes, y el lugar del curso, el programa, protocolo (ceremonias o eventos sociales), cobertura de medios de comunicación, actividades de evaluación y seguimiento. El comité puede designar un coordinador de curso y ver que se tenga apoyo de secretaria y otros. El comité debe asignar presidentes y secretarios para cada sesión o porciones de las sesiones del curso.

Los presidentes son responsables para servir como “maestro de ceremonias” coordinando una o varias sesiones. Introducción de los conferencistas, mantener las sesiones de acuerdo a lo programado, distribuir y recolectar los formularios de evaluación.

#### *Selección de los conferencistas y otros recursos humanos*

Los conferencistas de las sesiones deben ser identificados por el comité organizador. Deben tener credenciales apropiadas para ser creíbles y convincentes ante los participantes de alto nivel asistentes al curso. Puede haber una mezcla de conferencistas nacionales e internacionales. Es útil incluir uno o más conferencistas que hubieran ya capacitado o facilitado o asistido a un curso previo.

Los conferencistas pueden corresponder a una mezcla de profesionales que se queden en todo el curso o, en algunos casos, personas de afuera que asistan a una sesión particular. Es esencial que los disertantes sean conocedores de ciertos temas en ciertas áreas, por ejemplo:



- 
- **Sesión 1** necesita la experiencia de alguien con acceso a la información sobre la situación local de lactancia, tal como el coordinador nacional de lactancia o de alimentación infantil del lactante y niño pequeño, o un investigador (alguien involucrado en una encuesta CAP por ejemplo). Esta persona puede presentar parte de la sesión con la colaboración del facilitador.
  - **Sesiones 2 y 4** requieren un conferencista con una base médico- científica sólida (ya sea un facilitador del curso o un recurso foráneo) que pueden debatir y analizar las implicaciones de las investigaciones presentadas en el material. El disertante de la Sesión 4 debe conocer los estudios incluidos en la sesión, (se incluyen los resúmenes) y necesitan tiempo suficiente para preparar el tema. Si se da el curso en un escenario con alta prevalencia de VIH y se utiliza la Sesión 4b, el conferencista también debe tener experiencia en el VIH y alimentación infantil.
  - **Sesión 3** otorga una oportunidad para que el coordinador nacional de lactancia/ alimentación complementaria o el representante de la OMS o UNICEF para describir el proceso de evaluación de la IHAN y dar un informe de la situación nacional.
  - **Sesión 5** debe ser conducida por un facilitador familiarizado con los temas involucrados en convertir y gerentar un hospital “Amigo del Niño”. Si se utiliza la alternativa de la Sesión 5 para escenarios con alta prevalencia de VIH, el disertante debe tener experiencia y si es posible experiencia en la implementación de la IHAN en este tipo de escenarios.
  - **Sesión 6** debe ser conducida por una persona con mucho conocimiento acerca del costo y ahorro involucrado en la promoción de la lactancia a nivel del establecimiento de salud.
  - **Sesiones 7 y 8** debe ser conducida por un disertante familiarizado con los equipos que asisten al curso y los escenarios de cuales ellos provienen y además conocedores de planificación de programas. El coordinador nacional de lactancia o de alimentación del lactante y del niño pequeño u otro oficial quien haría el seguimiento a los equipos en la implementación de sus planes podría ser una buena opción.

En las sesiones que requieren de trabajo en grupos pequeños, se necesitaran mas facilitadores dependiendo del tamaño de los grupos (aproximadamente uno por cada cinco participantes). Los facilitadores de los grupos pequeños deben tener alguna experiencia con la implementación de IHAN, planificación de programas y trabajo de grupos.

El equipo de capacitadores necesita conocer a fondo los temas, y la currícula así como su guía y además comprender como su sesión encaja en el curso como un todo.

#### ***Actividades de planificación Pre-curso/Sesión para los conferenciantes***

Es esencial que los auspiciadores del curso y organizadores se reúnan meses antes del curso. El comité organizador necesitará asignar las responsabilidades de capacitación y distribuir los planes de sesión para el plantel docente/facilitadores varias semanas antes del curso. El plantel docente necesitará el tiempo para familiarizarse con los materiales y obtener o preparar las transparencias o los documentos que describen la situación local.

Justo antes del curso, se puede llevar a cabo una sesión de dos días para los docentes, para realizar las preparaciones finales. Se discutirá la agenda y se elaborará el documento final, y los disertantes podrán revisarse sus responsabilidades y los arreglos a cada sesión individual. Para familiarizar a los docentes con el curso, se podría analizar la discusión de sesión por sesión y las sesiones practica, de esta manera se darán cuenta como su sesión encaja en el todo. Este “paseo” le permitirá saber que todos están preparados, ayudaran en la selección final del apoyo audiovisual, y

los materiales para la audiencia apropiada, y permitirá a los presentadores coordinar las sesiones y evitar duplicaciones.

### *Selección de participantes*

Los participantes deben ser tomadores de decisión clave responsable de hospitales y otros establecimientos de salud que atienden a madres y sus recién nacidos. La gran mayoría de participantes deben ser responsables de hospitales que no se involucraron aun en la IHAN o no están muy seguros de la importancia de apoyar la lactancia. Unos cuantos pueden estar en la categoría de “comprometidos” o tal vez ya nominados “Amigo del Niño” para que sean un modelo para otros hospitales.

Los ejemplos son:

- director o administrador del hospital
- cabeza del departamento clave de un hospital grande.
- gerente del hospital
- jefe médico distrital o provincial (responsable de la gerencia de uno o más establecimientos de salud)
- diseñador de políticas con responsabilidad en políticas de salud o administrativa al nivel nacional o regional.

El comité debe decidir si involucrar a los participantes de un tipo de establecimiento como hospitales regionales u hospitales grandes de enseñanza, o si tienen una mezcla de representantes de hospitales públicos y privados, pequeñas y grandes instituciones, maternidades y otras instituciones materno- infantiles. El incluir representantes de diferentes tipos de establecimientos podrá contribuir a discusiones activas. Las restricciones de presupuesto y análisis de los participantes que podrán realizar cambios deben ayudar en la selección.

Los organizadores del Curso, podrían invitar a varios representantes del mismo establecimiento de salud de manera que puedan trabajar juntos en la planificación del trabajo. La experiencia ha mostrado que el cambio se da más fácilmente cuando todo un equipo de personas trabaja con un mismo fin. Por otra parte, mas instituciones pueden ser alcanzadas si solo se incluye a un representante de cada establecimiento.

Otra decisión importante es si los participantes serán todos de una sola región del país o del país entero. Una ventaja de invitar participantes de una sola región es que la interacción durante el curso puede alentar la formación de una red de trabajo entre los participantes y sus instituciones en apoyo de la lactancia. Otra vez, las limitaciones del presupuesto probablemente influirán estas decisiones, así como el número de cursos que se planificarán.

Los grupos de 15-20 personas son ideales para promover las discusiones durante las sesiones, pese a que algunos países pueden decidir que es más costo efectivo invitar a más participantes.

### *Comunicación pre –curso con los participantes*

Una persona de alto nivel en el sistema de salud, como el ministro de salud, debe enviar **cartas de invitación** para asegurar la asistencia de los administradores y diseñadores de política que tienen influencia y autoridad.

Se puede enviar un **questionario** con la carta de invitación solicitando el nombre del participante, dirección de correo, teléfono, lugar de trabajo, título/posicion en el trabajo, responsabilidades en el trabajo o asociado con la IHAN, los desafíos más importantes/problemas encontrados en la

---

transformación de “Amigo del Niño”, o en la promoción de lactancia, y lo que se espera del curso. Ver el Anexo B para un cuestionario de muestra.

Se debe solicitar a los participantes que asistan al curso con los **datos relacionados con la alimentación infantil** en su área local o región. Esto puede incluir tasas de lactancia exclusiva, tasas de cualquier tipo de lactancia, promedio de edad de introducción de líquidos y alimentos (y tipos de alimentación), tasas de enfermedad diarreica, encuestas CAP a madres, familias y trabajadores de salud relacionadas a las prácticas de la lactancia. Esta información será útil durante las discusiones sobre la situación nacional (Sesión 1), y para su uso durante las sesiones en la autoevaluación (Sesión 7) y desarrollo de los planes de acción (Sesión 8).

Considerar la posibilidad de distribuir **material de lectura**, antes del curso, como ser:

- Organización Mundial de la Salud (1989) Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia: El rol especial de los servicios de Maternidad. Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF, Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1981) Código Internacional de Mercadeo de los Sucedáneos de la Leche Materna, Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2006) Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Sección 1 – 1.2 Implementación a nivel hospitalario, 1.3 Los Criterios Globales de la IHAN, Nueva York, NY: UNICEF.

Enfatizar en la carta que los participantes deben traer el material de lectura al curso, puesto que lo necesitarán durante las discusiones en el curso.

### **Lugar del Curso**

La selección del lugar es importante para el éxito del curso. El lugar debe atraer a los participantes de nivel superior, con capacidad de decisión, y estar en los límites del presupuesto. Si es posible, debiera estar en las afueras de la ciudad, de tal manera que los participantes puedan concentrarse en el curso sin distraerse por otras responsabilidades. El tiempo de viaje y el costo del transporte son otras consideraciones importantes.

La accesibilidad de los servicios de apoyo y sistemas de comunicación tales como una fotocopidora, computadora e impresora, teléfono, fax, facilitan grandemente la organización y conducción del curso. Sin embargo, si faltan algunos elementos los organizadores harán lo mejor posible para adaptarse a las condiciones locales.

Equipo apropiado audio-visual y condiciones del aula deben permitir las presentaciones (electricidad, proyectores, pantalla, cortinas o persianas para obscurecer el aula.).

Se necesitarán espacios adyacentes para el trabajo de grupos en las sesiones 5 y 8. Deben estar accesibles desde la sala principal lo cual permitirá a los facilitadores y participantes ir de un sitio al otro sin perder el tiempo.

### **Materiales del Curso**

Si es posible copiar la guía completa de este curso para cada facilitador que tenga la responsabilidad total del curso. Todos los presentadores necesitan una copia de las sesiones relevantes del curso así como el archivo de Power Point, o las transparencias que usará en sus presentaciones.

Los **Planes de sesión y hojas didácticas** para cada una de ellas, se presentan en este documento, siguiendo la Guía del Curso. Los **archivos de PowerPoint con las diapositivas y transparencias** para cada Sesión excepto la Sesión 7 (que no tiene) pueden accederse a través de vínculos en el sitio Web del curso.

**Las hojas didácticas** necesitan copiarse para cada participante. Este material puede colocarse en carpetas para cada participante junto con el programa del curso, listas de participantes y presentadores, y otros documentos relevantes. Al comienzo de cada Sesión, los presentadores deben referirse a los documentos en las carpetas de los participantes, que atañen a una Sesión en particular. Alternativamente, las hojas didácticas pueden distribuirse al inicio de cada Sesión aunque se ha demostrado que consume tiempo valioso. (Las hojas de trabajo y las instrucciones deben ser distribuidas en la clase cuando sea necesario.) La versión condensada de las diapositivas, se incluye en la hoja didáctica y debe copiarse para los participantes. Este material permite que el participante se concentre en la Sesión y puede tomar notas.

Las **Diapositivas de PowerPoint** pueden ser utilizadas en localidades donde existan una computadora portátil y un proyector apropiado. Los juegos incluyen diapositivas con texto, graficas en barras y otras presentaciones de datos, y cuando es apropiado, fotos. Todas las diapositivas son a color. Algunas de las diapositivas incluyen fotos, que se enumeran en el Anexo C. Las diapositivas que muestran datos locales o fotos locales, pueden, claro está, ser sustituidas o añadidas. Los expositores deben revisar las presentaciones y hacer los ajustes que consideren necesarios añadiendo o sustituyendo con sus propios datos o fotos.

Los expositores pueden decidir utilizar las **transparencias** si no se dispone de computadora portátil y un proyector para mostrar las diapositivas de Power Point o si existen muchas transparencias hechas localmente y es difícil cambiar de un medio al otro. Los **archivos de transparencias en PowerPoint** presentan las “diapositivas” en formato blanco y negro, listo para imprimirse y convertirlas en transparencias. Estos archivos no incluyen las diapositivas a color, puesto que no se reproducen adecuadamente en blanco y negro. Las transparencias y diapositivas tienen la numeración idéntica de manera que puede utilizar cualquiera de los medios.

---

Los siguientes materiales son considerados básicos para este curso. Existe generalmente un costo para estos documentos. Si el presupuesto lo permite, sería mejor que cada participante tenga su copia.

- Organización Mundial de la Salud (1989) *Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna: El rol especial de los servicios de maternidad. Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF*, Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1981) *Código Internacional de Mercadeo de los Sustitutos de la leche Materna*, Ginebra: OMS.

Ambos documentos disponibles en:

**Organización Mundial de la Salud**

WHO - Press

CH-1211 Ginebra 27

Suiza

Tel : +41 22 791 24 76

Fax : +41 22 791 48 57

Email para ordenar: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)

Para preguntas acerca de las publicaciones contactar a: [publications@who.int](mailto:publications@who.int)

o cualquier Oficina Regional de la OMS.

Póster de los “Diez Pasos”, que exhibido en la sala de clases es muy útil. Contactar la oficina de UNICEF o de la IHAN para una copia.

Juego de diapositivas o un video sobre “la Iniciativa Hospital Amigo del Niño” para la región o país sede del curso, que se recomienda para la Sesión 3, si es posible.

Video “Delivery Self Attachment” (Estudio del Dr. L. Righard’s, 6 minutos, 1992) se recomienda para la Sesión 4. Esta disponible en:

Geddes Productions

Tel: (818) 951-2809

P.O. Box 41761

Fax: (818) 951-9960

Los Angeles, CA 90041

USA

([www.geddesproduction.com/oldweb0412/self.html](http://www.geddesproduction.com/oldweb0412/self.html))

Los siguientes videos disponibles actualmente, son opcionales. Los videos producidos localmente pueden ser utilizados para reflejar la experiencia nacional.

“Breast is Best: About Mother’s Milk, Breast-feeding and Early Contact with the Newborn” by Gro Nylander (1994), 35 minutos. Disponible en varios idiomas, en:

Video Vital A/S  
Skovveien 33  
Pb. 5058, Majorstua  
0301 Oslo, Noruega  
Tel.: +47 22- 55-45-88  
Fax: +47 22-56-19-91  
E-mail: health-info@videovital.no o mediabasement@videovital.no  
<http://www.videovital.no/english/videovitaleng.htm>

“Hand Expressing and Cup Feeding” by Nursing Mothers’ Association of Australia (1994), 30 minutos. Disponible en:

Australian Breastfeeding Assoc.  
Waverly Group  
P.O. Box 3006  
Syndal, Victoria 3149  
AUSTRALIA  
Tel: [61] (3) 9803-9239 - Jenny  
(<http://www.breastfeeding.asn.au/products/groupprojs.html#v1>)

Las publicaciones que dan información adicional sobre antecedentes pueden obtenerse si hay los fondos disponibles. Los conferencistas /presentadores/facilitadores podrían utilizar este material para la preparación de la Sesión. Puede estar disponible como esencial en la biblioteca. Se sugiere lo siguiente como recursos generales:

Lawrence RA and Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Sixth Edition* St. Louis, MO: Elsevier/C.V. Mosby, Inc., 2005.

Savage-King F (1992) *Helping Mothers to Breastfeed Revised Edition* Nairobi, Kenya: African Medical and Research Foundation, 1992. (Este documento esta disponible en varios idiomas.)

Se elaboro una lista de los suministros educacionales y equipo que se necesitara en el curso.

Preparar para los participantes con anticipación:

- archivadores, o maletines especiales con el horario y todas las hojas didácticas del curso
- cuadernos o papel
- membretes y cartulinas para identificación de las posiciones en el aula (cartulinas dobladas)
- formularios de inscripción
- papeleo necesario para disponer de caja chica, si es posible
- formularios de evaluación
- lista de nombres e información de contactos para los disertantes, facilitadores y participantes

Tener disponible durante el curso:

- fotocopidora, papel
- computadora e impresora, papel
- retroproyector, bulbos, lámpara extra
- computadora portátil, y data show, data video y proyecto LCD para mostrar las presentaciones de PowerPoint

- 
- mesa para el proyector
  - proyector de video, monitor , video en formato adecuado
  - cable de extensión (s)
  - pantalla de proyección
  - rotafolio, trípode para rotafolio, marcadores (idealmente uno para cada grupo pequeño)
  - tiza y borradores si utiliza pizarra
  - Transparencias y marcadores de transparencia (para plenaria de grupo)
  - Engrapadora, grapas, clips de papel, cinta masking, o cinta adhesiva
  - Tijeras, perforadora
  - Lápices, tajador de lápices, bolígrafos
  - Libros y otros documentos

### **Actividades iniciales del curso**

**Inscripción:** Distribución de membretes, archivos, carpetas con los documentos, hojas didácticas y horarios.

**Distribución de cuestionarios:** Los cuestionarios descritos como “comunicación pre curso con los participantes” se pueden distribuir y luego recolectar al comienzo del curso, sino se hizo antes. Es mejor pedir que se devuelvan antes, puesto que los participantes llegan justo antes del inicio del curso y tienen poco tiempo para completar los formularios.

**Presentaciones:** Introducción de los disertantes /facilitadores y participantes. (Deben tener sus nombres visibles)

**Ceremonia de inauguración:** (Opcional) Que sea lo más corta y sencilla posible.

### **Evaluación e informe**

Se necesita asignar la distribución de la responsabilidad y recolección de los formularios de evaluación y recopilación de datos. Se adjunta una muestra del **formulario de evaluación** en el Anexo B. Se incluye:

Formularios de evaluación de Sesión que se completaran por los participantes y los conferencistas. Estos formularios pueden ser muy útiles las primeras veces que se da el curso.

Un formulario de evaluación del curso total para el final de curso. Una alternativa al formulario de evaluación será una discusión corta después de la última Sesión.

Se realizará una **reunión de informe/evaluación** de los organizadores y facilitadores del curso, una vez concluido el curso. Si se realizaran mas cursos de este tipo en el futuro, los organizadores pueden aprender de esta experiencia para planificar el siguiente.

Los auspiciadores del curso y el comité organizador deben decidir antes del curso el tipo de **informe** que se necesitara, (su propósito y contenido), y debe asignar la responsabilidad de preparar el informe y su distribución. De esta manera los responsables de elaborar el informe, pueden tomar las notas que necesitaran durante el curso.

### Seguimiento

La implementación exitosa de los planes de acción es generalmente mayor si los participantes saben que necesitara elaborar los informes posteriormente y si existirá un apoyo técnico y financiero. Un presupuesto le permitirá realizar actividades de seguimiento después del curso, ya sea por la autoridad nacional de lactancia, o el coordinador de la IHAN o el coordinador del programa de alimentación del lactante y del niño pequeño, durante un periodo después de completar el curso, se puede enviar cartas, o formularios a los participantes solicitando el progreso y datos estadísticos de su hospital. Las lecciones aprendidas pueden aplicarse a los futuros cursos para administradores y diseñadores de políticas.

Será necesario, al final del curso, anunciar exactamente que tipo de monitoreo/seguimiento se conducirá y cuando, y que apoyo existe disponible.

Este curso puede jugar un rol importante para continuar con los esfuerzo para apoyar a los establecimientos de maternidad a implementar los “Diez pasos para una lactancia exitosa”. El dialogo y la resolución de problemas, entre colegas, da la motivación para iniciar el cambio. El cambio duradero de las políticas que apoyan a la lactancia es un resultado que bien vale el esfuerzo.



## Anexo A: Ejemplos de programas de Curso para los Tomadores de Decisión

### Ejemplo 1: Versión de dos días

(Nota: Esta versión de dos días es la recomendada si fuera posible para todos los participantes (tomadores de decisión de nivel superior, diseñadores de política, y administradores de hospital) asistir al evento de dos días completos. Permite el tiempo adecuado para explorar los temas claves relacionados con la implementación o revitalización de la IHAN que son importantes para los tomadores de decisión y otorga tiempo suficiente para los ejercicios (tales como los relacionados con convertirse en “Amigos del Niño”) y para desarrollar los planes de acción completos.)

Sesión #	Tiempo	Actividad	Disertante
<b>Día 1</b>			
	15 minutos	Introducción	
1	45 minutos	La situación nacional de alimentación infantil	
2	1 hora	Beneficios de la lactancia	
	30 minutos	<i>Receso</i>	
3	1 hora	La Iniciativa Hospital Amigo	
	1 hora	<i>Almuerzo</i>	
4 o 4-VIH	1 ½ horas	Las bases científicas para los “Diez pasos para una lactancia exitosa” (genérico o versión VIH )	
	30 minutos	<i>Receso</i>	
5 o 5-VIH	1 ½ horas	Convirtiéndose en Amigo del Niño (genérico o la versión VIH ) — Introducción y trabajo de grupos	
5 o 5-VIH	30 minutos	Convirtiéndose en Amigo del Niño (genérico o versión VIH ) — Informes de los grupos de trabajo.	
		<i>Cena</i>	
		Sesión opcional vespertina: video y diapositivas	
<b>Día 2</b>			
6	1 a 1 ¾ H	Costos y ahorros	
7	30 minutos	Evaluando políticas y prácticas — Introducción y trabajo de grupos	
	15 minutos	<i>Receso</i>	
8	1 a 1½ H	Desarrollando planes de acción — Trabajo de grupos (equipos de los establecimientos de salud)	
	1 hora	<i>Almuerzo</i>	
8	1 hora	Resultados de autoevaluación y planes de acción — Informe de los equipos y discusión	
	1 hora	Discusión final y retroalimentación (Puede incluir discusión sobre la coordinación regional de la IHAN u otros temas relacionados con la revitalización de la IHAN en el contexto de VIH y sus recomendaciones)	

## Ejemplo 2: Versión de un día y medio

(Nota: Esta versión de un día-y –medio del curso se ha adaptado para que el primer día sea para todo el personal de mayor nivel de decisión y los administradores del hospital. La mañana del segundo día se dedicará a todos los participantes o, si las obligaciones del personal de mayor nivel de decisión no les permite quedarse por más tiempo, se quedaran los gerentes de hospital quienes elaboraran los planes de acción de la IHAN.)

Sesión #	Tiempo	Actividad	Disertante
<b>Día 1</b>			
	15 minutos	Introducción	
2	1 hora	Beneficios de la lactancia	
1	45 minutos	La situación nacional de la lactancia/alimentación infantil	
	30 minutos	<i>Receso</i>	
3	1 hora	La Iniciativa Hospital Amigo del Niño	
	1 hora	<i>Almuerzo</i>	
4 o 4-VIH	1 hora	Las bases científicas de los “Diez Pasos para una lactancia exitosa” (genérico o versión VIH)	
5 o 5-VIH	30 minutos	Convirtiéndose en Hospital Amigo del Niño (genérico o versión VIH)— Introducción y trabajo en grupos	
	15 minutos	<i>Receso</i>	
5 o 5-VIH	30 minutos	Convirtiéndose en Hospital Amigo del Niño (genérico o versión VIH ) — Plenaria de los trabajos de grupos	
6	1 hora	Costos y ahorro	
		<i>Cena</i>	
		Sesión vespertina opcional: video y diapositivas	
<b>Día 2</b>			
7	30 minutos	Evaluación de políticas y prácticas- Introducción y trabajo de grupos	
	15 minutos	<i>Receso</i>	
8	1 ¼ horas	Desarrollo de los planes de acción — Trabajo de grupos (equipos de los establecimientos de salud)	
8	1 hora	Resultados de las autoevaluaciones y planes de acción — Plenaria de equipos y discusión	
	15 minutos	Discusión final y retroalimentación	

### Ejemplo 3: Versión de un día

(Nota: Esta versión de un día ha sido adaptado para incluir solo ½ día de orientación para tomadores de decisión de mayor nivel y un día completo para los gerentes del hospital, con tiempo adicional en la tarde para el desarrollo de los planes de acción de la IHAN. Si se elije la versión mas corta del curso, será necesario que los planificadores del curso racionalicen el contenido de cada una de las Sesiones, eligiendo el contenido y las diapositivas de Power Point de mayor relevancia para su audiencia. Si se desea se puede utilizar esta versión de un día si todos los participantes se quedan el día entero.)

Sesión #	Tiempo	Actividad	Disertante
	15 minutos	Introducción	
2	30 minutos	Beneficios de la lactancia	
1	30 minutos	La situación nacional de la lactancia/alimentación infantil	
3	30 minutos	La Iniciativa Hospital Amigo del Niño	
	30 minutos	<i>Receso</i>	
4 o 4-VIH	45 minutos	Las bases científicas de los “Diez pasos para una lactancia exitosa” (genérico o versión VIH)	
6	45 minutos	Costos y ahorros	
	30 minutos	Discusión respecto a las estrategias clave para los planes de acción	
	1 hora	<i>Almuerzo</i>	
7	30 minutos	Evaluación de políticas y prácticas — Introducción y trabajo de grupos	
5 o 5-VIH	30 minutos	Convirtiéndose en Hospital Amigo del Niño (genérico o versión VIH) — Introducción y trabajo de grupos	
5 o 5-VIH	30 minutos	Convirtiéndose en Hospital Amigo del Niño (genérico o versión VIH) — Plenaria del trabajo de grupos	
8	1 ¼ horas	Elaboración del plan de acción — Trabajo de grupos (equipos por establecimiento) – <i>con té y café disponibles</i>	
8	45 minutos	Resultados de las autoevaluaciones y planes de acción — Plenaria de grupos y discusiones	
	15 minutos	Discusión final y retroalimentación	



## **Anexo B:**

### **Fortaleciendo y sosteniendo la Iniciativa Hospital Amigo: Curso para los tomadores de decisión**

#### **Cuestionario pre curso**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Título/Posición: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Responsabilidades clave: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Favor contestar estas preguntas antes del inicio del curso:

1. ¿Cual es el estado de su establecimiento de salud respecto a la designación como “Hospital Amigo del Niño”?  
(Favor marcar uno de los siguientes:)
  - No está involucrado en absoluto con la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño”
  - Aún no ha decidido convertirse en “Hospital Amigo del Niño”
  - Ha recibido un “Certificado de Compromiso” para trabajar y convertirse en “Hospital Amigo”
  - Ha sido oficialmente designado como “Hospital Amigo del Niño”
  - No estoy vinculado a un establecimiento de salud (Favor saltar a la pregunta 5)
2. Favor elaborar una lista y describa cualquier cambio positivo que se hubiera realizado en su establecimiento para apoyar la lactancia.

3. ¿Cuales son las dificultades más frecuentes/desafíos que aun deben enfrentar para apoyar la lactancia?

Favor hacer una lista de al menos 3 dificultades

4. ¿Como podría ser más útil, este curso, para ayudarle a afrontar estas dificultades/desafíos y ayudar a su establecimiento (s) a implementar el apoyo total a la lactancia?

5. Citar cualquier (otra) expectativa que usted tenga de este curso.

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Disciplina del  
encuestado: \_\_\_\_\_

**Fortalecimiento y sostenibilidad de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño:  
Curso para tomadores de decisión**

**Formulario de evaluación de la sesión para el participante**

Título de la Sesión: \_\_\_\_\_

1. El **tiempo dedicado** a la sesión fue:

Muy corto             Adecuado             Muy largo

2. La **relevancia del contenido** para ayudar al participante a convertir su establecimiento en “amigo del niño”:

En extremo relevante             Algo relevante             No muy relevante             Para nada relevante

Sugerencias para mejorar la relevancia de la sesión:

3. La **calidad de la enseñanza** fue:

Muy alta             Algo alta             Algo baja             Muy baja

Sugerencias para mejorar la calidad de la enseñanza:

4. Otros comentarios y sugerencias para mejorar la sesión:

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## **Fortalecimiento y sostenibilidad del la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso para tomadores de decisión**

### **Formulario de evaluación del las sesiones para el observador**

Titulo de la sesión \_\_\_\_\_

1. El **tiempo dedicado** a la sesión fue:

Muy corto             Adecuado             Muy largo

2. La **relevancia del contenido** para ayudar al participante a convertir su establecimiento en “amigo del niño”:

En extremo             Algo             No muy             Para nada  
relevante            relevante            relevante            relevante

Sugerencias para mejorar la relevancia de la sesión:

3. El **nivel técnico** del contenido de la sesión, considerando los tipos de participantes fue:

Apropiado             Necesita ajuste.            Favor describir como:

4. La calidad de la enseñanza fue:

Muy alta             Algo alta             Algo baja             Muy baja

Sugerencias para mejorar la calidad de la enseñanza:



5. Los métodos de enseñanza utilizados en esta sesión fueron:

Apropiado             Necesita ajuste

Sugerencias para ajustar/mejorar los métodos de enseñanza:

6. El **nivel de interés de los participantes** en la sesión fue:

Muy alto             Algo alto             Algo bajo             Muy bajo

Sugerencias para aumentar el interés

7. El éxito de la sesión (en su opinión) **para motivar y convencer a los participantes para la necesidad del cambio:**

Muy alto             Algo alta             Algo bajo             Muy bajo

Sugerencias para mejorar el éxito de la sesión para motivar y convencer participantes de la necesidad del cambio:

8. Sugerencias para mejorar la sesión para un próximo curso:

## **Fortalecimiento y sostenibilidad del la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso para tomadores de decisión**

### **Cuestionario para el final de curso**

1. Favor indique las acciones que planifica realizar relacionada a la “Iniciativa de Hospital Amigo del Niño” al completar el curso:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Favor elaborar una lista de los cambios que planea realizar para mejorar la manera de apoyar a la lactancia de su hospital:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Cuan útil, en general, fue este curso para ayudarle con las dificultades/desafíos que enfrenta su organización o establecimiento para apoyar la lactancia:  
 Muy útil       Algo útil       No muy útil       Para nada útil  
Favor describir:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. Favor indicar su opinión respecto a la duración del curso:  
 Muy corto       Adecuado       Muy largo  
¿Que ajustes sugeriría usted en la duración del curso, si hubiera?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. ¿Qué le gustó más de este curso?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. ¿Qué fue lo que menos le gustó del curso?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
7. ¿Que sugerencias tiene para mejorar el curso en el futuro?

## **Anexo C:**

### **Curso para tomadores de decisión Inventario de las fotos-diapositivas**

#### **Fotografías para complementar la Sesión 2 (opcional):**

- 2a** La leche materna protege contra la infección. El niño mayor, más delgado, de la izquierda fue destetado precozmente y le dieron sucedáneos de leche, asistió al hospital varias veces y esta desnutrido. El hermano menor, amamantado completamente, está sano y crece normalmente (Filipinas).
- 2b** La leche materna es un fluido dinámico que cambia para satisfacer la necesidad del bebe (ilustra el cambio de la apariencia de la leche materna respecto al tiempo).
- 2c** La leche del inicio de la succión difiere de la leche del final de la mamada, que tiene mayor contenido de grasa.
- 2d** Este bebé, se alimenta con sucedáneo de la leche materna, ha sido hospitalizado por diarrea severa.
- 2e** Las alergias son menos frecuentes en bebés amamantados exclusivamente. Este niño, cuya familia tiene antecedentes de alergia, se le administró fórmula en la sala de recién nacidos, desarrollo una dermatitis atópica, en lugar de ser amamantada exclusivamente.
- 2f** La lactancia ayuda a la madre y el bebe en el apego (padres primerizos mirando al bebe en el pecho).
- 2g** Madre amamantando al bebé (beneficios para la madre)
- 2h** Madre sonriente y bien nutrida, bebe feliz, (ilustra crecimiento óptimo y desarrollo).

### Fotografías para complementar la Sesión 4 (opcional)

- 4a Bebé sujetando el folleto, *Protección, promoción y apoyo a la lactancia*, Tailandia (puede utilizarse como introducción de la Sesión).
- 4b Profesional de salud consultando la política por escrito en una capacitación “en el servicio”, USA (Paso 1).
- 4c Profesional de salud asiste a una clase, Filipinas (Paso 2).
- 4d Discusión de grupo durante la capacitación, Jordania (Paso 2)
- 4e Clase de grupo de prenatal, Indonesia (Paso 3).
- 4f Consejería Prenatal de lactancia, USA (Paso 3)
- 4g Inicio inmediato de la lactancia con ayuda de enfermería (Paso 4)
- 4h,i,j Tres fotos que ilustran como un bebe encontrara el pezón de la madre y comienza a succionar por si mismo, si hay tiempo para este proceso (Paso 4)
- 4k Como amamantar, ayuda de enfermería, USA (Paso 5)
- 4l Como amamantar, ayuda de enfermería, China (Paso 5)
- 4m Extracción manual en un vaso (Paso 5)
- 4n No dar alimento o bebida que no sea leche materna –biberones de agua y formula (Paso 6)
- 4o No dar alimento o bebida, enfermera dando biberón (Paso 6)
- 4p Alojamiento conjunto, Tailandia (Paso 7)
- 4q Alojamiento conjunto, Filipinas (Paso 7)
- 4r Alimentación a demanda, China (Paso 8)
- 4s Alimentación a demanda, Tailandia (Paso 8)
- 4t No dar chupones / biberones – muestras de chupones (Paso 9)
- 4u No dar chupones / biberones / pacificadores, muestras de pacificadores (Paso 9)
- 4v Alimentación con leche materna en vaso (Paso 9)
- 4w Apoyo de madres, visita domiciliaria, EE.UU. de N.A. (Paso 10)
- 4x Apoyo de madres, centro de salud, Tailandia (Paso 10)
- 4y Apoyo de madres, Gana (Paso 10)
- 4z Apoyo comunitario, “Motivadores de lactancia”, Swazilandia (Paso 10)

# Sesión 1:

## La situación nacional de la alimentación infantil

### Objetivos

A la conclusión de esta sesión los participantes serán capaces de:

- Describir y aplicar las recomendaciones de la OMS para alimentación del lactante.
- Describir los términos utilizados para lactancia y alimentación complementaria
- Describir la situación de la alimentación del lactante y del niño pequeño en sus países, incluyendo patrones de lactancia y alimentación complementaria y las tendencias en el tiempo

### Duración

45 minutos

### Metodología de capacitación

Presentación por el coordinador nacional de lactancia materna o alimentación del lactante y el niño pequeño u otra autoridad nacional familiarizada con el tema

Discusión

### Preparación de la sesión

Es importante empezar a preparar esta sesión con anticipación para permitir la colección de los materiales requeridos de fuentes externas. Lo que se necesita exactamente diferirá de país a país. Las siguientes son algunas ideas generales sobre cómo preparar la sesión:

- Revisar las definiciones y recomendaciones de la lactancia materna y alimentación complementaria (ver diapositivas/transparencias 1.4-1.6 como introducción)
- Obtener información nacional y otra información relevante en prácticas de lactancia y alimentación complementaria y tendencias con el transcurso del tiempo, revisando estudios e investigaciones locales y nacionales.
- Comparar los patrones con aquellos de países vecinos y otros países de la región
- Contactar autoridades gubernamentales de salud, investigadores locales (Ej., en universidades, institutos de nutrición, oficiales nacionales o regionales de la OMS y UNICEF para mayor información.

- Consultar la información del *Banco Mundial de Datos de la OMS* sobre lactancia materna y alimentación complementaria (<http://www.oms.int/research/iycf/bfbf/bfcf.asp>) y reunir información representativa de nivel nacional en la prevalencia y duración de la lactancia materna.
- Buscar información del país en la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*, *Estado Mundial de la Infancia* de UNICEF, *La encuesta de indicadores múltiples* de UNICEF, *La Liga de la Leche*, otras organizaciones no gubernamentales nacionales o internacionales que trabajan en lactancia materna como WABA o IBFAN, otros recursos pertinentes. (Ver material didáctico 1.4 para los detalles de cómo acceder a la información.)
- Para los datos de prevalencia de VIH, incluyendo la prevalencia entre las mujeres embarazadas, buscar las estadísticas en el sitio Web de ONUSIDA. (Ver material didáctico 1.4 para los detalles de cómo acceder a la información.)
  - Preparar las presentaciones de Power Point o las transparencias para mostrar los datos

### **Materiales de capacitación**

#### ***Material Didáctico***

- 1.1 Presentación de la sesión 1
- 1.2a Los *Datos del Banco Mundial de Datos de la OMS sobre lactancia y alimentación complementaria*
- 1.2b Formulario de Solicitud de Información para el *Banco Mundial de Datos de la OMS sobre lactancia y alimentación complementaria*
- 1.3a Indicadores de Lactancia materna para los hogares
- 1.3b Indicadores de Lactancia materna para los hospitales
- 1.4 Posibles fuentes de información sobre alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.  
Copias de los datos relevantes del país/región sobre la situación de la alimentación del lactante y del niño pequeño (el número depende de cuánto material e información existe.)

#### ***Diapositivas/transparencias***

- 1.1-3 Datos sobre alimentación del lactante y del niño pequeño
  - 1.4 Recomendaciones de la OMS sobre alimentación del lactante y del niño pequeño.
  - 1.5-6 Términos y definiciones de lactancia materna y alimentación complementaria
  - 1.7 Preguntas clave para comparar la situación del país con las recomendaciones de la OMS sobre lactancia y alimentación del lactante y del niño pequeño.
  - 1.8 Preguntas clave para comparar los datos de establecimientos de salud con las recomendaciones de la OMS
- Transparencias/diapositivas adicionales con datos del país, disponible en encuestas, estudios y otras investigaciones.

El sitio Web de este curso tiene vínculos a las diapositivas y transparencias para la sesión en dos archivos de Power Point. Las diapositivas (a color) pueden ser utilizadas con una computadora portátil y proyector LCD si hubiera disponible. Otra alternativa, las transparencias (en blanco y negro) pueden ser impresas y copiarse en acetatos para su proyección utilizando el retroproyector. Las transparencias están además disponibles en el material didáctico número 1.1 con seis transparencias por página.

## Referencias

*15 Años Después de la Declaración de Innocenti, La Lactancia salva un millón de vidas anualmente* [comunicado de prensa]. Nueva York, UNICEF, 2005 ([http://www.unicef.org/media/media\\_30011.html](http://www.unicef.org/media/media_30011.html)).

Butte NF, López-Alarcón MG, Garza C. *Adecuación de Nutrientes en lactancia exclusiva para el lactante a término durante los primeros seis meses de vida*. Ginebra, Organización Mundial de Salud, 2002 ([http://www.oms.int/nino-adolescente-salud/publicaciones/NUTRICION/Adecuacion\\_Nutrientes.htm](http://www.oms.int/nino-adolescente-salud/publicaciones/NUTRICION/Adecuacion_Nutrientes.htm))

Chandra RK, Estudios prospectivos sobre el efecto de lactancia en la incidencia de infección y alergia. *Acta Paed Scand*, 1979, 68; 691-694.

Duncan B, Ey J, Holberg CJ, et al. Lactancia exclusiva por al menos 4 meses protege de la otitis media. *Pediatrics*, 1993, 91(5):867-872.

Feachem RG, Koblensky MA. Intervenciones para el control de enfermedades diarreicas entre niños pequeños: promoción de lactancia. *Boletín de la Organización Mundial de Salud*, 1993,62:271-291.

*Quincuagésima quinta Asamblea Mundial de Salud A55/15. Agencia Provisional ítem 13.10 16 de abril 2002 Nutrición del lactante y del Niño Pequeño. Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2002

*Banco Mundial de datos en lactancia materna y alimentación complementaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (<http://www.oms.int/investigacion/iycf/bfcf/bfcf.asp>).

*Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia en los hogares, Informe de una reunión informal 11-12 de junio 1991, Ginebra, Suiza*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (WHO/CDD/SER/91.14 Revisado)([http://www.who.int/child-adolescent-salud/publicaciones/NUTRICION/OMS\\_CDD\\_SER\\_91.14.htm](http://www.who.int/child-adolescent-salud/publicaciones/NUTRICION/OMS_CDD_SER_91.14.htm)).

*Indicadores para evaluar las prácticas de los establecimientos que afectan la lactancia. Informe de la Junta OMS/UNICEF Reunión Informal Interagencial 9-10 de Junio, 1992 Ginebra, Suiza*, Ginebra, OMS 1993 (OMS/CDR/93.1 UNICEF/SM/93.1).

Jones G, Stekette RW, Black R, Bhutte ZA, El Grupo Bellagio de Supervivencia Infantil. Cuántas muertes infantiles presentaremos este año? *Lancet*, 2003,362:65-71

Klinman RL, Senanayake P (eds). *Lactancia: Fertilidad y anticoncepción*. Londres, International Planned Parenthood Federation, 1987.

Kramer MS, Kakuma R. *La duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Una revisión sistemática*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (OMS/NHD/01.08, OMS/FCH/CAH/01.23) ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publicaciones/NUTRICION/OMS-FCH\\_CAH\\_01.23.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publicaciones/NUTRICION/OMS-FCH_CAH_01.23.htm)).

*Informe de la Consulta a Expertos respecto a la duración óptima de la lactancia exclusiva: Ginebra, Suiza 28-30 de marzo 2001.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (OMS/NHD/01.09, OMS/FCH/CAH/01.24)  
([http://www.who.int/child-adolescent-health/publicaciones/NUTRICION/OMS-FCH\\_CAH\\_01.24htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publicaciones/NUTRICION/OMS-FCH_CAH_01.24htm))

UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA. *Para la Vida: Un desafío para la comunicación*, edición revisada. Wallingford, UK, P&LA, 1993

Victora CG, Vaughn JP, Lombardi C, y col Evidencia de la protección de la lactancia materna contra muertes infantiles por enfermedades infecciosas en el Brasil, *Lancet* 1987, 2:319-322.

OMS y LINKAGES. *Alimentación del lactante y del niño pequeño: Un instrumento para evaluar las prácticas, políticas y programas nacionales.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.oms.int/nutricion/publicaciones/alimentacioninfantil/en/indice.html>);  
([http://www.oms.int/nino-adolescente-salud/publicaciones/NUTRICION/IYCF\\_AT.htm](http://www.oms.int/nino-adolescente-salud/publicaciones/NUTRICION/IYCF_AT.htm)).

*OMS Nutrición del lactante y del niño pequeño (Informe de evaluación de progreso; estado de la implementación del Código Internacional de Mercadeo de los Sustitutos de la Leche Materna) AMS 47, agenda provisional ítem 19, 23 marzo 1994.* Ginebra, organización Mundial de la Salud, 1994.

OMS/UNICEF. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.oms.int/nutricion/publicaciones/alimentacioninfantil/sp/indice.html>);  
([http://www.oms.int/nino-adolescente-salud/NUTRICION/estrategia\\_global.htm](http://www.oms.int/nino-adolescente-salud/NUTRICION/estrategia_global.htm))

OMS/UNICEF *Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia* adoptada por los participantes a la reunión de diseñadores de políticas “Lactancia en los 90’s: Una Iniciativa Mundial”, Spedale degli Innocenti (Hospital de los Inocentes), Florencia, Italia, 30 de julio-1 de Agosto, 1990.



**Contenidos mínimos**

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
	Mencionar que encontrarán una mini versión de la presentación en el material didáctico 1.1 que se incluye en su material para los participantes
<b>1. Datos sobre alimentación del lactante y del niño pequeño</b>	
Datos de la lactancia materna	Mostrar las diapositivas/transparencias 1.1-1.3. Mencionar brevemente cada punto, enfatizar el papel importante que la lactancia juega en la protección de la salud y nutrición de los niños y sus madres.
<b>1. Recomendaciones actuales para la alimentación del lactante y del niño pequeño.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resumen y discusión de las recomendaciones actuales.</li> </ul>	Mostrar la diapositiva /transparencia 1.4
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida.</li> <li>■ Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días)</li> <li>■ A partir de entonces darle alimentación complementaria nutricionalmente adecuada y segura.</li> <li>■ Continuar con lactancia materna hasta por lo menos los 2 años de edad.</li> </ul>	<p>Referirse a las recomendaciones en la <i>Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño</i> Párrafo 10 pags.7-8.</p> <p>Analizar la nueva interpretación del “Paso 4” de los “Diez Pasos para una Lactancia Exitosa”.</p> <p><i>Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento por al menos 1 hora y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar y ofrecer su ayuda si es necesario.</i></p>
<b>2. Definiciones de lactancia materna y alimentación complementaria</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Definición de los términos más importantes utilizados internacionalmente para describir las diferentes formas de alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lactancia materna Exclusiva</li> <li>■ Lactancia materna Parcial</li> <li>■ Alimentación mixta</li> <li>■ Alimentación con biberón</li> <li>■ Alimentación Artificial</li> <li>■ Alimentación de sustitución</li> <li>■ Alimentación complementaria</li> <li>■</li> </ul> </li> </ul>	Utilice las diapositivas/transparencias 1.5 y 1.6 para resumir las definiciones de los diferentes términos. Familiarizarse con la fundamentación para escoger estas definiciones a nivel mundial.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Otros términos comúnmente utilizados a</li> </ul>	

Contenido	Notas del Capacitador
<p>nivel local.</p>	
<p><b>3. Patrones nacionales de alimentación del lactante y del niño pequeño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Datos relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria</li> </ul>	
<p>Revisar los datos nacionales comparando la situación del país con las recomendaciones actuales de la OMS respecto a la alimentación del lactante y del niño pequeño, incluyendo si es posible información sobre los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Porcentaje de bebés que amamantan exclusivamente durante los primeros seis meses de vida (180 días)</li> <li>■ Porcentaje de bebés amamantados exclusivamente por mes, hasta los 6 meses</li> <li>■ Porcentaje de bebés con alimentación complementaria apropiada</li> <li>■ Duración media de la lactancia (en meses)</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 1.7 que resume las preguntas clave que servirán para comparar la situación del país con las recomendaciones de la OMS respecto a la alimentación del lactante y niño pequeño.</p> <p>Mostrar diapositivas/transparencia que presente datos del país relacionados al inicio, la exclusividad y duración de la lactancia materna, así como prácticas de alimentación complementaria. Si es posible mostrar las tendencias durante el tiempo transcurrido. Si las practicas no coinciden con las recomendaciones de la OMS analizar algunos de los factores que podrían contribuir a ello.</p> <p>Al presentar los datos sobre lactancia materna exclusiva, mostrar los porcentajes por mes, y si el decremento se da en la última parte del sexto mes, analizar la importancia de alentar la mejoría durante este periodo.</p> <p>Se pueden obtener algunos de estos datos del <i>Banco Mundial de datos en lactancia y alimentación complementaria de la OMS</i>. Referir a los participantes al material didáctico 1.2 (a-b), “<i>Banco Mundial de Datos en lactancia y alimentación complementaria de la OMS</i>” y explicar brevemente que es una base de datos mundial que contiene datos de la prevalencia y duración de la lactancia materna, alimentación complementaria en todo el mundo</p> <p>Mencionar que el Comité de Expertos (ver la referencia OMS 2001) recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, con introducción de alimentos complementarios a partir de esa edad, continuando con la lactancia materna. Esta recomendación se aplica a todas las poblaciones.</p> <p>Mencionar que la OMS ha desarrollado indicadores de lactancia en la comunidad para guiar la colección de datos en el mundo. Referir a los participantes al material didáctico 1.3a que contiene</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>una lista de estos indicadores clave.</p> <p>Existen datos accesibles de otras fuentes como las Encuestas de Demografía y Salud (ENDSAS) que le llevan a cabo en varios países con el apoyo de USAID, <i>Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MIC)</i> de UNICEF, encuestas nacionales sobre alimentación o nutrición del lactante, etc. (Entregar el material didáctico Hoja 1.4 para familiarizar al participante con estas fuentes de información.)</p> <p>De ser posible, mostrar datos de países vecinos. Analizar las razones posibles para las tasas actuales y el porqué países en una misma región o subregión lo están haciendo bien y otros no.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Datos relacionados con las prácticas de alimentación infantil, después del nacimiento en servicios de maternidad.</li> </ul> <p>Revisar los datos del establecimiento de salud para comparar las prácticas de alimentación infantil con las recomendaciones de la OMS:</p>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 1.8 que resume las preguntas clave.</p> <p>Mencionar que la OMS ha desarrollado indicadores para la lactancia en los servicios de la maternidad para guiar la recolección de datos en el mundo. Referir a los participantes a la hoja 1.3b que tiene la lista de los indicadores clave.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Inicio temprano:</b> Porcentaje de bebés que iniciaron la lactancia en la hora después del parto.</li> <li>■ <b>Alojamiento conjunto:</b> Porcentaje de bebés en alojamiento conjunto con sus madres durante las 24 horas después del nacimiento.</li> <li>■ <b>Lactancia materna exclusiva:</b> Porcentaje de bebés que son amamantados exclusivamente desde el nacimiento hasta el alta.</li> <li>■ <b>Alimentación con biberón:</b> Porcentaje de bebés que reciben alguna vez alimento en biberón desde que nacen hasta el alta (incluir bebes que nacieron por cesárea y bebes en unidades de cuidados especiales).</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias que presentan los datos del país o del establecimiento relativos a las prácticas de alimentación del recién nacido después del parto en las maternidades. Si existe información disponible de las evaluaciones de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño u otras fuentes, resumir los resultados.</p> <p>Presentar esta información y cualquier otra información importante relacionada a la implementación de los “Diez Pasos para la lactancia exitosa”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discusión</li> </ul>	<p>Solicitar a los participantes, que contribuyan con información de sus centros. Se podría preguntar cual creen ellos que es la causa para la diversidad de datos. (Ej., las creencias locales y las prácticas que</p>

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
	conducen a un nivel bajo de lactancia exclusiva.)  Responder a cualquier otra pregunta de los participantes relacionados con el tema de la sesión.

Hoja Didáctica 1.1

Presentación de la sesión 1

La situación nacional de la alimentación infantil

**Datos sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño**

- Se ha estimado que alrededor de 2 millones de muertes de la niñez pueden evitarse cada año a través de una lactancia.
- Los lactantes amamantados exclusivamente tiene al menos 2½ veces menor episodios de enfermedad que los que reciben sucedáneos para la leche materna.
- Los lactantes tienen 25 más veces oportunidades para morir de diarrea en los primeros 6 meses si no amamantan exclusivamente.
- Entre los niños menores de un año, aquellos que no amamantaron tienen 3 veces mas posibilidades de morir por una infección respiratoria que aquellos que amamantaron exclusivamente.

De: Jones, 2003; Chandra, 1979; Feachem, 1984; y Victora, 1987.

Transparencia 1.1

**Datos sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño**

- Bebés con lactancia exclusiva por 4 meses o más tienen la mitad del promedio de episodios de otitis media que los que no amamantaron.
- En comunidades de bajos ingresos, el costo de la leche de vaca o leche en polvo, mas los biberones, chupones, y el combustible para hervir el agua, puede consumir el 25 al 50% del ingreso familiar.
- La lactancia contribuye al espaciamiento natural de nacimientos , otorgando 30% más de protección contra un embarazo que todos los programas estructurados de planificación familiar en el mundo en desarrollo.

De: Duncan y col, 1993; UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA, 1993; y Kleinman, 1987.

Transparencia 1.2

**Datos sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño**

- El periodo pico de malnutrición está entre los 6 y 28 meses de edad.
- La Malnutrición contribuye con alrededor de la mitad de la mortalidad de los menores de cinco años, y un tercio de ello es debido a prácticas de alimentación erróneas.
- La consejería en lactancia y alimentación complementaria conduce a prácticas de alimentación mejorada, mejor ingesta y crecimiento.
- La consejería en lactancia y alimentación complementaria contribuye a la disminución de la incidencia de diarrea.

Transparencia 1.3

**Recomendaciones de la OMS para la alimentación del lactante y del niño pequeño**

- Iniciar la lactancia en la hora después del nacimiento.
- Amamantar exclusivamente durante los seis primeros meses de edad (180 días).
- Luego dar alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a todos los lactantes.
- Continuar con la lactancia hasta los dos años o más.

Adaptado de la *Estrategia Mundial*.

Transparencia 1.5

**Términos y definiciones de la lactancia y alimentación complementaria**

- **LACTANCIA EXCLUSIVA:** El lactante recibe solamente leche materna y ningún alimento, agua y otros líquidos adicionales excepto medicamentos, gotas de vitaminas o minerales.
- **LACTANCIA PARCIAL O ALIMENTACION MIXTA:** El lactante recibe algunas tomas de pecho y otras de alimento artificial, ya sea leche, cereal u otro alimento o agua.
- **ALIMENTACION CON BIBERÓN:** El lactante se alimenta con biberón independientemente de su contenido, incluida la leche materna extraída.

Transparencia 1.6

**Términos y definiciones de la lactancia y alimentación complementaria**

- **ALIMENTACION ARTIFICIAL:** El lactante recibe sucedáneos para la leche materna y no esta amamantando en absoluto.
- **ALIMENTACION DE REEMPLAZO:** El proceso de alimentar a un niño con madre VIH-positivo que no está recibiendo leche materna con una dieta que le otorga todos los nutrientes que el niño necesita.
- **ALIMENTACION COMPLEMENTARIA:** El proceso de dar a un lactante un alimento infantil además de leche de pecho o fórmula, cuando se hacen insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante.

Transparencia 1.7

***Preguntas clave para comparar la situación del país con las recomendaciones de la OMS para la alimentación del lactante y del niño pequeño***

---

- Porcentaje de bebés que amamantan exclusivamente durante los primeros seis meses de vida (180 días)
- Porcentaje de bebés amamantados exclusivamente por mes, hasta los 6 meses
- Porcentaje de bebés con alimentación complementaria apropiada
- Duración media de la lactancia (en meses)

Transparencia 1.7

***Preguntas clave para comparar los datos del hospital con las recomendaciones de la OMS***

---

- **Inicio temprano:** Porcentaje de bebés que iniciaron la lactancia en la hora después del parto.
- **Alojamiento conjunto:** Porcentaje de bebés en alojamiento conjunto con sus madres durante las 24 horas después del nacimiento.
- **Lactancia exclusiva:** Porcentaje de bebés que son amamantados exclusivamente desde el nacimiento hasta el alta.
- **Alimentación con biberón:** Porcentaje de bebés que reciben alguna vez alimento en biberón desde que nacen hasta el alta.

Transparencia 1.8

Hoja 1.2a

## ***El banco mundial de datos en alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS***

El Departamento de Nutrición para la Salud y Desarrollo de la OMS mantiene el Banco *Mundial de datos en alimentación del lactante y del niño pequeño*. El Banco ha sido reestructurado de acuerdo a los últimos indicadores y definiciones, que se han desarrollado para ampliar la nomenclatura que describe los diferentes tipos de comportamiento en lactancia y para mejorar la coherencia, confiabilidad y comparabilidad de los datos.

El Banco acumula información de encuestas nacionales, regionales, de Estado, departamento o comunidad, estudios y revisiones respecto a la prevalencia y duración de la lactancia específicamente. Se realizan esfuerzos para alcanzar una cobertura mundial, lo cual permitirá:

- Monitorizar la prevalencia y duración de la de lactancia, y analizar las tendencia en el tiempo;
- Comparaciones en el tiempo con países, entre países y regiones;
- Evaluación de las tendencias y prácticas como una base para acción futura;
- Evaluación del impacto de los programas de promoción de lactancia;
- Fácil acceso a los datos actuales para su uso por tomadores de decisiones, científicos, investigadores, administradores de hospitales, trabajadores de salud, y otras partes interesadas.

Para este propósito, es necesario que los indicadores y definiciones de lactancia y alimentación complementaria se diseminen a nivel mundial y que los investigadores y profesionales de salud actualicen los datos del Banco. Ambas condiciones tienen que cumplirse si se desea que el Banco alcance su potencial absoluto y así contribuir a la salud de las madres y lactantes en todo el mundo.

Para este fin, se prepara un informe cada tres a cuatro años referido a las tendencias de alimentación del lactante y del niño pequeño (ALNP) en países con información disponible. Al presente 168 países y 98% de los niños del mundo están cubiertos. Se espera que el Banco ayude a hacer posible que las autoridades competentes alcancen las metas de ALNP que han establecido, y sirva para motivar a todas las partes interesadas a fortalecer los programas en apoyo a la lactancia y alimentación complementaria.

El Banco está ahora accesible en el sitio Web <http://www.oms/int/investigacion/iycf/bfcf/bfcf.asp>. Se puede acceder a la información por país o región, indicador y año(s) de investigación. Si prefiere dar cifras y otra información en lactancia, alimentación complementaria y prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño de su país, usted puede utilizar el formulario de datos (Encuesta de Solicitud de Información disponible en el sitio Web y también se distribuye como Hoja Didáctica: hoja 1.2b.









**INFORMACION ADICIONAL**

Tasa Total de Fertilidad (*mujeres edad 15-49*): \_\_\_\_\_ No. de hospitales con servicios de  
Edad materna promedio primer embarazo: \_\_\_\_\_ maternidad \_\_\_\_\_  
Promedio de escolaridad( *15-49*): \_\_\_\_\_ proporción de nacimientos atendidos por pers. capacitado.: \_\_\_\_\_  
Proporción mujeres edad 15-49 con IMC<18.5: \_\_\_\_\_ Tasa de Cesárea: \_\_\_\_\_  
Proporción mujeres edad 15-49 con IMC >30: \_\_\_\_\_ No.de Hospitales designados HAN: \_\_\_\_\_  
Proporción mujeres edad 15-49 con HIV/AIDS: \_\_\_\_\_ No. De hospitales comprometidos con la IHAN \_\_\_\_\_  
*(Hospital Amigo del Niño)*

Hoja Didáctica 1.3a

Indicadores de lactancia para hogares <sup>1</sup>

**Lactancia maternal exclusiva en menores los 6 meses**

Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad que amamantan exclusivamente

$$\frac{\text{Lactantes 0-5 meses de edad que amamantaron exclusivamente en el día anterior}}{\text{Lactantes 0-5 meses de edad}}$$

**Tasa de inicio temprano de la lactancia**

Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron colocados al pecho dentro la primera hora después del nacimiento

$$\frac{\text{Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron puestos al pecho dentro la primera hora después de nacer}}{\text{Niños nacidos en los últimos 24 meses}}$$

**Tasa de lactancia maternal continuada al año**

Proporción de niños de 12-15 meses de edad que están amamantando

$$\frac{\text{Niños 12-15 meses de edad que fueron amamantados en las últimas 24 horas}}{\text{Niños 12-15 meses de edad}}$$

**Introducción de alimentos sólidos, semi-sólidos o suaves**

Proporción de lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves

$$\frac{\text{Lactantes de 6-8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semi-sólidos o suaves el día anterior}}{\text{Lactantes de 6-8 meses}}$$

**Diversidad dietética mínima**

Proporción de niños de 6-23 meses de edad que recibieron alimentos de  $\geq 4$  grupos alimentarios durante el día anterior

$$\frac{\text{Niños de 6-23 meses de edad que recibieron alimentos de >4 grupos durante el día anterior}}{\text{Niños de 6-23 meses de edad}}$$

*Nota: Los 7 grupos de alimentos utilizados para este indicador son:*

- Granos, raíces y tubérculos
- Legumbres y nueces
- Productos lácteos (leche, yogurt, queso)
- Carnes (de vaca, pescado, pollo y órganos)
- Huevos
- Frutas y vegetales ricos en vitamina A
- Otras frutas y vegetales

<sup>1</sup> Indicadores para evaluar prácticas alimentarias en lactantes y niños pequeños. Conclusiones de una reunión de consenso. Washington D.C., USA, 6-8 Noviembre 2007.

[http://www.who.int/nutrition/publications/iyfc\\_indicators\\_for\\_peer\\_review.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/iyfc_indicators_for_peer_review.pdf)

Recomendaciones de la OMS de lactancia exclusiva durante los seis primeros meses de vida (WHA55.25).

**Frecuencia alimentaria mínima**

Proporción de niños de 6-23 meses de edad amamantados y no amamantados que recibieron sólidos, semisólidos o alimentos blandos o alimentos lácteos el mínimo número de veces o mas

Niños de 6-23 meses de edad amamantados que recibieron sólidos, semisólidos o

Alimentos suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior

Niños amamantados de 6-23 meses de edad

y

Niños de 6-23 meses de edad no amamantados que recibieron sólidos, semisólidos o

Alimentos suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior

Niños no amamantados de 6-23 meses de edad

*Nota: Se define como mínimo a*

- 2 veces para lactantes amamantados de 6-8 meses de edad
- 3 veces para niños amamantados de 9-23 meses de edad
- 4 veces para niños no amamantados de 6-23 meses de edad

**Lactantes y niños pequeños alimentos con dieta mínimamente aceptable**

Proporción de niños de 6-23 meses de edad que recibieron una dieta mínimamente aceptable (sin contar la leche materna)

Este indicador compuesto será calculado utilizando las siguientes dos fracciones:

Niños amamantados de 6-23 meses de edad que tuvieron una diversidad dietética mínima

Y la frecuencia alimentaria mínima durante el día anterior

Niños amamantados de 6-23 meses de edad

y

Niños no amamantados de 6-23 meses de edad que recibieron leche al menos 2 veces y tuvieron una diversidad dietética mínima

Y la frecuencia alimentaria mínima durante el día anterior

Niños no amamantados de 6-23 meses de edad

**Consumo de alimentos ricos en hierro o alimentos fortificados con hierro**

Proporción de niños de 6-23 meses de edad que recibieron alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro, especialmente designados para lactantes y niños pequeños, o que son fortificados en el hogar

Niños de 6-23 meses de edad que recibieron alimentos ricos en hierro  
o alimentos que han sido especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños y que han sido fortificados con hierro, o que fueron fortificados en el hogar con un producto que incluye hierro durante el día anterior  
Niños de 6-23 meses de edad

**Niños amamantados alguna vez**

Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que recibieron lactancia materna en algún momento

Niños nacidos en los últimos 24 meses amamantados alguna vez  
Niños nacidos en los últimos 24 meses

**Tasa de lactancia materna continuada a los 2 años**

Proporción de niños de 20-23 meses de edad que son amamantados

Niños 20-23 meses de edad que fueron amamantados en las últimas 24 horas  
Niños 20-23 meses de edad

**Lactancia materna adecuada**

Proporción de niños de 0-23 meses de edad que han sido amamantados adecuadamente

El indicador es calculado utilizando las siguientes dos fracciones:

Lactantes de 0-5 meses que recibieron solo leche materna el día anterior  
Lactantes de 0.-5 meses de edad

y

Niños de 6-23 meses que han recibido leche materna, además de sólidos, semisólidos o alimentos suaves el día anterior  
Niños de 6-23 meses de edad

**Lactancia predominante en menores de 6 meses**

Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad que han recibido predominantemente lactancia materna

Lactantes de 0-5 meses de edad que recibieron leche materna  
Como fuente nutricional predominante durante el día anterior  
Lactantes de 0-5 meses de edad

**Duración de la lactancia materna**

Duración media de la lactancia materna entre niños menores de 36 meses de edad

La edad en meses en que 50% de niños de 0-35 meses no recibió leche materna durante el día anterior

**Alimentación con biberón**

Proporción de niños de 0-23 meses de edad que fueron alimentados con biberón

Niños de 0-23 meses que fueron alimentados con biberón el día anterior  
Niños de 0-23 meses de edad

**Frecuencia de alimentación con leche para niños no amamantados**

Proporción de niños no amamantados de 6-23 meses de edad que recibieron leche al menos 2 veces

Niños no amamantados de 6-23 meses de edad  
Que recibieron leche al menos 2 veces durante el día anterior  
Niños no amamantados de 0-23 meses de edad

Hoja Didáctica 1.3b

Indicadores de lactancia para los servicios de salud<sup>2</sup>

	TITULO	DEFINICIÓN	FUENTE
<b>SERVICIOS DE MATERNIDAD</b>			
1	Tasa de lactancia materna exclusiva de madre natural	<u>Numerador:</u> No.de recién nacidos amamantados exclusivamente por sus madres naturales desde nacimiento al alta.  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
2	Tasa de facturas de sucedáneos de la leche materna y suministros	<u>Numerador:</u> No. de madres que recibieron sucedáneos de la leche materna, biberones, chupones en algún momento previo al alta o durante una visita prenatal en este hospital.  <u>Denominador:</u> No de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
3	Tasa de Alimentación con Biberón	<u>Numerador:</u> No. de recién nacidos que recibieron algún alimento o bebida en biberón en las 24 horas previas al alta.  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
4	Tasa de Alojamiento Conjunto	<u>Numerador :</u> No. de recién nacidos en alojamiento conjunto durante las 24 horas al día, comenzando en la 1 hr.de nacimiento , no habiendo sido separado de su madre por más de 1 hora por vez  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
5	Tasa de Lactancia	<u>Numerador:</u> No. de recién nacidos que amamantaron en las 24 horas antes del alta  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
6	Tasa de primera succión oportuna	<u>Numerador:</u> No. de recién nacidos que amamantaron por primera vez en la hora después del parto.  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
Opt.1	Tasa de alimentación exclusiva con leche materna	<u>Numerador:</u> No. de recién nacidos alimentados exclusivamente con leche materna desde nacimiento hasta el alta.  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.
Opt.2	Tasa de uso de chupones	<u>Numerador:</u> No. de recién nacidos que utilizaron chupón en algún momento previo a su alta.  <u>Denominador:</u> No. de recién nacidos dados de alta	Entrevista materna al alta.

Hoja 1.4

Posibles fuentes de información sobre alimentación del lactante y del niño pequeño

<sup>2</sup> De *Indicadores para la evaluación de las practicas en hospitales que afectan la lactancia, Informe del la Reunión Interagencial OMS/UNICEF Reunión 9-10 Junio 1992, OMS, Ginebra, Suiza.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.1, UNICEF/SM/93.1), pág. 30.



Fuente de datos	Cómo obtener
<p>MEASURE DHS, Macro International. 11785 Beltsville Drive, Suite 300 Calverton, Maryland, 20705 USA.</p>	<p>Informes y datos específicos de países pueden obtenerse de las misiones de USAID o de Macro International (e-mail: <a href="mailto:reports@orcmacro.com">reports@orcmacro.com</a> o <a href="mailto:archive@orcmacro.com">archive@orcmacro.com</a>)  Datos de los informes de país están disponibles en el sitio <a href="http://www.measuredhs.com/data/indicators/">http://www.measuredhs.com/data/indicators/</a></p>
<p>UNICEF. <i>Encuestas agrupadas de indicadores múltiples</i>. Nueva York, UNICEF.</p>	<p>Resultados de encuestas específicas están disponibles en las oficinas de UNICEF en cada país.  Información en la MICS, los cuestionarios y manuales así como informes específicos de cada país están disponibles en el sitio Web de UNICEF : <a href="http://www.childinfo.org/index2.htm">http://www.childinfo.org/index2.htm</a></p>
<p>OMS. <i>Banco de datos mundiales en lactancia y alimentación complementaria</i>. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.</p>	<p>Datos del <i>Banco de Datos mundiales en lactancia y alimentación complementaria</i> de la OMS están disponibles en su sitio Web: <a href="http://www.who.int/research/iycf/bfcf/bfcf.asp">http://www.who.int/research/iycf/bfcf/bfcf.asp</a>  Contactar Randa Saadeh para más información en:  Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo Organización Mundial de la Salud CH-1211 Ginebra 27, Suiza Tel. 41-22-791-3315 Fax: 41-22-791-4156 E-mail: <a href="mailto:saadehr@who.ch">saadehr@who.ch</a></p>
<p>ONUSIDA Secretaria, Ginebra, Suiza</p>	<p>Datos de la prevalencia en VIH por país podrán encontrarse en el sitio Web de la ONUSIDA/OMS Global HIV/AIDS Base de datos en Internet <a href="http://www.who.int/globalatlas/default.asp">http://www.who.int/globalatlas/default.asp</a></p>
<p>Investigaciones nacionales y estudios [Favor anotar:]</p>	

# Sesión 2: Beneficios de lactancia

## Objetivos

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Mencionar y explicar al menos tres beneficios de la lactancia materna para cada uno de los siguientes: lactantes, madre, familia, y hospital.
- Describir los beneficios de la lactancia materna en el ambiente hospitalario.
- Mencionar al menos tres riesgos relacionados con la alimentación artificial.

## Duración

Sesión: 1 hora

## Metodología de capacitación

Trabajo en grupos pequeños

Conferencia y discusión

Video (opcional –puede mostrarse durante el tiempo libre)

## Preparación de la sesión

- Revisar las diapositivas. Revisar las referencias enumeradas en esta sección concentrándose en las referencias de los datos presentados en las diapositivas.
- Preparar las diapositivas o transparencias y hojas didácticas con datos de encuestas y estudios nacionales si es posible. Incluir foto diapositivas apropiadas. Algunas de estas están disponibles en las presentaciones de PowerPoint que se adjuntan a los archivos de este curso. Considere utilizarlas si no obtiene foto diapositivas locales.
- Decidir si se utilizará el video, “El Pecho es lo Mejor”, Breast is best, u otros. Si no existe disponibilidad de tiempo durante la sesión, considerar utilizar el video en el descanso o en la tarde

## Material de capacitación

### *Resúmenes*

Existen resúmenes disponibles para la presentación de la Sesión 2

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

### *Hoja D*

- 2.1 Presentación de la sesión 2
- 2.2 Alimentación del lactante y del niño pequeño: Recomendaciones para la práctica.
- 2.3 Lactancia Materna Exclusiva: La única fuente de agua que necesita el lactante (LINKAGES FAQ hoja 5)
- 2.4 Beneficios de la lactancia materna para la salud: Lista de referencias. (Se copia una lista de referencias, con permiso de UNICEF, sitio de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, <http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>)

### *Diapositivas/Transparencias*

2.1-2.28 y foto diapositivas 2a – 2h

El sitio web de este Curso contiene vínculos a las diapositivas y transparencias de esta sesión en dos archivos de Microsoft Power Point. La foto diapositivas están incluidas en el juego de las diapositivas, en el mismo orden en el que se mencionan en el Plan de la Sesión. Las diapositivas (a color) pueden ser utilizadas con una computadora portátil y proyector LCD si hubiera disponible. Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden ser impresas, copiarse en acetatos y proyectarse utilizando una retroproyectora. Las transparencias están además reproducidas en el material didáctico de esta sesión, con 6 transparencias por página.

### *Video (opcional)*

Un video que debe considerarse es *El pecho es lo mejor. Breast is Best* (35 minutos). Este video de Noruega tiene mucho potencial para la capacitación. Se puede utilizar de muchas maneras, incluyendo la secuencia que muestra al recién nacido reptar desde el abdomen de la madre, hasta encontrar el pezón sin ayuda. Está disponible en diferentes idiomas en Health Info/Video Vital A/S, P.O. Box 5058, Majorstua, N-0301, Oslo, NORWAY (Tel: [47] (22) 699644, Fax: (47) (22) 600789) o e-mail: [health-info@videovital.no](mailto:health-info@videovital.no). Puede ordenarse mediante “Baby Milk Action” en: <http://www.babymilkaction.org/shop/videos.html>

Considerar el uso de videos apropiados para el lugar; si no existiera alguno, indagar sobre el material disponible con las autoridades de la IHAN, en la oficina regional de UNICEF, la organización local de IBFAN, La Liga de Leche, u otras organizaciones nacionales o regionales.

### *Otros Materiales*

Rotafolio y marcadores

Pizarrón

## Referencias

Aniansson G, Alm B, Andersson B, Hakansson A et al. Un estudio prospectivo coherente lactancia y otitis media en lactantes Suecos. *Pediatr Infect Dis J*, 1994, 13: 183-188.

Beral V. Cáncer de mama y lactancia materna: Un re análisis colaborativo de datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países, incluyendo 50302 mujeres con cáncer de mama y 96973 mujeres sin enfermedad. *Lancet*, 2002, 360:187-95.

Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Estudio ecológico del efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en América Latina. *BMJ*, 2001, 323:1-5.

Fergusson DM, Beautrais AL, Silva PA. Lactancia materna y desarrollo cognitivo en los primeros siete años de edad. *Soc Sci Med*, 1982, 16:1705-1708. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Efecto protector de la lactancia materna contra la infección. *Br Med J*, 1990, 300:11-15.

Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Lactancia materna y enfermedades alérgicas en los lactantes – un estudio de cohorte prospectivo. *Archives of Disease in Childhood*, 2002, 87:478-481.

Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Lactancia materna y coeficiente intelectual posterior en niños nacidos pre término. *Lancet*, 1992, Feb 1, 339(8788):261-4.

Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB (1988) Lactancia materna y desarrollo cognitivo en los dos primeros años de vida. *Soc Sci Med* 26:71-82.

Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. La asociación entre la duración de la lactancia materna y la inteligencia del adulto. *JAMA*, 2002, 287:2365-2371.

Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, et al. Lactancia materna y morbilidad por diarrea. *Pediatrics*, 1990, 86(6): 874-882.

Riva E, Agostoni C, Biasucci G, Trojan S, Luotti D, Fiori L, y col. Lactancia materna precoz asociada a mayor coeficiente intelectual en niños tratados dietéticamente con diagnóstico de fenilcetonuria. *Acta Paediatr*, 1996, 85:56-8.

Rodgers B. Alimentación en la infancia y habilidad posterior y logro: un estudio longitudinal. *Devel Med Child Neurol*, 1978, 20:421-6.

Saadeh R, Benbouzid D. Lactancia materna y espaciamiento de los nacimientos importancia de la colección de la información para las políticas de salud pública. *Bulletin of the World Health Organization*, 1990, 68(5) 625-631.

Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Un análisis longitudinal de la morbilidad infantil y la duración de la lactancia materna en los Estados Unidos de América. *Pediatrics*, 1997, 99(6) von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T et al. Lactancia materna y obesidad, un estudio de muestra representativa. *BMJ*, 1999, 319:147-150.

*Consejería en lactancia: Curso de Capacitación*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.6).

*Lactancia materna y el uso de agua y té.* División de Salud y Desarrollo Infantil UPDATE No.9, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Noviembre 1997 ([http://www.oms.int/salud niño-adolescente/Publicaciones Nuevas/ NUTRICION/Agua\\_Tés.pdf](http://www.oms.int/salud niño-adolescente/Publicaciones Nuevas/ NUTRICION/Agua_Tés.pdf)).

## Contenidos mínimos

Contenido	Notas del Capacitador
<p><b>1. Discusión introductoria</b></p> <p>Indagar respecto al conocimiento de los participantes de los beneficios de la lactancia materna</p>	<p>Elaborar en la pizarra o papelógrafo, una lista de las siguientes categorías en columnas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lactante</li> <li>• madre</li> <li>• familia</li> <li>• hospital</li> </ul> <p>Dividir a los participantes en cuatro grupos y asignar una categoría a cada grupo. Deles 5 minutos para elaborar una lista con los beneficios de la lactancia materna para cada categoría. Solicitar a cada grupo que exponga las ideas mediante un representante, utilizando el Rotafolio.</p> <p>Mencionar que una mini versión de la presentación se reproduce en el material didáctico 2.1 que se encuentra en la carpeta de los participantes.</p>
<p><b>2. Beneficios de la lactancia materna para el lactante</b></p> <p>Diapositiva 2 muestra dos niños de la misma familia. El mayor se hospitalizó por deshidratación y desnutrición. Había dejado de mamar antes de lo recomendado porque un trabajador de salud le dijo a la madre que su diarrea había sido provocada por su propia leche. Debido a sus escasos recursos económicos no pudo comprar la leche artificial suficiente, la diluía y utilizaba agua contaminada para prepararla. El niño tuvo más episodios de diarrea y la desnutrición se agravó. La madre se embarazó nuevamente y decidió amamantar a su siguiente bebé. La foto se obtuvo cuando el niño mayor se hospitalizaba y la madre hizo sentar a su bebé en la cuna a su lado.</p>	<p>Mostrar la foto diapositiva 2a u otra foto diapositiva con una historia.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nutrición Óptima                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia materna provee de nutrientes de alta calidad, es fácilmente digerible y es utilizada eficientemente por el cuerpo de su bebé. También otorga toda el agua que necesita el bebé. No existe necesidad de otros líquidos. Numerosos estudios indican que los bebés amamantados exclusivamente y a demanda, reciben el agua en la leche materna que excede los requerimientos de agua. Los niveles de soluto en la orina y sangre de estos lactantes, incluyendo los que viven en climas muy calientes y secos, estaban en rango normal, mostrando que la ingesta de agua es adecuada.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.1 y referirse al material didáctico 2.2.</p> <p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.2. Resaltar las diferencias entre los tres tipos de leche.</p> <p>Mostrar la diapositiva/ transparencia 2.3 y referir a los participantes al material didáctico 2.3 (LINKAGES Alimentación Infantil).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La leche humana es un fluido dinámico que se transforma para cubrir las necesidades del lactante.</li> </ul> <p>La composición de la leche está influida por la <i>edad gestacional</i> del bebé (leche del prematuro es diferente a la leche del bebé a término), <i>estadio de la lactancia materna</i> (el calostro difiere de la leche de transición y de la leche madura, que continua cambiando a medida que pasa el tiempo), y tiempo de la mamada (leche del inicio de la mamada difiere de la leche del final de la mamada que tiene mayor contenido de grasa).</p>	<p>Muestre la diapositiva/transparencia 2.4. Enfatique las propiedades dinámicas de la leche materna.</p> <p>Muestre la foto diapositiva 2b para ilustrar como la composición de la leche cambia a la vez que el lactante madura.</p> <p>Mostrar la foto diapositiva 2c para mostrar la diferencia entre leche del inicio y leche del final de la succión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El calostro tiene propiedades especiales y es muy importante para el lactante por una variedad de factores de desarrollo, digestivos y protectores.</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.5. Enfatizar los puntos importantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La leche materna es el único alimento que los lactantes necesitan en los primeros 6 meses de vida. Se deben dar alimentos complementarios seguros y apropiados desde los seis meses mientras continúa la lactancia materna.</li> </ul>	<p>Referirse a material didáctico 2.3.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La leche materna continúa siendo una fuente importante de energía y nutrientes de alta calidad durante el</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.6.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
segundo año de vida y después.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Efecto protector de la lactancia materna en la morbilidad infantil</li> </ul>	Mostrar la diapositiva/transparencia 2.7.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incremento de la inmunidad</li> </ul> <p>La leche materna es un fluido vivo que protege al bebé de la infección. Durante el primer año de vida del bebé, porque el sistema inmune no está completamente desarrollado, el bebé depende de la leche de su madre para combatir la infección.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Riesgo reducido de la diarrea. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un estudio de Filipinas mostró que los bebés alimentados artificialmente tenían 17 veces más riesgo de contagiarse diarrea que los bebés amamantados exclusivamente. Los bebés alimentados parcialmente tenían más posibilidades de tener diarrea que los alimentados con sólo leche materna, pero menos posibilidades que aquellos que no recibían leche materna en absoluto. (<i>Papín</i>).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Opcional: Mostrar la foto diapositiva 2d, que muestra un bebé alimentado con sucedáneos de la leche materna hospitalizado por diarrea grave.</p> <p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.8.</p> <p>Enfatizar la importancia de la lactancia continuada durante los episodios de diarrea debido a su valor nutricional y porque asegura una recuperación rápida de la enfermedad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un estudio en Dundee, Escocia halló que los lactantes amamantados tenían menos episodios de diarrea. Por ejemplo, entre la 0 y 13 semanas de edad casi el 20% de los alimentados con biberón tuvieron diarrea comparados con sólo el 3.6% de los amamantados. (<i>Bowie et al.</i>).</li> </ul>	Mostrar la diapositiva/transparencia 2.9.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un estudio de 1743 binomios madre - niño en los Estados Unidos encontró un efecto protector contra la diarrea si el lactante fue amamantado en comparación a los bebés no amamantados. El riesgo disminuyó cuanto más leche materna tomó el bebé (dosis - respuesta) (<i>Capriati et al.</i>).</li> </ul>	Mostrar la diapositiva/transparencia 2.10.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reducción del riesgo de infección respiratoria. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Otro estudio realizado en Dundee, Escocia, encontró que los bebés</li> </ul> </li> </ul>	Mostrar la diapositiva /transparencia 2.11.



Contenido	Notas del Capacitador
<p>amamantados tenían menos episodios de infección respiratoria. Por ejemplo, entre 0 y 13 semanas de edad, aproximadamente el 39% de los que reciben leche artificial tenían infección respiratoria en comparación con el 23% de los amamantados (<i>Howie et al.</i>).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Riesgo reducido de otitis media.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un estudio en Suecia encontró que los bebés amamantados tenían menos episodios de otitis media que los alimentados artificialmente. Por ejemplo, entre uno y tres meses de edad, 6% de los bebés destetados tenían otitis media, comparados con solo 1% de los niños amamantados (<i>Aniansson et al.</i>).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.12.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un estudio de 1743 pares madre y bebé en los Estados Unidos encontró un efecto protector contra la otitis media si los lactantes eran amamantados comparados con los no amamantados. El riesgo disminuyó en relación directa a la ingesta de leche (dosis- respuesta) (<i>Scariati et al.</i>).</li> </ul>	<p>Mostrar diapositiva/transparencia 2.13.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Efectos protectores de la lactancia materna en la mortalidad infantil</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva /transparencia 2.14.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfermedad diarreica e infección respiratoria           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ En un estudio de los efectos de la lactancia en la mortalidad infantil en Latino América los autores concluyeron que los alimentados artificialmente cuyas edades oscilaron entre los 0-3 meses de edad tenían como 14 veces más de posibilidades de morir con enfermedad diarreica y 4 veces más posibilidades de morir de infección respiratoria aguda que los amamantados exclusivamente. Los lactantes alimentados artificialmente cuyas edades oscilaban entre los 4-11 meses de edad, tenía casi 2 veces más posibilidades de morir con enfermedad</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva /transparencia 2.15 y 2.16.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p>diarreica e infección respiratoria aguda que los alimentados parcialmente. (<i>Betran et al.</i>)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia materna reduce el riesgo de enfermedad crónica.</li> </ul>	Mostrar la diapositiva/transparencia 2.17.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Menor riesgo de alergias           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Es un consenso que las alergias son menos comunes en bebés amamantados completamente. Un estudio reciente en Suecia en el cual se siguió una cohorte desde nacimiento de 4089 lactantes prospectivamente reveló que los alimentados exclusivamente y parcialmente tenían un riesgo reducido de trastornos alérgicos. Los lactantes amamantados exclusivamente por cuatro meses o más exhibieron menor asma (7.7% v 12%), menor dermatitis atópica (24% v 27%) y menor riesgo de alergias (6.5% v 9%). (<i>Kull et al.</i>)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.18.</p> <p>Mostrar la foto diapositiva 2e.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Menor riesgo de obesidad           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un estudio realizado en Alemania mostró que niños entre 9357 cuyas edades oscilaron entre los 5 y 6 años existía casi más de 5 veces diferencia en la prevalencia de la obesidad entre aquellos niños que nunca amamantaron en comparación a los amamantados por más de un año. Existía una dosis efecto cuanto más tiempo amamanto un bebé menor la prevalencia de obesidad a la edad de 5 y 6 años (<i>von Kries et al.</i>).</li> </ul> </li> </ul>	Mostrar la diapositiva/transparencia 2.19.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia materna otorga beneficios psicosociales y de desarrollo.</li> </ul>	Diapositiva/transparencia.20.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia materna establece la conexión madre- niño. El contacto piel a piel después del parto promueve el desarrollo de una relación de amor entre el recién nacido y su madre. Los bebés lloran menos y las madres responden mejor a las necesidades de sus bebés.</li> </ul>	Mostrar las foto-diapositivas 2f.

Contenido	Notas del Capacitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los efectos de la lactancia y de la leche materna en el desarrollo del lactante y en el coeficiente intelectual (CI) han sido objeto de mucho interés en el campo científico y los hallazgos en las décadas de investigación han encontrado consistencia entre el mejor desarrollo y mayor CI si fueron amamantados (<i>Ferguson et al.</i>, y otros estudios).</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.21.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El estudio más reciente es a largo plazo en Copenhague el cual encontró que la duración de la lactancia materna estaba asociada con resultados de CI significativamente más altos a la edad de 27.2 años. Este estudio también encontró un efecto positivo dosis-respuesta (<i>Mortensen et al.</i>).</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.22.</p>
<p><b>3. Beneficios de la lactancia para la madre</b></p>	<p>Opcional: Mostrar la diapositiva 2g.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Protección de la salud de la madre           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La ocitocina liberada durante la lactancia ayuda al útero a retornar a su tamaño normal y disminuye el sangrado post parto.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.23.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario.  Un nuevo análisis de los datos de 47 estudios epidemiológicos en 30 países encontró que el riesgo relativo de cáncer de mama disminuye en un 4.3% para cada año de lactancia. (<i>Beral</i>)</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva /transparencia 2.24.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nuevos embarazos postergados           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Durante los seis meses después del nacimiento si la mujer es amenorreica, y esta amamantando completamente a su bebé tiene una protección de alrededor del 98% de otro embarazo.</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuanto más tiempo se amamanta, más tiempo de amenorrea post parto se tiene lo cual incrementa los intervalos entre embarazos. (<i>Saadehy Benbouzid</i>)</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.25.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peligros de la alimentación artificial               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interferencia con el apego</li> <li>■ Más diarrea e infección respiratoria</li> <li>■ Diarrea persistente</li> <li>■ Malnutrición – deficiencia de Vitamina A</li> <li>■ Más alergia e intolerancia a la leche</li> <li>■ Incremento del riesgo de algunas enfermedades crónicas</li> <li>■ Incremento de riesgo de sobrepeso</li> <li>■ Menor puntaje en los tests de inteligencia (para bebés de bajo peso al nacer)</li> <li>■ Embarazos muy frecuentes en la mujer</li> <li>■ Incremento de riesgo de anemia, cáncer de mama y de ovario en la madre.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva /transparencia 2.26.</p> <p>Enfatizar los muchos riesgos asociados al uso de biberones, fórmula, agua, chupones en el hospital y luego cuando la madre retorna a su hogar. Remarcar que el hospital tiene la responsabilidad de comunicar a todas las madres tanto los beneficios de la lactancia como los riesgos de alimentación artificial</p>
<p><b>4. Beneficios de lactancia materna para la familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mejor salud y nutrición</li> <li>■ Beneficios de la lactancia materna para toda la familia, emocional y nutricionalmente.</li> <li>■ Beneficios económicos</li> <li>■ La lactancia materna cuesta menos que la leche artificial. El dinero que se gasta en formula puede utilizarse en la compra de alimentos nutritivos para la madre y la familia.</li> </ul>	<p>Mostrar diapositiva/transparencia 2.27.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atención de salud</li> </ul> <p>La lactancia materna reduce los costos de atención médica como las consultas médicas, medicinas, exámenes de laboratorio, hospitalización, etc.</p>	<p>Mencionar que los datos relativos a los beneficios económicos de la lactancia materna serán cubiertos en la Sesión 6, Costos y ahorros.</p>

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
<p><b>5. Beneficios de la lactancia materna para el hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia materna crea una atmósfera acogedora y tranquila. Los lactantes lloran menos, están más tranquilos, las madres responder más fácilmente a las necesidades de sus bebés.</li> <li>■ No existe necesidad de salas de observación de recién nacidos cuando se tiene el alojamiento conjunto, lo cual significa más espacio para los pacientes y para el personal de la maternidad; sin embargo se necesitarán salas aisladas para bebés muy enfermos.</li> <li>■ El alojamiento conjunto reduce las infecciones neonatales. Los recién nacidos que amamantados tienen menos infecciones.</li> <li>■ Menos tiempo ocupado del personal. Las madres son las directamente responsables del cuidado de sus bebés.</li> <li>■ El alojamiento conjunto y el apoyo a la lactancia materna incrementa el prestigio del hospital y le otorga una imagen de establecimiento donde se realiza lo mejor posible en beneficio de las madres y sus bebés.</li> <li>■ Existen menos niños abandonados. Madres que amamantan tienen menos posibilidad de abusar o abandonar a sus bebés.</li> <li>■ La lactancia materna es el método más seguro de alimentación durante las emergencias.</li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 2.28.</p>
<p><b>6. Cerrando la discusión</b></p>	<p>Opcional: Mostrar la foto diapositiva 2h – madre y bebé contentos.</p> <p>Referir a los participantes al material didáctico 2.4 Beneficios de la Lactancia Materna. Este material didáctico que viene del sitio web de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de UNICEF, provee de mayor información respecto a los estudios científicos que muestran los beneficios de la lactancia. Pregunte a los participantes si tienen más preguntas o comentarios adicionales.</p>
<p><b>7. Video (opcional)</b></p>	<p>Considerar mostrar el video “El pecho es lo mejor” si está disponible, o/y otros videos si el tiempo le permite. Si no tuviera tiempo durante la sesión,</p>

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
	considere mostrarlos durante los descansos en el almuerzo o en la tarde.

## Resúmenes de los estudios de investigación presentados en la Sesión 2

### Diapositiva/transparencia: Estudio:

- 2.8 Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Lactancia y morbilidad por diarrea. *Pediatrics*, 1990, Dec, 86(6):874-82.
- 2.9 y 2.11 Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Efecto Protector de la lactancia contra la infección. *BMJ*, 1990, Jan 6, 300(6716):11-6.
- 2.10 y 2.13 Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Un estudio de análisis longitudinal de la morbilidad infantil y la duración de lactancia Estados Unidos. *Pediatrics*, 1997, Jun., 99(6):E5.
- 2.12 Aniansen G, Alm. B, Anderson B, Hakansson A, Larsson P, Nylen O, Peterson H, Rigner P, Svanborg M, Sabharwal H, et col. Un estudio de cohorte prospectivo de lactancia materna y otitis media en los lactantes Suecos. *Pediatr Infect Dis J*, 1994 Mar 13(3):183-8
- 2.15 y 2.16 Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Estudio ecológico del efecto de lactancia materna en la mortalidad infantil en Latinoamérica. *BMJ*, 2001, Auge 11, 323(7308):303-6.
- 2.18 Bull I, Walkman M, Lija G, Narval SL, Percharen G. Lactancia materna y enfermedades alérgicas en lactantes. – un estudio de cohorte desde nacimiento, *Archives of Disease in Childhood* 2002, 87:478-481.
- 2.19 von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Lactancia materna y obesidad: un estudio de muestra representativa. *BMJ*, 1999, Jul 17, 319(7203):147-50.
- 2.21 Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. La lactancia materna y el coeficiente intelectual posterior en niños nacidos prematuros. *Lancet*, 1992, Feb 1, 339(8788):261-4.
- 2.21 Fergusson DM, Beautrais AL, Silva PA. La lactancia materna y el desarrollo cognitivo en los primeros siete años de edad. *Soc Sci Med*, 1982, 16(19):1705-8.
- 2.21 Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Lactancia materna y desarrollo cognitivo en los dos primeros años de vida. *Soc Sci Med*, 1988, 26(6):635-9.
- 2.21 Riva E, Agostoni C, Biasucci G, Trojan S, Luotti D, Fiori L, Giovannini M. La lactancia materna precoz está vinculada a mejores resultados en los tests de inteligencia en niños con fenilcetonuria con tratamiento dietético. *Acta Paediatr*, 1996, Jan, 85(1):56-8.

- 2.22 Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. La asociación entre la duración de la lactancia materna y la inteligencia del adulto. *JAMA*, 2002, May 8, 287(18):2365-71.
- 2.24 Berar V, Bull D, Doy R, Peto R, Revés G (Grupo Colaborativo en los Factores Hormonales en el Cáncer de Mama). Cáncer de mama y lactancia materna: un reanálisis colaborativo de datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países, incluyendo 50 302 mujeres con cáncer de mama y 96 973 mujeres sin la enfermedad. *Lancet*, 2002, 360: 187-95.
- 2.25 Saadeh R, Benbouzid D. La lactancia materna y espaciamiento intergenésico: importancia de la colección de información para las políticas de salud pública. *Bull World Health Organ*, 1990, 68(5):625-31.



## Lactancia y morbilidad por diarrea

### Diapositiva 2.8

**Referencia.** Papín BM, Adiar L, Amín JS, Black R, Brisco J, Bleger W. Lactancia y morbilidad por diarrea. *Pediatrics*, 1990, DEC, 86(6):874-82.

**Métodos.** Este estudio utilizó una encuesta longitudinal única de 3000 pares madre-niños observados desde embarazo y durante la niñez. La muestra era representativa de lactantes de la región de Cebú en las Filipinas. La secuencia de lactancia materna y eventos de morbilidad por diarrea, fue revisada cuidadosamente mediante un análisis longitudinal, que permitió examinar los efectos de patrones de lactancia materna específicos para la edad. Debido a que el trabajo controló una amplia gama de causas de diarrea en el medio ambiente, los resultados pueden ser generalizados a otras poblaciones con alguna confianza.

**Resultado** La adición de agua pura, té y otros líquidos no nutritivos a una dieta de sólo leche materna duplicó y triplicó la posibilidad de diarrea. La suplementación de leche materna con líquidos o alimentos nutritivos adicionales incrementó significativamente el riesgo de diarrea, los beneficios de lactancia materna sola o en combinación con alimentos nutritivos o líquidos disminuía en la segunda mitad de la infancia. Los beneficios de la lactancia materna eran discretamente mayores en las áreas urbanas.

## Efecto protector de la lactancia materna en contra de la infección

### Diapositivas 2.9 y 2.11

**Referencia.** Bowie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Efecto Protector de la lactancia materna en contra de la infección. *BMJ*, 1990, Jan 6, 300(6716):11-6.

**Objetivo.** Para evaluar la relación entre lactancia materna y la enfermedad en lactantes en los dos primeros años de vida con particular referencia a enfermedad gastrointestinal.

**Diseño.** Estudio prospectivo observacional de madres y bebés seguidos por 24 meses después del nacimiento.

**Escenario.** Comunidad de Dundee.

**Método.** 750 pares de madres y bebés, 76 de los cuales se excluyeron a los prematuros (menores de 38 semanas), peso bajo al nacer (menos de 2500 g), o en cuidados especiales por más de 48 horas. De los 674 restantes de la cohorte, 618 se siguieron por dos años. Las observaciones detalladas de la alimentación infantil y enfermedad se realizaron a las dos semanas, al mes, dos, tres, cuatro, cinco, seis, nueve, 12,15,18,21 y 24 meses durante 4 meses por “visitadores de salud”. El principal resultado fue la prevalencia de enfermedad gastrointestinal en lactantes durante el seguimiento.

**Resultados** Después de corregir las variables confundentes para los bebés que eran amamantados por 13 semanas o más, (227) tenían significativamente menos episodios de enfermedad gastrointestinal que los alimentados con biberón desde el nacimiento (267) hasta las edades de 0-13 semanas (p menor que 0.01; IC de 95%, intervalo de confianza para la reducción en incidencia 6.6% a16.8%), 14-26 semanas (p menor que 0.01), 27-39 semanas (p menor que 0.05), y 40-52 semanas (p menor que 0.05). Esta reducción en la enfermedad se encontró sin considerar si recibió o no suplementos antes de las 13 semanas, se mantuvo hasta después del periodo de lactancia misma, y se acompañó de una reducción en la tasa de admisión hospitalaria. Por el contrario, los bebés que fueron amamantados por menos de 13 semanas (180) tuvieron tasas de enfermedad gastrointestinal similar a las observadas en bebés alimentados con biberón. Se observaron pequeñas reducciones en las tasas de enfermedad respiratoria en las edades 0-13 y 40-52 semanas (p menor que 0.05) en bebés que fueron amamantados por más d 13 semanas. No se verificó un efecto protector consistente contra infecciones de oído, ojo, boca o infecciones de piel, cólico infantil, eczema o eritema del panal.

**Conclusiones.** La lactancia materna durante las primeras 13 semanas de vida, confiere protección contra enfermedad gastrointestinal que persiste más allá del mismo periodo de lactancia.

## Un análisis longitudinal de la morbilidad infantil y la duración de la lactancia materna en los Estados Unidos

### Diapositivas 2.10 y 2.13

**Referencia.** Capriati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Un análisis longitudinal de la morbilidad infantil y la duración de la lactancia en los Estados Unidos. *Pediatrics*, 1997, Jun, 99(6):E5.

**Antecedentes.** Los estudios de los beneficios de la lactancia materna en la salud, realizados en países en desarrollo han mostrado resultados conflictivos. Estos estudios con toman en cuenta los factores confundentes, la causalidad reversa, y el efecto dosis respuesta. Nosotros tomamos en cuenta estos factores cuando realizamos un análisis de datos longitudinales para determinar si la lactancia materna protege a los lactantes de desarrollar diarrea e infecciones de oído en Estados Unidos.

**Métodos.** Las madres participaron en un panel de correo y enviaron información sobre sus bebés a los 2, 3, 4, 5, 6, y 7 meses. Los lactantes fueron clasificados como amamantados exclusivamente; alimentados con alta, mediana, o baja leche materna – y fórmula; o alimentados exclusivamente con fórmula. Los diagnósticos de diarrea e infección urinaria se basaron en los informes de las madres. Edad del lactante, sexo, ingesta de otros líquidos o sólidos, educación materna, ocupación, y hábito de fumar en la madre, miembros de la familia, ingreso, y uso de guardería, se ajustaron en los modelos completos.

**Resultados.** El riesgo de desarrollar ya sea diarrea o infección de oído incrementaba en la medida que la ingesta de leche materna que recibía el lactante disminuía. En los modelos completos, el riesgo de diarrea permanencia significativo solo en los lactantes que no recibieron leche materna comparado con los que recibían solo leche materna (odds ratio = 1.8); el riesgo de infección de oído se mantuvo significativo en el grupo de la mezcla baja de leche con fórmula (odds ratio = 1.6) y entre lactantes que no recibían leche materna comparada con los que recibían solo leche materna (odds ratio = 1.7).

**Conclusiones.** La lactancia protege a los lactantes en Estados Unidos contra el desarrollo de diarrea e otitis. La lactancia no tiene que ser exclusiva para conferir este beneficio. Es más, la protección se da como dosis- respuesta.

## Un estudio de cohorte prospectivo en lactancia materna y otitis media en lactantes suecos.

### Diapositiva 2.12

**Referencia.** Aniansson G, Alm B, Andersson B, Hakansson A, Larsson P, Nylen O, Peterson H, Rigner P, Svanborg M, Sabharwal H, et al. Un estudio de cohorte prospectivo en lactancia materna y otitis media en lactantes suecos. *Pediatr Infect Dis J*, 1994 Mar. 13(3):183-8.

**Métodos.** Este estudio analizó el efecto de la lactancia en la frecuencia de otitis media. El protocolo fue diseñado para examinar a cada niño a los 2, 6, y 10 meses de edad. En cada visita se obtuvieron cultivos nasofaríngeos, se registra el patrón de alimentación y se documentaron los episodios de otitis media aguda (OMA). El análisis se basó en 400 niños de quienes se obtuvo la información completa. Ellos representaron el 83% de los recién nacidos en las áreas de estudio.

**Resultados.** A la edad de 1 año, 85 (21%) de los niños había sufrido 111 episodios de OMA; 63 (16%) tuvieron 1 y 22 (6%) tuvieron 2 o más episodios. La frecuencia de OMA fue significativamente más baja en los amamantados que en los no amamantados en cada uno de los grupos de edad ( $P < 0.05$ ). El primer episodio de OMA ocurrió significativamente más temprano en niños que fueron destetados antes de los 6 meses de edad que en los otros grupos. La frecuencia de cultivos positivos de la nasofaringe para *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pneumoniae* fue significativamente mayor en niños con OMA. A los 4 a 7 y 8 a 12 meses de edad, la frecuencia de OMA fue significativamente mayor en niños que tenían contacto con las guarderías y hermanos ( $P < 0.05$  y  $< 0.01$ , respectivamente). La frecuencia de infecciones respiratorias superiores se incrementó en niños con OMA pero redujeron significativamente en el grupo con lactancia materna.

## Estudio ecológica del efecto de lactancia materna en la mortalidad infantil en Latinoamérica

### Diapositiva 2.15 y 2.16

**Referencia.** Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Estudio ecológico del efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en Latinoamérica. *BMJ*, 2001, Aug 11, 323(7308):303-6.

**Objetivo.** Estimar el efecto de la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna parcial en la mortalidad infantil por enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias agudas en Latinoamérica.

**Diseño.** Análisis de la fracción atribuible de datos nacionales de mortalidad infantil y lactancia.

**Escenario.** Latinoamérica y el Caribe.

**Medidas de resultados principales.** La mortalidad por enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda y las tasas de lactancia materna representativas nacionalmente.

**Resultados.** El 55% de las muertes infantiles por enfermedad diarreica e infección respiratoria en Latinoamérica pueden prevenirse con lactancia materna exclusiva entre lactantes de 0-3 meses y con lactancia materna parcial durante el resto de la infancia. Entre los lactantes de 0-3 meses, 66% de las muertes por esta causa se previene mediante la lactancia exclusiva; entre lactantes de 4-11 meses, 32% de estas muertes se podrían prevenir con lactancia parcial. 13.9% de las muertes de lactantes de todas las causas se previenen con estos patrones de lactancia. El número de muertes anuales prevenibles es de 52 000 para la región.

**Conclusiones:** La lactancia materna exclusiva en lactantes de 0-3 meses y la lactancia parcial durante todo el resto de la infancia podrían substancialmente reducir la mortalidad infantil en Latinoamérica. Las intervenciones para promover la lactancia materna deben dirigirse a los lactantes más pequeños.

## Lactancia materna y enfermedad alérgica en lactantes - un estudio de cohorte prospectivo desde nacimiento

### Diapositiva 2.18

**Referencia:** Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Lactancia y enfermedad alérgica en lactantes – un estudio de cohorte prospectivo desde nacimiento. *Archives of Disease in Childhood* 2002, 87:478-481.

**Objetivo:** Investigar el efecto de la lactancia materna en la enfermedad alérgica en lactantes hasta 2 años de edad.

**Métodos:** Un estudio de cohorte de nacimiento de 4089 lactantes fue seguido prospectivamente en Estocolmo, Suecia. Mediante cuestionarios a los padres se obtuvo información acerca de diferentes exposiciones cuando los lactantes tenían 2 meses de edad, alimentación al año y dos años de edad y los síntomas de alergia. La duración de la lactancia materna exclusiva y parcial se evaluó por separado. Se utilizaron las definiciones relacionadas con los síntomas de varias enfermedades alérgicas. El odds ratio y el IC de 95%, de intervalo de confianza (IC) se estimaron en un modelo de regresión logística múltiple. Se realizaron los ajustes para los confundentes potenciales.

**Resultados:** Los lactantes alimentados exclusivamente durante cuatro meses o más tuvieron menos asma (7.7% v 12%, OR (aj) = 0.7, IC de 95%, 0.5 a 0.8), menos dermatitis atópica (24% v 27%, OR (aj) = 0.8, IC de 95%, 0.7 a 1.0), y menos sospecha de rinitis alérgica (6.5% v 9%, OR (aj) = 0.7, IC de 95%, IC 0.5 a 1.0) por 2 años de edad. Existió una reducción significativa del riesgo de asma relacionado con la lactancia parcial durante los seis meses o más. (OR (aj) = 0.7, IC de 95%, 0.5 a 0.9). Se encontraron tres o más episodios de cinco posibles trastornos alérgicos — asma, sospecha de rinitis alérgica, dermatitis atópica, síntomas de alergia relacionados con alimentos y sospecha de síntomas alérgicos respiratorios después de la exposición a los animales domésticos o pólen—en 6.5% de los lactantes. La lactancia exclusiva protege a los niños de enfermedad alérgica múltiple (OR (aj) = 0.7, IC de 95%, 0.5 a 0.9) durante los dos primeros años de vida.

**Conclusión:** La lactancia exclusiva parece tener un efecto preventivo en el desarrollo precoz de enfermedad alérgica —esto es, asma, dermatitis atópica, y sospecha de rinitis alérgica, hasta los 2 años de edad. Este efecto protector fue evidente para la enfermedad alérgica múltiple.

## Lactancia materna y obesidad: Estudio de corte transversal

### Diapositiva 2.19

**Referencia.** Von Kiriés R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Lactancia y obesidad: un estudio transversal. *BMJ*, 1999, Jul 17, 319(7203):147-50.

**Objetivo.** Evaluar el impacto de lactancia materna en el riesgo de obesidad y riesgo de sobrepeso en niños con edad para iniciar la escuela.

**Diseño.** Encuesta de corte transversal

**Escenario.** Bavaria Alemania del Sur.

**Métodos.** Se recolectaron de rutina datos sobre talla y peso de 134 577 niños que participaron en el examen físico de ingreso obligatorio al ingreso a la escuela en Bavaria. En una submuestra de 13 345 niños, se evaluaron aspectos como el inicio de la alimentación, dieta, y factores inherentes a al estilo de vida utilizando las respuestas de un cuestionario completado por los padres.

**Sujetos.** 9357 niños de edades 5 y 6 con nacionalidad.

**Medida principal del resultado.** Se definió sobrepeso como un índice de masa corporal encima del percentil 90 de los niños alemanes incluidos en el estudio. La lactancia materna exclusiva se definió como “no otro alimento además de leche materna”.

**Hallazgos.** La prevalencia de obesidad en niños que nunca fueron amamantados fue de 4.5% comparado con 2.8% en los niños amamantados. Se identificó un efecto dosis respuesta muy claro entre la duración de la lactancia y la prevalencia de la obesidad: La prevalencia fue de 3.8% por 2 meses de lactancia exclusiva, 2.3% para 3-5 meses, 1.7% para 6-12 meses, y 0.8% para más de 12 meses. Relación similar se encontró con la prevalencia de estar con sobrepeso. El efecto protector de la lactancia no fue atribuible a diferencias por clase sociales o estilos de vida. Después de ajustar los factores potenciales confundentes, la lactancia materna permaneció como un factor protector significativo en contra del desarrollo de la obesidad. (Odds ratio 0.75, IC de 95%, 0.57 a 0.98) y de sobrepeso (0.79, 0.68 a 0.93).

**Conclusiones** En países industrializados la promoción de la lactancia materna prolongada puede ayudar a disminuir la prevalencia de la obesidad en niños. Considerando que los niños obesos corren el riesgo de convertirse en adultos obesos, estas medidas preventivas pueden dar como resultado la reducción en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades relacionadas con la obesidad.

## Lactancia materna y coeficiente intelectual posterior en niños nacidos pre término

### Diapositiva 2.21

**Referencia.** Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Lactancia materna y coeficiente intelectual en niños nacidos pretérmino. *Lancet*, 1992, Feb 1, 339(8788):261-4.

**Resumen.** Existe una controversia considerable respecto a si la nutrición en el inicio de la vida tiene una influencia a largo plazo en el desarrollo neurológico. Demostramos anteriormente, que los pres término de madres que escogieron la lactancia como método de alimentación tenían puntaje de desarrollo más alto a los 18 meses. Ahora informamos los datos del coeficiente intelectual (CI) de los mismos niños vistos a los 7 1/2-8 años.

**Métodos.** El CI fue evaluado en 300 niños con una versión abreviada de la Escala de Inteligencia de Weschler (Término revisado).

**Resultados.** Los niños que habían consumido la leche de la madre en las primeras semanas de vida tenían un coeficiente intelectual mayor (CI) a los 7 1/2-8 años que los que no recibieron leche materna. Aun después de los ajustes de diferencia en la educación de la madre y clase social entre los grupos una ventaja de 8.3 (desviación estándar de más de la mitad) en el CI era evidente. ( $p$  menor a 0.0001). Esta ventaja está asociada a la leche de la madre más que al proceso mismo de lactancia. Existía una relación dosis respuesta entre la proporción de la leche de madre en la dieta y el coeficiente intelectual posterior. Los niños cuyas madres decidieron dar su leche pero no pudieron, tenían el mismo CI que aquellos cuyas madres decidieron no amamantar.

**Conclusiones.** Aunque estos resultados podrían explicarse por las diferencias entre los grupos en habilidades paternas o el potencial genético (aun después de ajustar los factores sociales y educacionales), nuestros datos señalan un efecto beneficioso de la leche humana en el neurodesarrollo.



## Lactancia materna y desarrollo cognitivo en los primeros siete años de vida

### Diapositiva 2.21

**Referencia.** Fergusson DM, Beautrais AL, Silva PA. Lactancia y desarrollo cognitivo en los primeros siete años de vida. *Soc Sci Med*, 1982, 16(19):1705-8.

**Métodos.** Se examina la relación entre las prácticas de lactancia, la inteligencia de los niños y el desarrollo del lenguaje a las edades de 3, 5 y 7 años de edad en una cohorte de nacimiento en Nueva Zelanda

**Resultados.** Los resultados mostraron que aun cuando se toman en cuenta un número de factores como la inteligencia materna, educación materna, capacidad de la madre para la crianza del niño, experiencias de la niñez, estatus socio-económico, peso al nacimiento y edad de gestación, había una tendencia de los niños alimentados con pecho a tener mayor puntaje que los niños alimentados con biberón. En promedio, los niños amamantados obtuvieron dos puntos más altos en las escalas con una desviación estándar de 10 que los alimentados con biberón, aun después de tomarse en cuenta todos los factores.

**Conclusiones.** Se concluyó que la lactancia puede estar asociada con pequeñas mejoras en la inteligencia y el desarrollo del lenguaje, o alternativamente que las diferencias pueden deberse a los efectos de otros factores confundentes no incluidos en el análisis.

## Lactancia materna y desarrollo cognitivo en los primeros 2 años de vida

### Diapositiva 2.21

**Referencia.** Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Lactancia materna y desarrollo cognitivo en los dos primeros años de vida. *Soc Sci Med*, 1988, 26(6):635-9.

**Método.** Se examinó la relación entre lactancia y desarrollo cognitivo en los primeros 2 años de vida de una cohorte de niños que se siguió en un estudio de factores de riesgo para el desarrollo.

**Resultados.** Se encontró una diferencia significativa entre los niños alimentados con biberón, niños amamantados por menos o igual a 4 meses y aquellos amamantados por más de 4 meses, en el Índice de Desarrollo Mental de las Escalas de Bayley en las edades 1 y 2 años, a favor de los niños amamantados. A los 6 meses de edad, la dirección de la relación fue la misma pero no alcanzó significancia. Se realizó un análisis de regresión complementaria para determinar la fuerza de la relación entre la duración de la lactancia y el desarrollo cognitivo el que mostro una relación aunque pequeña pero significativa entre la duración de la lactancia y los puntajes en el Bayley a 1 y 2 años. Se analizan las explicaciones alternativas para los resultados.

## La lactancia materna temprana está asociada a mayor puntaje de coeficiente intelectual en niños fenilcetonúricos tratados dietéticamente

### Diapositiva 2.21

**Referencia.** Riva E, Agostoni C, Biasucci G, Trojan S, Luotti D, Fiori L, Giovannini M. La lactancia materna temprana está asociada a mayor puntaje de coeficiente intelectual en niños fenilcetonúricos tratados dietéticamente. *Acta Paediatr*, 1996, Jan, 85(1):56-8.

**Antecedentes.** La principal intervención dietética para los niños fenilcetonúricos es el control estricto del nivel de fenilalanina. Si otros factores relacionados con la dieta mejoran la evolución clínica en términos de neurodesarrollo de los niños fenilcetonúricos, permanece aun sin explorar.

**Métodos** Se comparó retrospectivamente el puntaje del CI de inteligencia de 26 niños fenilcetonúricos de edad escolar que fueron amamantados o alimentados con fórmula por 20-40 días antes de la intervención dietética.

**Resultados.** Los niños que habían sido amamantados de bebés tenían significativamente un mayor puntaje de CI que los niños que habían sido alimentados con fórmula. Una diferencia de 12.9 puntos persistió aún después de reajustar el estatus social de la madre y su educación ( $p = 0.02$ ). En esta muestra de niños nacidos a término con fenilcetonuria tratados tempranamente no hubo asociación entre el puntaje de CI y la edad de inicio de tratamiento con los niveles de fenilalanina plasmáticos durante el tratamiento.

**Conclusión.** Concluimos que la lactancia en la etapa pre diagnóstica puede ayudar a los lactantes y niños con fenilcetonuria tratados a mejorar el rendimiento de su neurodesarrollo.

## La asociación entre duración de la lactancia materna e inteligencia adulta

### Diapositiva 2.22

**Referencia.** Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. La asociación entre duración de la lactancia materna y la inteligencia del adulto. *JAMA*, 2002, May 8, 287(18):2365-71.

**Contenido** Un número de estudios sugieren una asociación positiva entre lactancia materna y desarrollo cognitivo en la niñez temprana y media. Sin embargo, el único estudio previo que investigó la relación entre lactancia e inteligencia en adultos tenía varias deficiencias metodológicas.

**Objetivo.** Determinar la asociación entre la duración de la lactancia materna en la infancia y la inteligencia en el adulto joven.

**Diseño, escenario y participantes.** Se trata de un estudio de cohorte de nacimiento prospectivo, longitudinal conducido en una muestra de 973 hombres y mujeres y otra muestra de 2280 hombres todos nacidos en Copenhague, Dinamarca, entre octubre de 1959 y diciembre 1961. Las muestras se dividieron en 5 categorías basadas en la duración de la lactancia por evaluación médica, en una entrevista con las madres al año.

**Medida principal del resultado.** Inteligencia, evaluada utilizando la Escala de Inteligencia del Adulto (WAIS) a una edad promedio de 27.2 años en una muestra de ambos sexos y el test Borge Priens Prove (BPP) a una edad promedio de 18.7 años en la muestra masculina pequeña. Trece confundentes potenciales se incluyeron como covariantes: Estatus social de los padres y educación, estado de madre soltera, talla de la madre, edad, y ganancia de peso durante el embarazo y consumo de cigarrillo durante el tercer trimestre, número de embarazos, edad gestacional estimada, peso del nacimiento, talla de nacimiento e índice de embarazo y complicaciones del parto.

**Resultados.** La duración de lactancia se asoció con puntajes significativamente más altos en lo Verbal, Rendimiento y la Escala completa CI WAIS que fueron 99.4, 101.7, 102.3, 106.0, y 104.0 para la duración de la lactancia de menos de 1 mes, 2 a 3 meses, 4 a 6 meses, 7 a 9 meses, y más de 9 meses, respectivamente ( $P = .003$  para el test F en conjunto). La puntuación media en el BPP fue de 38.0, 39.2, 39.9, 40.1, y 40.1 ( $P = .01$  para el test F en conjunto).

**Conclusión.** Independientemente de una amplia gama de posibles factores confundentes, se observa una asociación positiva significativa entre la duración de la lactancia materna y la inteligencia en dos muestras independientes de adultos jóvenes, evaluados con 2 tests diferentes de inteligencia.

## Cáncer de mama y lactancia materna: un análisis colaborativo de datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países

### Diapositiva 2.24

**Referencia.** Beral V, Bull D, Doll R, Peto R, Reeves G (Grupo Colaborativo en Factores Hormonales en el Cáncer de mama). Cáncer de mama y lactancia: Un reanálisis colaborativo de datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países, incluyendo 50 302 mujeres con cáncer de mama y 96973 mujeres sin la enfermedad. *Lancet*, 2002, 360: 187-95.

**Antecedentes.** No obstante se sabe que la maternidad protege contra el cáncer de mama, aun permanece poco claro si la lactancia materna contribuye o no a este efecto protector.

**Método.** Se recolectaron, revisaron y analizaron centralmente los datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países que incluyeron información de los patrones de lactancia materna y otros aspectos de la maternidad, de 50,302 mujeres con cáncer de mama invasivo y 96,973 controles. Se obtuvieron estimados del riesgo relativo para el cáncer de mama asociado con lactancia materna en las mujeres multíparas después de una estratificación por edad, paridad y edad de las mujeres en el primer parto, así como estudio y estado menopáusico.

**Resultados.** Las mujeres con cáncer de mama tuvieron, en promedio, menos nacimientos, que sus controles (2.2 vs. 2.6) Aun más, menos mujeres con cáncer que habían dado a luz, que mujeres control que dieron a luz, habían amamantado, (71% vs. 79%), y la duración de lactancia en toda la vida, fue más corta (9.8 vs. 15.6 meses). El riesgo relativo de cáncer de mama disminuyó en un 4.3% (IC de 95%, 2.9-5.8;  $p < 0.0001$ ) por cada 12 meses de lactancia en adición a una disminución de 7.0% (5.0-9.0;  $p < 0.0001$ ) para cada nacimiento. El tamaño de la declinación en el riesgo relativo del cáncer de mama asociado con lactancia no difirió significativamente para las mujeres en países desarrollados y en vías de desarrollo, y no varió significativamente por edad, estado menopáusico, origen étnico, y número de nacimientos de la mujer, la edad cuando nació su primer hijo, o cualquiera de las nueve características personales examinadas. Se estima que la incidencia acumulativa del cáncer de mama en países en desarrollo podría reducirse en más de la mitad, de 6.3 a 2.7 por 100 mujeres a la edad de 70, si las mujeres tuvieron el número de partos promedio y la duración de lactancia materna en toda la vida que era prevalente en los países en desarrollo hasta recién. La lactancia materna podría ser responsable de una reducción en la incidencia de cáncer de mama de casi dos tercios de esta reducción estimada.

**Interpretación.** Cuanto más amamanta la mujer, más se protege del cáncer de mama. La falta de, o una duración del tiempo de lactancia de toda la vida muy corta típica de la mujer de país en desarrollo es la mayor contribución a la alta incidencia de cáncer de mama en estos países.

**Lactancia materna y espaciamiento de nacimientos:  
Importancia de la recolección de la información para las políticas de salud pública**

**Diapositiva 2.25**

**Referencia.** Saadeh R, Benbouzid D. Lactancia y espaciamiento de nacimientos: Importancia de la recolección de la información para las políticas de salud pública *Bull World Health Organ*, 1990, 68(5):625-31.

**Resumen.** No se puede confiar completamente en la presencia de la amenorrea de lactancia para otorgar la protección individual de la madre en contra de un embarazo. Sin embargo, el uso de la lactancia materna como un mecanismo de espaciamiento de nacimiento tiene importantes implicaciones en las políticas globales de salud. Este artículo identifica la información que debe recolectarse y examinar como una base para desarrollar guías sobre cómo reducir la doble protección otorgada por la amenorrea de lactancia postparto y otros métodos de planificación familiar, y analiza cuándo dichos métodos deben introducirse.

# Presentación de la sesión 2

## Beneficios de la lactancia materna

### Beneficios de la lactancia materna para el lactante

- Proporciona una nutrición superior para un crecimiento óptimo.
- Proporciona agua suficiente para su hidratación.
- Protege de infección y de alergias.
- Estimula el apego y desarrollo.

Transparencia 2.1

### Resumen de las diferencias entre leches

	Leche humana	Leche de animales	Formula infantil
<b>Proteina</b>	cantidad correcta, facil digestion	demasiada, dificil digestion	corregida parcialmente
<b>Grasa</b>	acidos grasos esenciales suficientes, lipasa para digestion	ausencia de acidos grasos esenciales, sin lipasa	sin lipasa
<b>Agua</b>	suficiente	se necesita agua extra	posiblemente necesita agua extra
<b>Propiedad antiinfecciosa</b>	presente	ausente	ausente

Adaptado de: Consejería en Lactancia: Un curso de entrenamiento. Genova, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.6).

Transparencia 2.2

### No se requiere agua

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

(Osmolaridad Normal: 50-1400 mOsm/l)

Adaptado de: Lactancia y el uso de agua y té. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1997.

Transparencias 2.3

### Diferencias en la composición de la leche humana. (dinámica)

- Edad gestacional al nacimiento (pretérmino y a término)
- Estadio de la lactancia (colostró y leche madura)
- Durante la lactada (inicio y final )

Transparencia 2.4

### Calostro

#### Propiedad

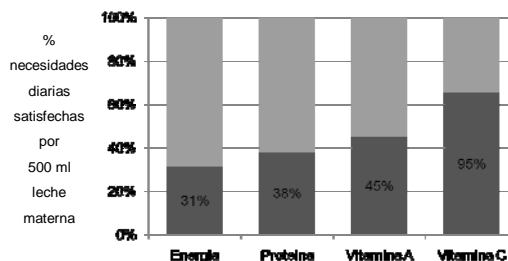
- Rico en anticuerpos
- Mas glóbulos blancos
- Purgante
- Factores de crecimiento
- Rico en Vitamina-A

#### Importancia

- Protege de la infección y alergia.
- Protege de la infección
- Limpia el meconio; ayuda a prevenir la ictericia
- Ayuda a la maduración del intestino; previene alergias, intolerancia
- Reduce la severidad de algunas infecciones (como sarampión y diarrea); previene enfermedades del ojo relacionada con la vitamina A-

Transparencia 2.5

### Lactancia materna en el segundo año de vida.



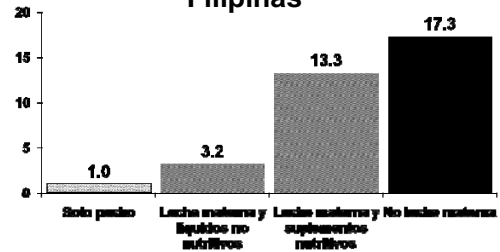
De: Consejería en Lactancia materna: Curso de Capacitación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.6).

Transparencia 2.6

**Efecto protector de la lactancia materna en la morbilidad infantil**

Transparencia 2.7

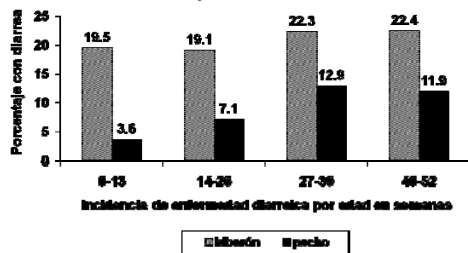
**Riesgo de diarrea por método de alimentación para lactantes de 0-2 meses, Filipinas**



Adaptado de: Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 1990, 86(6): 874-882.

Transparencia 2.8

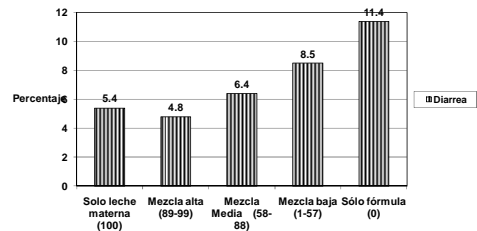
**Porcentaje de bebés alimentados con biberón y amamantados durante las primeras 13 semanas que tuvieron enfermedad diarreica en diferentes semanas durante el primer año de vida, Escocia**



Adaptado de: Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

Transparencia 2.9

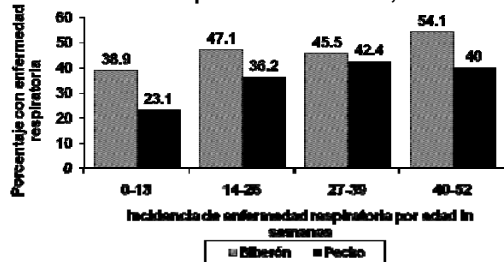
**Porcentaje de lactantes 2-7 meses de edad con diarrea, según reportaron, de acuerdo a la ingesta en el mes anterior EE.UU**



Adaptado de: Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6).

Transparencia 2.10

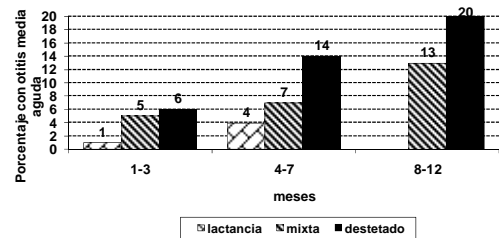
**Porcentaje de bebés alimentados con biberón y pecho en las primeras 13 semanas de vida que tuvieron enfermedad respiratoria en diferentes semanas del primer año de vida, Escocia**



Adaptado de: Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

Transparencia 2.11

**Frecuencia de otitis media aguda en relación con el patrón de alimentación y edad, Suecia**

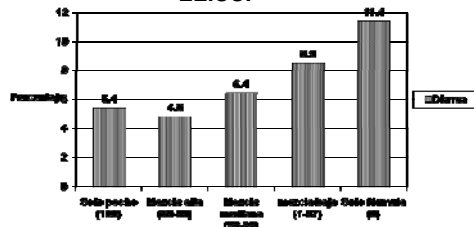


Adaptado de: Aniansson G, Alm B, Andersson B, Hakansson A et al. A prospective coherent study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediat Infect Dis J*, 1994, 13: 183-188.

Transparencia 2.12



**Porcentaje de lactantes de 2-7 meses de edad con infección de oído, según reportaron, por categoría de alimentación en el mes precedente EE.UU.**



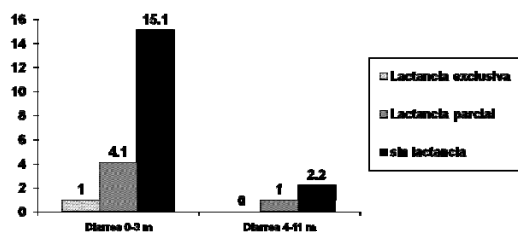
Adaptado de: Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997; 99(6).

Transparencia 2.13

**Efecto protector de la lactancia materna en la mortalidad infantil**

Transparencia 2.14

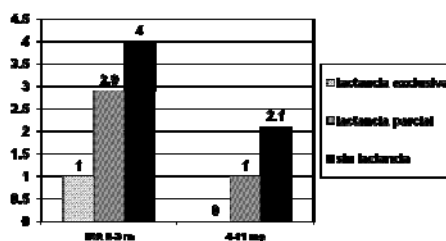
**Riesgo relativo de muerte por enfermedad diarreica por edad y tipo de lactancia materna en Latinoamérica**



Adaptado de: Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001; 323: 1-5.

Transparencia 2.15

**Riesgo relativo de muerte por infección respiratoria aguda por edad y categoría de lactancia materna en Latinoamérica**



Adaptado de: Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001; 323: 1-5.

Transparencia 2.16

**La lactancia materna reduce el riesgo de enfermedad crónica**

Transparencia 2.17

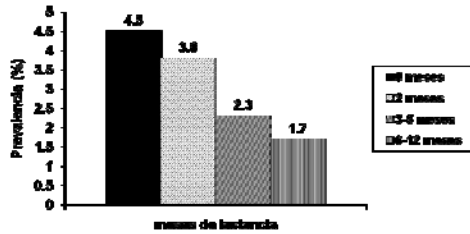
**La lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedades alérgicas – un estudio prospectivo de cohorte desde nacimiento**

Tipo de alimentación	Asma	Dermatitis Atópica	Rinitis Alérgica
Niños amamantados exclusivamente por 4 meses o más	7.7%	24%	6.5%
Niños amamantados por menor tiempo	12%	27%	9%

Adaptado de Kull I. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 87:478-481.

Transparencia 2.18

**La lactancia materna disminuye la prevalencia de obesidad en la niñez a la edad de cinco y seis años, Alemania.**



Adaptado de: von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, 1999, 319:147-150.

Transparencia 2.19

**La lactancia materna otorga beneficios psicosociales y para el desarrollo**

Transparencia 2.20

**Coefficiente de Inteligencia por tipo de alimentación**

AM 2 puntos más alto que AF  
Estudio en niños de 3-7 años de edad 1982

AM 2.1 puntos más que FF  
Estudio en lactantes de 6 m-2 años 1988

AM = amamantado  
AF = alimentación con fórmula  
LM = leche materna



LM 7.5 puntos más que sin LM  
Estudio en niños de 7.5-8 años 1992

AM 12.9 puntos más que AF  
Estudio en niños de 9.5 de edad 1996

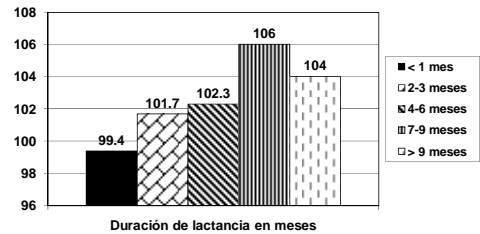
AM 8.3 puntos más que FF  
Estudio en niños de 7.5-8 años 1992

Referencias:

- Fergusson DM et al. *Soc SciMed* 1982
- Morrow-Tucak M et al. *SocSciMed* 1988
- Lucas A et al. *Lancet* 1992
- Riva Et al. *Acta Paediatr* 1996

Transparencia 2.21

**Duración de la lactancia asociada a CI mayores en adultos pequeños, Dinamarca**



Adaptado de: Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 2002, 287: 2365-2371.

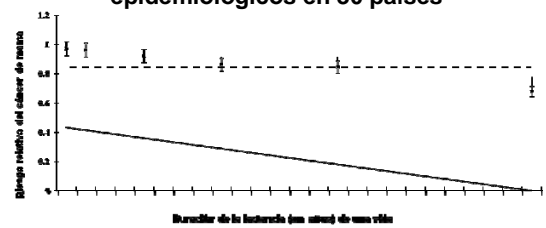
Transparencia 2.22

**Beneficios de la lactancia materna para la madre**

- Protege la salud de la mujer
  - ayuda a reducir el riesgo de hemorragia uterina y ayuda al útero a retornar a su tamaño normal
  - reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario
- Ayuda a postergar un nuevo embarazo
- Ayuda a la madre a retornar a su peso inicial

Transparencia 2.23

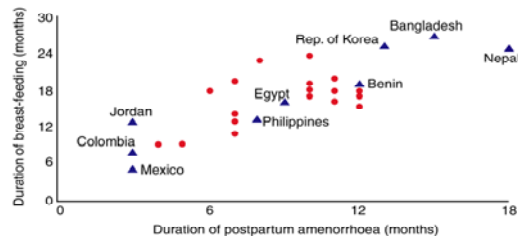
**Cáncer de mama y lactancia materna: Análisis de datos de 47 estudios epidemiológicos en 30 países**



Adaptado de: Beral V et al. (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries... *Lancet* 2002; 360: 187-95.

Transparencia 2.24

**Relación entre la duración de la lactancia materna y la amenorrea postparto (en meses)**



Adaptado de: Saadeh R, Benbouzid D. Breast-feeding and child spacing: importance of information collection to public health policy. *Bulletin of the WHO*, 1990, 68(5) 625-631. Transparencia 2.25

**Riesgos de la alimentación artificial**

- Interfiere con el apego
- Más diarrea e Infección respiratoria
- Mayor alergia e intolerancia a la leche
- Diarrea Persistente
- Incremento de riesgo de algunas enfermedades crónicas
- Malnutrición Deficiencia de Vit. A
- Sobrepeso
- Mayor posibilidad de morir
- Puntajes mas bajos en test de inteligencia
- Nuevo embarazo en menor tiempo
- Incremento del riesgo de anemia, cáncer de mama y ovario



Madre

Adaptado de: Breastfeeding counselling: A training course. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/CDR/93.6). Transparencia 26

**Beneficios de la lactancia materna para la familia.**

- Mejor salud, nutrición, y bienestar
- Beneficios Económicos
  - la lactancia cuesta menos que la leche artificial
  - la lactancia disminuye los gastos por atención médica

Transparencia 2.27

**Beneficios de la lactancia materna para el hospital**

- Ambiente emocional cálido y tranquilo
- No se necesitan salas de recién nacidos, hay más espacio en hospital
- Menos infecciones neonatales
- Menos ocupación del tiempo del personal
- Mejora de la imagen y prestigio del hospital
- Menos niños abandonados
- Más seguridad en emergencias

Transparencia 2.28

# Alimentación del lactante y del niño pequeño: Recomendaciones para la práctica<sup>1</sup>

La Consulta de los Expertos de la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, con la introducción de alimentación complementaria y continuar con la lactancia. Esta recomendación se aplica a todas las poblaciones. La Consulta de los Expertos reconoce que algunas madres no podrán, o elegirán no seguir estas recomendaciones. Estas madres también deben recibir ayuda para optimizar la nutrición de sus lactantes.

Se podría incrementar la proporción de lactantes amamantados exclusivamente hasta los 6 meses si se tratan los siguientes problemas potenciales:

- El estado nutricional de las mujeres embarazadas y de las mujeres que están en etapa de lactancia.
- La situación de los micronutrientes en lactantes que viven en áreas de alta prevalencia de deficiencias, por ejemplo, de zinc, hierro y Vitamina A.
- La atención primaria de salud, rutinaria, que se brinda a los lactantes individualmente, incluyendo la evaluación de crecimiento y datos clínicos de deficiencia de micronutrientes.

La Consulta de Expertos también reconoce la necesidad de iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad y recomienda la introducción de alimentos nutricionalmente adecuados, seguros y apropiados manteniendo la lactancia.

La Consulta de Expertos, admite que la lactancia exclusiva hasta los 6 meses es aún infrecuente. Sin embargo admite que se han dado incrementos substanciales en el último tiempo en muchos países, particularmente donde existe el apoyo a la lactancia. Un prerrequisito para la implementación de estas recomendaciones es la provisión de apoyo social y nutricional a las mujeres en etapa de lactancia.

---

<sup>1</sup> De *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva, Informe de la consulta a expertos, Ginebra, Suiza 28-30 Marzo 2001*, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001, pag 2 (WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24) ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_FCH\\_CAH\\_01.24.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_01.24.htm)).

# Lactancia exclusiva: La única fuente de agua que necesita el bebé

FAQ Hoja 5 Preguntas Más Frecuentes

Octubre 2002

Los recién nacidos sanos llegan al mundo bien hidratados y se mantienen de esta manera si amamantan exclusivamente, día y noche, aun en los climas más secos y calientes. Sin embargo, la práctica de dar agua a los bebés durante los 6 primeros meses—el período recomendado para la lactancia exclusiva— persiste en muchas partes del mundo, con calamitosas consecuencias nutricionales y de salud. Esta FAQ analiza estas consecuencias y el rol de de la lactancia para cubrir los requerimientos de agua del bebé.

## **P** *¿Por qué se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses?*

Las guías internacionales recomiendan la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses basadas en la evidencia científica de los beneficios para la supervivencia, crecimiento y desarrollo. La leche humana provee de toda la energía y nutrientes que un bebé necesita en los 6 primeros meses. La lactancia exclusiva reduce las muertes causadas por enfermedades comunes de la niñez como diarrea, neumonía, recuperación rápida de la enfermedad y espaciamiento de nacimientos.

## **P** *¿Es suplementar con agua a una edad temprana una práctica común? ¿Por qué?*

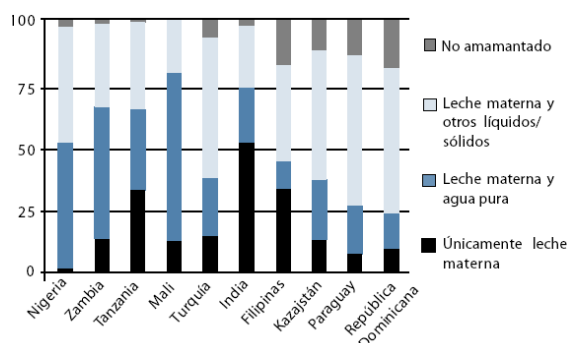
La práctica de dar agua y otros líquidos tales como té, agua azucarada y jugo a los bebés amamantados durante sus primeros meses de vida es común en la mayor parte del mundo, como se ilustra en la figura No.1. Esta práctica a menudo empieza durante el primer mes de vida, y los estudios llevados a cabo en las áreas peri urbanas de Lima, Perú demostraron que un

83% de los bebés recibían agua y té durante su primer mes. Los estudios realizados en varias comunidades de Gambia, Las Filipinas, Egipto y Guatemala reportaron que más del 60% de los recién nacidos reciben agua azucarada y/o té. Las razones que las personas dan para dar agua a los bebés varían en las diferentes culturas. Algunas de las razones más comunes son:

- Es necesaria para la vida
- Quita la sed
- Alivia el dolor (causado por cólicos y estreñimiento)
- Previene y combate los catarras y el estreñimiento
- Los tranquiliza

Las creencias culturales y religiosas también influyen en la introducción temprana del agua. Proverbios que pasan de generación en generación recomiendan que las madres den agua a sus hijos/as.

Figura No. 1. Prácticas Alimenticias para Bebés Pequeños



El agua puede verse como la fuente de vida – una necesidad espiritual y fisiológica. Algunas culturas incluso consideran el hecho de ofrecer agua a los recién nacidos como una forma de darle la bienvenida al mundo.

El consejo de los trabajadores de salud también influye sobre el uso del agua en muchas comunidades y hospitales. Por ejemplo, un estudio en una ciudad de Ghana encontró que el 93% de las comadronas piensan que se debe dar agua a todos los bebés desde su primer día de vida. En Egipto, muchas enfermeras les recomiendan a las madres que den agua azucarada a los bebés después del parto.

## **P** ¿Cómo obtienen suficiente agua los bebés amamantados?

### **amamantados?**

Dependiendo de la temperatura y humedad del medio ambiente, así como del peso y nivel de actividad de los bebés, el requerimiento diario de líquidos para bebés sanos varía entre 80-100 ml/kg durante la primera semana de vida y entre 140 –160 ml/kg para bebés que están entre los tres y seis meses. Estas cantidades están disponibles en la leche materna si se da lactancia exclusiva a según lo demande el bebé durante el día y la noche por dos razones:

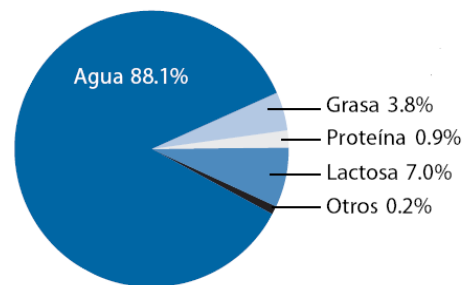
**La leche materna es 88% agua.** La cantidad de agua que consume un bebé al amamantarlo exclusivamente llena sus requerimientos y provee un buen margen de seguridad. A pesar de que un recién nacido recibe poca agua en la primera leche amarillenta que recibe por que es bastante espesa (calostro), los lactantes no necesitan agua adicional porque nacen con agua extra en sus cuerpos. Este calostro cambia gradualmente a la leche que tiene un mayor contenido de agua, la cual “baja” alrededor del tercer al cuarto día después del parto. La figura No. 2 muestra los componentes principales de la leche materna

**La leche materna tiene una baja concentración de solutos.** Una de las

funciones principales que tiene el agua en el cuerpo, es la de eliminar, a través de la orina, los solutos que están en exceso. Se refiere a solutos a las sustancias disueltas, como por ejemplo el sodio,

potasio, nitrógeno y cloruro. Los riñones, aunque inmaduros hasta aproximadamente los tres meses de vida, son capaces de concentrar los excesos de solutos en la orina para mantener el balance químico de un cuerpo sano. Debido a que la leche materna tiene una baja concentración de solutos, el bebé no necesita la misma cantidad de agua con relación a su peso, que necesitan los niños mayores y los adultos

Figura No. 2. Composición de la leche materna



Fuente: Lawrence R. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1994  
(Lactancia: Una Guía para el Profesional de Salud)

## **P** ¿Qué pasa con los bebés que viven en climas calientes y secos?

El contenido de agua en la leche materna es mayor a los requerimientos que tienen los lactantes bajo condiciones normales y es adecuada para los bebés que viven en climas calientes y secos. Los estudios indican que los bebés que amamantan exclusivamente durante sus primeros seis meses de vida no necesitan de líquidos adicionales ni aún en países con temperaturas extremadamente altas y con bajos niveles de humedad. Las concentraciones de solutos en la orina y sangre de bebés amamantados exclusivamente en países con estas condiciones climáticas, se encontraron dentro de los rangos normales, indicando que su ingesta de agua es adecuada.

## **P** ¿Puede ser dañino darle agua a un bebé menor de seis meses?

El ofrecer agua a un bebé antes de los seis meses puede ocasionar problemas de salud significativos.

**El suplementar con agua puede incrementar el riesgo de desnutrición.**

El reemplazar la leche con un líquido de poco o ningún valor nutricional puede tener un impacto negativo en el estado nutricional del bebé, así como en su supervivencia, crecimiento y desarrollo. El consumo de pequeñas cantidades de agua y otro líquido puede llenar el estómago del infante y esto reduce su apetito por la leche materna, que si es rica en nutrientes. Estudios han demostrado que dar agua a los bebés antes de los seis meses puede reducir el consumo de leche materna hasta en un 11%. El ofrecer agua con glucosa durante la primera semana de vida se ha asociado con una mayor pérdida de peso y estancias más prolongadas en el hospital.

**El suplementar con agua aumenta el riesgo de enfermedad.** El agua y los implementos para ofrecer otros alimentos para ofrecer otros alimentos son vehículos para la introducción de patógenos. Los lactantes tienen un mayor riesgo de estar expuestos a los organismos que causan diarrea, especialmente en ambientes con poca higiene y sanidad. En los países menos desarrollados, dos de cada cinco carecen de acceso al agua potable. La leche materna asegura que el bebé tenga acceso a una fuente adecuada y fácilmente disponible de agua pura.

Las investigaciones realizadas en Filipinas confirman los beneficios de la lactancia materna exclusiva, así como los efectos dañinos que causa la introducción temprana de líquidos no nutritivos y su relación con la incidencia de enfermedades diarreicas. Dependiendo de la edad, un lactante es dos a tres veces más susceptible de padecer de diarrea si le dan agua, te o preparaciones de hierbas además de la leche materna que si le amamantan exclusivamente.

### **P** ¿Se debe dar agua a un bebé que tiene diarrea?

En caso de diarrea leve, se recomienda amamantar al bebé con mayor frecuencia. Cuando un lactante tiene diarrea moderada a severa, las personas encargadas deben buscar ayuda de un trabajador de salud y continuar amamantando, tal como se recomienda en La Guía de Atención Integrada de Enfermedades

Prevalentes de la Infancia. Los bebés que presenten síntomas de deshidratación pueden necesitar terapia de rehidratación oral (TRO),<sup>2</sup> la cual solo debe darse siguiendo las sugerencias del trabajador de salud.

### **¿Cómo pueden los programas referirse a la práctica común de introducir el agua a temprana edad?**

Para referirse a la práctica común de introducir agua a los bebés a una edad temprana, los administradores de los programas deben primero entender las razones culturales que conllevan a esta práctica, deben analizar la información existente, hacer pruebas de prácticas mejoradas y desarrollar estrategias de comunicación efectiva dirigidas a un público específico.

Los trabajadores de salud y los trabajadores voluntarios de la comunidad deben estar informados que la leche materna llena todos los requerimientos de agua en los bebés que son amamantados exclusivamente. Es posible que ellos /as necesiten un entrenamiento en como comunicar los mensajes y hacer las negociaciones de cambios de comportamiento. En el cuadro siguiente se presentan mensajes para dirigirse a las creencias y actitudes locales sobre los requerimientos de agua en los lactantes.

*El proveer información correcta, adaptar los mensajes para dirigirlos a una población específica sobre sus creencias y preocupaciones, negociar con las madres para lograr que se comprometan a probar un nuevo comportamiento, puede ayudar a establecer la lactancia materna como una nueva norma comunitaria*

---

<sup>2</sup>La Solución de Rehidratación Oral (SRO), que se usa en la terapia de rehidratación oral (TRO) ayuda a reemplazar el agua y electrolitos perdidos durante los episodios de diarrea. Para mejorar el tratamiento, se ha desarrollado el Súper SRO que contiene además, un carbohidrato base como el arroz o cereal para mejorar la absorción.

**Cómo comunicar el mensaje: “No dar agua”**

Los siguientes mensajes han sido usados en programas para convencer a sus madres, sus familias y a los trabajadores de salud que los bebés que se alimentan exclusivamente con lactancia materna, no necesitan agua durante sus primeros seis meses de vida. Las formas más efectivas de lograr esto dependen de la audiencia y las prácticas, creencias, preocupaciones y limitaciones que tienen las personas en cada localidad.

**Hacer que el significado de lactancia exclusiva quede claro.**

- Lactancia materna exclusiva significa alimentar al bebé únicamente con leche materna. Esto significa que no se le da agua, líquidos, té, preparaciones con hierbas ni alimentos sólidos durante los primeros seis meses de vida. (Es importante mencionar las bebidas y comidas que comúnmente se ofrecen a los lactantes menores de seis meses en esa localidad. Un programa encontró que las mujeres no consideraban que el consejo “no dar agua” se refería al uso de té de hierbas y otros líquidos.)

**Tomar las ideas que generalmente se asocian con el agua y aplicarlas al calostro**

- El calostro es el alimento que le da la bienvenida a los recién nacidos. Es su primera vacuna; protege al bebé contra enfermedades.
- El calostro limpia el estómago del recién nacido. El agua azucarada no es necesaria.

**Explicar porque un bebé amamantado exclusivamente no necesita agua**

- La leche materna está compuesta en un 88% por agua.
- Cada vez que una madre amamanta a su bebé, ella le da agua a través de su leche.
- La leche materna tiene todo lo que el bebé necesita para saciar su sed y satisfacer su hambre. La leche materna es sin lugar a dudas el mejor alimento y bebida que se le puede ofrecer a un infante para que crezca fuerte y sano.

**Resaltar los riesgos de dar agua a los bebés**

- El dar agua a un bebé puede ser dañino y causarle diarrea y enfermedades. La leche materna es limpia, pura y protege contra enfermedades.
- El estómago del bebé es pequeño. Cuando toma agua, queda muy poco espacio para recibir la leche materna que es necesaria para que el bebé crezca fuerte y sano.

**Vincular las buenas prácticas de lactancia a la ingestión adecuada de líquido**

- Cuando una madre piensa que su bebé tiene sed, ella debe amamantar inmediatamente. Esto asegurara que el lactante reciba toda el agua que necesita.
- Cuanto más seguido amamante una mujer, más leche producirá, lo que significa más agua para el bebé.



### **P** *¿Cuáles son las necesidades de agua para los niños mayores de seis meses?*

Las guías para el consume de agua después de los seis meses son menos claras que para el primer semestre de vida de un infante. Al cumplir seis meses, se introducen alimentos sólidos para complementar su alimentación. Estos son alimentos que se dan además de la leche materna para llenar los requerimientos nutricionales que tienen los bebés a esta edad. Los tipos de alimentos que comen estos bebés afectaran las necesidades que tengan de agua. En general, los requerimientos de agua que tienen los lactantes entre los 6 a 11 meses de edad pueden ser substituidos por la leche materna. El agua adicional puede también recibirse a través de jugos, verduras o pequeñas cantidades de agua hervida durante las horas de comida.

Se debe tomar precaución que el agua y los otros líquidos no reemplacen la leche materna. El agua puede reemplazar o diluir el contenido nutricional de alimentos complementarios que se consideran “densos” en energía. Cereales ralos, sopas, caldos y otros alimentos con alto contenido de agua generalmente caen debajo de las recomendaciones de los niveles de energía que deben tener los alimentos complementarios que se recomienda ofrecer a los bebés como

complemento de la leche materna. (0.6 Kcal/g). Al reducir la cantidad de agua agregada a estos alimentos se puede mejorar el estatus nutricional de los/as niños/as de esta edad.

#### **Otras publicaciones de LINKAGES relacionadas con el tema**

- Datos importantes sobre alimentación: Nacimiento, iniciación de la lactancia y los primeros siete días después del nacimiento, 2002
- Datos importantes sobre alimentación: la leche materna- Una fuente esencial de vitamina A para lactantes y niños pequeños 2000
- Datos importantes sobre alimentación: Prácticas recomendadas para mejorar la nutrición de los lactantes durante los primeros seis meses de vida., 2001
- Cuantificando los beneficios de la lactancia materna: Un resumen de la evidencia 2002
- Prácticas alimentaria y dietética recomendadas para mejorar la nutrición de los lactantes y madres, 1999

## Referencias

- Almorta SG. and Budinera P. No need for water supplementation for exclusively breastfed lactantes under hot and arid conditions. *T Roy Soc Trop Med H* 1990; 84:602–4.
- Armellini PA, Gonzalez CF. Breastfeeding and fluid intake in a hot climate. *Clin Pediatr* 1979; 18: 424–5.
- Brown K, et al. (1989). Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989 Jan;83(1):31–40.
- Glover J and Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Hum Lact* 1990 Dec;6(4):163–6.
- Goldberg NM, Adams E. Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. *Arch Dis Child* 1983; 58:73–74.
- Hossain M et al. Pre-lacteal infant feeding practices in rural Egypt. *J Trop Pediatr* 1992 Dec; 38(6):317–22.
- Popkin BM et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990 Dec;86(6):874–82.
- Sachdev HPS et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991 April; 337:929–33.
- Victora C et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989 May; 129(5):1032–41.
- World Health Organization. Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development Update, No. 9 (reissued Nov. 1997).

**Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Lactantes Need: Frequently Asked Questions** es una publicación de LINKAGES: Lactancia, MELA, Alimentación Complementaria Relacionada, y Programa de Nutrición Materna, y fue posible mediante el apoyo provisto a la Academia para el Desarrollo Educativo -Academy for Educational Development (AED) mediante el GH/HIDN de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo Cooperativo No. HRN-A-00-97-00007-00. Las opiniones expresadas aquí son las del autor(es) y no necesariamente expresan las opiniones de USAID o AED.

## INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO DE UNICEF UK: Beneficios de la lactancia materna para la salud



Existe evidencia confiable y significativa que se ha producido en los años recientes para mostrar que la lactancia materna tiene ventajas para el bebé y la madre, aún en los países industrializados del mundo.

A continuación se citan estudios seleccionados recientemente publicados que describen los resultados en salud asociado con el método de alimentación infantil. Estos estudios han sido todos ajustados en sus variables sociales y económicas. Todos se condujeron en localidades industrializadas.

También se provee de una lista de asociaciones de lactancia materna con temas de salud producto de algunas investigaciones. Muchas de ellas requieren mayor investigación para aclarar el efecto protector de lactancia y se incluyen aquí por el interés y la información de los lectores.

Para recibir actualizaciones por correo electrónico de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño, que estén en investigación favor presione aquí.

*Esta página se actualizó por última vez el 3 Marzo 2004*

### **Bebés alimentados artificialmente están a mayor riesgo de:**

- infecciones gastrointestinales
- infecciones respiratorias
- enterocolitis necrosante
- infección del tracto urinario
- infecciones de oído
- enfermedad alérgica (eczema, asma y sibilancias)
- diabetes insulino-dependiente

### **y los bebés amamantados pueden tener mejor:**

- desarrollo neurológico

### **Otros estudios de salud y lactancia:**

- Enfermedad cardiovascular en la vida de adulto
- Cáncer en la niñez
- Lactancia materna, colecho y muerte súbita
- Lactancia materna y transmisión VIH
- Lactancia materna y salud dental

### **Las mujeres que amamantan tienen menor riesgo de:**

- cáncer de mama
- cáncer de ovario
- fractura de cadera y densidad ósea

### **Otros efectos potencialmente protectores de la lactancia ( se necesita más investigación):**

#### **Para el lactante:**

- esclerosis múltiple
- apendicitis aguda
- amigdalotomía

#### **para la madre:**

- artritis reumatoide

Fuente: <http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>

**Infecciones Gastro-intestinales****Howie PW y col. (1990). Efecto protector de la lactancia materna contra la infección. *BMJ* 300: 11-16.**

674 lactantes se investigaron para indagar en la relación entre alimentación infantil y enfermedad infecciosa. La incidencia de enfermedad gastrointestinal en lactantes que amamantaron exclusivamente por 3 semanas o más fue de 2.9% (después de ajustar confundentes). Aquellos que amamantaron parcialmente tenían una incidencia de 15.7% y aquellos que recibieron fórmula exclusivamente 16.7%. Por ello los lactantes alimentados artificialmente tienen cinco veces más riesgo de desarrollar enfermedad gastrointestinal. De manera interesante, el estudio advierte que quienes amamantaron exclusivamente por 3 semanas tenían una protección significativamente mayor más allá del periodo de lactancia. Sin embargo, no se advirtió una reducción significativa en la incidencia de otitis media.

**Infección respiratoria****Wilson AC et al. (1998). Relación entre la dieta infantil y la salud de la niñez: seguimiento de siete años a una cohorte de niños en Dundee sobre alimentación infantil. *BMJ* 316: 21-25.**

Este estudio siguió a los lactantes de la cohorte mencionada hasta la niñez. Los sujetos se estudiaron a los 7 años de edad. Luego de ajustar las variables confundentes significativas, la probabilidad estimada de tener alguna vez un evento de infección respiratoria era de 17% [IC de 95%, 15.9%-18.1%] para los bebés amamantados exclusivamente por al menos 15 semanas, 31% [26.8%-35.2%] para los amamantados parcialmente y 32% [30.7%-33.7%] para los alimentados artificialmente. Esto significa que los lactantes alimentados con biberón tenían el doble del riesgo de desarrollar la enfermedad respiratoria en cualquier momento durante los 7 primeros años de vida. Este estudio también encontró que el alimentar con sólidos antes de las 15 semanas se asociaba con un incremento en la probabilidad de presentar sibilancias durante la niñez (21.0% [19.9% a 22.1%] v 9.7% [8.6% a 10.8%]) así como un incremento en el porcentaje de grasa corporal y peso en la niñez. La presión sistólica se elevó significativamente en niños que fueron alimentados exclusivamente con biberón en comparación a los niños que recibieron leche materna (media 94.2 (93.5 a 94.9) mm Hg v 90.7 (89.9 a 91.7) mm Hg).

**Oddy WH et al (2003). Lactancia materna y morbilidad respiratoria en la infancia: estudio de cohorte desde nacimiento. *Archives of Disease in Childhood*. 88:224-228 [\[Abstract\]](#)**

Este estudio de 2602 niños en Australia encontró que el hospital, el doctor, o las visitas a la consulta, y las admisiones al hospital por enfermedad respiratoria e infección en el primer año de vida eran significativamente menores entre bebés amamantados predominantemente. El suspender la lactancia predominante antes de los seis meses y suspender la lactancia antes de los ocho meses se asoció con un incremento significativo del riesgo de sibilancias e infección respiratoria. Las infecciones respiratorias altas fueron significativamente más comunes si la lactancia predominante se interrumpía antes de los 2 meses o si la lactancia parcial se suspendía antes de los seis meses.

**Galton Bachrach VR et al (2003). Lactancia materna y el riesgo de hospitalización por enfermedad respiratoria en la infancia. A meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157:237-243 [\[Abstract\]](#)**

Este meta-análisis de estudios de países desarrollados concluye que el riesgo de enfermedad severa del tracto respiratorio que requería de hospitalización era el triple entre lactantes no amamantados en comparación con los amamantados exclusivamente por 4 meses (riesgo relativo = 0.28; IC de 95%, 0.14 - 0.54).

Ver también:

Wright AL et al. (1989) Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ* 299: 946-9

**Enterocolitis Necrosante (NEC)**

**Lucas A & Cole TJ (1990). Lactancia materna y enterocolitis necrosante neonatal. *Lancet* 336: 1519-1522.**

Se estudiaron 926 lactantes prematuros, de los cuales 51 desarrollaron ECN. Los lactantes que recibieron alimentación artificial tenían 6 a 10 veces más posibilidades de desarrollar ECN que los que recibieron leche materna. A pesar que la ECN es rara en bebés mayores de 30 semanas de gestación, era 20 veces más común si el bebé no recibió leche materna.

**Infección urinaria**

**Pisacane A, Graziaño L & Zona G (1992). Lactancia materna e infección de tracto urinario. *J Pediatr* 120: 87-89.**

Se compararon 128 lactantes hospitalizados con infección urinaria con 128 lactantes hospitalizados control. Todos los lactantes eran menores de 6 meses de edad. Los lactantes se aparearon por edad, sexo, clase social, orden de nacimiento y hábitos maternos de fumar. Los lactantes alimentados exclusivamente con leche artificial al momento del ingreso tenían más de cinco veces la posibilidad de tener una infección urinaria que aquellos que eran amamantados.

**Infección de oído**

**Duncan B et al. (1993). Lactancia materna exclusiva por al menos 4 meses protege de la otitis media. *Pediatrics* 5: 867-872.**

Se estudiaron 1013 lactantes durante su primer año de vida para evaluar la relación entre alimentación infantil y otitis media aguda y recurrente. 467 lactantes tuvieron al menos un episodio y 169 tuvieron otitis media recurrente. Los Lactantes amamantados exclusivamente por al menos 4 meses de edad tuvieron 50% menos episodios de otitis media y los amamantados parcialmente tenían 40% menos episodios.

**Aniansson G et al. (1994). Estudio de cohorte prospectivo de lactancia materna y otitis media en lactantes suecos. *Pediatr Infect Dis J* 13: 183-188**

Se estudiaron 400 lactantes a los 2, 6, 10 y 12 meses de edad. Los bebés amamantados tenían significativamente menor incidencia de otitis media aguda en cada periodo.

Ver también:

Paradise JL, Elsteré BA, Tan L (1994) Evidence in lactantes with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics* 94: 853-60

Niemelä M et al (2000) Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 106: 483-488

**Enfermedad alérgica (eczema, asma y sibilancias)**

**Saarinen UM & Kajosaari M (1995). Lactancia materna como profilaxis para la enfermedad atópica: Estudio prospectivo de seguimiento hasta los 17 años de edad. *Lancet* 346: 1065-1069.**

Se estudiaron 150 niños hasta la edad de 17 años para determinar el efecto de la lactancia en la enfermedad atópica. Los sujetos se dividieron en tres grupos: prolongada (>6 meses) intermedia (1-6 meses) y corta o sin (<1 mes) lactancia. Se siguieron al 1, 3, 5, 10 y 17 años. La prevalencia de manifestar atopía en el seguimiento fue mayor en el grupo que tenía poca o sin lactancia. La lactancia por más de 1 mes sin otros suplementos de leche se asocio con una reducción significativa en la incidencia de alergia alimentaria a 3 años de edad, y también de alergia respiratoria a los 17 años de edad. Seis meses de lactancia se asocio con significativamente menor eczema durante los 3 primeros años y menos atopía considerable en la adolescencia.

**Lucas A et al. (1990). Dieta precoz en prematuros y desarrollo de alergia o enfermedad atópica: Estudio prospectivo aleatorio. *BMJ* 300: 837-840.**

Se asignaron lactantes al azar para que reciban fórmula de premature o leche humana de banco, sola o como suplemento a la leche de la propia madre. El uso de leche humana se asoció con una incidencia significativamente menor de enfermedad alérgica, particularmente eczema en aquellos con una historia familiar de enfermedad atópica, no se advierte efecto en aquellos sin antecedentes familiares.

**Oddy WH et al. (1999) Asociación entre lactancia materna y asma en niños menores de 6 años: hallazgos de un estudio prospectivo desde nacimiento. *BMJ* 319: 815-819.**

Un estudio Australiano siguió a 2187 niños desde nacimiento hasta la edad de 6 años y encontraron que la introducción de otra leche además de la leche materna antes de los 4 meses de edad era un factor de riesgo significativo para el asma (odds ratio 1.25; IC de 95%, 1.02-1.52) después de ajuste de confundentes. También era factor de riesgo para las sibilancias de 3 o más veces desde 1 año de edad (1.41; 1.14-1.76), sibilancias en el año pasado (1.31; 1.05 a 1.64), alteración en el sueño debido a sibilancias en el pasado año (1.42; 1.07-1.89) y tests de punción múltiple de la piel de reacción positiva a por lo menos un aeroalergeno común (1.30; 1.04-1.61).

**Oddy WH et al (2002). Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 110: 65-7.**

Los niños de 6 años de edad tenían más posibilidades de ser asmáticos si no habían sido alimentados exclusivamente por al menos 4 meses, sin considerar el antecedente o no de asma en la madre (odds ratio, 1.35; IC de 95%, 1.00-1.82).

Ver también:

Kull I et al (2002). Breast feeding and allergic diseases in infants--a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 87: 478-481.

Wilson AC et al. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 316: 21-25. (summarized above)

Wright AL et al (1995) Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 149: 758-63

**Diabetes mellitus Insulino-dependiente****Gerstein HC (1994). Cows' milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care* 17: 13-19.**

Este análisis agrupó los resultados de 19 estudios de la relación entre alimentación infantil y la diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) seleccionados para minimizar el sesgo. Concluyó que el inicio precoz de DMID en pacientes que habían amamantado menos de 3 meses que los controles sanos. En un análisis separado los pacientes con DMID tenían más posibilidades de haber sido expuestos a la proteína de la leche de vaca antes de los 4 meses de edad. Se estima que un 30% de los casos de diabetes tipo 1 o tipo 1 diabetes pueden ser prevenidos retirando los productos de la leche de vaca de la dieta del 90% de la población en los 3 primeros meses.

**Karjalainen J et al. (1992). A bovine albumin peptide as a possible trigger of insulin-dependent diabetes mellitus. *New Engl J Med* 327: 302-307.**

Este estudio halló que los niños recientemente diagnosticado como diabéticos tenían un nivel más elevado de la IgG anti-BSA (albumina sérica bovina) que los controles. Este anticuerpo a la proteína de la leche de vaca, ASB tiene alguna semejanza estructura con el antígeno de superficie p 69 de las células del islote pancreático. Los autores especulan que los anticuerpos anti ASB atacan las células  $\beta$  en niños genéticamente predisuestos.

**Virtanen SM et al. (1991). Infant feeding in children <7 years of age with newly diagnosed IDDM. *Diabetes Care* 14: 415-417.**

Este estudio caso – control que involucro casi 700 niños diabéticos halló que el riesgo de diabetes insulino dependiente fue el doble en niños que fueron amamantados exclusivamente menos de 2 meses de edad. El riesgo fue menor en los amamantados exclusivamente por más tiempo. En el análisis multivariado la introducción de los productos derivados de la leche de vaca era el factor de

riesgo más importante. Esto sugiere que al igual que el estudio previo, la alimentación con fórmula en la infancia juega un rol en la patogénesis de la diabetes mellitus de inicio juvenil.

Ver también

Paronen J et al (2000) Effect of cow's milk exposure and maternal type 1 diabetes on cellular and humoral immunization to dietary insulin in infants at genetic risk for type 1 diabetes. Finnish Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk Study Group. *Diabetes* 49: 1657-65.

Young TK et al (2002). Type 2 Diabetes Mellitus in Children: Prenatal and Early Infancy Risk Factors Among Native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156: 651-655.

Mayer EJ et al (1988) Reduced risk of IDDM among breast-fed children. The Colorado IDDM Registry. *Diabetes* 37: 1625-32.

**Otros estudios de interés (que requieren mayor sustento) sobre beneficios de la salud del lactante:**

Pisacane A et al (1994) Breast feeding and multiple sclerosis. *BMJ* 308: 1411-2

Pisacane A et al (1995) Breast feeding and acute appendicitis. *BMJ* 310: 836-7

Pisacane, A et al. (1996) Breast feeding and tonsillectomy. *BMJ* 312: 746-747

### **Desarrollo Neurológico**

**Anderson JW et al (1999) Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 70: 525-35.**

Un meta-análisis de las diferencias observadas en 20 estudios sobre el desarrollo cognitivo entre bebés amamantados y los alimentados con fórmula, que luego del ajuste de cofactores clave – muestra que la lactancia se asocia con puntaje significativamente más altos para el desarrollo cognitivo y que los beneficios de lactancia para el desarrollo incrementan con la duración de la lactancia. Después de un ajuste de covarianza, el incremento en la función cognitiva fue de 3.16 (IC de 95%, IC 2.35, 3.98) puntos. Se vieron niveles significativamente mayores de la función cognitiva en amamantados que en alimentados con fórmula a los 6-23 meses de edad y estas diferencias eran permanentes en las edades sucesivas. Los lactantes con bajo peso al nacer mostraron diferencias mayores (5.18 puntos; IC de 95%: 3.59, 6.77) en comparación con los lactantes nacidos con peso normal (2.66 puntos; IC de 95%: 2.15, 3.17).

**Lucas A et al. (1992). Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 339: 261-264.**

Se estudiaron 300 niños que nacieron prematuros a las edades de 7-8 años. Luego de controlar la clase social, educación materna, peso de nacimiento, edad gestacional, orden de nacimiento, sexo del bebé y edad de la madre, se descubre que aquellos niños alimentados con leche materna en las primeras semanas de vida, tenían una ventaja de 8.3 puntos en coeficiente intelectual (CI) por encima de los que recibieron leche artificial. Esta ventaja se asocia con la administración de la leche de su madre por sonda más que al proceso de lactancia. Existe una relación dosis-respuesta entre la proporción de leche materna en la dieta y el CI posterior. Los niños cuyas madres escogieron dejar su leche, pero no lo hicieron tenían el mismo CI que los niños cuyas madres habían elegido alimentarlos artificialmente.

**Morrow-Tlucak M, Haude RH & Ernhart CB (1988). Breastfeeding and cognitive development in the first two years of life. *Soc Sci Med* 26: 71-82.**

Este estudio midió el desarrollo cognitivo en niños a la edad de 2 años. Se ajustó por grupo étnico, fumar, consumo de alcohol, coeficiente intelectual de la madre y actitud. Utilizando la escala de Bayley se mostró que aquellos amamantados por cuatro meses o menos tenían una ventaja de 3.7 puntos sobre los alimentados artificialmente. Aquellos alimentados por más de cuatro meses tenían una ventaja de 9.1 puntos. Como en el estudio anterior, este estudio muestra la relación dosis-respuesta entre la duración de la lactancia y el CI posterior.

**Vestergaard M et al (1999) Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. *Acta Paediatr* 88: 1327-32.**

Con la intención de reducir el rol de la influencia del medio ambiente, este estudio examinó lactantes antes de 1 año de edad. Se evaluó el desarrollo de las habilidades motoras y el lenguaje a los 8 meses de edad en 1656 lactantes saludables, a término, hijos únicos, con peso al nacimiento de por lo menos 2500g. La proporción de lactantes que alcanzaron los hitos del desarrollo incrementó consistentemente con el incremento de la duración de la lactancia. El riesgo relativo para la categoría de lactancia mayor versus la menor fue de 1.3 (IC de 95%: 1.0-1.6) para gateo, 1.2 (IC de 95%: 1.1-1.3) para la sujeción con la pinza y 1.5 (IC de 95%: 1.3-1.8) para el balbuceo polisílabo. Luego del ajuste para confundentes se advirtió poco cambio.

**Mortensen EL et al (2002). Duracion de la lactancia materna y la inteligencia del adulto. *JAMA* 287: 2365-71.**

Bebés que son amamantados por más tiempo alcanzan significativamente mayor inteligencia como adultos de acuerdo a este estudio entre dos muestras de adultos daneses nacidos entre 1959 y 1961.

See also:

Uauy and Peiraño (1999) Breast is best: human milk is the optimal food for brain development. *Am J Clin Nutr* 70: 433-434

Fewtrell MS et al (2002). Double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation in formula fed to preterm infants. *Pediatrics* 110: 73-82.

**Cáncer de mama****El Grupo Colaborativo de Factores Hormonales en el Cáncer de Mama (2002). Cáncer de mama y lactancia materna: re análisis colaborativo de los datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países, incluyendo 50 302 mujeres con cáncer de mama y 96 973 mujeres sin la enfermedad. *Lancet* 360: 187-95.**

Una revisión de 47 estudios de cáncer de mama que incluía información sobre los patrones de lactancia, encontró que cuanto más amamantaba la madre, más se protegía del cáncer de mama. El riesgo relativo de cáncer de mama disminuyó en 4-3% (IC de 95%: 2-9-5-8;  $p < 0.0001$ ) por cada 12 meses de lactancia. El riesgo relativo permaneció luego de controlar el escenario, países desarrollados versus países en desarrollo, la edad de la mujer, estado de menopausia, origen étnico, paridad, la edad cuando nació el primer niño, y otras nueve características personales.

El grupo de estudio estimó que la incidencia acumulativa de cáncer de mama en los países desarrollados se reducía en más de la mitad (de 6-3 a 2-7 por 100 mujeres a la edad de 70) si las mujeres tenían el promedio de nacimientos y una duración de la lactancia en la vida similar a la que había sido prevalente en los países en desarrollo hasta recientemente. La lactancia se atribuye por lo menos dos tercios de esta reducción estimada en la incidencia del cáncer de mama.

**United Kingdom National Case-Control Study Group (1993). Breast feeding and risk of breast cancer in young women. *BMJ* 307: 17-20.**

Este estudio de mujeres que vivían en 11 distritos de salud del Reino Unido apareó 755 casos con 675 controles. Mostró que el riesgo de desarrollar cáncer de mama antes de la edad de 36 se correlacionaba negativamente con ambas la duración de la lactancia y el número de bebés amamantados. Se realizaron los ajustes para el uso de anticonceptivos, nuliparidad, edad en el primer embarazo, historia familiar y edad de menarca. Casos y controles fueron similares respecto al estado marital, edad de graduación de la escuela y consumo de alcohol.

**Newcomb PA et al. (1994). Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *New Engl J Med* 330: 81-87.**

Este estudio multi-céntrico en los EEUU incluyó más de 14000 mujeres pre- y post-menopáusicas. Concluyó que el cáncer de mama era 22% más bajo entre mujeres pre-menopáusicas que habían amamantado alguna vez que entre las no lo habían hecho. La duración total de lactancia se asoció con la reducción en el riesgo de cáncer de mama entre las mujeres pre-menopáusicas. Los autores del estudio estimaron que si todas las mujeres con bebés amamantarán un total de 4-12 meses, el



cáncer entre las mujeres pre menopáusicas puede reducirse en 11%. Además ellos sugirieron que si la mujer con niños amamantar por un total de años vida de 24 meses o más la incidencia de esta forma de cáncer se reduciría en casi 25%.

Ver también:

Furberg H et al (1999). Lactation and breast cancer risk. *Int J Epidemiol* 28: 396-402.

Layde PM et al (1989) The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and Steroid Hormone Study Group. *J Clin Epidemiol* 42: 963-73.

Michels KB et al (1996) Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89,887 women. *Lancet* 347: 431-6. (this study found no reduced risk)

### **Cáncer de ovario**

**Rosenblatt KA et al. (1993). Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer - The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol* 22: 499-503.**

Este estudio multinacional mostró una disminución del riesgo de cáncer de ovario de 20-25% en mujeres que amamantaron por lo menos 2 meses por embarazo, comparados con quienes no amamantaron. Poca o ninguna disminución se advirtió con el incremento en la duración de la lactancia.

Ver también:

Gwinn ML et al (1990) Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *J Clin Epidemiol* 43: 559-68.

### **Fractura de cadera y densidad ósea**

**Cumming RG & Klineberg RJ (1993). Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 22: 684-691.**

En este estudio de 311 casos de fractura de cadera en mujeres con más de 65 años, se encontró que las mujeres que se embarazaron y no amamantaron tenían el doble de riesgo de padecer fractura de cadera en comparación a las nulíparas y aquellas que habían amamantado (luego de controlar los confundentes).

**Polatti F et al (1999). Cambios en el mineral óseo antes y después de la lactancia. *Obstet Gynecol* 94: 52-6.**

Entre 308 mujeres que amamantaron completamente por 6 meses, la densidad ósea disminuyó durante este tiempo pero había incrementado hacia los 18 meses a un nivel más alto que los niveles de base.

Ver también:

Melton LJ 3d et al (1993) Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int* 3: 76-83.

Sowers M et al (1993) Changes in bone density with lactation. *JAMA* 269: 3130-5.

Kalkwarf HJ, Specker BL (1995) Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet Gynecol* 86: 26-32.

Sowers M et al (1995) A prospective study of bone density and pregnancy after an extended period of lactation with bone loss. *Obstet Gynecol* 85: 285-9.

Kalkwarf HJ (1999) Hormonal and dietary regulation of changes in bone density during lactation and after weaning in women. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 4: 319-29.

### **Otros estudios de interés (requieren mayor sustentación) en los beneficios de salud para la madre:**

Brun JG, Nilssen S, Kvale G (1995) Breast feeding, other reproductive factors and rheumatoid arthritis. A prospective study. *Br J Rheumatol* 34: 542-6.

**Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular****Toscke AM et al. (2001) Overweight and obesity in 6- to 14-year-old Czech children in 1991: Protective effect of breast-feeding. *J Pediatr* 141: 764-9.**

Se colectó información en 1991 de 33768 niños con edades de 6 a 14 años en la República Checa. Los niños que habían amamantado alguna vez tenían menos probabilidades de ser obeso o tener sobrepeso que aquellos que nunca se habían amamantado. Después de controlar la educación de los padres, obesidad en los padres, hábito de fumar de la madre, peso elevado al nacer, ver televisión número de hermanos y actividad física, el odds ratio ajustado para la lactancia fue de 0.80 para el sobrepeso (IC 95%, 0.71 a 0.90) y 0.80 para obesidad (IC 95%, 0.66 a 0.96).

**von Kries R et al. (1999) Breastfeeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 319: 147-150.**

En un estudio de 9357 niños alemanes entre cinco y seis años de edad, aquellos que nunca habían amamantado tenían más posibilidades de tener sobrepeso o ser obesos que aquellos que habían amamantado alguna vez. Se identificó un efecto dosis respuesta - 4.5% de los niños que nunca amamantaron eran obesos comparados con el 2.3% de niños que amamantaron de 3-5 meses, 1.7% de los niños que amamantaron de 6-12 meses y un 0.8% de niños que amamantaron por más de 12 meses. Después de ajustar los factores potencialmente confundentes, la lactancia continuó siendo un factor protector significativo contra el desarrollo de obesidad (odds ratio 0.75, IC de 95%: 0.57 a 0.98) y de ser obeso (0.79, 0.68 a 0.93). Los autores del estudio notan que los niños obesos tienen mayor riesgo de ser adultos obesos y sugieren que el incremento en la duración de lactancia pueda eventualmente resultar en una reducción de la prevalencia de enfermedad cardiovascular y otras enfermedades relacionadas con la obesidad.

**Ravelli AC et al (2000) Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch Dis Child* 82: 248-52.**

De 625 sujetos con edades entre los 48-53 años, nacidos en la época de hambruna en Ámsterdam (1944-45), aquellos que fueron alimentados con biberón al alta del hospital tenían mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que aquellos que fueron amamantados exclusivamente. Tenían un valor medio minuto de concentración plasmática de glucosa de 120 después de una test de tolerancia a la glucosa estándar, una concentración de colesterol de lipoproteína de baja densidad mayor (LDL), una concentración de colesterol de lipoproteína de alta densidad menor (HDL), y una relación LDL/HDL de mayor proporción. La presión sanguínea sistólica y el índice de masa corporal no fueron afectados por el método de alimentación infantil.

**Armstrong J et al (2002). Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 359: 2003-04.**

Un estudio de 32200 niños escoceses cuyas edades oscilaron entre 39-42 meses encontraron que la prevalencia de obesidad fue significativamente menor entre aquellos que habían amamantado alguna vez, después de ajustar por estado socioeconómico, peso al nacer, sexo (odds ratio 0.70, IC de 95%: .61-0.80).

Ver también:

Gillman MW et al (2001). Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 285: 2461-7.

Hediger ML et al (2001). Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA* 285: 2453-60.

Wilson AC et al. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 316: 21-25. (summarized above)

Marmot MG et al (1980) Effect of breast-feeding on plasma cholesterol and weight in young adults. *J Epidemiol Community Health* 34: 164-7.

Stettler N et al (2002). Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. *Pediatrics* 109: 194-9.

**Cáncer en la Niñez**

**Shu XO et al (1999) Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 91: 1765-72.**

Se obtuvo información respecto a la lactancia mediante entrevistas telefónicas con madres de 1744 niños con leucemia linfoblástica aguda (LLA) y 1879 sujetos de control pares, con edades de 1-14 años, y de 456 niños con leucemia mieloide aguda (LMA) con 539 sujetos de control pares, con edades 1-17 años. Se encontró que el haber sido amamantado alguna vez estaba asociado con una reducción del 21% del riesgo de leucemia aguda en la niñez odds ratio [OR] para la combinación de todos los tipos = 0.79; para un intervalo de confianza [IC] de 95%, = 0.70-0.91). La asociación inversa fue mayor con la mayor duración de la lactancia. Los autores reconocen la necesidad de mayor investigación.

**Mathur GP et al (1993) Breastfeeding and childhood cancer. *Indian Pediatr* 30: 651-7.**

Se estudió la duración total de la lactancia y de la lactancia exclusiva y se comparó en 99 casos de cáncer en niños y 90 controles. La diferencia entre el promedio de duración de la lactancia en casos y controles fue significativa para todos los cánceres ( $p < 0.05$ ) y para el linfoma ( $p < 0.01$ ). Cuando se compara la duración promedio de la lactancia exclusiva, la diferencia fue altamente significativa para todos los cánceres ( $p < 0.001$ ) y para el linfoma ( $p < 0.001$ ). Los casos y controles no eran diferentes con respecto a su edad, sexo, año de nacimiento, orden de nacimiento, edad y educación de las madres, hábito de fumar de los padres y el estado socioeconómico pero, había un antecedente de cáncer en la familia en 4 casos comparado con solo 1 control.

Ver también:

Davis MK (1998) Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer Suppl* 11: 29-33.

**Lactancia, colecho y muerte súbita (SIDS)**

La investigación encontró una asociación entre lactancia y riesgo reducido de Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SIDS o muerte súbita) así como colecho y lactancia exitosa. Los bebés que compartían la cama con su madre tenían mayor riesgo de muerte súbita si uno de los padres fumaba, pero no existía este riesgo para no fumadores.

**Blair PS et al (1999) Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of sudden infant death syndrome. *BMJ* 319: 1457-62.**

Un estudio de caso-control de tres años de duración de 325 bebés que murieron y 1300 lactantes controles, concluyó que no existe asociación entre los lactantes que comparten la cama de sus padres y un incremento de riesgo de síndrome de muerte súbita infantil entre padres que no fumaban o lactantes mayores de 14 semanas.

Existía un incremento de riesgo para los lactantes que compartían la cama durante todo el sueño o aquellos que se llevaron a la cama de los padres (9.78, IC de 95%: 4.02 - 23.83), pero no era significativa para lactantes de padres que no fumaban o que eran mayores (>14 semanas). Este riesgo se hizo no significativo después de ajustar para consumo de alcohol reciente (>2 unidades), uso de edredones (>4), cansancio padres (lactante durmió 4 horas de periodo más largo de sueño las 24 horas), y condiciones de hacinamiento en el hogar (>2 personas por habitación de la casa). Los lactantes que durmieron en una habitación separada de sus padres tenían mayor riesgo (10.49; 4.26 - 25.81), así como los lactantes que dormían con sus padres en un sofá (48.99; 5.04 - 475.60).

Ver también:

Klonoff-Cohen H, Edelstein SL (1995) Bed sharing and the sudden infant death syndrome. *BMJ* 311: 1269-72.

**Ford RP et al (1993) Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 22: 885-90.**

El estudio de Muerte Súbita de Nueva Zelanda revisó los datos de 356 muertes de bebés clasificadas como SIDS y 529 lactantes controles de más de 3 años. Los casos interrumpieron la lactancia antes que los controles en 13 semanas, 67% de los controles fueron amamantados versus 49% casos. Un

riesgo reducido de SIDS en lactantes amamantados persistió durante los 6 primeros meses después de controlar los factores confundentes demográficos, maternos y del bebé. Los lactantes amamantados exclusivamente al alta del hospital (OR = 0.52, IC de 95%: 0.35-0.71) y durante los últimos 2 días (OR = 0.65, IC de 95%: 0.46-0.91) tenían un riesgo significativamente menor de SIDS que lactantes no amamantados.

**Klonoff-Cohen HS et al (1995) The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA* 273: 795-8.**

Un total de 200 padres de lactantes que murieron de SIDS entre 1989 y 1992 se compararon con 200 controles que tenían lactantes saludables. Existía un riesgo incrementado de SIDS asociado con el fumar pasivamente (OR = 3.50 [IC de 95%: 1.81 a 6.75]). La lactancia era protectora para SIDS entre los no fumadores (OR = 0.37) pero no fumadores (OR = 1.38), después de ajustar potenciales confundentes.

Ver también:

Alm B et al (2002). Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch Dis Child* 86: 400-402.

Gilbert RE et al (1995) Bottle feeding and the sudden infant death syndrome. *BMJ* 310: 88-90. (bottle feeding found not to be associated with increased risk)

McVea KLSP et al (2000) The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 16: 13-20.

**Hooker E, Ball HL, Kelly PJ (2001). Sleeping like a baby: attitudes and experiences of bedsharing in northeast England. *Med Anthropol* 19: 203-222.**

Una investigación antropológica en el nor este de Inglaterra encontró que el 65% de los padres practicaron colecho con sus bebés, calificando como una estrategia de atención conveniente. La lactancia se asociaba significativamente con el colecho.

**McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA (1997). Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 100: 214-9.**

Se estudió el efecto de colecho de madre-niño en la lactancia nocturna en 20 pares madre-niño con colecho de rutina y 15 pares madre-niño que dormían de rutina separados, cuando los lactantes tenían 3 a 4 meses de edad. Todos los pares estaban saludables y amamantados exclusivamente de noche. El hallazgo más importante fue que los bebés en colecho de rutina amamantaban tres veces más tiempo en la noche que los bebés separados de rutina, esto se reflejó en un incremento de dos veces más los episodios de lactancia y de 39% en episodios más largos. Los autores sugieren que al incrementar la lactancia, el colecho puede proteger del SIDS al menos en algunos contextos.

Ver también:

Mosko S, Richard C, McKenna J (1997). Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 100: 841-9.

Ball HL, Hooker E, Kelly PJ (1999). Where will the baby sleep? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding co-sleeping with their newborn infants. *American Anthropologist* 101: 143-51.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative's Sample policy on bed sharing

### **Transmisión de VIH-1**

El virus del VIH puede ser transmitido por la lactancia. Desafortunadamente, la mayoría de las investigaciones no ha definido lactancia exclusiva de manera apropiada, con muchos estudios que compararon el riesgo de infección entre bebés alimentados con fórmula y bebés que recibían lactancia en general. El primer estudio que definió apropiadamente lactancia exclusiva y la comparó con alimentación mixta y artificial exclusiva no encontró diferencia significativa en la infección de VIH entre bebés alimentados con pecho y los alimentados artificialmente.

**Coutsoudis A et al. (1999) Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet* 354: 471-476.**

Se evaluaron bebés nacidos de 549 mujeres sud africanas infectadas con VIH-1 a los 3 meses de edad. Después de un ajuste de los confundentes potenciales, la lactancia exclusiva tiene menor riesgo de transmisión del VIH-1 que la alimentación mixta (riesgo relativo o HR 0.52 [IC de 95%, 0.28-0.98]) y un riesgo similar al de no amamantar (0.85 [0.51-1.42]). Los autores instan a más estudios pero señalan que los bebés amamantados exclusivamente tienen una (no significativa) menor probabilidad de infección que aquellos que nunca amamantaron y sugieren que esto debe a que los virus adquiridos durante el parto pudieron ser neutralizados por los factores inmunes de la leche. Ellos proponen que la alimentación mixta lleva el mayor riesgo debido a que los factores inmunes benéficos en la leche pueden ser contrarrestados por el daño en el intestino del bebé y la alteración de las barreras de defensa en los que reciben alimentación mixta.

Este es un editorial sobre el tema en el mismo número de *Lancet* (Newell M-L (1999) Alimentación infantil y transmisión de VIH-1. *Lancet* 354: 442-3) y correspondencia en un número siguiente (Infant feeding patterns and HIV-1 transmission. *Lancet* 354: 1901-1904).

**Coutsoudis A et al. (2001) Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15: 379-87.**

Se encontró que los bebés de mujeres infectadas con VIH que fueron amamantados exclusivamente por tres meses o más, tenían un riesgo no mayor de infección por VIH durante los seis primeros meses que los que nunca amamantaron. 551 madres infectadas con el VIH y sus bebés se incluyeron en el estudio. La lactancia exclusiva definida como variable tiempo, tenía un riesgo significativamente menor de infección de VIH que la alimentación mixta (hazard ratio 0.56, IC de 95%: 0.32-0.98, p=0.04) y un riesgo similar a sin lactancia (HR 1.19, IC de 95%: 0.63-2.22, p=0.59). Los autores sugieren que otros alimentos y líquidos introducidos en el intestino de bebés con alimentación mixta dañan el intestino y facilitan el ingreso a los tejidos del VIH presente en la leche de estas madres. Esto se apoya en el hallazgo que, si las madres continúan amamantando junto a otros alimentos una vez concluido el periodo de lactancia, puede ocurrir una nueva infección con VIH. Los investigadores solicitan mayor investigación.

Ver también:

Coutsoudis A et al (2002). Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or curse? *Health Policy and Planning* 17: 154-160.

Nicoll A, Newell ML, Peckham C, Luo C, Savage F (2000) Infant feeding and HIV-1 infection. *AIDS* 14: Suppl 3: S57-74.

Latham MC, Preble EA (2000) Appropriate feeding methods for infants of HIV infected mothers in sub-Saharan Africa. *BMJ* 320: 1656-1660.

Information on single bottle pasteurisers

**Salud oral****Labbok MH, Hendershot GE (1987) Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *Am J Prev Med* 3: 227-32.**

Los datos de 9698 niños con edades entre los 3 y 17 años se analizaron retrospectivamente para evaluar la asociación entre lactancia y mala oclusión dental. Después de controlar los factores confundentes el incremento de duración de lactancia estaba asociado con una declinación en la prevalencia de la mala oclusión.

**Palmer B (1998) The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary. *J Hum Lact* 14:93-8.**

Una investigación de 600 cráneos preservados de culturas antiguas en los museos de EEUU, encontró que casi todos tenían oclusión perfecta (alineamiento de dientes correcto, permite una

mordida apropiada). Como los cráneos pertenecían a la gente que vivía antes del advenimiento de la alimentación artificial, ellos debieron ser amamantados. El autor nota que una buena oclusión y una arcada dental bien formada son mucho menos comunes en sus propios pacientes dentales y un estudio de una muestra de cráneos modernos.

Ver también:

Paunio P, Rautava P & Sillanpaa M. (1993) The Finnish Family Competency Study: the effects of living conditions on sucking habits in 3-year old Finnish children and the association between these habits and dental occlusion. *Acta Odontol Scand* 51: 23-29.

Ogaard B, Larsson E & Lindsten R (1994) The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year old children. *Amer J Ortho & Dentofac Orthopedics* 106: 161-66.

Valaitis R et al. (2000) A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Can J Public Health* 91: 411-7.

#### **Revisiones de los beneficios de la lactancia**

American Academy Work Group on Breastfeeding (1997). Policy Statement on Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100: 1035-9.

Heinig M J & Dewey K G (1997). Health effects of breastfeeding for mothers: a critical review. *Nutrition Research Reviews* 10: 35-56.

Heinig M J & Dewey K G (1996). Health advantages of breastfeeding for infants: a critical review. *Nutrition Research Reviews* 9: 89-110.

Standing Committee on Nutrition of the British Paediatric Association (1994). Is breastfeeding beneficial in the UK? *Arch Dis Child* 71: 376-380.

# Beneficios de la lactancia materna para el lactante

---

- Proporciona una nutrición superior para un crecimiento óptimo.
- Proporciona agua suficiente para su hidratación.
- Protege de infección y de alergias.
- Estimula el apego y desarrollo.

# Resumen de las diferencias entre leches

	<b>Leche humana</b>	<b>Leche de animales</b>	<b>Formula infantil</b>
<b>Proteina</b>	cantidad correcta, facil digestion	demasiada, dificil digestion	corregida parcialmente
<b>Grasa</b>	acidos grasos esenciales suficientes, lipasa para digestion	ausencia de acidos grasos esenciales, sin lipasa	sin lipasa
<b>Agua</b>	suficiente	se necesita agua extra	posiblemente necesita agua extra
<b>Propiedad antiinfecciosa</b>	presente	ausente	ausente

Adaptado de: Consejería en Lactancia: Curso de Capacitación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.6).



# No se requiere agua

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

(Osmolaridad Normal: 50-1400 mOsm/l)

Adaptado de: *Lactancia y el uso de agua y tés*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1997.

# Diferencias en la composición de la leche humana. (dinámica)

- Edad gestacional al nacimiento (pretérmino y a término)
- Estadío de la lactancia (colostro y leche madura)
- Durante la mamada (inicio y final )

# Calostro

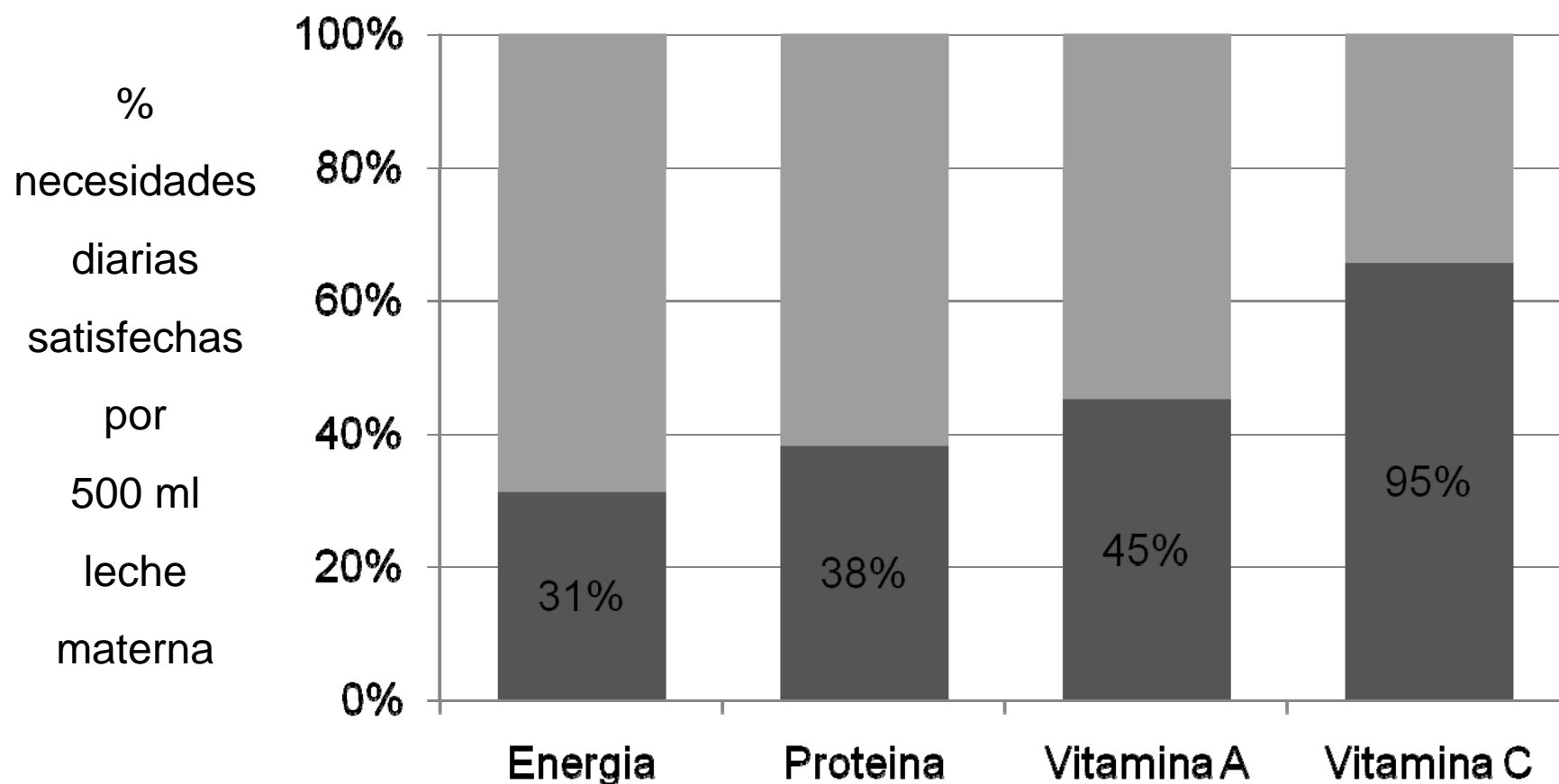
## Propiedad

- Rico en anticuerpos
- Mas glóbulos blancos
- Purgante
- Factores de crecimiento
- Rico en Vitamina-A

## Importancia

- Protege de la infección y alergia.
- Protege de la infección
- Limpia el meconio; ayuda a prevenir la ictericia
- Ayuda a la maduración del intestino; previene alergias, intolerancia
- Reduce la severidad de algunas infecciones (como sarampión y diarrea); previene enfermedades del ojo relacionada con la vitamina A-

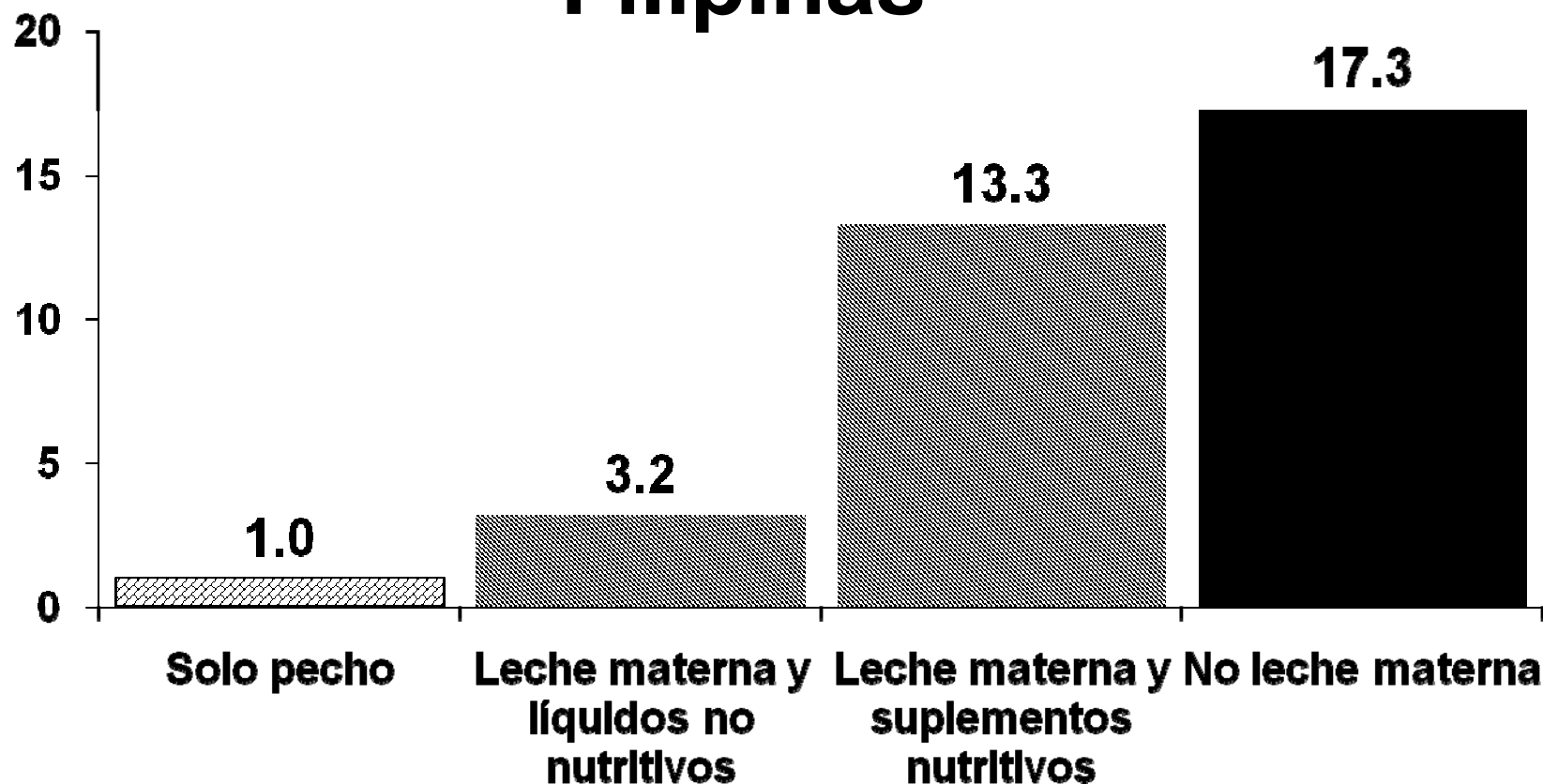
# Lactancia materna en el segundo año de vida.



De: Consejería en lactancia materna: Curso de Capacitación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.6).

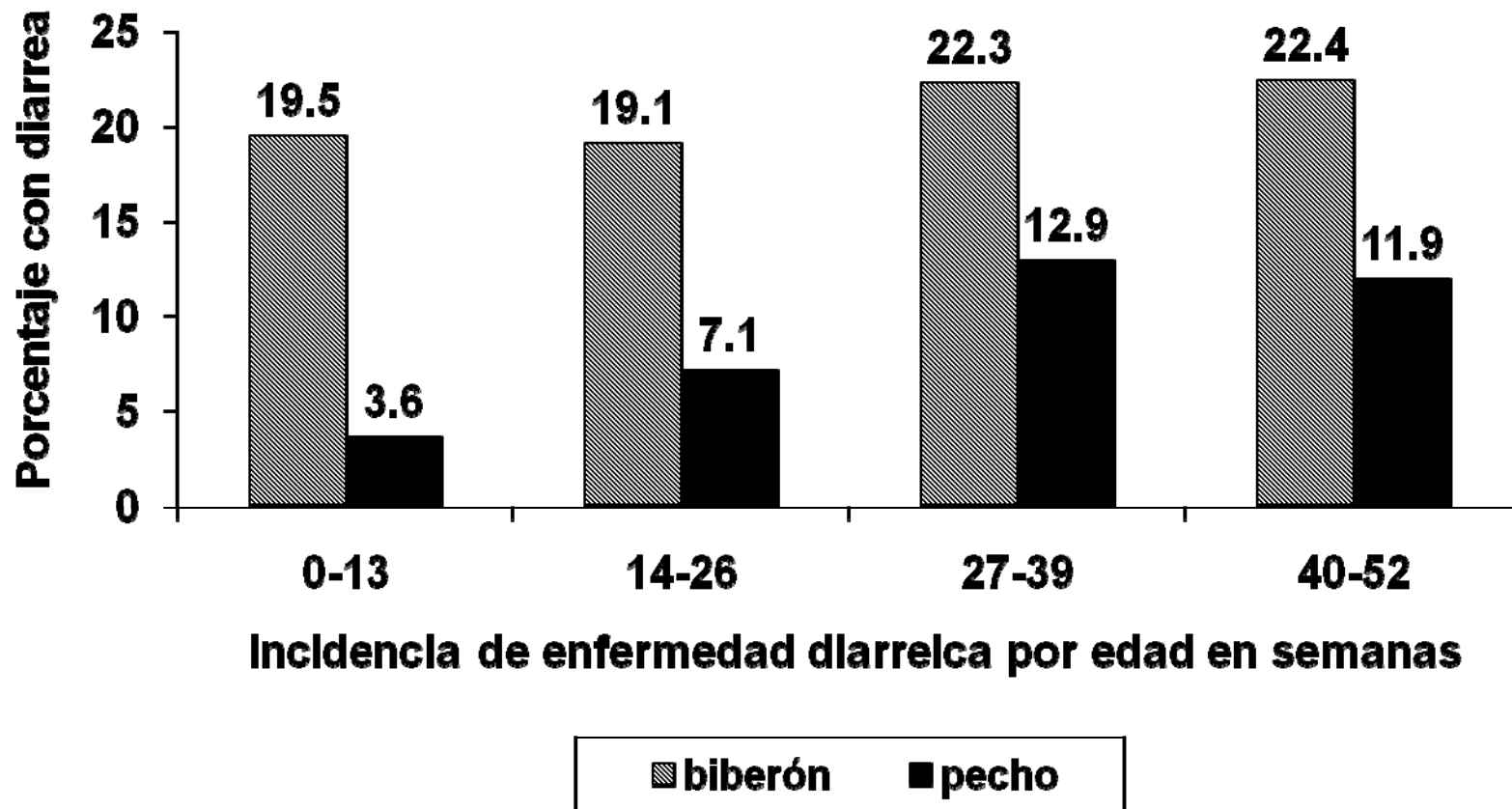
# **Efecto protector de la lactancia materna en la morbilidad infantil**

# Riesgo de diarrea por método de alimentación para lactantes de 0-2 meses, Filipinas



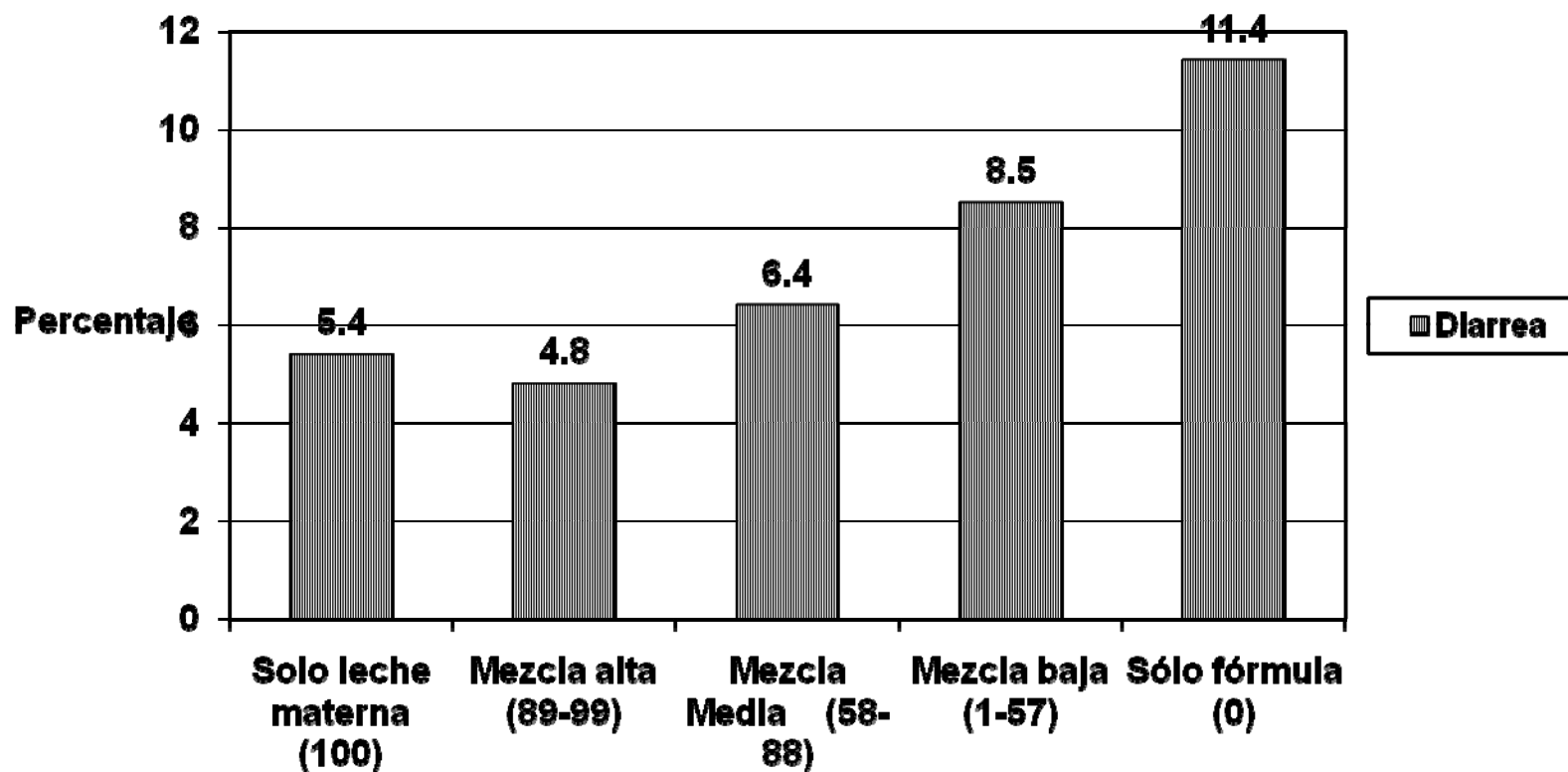
Adaptado de: Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 1990, 86(6): 874-882.

# Porcentaje de bebés alimentados con biberón y amamantados durante las primeras 13 semanas que tuvieron enfermedad diarreica en diferentes semanas durante el primer año de vida, Escocia



Adaptado de: Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

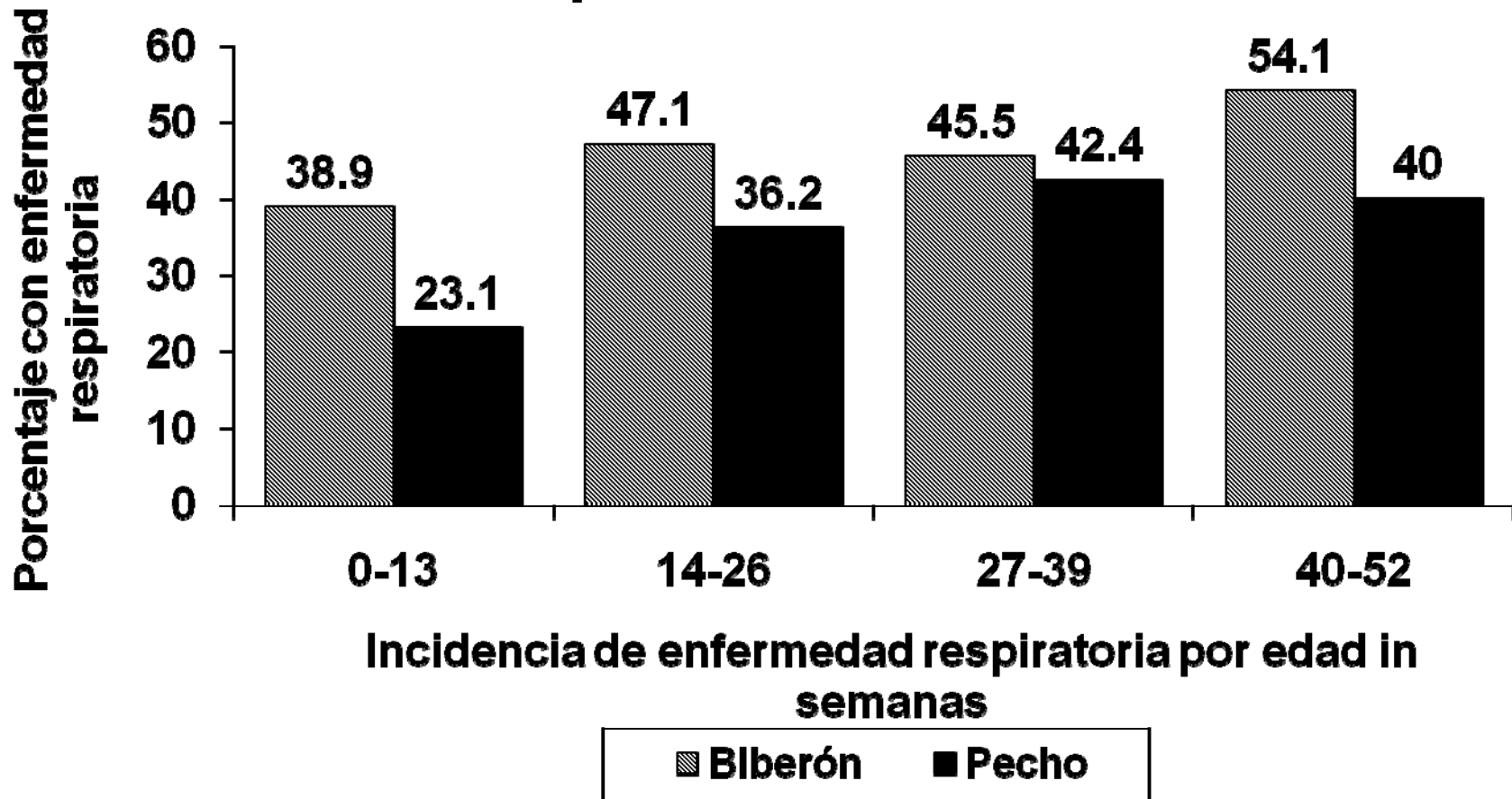
# Porcentaje de lactantes 2-7 meses de edad con diarrea, según reportaron, de acuerdo a la ingesta en el mes anterior EE.UU. de N.A.



Adaptado de: Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6).

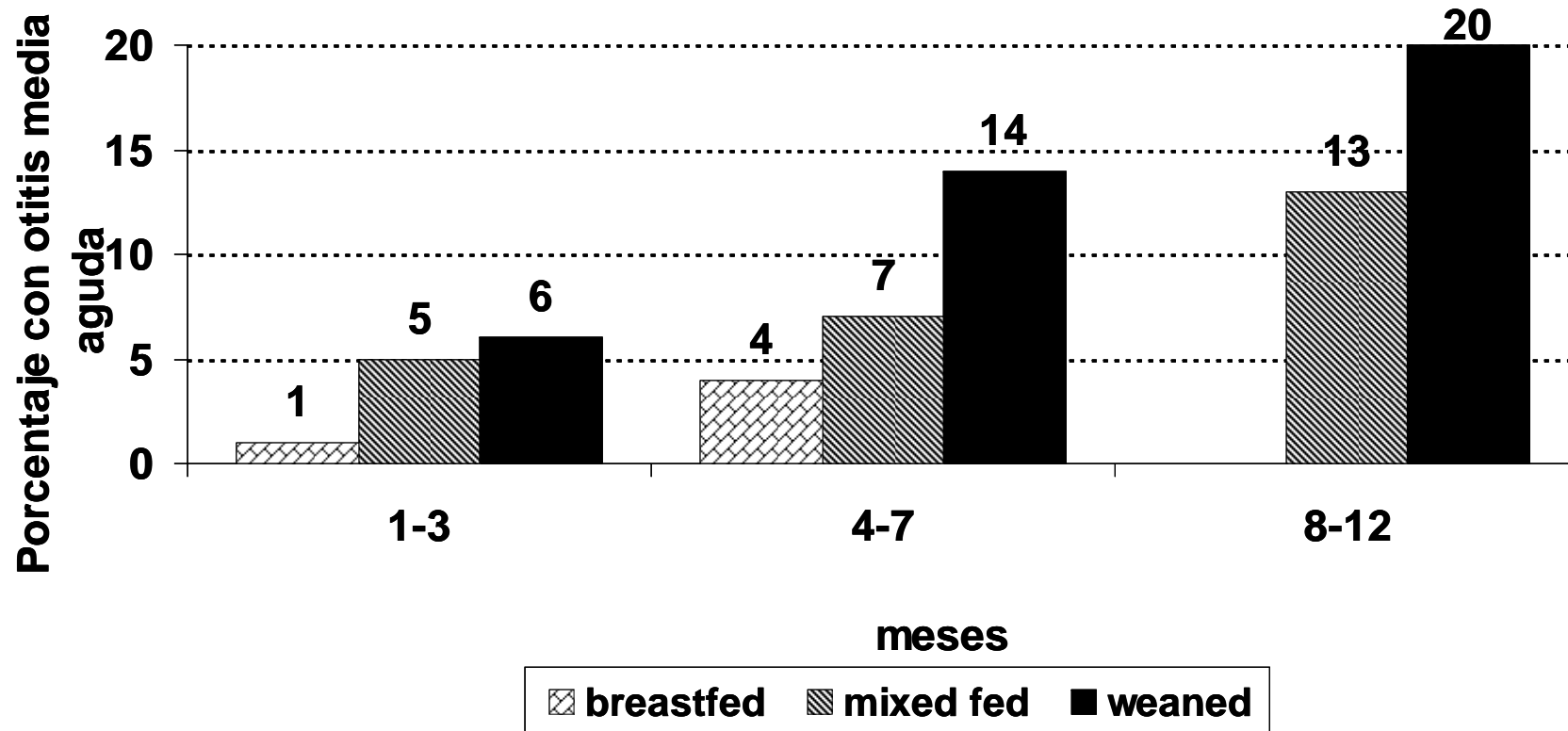


# Porcentaje de bebés alimentados con biberón y pecho en las primeras 13 semanas de vida que tuvieron enfermedad respiratoria en diferentes semanas del primer año de vida, Escocia



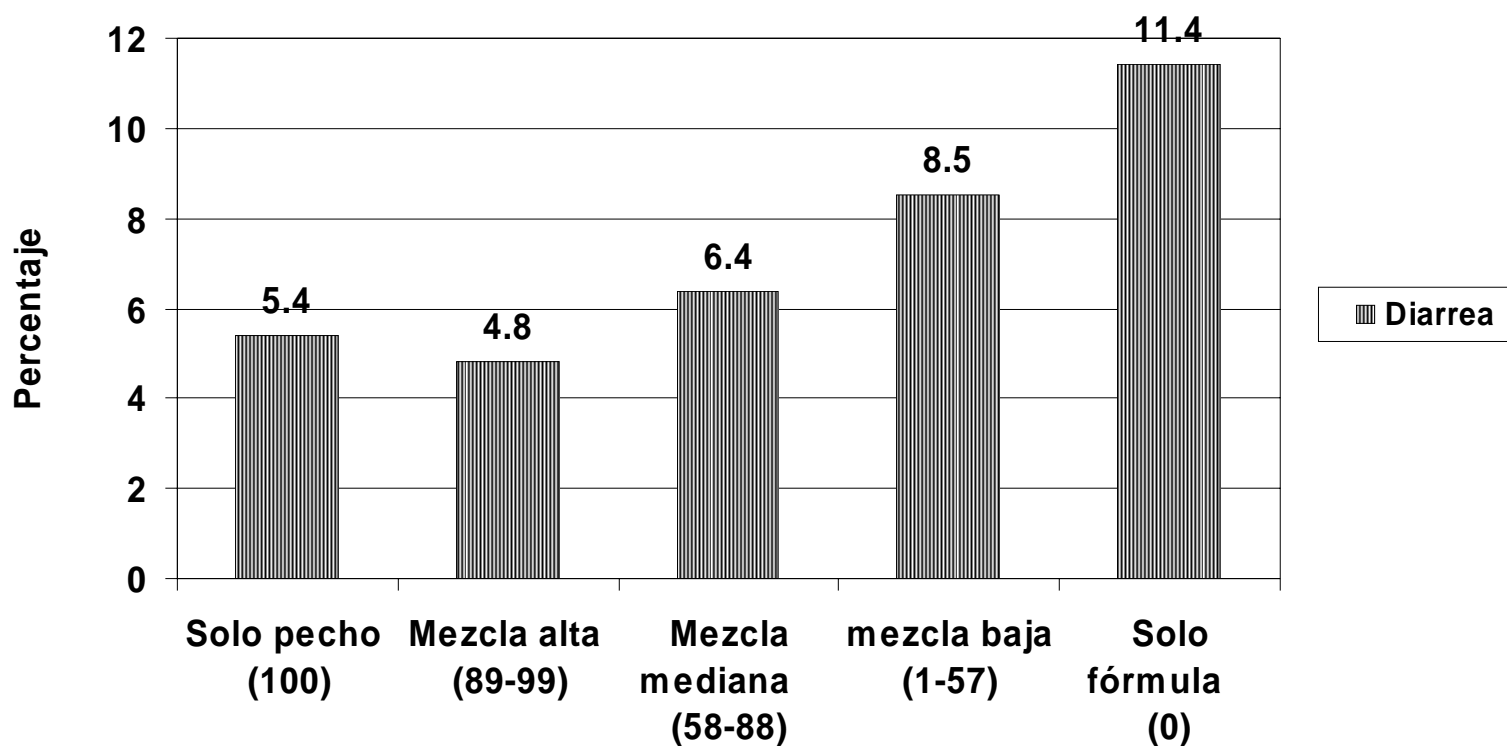
Adaptado de: Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

# Frecuencia de otitis media aguda en relación con el patrón de alimentación y edad, Suecia



Adaptado de: Aniansson G, Alm B, Andersson B, Hakansson A et al. A prospective coherent study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediat Infect Dis J*, 1994, 13: 183-188.

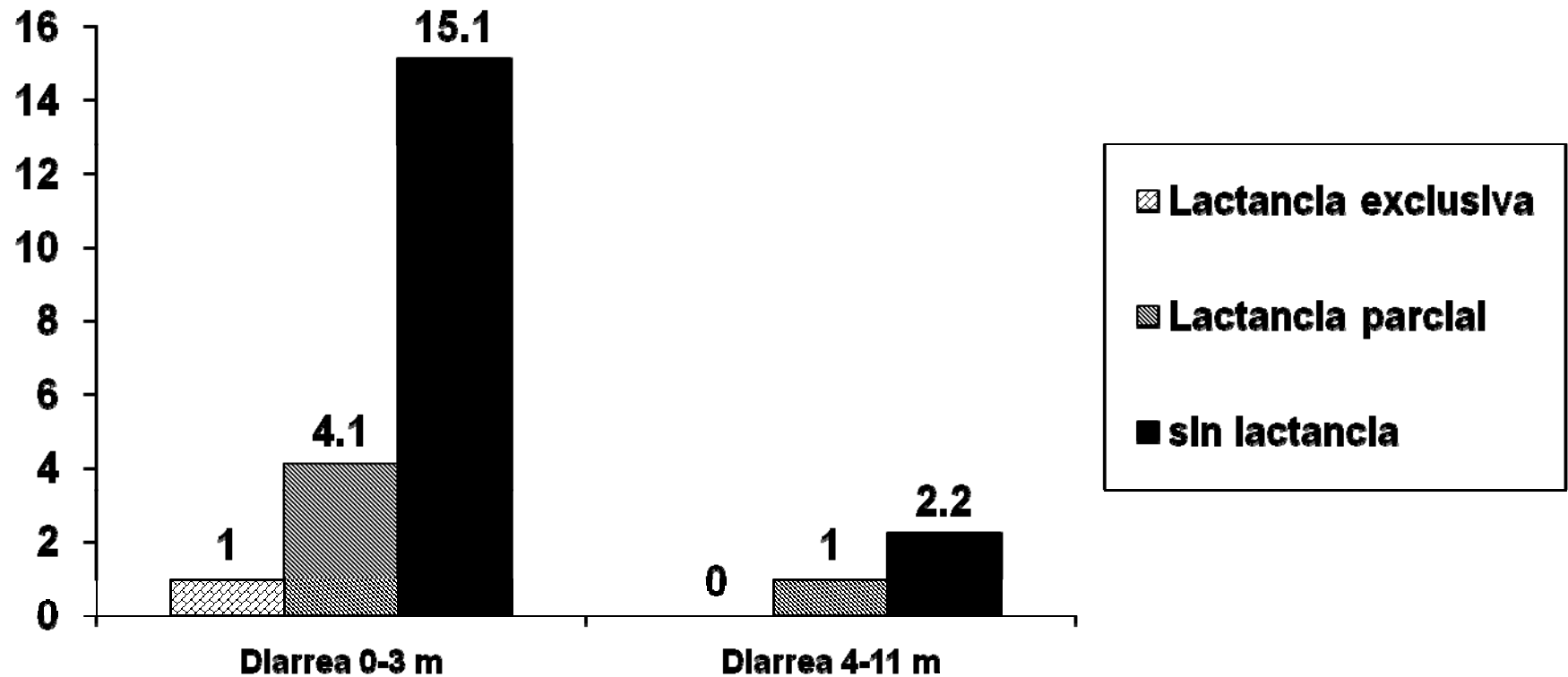
# Porcentaje de lactantes de 2-7 meses de edad con infección de oído, según reportaron, por categoría de alimentación en el mes precedente EE.UU. de N.A.



Adaptado de: Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6).

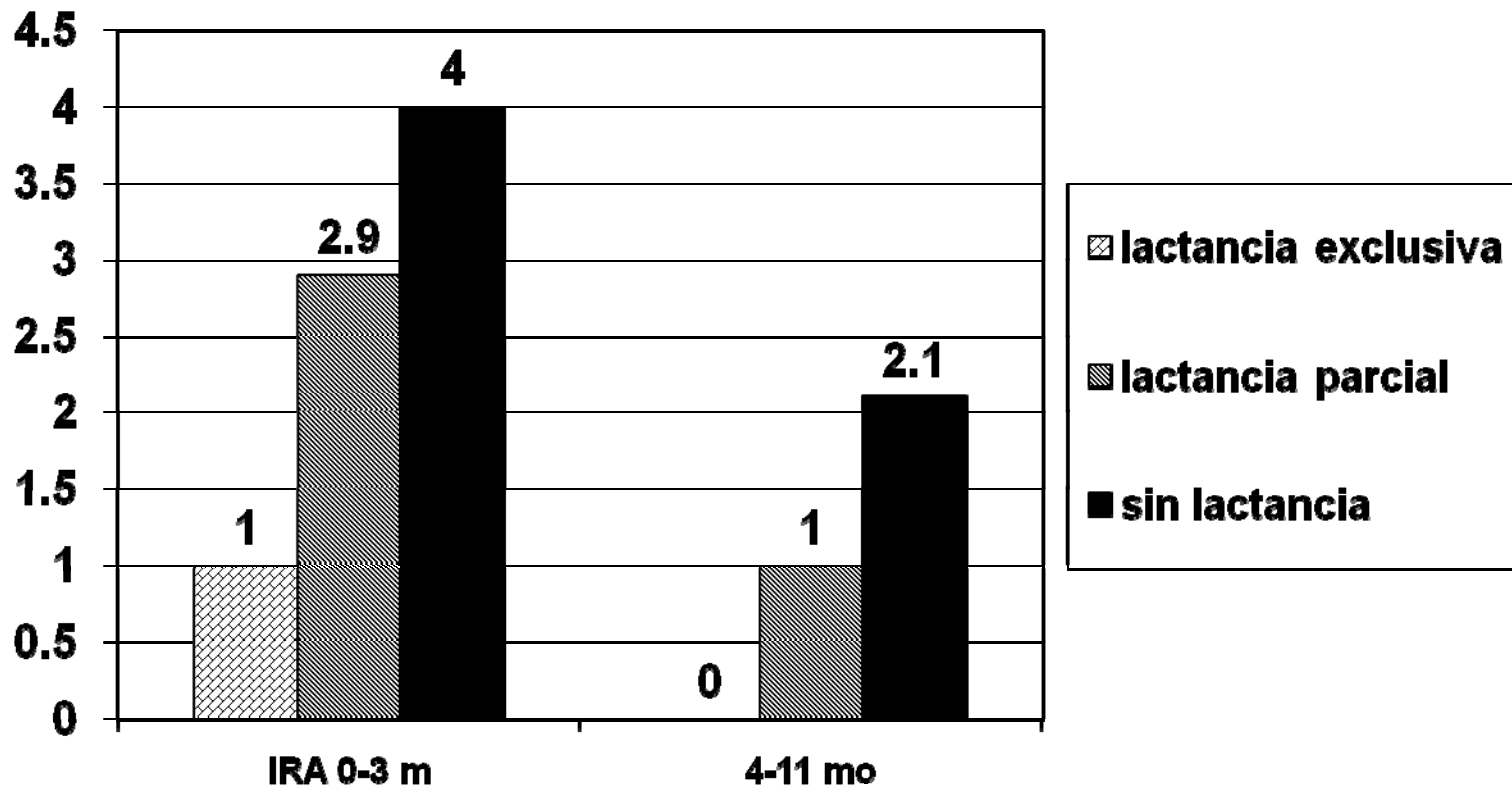
# **Efecto protector de la lactancia materna en la mortalidad infantil**

# Riesgo relativo de muerte por enfermedad diarreica por edad y tipo de lactancia materna en Latinoamérica



Adaptado de: Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001, 323: 1-5.

# Riesgo relativo de muerte por infección respiratoria aguda por edad y categoría de lactancia materna en Latinoamérica



Adaptado de: Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001, 323: 1-5.

# **La lactancia materna reduce el riesgo de enfermedad crónica**

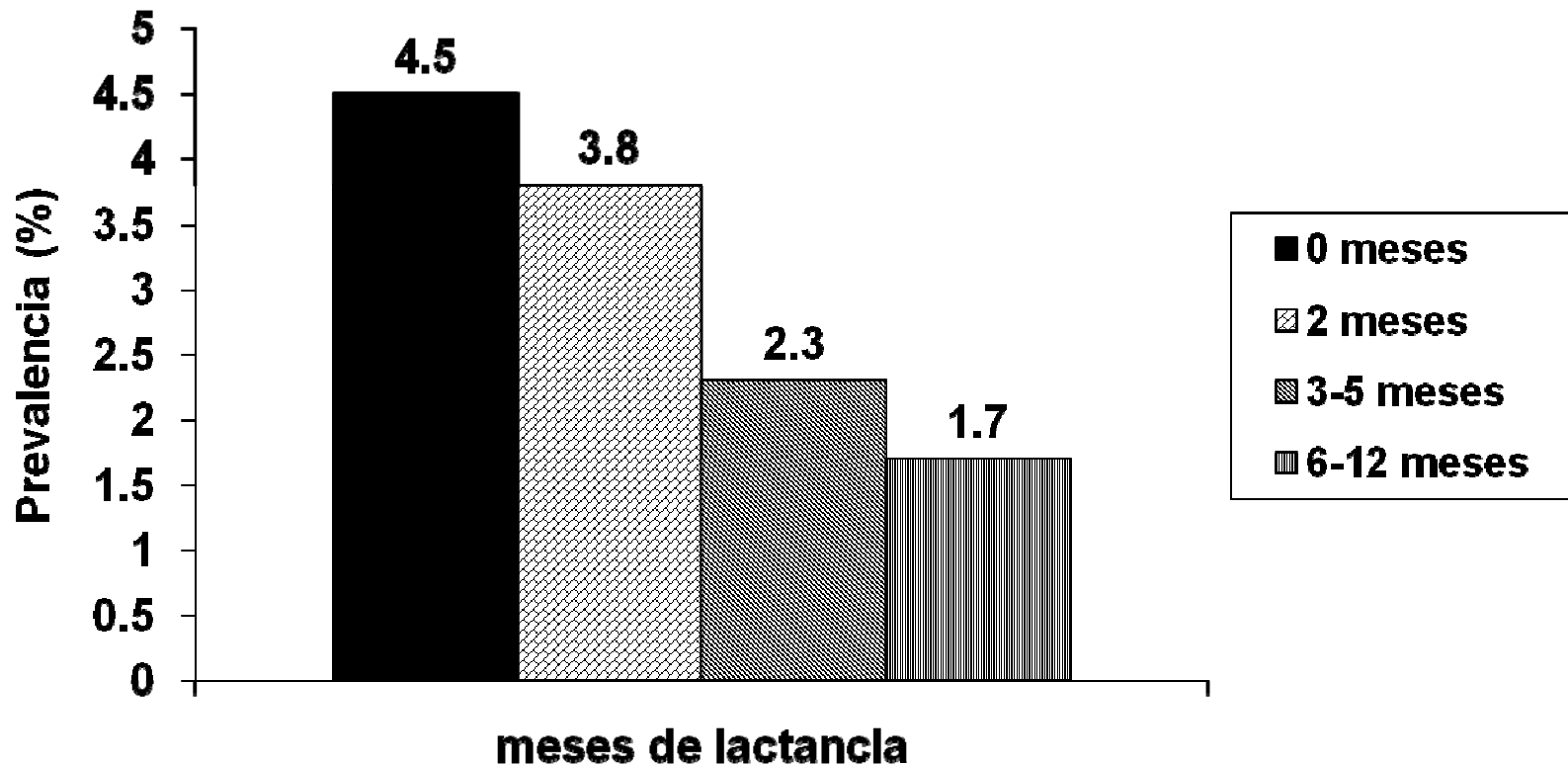
# La lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedades alérgicas – un estudio prospectivo de cohorte desde nacimiento

<b>Tipo de alimentación</b>	<b>Asma</b>	<b>Dermatitis Atópica</b>	<b>Rinitis Alérgica</b>
Niños amamantados exclusivamente por 4 meses o más	7.7%	24%	6.5%
Niños amamantados por menor tiempo	12%	27%	9%

Adaptado de Kull I. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 87:478-481.



# La lactancia materna disminuye la prevalencia de obesidad en la niñez a la edad de cinco y seis años, Alemania.



Adaptado de: von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, 1999, 319:147-150.

# **La lactancia materna otorga beneficios psicosociales y para el desarrollo**

# Coeficiente de Inteligencia por tipo de alimentación

**AM 2 puntos  
más alto que AF  
Estudio en niños  
de 3-7 años de  
edad 1982**

**AM 2.1 puntos  
más que FF  
Estudio en lactantes  
de 6 m-2 años  
1988**



**LM 7.5 puntos  
más que sin LM  
Estudio en niños  
de 7.5-8 años  
1992**

**AM 12.9 puntos  
más que AF  
Estudio en niños  
de 9.5 de edad  
1996**

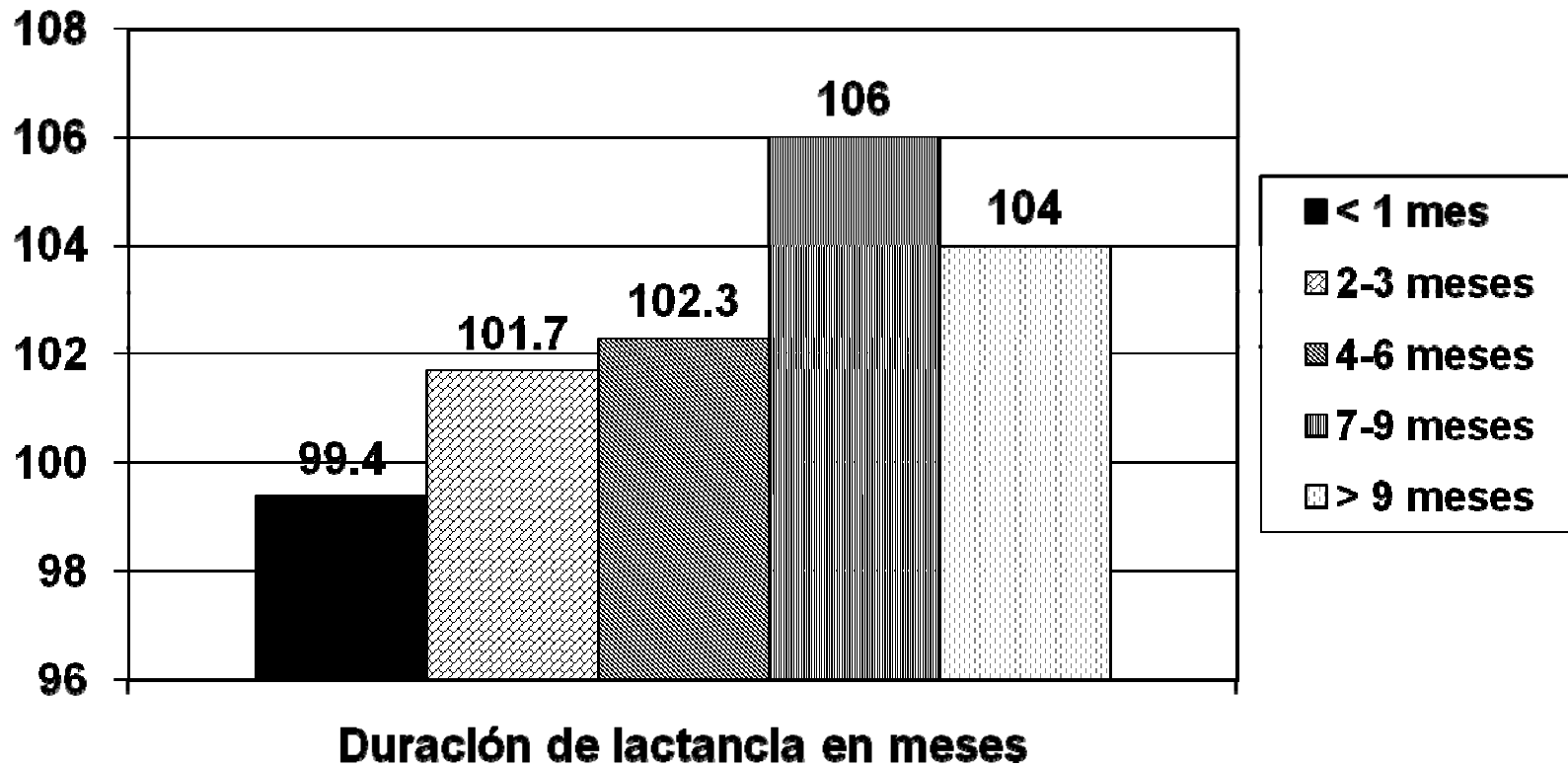
**AM 8.3 puntos  
más que FF  
Estudio en niños  
de 7.5-8 años  
1992**

## *Referencias:*

- Fergusson DM et al. *Soc SciMed* 1982
- Morrow-Tlucak M et al. *SocSciMed* 1988
- Lucas A et al. *Lancet* 1992
- Riva Eet al. *Acta Paediatr* 1996

AM = amamantado  
AF = alimentación con fórmula  
LM = leche materna

# Duración de la lactancia materna asociada a CI mayores en adultos pequeños, Dinamarca



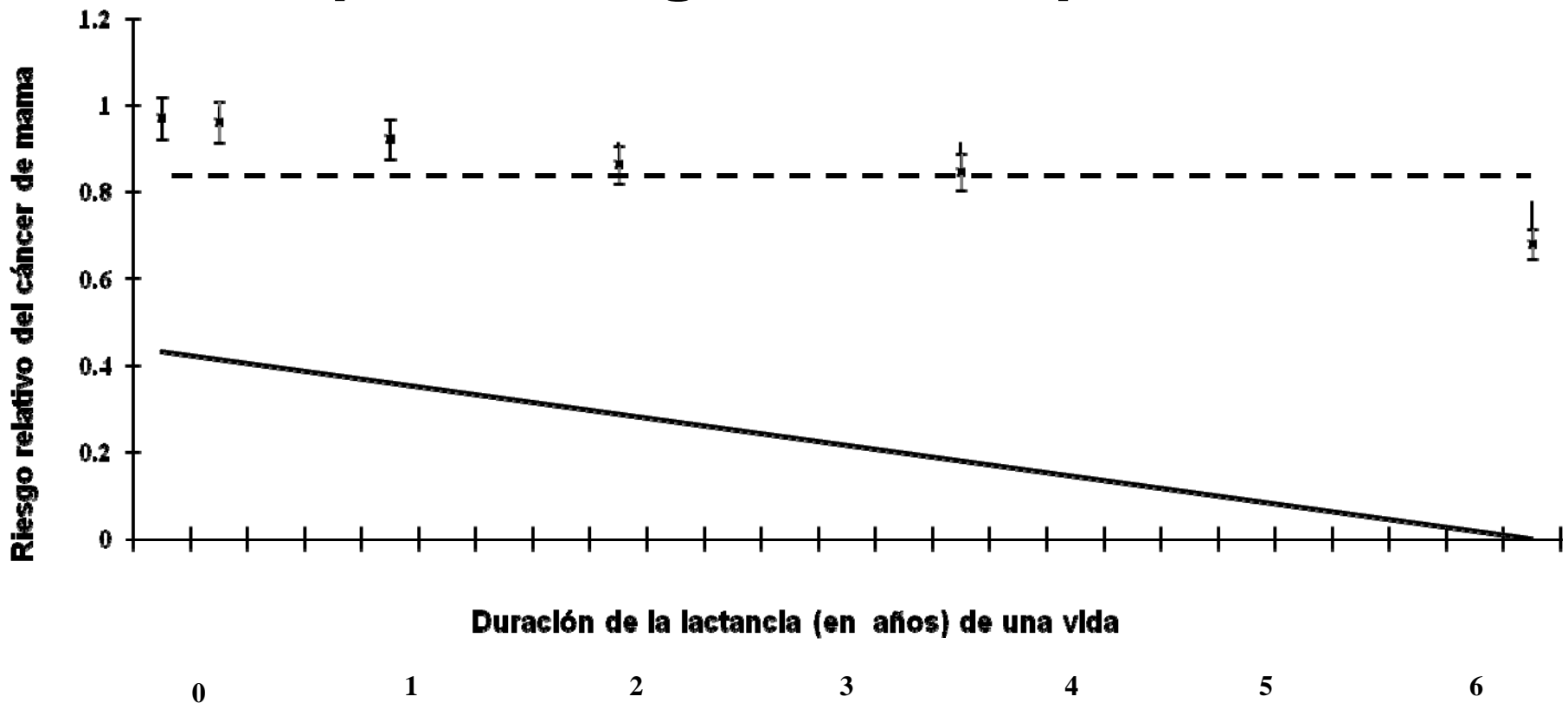
Adaptado de: Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 2002, 287: 2365-2371.

# Beneficios de la lactancia materna para la madre

---

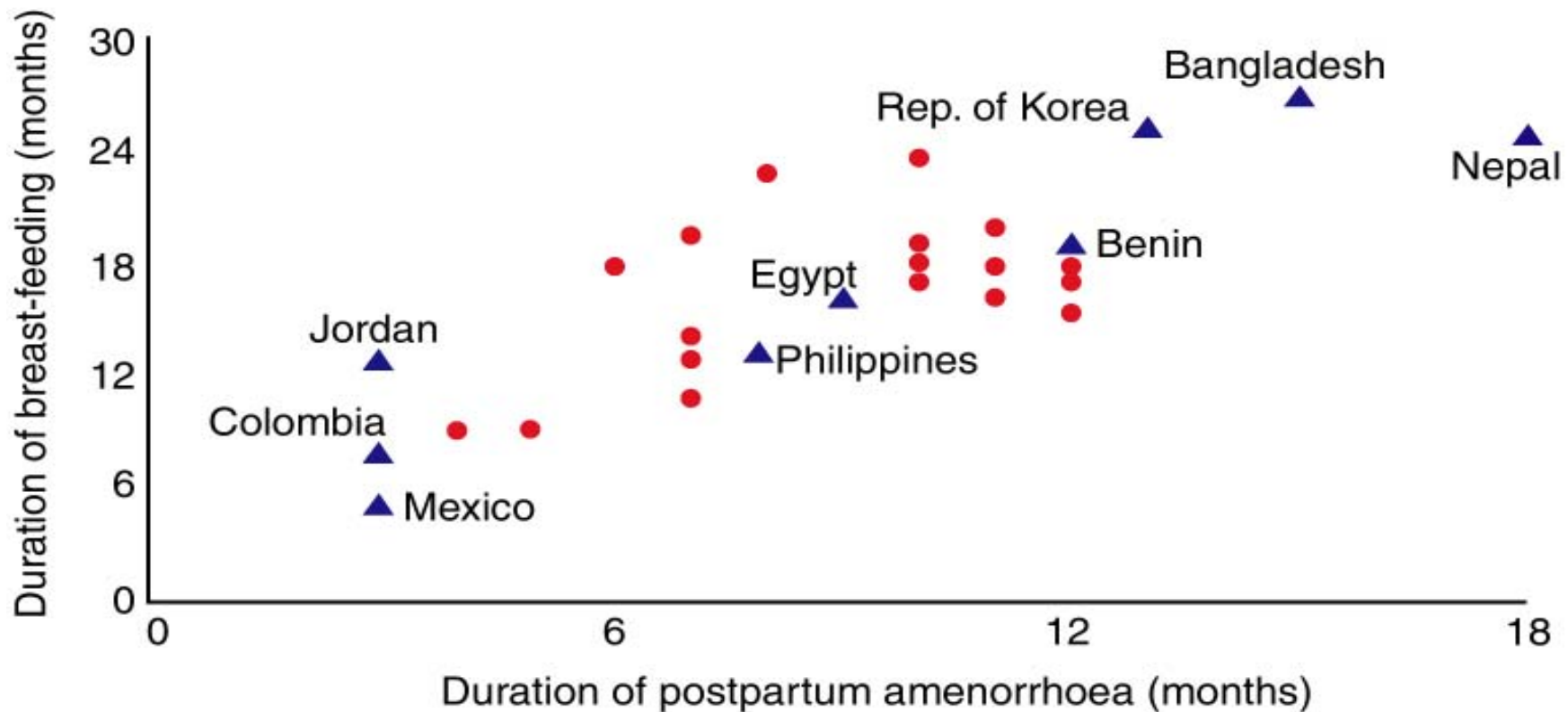
- Protege la salud de la mujer
  - ayuda a reducir el riesgo de hemorragia uterina y ayuda al útero a retornar a su tamaño normal
  - reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario
- Ayuda a postergar un nuevo embarazo
- Ayuda a la madre a retornar a su peso inicial

# Cáncer de mama y lactancia materna: Análisis de datos de 47 estudios epidemiológicos en 30 países



Adaptado de: Beral V et al. (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries... *Lancet* 2002; 360: 187-95.

# Relación entre la duración de la lactancia materna y la amenorrea postparto (en meses)



Adaptado de: Saadeh R, Benbouzid D. Breast-feeding and child spacing: importance of information collection to public health policy. *Bulletin of the WHO*, 1990, 68(5) 625-631.

# Riesgos de la alimentación artificial

## ■ Interfiere con el apego

■ Más diarrea e  
Infección respiratoria

■ Diarrea Persistente

■ Malnutrición  
Deficiencia de Vit. A

■ Mayor posibilidad de  
morir

■ Nuevo embarazo  
en menor tiempo



Madre

■ Mayor alergia e  
intolerancia a la leche

■ Incremento de riesgo de  
algunas enfermedades  
crónicas

■ Sobrepeso

■ Puntaje más bajo en  
test de inteligencia

■ Incremento del riesgo de  
anemia, cáncer de mama y  
ovario



# Beneficios de la lactancia materna para la familia.

---

- Mejor salud, nutrición, y bienestar
- Beneficios Económicos
  - la lactancia cuesta menos que la leche artificial
  - la lactancia disminuye los gastos por atención médica

# Beneficios de la lactancia materna para el hospital

---

- Ambiente emocional cálido y tranquilo
- No se necesitan salas de recién nacidos, hay más espacio en hospital
- Menos infecciones neonatales
- Menos ocupación del tiempo del personal
- Mejora de la imagen y prestigio del hospital
- Menos niños abandonados
- Más seguridad en emergencias



Diapositiva 2a

# Beneficios de la lactancia materna para el lactante

---

- Proporciona una nutrición superior para un crecimiento óptimo.
- Proporciona agua suficiente para su hidratación.
- Protege de infección y de alergias.
- Estimula el apego y desarrollo.



# Resumen de las diferencias entre leches

	<b>Leche humana</b>	<b>Leche de animales</b>	<b>Formula infantil</b>
<b>Proteina</b>	cantidad correcta, facil digestion	demasiada, dificil digestion	corregida parcialmente
<b>Grasa</b>	acidos grasos esenciales suficientes, lipasa para digestion	ausencia de acidos grasos esenciales, sin lipasa	sin lipasa
<b>Agua</b>	suficiente	se necesita agua extra	posiblemente necesita agua extra
<b>Propiedad antiinfecciosa</b>	presente	ausente	ausente

Adaptado de: Consejería en Lactancia: Un curso de entrenamiento. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/CDR/93.6).

# No se requiere agua

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

(Osmolaridad Normal: 50-1400 mOsm/l)

Adaptado de: *Lactancia y el uso de agua y tés.*

Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1997.

Diapositiva 2.3

# Diferencias en la composición de la leche humana. (dinámica)

- Edad gestacional al nacimiento (pretérmino y a término)
- Estadío de la lactancia (colostro y leche madura)
- Durante la mamada (inicio y final )





**3 dias post  
parto**



**7 dias postparto**



**25 dias  
postparto**



**84 dias  
postparto**



*leche del inicio*

*leche del final*



# Calostro

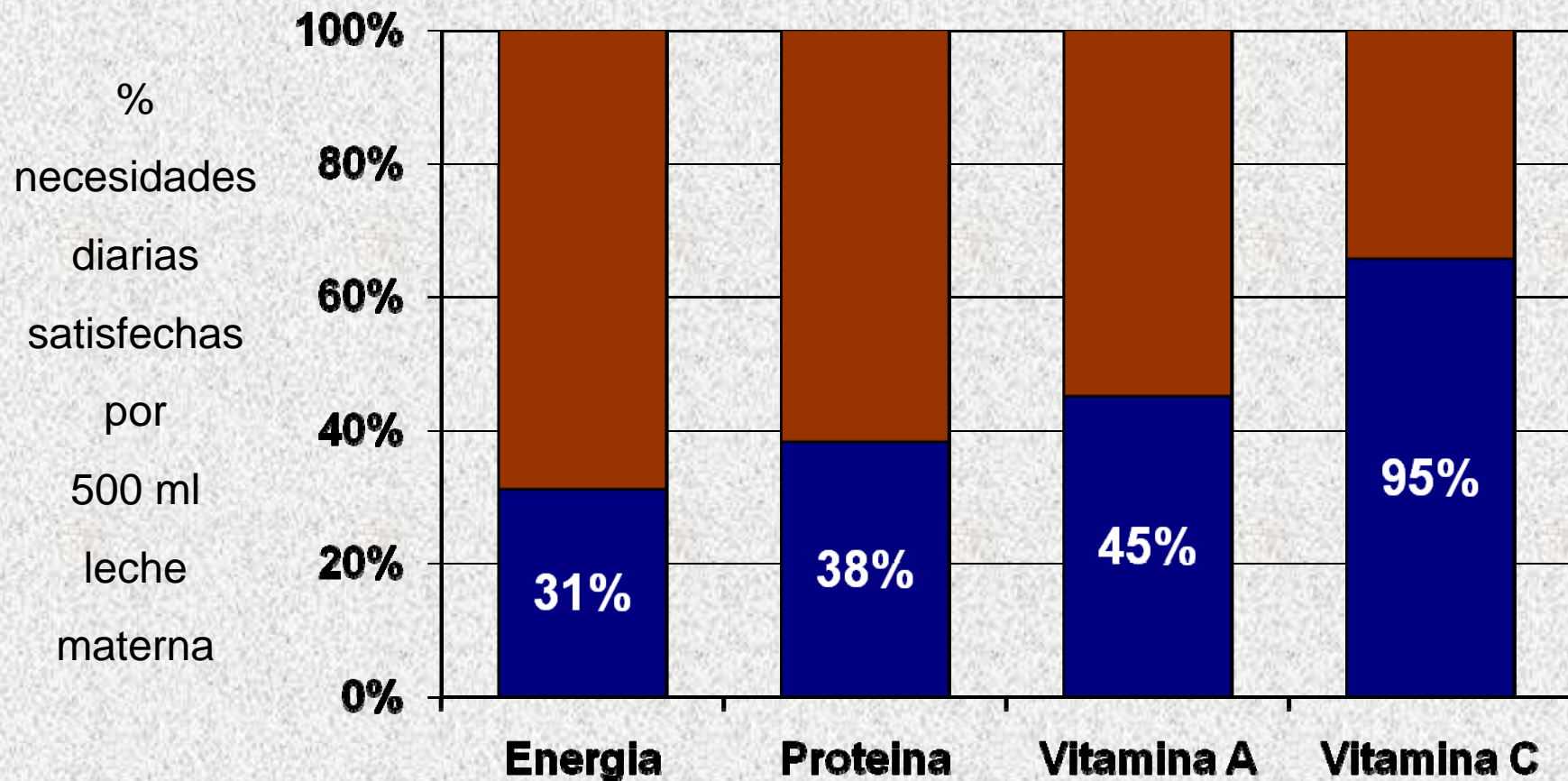
## Propiedad

- Rico en anticuerpos
- Mas glóbulos blancos
- Purgante
- Factores de crecimiento
- Rico en Vitamina-A

## Importancia

- Protege de la infección y alergia.
- Protege de la infección
- Limpia el meconio; ayuda a prevenir la ictericia
- Ayudan a la maduración del intestino; previene alergias, intolerancia
- Reduce la severidad de algunas infecciones (como sarampión y diarrea); previene enfermedades del ojo relacionada con la vitamina A-

# Lactancia en el segundo año de vida.



De: Breastfeeding counselling: A training course. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/CDR/93.6).

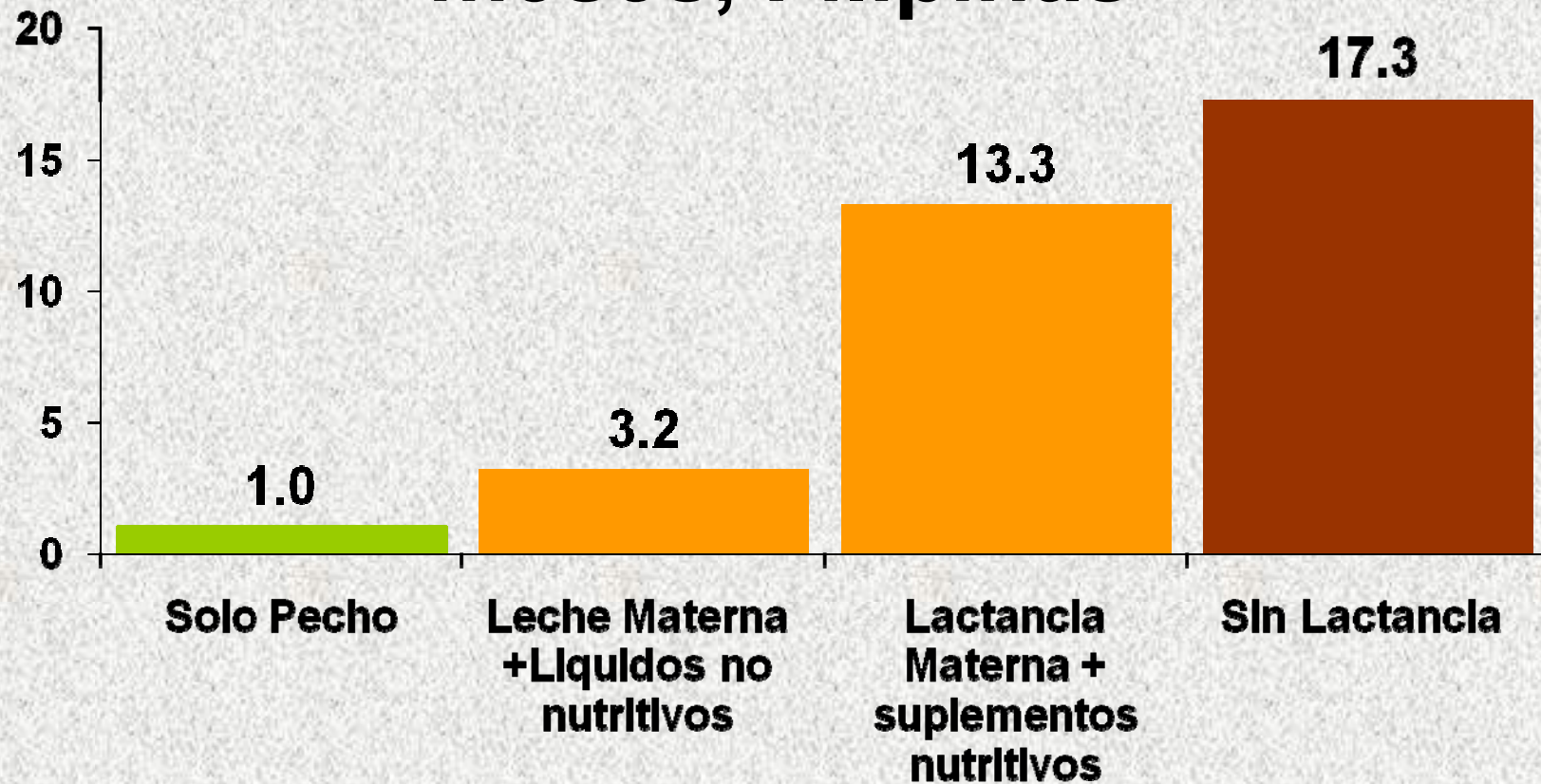
# **Efecto protector de la lactancia materna en la morbilidad infantil**





Diapositiva 2d

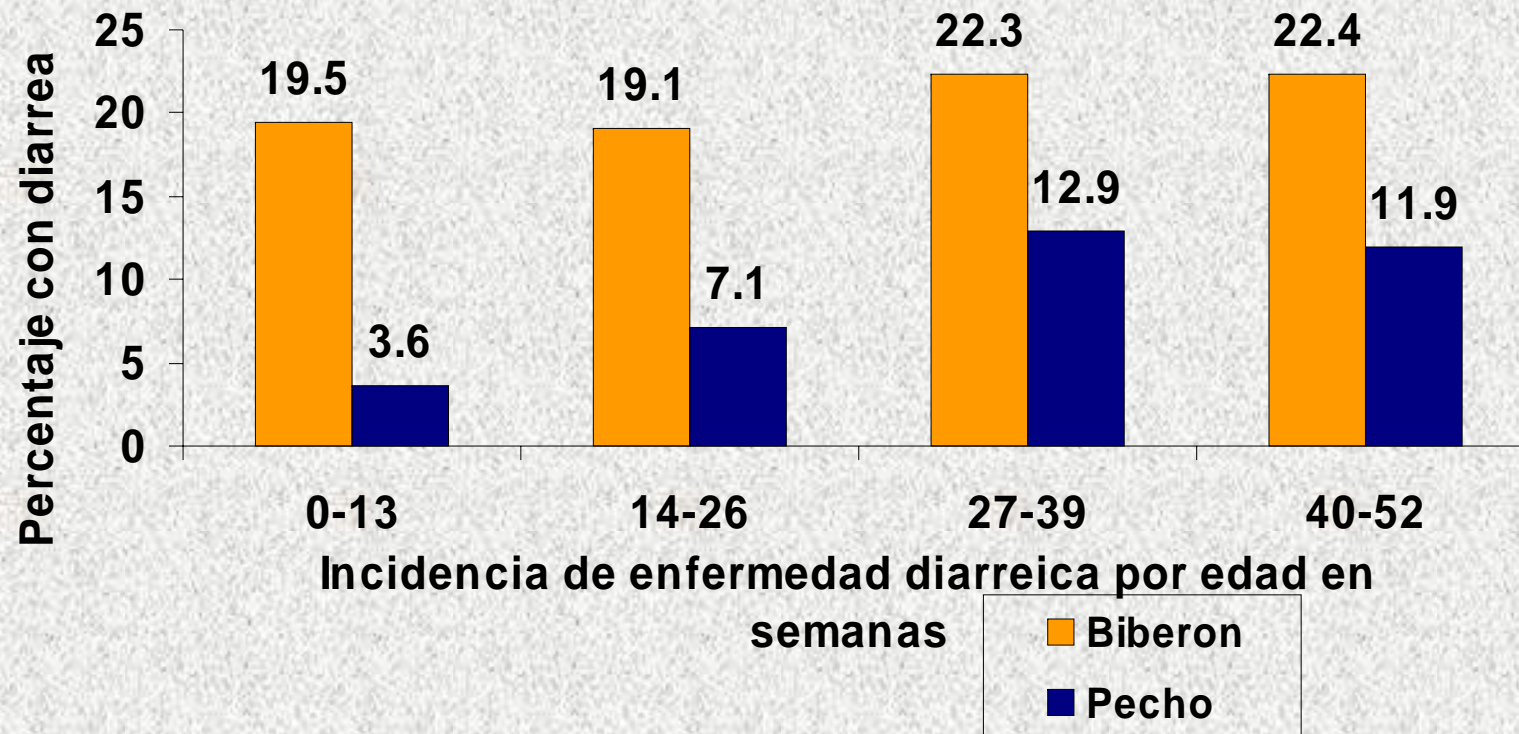
# Riesgo de diarrea por método de alimentación para lactantes de 0-2 meses, Filipinas



Adaptado de: Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 1990, 86(6): 874-882.

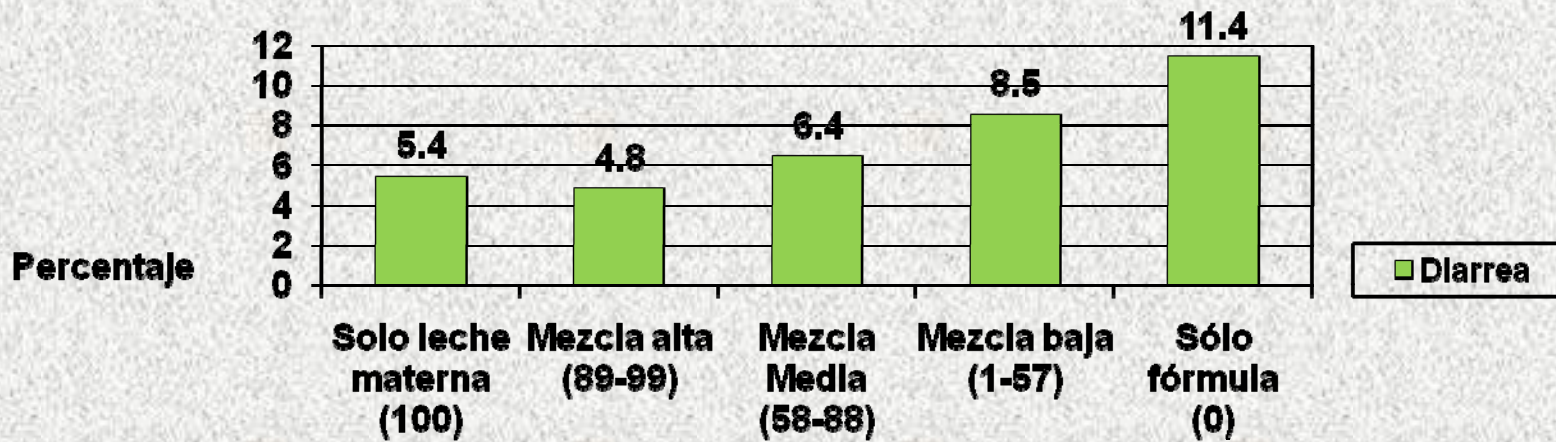


# Porcentaje de bebés alimentados con biberón y amamantados durante las primeras 13 semanas que tuvieron enfermedad diarreica en diferentes semanas durante el primer año de vida, Escocia



Adaptado de Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

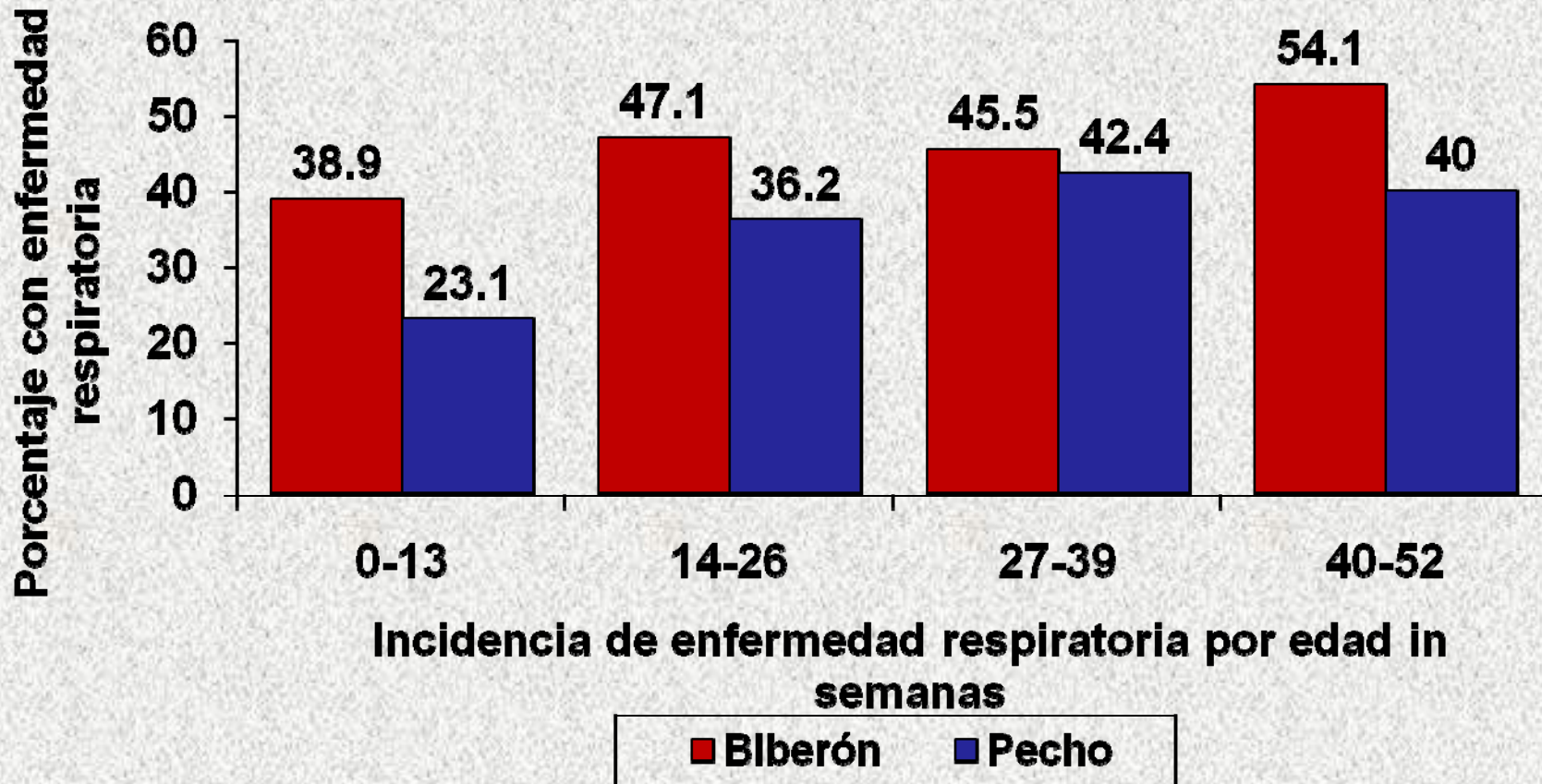
# Porcentaje de lactantes 2-7 meses de edad con diarrea, según reportaron, de acuerdo a la ingesta en el mes anterior EE.UU. de N.A.



Adaptado de: Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6).

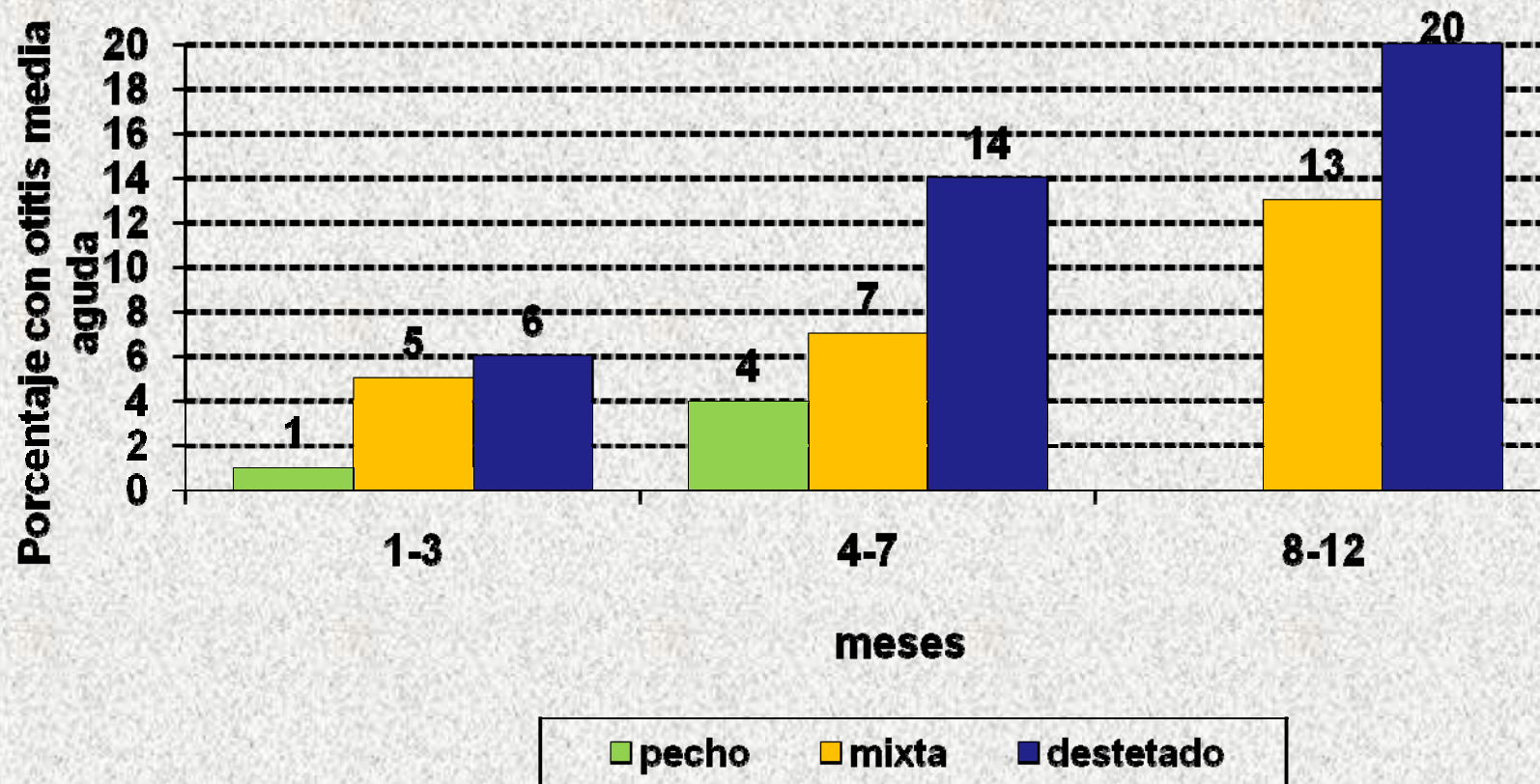


# Porcentaje de bebés alimentados con biberón y pecho en las primeras 13 semanas de vida que tuvieron enfermedad respiratoria en diferentes semanas del primer año de vida, Escocia



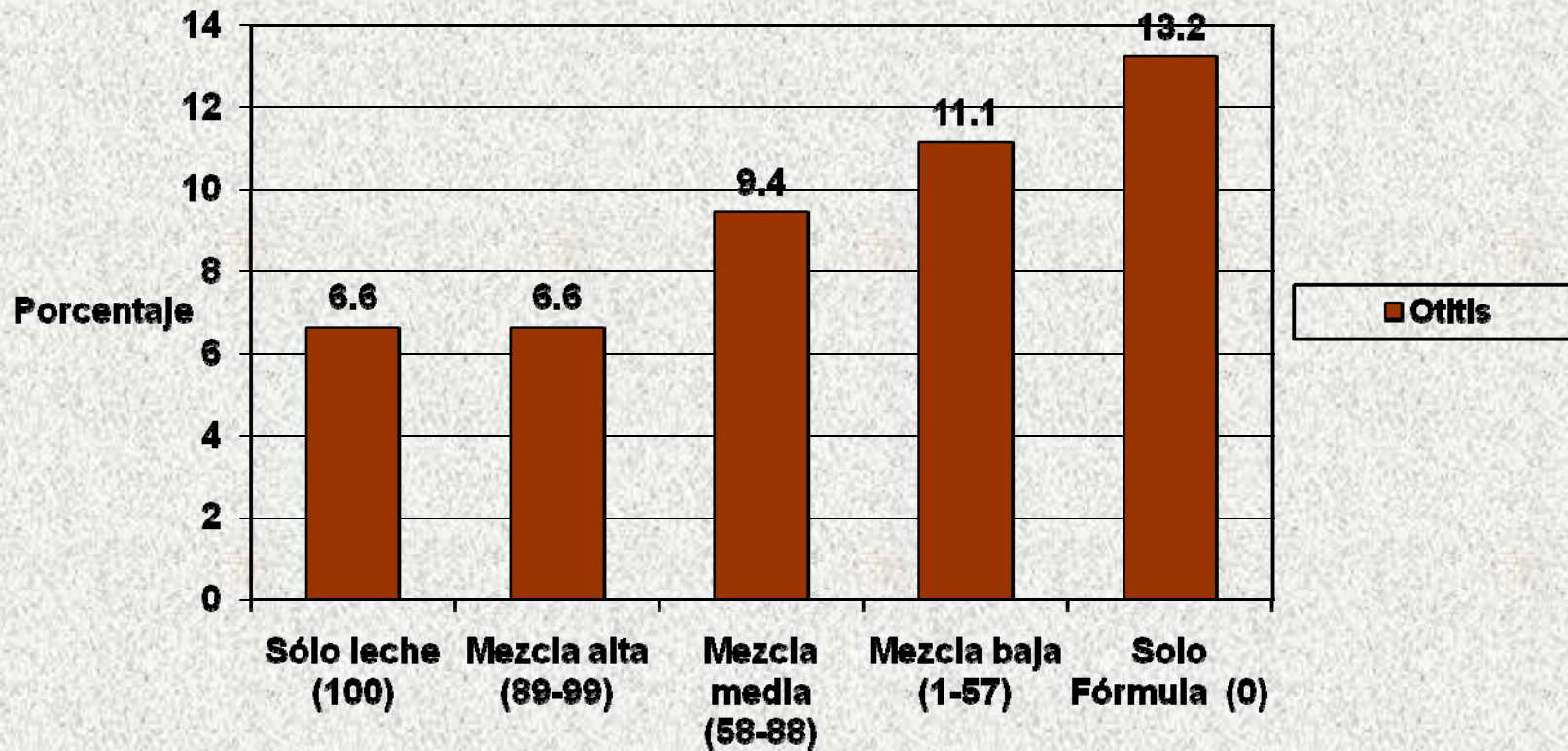
Adaptado de: Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CV. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*, 1990, 300: 11-15.

# Frecuencia de otitis media aguda en relación con el patrón de alimentación y edad, Suecia



Adaptado de: Aniansson G, Alm B, Andersson B, Hakansson A et al. A prospective coherent study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediat Infect Dis J*, 1994, 13: 183-188.

# Porcentaje de lactantes 2-7 meses de edad con otitis, según reportaron, en el mes previo, por tipo de alimentación en EE.UU. de N.A.

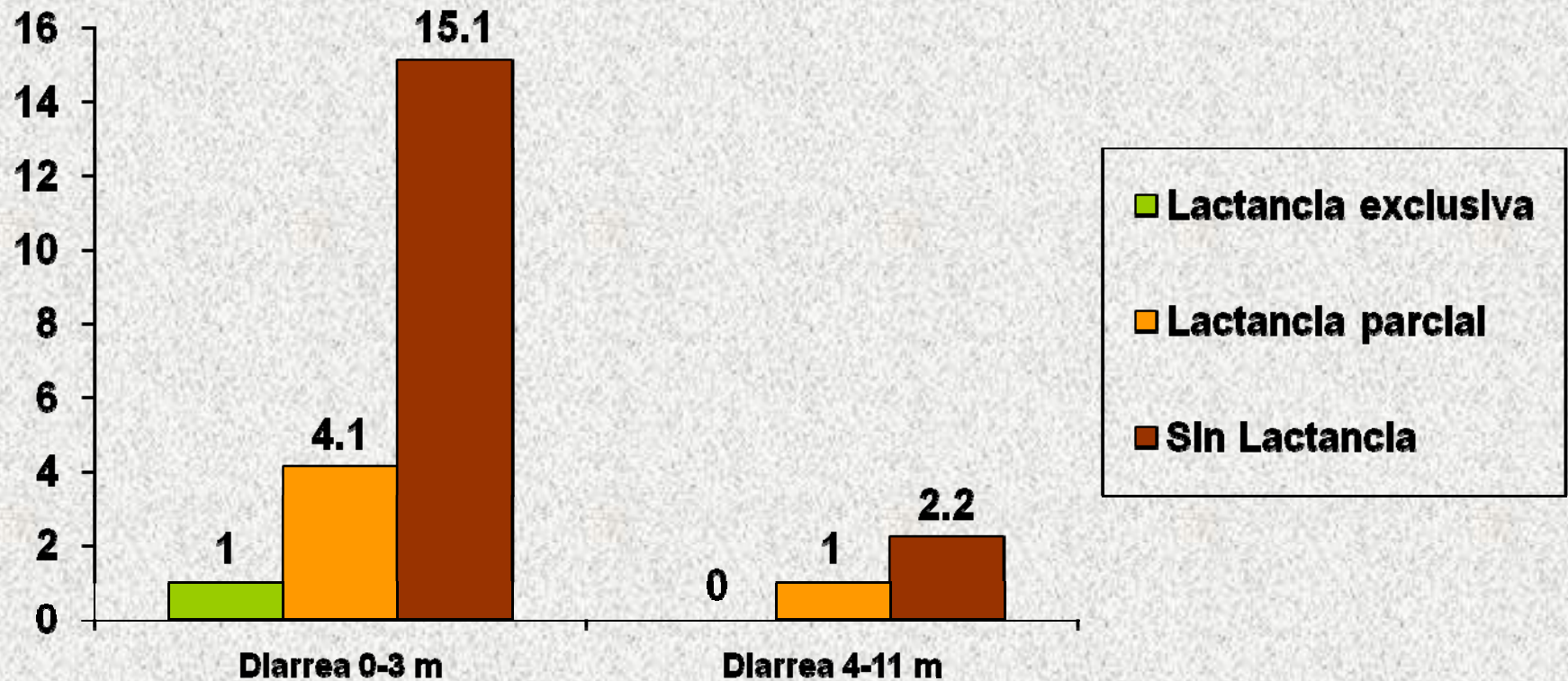


Adaptado de: Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 1997, 99(6).

# **Efecto protector de la lactancia materna en mortalidad infantil**

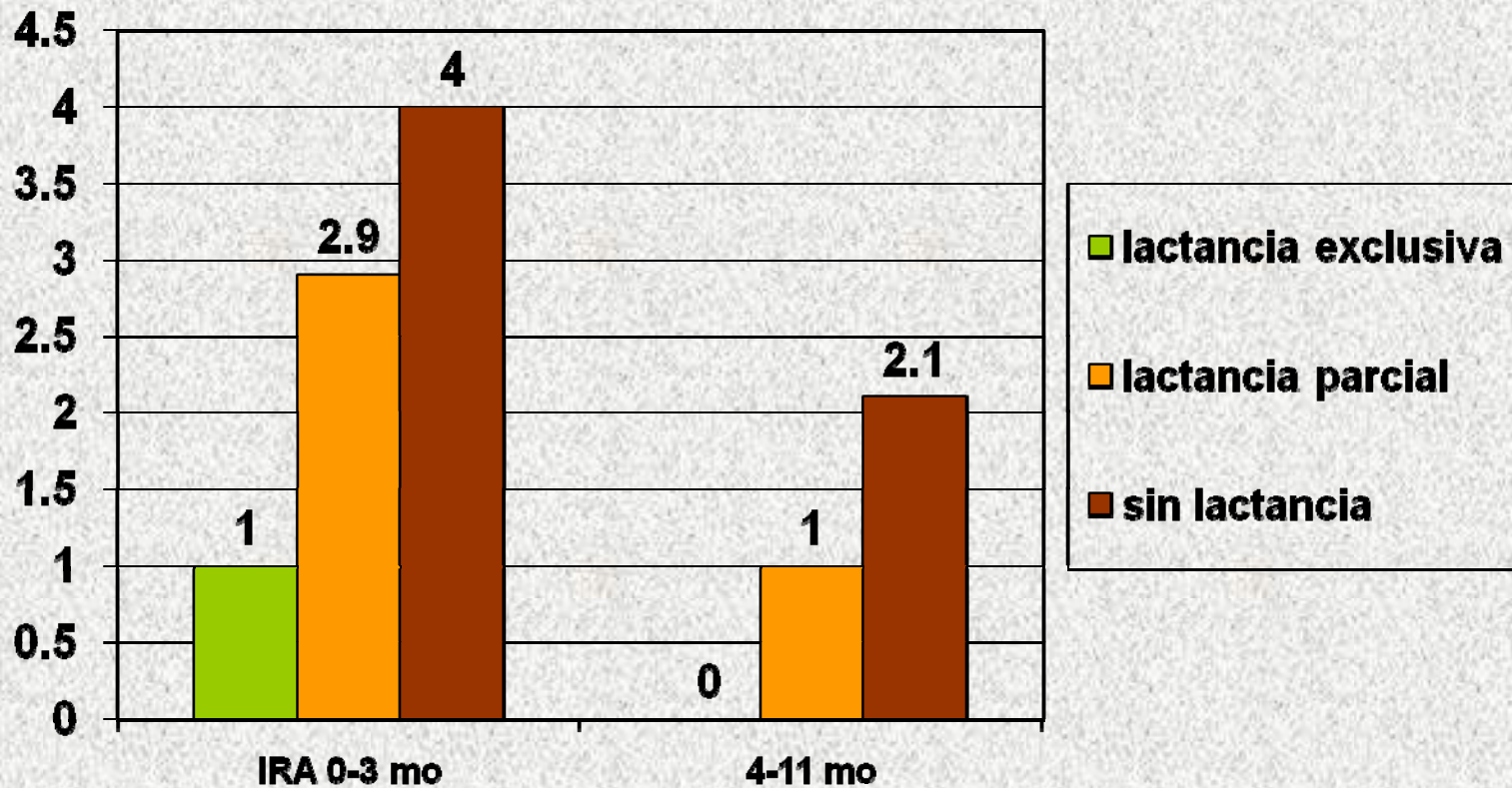


# Riesgo relativo de muerte por enfermedad diarreica por edad y tipo de lactancia materna en Latinoamérica



Adaptado de: Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001, 323: 1-5.

# Riesgo relativo de muerte por infección respiratoria aguda por edad y categoría de lactancia materna en Latinoamérica



Adaptado de: Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*, 2001, 323: 1-5.

# **La lactancia materna reduce el riesgo de enfermedad crónica**

## La lactancia materna disminuye el riesgo de desórdenes alérgicos – un estudio prospectivo de cohorte de nacimiento

Tipo de alimentación	Asma	Dermatitis Atópica	Rinitis Alérgica
Lactantes amamantados exclusivamente por 4 meses o más	7.7%	24%	6.5%
Lactantes amamantados por menos tiempo	12%	27%	9%

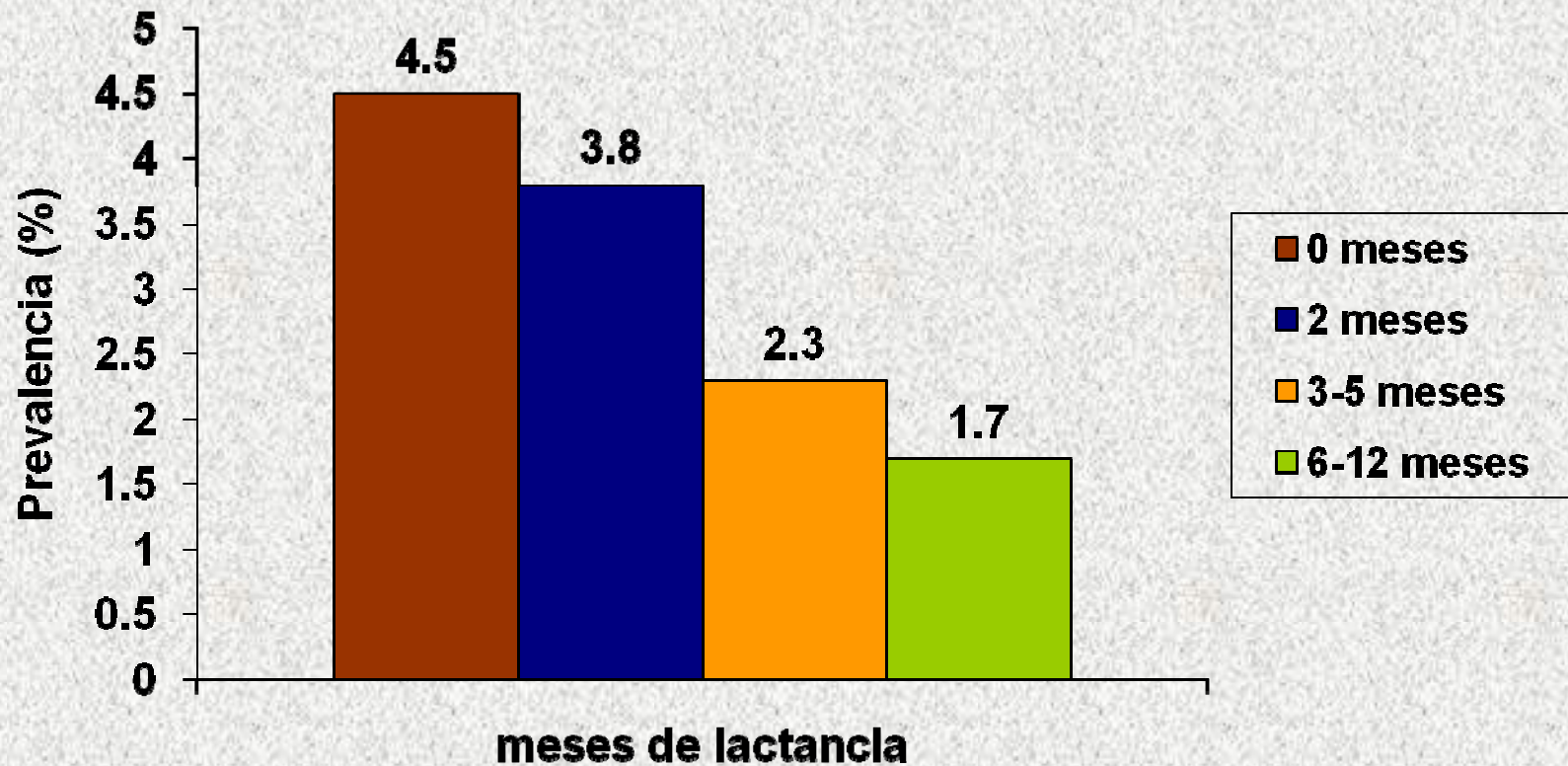
Adaptado de Kull I. et al. Breastfeeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 87:478-481.





Diapositiva 2e

## La lactancia disminuye la prevalencia de obesidad en niños a los 5 y 6 años de edad, Alemania



Adaptado de: von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ*, 1999, 319:147-150.

**La lactancia materna tiene beneficios psicológicos y para el desarrollo**





Diapositiva 2f

# Coeficiente de inteligencia por tipo de alimentación

**L 2 puntos  
más que AF  
Estudio de 3-7  
años de edad  
1982**

**L 2.1 puntos  
más que AF  
Estudio de 6 meses  
a 2 años de edad  
1988**

L = lactancia  
AF = alimentación con fórmula  
LM = leche humana



**LM 7.5 puntos  
Mas que sin LM  
Estudio de 7.5-8  
años de edad  
1992**

**L 12.9 puntos  
más que AF  
Estudio de 9.5  
años de edad  
1996**

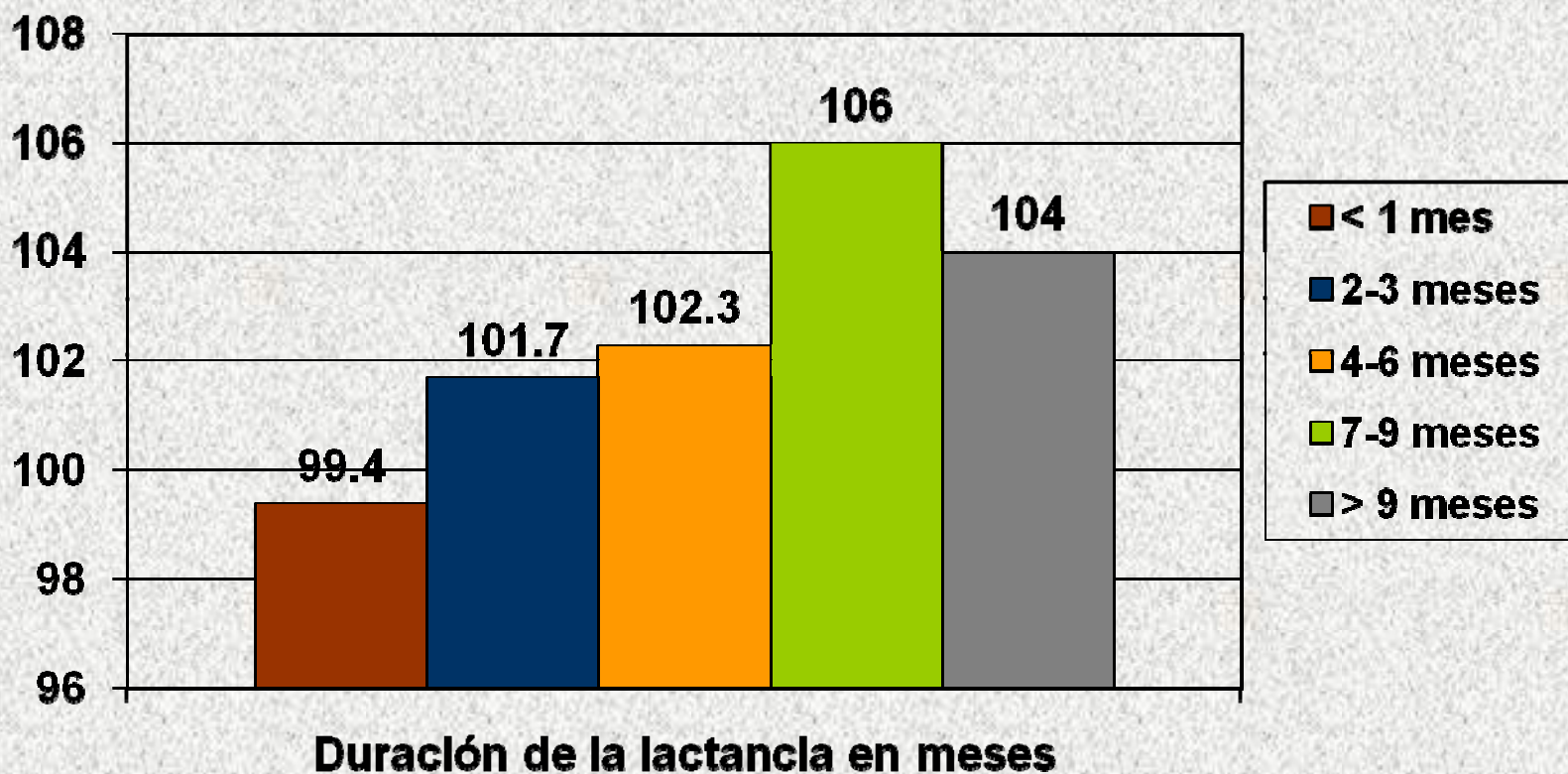
**L 8.3 puntos  
más que AF  
Estudio de 7.5-8  
años de edad  
1992**

## *Referencias:*

- Fergusson DM et al. Soc SciMed 1982
- Morrow-Tlucak M et al. SocSciMed 1988
- Lucas A et al. Lancet 1992
- Riva Eet al. Acta Paediatr 1996



## Duración de la lactancia materna asociada con puntaje mas alto de CI en adultos jóvenes, Dinamarca



Adaptado de: Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*, 2002, 287: 2365-2371.



Diapositiva 2g

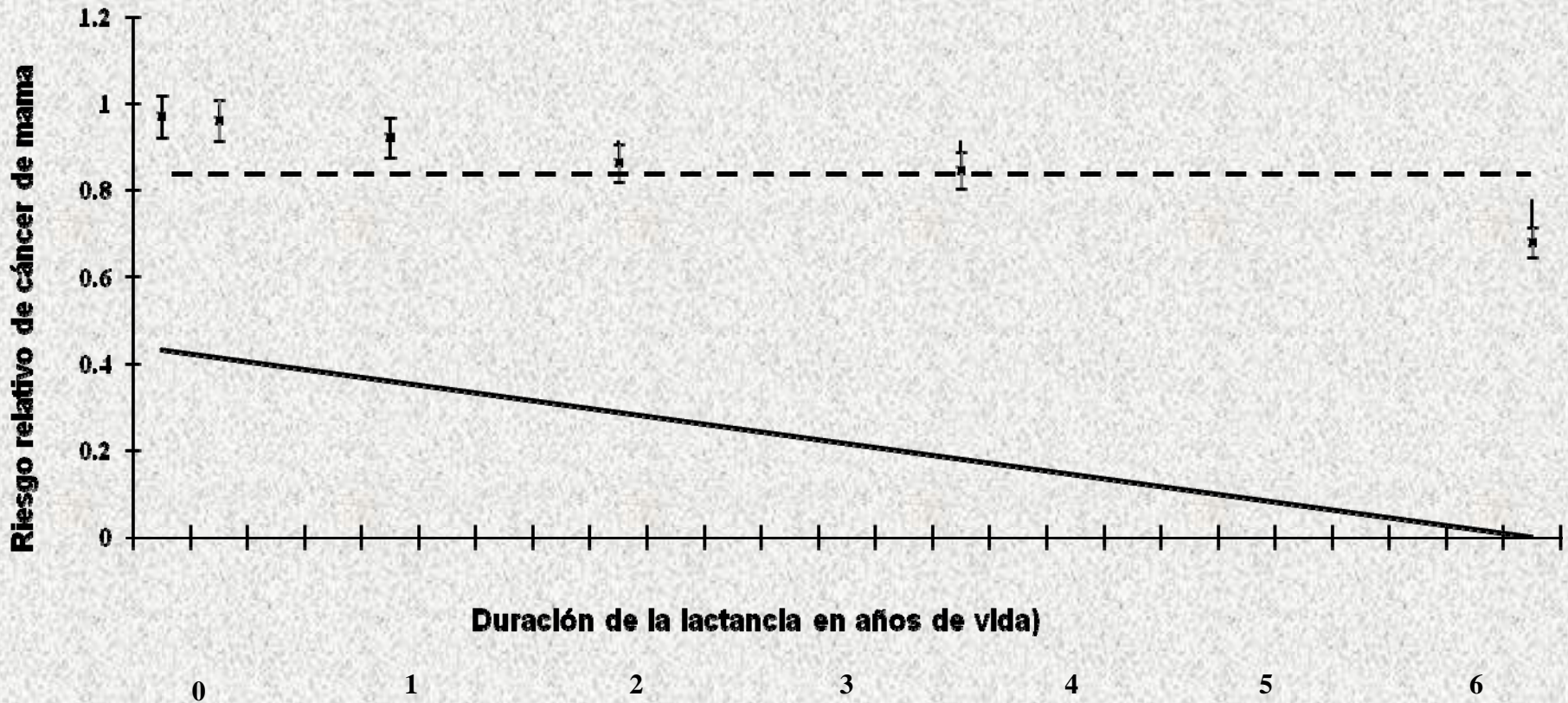
# Beneficios de la lactancia materna para la madre

---

- Protege la salud de la madre
  - Ayuda a reducir el riesgo de sangrado uterino y ayuda al útero a retornar a su tamaño normal.
  - Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario
- Ayuda a espaciar un nuevo embarazo
- Ayuda a la madre a recuperar el peso previo al embarazo.

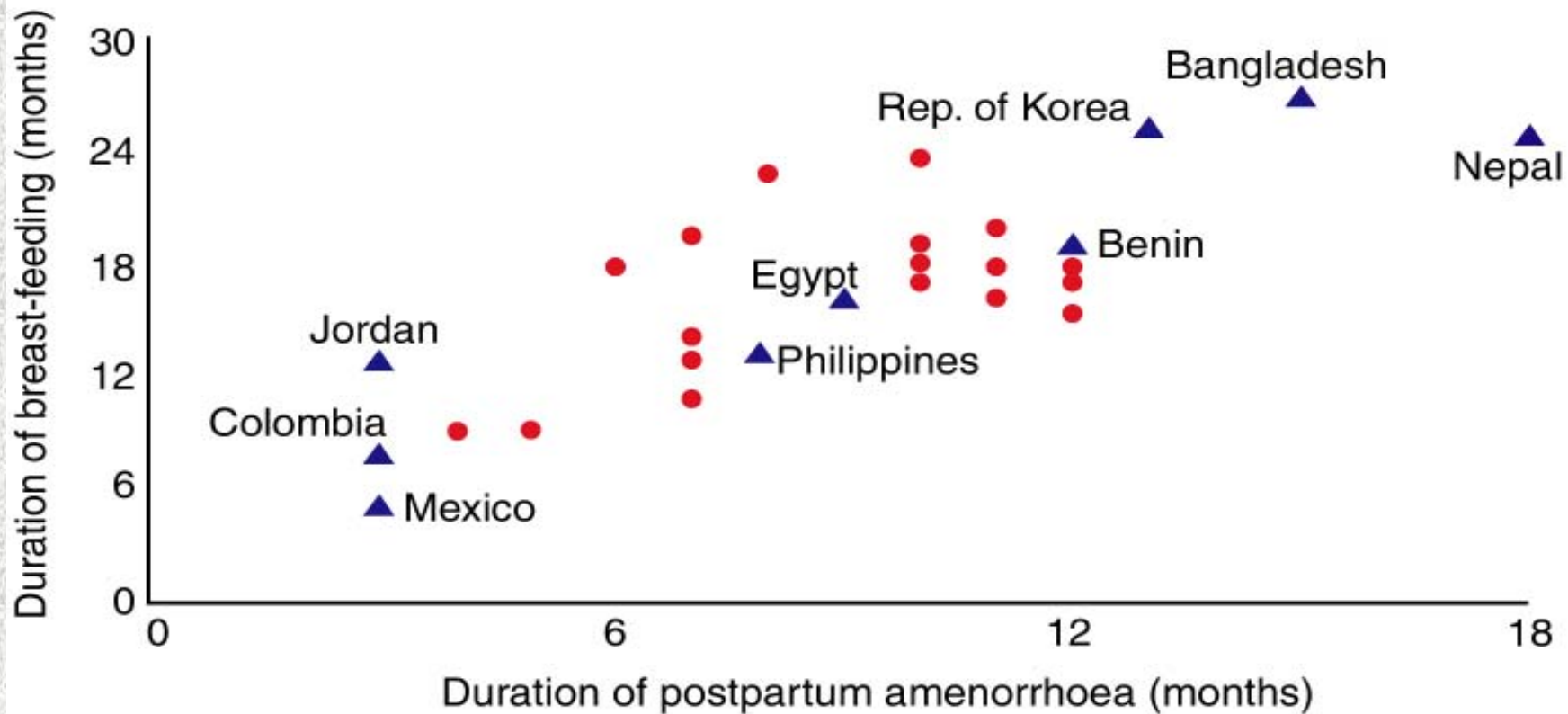


# Cáncer de mama y lactancia materna: Análisis de los datos de 47 estudios epidemiológicos en 30 países



Adaptado de: Beral V et al. (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries... *Lancet* 2002; 360: 187-95.

# Relación entre la duración de la lactancia materna y la amenorrea postparto (en meses)



Adaptado de: Saadeh R, Benbouzid D. Breast-feeding and child spacing: importance of information collection to public health policy. *Bulletin of the WHO*, 1990, 68(5) 625-631.

# Riesgos de la alimentación artificial

## ■ Interfiere con el apego

■ Más diarrea e infección respiratoria

■ Diarrea Persistente

■ Malnutrición  
Deficiencia de Vitamina A

■ Mayor posibilidad de muerte



Madre

■ Mas alergia e intolerancia a la leche

■ Incremento de riesgo de enfermedades crónicas

■ Sobrepeso

■ Menor puntaje en los tests de inteligencia

■ Nuevo embarazo muy pronto

■ Incremento de riesgo de anemia, cáncer de mama y ovario

Adaptado de: Breastfeeding counselling: A training course. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/CDR/93.6).

# Beneficios de la lactancia materna para la familia

---

- Mejor salud, nutrición, y bienestar
- Beneficios económicos
  - la lactancia cuesta menos que la alimentación artificial.
  - la lactancia dá como resultado menor gasto por atención de salud.



# Beneficios de la lactancia materna para el hospital

---

- Ambiente emocional tranquilo, calmado
- No salas de observación de recién nacidos sanos, mayor espacio en hospital
- Menor infección neonatal
- Menor inversión del tiempo del personal
- Mejora del prestigio e imagen del hospital
- Menos niños abandonados
- Más segura en emergencias



Diapositiva 2h

## Sesión 3: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño

### Objetivos

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Describir los antecedentes y la aplicación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS/UNICEF (IHAN) y las experiencias relevantes de los participantes en sus instituciones y país.
- Describir las guías que el personal de salud debe obedecer relacionadas con el Código Internacional de Comercialización de los Sucédaneos para la leche Materna.
- Describir los Criterios Globales y el Instrumento de Autoevaluación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS/OPS-UNICEF.
- Describir el proceso de evaluación de la IHAN y el proceso de designación.
- Analizar la importancia del monitoreo y reevaluación de la adherencia a los “10 pasos” para una Lactancia Exitosa.
- Analizar el rol de los tomadores de decisión del establecimiento en el apoyo a la IHAN.
- Analizar aspectos clave de la Estrategia Mundial de ALYNP y el rol de la IHAN al interior de ella.

### Duración

Total: 1 hora

### Metodología de Capacitación

Presentación  
Discusión  
Video o diapositivas (opcional)

### Preparación de la sesión

- Preparar información actualizada sobre estado de la IHAN a nivel nacional en colaboración estrecha con el Coordinador de Lactancia, el comité y /o los oficiales nacionales y regionales de OMS y UNICEF, incluyendo transparencias si existieran.

- Recopilar ejemplares de instrumentos de autoevaluación de la IHAN, completos para lograr la comprensión general del estado de IHAN en el país. Asegurarse que la información sobre los hospitales en particular se mantenga confidencial.
- Revisar los criterios mundiales, instrumento de autoevaluación y procesos de evaluación y reevaluación de la IHAN, para elaborar una presentación breve durante la sesión. Se adjunta una copia de los criterios mundiales y del instrumento de autoevaluación de la Iniciativa revisados como material didáctico 3.4 y 3.5. La información y los vínculos para descargar el curso de la IHAN revisado y los documentos de evaluación están disponibles en el sitio web de UNICEF, [http://www.unicef.org/nutritión/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme).
- Revisar el documento de OMS/UNICEF, *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra, Suiza, 2003 (<http://www.oms.int/nutritión/publicaciones/alimentacioninfantil/sp/index.html>; [http://www.oms.int/niño-adolescente-salud/NUTRICIÓN/estrategia\\_Mundial.htm](http://www.oms.int/niño-adolescente-salud/NUTRICIÓN/estrategia_Mundial.htm)). Leer las secciones 30, 31 y 34, páginas 13-19, que enfocan la importancia de mantener el apoyo a la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño* y la implementación de los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa*, así como el monitoreo y reevaluación de la Iniciativa en los establecimientos que ya fueron designados, y la expansión de la Iniciativa a las clínicas, centros de salud y hospitales pediátricos.

## **Materiales**

### ***Hojas Didácticas***

- 3.1 Presentación de la sesión 3
- 3.2 Lactancia: Un tema en la agenda del mundo
- 3.3 El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna: resumen de los puntos principales.
- 3.4 *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Sección 1 Antecedentes e Implementación, Sección 1.2: Implementación en Nivel Hospitalario, y Sección 1.3: Los Criterios Mundiales para la IHAN*, OMS y UNICEF, 2008. [http://www.unicef.org/nutritión/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme)).
- 3.5 *Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Sección 4 Monitoreo y Autoevaluación del Hospital, 4.1: Instrumento de Autoevaluación del Hospital*, OMS y UNICEF, 2008, ([http://www.unicef.org/nutritión/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme))
- 3.6 OMS/UNICEF cursos de lactancia y alimentación del lactante y del niño pequeño
- 3.7 La Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Guías e Instrumentos para el Monitoreo y reevaluación.

### ***Diapositivas /Transparencias***

- 3.1 Metas de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño
- 3.2-3 Diez pasos para una lactancia exitosa
- 3.4-5 Fechas claves en los antecedentes de lactancia materna y la IHAN
- 3.6-12 El Código Internacional: Resumen y rol del Hospital Amigo
- 3.13 La ruta para la designación como Hospital Amigo del Niño
- 3.14-15 Diferencias entre monitoreo y reevaluación
- 3.16-17 El rol del administrador del hospital en IHAN
- 3.18-21 La Estrategia Mundial de ALNP y el fortalecimiento de IHAN.

El sitio web de este Curso contiene vínculos a las diapositivas y transparencias para esta sesión en dos archivos de Microsoft PowerPoint. Las diapositivas (a color) pueden ser utilizadas con una computadora portátil y un proyector LCD, si disponible. Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para ser proyectadas con un



retroproyector. Las transparencias están además disponibles en el material didáctico 3.1 con 6 transparencias por página.

### **Material Adicional a ser distribuido**

Los documentos siguientes, que pueden obtenerse de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra o la oficina regional de la OMS deben distribuirse a todos los participantes:

- *Proteger, Promocionar y Apoyar La Lactancia: El Rol Especial de los Servicios de Maternidad. Una Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989.
- *El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981.

### **Sugerencia de Programas audiovisuales adicionales**

- Juego de diapositivas o videos sobre “Amigo del Niño” en el país o región donde se da el curso (opcional, si disponible).

### **Referencias**

*Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003

(<http://www.oms.int/nutrición/publicaciones/alimentacioninfantil/sp/index.html>;  
[http://www.oms.int/salud-niño-adolescente/NUTRICIÓN/Estrategia\\_mundial.htm](http://www.oms.int/salud-niño-adolescente/NUTRICIÓN/Estrategia_mundial.htm)).

*Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: La duración óptima de la lactancia exclusiva.* Quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud, Agenda Provisional ítem 13.1, A54/INF.DOC./4. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1 Mayo 2001 ([http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA54/ea54id4.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54id4.pdf)).

Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla. Promoción de Lactancia y priorización en salud. *Health Political/Norma and Planning*, 1996, 11(2):156-168.

International Baby Food Action Network. *Protegiendo la salud infantil: Una guía para el código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna.* 7th ed. Penang, Malaysia, IBFAN, 1993.

*Código Internacional de Sucedáneos de la leche materna.* Geneva, Organización Mundial de la Salud, 1981.

Kramer MS, Kakuma R. *La duración óptima de la lactancia exclusiva. Una revisión sistemática.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (OMS/NHD/01.08, OMS/FCH/CAH/01.23)  
([http://www.oms.int/niño-adolescente-salud/publicaciones/NUTRICIÓN/OMS-FCH\\_CAH\\_01.23.htm](http://www.oms.int/niño-adolescente-salud/publicaciones/NUTRICIÓN/OMS-FCH_CAH_01.23.htm))

*Nuevos datos sobre la prevención de la transmisión de madre a niño de VIH y su implicación en la política. Conclusiones y recomendaciones de consultoría técnica de la OMS para la UNFPA/UNICEF/OMS/ONUSIDA Grupo de Trabajo Inter Agencial sobre Transmisión Madre a Hijo del VIH.* Ginebra, 11-13 Octubre 2000. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/RHR/01.28).

*Protección, promoción y apoyo a la lactancia. El rol especial de los servicios de maternidad. A joint WHO/UNICEF statement.* Geneva, World Health Organization, 1989.

*Informe de la Consulta a Expertos respecto a la duración óptima de la lactancia exclusiva: Ginebra, Suiza 28-30 de Marzo 2001. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (OMS/NHD/01.09, OMS/FCH/CAH/01.24)*

*Resolución AMS 39.28: Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.

*Resolución AMS 47.5: Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994

Saadeh R et al.,eds. *Lactancia: Bases técnicas y recomendaciones para la acción.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (WHO/NUT/MCH/93.1).

*La Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral, Sección 1: Antecedentes e Implementación; Sección 2: Fortaleciendo y sosteniendo IHAN: Curso para los tomadores de decisión; Sección 3:Lactancia Materna, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño; Curso de-20-horas; Sección 4:Instrumento de Monitoreo y Autoevaluación del Hospital y Hospital; Sección 5: Evaluación Externa y Reevaluación,* New York, New York, UNICEF, y Ginebra, OMS. 2008  
([http://www.unicef.org/nutritión/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme)).

*El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna: Preguntas Frecuentes,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRTIÓN/ISBN\\_92\\_4\\_159429\\_2.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRTIÓN/ISBN_92_4_159429_2.htm)).

Información adicional de las oficinas de país o regionales, comités nacionales de lactancia, Asociados locales Wellstart, grupos IBFAN, u otros recursos.

**Contenidos mínimos**

Contenido	Notas del Capacitador
<p><b>1. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) - Descripción y fechas clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ IHAN es un movimiento Mundial, encabezado por la OMS y UNICEF, que intenta brindar a cada bebé el mejor comienzo de su vida creando un ambiente adecuado en el establecimiento de salud donde la lactancia es la norma.</li> </ul>	<p>Mencionar que una mini versión de la presentación se reproduce en la Hoja Didáctica 3.1 adjunta en la carpeta del participante.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ IHAN tiene dos objetivos principales:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Transformar los hospitales y maternidades mediante la aplicación de los “Diez Pasos”</li> <li>■ Terminar con la práctica de distribución de suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna a salas de maternidad y hospitales.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 3.1.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La declaración conjunta de la OMS/UNICEF sobre lactancia y servicios de maternidad se ha convertido en el eje central de IHAN. Las salas de Maternidades y hospitales que aplican los principios descritos en la declaración conjunta son designados como Hospital Amigo para llamar la atención del público para su apoyo firme a las prácticas de alimentación del lactante.</li> </ul>	<p>Referir a los participantes a la Declaración Conjunta, que recibieron como Hoja Didáctica para el curso. Describir brevemente la información contenida en este documento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los “Diez pasos para una lactancia exitosa” son un parámetro apropiado para medir los servicios de una maternidad.</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 3.2 y 3.3.</p> <p>Mencionar que los Diez Pasos están adjuntos en la Declaración Conjunta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Breve referencia a los antecedentes, los hitos históricos de los pasos en la historia y el desarrollo de la IHAN y eventos relacionados:</li> </ul> <p><b>1979</b> - Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante</p>	<p>Mostrar diapositivas/transparencias 3.4 y 3.5.</p> <p>Referir a los participantes a Hoja Didáctica 3.2 “Lactancia – Un tema en la agenda del mundo”, que describe esta historia en más detalle.</p> <p>Mencionar que la Declaración de Innocenti incluye cuatro objetivos – el registro de un</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p>y del Niño Pequeño (Ginebra)</p> <p><b>1981</b> - Adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna</p> <p><b>1989</b> - Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna: El rol Especial de los Servicios de Maternidad. Una Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF.</p> <p>Convención de los Derechos Humanos del Niño</p> <p><b>1990</b> - Declaración de Innocenti</p> <p>- Cumbre Mundial para la Infancia</p> <p><b>1991</b> - Lanzamiento de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño</p> <p><b>2000</b> - Consulta de los Expertos de la OMS en VIH y Alimentación Infantil</p> <p><b>2001</b> - Consulta de OMS en la duración óptima de la lactancia materna exclusiva (alrededor de los 6 meses)</p> <p><b>2002</b> - Respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño</p> <p><b>2005</b> - Declaración de Innocenti 2005</p> <p><b>2007</b> - Revisión de los documentos de la IHAN</p>	<p>Coordinador del Comité Nacional de lactancia y el establecimiento de un comité nacional multisectorial, asegurando que cada establecimiento que provea servicios de maternidad cumpla completamente todos los “Diez Pasos” establecidos en la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF, aplicando acciones para dar efecto a los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y promulgando la legislación que proteja el derecho de amamantar de las mujeres trabajadoras y establece los medios para su fortalecimiento. La aplicación del Código y la Implementación de los “Diez Pasos” fueron claves para la IHAN lanzada dos años después. En el 2005 la Ratificación de la Declaración de Innocenti enfatiza la importancia de revitalizar la IHAN, e identificar recursos suficientes para su sostenibilidad.</p> <p>Como parte del esfuerzo para revitalizar la IHAN y expandirla, se revisaron y actualizaron los documentos de la IHAN en el 2007, con información actualizada y nuevos módulos relacionados a VIH y alimentación infantil y atención materna amigable a la madre.</p> <p>Esta sesión explora los componentes esenciales del Código de Comercialización y la Iniciativa Hospital Amigo y el rol que pueden desempeñar los administradores del hospital para apoyar tanto el Código como la IHAN. En muchos escenarios con alta prevalencia de VIH existe la necesidad de considerar los temas relacionados al VIH en el marco de la Iniciativa Hospital Amigo. En este curso se revisan estos temas en las Sesiones 4 y 5.</p> <p>El lanzamiento de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño se revisará al final de la sesión, explorando como se refuerza la importancia de, tanto el Código, como los “Diez Pasos” de la IHAN.</p>
<p><b>2. Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna – resumen y el rol del Hospital Amigo del Niño.</b></p>	<p>Nota: Este repaso del “Código” puede darse en este momento o durante la sesión (a continuación de la discusión del monitoreo y reevaluación o al final) si es un disertante diferente.</p> <p>Mostrar diapositiva /transparencia 3.6.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Objetivo</b> – El objetivo del Código es el de contribuir a la provisión de una nutrición adecuada y segura para los bebés, mediante la protección y promoción de la lactancia y asegurando el uso apropiado de sucedáneos para la leche materna, cuando éstos sean necesario, en la base de una información adecuada y a través de técnicas de comercialización y distribución apropiadas.</li>   <li>■ <b>Ámbito</b> – El Código se aplica a las prácticas relacionadas con y al comercialización, de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluyendo fórmula infantil; otros productos lácteos, comidas y bebidas, incluyendo alimentación complementaria en biberón, cuando se comercialice o se presente como adecuado, con o sin modificación, para su uso parcial o total como sucedáneo de la leche materna; biberones, chupones. También se aplica a su cualidad y disponibilidad, y el uso de la información concerniente a su uso.</li>   <li>■ La OMS y UNICEF están luchando para terminar con la distribución gratuita y a bajo costo de los suministros de productos en el ámbito de Código Internacional donde sea, en el sistema de atención de salud.</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 3.7 and 3.8.</p> <p>Referir a los participantes al <i>Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Principales puntos en el Código Internacional incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ No hacer propaganda de los sucedáneos de leche materna y otros productos al público</li> <li>■ No realizar donación de sucedáneos de la leche materna y otros suministros a los hospitales</li> <li>■ No distribuir muestras gratuitas a las madres</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar diapositivas /transparencias 3.9 y 3.10.</p> <p>Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 3.3, “El Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de leche Materna: Resumen de los puntos principales” que presenta las provisiones más importantes del Código Internacional y su fundamento.</p>

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No realizar promoción en los servicios de salud</li> <li>■ Ningún personal de las compañías orienta a las madres</li> <li>■ No dar regalos al personal o muestras gratuitas</li> <li>■ No utilizar espacios, equipos o materiales educativos auspiciados y producidos por compañías de leche cuando se orienta a la madre en alimentación infantil.</li> <li>■ No utilizar fotos o figuras de lactantes idealizando la alimentación artificial en las etiquetas de los productos.</li> <li>■ La información al personal de salud debe ser científica y factual.</li> <li>■ La información en lactancia artificial, incluida la información de las etiquetas debe citar los beneficios de la lactancia los costos y peligros asociados con la lactancia artificial.</li> <li>■ Los productos inadecuados como leche azucarada condensada no deben promocionarse para bebés.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La cesación de los suministros gratuitos o a bajo costo es un elemento esencial para alcanzar la nominación de Hospital Amigo. El Hospital Amigo del Niño y su administrador y personal tienen un rol importante en la defensa del Código:             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los establecimientos de salud no deben aceptar los suministros gratuitos o a bajo costo de los sustitutos de la leche materna.</li> <li>■ Los sucedáneos de la leche deben ser adquiridos por el personal del establecimiento siguiendo el mismo procedimiento de la adquisición de medicamentos y alimentos por lo menos al precio al por mayor.</li> <li>■ No se permite material promocional para alimentos y bebidas infantiles diferentes de la leche materna.</li> <li>■ Las mujeres embarazadas no deben</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 3.11 y 3.12 y revisar las guías mencionadas.</p> <p>Mencionar que las muestras incluyen todos los productos que pueden interferir con el inicio exitoso y el establecimiento de la lactancia, tales como biberones, tetinas, chupones de distracción, fórmula infantil y otros tipos de fórmula como la fórmula para prematuros.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p>recibir material que promocióne la alimentación infantil artificial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La demostración de la preparación de sucedáneos de la leche materna debe realizarla el trabajador de salud solamente y solamente a mujeres embarazadas y los miembros de sus familias que necesiten utilizarla</li> <li>▪ Los sucedáneos de la leche materna en el establecimiento de salud deben mantenerse fuera de la vista de mujeres embarazadas y madres.</li> <li>▪ El establecimiento de salud no debe permitir que los paquetes de regalo que contengan sucedáneos de la leche materna u otros suministros que interfieren con la lactancia se distribuyan a las embarazadas o madres.</li> <li>▪ No deben aceptarse incentivos económicos o materiales para la promoción de productos en el ámbito del Código ni por los trabajadores ni sus familias.</li> <li>▪ Fabricantes y distribuidores de productos en el ámbito del Código deben revelar a la institución cualquier contribución realizada a los trabajadores de salud como becas, viajes de estudio, subvención para la investigación, conferencias o similar. Las mismas declaraciones debe realizarlas el receptor.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discusión de las prácticas actuales de comercialización de las compañías de fórmula en los establecimientos de salud de los participantes y analizar cómo lidiar con ellos.</li> </ul>	<p>Pregunte a los participantes que tácticas de comercialización utilizan las compañías de fórmula en sus hospitales y que sugerencias tienen para lidiar con ellos.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p><b>3. Criterios Globales de la IHAN de OMS/UNICEF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Descripción del proceso de desarrollo de los Criterios Globales utilizados en la evaluación de la IHAN :           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desafío para encontrar métodos objetivos de medición de la aplicación de cada uno de los Diez Pasos. Importancia de preguntar a las madres y observar las prácticas del hospital.</li> <li>■ Los Criterios Globales se utilizaron para desarrollar tanto el instrumento de Autoevaluación de la Iniciativa como los instrumentos para el proceso de evaluación externa.</li> <li>■ Los Criterios Globales, instrumentos de autoevaluación, curso y evaluación se revisaron en el 2007. Ellos incluyen ahora los criterios opcionales y los módulos relacionados con las prácticas de atención del parto amigable para las madres y con la alimentación infantil y el VIH.</li> <li>■ Importancia de utilizar los Criterios Globales versus los desarrollados en el país.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 3.4 <i>Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Sección 1 Antecedentes e Implementación</i>, OMS y UNICEF, revisados 2008, que incluye una copia de los Criterios Globales. Pida a los participantes que lean los criterios y analicen alguno de ellos.</p>
<p><b>4. Uso del Instrumento de Autoevaluación de la OMS/UNICEF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Instrumento de Autoevaluación del Hospital puede ser utilizado por un establecimiento de salud para darle una mirada inicial a lo incluido en el proceso de crear un ambiente institucional que apoye la lactancia materna. Ello incluye preguntas simples de “sí” o “no” y no requiere entrevistas con las madres ni con el personal. Los hospitales y establecimientos de salud pueden aplicarlo ellos mismos sin un asesor externo.</li> <li>■ Si la mayoría de las respuestas al instrumento de autoevaluación son “sí” y al menos el 75% de las madres que dieron</li> </ul>	<p>Solicite a los participantes que den una mirada rápida al Instrumento de Autoevaluación incluido en la hoja Didáctica 3.5, <i>“Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Sección 4: Instrumento de Autoevaluación y Monitoreo.”</i> Indicar que las preguntas fueron desarrolladas para proveer una determinación inicial (a través de la autoevaluación) de cuán bien cumple el hospital con los criterios de cada uno de los Diez Pasos. También se incluye las preguntas sobre el Código de Comercialización, la atención amiga de la madre, y la alimentación infantil y el VIH.</p> <p>Distribuya una copia extra del instrumento de autoevaluación (Hoja Didáctica 3.5) a cada uno de los equipos de participantes. Pida a los participantes que se reúnan con todos los miembros del establecimiento y llene el</p>



Contenido	Notas del Capacitador
<p>a luz en el último año amamantaron exclusivamente desde el nacimiento a su alta o, si lo contrario, era debido a razones médicas aceptables, el hospital puede considerar seguir el procedimiento y solicitar una evaluación externa, y si aprueba, será designado como Hospital Amigo del Niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un hospital con muchas respuestas “no” al instrumento de autoevaluación, con una lactancia exclusiva baja, puede desarrollar un plan de acción para realizar cambios que conducirán a un apoyo más exitoso de la lactancia. Cuando se han hecho mejoras en el hospital se puede realizar otra autoevaluación y pedir, en caso de estar listos, la evaluación externa.</li> </ul>	<p>formulario de autoevaluación antes de la primera sesión de la mañana a no ser que ya lo hubieran llenado antes de venir al curso y/o lo hubieran traído con ellos) Cada grupo analizará los resultados y los compartirá durante la sesión “Evaluación de las políticas y prácticas” (Sesión 7).</p> <p>Nota: Si fuera mejor, la Sesión 7 sobre “Políticas de evaluación y prácticas” puede darse a continuación de la Sesión 3, dando a los participantes una oportunidad para evaluar su propio establecimiento y saber cómo les va con la implementación de los Diez Pasos antes de las Sesiones 4 y 5.</p>
<p><b>5. Evaluación del hospital y designación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El proceso generalmente incluye los pasos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solicitud del hospital para la evaluación externa</li> <li>■ Evaluación, generalmente requiere un equipo de 2 a 4 evaluadores por 1 o 2 días dependiendo del tamaño del hospital.</li> <li>■ La retroalimentación informal y comunicación de los resultados generales a los representantes del hospital incluyendo los logros y los pasos que aun requieren de trabajo</li> <li>■ Informe de los resultados y recomendaciones finales del Comité Nacional o Grupo de Coordinación de la IHAN respecto al estado del hospital.</li> <li>■ Designación de los Hospitales como Amigo del Niño o entrega de un Certificado de Compromiso.</li> <li>■ Si el hospital aun necesita realizar cambios, colaborar con el Grupo de</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mostrar la diapositiva /transparencia 3.13 “El procedimiento para la Designación de Hospital Amigo” analizar el proceso. (Si el proceso es algo diferente en su país, adaptar como corresponde.)</p> <p>Enfatizar que los Diez Pasos necesitan cumplirse completamente (por ejemplo: no 8 de 10) y que no se permiten los suministros gratuitos o a bajo costo de productos en el ámbito del Código Internacional. Se deben cumplir también los criterios de atención amiga de la madre, una vez que los establecimientos han tenido la oportunidad de capacitar a su personal en este componente. Si la autoridad nacional decide que los criterios del VIH deben incluirse en la Iniciativa, también deben cumplirse totalmente.</p> <p>Analizar el hecho de entregar un “Certificado de Compromiso” al hospital que ante una evaluación oficial, no ha cumplido completamente con los estándares, ej., los Criterios Globales. Esto significa que el hospital está comprometido para que un plazo específico diseñe un plan de acción y realice los cambios requeridos para convertirse en un verdadero Hospital Amigo.</p>

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

Contenido	Notas del Capacitador
<p>Coordinación Nacional de la IHAN para determinar el apoyo técnico requerido</p>	
<p><b>6. Capacitación de la IHAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La mayoría de los hospitales necesitarán mayor capacitación para su personal como parte del proceso para convertirse en Hospital Amigo del Niño. Se necesitan al menos 20 horas de capacitación en promoción y apoyo en lactancia para convertirse en un Hospital Amigo, incluyendo un mínimo de tres horas de experiencia técnica clínica supervisada.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ UNICEF, OMS y otros grupos han desarrollado materiales de capacitación que pueden utilizarse con el personal. Estos cursos se enumeran en un resumen de una página.</li> </ul>	<p>Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 3.6 “Cursos de Lactancia de la OMS/UNICEF.” Mencionar que los materiales de entrenamiento para el personal de los servicios de maternidad se han revisado y actualizado en un “curso de 20- horas”, “Sección 3: Apoyo y Promoción de la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño” que está disponible en el sitio web de UNICEF , <a href="http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme">http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme</a> Mencionar que existe mucho apoyo para la capacitación disponible en las oficinas de UNICEF, nacionales y regionales o mediante la autoridad nacional de ALNP o el grupo de coordinación de la IHAN.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p><b>7. Monitoreo y reevaluación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Una vez que el hospital se ha designado como Hospital Amigo del Niño es importante mantener el apoyo del hospital para una lactancia exitosa.</li> <li>■ La Monitorización y/o reevaluación de la adherencia del hospital a los Diez Pasos puede ayudar a los administradores y miembros del personal a determinar como lo están haciendo y donde se necesita mayor trabajo para mantener los criterios.</li> <li>■ La monitorización puede ser instituida por el hospital mismo o mediante la coordinación nacional de la IHAN.</li> <li>■ La reevaluación es generalmente un proceso externo, muy parecida a la evaluación original pero no tan extensa.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existen varias diferencias clave entre monitoreo y reevaluación.</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 3.14 y 3.15.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las guías de la IHAN y los instrumentos para el monitoreo y reevaluación de los Hospital Amigo se revisaron en los inicios del 2007 y están disponibles como parte de los documentos de la IHAN.</li> <li>■ Las guías e instrumentos para el monitoreo de la IHAN están en la Sección 4, Instrumento de Autoevaluación y Monitoreo, Sección 4.2.</li> </ul> <p>Las guías y el instrumento de reevaluación están incluidos en la Sección 5: Evaluación y Reevaluación, Sección 5.3:</p>	<p>Distribuir la Hoja Didáctica 3.7, una descripción de los instrumentos y guías de monitoreo y reevaluación OMS/UNICEF, y brevemente repase los contenidos y cómo pueden utilizar los instrumentos.</p>
<p><b>8. El rol del administrador del hospital en la IHAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Familiarizarse con el proceso de IHAN</li> <li>■ Decidir dónde reside la responsabilidad</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 3.16 y 3.17.</p> <p>Mencionar que en situaciones donde existe alta prevalencia de VIH, los administradores del hospital necesitan considerar temas adicionales</p>

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
<p>de la IHAN en la estructura del hospital. Puede ser un comité de coordinación u grupo de trabajo, un equipo multidisciplinario, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Establecer el proceso en el interior del hospital para trabajar con el cuerpo responsable.</li> <li>■ Trabajar con el personal clave para el llenado del instrumento de autoevaluación utilizando los Criterios Mundiales e interpretar los resultados.</li> <li>■ Apoyo del personal en la toma de decisiones para alcanzar la “Amistad del Niño”</li> <li>■ Facilitar cualquier capacitación relacionada con la IHAN que se necesite.</li> <li>■ Colaborar con la coordinación nacional de la IHAN y para una evaluación externa cuando el hospital esté listo para la evaluación.</li> <li>■ Alentar al personal para mantener la adherencia a los Diez Pasos, coordinar para reactualizar la capacitación y para realizar el monitoreo y reevaluación.</li> </ul>	<p>mientras se implementa la IHAN. Estos problemas se explorarán en las Sesiones 4 y 5.</p>
<p><b>9. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño</b></p> <p>La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño pretende revitalizar los esfuerzos para promover, proteger y apoyo apropiado para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se construye en base a iniciativas pasadas, en particular la Declaración de Innocenti y la Iniciativa Hospital Amigo y considera a las necesidades de todos los niños incluyendo los que viven en circunstancias especiales, tales como los bebés de las mujeres VIH positivas, peso bajo al nacer y lactantes en situaciones de emergencias.</li> </ul> <p>Su objetivo es “mejorar – a través de la</p>	<p>Mostrar la diapositiva /transparencia 3.18.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p>alimentación óptima, el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y la sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños”.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La estrategia reafirma la relevancia y la urgencia de los objetivos operacionales de la Declaración de Innocenti, incluyendo la aplicación de los “Diez pasos para una lactancia exitosa” en todos los servicios de maternidad y aplicando los principios y objetivos del Código Internacional, que conforma la base de la IHAN.</li> <li>■ La estrategia tiene cinco objetivos operacionales adicionales, solicita a todos los gobiernos: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desarrollar, implementar, monitorizar y evaluar una política integrada con ALNP;</li> <li>■ Asegurar que salud y otros sectores relevantes protejan, promuevan y apoyen la lactancia exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta los dos años o más, mientras proveen a las mujeres de todo el apoyo que necesitan;</li> <li>■ Promocionar la alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada continuando con la lactancia;</li> <li>■ Proveer orientación para alimentar a lactantes y niños pequeños en circunstancias especialmente difíciles;</li> <li>■ Considerar nuevas leyes u otras medidas pertinentes que se requieran, como parte de una política integral en alimentación del lactante y niño pequeño, para hacer efectivos los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de la Leche Materna y a las resoluciones posteriores, relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud.</li> </ul> </li> </ul> <p>(Ver la redacción completa de los objetivos en la</p>	<p>Mostrar la diapositiva/transparencia 3.19.</p>

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
<i>Estrategia Mundial.)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La Estrategia Mundial enfatiza “que las rutinas y procedimientos del hospital deben apoyar el inicio exitoso y el establecimiento de la lactancia mediante la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo, monitoreo y reevaluación en los establecimientos ya designados, y expandiendo la Iniciativa para incluir las clínicas, centros de salud y hospitales pediátricos.”</li> <li>■ También urge a dar apoyo para la alimentación de lactantes y niños pequeños en situaciones excepcionalmente difíciles, siendo un aspecto adaptar la IHAN considerando el VIH/SIDA, asegurando que quienes sean responsables de la preparación para emergencias estén bien entrenados para apoyar las prácticas apropiadas de alimentación consistentes con los principios universales de la Iniciativa.</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 3.20 y 3.21.</p>
<p><b>10. Visión general del progreso mundial y regional de la IHAN</b></p>	<p>Mostrar la información actual del número de hospitales amigos en el mundo y/o en la región, si están disponibles.</p>
<p><b>11. Estado actual de la IHAN nacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Descripción del estado actual de la IHAN nacional, incluyendo, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Número de hospitales comprometidos para nominarse como Amigo (que tienen certificados de compromiso si el país los utiliza)</li> <li>■ Número de hospitales designados como Amigo del Niño</li> <li>■ Cualquier proceso de monitoreo o reevaluación que se esté llevando a cabo al momento</li> </ul> </li> <li>■ Breve descripción de los planes futuros del país para la IHAN.</li> </ul>	<p>Pregunte a la autoridad nacional de la IHAN o a un representante de la OMS o UNICEF que trabaje en el país y que conozca el estado actual de la Iniciativa.</p> <p>Pregunte al mismo expositor que describa los planes futuros para la Iniciativa. Indague si los participantes tienen alguna pregunta, comentarios, o sugerencias. Otorgue un tiempo adecuado para la discusión.</p> <p>Mencionar, una vez más, que en escenarios donde existe una alta prevalencia de VIH, los hospitales que implementan la IHAN necesitan considerar los temas adicionales que serán desarrollados en las Sesiones 4 y 5.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p><b>12. Experiencia del país en la IHAN (opcional)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Breve estudio de caso “IHAN en Acción,” tal como:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Experiencia de un hospital local que se ha nominado como Hospital Amigo del Niño , o</li> <li>■ Presentación de la experiencia de otro país.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Si es apropiado y de interés, organice una presentación de “estudio de caso”. Un administrador o un tomador de decisión de un hospital local que se hubiera designado como Amigo, puede describir “como lo lograron”. Alternativamente, se puede exhibir una presentación de diapositivas o video de la experiencia en otro país.</p> <p>Dé tiempo para las preguntas al final.</p>


## Presentación por sesión 3

### La Iniciativa Hospital Amigo del Niño

**Objetivos de  
La Iniciativa Hospital Amigo del Niño**

1. Transformar hospitales y servicios de maternidad mediante la implementación de los “Diez Pasos”.
2. Terminar con la práctica de distribución gratuita o a bajo costo de suministros de sucedáneos para la leche materna a las salas de maternidad y hospitales.


Transparencia 3.1



**Todo establecimiento que tiene servicios de maternidad y atención del recién nacido debe seguir estos Diez pasos para una lactancia exitosa**

1. Tener una política por escrito que se comunica a todo el personal de salud del establecimiento de rutina.
2. Capacitar a todo el personal de salud del establecimiento en las habilidades necesarias para implementar esta política
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.

Transparencia 3.2



**Todo establecimiento que tiene servicios de maternidad y atención del recién nacido debe seguir estos Diez pasos para una lactancia exitosa**

6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto — permitir que las madres y sus recién nacidos permanezcan juntos — 24 horas al día
8. Alentar la lactancia a demanda.
9. No dar biberones, chupones ni chupones de distracción a bebés que están amamantando.
10. Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital o la clínica.

Transparencia 3.3

**Fechas clave en la historia de la lactancia y la IHAN**

1979 – Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, Ginebra.

1981 – Adopción del Código Internacional de Mercadeo de los Sucédáneos para la Leche Materna

1989 – Proteger, promover y apoyar la lactancia materna. El rol especial de los servicios de Maternidad. Una Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF.

- Convención sobre los Derechos del Niño

1990 – Declaración de Innocenti

- Cumbre Mundial a favor de la Infancia

Transparencia 3.4

**Fechas clave en la historia de la lactancia y la IHAN**

1991 – Lanzamiento de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño

2000 – Reunión de Expertos de la OMS sobre VIH y Alimentación Infantil

2001 – Consulta de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia exclusiva

2002 – La AMS respalda la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

2005 – Declaración de Innocenti 2005

2006 – Revisión de los documentos de la IHAN

Transparencia 3.5

**El Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos para la Leche Materna:  
Resumen y rol del hospital Amigo del Niño**

Transparencia 3.6



### Propósito

Contribuir a la provisión de una nutrición adecuada y segura para los lactantes mediante:

- la protección y promoción de la lactancia, y
- asegurar el uso adecuado de los sucedáneos para la leche materna, cuando estos sean necesarios, en base a una información adecuada y a través de técnicas apropiadas de mercadeo y distribución.

Transparencia 3.7

### Ámbito

Prácticas relacionadas con el mercadeo, calidad y disponibilidad, y la información concerniente al uso de:

- sucedáneos de la leche materna, incluyendo la leche artificial
- otros productos lácteos, alimentos y bebidas, incluyendo alimentos complementarios en biberón, cuando se intenta utilizarlos en sustitución parcial o total de la leche materna.
- Biberones y chupones

Transparencia 3.8

### Resumen de los puntos principales del Código Internacional

- No hacer propaganda de los sucedáneos de la leche materna y otros productos al público.
- No hacer donaciones de sucedáneos de la leche materna ni suministros a las maternidades y hospitales
- No regalar muestras gratuitas de leche a las madres
- No hacer promoción en los servicios de salud
- Ningún personal de las fábricas/distribuidoras orienta a las madres
- No dar muestras personales o regalos al personal de salud

Transparencia 3.9

### Resumen de los puntos principales del Código Internacional

- No utilizar el espacio, equipamiento o materiales educativos auspiciados o producidos por las compañías cuando se informa a las madres sobre alimentación infantil.
- No utilizar fotos o pinturas de bebés idealizando la alimentación artificial en las etiquetas de los productos.
- La información a los trabajadores de salud debe ser científica y factual.
- La información sobre alimentación artificial, incluyendo aquella en las etiquetas, debe explicar los beneficios de la lactancia y los costos y peligros asociados con alimentación artificial.
- Los productos inadecuados, tales como leche condensada endulzada, no debe promocionarse para los bebés.

Transparencia 3.10

### El rol de los administradores y del personal para defender el Código Internacional

- No debe aceptarse, en los establecimiento de salud, el suministro gratuito o a bajo costo de sucedáneos para la leche materna.
- Los establecimientos de salud deben adquirir los sucedáneos de la leche materna de la misma forma que otros alimentos y medicinas y por lo menos al precio al por mayor.
- No se permite material de promoción de leche artificial o bebidas, en el establecimiento, que no sea de leche materna.
- Las embarazadas no deben recibir materiales que promocionen la alimentación artificial.
- La demostración de la preparación de sucedáneos debe ser realizada por personal de salud solamente y solamente a las embarazadas, madres o miembros de familia que necesiten utilizarlos.

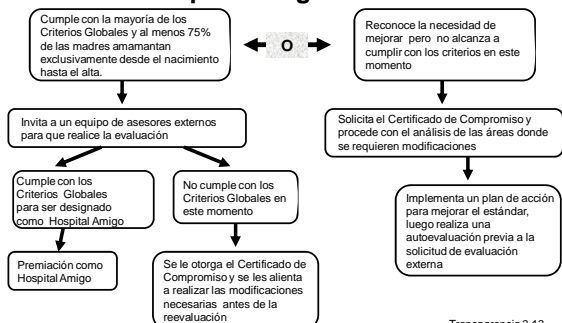
Transparencia 3.11

### El rol de los administradores y del personal para defender el Código Internacional

- Los sucedáneos de la Leche Materna en el establecimiento deben mantenerse fuera de la vista de embarazadas y madres.
- El establecimiento de salud no debe permitir que los paquetes de regalo que contengan sucedáneos de la leche materna u otros suministro que interfieren con la lactancia se distribuyan a embarazadas y.
- No deben aceptarse incentivos económicos o materiales para la promoción de productos en el ámbito del Código, ni por los trabajadores ni sus familias.
- Fabricantes y distribuidores de productos en el ámbito del Código deben revelar a la institución cualquier contribución realizada a los trabajadores de salud como becas, viajes de estudio, subvención para la investigación, conferencias o similares. Las mismas declaraciones debe realizarlas el receptor.

Transparencia 3.12

**El proceso de designación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño**



Transparencia 3.13

**Diferencias entre monitoreo y reevaluación**

Monitoreo	Reevaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evalúa el progreso en los “10 pasos”</li> <li>■ Identifica las áreas que se necesitan mejorar y ayuda a planificar las acciones</li> <li>■ El hospital puede organizar la actividad o el grupo de coordinación de la IHAN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evalúa si el hospital cumple con los Criterios Globales de los “10 pasos”</li> <li>■ Igual, también permite decidir si el hospital continua como designado “Amigo del Niño”</li> <li>■ Es organizado por el Comité nacional de coordinación de IHAN</li> </ul>

Transparencia 3.14

**Diferencias entre monitoreo y reevaluación**

Monitoreo	Reevaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Puede ser realizado por monitores “internos” del hospital o fuera de él</li> <li>■ Más económico si se realiza “internamente”</li> <li>■ Se puede realizar con frecuencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Debe realizarse por asesores “externos”</li> <li>■ Más cara, pues requiere asesores “externos”</li> <li>■ Generalmente son menos frecuentes</li> </ul>

Transparencia 3.15

**El rol del administrador / director del hospital en la IHAN**

- Se familiariza con el proceso de la IHAN
- Decide, asigna responsabilidades en la estructura hospitalaria, ya sea a un comité coordinador, un grupo de trabajo, o un grupo multidisciplinario, etc.
- Institucionaliza el proceso al interior del hospital para trabajar con el grupo responsable
- Trabaja con personal clave del hospital para llenar el instrumento de autoevaluación utilizando los Criterios Globales e interpreta los resultados

Transparencia 3.16

**El rol del administrador / director del hospital en la IHAN**

- Apoya al personal en las decisiones adoptadas para alcanzar la nominación “Amigo del Niño”
- Facilitar toda capacitación necesaria relacionada con la IHAN
- Colaborar con el grupo nacional de coordinación de la IHAN para solicitar la evaluación externa cuando el hospital este listo para la evaluación
- Alentar al personal a mantener su adherencia a los “10 pasos”, coordinando la actualización de capacitación el monitoreo y reevaluación periódicas

Transparencia 3.17

**Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (ALNP): Objetivo**

- Mejorar – mediante una alimentación óptima – el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, la salud y de esta manera la sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños.

Transparencia 3.18

### Metas Operacionales de la estrategia

- Desarrollar, implementar, monitorizar, y evaluar una política integral en ALNP;
- Asegurar que salud y otros sectores relevantes protejan, promuevan y apoyen la lactancia exclusiva por seis meses y continuada hasta los dos años o más, otorgando a las mujeres el apoyo que requieran;
- Promocionar la alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada con la continuación de la lactancia;
- Dar orientación en la alimentación de lactantes y niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles;
- Considerar nuevas leyes u otras medidas pertinentes que se requieran, como parte de una política integral en alimentación del lactante y niño pequeño, para hacer efectivos los principios y objetivos del Código Internacional de Mercadeo de la Leche Materna y a las Resoluciones Relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud.

Transparencia 3.19

### Mayor fortalecimiento de la IHAN

La Estrategia Mundial insta a que las rutinas y procedimientos hospitalarios continúen apoyando el inicio exitoso y el establecimiento de la lactancia a través de:

- la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño
- monitoreo y reevaluación de los establecimientos ya designados; y
- expansión de la Iniciativa hacia las clínicas, centros de salud y hospitales pediátricos

Transparencia 3.20

De la misma manera insta a que se dé apoyo para la alimentación de lactantes y niños pequeños en situaciones excepcionalmente difíciles,

- una de los cuales es adaptar la IHAN tomando en cuenta el VIH/SIDA,
- asegurando que quienes sean responsables de la preparación para emergencias estén bien entrenados para apoyar las prácticas apropiadas de alimentación consistentes con los principios universales de la Iniciativa.

Transparencia 3.21

## **Lactancia Materna: Un tema en la agenda mundial**

### **Reunión Conjunta de la OMS/UNICEF sobre Alimentación Infantil del Lactante y del Niño Pequeño**

La Reunión Conjunta de la OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y Niño Pequeño, se realizó en la OMS Ginebra del 9 al 12 de Octubre de 1979. Se llevó a cabo como parte de los programas en ejecución de ambas agencias sobre la promoción de la lactancia y la mejora de la nutrición del lactante y niño pequeño.

Los participantes eran los representantes de los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas y las agencias técnicas, organizaciones no gubernamentales activas en el tema, la industria de alimentación infantil y los científicos que trabajaban en esa área. Asistieron un total de 150 participantes.

La reunión fue conducida en plenarias de cinco grupos de trabajo. Existía un documento de base preparado por la OMS y UNICEF (FHE/ICF/79.3). Los temas para los grupos de trabajo fueron:

- Fomento y apoyo a la lactancia,
- Promoción y apoyo a las prácticas adecuadas de introducción de sólidos/destete,
- Información, educación, comunicación, y capacitación,
- Situación de salud y social de las mujeres en relación a la alimentación del lactante y niño pequeño,
- Comercialización apropiada y distribución de los sucedáneos de la leche materna.

### **Código Internacional de Comercialización de la leche Materna**

Los esfuerzos para promocionar la lactancia y resolver los problemas que pueden desalentarla son parte de los programas de salud y nutrición infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, y son un elemento clave de la atención primaria para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ya en 1974, la 27ma. Asamblea Mundial de la Salud advirtió una declinación de la lactancia en muchas partes del mundo. La Asamblea estableció que esta declinación estaba relacionada a la promoción de sucedáneos de leche materna fabricados, e instó a los “países miembros a revisar las promociones de venta de los alimentos infantiles e introducir medidas correctivas apropiadas, incluyendo códigos de propaganda y legislaciones donde fuera necesario”.

El tema volvió a debatirse en la 31ra Asamblea Mundial de la Salud, la cual recomendó, en mayo de 1978, “regular la promoción inadecuada de venta de alimentos infantiles que pueden utilizarse para sustituir la leche materna”. Como resultado de años de discusión y debate se elaboró un borrador y posterior adopción, el 21 de mayo 1981, del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche Materna.

El Código busca principalmente “contribuir a la provisión de una nutrición adecuada y segura para los lactantes mediante la promoción y protección de la lactancia y asegurando que los sucedáneos de la leche materna no deben promocionarse o distribuirse de manera que interfieran con la lactancia”. También reconoce, en el preámbulo, la interconexión de la lactancia y la nutrición infantil y que la malnutrición se vincula con “problemas mayores de educación, pobreza, e injusticia social”. El Código señala que la salud de los lactantes y niños pequeños no puede aislarse de la salud y nutrición de las mujeres, su estatus socio-económico y sus roles como madres. Al adoptar esta visión más amplia de la lactancia, el Código ayudó a preparar el terreno para incluir a la lactancia en una serie de otros documentos de derechos sociales.

### **Convención de los Derechos del Niño**

Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, la Convención de los Derechos del Niño recuerda los principios básicos de las Naciones Unidas y las provisiones para los tratados y proclamaciones relevantes de los derechos humanos, y convierte a la niñez en el foco. Buscando asegurar la salud de los niños, convierte en una condición que todos los segmentos de la sociedad, en particular los padres tengan acceso a la educación y deban recibir apoyo en el uso de la lactancia. Buscando la ratificación universal para la Convención de 1995, el ex Director Ejecutivo James P. Grant dijo que la lactancia era parte de la “revolución de los niños”, haciendo notar que “el redescubrimiento científico del milagro de la leche materna significa más de un millón de vidas por año que pueden salvarse con una lactancia efectiva”.

### **Proteger, Promover y Apoyar la Lactancia: El Rol Especial de los Servicios de Maternidad: Una Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF**

La declaración conjunta de la OMS/UNICEF ha sido preparada para incrementar la percepción del rol crítico que juegan los servicios de salud en la promoción de la lactancia, y para describir aquello que se puede hacer para proveer a la mujer con información y apoyo apropiado. Está dirigido, luego de su adaptación a las circunstancias locales, tanto a los diseñadores de políticas y gerentes, como a clínicos, matronas y personal de enfermería.

Enfocándose en el período breve de prenatal, parto y cuidado neonatal en las salas de maternidad y en las clínicas, la declaración alienta a quienes están involucrados con la provisión de servicios de maternidad a revisar las políticas y prácticas que afectan la lactancia. Define los pasos prácticos que se pueden adoptar para promover y facilitar el inicio y el establecimiento de la lactancia en las madres bajo su cuidado.

### Declaración de Innocenti

En la reunión de los diseñadores de políticas sobre “Lactancia Materna en los 1990s: una Iniciativa Mundial”, auspiciada conjuntamente por la OMS y UNICEF en agosto de 1990, nace la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia la cual explica claramente los beneficios de la lactancia. Demanda políticas y el logro de una “cultura de lactancia” permitiendo a las madres amamantar exclusivamente durante cuatro a seis meses, y luego hasta los dos años de edad por lo menos. La Declaración pide a las autoridades nacionales que integren los programas de lactancia con las políticas de salud y desarrollo.

Sus cuatro metas incluyen la designación de un coordinador nacional de lactancia y el establecimiento de un comité nacional multisectorial de lactancia, asegurando que cada establecimiento que brinda atención de maternidad ponga en práctica todos los “Diez Pasos” establecidos en la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF, asumir medidas para poner en práctica los principios y propósito de todos los Artículos del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, y promulgar legislación imaginativa para proteger los derechos de amamantar de las mujeres trabajadoras y estableciendo los medios para su ejecución.

### Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

La Cumbre Mundial a favor de la Infancia se realizó en Nueva York, el 30 de Septiembre de 1990. 71 jefes de estado y 58 otras delegaciones de observadores se reunieron por dos días para hablar sobre los niños. La Cumbre adoptó la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y el Plan de Acción para su Aplicación que contiene 27 metas para los niños y desarrollo en los 90s, en un plazo específico, incluyendo un grupo de objetivos de nutrición y alimentos. Estableció que: “Para los niños pequeños y la mujer embarazada, provisión de alimentación adecuada durante el embarazo y la lactancia, promoción, protección y apoyo a la lactancia y a las prácticas de alimentación complementaria incluyendo alimentación frecuente, monitoreo del crecimiento con acciones de seguimiento apropiadas, y vigilancia nutricional son los requerimientos más esenciales”. Los planes de acción nacionales debían informar cómo se iban cumpliendo los objetivos de la Cumbre en todo el mundo. La Cumbre Mundial y la Declaración Mundial a Favor de la Infancia con su Plan de Acción relacionado, afirmaron la importancia de alcanzar las prácticas óptimas de alimentación del lactante y niño pequeño, sentando las bases para futuras iniciativas para promover, proteger y apoyar estas prácticas.

### Lanzamiento de la “Iniciativa Hospital Amigo”

La Cuadragésima quinta Asamblea Mundial de la Salud (4-14 de mayo de 1992) en su resolución 45.34 acoge el liderazgo de los Directores Ejecutivos de la OMS y UNICEF para organizar la Iniciativa “Hospital Amigo del Niño” con el enfoque simultáneo del rol de los servicios de salud en la protección, promoción y apoyo de la lactancia, y el uso de la lactancia como medio para el fortalecimiento de la contribución de los servicios de salud a la maternidad segura, supervivencia infantil y atención primaria en general, y endosa esta iniciativa como el medio más promisor para incrementar la prevalencia y duración de la lactancia.

### **Declaración Mundial de Nutrición**

Los signatarios de la Declaración Mundial sobre Nutrición, adoptada en Diciembre de 1992 en la Conferencia Internacional de Nutrición, se comprometen, en el artículo 19, “a reducir substancialmente en el curso de la década los impedimentos sociales y otros impedimentos para la lactancia óptima”. El Plan de Acción para la Nutrición, adoptado en la misma Conferencia, endosa la lactancia en las secciones de prevención y manejo de las enfermedades infecciosas y prevención y control de las deficiencias de micronutrientes específicos. Insta a la promoción de la lactancia mediante la solicitud a los gobiernos y a la comunidad internacional de proveer de máximo apoyo a las mujeres para amamantar, ya sea en trabajo formal o informal, y bajo una variedad de otras condiciones.

### **La Reunión de Expertos de la OMS sobre VIH y Alimentación Infantil**

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, en colaboración con la Iniciativa de VIH/ITS y el Departamento de Salud y Desarrollo de la Niñez y Adolescencia convocaron una Consulta Técnica sobre la nueva información en la prevención de TMI y su implicación en las políticas. El objetivo era el de revisar la nueva información científica y actualizar las recomendaciones en la provisión de ARV y consejería en alimentación infantil. La Consultoría Técnica enfocó estos dos componentes aunque se reconoció que muchos otros componentes son importantes para un paquete de prevención integral de la Transmisión Materno Infantil.

Las conclusiones y recomendaciones de la reunión relacionada a la alimentación infantil consideraron (1) riesgos de lactancia y la alimentación de sustitución, (2) suspensión de la lactancia, (3) consejería en alimentación infantil, (4) salud mamaria, y (5) salud materna.

### **Consulta de Expertos de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia exclusiva**

La OMS convocó del 28-30 Marzo de 2001 a una consulta de expertos sobre la duración óptima de la lactancia exclusiva. Los objetivos de la consulta fueron:

- Revisar la evidencia científica sobre la duración óptima de la lactancia exclusiva,
- Formular recomendaciones para la práctica sobre la duración óptima de la lactancia exclusiva.
- Formular recomendaciones para mayor investigación en esta área.

El informe de la Consulta de Expertos resume los objetivos de la consulta así como los hallazgos las recomendaciones para la práctica y la investigación. La agenda de la consulta y la lista de participantes también se hallan incluidas.

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

### La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS

En las últimas décadas, la evidencia de los requerimientos biológicos para una nutrición adecuada, las recomendaciones para las prácticas de alimentación y los factores que impiden una alimentación adecuada han crecido en forma sostenida. Por otra parte se ha aprendido mucho sobre las intervenciones que son efectivas para promocionar una mejor alimentación. Por ejemplo, los estudios recientes en Bangladesh, Brasil y México han demostrado el impacto de la consejería, en comunidades y servicios de salud, para mejorar las prácticas de alimentación, ingesta de alimentos y crecimiento.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño aspira a revitalizar los esfuerzos para promover, proteger, y apoyar la alimentación apropiada del lactante y niño pequeño. Construye en base a iniciativas anteriores, en particular la Declaración de Innocenti y la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, y considera las necesidades de todos los niños incluyendo aquellos que viven en circunstancias difíciles, bebés de madres que viven con el VIH, bebés con peso bajo al nacer y lactantes en situaciones de emergencia.

La estrategia señala no sólo las responsabilidades de los gobiernos, sino también de las organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y otras partes involucradas. Compromete a todas las partes interesadas relevantes y provee de un marco para una acción acelerada, vinculando áreas de intervención relevantes y utilizando recursos disponibles en una diversidad de sectores.

### Declaración de Innocenti 2005

El evento, “Celebrando Innocenti 1990-2005: Logros, Desafíos y Obligaciones Futuras” se llevó a cabo el 22 de noviembre del 2005, en Florencia, Italia, para celebrar los 15 años transcurridos desde la “Declaración de Innocenti” original. Fue organizada conjuntamente las autoridades Regionales de Toscana, y el Centro de Investigaciones de Innocenti de UNICEF además de una amplia colaboración del Comité Nacional Italiano para UNICEF, organizaciones de Naciones Unidas, así como organizaciones no gubernamentales como la Alianza Mundial en pro de la Lactancia (WABA), la Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil entre otros, y un panel de expertos internacionales.

La reunión resaltó los logros de los 15 últimos años y emitió la “Declaración de Innocenti 2005 sobre la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”. Las afirmaciones en la Declaración relacionadas a la IHAN incluyen:

- Todos los gobiernos deben revitalizar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, manteniendo los Criterios Globales como el requerimiento mínimo para todos los establecimientos, extendiendo la aplicación de la Iniciativa a maternidades, servicios neonatales y de salud infantil, así como al apoyo comunitario a la mujer en etapa de amamantamiento y cuidadores de niños pequeños.
- Organizaciones multilaterales y bilaterales e instituciones internacionales financieras identificarán y presupuestarán los recursos financieros suficientes, así como la experiencia profesional para apoyar a los gobiernos en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de sus políticas y programas en alimentación infantil y de niños pequeños, incluyendo la revitalización de la IHAN:



Hoja Didáctica 3.3

# **El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna**

## **Resumen de los principales puntos<sup>1</sup>**

- No hacer propaganda de los sucedáneos de la leche materna y otros productos al público
- No hacer donaciones de sucedáneos de la leche materna ni suministros a las maternidades
- No regalar muestras gratuitas de leche a las madres
- No hacer promoción en los servicios de salud
- Ningún personal de las fábricas/distribuidoras orienta a las madres
- No dar muestras personales o regalos al personal de salud.
- No utilizar el espacio, equipamiento o materiales educativos auspiciados o producidos por las compañías cuando se informa a las madres sobre alimentación infantil.
- No utilizar fotos o pinturas de bebés idealizando la alimentación artificial en las etiquetas de los productos.
- La información a todos los trabajadores de salud debe ser científica y factual.
- La información sobre alimentación artificial, incluyendo aquella en las etiquetas, debe explicar los beneficios de la lactancia y los costos y peligros asociados con la alimentación artificial.
- Los productos inadecuados, tales como leche condensada endulzada, no deben promocionarse para los bebés.

---

<sup>1</sup>Adaptado de UNICEF, RU Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Curso en el Manejo Clínico y Promoción de la Lactancia Materna, Módulo 5 por A. Radford.

Hoja Didáctica 3.4

# INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO: Revisada, Actualizada, y Ampliada para la Atención Integral

## SECCIÓN 1 ANTECEDENTES E IMPLEMENTACIÓN



**2008**

La versión original de las guías de la IHAN fue elaborada en 1992



## SECCIÓN 1.2: EJECUCION A NIVEL DE HOSPITALES

### Tasas de lactancia

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) busca proveer a las madres y bebés con el mejor comienzo de lactancia, incrementando la posibilidad para que los bebés sean amamantados exclusivamente en los 6 primeros meses, e inicien luego alimentación complementaria apropiada con continuación de la lactancia por dos años o más.

Con el propósito de evaluar una maternidad, el número de mujeres que amamantan exclusivamente desde nacimiento hasta el alta puede servir como un indicador aproximado de la protección, promoción y apoyo para la lactancia adecuados o no en el establecimiento.

Las estadísticas anuales de la maternidad deben indicar que al menos el 75% de las madres que dieron a luz en el año reciente pasado están amamantando exclusivamente o alimentando a los bebés exclusivamente con su leche desde el nacimiento hasta el alta, y si no lo hacen es porque existen razones medicas aceptables. (Si las madres están infectadas por el VIH que han optado por la alimentación de sustitución luego de ser informadas, se considera que existe una "razón medica aceptable" y por tanto estas madres pueden ser contadas dentro del 75% de la meta de lactancia materna exclusiva.) Si menos del 75% de las madres que dan a luz en un establecimiento amamantan exclusivamente desde el nacimiento hasta el alta, el gerente o jefe y su personal podrían discutir los resultados de la Autoevaluación, considerar los Criterios Globales cuidadosamente, y trabajar utilizando el enfoque de la triple A de apreciación, análisis y acción, para incrementar las tasas de lactancia exclusiva. Una vez alcanzado el objetivo de 75% de madres con lactancia exclusiva, se podría coordinar la visita de un evaluador externo.

La IHAN no puede garantizar que las mujeres que inician la lactancia exclusiva continúen amamantando hasta los 6 meses. Sin embargo, los estudios de investigación han mostrado que las mujeres cuyos bebés han recibido alimentación suplementaria precoz en el hospital tienen menos probabilidad de lograr la lactancia exclusiva. Al establecer un patrón de lactancia exclusiva durante la permanencia en la maternidad, los hospitales dan un paso muy esencial hacia mayor duración de lactancia exclusiva luego del alta.

Si el personal del hospital cree que la atención prenatal que se da en otra repartición contribuye a las tasas menores de 75% de lactancia, o que las prácticas de la comunidad necesitan tener más apoyo en lactancia, necesitan considerar trabajar con quienes dan la atención prenatal para mejorar la educación en lactancia y con los defensores de lactancia para mejorar las actividades comunitarias. (Ver Sección 1.5 referida a las estrategias para promover Comunidades Amigas del Niño.)

### Abastecimiento de sustitutos para la Leche Humana

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

La investigación ha provisto de evidencia que claramente muestra que las técnicas de mercadeo de los sustitutos para la leche humana influyen en los trabajadores de salud, y en el comportamiento de las madres relacionado con la alimentación infantil. Se ha demostrado que las prácticas de mercadeo prohibidas por el Código Internacional de Mercadeo de Sucedáneos para la Leche Materna son dañinas para los recién nacidos, incrementando la posibilidad de que se les administre la fórmula y otros ítems cubiertos por el Código, con la declinación de la práctica óptima de lactancia. . En 1991 el Directorio Ejecutivo de UNICEF hizo un llamado para terminar con la dotación de fórmula gratis y/o a bajo costo en todos los hospitales y salas de maternidad para fines de 1992. Es un requerimiento que el establecimiento cumpla con el Código para alcanzar la nominación de Hospital Amigo del Niño.

Se han añadido preguntas al *Instrumento de Autoevaluación* que ayudaran a la coordinación nacional de IHAN y a los establecimientos a determinar cómo sus servicios están cumpliendo con el Código y sus resoluciones posteriores y que acciones se necesitan para cumplir completamente.

### **Apoyo a madres que no amamantan**

Esta versión revisada de la evaluación incluye preguntas específicas relacionadas a la capacitación que el personal ha recibido para proporcionar apoyo a "madres no lactantes" y el apoyo que dichas madres han recibido. La inclusión de estas preguntas NO significa que la IHAN esté promoviendo alimentación con fórmula, sino que la Iniciativa desea asegurar que TODAS las madres, sin importar el método de alimentación que utilicen, reciban el apoyo necesario en alimentación infantil.

### **Atención Amigable a la Madre**

Se añadieron nuevos y opcionales *Criterios Globales* que existan prácticas amigables de la madre para la atención del parto y alumbramiento. Estas prácticas son importantes, de propio derecho, para el bienestar físico y psicológico de las mismas madres, y se ha demostrado que mejora el comienzo de la vida de sus hijos, incluyendo la lactancia. Muchos países han explorado opciones para incluir criterios amigables de la madre en la Iniciativa, en algunos casos cambiando la nominación a sus iniciativas nacionales "amigas de la madre y el niño". Otros países han adoptado iniciativas "amigas de la madre". Las nuevas preguntas de autoevaluación y evaluación en este tema ofrecen una opción a los países que no añadieron un componente enfocado en criterios claves "amigos de la madre" que son necesarios para un cuidado óptimo y continuo de ambos madre y niño desde el prenatal hasta el periodo postnatal.<sup>1</sup> Estos criterios deberán ser requeridos solo después de que las instituciones de salud han tenido tiempo para capacitar a su personal en cuanto a las normas y prácticas relacionadas a atención amigable a la madre.

---

<sup>1</sup> Ver el sitio web de la Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS) <http://www.motherfriendly.org/MFCI/> para una descripción de la Iniciativa de Parto Amigo de la Madre.

## VIH y Alimentación Infantil

La creciente prevalencia del VIH entre mujeres en edad fértil en muchos países les obliga a guiar en como ofrecer a las mujeres información apropiada y apoyo relacionado con VIH en el contexto de la IHAN. De esta manera, como mencionamos anteriormente, se añadieron los componentes de la alimentación infantil y VIH al *Curso de 20 horas* y a los *Criterios Globales* como a los instrumentos de evaluación.

Los materiales del curso, apuntan a incrementar la conciencia de los participantes respecto a porque la IHAN continua siendo importante en areas de alta prevalencia de VIH y las formas de ayudar a las madres que estan infectadas por el VIH, como parte del cuidado rutinario en el establecimiento. Este curso de 20 horas, no entrena a los participantes en dar consejería a las mujeres que son VIH positivas o respecto a las decisiones de alimentar al recién nacido. Existe otro curso con apoyo de consejería disponible en la OMS para una capacitación especializada y consejería.

Se recomienda que los grupos de coordinación de la IHAN en cada país trabajen en coordinación con otros tomadores de decisión relevantes a nivel nacional para determinar si se requieren los componentes de VIH de la evaluación y si este requerimiento será para todos los establecimientos o solo para los que cumplen ciertos criterios. La decisión debe fundamentarse en la prevalencia de VIH entre las embarazadas y madres, y la necesidad de información y apoyo en este tema. Si no hubiera esta información disponible, es necesario realizar encuestas para determinar que porcentajes de embarazadas y madres que acuden a los servicios de prenatal y maternidad son VIH positivas. Se sugiere que si el establecimiento tiene más del 20% de mujeres infectadas por el VIH, y/o tiene un programa de prevención de la transmisión madre-hijo<sup>2</sup>, se requiere este componente. Si la prevalencia está por encima del 10%, se sugiere fuertemente el uso de este componente. Los tomadores de decisión nacionales en países con alta prevalencia de VIH pueden decidir incluir información adicional relacionada con los criterios y preguntas del VIH, dependiendo de sus necesidades.

*Los Criterios Globales, Instrumento de Autoevaluación y el Instrumento de Evaluación Externa* tienen contenidos relacionados con el VIH, añadidos de tal manera que pueden o no incluirse, dependiendo de las necesidades del país. Los criterios de VIH y Alimentación Infantil están enumerados en los *Criterios Globales*. Las preguntas relacionadas con el VIH tanto en el instrumento de *Autoevaluación* como en las varias entrevistas en el *Instrumento de Evaluación* se presentan en secciones separadas o al final de las entrevistas respectivas. Existe una Hoja de Resumen en el *Instrumento de Evaluación* para presentar los resultados relacionados con el VIH.

En el Anexo 1 de la Sección 1.2. se proporciona una guía para la "Aplicación de los Diez Pasos en establecimientos con prevalencia alta del VIH".

### El Proceso de Designación del Hospital Amigo del Niño.

La IHAN se inicia a nivel nacional, con el gobierno, UNICEF, OMS, grupos de lactancia, y otros interesados como catalizadores. El *Criterio Global* y el *Instrumento de Autoevaluación* están disponibles para todos los interesados en el sitio web de UNICEF. UNICEF y la OMS alentarán a las autoridades nacionales y a grupos de coordinación de

---

<sup>2</sup> Prevención de la transmisión de madre a hijo (of HIV/AIDS).

la IHAN para que visiten el sitio web y alienten a los establecimientos a unirse o continuar participando en la Iniciativa. Para los detalles de implementación a nivel de país, favor leer la Sección 1.1 de este documento.

A nivel del establecimiento la evaluación y el proceso de designación incluyen un número de pasos y dependiendo de los resultados en varias etapas del proceso, se seguirán diferentes direcciones. Una vez que el establecimiento ha utilizado el *Instrumento de Autoevaluación* para ver si cumple con los pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y ha estudiado los *Criterios Globales* para determinar si una evaluación externa dará los mismos resultados, decidirá si es no tiempo de una evaluación externa.

Si el establecimiento determina que está listo para una evaluación externa, en algunos países el próximo paso sería una visita de pre-evaluación, opcional o solicitada, durante la cual un asesor externo verificara si el establecimiento está listo para una evaluación completa, utilizando el *Instrumento de Autoevaluación* y los *Criterios Globales*. Esto puede ser realizado en una visita o mediante una entrevista/encuesta telefónica extensa, si los costos son prohibitivos. Este puede ser un paso intermedio muy útil, puesto que muchos hospitales sobreestiman su cumplimiento con los *Criterios Globales*, y este tipo de visita, seguido de un trabajo en las áreas en las que se necesita, puede ahorrar tiempo, dinero y la ansiedad tanto para el hospital como para el grupo de coordinación de la IHAN.

Si un establecimiento ha utilizado el *Instrumento de Autoevaluación*, y ha estudiado los *Criterios Globales*, y recibió retroalimentación en una visita pre evaluatoria, si fue programada, y determino que aun no cumple los criterios de IHAN y reconoce la necesidad de mejorar, debiera analizar sus deficiencias y desarrollar un plan para trabajar en ellas. Esto puede incluir programar un *Curso de 20 horas* (presentado en la Sección 3 de estos materiales de la IHAN) para su personal, si este entrenamiento no ha sido efectivizado o se realizo mucho tiempo antes.

El establecimiento puede recibir un *Certificado de Compromiso* mientras está trabajando para convertirse en Hospital Amigo, si el grupo coordinador de la IHAN los otorga. Cuando esta lista, el establecimiento puede requerir entonces una evaluación externa, siguiendo el proceso descrito en el párrafo anterior.

El próximo paso, mencionado anteriormente, debe ser la invitación o solicitud de evaluación externa. El grupo de coordinación de IHAN puede revisar los resultados de la aplicación del *Instrumento de Autoevaluación*, los documentos de respaldo que requiera, y los resultados de la pre-evaluación, si se realizo alguna, para determinar si el establecimiento está listo. La evaluación externa determinara si el establecimiento cumple con los Criterios Globales de un Hospital Amigo del Niño. Si cumple, el grupo de coordinación de la IHAN, debe otorgar el Premio Global de la IHAN y la Placa por un periodo específico.

Si el establecimiento, por el contrario, no cumple con los *Criterios Globales*, se le debe otorgar un *Certificado de Compromiso* para convertirse en Hospital Amigo, y debe alentarse y/o apoyarse para mayor análisis de las áreas problemáticas y tomar las acciones necesarias, para luego invitar a una nueva evaluación. Si esta segunda

evaluación debe ser completa o parcial, enfocándose en los criterios que el establecimiento no ha cumplido a cabalidad, dependerá de la decisión de los asesores y el grupo de coordinación de IHAN en el momento de la evaluación original.

Si el grupo de coordinación de la IHAN encuentra que los hospitales que han sido evaluados y no calificaron, no están de acuerdo con las conclusiones de los asesores, se puede considerar establecer un proceso de apelación, cuando sea necesario, con una revisión de los resultados por un equipo de asesores no involucrados en la evaluación original.

Las reevaluaciones para Hospital Amigo, deben ser programadas, después del tiempo especificado en la Placa de Nominación. Si el establecimiento pasa la reevaluación, se le otorgará una renovación. Si no, necesita trabajar en los problemas identificados y luego aplicar





## **SECCIÓN 1.3**

### **CRITERIOS GLOBALES PARA LA IHAN**

#### **Criterios de los 10 Pasos, el Código y otros componentes opcionales**

Los Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño constituyen un estándar para medir la adherencia a cada uno de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa y el Código Internacional de Mercadeo de Sucedáneos para la Leche Materna. Los criterios listados abajo para cada uno de los Diez Pasos y el Código son los criterios mínimos para la designación de amigo del niño. Los criterios adicionales provistos para la “Alimentación Infantil y VIH” y “Atención amigable a la madre”, con la recomendación que los tomadores de decisión relevantes en cada país, deciden si se requieren estos criterios, dependiendo de la prevalencia de VIH entre mujeres que acuden a la maternidad, y si parece apropiado incluir criterios relacionados con parto y trabajo de parto amigo de la madre.

El Instrumento de Autoevaluación de la IHAN, presentada en Sección 4 de esta serie, otorga a los establecimientos de maternidad, un instrumento para realizar una evaluación preliminar si cumplen a cabalidad con los Diez Pasos, adherencia al Código Internacional de Mercadeo, y si cumple criterios relacionados con el VIH y alimentación infantil, así como atención amigable a la madre. El Criterio Global actualmente describe como “la amistad con el niño,” se apreciará durante la evaluación externa, y de esta manera puede ser útil para que el personal de la maternidad estudie mientras trabaja para su evaluación. La lista de los Criterios Globales se encuentra en esta sección y después de las secciones de Instrumento de Autoevaluación, respectivamente, para fácil referencia durante la autoevaluación.

Es importante que el hospital considere añadir la colección de datos estadísticos referidos a la alimentación e implementación de los Diez Pasos en los archivos del hospital, si no se hizo aun. Sera mejor si el proceso de recolección de datos está integrado en un sistema de información ya estructurado. Si el hospital necesita guía sobre cómo hacer acopio de información y la manera de utilizarla, es personal responsable puede revisar una muestra del instrumento de acopio de información disponible en la Sección 4.2: Guías e Instrumentos para el Monitoreo de la IHAN.

**PASO 1. Tener una política de lactancia escrita, que rutinariamente sea puesta en conocimiento de todo el personal****Criterios Globales - Paso Uno**

El establecimiento de salud tiene una política escrita referida a la lactancia o alimentación del lactante que abarca los 10 pasos y protege la lactancia mediante la adhesión al Código Internacional de Mercadeo de los Sucedáneos para la Leche Materna. Esta norma instruye que las mujeres VIH-positivas reciban consejería en alimentación del lactante y guía para elegir la opción que convenga a sus intereses. La norma debería incluir orientación sobre como implementar los "Diez Pasos" y otros componentes. (ver Sección 41, Anexo 1 para sugerencias.)

La política/norma está disponible para que todo el personal que cuida a madres y bebés pueda revisarla. Los resúmenes de la política/norma que incluyan los Diez Pasos, el Código y las Resoluciones de la AMS, que incluyan además consejería para las madres VIH positivo, están colocados en áreas visibles para el personal de salud del establecimiento que tenga bajo su cuidado a embarazadas, madres, lactantes y/o niños. Estas áreas incluyen prenatal, pre-parto y parto, salas y piezas de maternidad, todas las áreas de atención pediátrica, incluyendo áreas de observación (si hubieran), y cualquier otra unidad de cuidados especiales. Los resúmenes están visible y escritos en el o los idiomas y en palabras comprensibles para las madres y el personal.

**PASO 2. Entrenar al personal en las habilidades para implementar la norma****Criterios Globales – Paso Dos**

El Jefe de la maternidad informa que todo el personal que tiene contacto con mujeres embarazadas, madre, y/o lactantes, madres han recibido orientación en la política /norma de lactancia/alimentación del lactante. La orientación que se brinda es suficiente.

Existe una copia disponible para revisión, de la currícula, o los contenidos mínimos de las sesiones de capacitación en la promoción y apoyo a la lactancia para los diferentes niveles de personal, así como un cronograma de entrenamiento para los nuevos empleados.

Los informes de capacitación muestran que el 80% o más del personal del establecimiento que tiene contacto con las madres y/o lactantes que han cumplido por lo menos 6 meses o más de trabajo han recibido entrenamiento, ya sea en el hospital o previamente, que cubra los 10 Pasos, el Código y las resoluciones posteriores de la AMS. Se necesita un curso de al menos 20 horas de capacitación con 3 horas de práctica clínica supervisada para desarrollar el conocimiento y habilidades necesarias para apoyar a las madres adecuadamente.

Los informes de capacitación muestran que el personal no clínico ha recibido entrenamiento que, es adecuado para su cargo, le dotara de habilidades y conocimiento para apoyar a las madres a amamantar exitosamente a sus recién nacidos.

Se capacita al personal para que de apoyo a las madres que deciden no amamantar. Existe y está disponible una copia de los contenidos mínimos del curso referidos al apoyo de madres que no amamantaran. Los temas de capacitación incluyen tópicos como:

- riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación.
- ayudar a las madres a escoger la alternativa aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS) en sus circunstancias,
- La preparación segura e higiénica, alimentación con sucedáneos de leche y su almacenamiento.
- Como enseñar la preparación de varias opciones de alimentación, y
- Como minimizar la posibilidad que madres que amamantan sean influidas para utilizar fórmula.

El tipo y porcentaje de personal que recibe el entrenamiento es adecuado, dadas las necesidades del establecimiento.

Del personal seleccionado al azar \*:

- al menos 80% confirman haber recibido la capacitación descrita, o si están trabajando menos de 6 meses, han tenido por lo menos, una orientación en la política/norma y su responsabilidad para implementarla
- al menos 80% pudo responder correctamente a 4 de 5 preguntas de apoyo y promoción de la lactancia.
- al menos 80% puede describir dos aspectos que deben considerarse con la embarazada si refiere que ha considerado no amamantar a su bebé.

Del personal no clínico seleccionado al azar\*\*:

- Por lo menos el 70% confirma que han recibido orientación y/o capacitación en lactancia desde que empezaron a trabajar en el establecimiento.
- Al menos el 70% es capaz de mencionar al menos una razón por la cual la lactancia es importante.
- Al menos el 70% es capaz de mencionar una práctica en el establecimiento que apoye la lactancia.
- Al menos el 70% es capaz de identificar que hacer para ayudar a que las madres amamanten bien.

\* Esto incluye personal que brinda atención clínica a las embarazadas, madres y sus bebés

\*\* Esto incluye personal que brinda atención no clínica a embarazadas, madres, y sus bebés o que tienen contacto con ellas de alguna manera.

### **PASO 3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

#### **Criterios Globales – Paso Tres**

Si el hospital tiene servicio de prenatal, el jefe de la maternidad o prenatal informa que al menos 80% de las embarazadas que reciben atención prenatal, reciben información sobre lactancia.

Una descripción escrita del contenido mínimo de la educación prenatal está disponible. La discusión prenatal cubre la importancia de la lactancia, la importancia del apego piel con piel, inicio temprano de la lactancia, alojamiento conjunto las 24 horas alimentación a demanda o guiada por el bebé, alimentación frecuente para ayudar a asegurar suficiente leche, buena posición y agarre, lactancia exclusiva en los 6 primeros meses, y el hecho que lactancia continua siendo importante después de los 6 meses cuando se dan otros alimentos.

De las embarazadas seleccionadas al azar, en su tercer trimestre que acudieron a por lo menos dos visitas prenatales:

- Al menos 70% confirma que un miembro del personal habló con ellas y ofreció una charla grupal que incluye información en lactancia.
- Al menos 70% son capaces de describir adecuadamente la importancia del contacto piel a piel, alojamiento conjunto, y los riesgos de los suplementos mientras se amamanta en los primeros 6 meses.

### **PASO 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora del parto.**

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

Este Paso se interpreta ahora como:

**Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.**

### Criterios Globales – Paso Cuatro

De las madres con parto vaginal seleccionadas al azar o parto cesáreo sin anestesia general en las salas de maternidad.

- al menos 80% confirma que le colocaron a su bebé en contacto piel a piel con ellas inmediatamente después o hasta en los 5 minutos después de nacimiento, y que este contacto continuo por lo menos por una hora, a no ser que hubieran razones médicamente justificadas para retrasar el contacto

*Nota: Es preferible que los bebés permanezcan en contacto por más de una hora, siempre que sea posible, ya que puede tomar más de 60 minutos el amamantar por primera vez.*

- al menos el 80% también confirma que se les alentó a buscar señales de cuando sus bebés están listos para amamantar durante este primer periodo de contacto y ofreció ayuda si era necesario

(El bebé no debe ser obligado a amamantar, más bien, apoyarle cuando esté listo)

*/Nota: Las madres pueden tener dificultad estimando el tiempo inmediatamente después del nacimiento. Si el tiempo y duración del contacto piel a piel después del nacimiento está incluido en la historia clínica de la madre puede utilizarse como control)*

Si alguna de las madres seleccionadas al azar tuvo partos por cesáreas con anestesia general, al menos 50% debe comunicar que sus bebés fueron colocados en contacto piel a piel con ellas tan pronto como despertaron y estuvieron alertas, cumpliendo con el mismo procedimiento posteriormente.

Al menos 80% de las madres seleccionadas al azar con bebés en cuidados especiales informan que tuvieron la oportunidad de sostener a sus recién nacidos en contacto piel a

**PASO 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separación de sus bebés.**

**Criterios Globales – Paso Cinco**

El jefe de servicios de maternidad informa que las madres que nunca amamantaron o que tuvieron problemas con lactancia reciben atención especial y apoyo tanto en el período prenatal como en el puerperio.

Las observaciones al personal demostrando como preparar y alimentar con sucedáneos de la leche, confirma que en el 75% de los casos, las demostraciones fueron correctas y completas, y las madres debieron “reproducir la demostración”.

Del personal clínico seleccionado al azar:

- al menos 80% informan que enseñan a las madres a colocar su bebé al pecho y el agarre para amamantar y son capaces de describir o demostrar correctamente las técnicas para ambos, o pueden señalar a quién le refieren a las madres para este consejo.
- al menos 80% informan que enseñan a las madres cómo extraerse la leche manualmente y pueden describir o demostrar una técnica aceptable para ello, o pueden señalar a quién le refieren a las madres para este consejo.
- al menos 80% puede describir cómo ayudar a las madres que no amamantarán a preparar sus alimentos correctamente, o a quién le deriva a la madre para esta información.

De las madres seleccionadas al azar (incluyendo las cesáreas):

- al menos 80% de las que están amamantando informan que el personal de enfermería les ofreció ayuda con la lactancia la siguiente vez que alimentaron a sus bebés o en las seis horas después del parto (o cuando eran capaces de responder).
- al menos 80% de las que están amamantando son capaces de demostrar o describir la posición correcta, agarre y succión
- al menos 80% de aquellas que están amamantando informan que les mostraron cómo extraerse la leche manualmente o les dieron información escrita sobre dónde obtener la ayuda que necesitan.
- al menos 80% de las madres que decidieron no amamantar a sus bebés informan que se les ofreció ayuda para preparar y dar el alimento a sus bebés, pueden describir la información que les dieron, y pueden preparar el alimento ellas mismas, después que se les mostró cómo.

De las madres seleccionadas al azar con bebés en cuidados especiales:

- al menos 80% de aquellas que están amamantando o intentan hacerlo, informan que se les ofreció ayuda para iniciar la bajada de leche y a mantener la oferta en las 6 horas del nacimiento de sus bebés.
- al menos 80% de las que están amamantando o intentan hacerlo, informan que se les mostró cómo extraerse la leche manualmente
- al menos 80% de las que están amamantando o intentan hacerlo, pueden describir adecuadamente y demostrar cómo extraerse la leche manualmente
- al menos 80% de las que están amamantando o intentan hacerlo, informan que se les explicó que necesitan amamantar o exprimirse la leche 6 veces más en 24 horas para mantener su producción.

**PASO 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que estén médicamente indicado.**

Criterios Globales – Paso Seis

Los datos del hospital indican que al menos 75% de los bebés nacidos a término en el último año han sido amamantados exclusivamente o recibieron leche materna extraída desde el nacimiento hasta el alta, y si no, que existen razones medicas documentadas para no hacerlo.

La revisión de los protocolos o normas clínicas relacionadas con lactancia y alimentación del lactante que se utilizan en la maternidad muestra que siguen los criterios la IHAN y las guías basadas en la evidencia actual.

No se distribuyen a las madres materiales que recomienden alimentación con sucedáneos, alimentación con horario u otras prácticas inapropiadas.

El hospital tiene un lugar/ambiente adecuado y el equipamiento necesario para dar demostraciones de cómo preparar la fórmula y otras opciones de alimentación que no sean la lactancia.

Las observaciones en la salas postparto/puerperio y las salas de observación para recién nacidos muestra que al menos 80% son alimentados con solo leche materna o que existen razones medicas aceptables o un consentimiento informado para quienes reciben algo más.

Al menos el 80% del personal clínico de la maternidad seleccionado al azar puede describir dos temas de información que puede discutirse con madres que indican que están considerando utilizar sucedáneos de la leche materna.

Al menos 80% de las madres seleccionadas al azar informan que sus bebés han recibido solo leche materna, o si recibieron algo más, fue por una razón médica aceptable descrita por el personal.

Al menos 80 % de las madres seleccionadas al azar que han decidido no amamantar informan que el personal analizó con ellas las varias alternativas de alimentación y les ayudaron a decidir cuál era la más adecuada en su situación.

Al menos 80% de las madres seleccionadas al azar con sus bebés en cuidados especiales que decidieron no amamantar informa que el personal hablo con ellas respecto a los riegos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación.

**PASO 7. Practicar alojamiento conjunto – permitir que las madres y los lactantes permanezcan juntos las 24 horas del día**

**Criterios Globales – Paso Siete**

Las observaciones en las salas de puerperio y áreas de observación del niño sano así como la conversación con las madres y el personal confirman que al menos el 80% de las madres y sus bebés practican el alojamiento conjunto, y si no lo hacen, tienen razones justificadas para no permanecer juntos.

Al menos 80% de las madres seleccionadas al azar muestra que sus bebés permanecieron con ellas en su habitación/cama desde que nacieron y si no lo hicieron, existían razones justificadas.

**PASO 8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.**

**Criterios Globales – Paso Ocho**

De las madres seleccionadas al azar:

- al menos 80% informan que se les enseñó cómo reconocer cuándo sus bebés están hambrientos y pueden describir al menos dos señales para amamantar
- al menos 80% informan que se les aconsejó amamantar a sus bebés tan a menudo o por el tiempo que sus bebés quieran o algo similar.

**Criterios Globales – Paso Nueve**

Las observaciones en las salas de puerperio/habitaciones, y las salas de observación de bebés sanos, muestran que al menos 80% de bebés amamantados observados no están utilizando biberones ni chupones, y si lo hacen sus madres fueron informadas de los de riesgos.

De las madres elegidas al azar y que están amamantando:

**PASO 9. No dar biberones, chupones ni chupones de distracción a bebés que amamantan**

**PASO 10. Auspiciamos la conformación de los grupos de apoyo y referimos a las madres a estos grupos a su alta del hospital o clínica.**

Criterios Globales – Paso Diez

El director/jefe de los servicios de maternidad informa que:

- las madres reciben información sobre donde pueden conseguir apoyo si necesitan ayuda para amamantar a sus bebés al retornar a sus hogares, y que el director/jefe puede también mencionar al menos una fuente de información.
- El establecimiento auspicia y o coordina la formación de grupos de apoyo de madres y otros servicios comunitarios que brindan apoyo a las madres en lactancia y alimentación del lactante y este mismo personal puede describir al menos una manera de hacerlo.
- El establecimiento alienta a las madres y sus bebés para que acudan pronto a su control postparto (preferiblemente a los 2-4 días después de nacido, y luego en la segunda semana) en la comunidad o en el establecimiento por una persona con habilidades en manejo de la lactancia quien puede evaluar la alimentación y dar el apoyo requerido y puede describir un sistema apropiado de referencia y realizar una programación adecuada para las visitas.

Una revisión de los documentos indica que se distribuye información impresa a las madres antes del alta, si es apropiado, sobre dónde y cómo pueden las madres encontrar ayuda para alimentar a sus bebés en sus hogares e incluye al menos un tipo de ayuda disponible.

De las madres seleccionadas al azar al menos 80% informan que se les dio información sobre cómo obtener ayuda del hospital o cómo contactar a los grupos de apoyo, consejeras pares u otro servicio de salud comunitario si tienen preguntas sobre como amamantar a sus bebés cuando retornen a su hogar y describir al menos un tipo de ayuda disponible.



## Cumplimiento con el Código Internacional de Mercadeo de Sucedáneos de la Leche Materna

### Criterios Globales – Cumplimiento del Código

El director/jefe de los servicios de maternidad informa que:

- Ningún empleado de fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna, biberones, chupones, chupones de distracción tiene contacto directo o indirecto con mujeres embarazadas o madres.
- El hospital no recibe regalos, literatura no científica, materiales o equipamiento, dinero, apoyo para educación en servicio o eventos de los fabricantes de leche, o distribuidores de sucedáneos, biberones, chupones o chupones de distracción.
- El hospital no entrega a ninguna embarazada, madres o familiares material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan sucedáneos de la leche materna, biberones, chupones, chupones de distracción u otros equipos de alimentación o cupones.

La revisión de la norma de la lactancia o alimentación infantil indica que se cumple con el Código y subsecuentes resoluciones de la AMS al prohibir:

- el exhibir pósters u otros materiales provistos por compañías productoras o distribuidoras de sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas y pacificadores o cualquier otro material que promueve el uso de dichos productos,
- cualquier contacto directo o indirecto entre empleados de dichas compañías productoras o distribuidoras y mujeres embarazadas o madres en el establecimiento,
- distribución de muestras o regalo con sustitutos de la leche materna, biberones o tetinas o pacificadores o la comercialización de materiales para estos productos a mujeres embarazadas o madres o miembros de sus familias,
- aceptación de regalos (incluyendo alimentos), literatura, materiales o equipo, dinero o apoyo para educación en servicio o eventos de estos productores o distribuidores por el hospital,
- demostraciones de preparación de fórmula infantil ante cualquier persona que no necesite de fórmula, y
- aceptación como regalo o a bajo costo de sustitutos de la leche materna o suministros relacionados.

La revisión de los registros y recibos indica que cualquier sucedáneo de la leche materna incluyendo fórmulas especiales y otros suministros se adquieren al precio de mercado o a más.

Las observaciones en los servicios de prenatal, de la maternidad y de otras áreas donde las nutricionista y dietistas trabajan muestran que ningún material que promueve los sucedáneos de leche materna, biberones o chupones de distracción u otros productos designados, según las leyes nacionales, se exhiben o distribuyen a las madre, embarazadas o personal.

## Atención amigable a la madre

### Criterios Globales – Atención –Amigable a la madre

*Note: Estos criterios deberían ser requeridos solo después que los establecimientos de salud han entrenado a su personal en cuanto a normas y practicas relacionadas a atención amigable a la madre.*

La revisión de las políticas/normas del hospital indica que exigen prácticas amigas de la madre en el trabajo de parto y en el parto que incluyen:

- alentar a las madres a tener un acompañante de su elección para que les de apoyo emocional y físico continuo durante el trabajo de parto y el parto si lo desean
- permitir a la mujeres la ingesta de líquidos y alimentos livianos en el trabajo de parto
- alentar a las mujeres a considerar el uso de métodos no medicamentosos para aliviar el dolor a no ser que sea necesario debido a las complicaciones respetando las preferencias de las mujeres.
- alentar a las mujeres a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto y asumir la posición de su elección para dar a luz, a no ser que exista una restricción específica por el estado de la madre y se le explique la razón.
- atención que no involucre procedimientos invasivos tales como ruptura artificial de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, parto instrumentado, o cesárea, a no ser que estén indicadas por la complicación de la madre y se le explique la razón.

Del personal clínico seleccionado al azar:

- al menos 80% son capaces de describir dos prácticas recomendadas cuando menos, que ayuden a la madre a sentirse cómoda y en control durante el trabajo de parto y parto
- al menos 80% son capaces de citar tres procedimientos en el trabajo de parto y parto que no deben utilizarse de rutina y solo si se requieren debido a las complicaciones
- al menos 80% son capaces de describir dos prácticas en el trabajo de parto y parto que faciliten un buen comienzo de la lactancia.

De las mujeres embarazadas seleccionadas al azar:

- al menos 70% informan que el personal les dijo que las mujeres pueden tener acompañantes de su elección que les apoyen durante el trabajo de parto y parto y les dieron al menos una razón por la cual esto es beneficioso.
- al menos 70% informan que les dijeron al menos un aspecto acerca de las maneras de calmar el dolor y estar más cómodas durante el trabajo de parto y cuales son mejores para las mujeres, bebés y la lactancia.

## VIH y alimentación infantil (opcional)

*Nota: El grupo nacional de coordinación de la IHAN y/o otros tomadores de decisión pertinentes, determinaran si se debe evaluar la maternidad respecto a que si proveen apoyo relacionado con el VIH y alimentación infantil.*

### **Criterios Globales – VIH y alimentación infantil**

El director/jefe de los servicios de maternidad informa que:

- el hospital tiene políticas/normas y procedimientos que parecen adecuados referente a la provisión de test y consejería para el HIV, consejería sobre PTMAN del VIH, consejería individual y privada a la mujer embarazada y madre infectada con el VIH respecto a las opciones de alimentación de sus bebés garantizando la confidencialidad.
- madres que son VIH positivas o que estén preocupadas de estar en riesgo se refieren a los servicios de apoyo comunitarios para el test de VIH y la consejería en alimentación infantil si existen.

Una revisión de la política/norma de alimentación infantil indica que se requiere que las mujeres VIH-positivas reciban consejería, incluyendo información acerca de los riesgos y beneficios de las varias opciones de alimentación infantil, y una guía específica para escoger la opción en su situación, apoyándolas en su decisión.

Una revisión de la currícula de VIH y alimentación infantil y los registros de capacitación indica que los contenidos son apropiados y suficientes, dado el porcentaje de mujeres infectadas con el VIH positivas y el personal necesario para brindar apoyo para las embarazadas y madres relacionado con el VIH y alimentación infantil. El entrenamiento cubre contenidos básicos en:

- datos básicos de los riesgos de transmisión del VIH durante el embarazo, trabajo de parto y parto y la lactancia y su prevención
- importancia del test y consejería para VIH
- disponibilidad local de las opciones de alimentación
- provisión/medios para brindar consejería a mujeres VIH positivas, sobre las ventajas y desventajas de las diferentes opciones de alimentación, les ayudan con alimentación de fórmula (Nota: puede incluir la referencia a consejeros en alimentación infantil)
- cómo ayudar a madres VIH positivas que han decidido amamantar, incluyendo como realizar la transición a la alimentación de sustitución en un momento adecuado
- cómo minimizar la posibilidad de que una madre cuyo estado de VIH se desconozca o una madre VIH negativa sea influida para adoptar la alimentación de sustitución

Una revisión de la información prenatal indica que cubre los tópicos importantes al respecto. (Esto incluye las rutas por las cuales la mujer infectada por el VIH puede pasar la infección a sus bebés, la proporción aproximada de bebés que serán (y no serán) infectados por la lactancia, la importancia de la consejería y el test para VIH y donde obtenerlo y la importancia de que las mujeres infectadas por el VIH tomen una decisión informada sobre la opción de alimentación de su bebé, y donde pueden obtener la consejería que necesitan).

Una revisión de los documentos muestra que existe material impreso accesible, si es apropiado, sobre como implementar las diferentes opciones de alimentación y se

### **Criterios Globales – VIH y alimentación infantil**

*(Continuación de la pagina anterior)*

Del personal clínico seleccionado al azar

- al menos 80% pueden describir por lo menos una medida para mantener la confidencialidad y privacidad de las embarazadas infectadas por el VIH y madres
- al menos 80% son capaces de mencionar dos políticas o procedimientos que ayuden a prevenir la transmisión del VIH de una madre VIH positiva a un bebé durante su alimentación en los seis primeros meses.
- al menos 80% son capaces de describir dos tópicos que deben analizarse cuando se brinda consejería a una madre infectada con el VIH que está decidiendo como alimentar a su bebé.

De las embarazadas seleccionadas al azar que están en su tercer trimestre y que tuvieron al menos dos visitas a prenatal o están internadas en pre-parto:

- al menos 70% refiere que un miembro del personal hablo con ellas o les dio una charla respecto al VIH/SIDA y embarazo
- al menos 70% informan que el personal les ha dicho que una mujer infectada por el HIV puede pasar la infección a su bebé.
- al menos 70% puede describir al menos una razón que el personal les dio por la cual el test y la consejería en VIH son importante para la mujer embarazada.
- al menos 70% puede describir por lo menos un aspecto que el personal les dijo que las mujeres infectadas por el VIH deben tomar en cuenta cuando decide como alimentar a su bebé.

# INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO

## Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral

### SECCIÓN 4

## AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL Y MONITOREO



**2008**

Las Guías originales de la IHAN fueron elaboradas en 1992



---

## 4.1. INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL HOSPITAL

---

### **Cómo utilizar el instrumento de autoevaluación para apreciar las políticas y las prácticas**

Cualquier establecimiento de salud con servicios de maternidad que esté interesada en convertirse en Hospital Amigo del Niño debe –en primera instancia- evaluar sus prácticas actuales concernientes a los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa*. Este *Instrumento de Autoevaluación* ha sido desarrollado para su uso en establecimientos con servicios de maternidad, y otros centros para comparar sus prácticas con los *Diez Pasos*, y evaluar como ponen en práctica otras recomendaciones establecidas en la Declaración Conjunta de 1989 OMS/UNICEF titulada *Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia: El Rol Especial de las Maternidades*. También permite a las maternidades determinar si cumplen con el *Código de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna* y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, si brindan atención amigable a la madre y si se apoya a las mujeres VIH positivas y a sus bebés.

En muchos casos, es útil si los directivos del hospital, reciben una orientación sobre las metas y objetivos de la Iniciativa Hospital Amigo (IHAN) antes de la autoevaluación. Se puede desarrollar una sesión utilizando la Sesión 3 "La Iniciativa Hospital Amigo del Niño" en la *Sección 2: Fortaleciendo y sosteniendo la Iniciativa de Hospital Amigo: Curso para tomadores de decisión* y/o Sesión 15 "Convirtiendo su Hospital en Amigo del Niño" en *Sección 3: Promoción y Apoyo de la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño: Curso para el personal de la maternidad*, junto a una revisión del *Instrumento de Autoevaluación* y *Criterios Globales de la IHAN* que se analiza en las siguientes páginas.

El *Instrumento de autoevaluación* que se presenta a continuación permitirá al director y autoridades de los servicios relevantes en un hospital u otro establecimiento que tenga servicios de maternidad, realizar una autoevaluación e identificar sus prácticas de apoyo a la lactancia. Llenar el cuestionario de autoevaluación es el primer paso del proceso, pero no califica por sí mismo al hospital como Amigo del Niño.

Los *Criterios Globales*, que son la guía de la evaluación externa para determina si un hospital califica como Amigo del Niño deben revisarse cuando se analiza la efectividad de su programa de lactancia. Para fácil referencia, se han reproducido los *Criterios Globales* para cada uno de los Pasos, para el Código, Atención Amigable a la Madre y VIH y alimentación infantil, en las secciones respectivas del *Instrumento de Autoevaluación*. El *Instrumento de Autoevaluación* también incluye cuatro Anexos:

Anexo 1, un cuestionario para ayudar a identificar las prácticas del hospital referidas a la lactancia o alimentación infantil,

Anexo 2, una lista de los puntos principales del *Código Internacional de Comercialización* y el rol del director/administrador y el personal para defenderlo,

Anexo 3, un juego de recomendaciones de VIH y alimentación infantil, y

Anexo 4, razones médicas aceptables para el uso de sucedaneos de la leche materna.

Los criterios determinados nacionalmente y la experiencia local permiten que autoridades nacionales e internacionales responsables de la IHAN consideren la inclusión de otras preguntas

relevantes en este instrumento de autoevaluación global. Las prácticas consideradas como desalentadoras para la lactancia pueden considerarse durante el proceso de autoevaluación.

Es importante que el hospital considere añadir la colección de estadísticas sobre alimentación e implementación de los Diez Pasos en el sistema de información de la maternidad, si aún no lo hizo, preferiblemente integrado a cualquier otro sistema de información ya vigente. Si el hospital necesita orientación sobre cómo obtener estos datos y las formas posibles de su uso, el personal responsable puede revisar los instrumentos de acopio simple de información disponibles en este documento en la *Sección 4.2: Guías e instrumentos para el monitoreo de la IHAN*.

I.

### **Análisis de los resultados de la Autoevaluación**

En condiciones ideales, la mayoría de las preguntas de este cuestionario será respondida con un “sí”. Las respuestas negativas numerosas sugieren divergencia con las recomendaciones de la *Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF* y los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa*. Además de responder las preguntas de la *Autoevaluación*, el hospital puede considerar hacer una encuesta informal al personal y a las madres, utilizando los *Criterios Globales* enumerados para los diferentes pasos como una guía, y determinar si cumplen con los estándares requeridos.

Cuando un establecimiento puede responder la mayoría de las preguntas con “sí”, puede considerar continuar con los siguientes pasos para ser designado como Hospital Amigo del Niño. En algunos países, una visita pro evaluación sería el próximo paso, con la visita de un consultor, quien, luego de trabajar con los gerentes y el personal se asegurará que el establecimiento está listo para la evaluación

Luego se coordina la visita de un equipo evaluador externo, en coordinación con el grupo nacional responsable de la IHAN. El asesor externo utilizará el *Instrumento de Evaluación externa del hospital* para determinar si el hospital cumple con los criterios para la designación de Hospital Amigo.

Un hospital con muchas respuestas “no” al *Instrumento de autoevaluación* donde la lactancia exclusiva o la alimentación con leche materna desde el nacimiento hasta el alta no es la norma en al menos 75%<sup>3</sup> de los recién nacidos en la maternidad, deseará desarrollar un plan de acción. El objetivo será eliminar las prácticas que obstaculizan el inicio de la lactancia y ampliar aquellas que la mejoran.

### **Acción**

Los resultados de la autoevaluación deben compartirse con el comité nacional de la IHAN o el grupo de coordinación de la IHAN. Si se necesita mejorar los conocimientos y prácticas en lactancia antes de una evaluación externa, se coordinará la capacitación para el personal de la maternidad, la que será facilitada por profesionales de gran experiencia, que hubieran recibido una capacitación de capacitadores, nacional o internacional, en el manejo de la lactancia y hubieran recibido un certificado nacional o internacional como consultores de lactancia.

---

<sup>3</sup> Como se menciona anteriormente, si las madres no están amamantando por razones médicas justificadas o por un consentimiento informado, incluidas las madres VIH positivas, pueden ser incluidas como parte del 75%.

En muchos escenarios, se ha considerado de mucho valor desarrollar varios equipos de especialistas que pueden proveer de ayuda con lactancia, tanto a nivel hospitalario como a nivel comunitario. A través de los trabajadores en salud comunitarios, parteras, etc.) y grupos de apoyo de madres, las madres podrían tener educación y apoyo en sus hogares, lo cual constituye un servicio vital en escenarios donde la lactancia exclusiva y prolongada se han hecho poco comunes.

Es muy útil organizar un “comité de apoyo a la lactancia” o comité de la IHAN en el hospital para la autoevaluación, si no se hizo antes. Este comité o equipo puede responsabilizarse de la coordinación de todas las actividades concernientes a la implementación y monitoreo de la IHAN, incluyendo el cumplimiento del *Código de Comercialización*. El comité puede llevar el liderazgo y ser coordinador de todas las actividades, incluyendo la capacitación, si esta fuera necesaria, la autoevaluación posterior, evaluación externa, el monitoreo y la reevaluación. Entre los miembros se incluirán profesionales de diferentes disciplinas, (por ejemplo neonatólogos, pediatras, obstetras, enfermeras, parteras, nutricionistas, trabajadoras sociales,) con algunos miembros claves en posiciones de gerencia y liderazgo.

El establecimiento puede consultar con autoridades relevantes locales y las oficinas de UNICEF y la OMS locales, las que pueden proveer de más información en políticas y capacitación, la que puede contribuir al incremento de la amistad con el niño en los establecimientos de salud.

### Preparativos para la evaluación externa

Antes de gestionar la evaluación y designación como Amigo del Niño se alienta a los hospitales a desarrollar:

- una política/norma sobre lactancia o alimentación infantil que cubra los *Diez Pasos para una lactancia exitosa* y el cumplimiento con el Código, así como los criterios, si se incluyeron, de VIH y alimentación infantil.

- una política/norma escrita dirigida a la atención amigable a la madre, si se incluyeron los criterios

- una currícula escrita para la capacitación en el manejo de lactancia, alimentación del bebé que no amamanta y atención amigable a la madre, para personal de la maternidad que atiende a madres y sus bebés

- un resumen del contenido de la educación en prenatal sobre estos tópicos.

Si los criterios para el VIH y alimentación infantil se incluirán en la evaluación, se debe registrar en documentos la información relacionada con la capacitación del personal y la educación en prenatal en este tema.

Para la evaluación también se necesita lo siguiente:

- recibo /factura de compra de fórmula infantil y los suministros asociados, y

- una lista del personal que atiende a las madres/sus bebés con el número de horas de capacitación, en los temas requeridos.

Los equipos de evaluación externa pueden solicitar que una copia de todos estos documentos juntos se le entregue al líder del equipo de evaluación antes de la misma.



*El Cuestionario de Autoevaluación*

**Hoja de datos del Hospital**

**Información general sobre el hospital y personal gerencial:**

Nombre del Hospital y dirección: \_\_\_\_\_

Nombre y título del director del hospital o administrador: \_\_\_\_\_

Teléfono y extensión: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El hospital es: [Señale lo correcto]]  un hospital de maternidad  hospital gubernamental  
 un hospital general  hospital privado  
 un hospital de enseñanza  otros (especificar:)  
 un hospital terciario

Número total de camas hospitalarias: \_\_\_\_\_ Número total de empleados en el hospital: \_\_\_\_\_

**Información sobre servicios prenatales:**

¿Provee el hospital atención prenatal (sea en o fuera del lugar)?  Si  No

(Si no, vaya a la última pregunta en esta sección)

Nombre y título del director del hospital o administrador del servicio/clinica prenatal:

\_\_\_\_\_

Teléfono o extensión: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de madres que dan a luz en este hospital asisten a control prenatal? \_\_\_%

¿Tiene el hospital algún servicio de prenatal en otros lugares fuera del hospital?  Si  No

[Si "si":] Favor describir dónde y cuándo funcionan: \_\_\_\_\_

¿Existen camas designadas para embarazo de alto riesgo?  Si  No [Si "Si":] ¿Cuántas? \_\_

¿Qué porcentaje de madres dan a luz sin atención prenatal? \_\_\_\_\_%  No se sabe

**Información sobre servicios de parto y puerperio:**

Nombre y título del jefe de parto y puerperio: \_\_\_\_\_

Teléfono o extensión: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información sobre servicios de maternidad:**

Nombre y título del jefe de la maternidad: \_\_\_\_\_

Teléfono o extensión: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de camas en salas de puerperio: \_\_\_\_\_

Número promedio de madres con bebés nacidos a término en sala (s) de puerperio (s): \_\_\_\_\_

¿Tiene el establecimiento una unidad(es) para los recién nacidos que requieren atención especial como RNBP, prematuros, enfermos, etc.)?  Si  No

[Si "Si":] Nombre de esta unidad: \_\_\_\_\_ Promedio de censo diario: \_\_

Nombre del jefe(s)/director (es) de esta unidad: \_\_\_\_\_:

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

Nombre de la unidad: \_\_\_\_\_ Promedio de censo diario: \_\_\_\_  
 Nombre del jefe(s) /director(es) de estas áreas: \_\_\_\_\_

¿Existen áreas en la maternidad designadas para la observación de recién nacidos sanos? Si  No  
 [Si "Si":] Promedio de censo diario en cada área: \_: \_\_\_\_\_  
 [Si "si":] Favor describir dónde y cuándo funcionan: \_\_\_\_\_

**Personal responsable de lactancia materna, alimentación del lactante**

El siguiente personal tiene responsabilidad directa para atender a madres con lactancia (LM) alimentación con sucedáneos de la leche (AS), o brindar consejería en VIH y alimentación infantil) [señale lo correcto.]

	LM	SLM	VIH		LM	SLM	VIH
Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pediatras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matronas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstetras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UCE/UCIN enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consejeros en alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consejeros pares/auxiliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro personal(especificar)			
Consultor lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Utilice la información para completar I.C. 10, 13 y 17.]

¿Existe un comité de lactancia y/o VIH y alimentación infantil(s) en el hospital?  Si  No.  
 [Si "Si":] Favor describir: \_\_\_\_\_

¿Existe un coordinador de la IHAN en el hospital?  Yes  No (Si SI, nombre:) \_\_\_\_\_

**Estadísticas en nacimientos**

Total de nacimientos en el último año: \_\_\_\_\_ de los cuales:  
 \_\_\_\_\_% fueron por Cesárea sin anestesia general  
 \_\_\_\_\_% fueron por Cesárea sin anestesia general  
 \_\_\_\_\_% recién nacidos admitidos a las alas de CE/UCIN o unidades similares

**Estadísticas en alimentación infantil**

Número total de recién nacidos a término dados de alta del hospital en el último año: \_\_\_\_ de los cuales:  
 \_\_\_\_\_% fueron amamantados exclusivamente (o recibieron leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta  
 \_\_\_\_\_% recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna (fórmula, agua u otros líquidos) por razón médica documentada o consentimiento informado de la madre  
 \_\_\_\_\_% recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna sin razón justificada alguna ni consentimiento informado de la madre

[Nota: La suma de estos porcentajes debe ser de 100%]

## La Iniciativa Hospital Amigo del Niño

Los datos del hospital arriba mencionados señalan que al menos 75% de los recién nacidos a término en el último año fueron amamantados exclusivamente o se le dio leche materna extraída desde nacimiento hasta el alta o, si recibieron algún alimento que no era leche materna fue por indicación médica documentada o por consentimiento informado de la madre:

[Nota: Sumar los porcentajes de las categorías uno y dos para calcular el porcentaje]

Si  No

6.1

### ***Estadísticas en VIH/SIDA***

Porcentaje de embarazadas que recibieron orientación y el test para el VIH: \_\_\_\_\_%

Porcentaje de madres que sabían que eran VIH positivas al momento del nacimiento de sus bebés:\_%

### ***Fuente de datos:***

Por favor describa las fuentes de esta información:

---

---

---

**PASO 1. Tiene una política/norma escrita que se comunica de rutina al todo el personal de salud.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.1 ¿Tiene el centro una norma/política sobre lactancia /alimentación infantil que incluya todos los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa en los servicios de maternidad y el apoyo a madres infectadas por el VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 ¿La norma/política protege la lactancia mediante la prohibición de la promoción de los sucedáneos de leche materna, alimentación con biberón, y chupones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 ¿La política/norma prohíbe la distribución de regalos o paquetes con muestras comerciales y suministros o material de propaganda para estos productos a las mujeres embarazadas y madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 ¿La política/norma está disponible para que todo el personal que atiende a madres y sus bebés pueda revisarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 ¿Existe algún resumen de la norma de lactancia/alimentación infantil, incluyendo temas relacionados con los 10 Pasos, Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las resoluciones relevantes posteriores de la AMS, así como el apoyo a las madres VIH positivas, exhibido o expuesto en todas las áreas del establecimiento que puede ayudar a las madres, lactantes y /o niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 ¿Este resumen de la política/norma está escrita en el idioma(s) más común y redactado de manera que sea comprendido por las madres y el personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 ¿Existe algún mecanismo para evaluar la efectividad de la política/norma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 ¿Están todas las normas/políticas/protocolos relacionados con lactancia de acuerdo con los criterios actuales basados en la evidencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2. Capacitar a todo el personal en las habilidades necesarias para implementar la política/norma**

	SI	NO
2.1 ¿Recibe todo el personal que atiende a mujeres embarazadas, o madres y sus bebés, orientación en la norma de lactancia/alimentación infantil al comenzar su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ¿Conoce el personal que atiende a la embarazada, madres y sus bebés, la importancia de la lactancia y está familiarizado con la norma/política de la maternidad y sus servicios para proteger, promover y apoyar la lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 ¿El personal que atiende a las embarazadas, madres y lactantes (o todo el personal que rota a los servicios con estas responsabilidades) recibe capacitación en la promoción y apoyo de lactancia durante los 6 meses de trabajo, a no ser que hubieran recibido capacitación en otro lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 ¿La capacitación cubre los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa y El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 ¿La capacitación para el personal clínico es de al menos 20 horas en total, con un mínimo de 3 horas de experiencia clínica supervisada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 ¿La capacitación para el personal no clínico, es suficiente, dado su rol, para proveerles de habilidades y conocimientos necesarios para apoyar a madres para que alimenten exitosamente a sus bebés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 ¿También se capacita al personal de planta que atiende mujeres y bebés en alimentación de bebés que no están amamantando y cómo apoyar a las madres que han tomado esta decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 ¿El personal clínico que atiende a mujeres embarazadas, madres y lactantes puede responder preguntas simples referidas a la promoción y protección de la lactancia así como a la atención a madres que no están amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 ¿El personal no clínico como asistentes, trabajadoras (es) sociales así como auxiliares, manuales, y distribuidores de alimentación están capacitados para responder preguntas sencillas acerca de la lactancia y como dar apoyo a las madres para alimentar a sus bebés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 ¿El establecimiento ha programado una capacitación especial en el manejo de la lactancia a personal específico de la maternidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

	SI	NO
3.1 ¿Tiene el hospital una consulta, clínica de prenatal o clínicas satélites de prenatal o servicio de hospitalización prenatal? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Si, sí, ¿Las embarazadas que asisten a estos servicios de prenatal reciben información acerca de la importancia y el manejo de la lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ¿Los registros de prenatal indican si se ha analizado la lactancia con las mujeres embarazadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 ¿La educación prenatal, incluyendo la verbal y la escrita, cubre tópicos relacionados con la importancia y el manejo de la lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. ¿Las mujeres embarazadas están protegidas de la promoción oral o escrita o instrucción para la alimentación artificial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. ¿Las embarazadas que acuden al servicio de prenatal puede describir los riesgos de dar suplementos cuando se amamanta por los primeros seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 ¿Las mujeres que acuden al servicio de prenatal pueden describir la importancia del contacto piel a piel temprano de madres y sus bebés y el alojamiento conjunto?		
3.8 ¿Está disponible el registro de prenatal de la madre en el momento del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.**

Este Paso se interpreta ahora como:

**Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento por lo menos por una hora, alentar a la madre a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar y ofrecer su ayuda si es necesario**

	SI	NO
4.1 ¿Los bebés que nacen por parto vaginal o por cesárea <u>sin</u> anestesia general son colocados en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento y las madres son alentadas a mantener este contacto por lo menos por una hora o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ¿Los bebés que han nacido por cesárea <u>con</u> anestesia general son colocados en contacto piel a piel con sus madres tan pronto como sus madres responden y están alertas, y continuar con el resto del procedimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ¿Todas las madres reciben ayuda durante este tiempo para reconocer que sus bebés están listos para amamantar y les ofrecieron ayuda si fuera necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ¿Las madres con bebés en cuidados especiales son alentadas a sostener a sus bebés, en contacto piel a piel, a no ser que hubiera una razón que justifique porqué no hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus bebés.**

	SI	NO
5.1 ¿El personal ofrece a todas la madres que amamantan ayuda con lactancia, para que alimenten a sus bebes o en las seis horas después del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 ¿Puede el personal describir los temas de información y demostrar las habilidades que comunican a las madres que están amamantando o que no están amamantando, para ayudarles a alimentar a sus bebes exitosamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 ¿El personal o consejeros especializados en lactancia y manejo de lactancia está disponible tiempo completo para ayudar a las madres durante su estadía en los establecimientos de salud y para la preparación para el alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 ¿El personal ofrece información sobre otras opciones de alimentación a madres en cuidados especiales que decidieron no amamantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 ¿Las madres que amamantan pueden demostrar cuál es la posición correcta y el agarre para que sus bebes amamanten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 ¿Las madres que están amamantado reciben información sobre como extraerse la leche manualmente, y les dicen donde conseguir ayuda si la necesitara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 ¿Las madres que nunca amamantaron o que tuvieron problemas para hacer, reciben atención especial y apoyo del personal del establecimiento de salud, tanto en el prenatal como en el puerperio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 ¿Las madres que decidieron no amamantar reciben orientación individual sobre cómo preparar los alimentos de su bebé y cómo hacerlo ellas mismas, después que se les ha demostrado como?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9 ¿Las madres con bebés en cuidados especiales que piensan amamantar recibieron ayuda en las seis horas después del parto para establecer y mantener la lactancia mediante la expresión frecuente y les enseñaron cómo hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 6. No dar a los recién nacidos ningún alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.**

	SI	NO
6.1 ¿Los datos del hospital muestran que la menos el 75% de los bebés a término dados de alta en el año pasado recibieron lactancia exclusiva (o se alimentaron con leche materna extraída) desde nacimiento hasta el alta, si no, que existieron razones médicas aceptables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 ¿Los bebés amamantados, no reciben alimentos o líquidos que no sean leche materna a no ser que existan razones médicas aceptables o consentimiento informado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 ¿El establecimiento evita exhibir o distribuir materiales que recomienden sucedáneos de la leche materna, horarios de alimentación u otras prácticas inapropiadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 ¿Las madres que han decidido no amamantar informan que el personal analizo con ellas la diferentes opciones de alimentación y les ayudaron a decidir cuál era la adecuada en su situación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 ¿El establecimiento tiene espacio suficiente, el equipo necesario y los suministros para dar las demostraciones de cómo preparar la fórmula y otras alternativas de alimentación lejos de las madres que amamantan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 ¿Todos los protocolos clínicos o estándares relacionados con lactancia y alimentación infantil de acuerdo con los estándares de la IHAN y las guías basadas en el evidencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 7. Practicar el alojamiento conjunto – permitir que los bebés y sus madres permanezcan juntos las 24 horas del día.**

	SI	NO
7.1 ¿Las madres y sus bebés permanecen juntos y /o comienzan el alojamiento conjunto inmediatamente después del nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 ¿Las madres que han tenido cesárea u otros procedimientos con anestesia general permanecen junto a sus bebés y/o comienzan el alojamiento conjunto tan pronto como sean capaces de responder a las necesidades de sus bebés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 ¿Las madres y sus bebés permanecen juntos (en la habitación o en su cama a no ser que la separación este plenamente justificada)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**PASO 8. Alentar la lactancia a demanda.**

	SI	NO
8.1 ¿Se enseña a las madres que están amamantando a reconocer las claves que indican cuando sus bebés están con hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 ¿Se alienta a las madres que están amamantando a alimentar a sus bebés tan seguido y por el tiempo que sus bebés quieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 ¿Se aconseja a las madres que están amamantando que si sus bebés duermen por mucho tiempo, deben despertarles y tratar de amamantarles, y que si sus pechos se llenan mucho también deben tratar de amamantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 9. No dar biberones ni chupones (o chupones de distracción o pacificadores) a bebés que estén amamantando.**

	SI	NO
9.1 ¿Los bebés amamantados son atendidos y no reciben biberón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 ¿Las madres han recibido alguna información del personal de los riesgos asociados con administración de leche, y otros líquidos en biberón o con chupón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 ¿Los bebes amamantados hospitalizados no utilizan pacificadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 10. Auspiciar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a éstos, al alta del hospital o la clínica.**

	SI	NO
10.1 ¿El personal analiza con la madre que está cerca al alta por cuánto tiempo piensa amamantar a sus bebé cuando retorne a su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 ¿Tiene el hospital un sistema de seguimiento y apoyo a las madres que son dadas de alta como control postnatal, o consultorio de lactancia, visita domiciliaria o llamada telefónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 ¿El establecimiento auspicia la formación y coordinación de grupos de apoyo a la madre y otros servicios comunitarios que brindan apoyo a la madre para alimentar a sus bebes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 ¿Son las madres referidas para otorgar ayuda con la alimentación, a un sistema de seguimiento institucional o a un grupo de apoyo, consejeros de pares, y otros servicios comunitarios tales como atención primaria o centros de salud materno infantil, si hubieran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 ¿Existe material impreso para las madres antes del alta, si fuera apropiado y factible, sobre cómo obtener apoyo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 ¿Se alienta a las madres a visitar un trabajador de salud o a una persona con capacitación en lactancia materna en la comunidad, inmediatamente después del alta (preferiblemente 2-4 días después del parto y una segunda vez en la segunda semana) que pueden evaluar como les va con la alimentación de sus bebes y darles el apoyo que necesitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.7 ¿El personal del establecimiento permite la consejería de lactancia/alimentación infantil por un grupo de consejeros entrenados en dar apoyo a la madre en los servicios de su maternidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

**Complimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Código 1 ¿El personal del establecimiento rechaza los suministros gratuitos o a bajo costo de los sucedáneos de la leche materna, y los compra por el precio al por mayor o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código.2 ¿Está ausente toda promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones, tetinas, o chupones de distracción, en todo el hospital, sin exhibición de materiales o distribución de ellos a las embarazadas o madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código.3 ¿Los empleados de los fabricantes y distribuidores de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y chupones de distracción están prohibidos de contactarse con las embarazadas o madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código.4 ¿El hospital rechaza los regalos, literatura no científica, materiales o equipamiento, dinero o apoyo para la educación en servicio o eventos de los fabricantes o distribuidores de productos en el alcance de Código?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código.5 ¿Están todas las latas y los biberones preparados fuera de vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código 6 ¿El hospital prohíbe dar a la embarazada, madres y sus familias cualquier material de comercialización, muestras o paquetes de regalo que incluyan sucedáneos de la leche materna, biberones, chupones, equipo o cupones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código.7 ¿El personal comprende por qué es importante no dar muestra gratuitas o materiales de propaganda de las compañías de leche a las madres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Atención amigable a la madre

*Nota: Las autoridades nacionales determinarán si la maternidad debe o no ser evaluada en los criterios de servicios amigables para la madre. (Ver Sección 4.1 “Guía de Evaluadores”, p. 4, para discusión*

	SI	NO
AM.1 ¿La política/norma del hospital instruye la práctica amigable con la madre de trabajo de parto y parto incluyendo:		
Alentar a la madre a tener la compañía de su elección para que le brinde apoyo físico o emocional constante durante el trabajo de parto o parto si lo desea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permitir a la mujer tomar líquidos o ingerir alimentos livianos durante el trabajo de parto si lo desea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alentar a las mujeres a considerar el uso de métodos alternativos para el dolor, que no son medicamentos a no ser que los analgésicos o anestésicos sean necesarios por las complicaciones respetando las preferencias personales de las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alentar a las mujeres a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto, si lo desean, y asumir la posición de su elección para dar a luz a no ser que alguna complicación lo impida y se explique la razón a la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Atención que evita los procedimientos invasivos como la ruptura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, parto instrumentado, cesárea a no ser que este específicamente indicada por alguna complicación y se explique la razón a la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.2 El personal ha recibido orientación o entrenamiento sobre atención amigable a la madre en el trabajo de parto y parto y otros procedimientos ya mencionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.3 Las mujeres son informadas durante el prenatal (si existe) que pueden tener una compañía de su elección durante el trabajo de parto y parto para proveer apoyo físico y emocional continuo, si así lo desearan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.4 Una vez iniciado el trabajo de parto, se permite la presencia de compañía para darle a la madre el apoyo que ella quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.5 <u>En el prenatal</u> (si hubiera) las embarazadas reciben información sobre las formas de combatir el dolor que no sean medicamentos para combatir el dolor durante el trabajo de parto y lo que es mejor para las madres y bebés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.6 Comunicar a las mujeres que es mejor para ellas y sus bebés si evitan las medicaciones o se minimizan a no ser que se requieran por una complicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.7 Informar a las embarazadas <u>durante el prenatal</u> (si hubiera) que podrán movilizarse durante el trabajo de parto y asumir la posición de su elección para dar a luz, a no ser que hubiera restricción por alguna complicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM.8 Alentar a las madres en la práctica a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto, si lo desean, y asumir la posición que elijan para dar a luz, a no ser que hubiera una restricción específica debido a una complicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIH y alimentación infantil (opcional)**

*Nota: La coordinación nacional de la IHAN u otras autoridades tomadoras de decisión determinaran si la maternidad debe o no ser evaluada respecto a si brinda apoyo relacionado al VIH y alimentación infantil. Ver IHAN Sección 1.2 para las guías sugeridas para tomar esta decisión.*

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
VIH.1 ¿La norma/política de lactancia materna/alimentación infantil instruye dar apoyo a la mujer VIH positiva para que tome una decisión informada sobre la alimentación de su bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH.2 ¿Se le comunica a la embarazada sobre las vías de contagio de una mujer que es VIH positivo a su bebé, incluyendo durante la lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH.3 ¿Son las mujeres embarazadas informadas acerca de la importancia del test y consejería para el VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH.4 ¿El personal recibe capacitación en: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ los riesgos de la transmisión del VIH durante el embarazo, trabajo de parto y parto y lactancia y su prevención,</li> <li>▪ la importancia del test y la consejería para el VIH, y</li> <li>▪ como dar apoyo a las mujeres que son VIH- positivo para tomar decisiones informadas sobre alternativas de alimentación y como implementarlas</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH.5 ¿El personal mantiene la confidencialidad y privacidad de las embarazadas y madres que son VIH-positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH.6 ¿Existe material impreso disponible, que no tenga contenido de propaganda sobre cómo implementar las diferentes opciones de alimentación, que se distribuyan a las madres, dependiendo de su opción de alimentación, una vez dada de alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH.7 ¿La madre que es VIH-positivo o que estuviera preocupada por estar en riesgo, es informada sobre y acerca de /o referida a servicios de apoyo de la comunidad para test de VIH y consejería en alimentación infantil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Resumen**

	SI	NO
<p>¿Su hospital implementa completamente todos los <b>10 PASOS</b> para proteger, promover y apoyar la lactancia?</p> <p>(Si “No”) Hacer una lista con las preguntas de los 10 Pasos cuya respuesta es “No”:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>¿Su hospital cumple completamente con el <b>Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna?</b></p> <p>(Si “No”) Hacer una lista con las preguntas respecto al Código cuyas respuestas fueron “No”:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>¿Su hospital provee de apoyo adecuado a las mujeres <b>VIH</b>-positivo y sus bebés (si se requiere)?</p> <p>(Si “No”) Hacer una lista con preguntas respecto al VIH cuyas respuestas fueron “No”:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>¿Su hospital provee de <b>atención amigable a la madre</b> (si se requiere)?</p> <p>(Si “No”) Hacer una lista con las preguntas respecto a la atención amigable a la madre cuyas respuestas fueron “No”</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>¿Si las respuestas a cualquiera de las preguntas de la “Autoevaluación” fueron “no”, qué mejoras se necesitan?</p> <p>¿Si se necesitan mejoras, le gustaría tener ayuda? Si sí, favor describir:</p>		

El objetivo de este formulario es el de facilitar el proceso de autoevaluación del hospital. El hospital o establecimiento de salud debe estudiar los Criterios Globales también. Si se cree que está listo y desea solicitar la visita de reevaluación, o una evaluación externa para determinar si cumple con los Criterios Globales para designarse como Hospital Amigo del Niño, debe enviarse el formulario llenado como respaldo a la solicitud hecha a la autoridad nacional de la IHAN.

Si el formulario indica que se requieren mejoras substanciales en la práctica, se alienta a los hospitales a utilizar algunos meses para reajustar las rutinas, capacitar nuevamente al personal, y establecer nuevos protocolos de atención. El proceso de autoevaluación puede repetirse. La experiencia muestra que se pueden realizar cambios en tres o cuatro meses con una capacitación adecuada en el propio hospital o en el país, pues llega a más personas y por lo tanto es la más aconsejada.

IHAN Sección 2: Curso para tomadores de decisión

*Nota: Tener una lista con la información y dirección de los contactos a quienes debe enviarse el formulario de autoevaluación y la solicitud de reevaluación o de evaluación.*

Hoja Didáctica 3.6

**OMS/UNICEF cursos de lactancia materna y alimentación del niño pequeño**

Título	OMS/UNICEF Fortaleciendo y sosteniendo la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso para tomadores de decisión	OMS/UNICEF Promoción y Apoyo a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Curso de 20-hr para personal de la maternidad	OMS/UNICEF Consejería en Lactancia Curso de Capacitación	OMS Consejería en Alimentación Complementaria: Curso de Capacitación	OMS Consejería en Alimentación del lactante y del niño pequeño: Curso integrado
Duración	12 horas	20 horas	40 horas	21 horas	5 días (masa 1 día para seguimiento)
Práctica Clínica	Ninguna	4 horas	4x2 horas	2x2 horas	8 horas (4 Sesiones)
Objetivo	Concientizar y brindar orientación práctica sobre acciones administrativas para convertirse en Hospital Amigo	Transformar la maternidad en "Amiga del Niño"	Desarrollar habilidades clínicas y de consejería en lactancia	Proveer de conocimiento y habilidades para dar consejería sobre prácticas apropiadas de alimentación complementaria	Proveer de conocimiento y habilidades para dar consejería en lactancia, VIH y alimentación infantil y alimentación complementaria
Dirigido a	Directores y administradores de establecimientos de salud	Todo el personal de la maternidad	Trabajadores de salud de cualquier parte del sistema de salud	Trabajadores en salud que atienden y orientan a cuidadores de niños pequeños.	Los trabajadores de salud que atienden y orientan a cuidadores de lactantes y niños pequeños.
Capacitadores	Se necesitan habilidades y experiencia en capacitación	Se necesitan habilidades y experiencia en capacitación	Se incluyen la preparación de capacitadores e instrucciones detalladas para la capacitación	Se necesitan habilidades y experiencia en capacitación	Se necesitan habilidades y experiencia en capacitación
Materiales	Guía del Curso – Planes de Sesión – Hojas Didácticas – Diapositivas – Transparencias – Materiales de Referencia	Planes de Sesión y diapositivas en PowerPoint	Guía del Director –Guía del Capacitador – Manual del Participante - Transparencias y rotafolio – Diapositivas -Formularios y listas de verificación – Video – Materiales de Ref.	Guía del Director –Guía del Capacitador – Manual del Participante - Transparencias	Guía del Director –Guía del Capacitador – Manual del Participante – Diapositivas en PowerPoint – Guía para el seguimiento- material de apoyo para la Consejería en VIH y alimentación infantil
Website	<a href="http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme">http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme</a>	<a href="http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme">http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme</a>	<a href="http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITÓN/BFC.htm">http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITÓN/BFC.htm</a>	Para información contactar NHD/WHO Ginebra	<a href="http://www.who.int/nutrition/iycf_integrated_course/en/index.html">http://www.who.int/nutrition/iycf_integrated_course/en/index.html</a>



## ***La Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Guías e instrumentos para el monitoreo y la reevaluación***

### **La necesidad de instrumentos para el monitoreo y la reevaluación**

Con el incremento sostenido de hospitales a nivel mundial designados como “Amigo del Niño”, las autoridades de salud de muchos países, han expresado la necesidad de contar con instrumentos para el monitoreo y reevaluación que les permita construir sobre el progreso logrado a través de la Iniciativa de Hospitales Amigos (IHAN)

### **Guías e instrumentos disponibles en la OMS y UNICEF**

El paquete de materiales de la IHAN revisado, *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral*, incluye guías e instrumentos para el monitoreo y la reevaluación de los hospitales “Amigo del Niño”. Las guías del monitoreo y los instrumentos pueden ser utilizados por el grupo coordinador nacional de la IHAN para el monitoreo de los hospitales designados o por los mismos hospitales, como parte de su auto-monitoreo o programa de control de calidad. La guía de reevaluación y el instrumento están destinados a ser utilizados como parte de una reevaluación externa y proceso de re designación, y por ello, sólo disponible en las oficinas locales de la OMS y UNICEF, de las autoridades nacionales de la IHAN, y su equipo evaluador. La implementación sistemática de un proceso de monitoreo y de reevaluación es importante para asegurar la credibilidad de la Iniciativa a largo plazo y su sostenibilidad.

### **Los documentos y su contenido**

#### ***IHAN Sección 4: Autoevaluación y Monitoreo del Hospital***

##### ***4.2: Guía e Instrumentos para el Monitoreo del Hospital Amigo del Niño***

- Guía para el desarrollo de un proceso nacional de monitoreo de la IHAN
- Anexo 1: Registro e informes sobre alimentación infantil
- Anexo 2: Registro e informes sobre la capacitación del personal
- Anexo 3: Herramienta de monitoreo de la IHAN
- Anexo 4: El Instrumento de reevaluación de la IHAN y su uso posible para el monitoreo

#### ***IHAN Sección 5: Evaluación Externa y Reevaluación***

##### ***5.3: Guía e Instrumento para la Reevaluación Externa***

- Guía para el desarrollo de un proceso nacional de reevaluación de la IHAN
- Anexo 1: Instrumento de Reevaluación de la IHAN

***IHAN Sección 4*** está disponible para su descarga en el sitio web de UNICEF, ([http://www.unicef.org/nutritión/index\\_24850.html?q=printme](http://www.unicef.org/nutritión/index_24850.html?q=printme)). ***IHAN Sección 5*** ha sido



---

difundido en la “intranet” de UNICEF y puede accederse mediante la UNICEF regional y las oficinas del país pudiendo entregarse al coordinador de la IHAN y a los asesores.

# Sesión 4:

## Las bases científicas de los “Diez pasos para una lactancia exitosa”

### Objetivo

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Describir las bases científicas de los “Diez pasos para una lactancia exitosa”.

### Duración

Total: 90 minutos

### Metodología de Capacitación

Disertación y discusión

### Preparación de la sesión

- Revisar el documento de la OMS, “Evidencia de los diez pasos para una lactancia exitosa” 1998 (WHO/CHD/98.9) ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm))
- Revisar todas las hojas didácticas y resúmenes de investigación que están en la descripción de la Sesión 4. (Asegurarse de tener la Declaración más actualizada del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y VIH y alimentación infantil).
- Revisar video “Delivery, Self Attachment” (Time: 6 minutes). (See the *Course Guide* for information on to order the video.)
- Revisar todas las diapositivas de PowerPoint y/o transparencias y escoger *para cada paso* unas tres diapositivas o transparencias más apropiadas para su audiencia. Si se desea, puede cambiar el orden de la presentación de las diapositivas /transparencias. Revisar las foto diapositivas y utilizarlas y/o sus propias diapositivas, para ilustrar los puntos de acuerdo a las necesidades.
- Revisar los cursos de capacitación disponibles localmente y hacer una lista de ellos en una transparencia o Rotafolio.
- Si disponible, utilizar un poster con los Diez Pasos para que el docente pueda referirse a él fácilmente.

### **Material de capacitación**

#### ***Resúmenes***

Resúmenes de investigaciones

#### ***Hojas Didácticas***

*Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia, El Rol Especial de los Servicios de Maternidad, Declaración Conjunta de la WHO/UNICEF* (folleto, igual que en Sesión 3)

- 4.1 Presentación de Sesión 4
- 4.2 Política Nacional de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (para establecimientos de salud), Sultanato de Oman
- 4.3 El Programa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Ministerio de Salud, Méjico
- 4.4 UNICEF RU Iniciativa Amiga del Niño: Ejemplo de una política de lactancia con servicios de maternidad/comunidad combinados
- 4.5 Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna

#### ***Diapositivas/Transparencias***

4.1.1-4.11.7 y foto diapositivas 4.a-4.z

El sitio web de este curso tiene los vínculos de las diapositivas, y las transparencias para esta Sesión en dos archivos de Microsoft PowerPoint. Las foto-diapositivas se incluyen en el archivo de “diapositivas” en el orden en el cual se mencionan en el Plan de la Sesión. Cuando sea posible, el capacitador debe substituir las fotos con otras que sean de nivel local, o en situaciones que son similares a las condiciones locales.

Las diapositivas (a color) pueden utilizarse con una computadora portátil y un proyector LCD, si hubiera disponible. Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para proyectarse con una retroproyectora. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

#### ***Otros materiales de capacitación***

Rotafolio

Video

Poster de los Diez Pasos

## Referencias

Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact*, 1998, 14(4):283-285.

*Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development, Update, No. 9.* Geneva, World Health Organization, reissued November 1997.

Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Coutsoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia, HM. South African Vitamin A Study Group. Método of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16: 15(3):379-87.

Christensson K, Siles C, Moreno L, y cols. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:481-493.

DeCarvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982, 136:737-738.

DeCock KM, Fowler MG, Mercier E y cols. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource poor countries. *JAMA*, 2000, 238 (9):175-82.

DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

*Evidence for the ten Pasos to successful breastfeeding.* Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHD/98.9).

Guidelines concerning the main health and socioeconomic circumstances in which infants have to be fed on breast-milk substitutes. In: *Thirty-Ninth World Health Assembly* [A39/8 Add. 1- 10 April 1986], pp. 122-135, Geneva, World Health Organization, 1992.

Guisse, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence revisar and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003 1(2):70-78.

Haider R y cols. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(2):173-179.

Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth A. A training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002, 18:7-12.

*HIV and infant feeding: A policy statement developed collaboratively by ONUSIDA, WHO and UNICEF.* Geneva, ONUSIDA, 1997.

*HIV transmission through breastfeeding: A revisar of available evidence.* Geneva, World Health Organization, 2004.

Jayathilaka AC. *A study in breastfeeding and the effectiveness of an intervention in a district of Sri Lanka.* [DM thesis]. Sri Lanka, University of Colombo, 1999.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E y cols. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Lu M, Lange L, Slusser W y cols. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

Martens PJ. Does Breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experiences of a small, rural Canadian hospital. *J Hum Lact*, 2000, 16:309-318.

Merten S y cols. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J y cols. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31.

Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu. South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.

Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70: 205-209.

Philipp BL, Merewood A, Miller LW y cols. Baby Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood*. Boston, Massachusetts, Times Mirror/Mosby, 1989.

Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol*, 1994, 18(6): 517-524.

Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19(4):185-189.

Saadeh RJ, Akre J. Ten Pasos to successful breast-feeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 1996, 23(3):154-160.

Saadeh RJ, ed. *Breast-Feeding: The Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, 1993.

Savage-King FS. *Helping Mothers to Breastfeed*, Revised Edition. Nairobi, Kenya, African Medical Research Foundation, 1992.

Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.

WHO/UNICEF/UNFPA/ONUSIDA/World Bank/UNHCR/EFP/FAO/IAEA. *HIV and infant feeding: Framework for priority action*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_Framework.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm)).

Victora C, Behague D, Barros F y cols. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

*WHO Technical Consultation on Infant and Young Child Feeding, Themes, Discussion and Recommendations, WHO, Geneva, 13-17 March, 2000*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/NHD/00.8, WHO/FCH/CAH/00.22).

WHO/UNICEF/UNFPA/ONUSIDA. *HIV and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors* (revised). Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_MS.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf)).

WHO/UNICEF/UNFPA/ONUSIDA. *HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers* (revised). Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN\\_92\\_4\\_159122\\_6.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm)).

Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th Edition. St. Louis, MO, Mosby, 1993.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86 (2):171-175.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1017-1022.

Contenidos mínimos

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>Esta Sesión revisará estudios seleccionados para ilustrar la base fisiológica y sociológica de los Diez Pasos. Todos los pasos se interrelacionan. Los primeros 2 pasos son la base de la implementación de los otros ocho pasos. Refiérase a los participantes a la Hoja Didáctica (folleto), “Promoción, Protección, y Apoyo a la lactancia</p> <p>Invite a los participantes a comentar o hacer preguntas durante la presentación. Apunte los problemas, barreras o soluciones que surgen durante la presentación para que se discutan en Sesión 5. Intente permitir alguna discusión durante esta presentación pero posponer las discusiones mayores hasta Sesión 5 debido a las limitaciones de tiempo.</p> <p>Mencione que una mini-versión de la presentación se reproduce en la Hoja Didáctica 4.1 incluida en la carpeta de los participantes</p>
<p><b>1. Paso 1: Tener una política/norma por escrito que se ponen en conocimiento del personal de rutina.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.1.1 Paso 1</p> <p>4.1.2 ¿Por qué tener una política/norma?</p> <p>4.a Mencionar que la “Declaración Conjunta” sirve como el antecedente para la IHAN y los “Diez Pasos”</p> <p>4.1.3 ¿Qué aspectos debe mencionar?</p> <p>4.1.4 ¿Cómo debe presentarse? Ejemplos de Políticas (referir a las hojas didácticas de elección, 4.2-4.4) (Puede utilizar su propia política. Las Políticas necesitan adaptarse a sus propios escenarios y deben basarse en los Diez Pasos.)</p> <p>4.b Mostrar la foto de profesionales de la salud consultando la política escrita durante la capacitación en servicio (opcional).</p> <p>4.1.5 Gráficas: Tasas incremento de la alimentación con leche materna exclusiva en el hospital durante la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<i>(Philipp y col. Ver resumen.)</i>
<p><b>2. Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud de la maternidad en las habilidades necesarias para implementar esta política.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.2.1 Paso 2</p> <p>4.c Mostrar la foto de profesionales de salud asistiendo a una sesión en aula (opcional).</p> <p>4.d. Mostrar la foto de mujeres en un grupo de discusión durante un taller de capacitación. (opcional)</p> <p>4.2.2 Áreas de conocimiento que deben incluirse en la educación del personal (puede solicitar a los participantes la respuesta antes de mostrarles)</p> <p>4.2.3 Temas adicionales para la capacitación en el contexto del VIH</p> <p>4.2.4 La capacitación en lactancia del personal tuvo un efecto significativo en las tasas de lactancia exclusiva al alta, las que incrementaron de 41% a 77%. <i>(Cattaneo y col. Ver resumen.)</i></p> <p>4.2.5 En varios estudios los profesionales de salud capacitados en consejería de lactancia y/o grupos de apoyo capacitados para ayudar a las madres en una variedad de circunstancias (prenatal, puerperio, admisión por diarrea). En cada uno de los estudios había un incremento significativo de la lactancia exclusiva, comparada con el grupo control. <i>(OMS/CAH. Ver resumen.)</i></p> <p>4.2.6 Pida a los participantes que den ejemplos de profesionales de salud – además de personal de neonatología - quienes influyen en el éxito del amamantamiento. Considere a otro personal en la institución que entra en contacto con las madres como personal de limpieza, empleados, u otros grupos de especialidad.</p>
<p><b>3. Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.3.1 Paso 3</p> <p>4.3.2 Contenidos de educación prenatal (puede adaptarse para reflejar las necesidades</p>



Contenido	Notas del Capacitador
	<p>individuales del país.)</p> <p>4.e-f Mostrar fotos de un grupo en clase de prenatal y de la consejería individual (opcional).</p> <p>4.3.3 La atención prenatal puede impactar significativamente las prácticas de lactancia relacionadas con la administración de calostro y el inicio precoz de la lactancia en las 2 horas de nacimiento. <i>(Nielsen y cols. See summary.)</i></p> <p>4.3.4 La educación prenatal puede conducir a incrementos significativos en las tasas de inicio (23%) y duración de lactancia a corto plazo (hasta los 3 meses) (39%), como se muestra en el meta - análisis de estudios de educación y apoyo. <i>(Guise ycol. Ver resúmen.)</i></p>
<p><b>4. Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.</b></p>	<p><b>Diapositivas</b></p> <p>4.4.1 Paso 4.</p> <p>4.4.2 Los Criterios Globales de la IHAN revisado, interpreta este Paso como “Se coloca al recién nacido en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento y por al menos una hora, se alienta a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su apoyo si es necesario.” Analice las razones para este cambio, incluyendo la investigación sobre el tiempo que le toma a los bebés iniciar el amamantamiento sin ayuda (ver fotos 4h-j y diapositiva 4.4.8 debajo).</p> <p>4.4.3 ¿Porqué alentar el inicio temprano? Los puntos en esta lista se ilustran en las transparencias siguientes.</p> <p>4.4.4 ¿Cómo alentar el inicio temprano?</p> <p>4.g-j Mostrar una o mas fotos que demuestran el inicio precoz. La primera foto muestra una enfermera ayudando a la madre a colocar su bebé justo después del parto. Las tres siguientes fotos ilustran como el bebé encontrara el pezón de la madre y comenzara a mamar por si solo. Se</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>necesita tiempo para este proceso.</p> <p>4.4.5 Gráfica: El estudio demuestra como el contacto en la primera hora después del parto incrementa la duración de la lactancia hasta los 3 meses. (<i>DeChateau y col ver resúmen.</i>)</p> <p>4.4.6 Gráfica: El estudio concluyó que la atención que promueve el contacto piel a piel, comparada con la atención en la cama durante el periodo único inmediato al parto, se asocia con mayor temperatura corporal y de la piel y una adaptación metabólica mas rápida. El cuerpo materno es una fuente de calor radiante suficiente para el bebé. (<i>Christensson y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>4.4.7 Tabla: Este resúmen de cuándo se producen los factores inmunes en el lactante demuestra la importancia del rol del calostro y la leche madura para compensar la ausencia relativa de inmunidad en el recién nacido. (<i>Worthington-Roberts</i>)</p> <p>4.4.8 Gráfica: El estudio concluyó que para promocionar patrones de succión exitosos debe dejarse a los bebés desnudos en contacto con el abdomen de la madre, sin molestarles hasta que se logre la primera succión y se aliente al bebé a agarrar el pecho activamente. (<i>Righard y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>Mostrar el video “<i>Delivery, Self Attachment</i>” si hubiera disponible, como una alternativa a las foto diapositivas g, h, e i. Note el patrón de succión del bebé cuando no existe interferencia entre la madre y el recién nacido.</p>
<p><b>5. Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separacion de sus bebés.</b></p>	<p><b>Diapositivas</b></p> <p>4.5.1 Paso 5</p> <p>4.5.2 Cita (Woolridge)</p> <p>4.k-1 Mostrar las fotos del personal mostrando a las madres como amamantar (opcional)</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>4.5.3 Gráfica: El estudio demuestra que si un hospital externa a una madre cuyo bebé esta amamantando con buena técnica, o si se toma un tiempo de instrucción de 5-10 minutos para corregir la técnica inadecuada, la duración de la lactancia es dos veces mayor comparada a la de madres que se externa con mala técnica para amamantar. (<i>Righard y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>4.5.4 Gráfica: El inicio del amamantamiento se dio entre 75% de las mujeres que fueron alentadas para amamantar comparadas con sólo 43% que no recibieron aliento del personal de salud. (<i>Lu y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>4.5.5 Gráfica: Las tasas de duración de la lactancia fueron significativamente mayores entre las madres cuyos bebés permanecieron junto a ellas durante el puerperio y cuyas madres recibieron orientación durante la estadia hospitalaria, en comparación con los bebés que no tuvieron alojamiento conjunto y que no recibieron ninguna orientación en lactancia mientras estuvo en el hospital. (<i>Perez-Escamilla y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>4.5.6 Producción y demanda</p> <p>4. m Mostrar la foto de extracción de leche.</p>
<p><b>6. Paso 6: No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna no ser que este <i>médicamente</i> indicado.</b></p>	<p><b>Diapositiva</b></p> <p>4.6.1 Paso 6</p> <p>4.n Mostrar la foto de un sucedáneo de leche materna, biberón, que <u>no</u> debe administrarse a no ser que este medicamento indicado (<i>opcional</i>).</p> <p>4.o Mostrar la foto de la enfermera dando biberón al bebé (<u>no</u> es apropiado a no ser que este medicamento indicado) (<i>opcional</i>).</p> <p>4.6.2 Gráfica: Este estudio sugiere una correlación entre un inicio de la lactancia más “fisiológico” y la duración del periodo de lactancia. (<i>Nylander y cols. Ver</i></p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p><i>resúmen.)</i></p> <p>4.6.3 Para considerar la preocupación que el calostro solo “no es suficiente”, esta Gráfica muestra que el recién nacido y la capacidad de su estómago se adaptan perfectamente a la cantidad de calostro (de cerca a 200 ml/24 horas en el día dos) y a la leche madura (cerca de 800-900 ml/24 horas en 1 año).</p> <p>4.6.4 Impacto de la suplementación con fórmula de rutina</p> <p>4.6.5 Este estudio muestra que la introducción precoz de biberón esta inversamente relacionado a la duración de la lactancia. (<i>Perez-Escamilla y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>4.6.6 Los datos en esta tabla muestran que no existe la necesidad de suplementar con agua a los bebés amamantados exclusivamente sin importar la temperatura ni la humedad, tal como se refleja en la osmolaridad urinaria.</p> <p>4.6.7 Existen raras excepciones durante las cuales los lactantes requieren de otros líquidos o alimentos en lugar de leche materna.</p> <p>4.6.8- Razones médicas aceptables para: 10 el suero de sucedáneos de la leche materna (Distribuir Hoja Didáctica 4.5). Si surgen preguntas concernientes al VIH y lactancia referir a los participantes a la Hoja Didáctica 4.6 (HIV): Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño en el contexto de VIH, disponible en la versión “VIH” de esta Sesión.</p>
<p><b>7. Paso 7: Se practica el alojamiento conjunto—se permite que las madres permanezcan junto con sus bebés —24 horas al día.</b></p>	<p><b>Diapositivas</b></p> <p>4.7.1 Paso 7</p> <p>4.7.2 Definición (Describir “en cama” si es relevante. “Bedding-in”, cuando el bebé y la madre permanecen en la misma cama.)</p> <p>4. p-q Mostrar una o más fotos de alojamiento conjunto en la misma pieza y en la misma</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>cama.</p> <p>4.7.3 Porque se instituye el alojamiento conjunto? (puntos se discuten en la Diapositivas siguientes)</p> <p>4.7.4 Gráfica: Impacto positivo del alojamiento conjunto en la política de la prevención de enfermedad infecciosa cuando se comparan con recién nacidos que no estuvieron en contacto con sus madres en alojamiento conjunto. (<i>Soetjningsih y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.7.5 Gráfica: Efecto positivo del alojamiento conjunto en la frecuencia de lactancia en los 6 primeros días comparados con la frecuencia de lactancia en los recién nacidos que no estuvieron en alojamiento conjunto. (<i>Yamauchi y cols. Ver resumen.</i>)</p>
<p><b>8. Paso 8: Alentar la lactancia a demanda.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.8.1 Paso 8</p> <p>4.8.2 Definición de “a demanda”</p> <p>4.8.3 ¿Por qué amamantar a demanda?</p> <p>4.r-s Mostrar una o más fotos de alimentación a demanda</p> <p>4.8.4 Tabla: El estudio demuestra el impacto positivo de la lactancia a demanda, frecuente, número de veces durante las primeras 24 horas) en niveles de bilirrubina en bebés de 6 días de edad, a término, saludables. (<i>Yamauchi y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.8.5 Estos datos muestran que a mayor frecuencia de alimentación menor niveles de bilirrubina sérica. (<i>DeCarvalho y cols. Ver resumen.</i>)</p>
<p><b>9. Paso 9: No damos biberones ni chupones o chupones de distracción a los bebés que están amamantando.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.9.1 Paso 9</p> <p>4.t Mostrar fotos de los diferentes chupones y tetinas que <u>no deben utilizarse</u> (optional).</p> <p>4.u Mostrar la foto de varios chupones de</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>distracción, o pacificadores, que <u>no deben utilizarse</u> (opcional).</p> <p>4.9.2 Alternativas para los chupones y pacificadores</p> <p>4.9.3 Ilustración de alimentación con taza. Se recomienda utilizar una “taza” de vidrio o plástico polipropileno, pequeño de 50 a 100 ml. El borde de la “taza” debe ser romo, no filoso y la “taza” debe hervirse o esterilizarse.</p> <p>4. v Mostrar la foto de alimentación con taza (opcional).</p> <p>4.9.4 El uso de chupones diariamente, se asocia al destete precoz aún después de controlarse los factores confundentes. (<i>Victora y cols. Ver resúmen.</i>)</p>
<p><b>10. Paso 10: Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.10.1 Paso 10</p> <p>4.10.2 Cita</p> <p>4.10.3 Ejemplos de apoyo</p> <p>4.10.4 Resumen de los tipos de apoyo a la lactancia. Una “doula” es una mujer que atiende y apoya a otra mujer durante el periodo perinatal.</p> <p>4.w-z Mostrar las fotos que ilustran varios tipos de apoyo de madres, (visita domiciliaria por enfermera, grupos de apoyo a madres, y madres bailando en una comunidad durante una reunión de lactancia).</p> <p>4.10.5 Consejeros pares capacitados afectan positivamente la duración de la lactancia exclusiva. (<i>Haider y cols. Ver resúmen.</i>)</p> <p>4.10.6 Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva a las 2 semanas y a los 3 meses. (<i>Morrow y cols. Ver resúmen.</i>)</p>
<p><b>11. Efectos de la combinación de Pasos/intervenciones</b></p>	<p>En resúmen, es altamente efectivo combinar los Pasos, con su aplicación total o parcial, el hospital y la administración obtienen mejores resultados. Esto se ilustra en varios de los estudios previos. Para mayor comprensión de este aspecto se</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>presenta la serie de Diapositivas a continuación.</p> <p>4.11.1 En un estudio al azar realizado en Belorusia se estudiaron 17,000 pares de madre-bebé, con madres que tenían la intención de amamantar, se siguieron por 12 meses. En 15 hospitales de control con sus policlínicos asociados que otorgan atención luego del alta, se pidió a los miembros del personal que continuaran sus prácticas cotidianas. En 16 hospitales experimentales y sus policlínicos asociados, se capacitó a todo el personal clínico en la iniciativa de hospital amigo y como dar apoyo. <i>(Kramer y cols. Ver resumen.)</i></p> <p>4.11.2 Se muestran las diferencias después de la intervención en los hospitales experimentales y en los hospitales de control.</p> <p>4.11.3 Se advierten los efectos de los cambios de un hospital amigo del niño en lactancia exclusiva a los 3 y 6 meses.</p> <p>4.11.4 Impacto de cambios por hospital amigo del niño en condiciones de salud específicas.</p> <p>4.11.5 -En un estudio en Suiza, se analizaron los datos de for 2861 bebés con edades entre los 0 – 11 meses en 145 centros de salud. Se compararon los datos de lactancia con el progreso para convertirse en Hospital Amigo del Niño en cada hospital y el grado de sostenibilidad de de los criterios en los hospitales ya designados. <i>(Merten y cols. Ver resumen.)</i></p> <p>4.11.6 La proporción de bebés exclusivamente amamantados por 5 meses nacidos en hospitales Amigo del Niño comparados a los nacidos en cualquier otro hospital.</p> <p>4.11.7 La duración media de la lactancia exclusiva en bebés nacidos en un hospital Amigo del Niño si el hospital demostraba buen cumplimiento de los 10 pasos, o si no. Este resultado ilustra la importancia de mantener los</p>

<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
	estándares de Amigo del Niño
<b>12. Conclusión</b>	Reconocer las diferencias en opinion, barreras percibidas, soluciones innovativas relacionadas a este tema. Estas áreas de interés se cubren en otras Sesiones.



## Resúmenes de los estudios de investigación presentados en la Sesión 4

### *Diapositiva: Estudio:*

- 4.1.5 Philipp BL, Merewood A, Miller LW y cols. Baby Friendly Hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.
- 4.2.4 Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.
- 4.2.5 Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *Journal of human lactation*, 1998, 14(4):283-285.
- Haider R y cols. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(2):173-179
- 4.3.3 Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A and Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.
- 4.3.4 Guise, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, and Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence revisar and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.
- 4.4.4 DeChateau P and Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.
- 4.4.5 Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81: 488-93.
- 4.4.7 Righard L and Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.
- 4.5.3 Righard L & Alade O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19 (4): 185-189.
- 4.5.4 Lu M, Lange L, Slusser W y cols. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.
- 4.5.5 Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.
- 4.6.2 Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70; 205-209.

- 4.6.5 Perez-Escamilla, Sergura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, 37 (8): 1069-1078.
- 4.7.4 Soetjiningsih and Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.
- 4.7.5 Yamauchi Y and Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scan*, 1990, 1017-1022.
- 4.8.4 Yamauchi Y and Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86 (2):171-175.
- 4.8.5 De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982, Aug;136(8):737-8.
- 4.9.4 Victora C, Behague D, Barros F y cols. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.
- 4.10.5 Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002, 18:7-12.
- 4.10.6 Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J, y cols. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999;353:1226-31.
- 4.11.1-4 Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED y cols. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, Jan 24-31; 285(4):413-20.
- 4.11.5-7 Merten S y cols. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

**Iniciativa Hospital Amigo del Niño incrementa las tasas de inicio de la lactancia en un hospital en EEUU**  
**Hace referencia a la Diapositiva 4.1.5**

**Referencia:** Philipp BL, Merewood A, Miller LW y cols. Baby Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

**Método:** Se revisaron docientas historias clínicas completas, seleccionadas al azar por una computadora, de cada uno de los 3 años: 1995, 1998, and 1999. Los lactantes con antecedentes médicos o con registros incompletos se descartaron. Todas las tomas de alimento se contabilizaron y cada bebé se categorizó en 1 de 4 grupos: lactancia exclusiva, leche materna predominante, fórmula predominante y fórmula exclusiva.

**Resultados:** Los datos demográficos maternos y de los bebés eran comparables.

La tasa de inicio de lactancia se incrementó durante la implementación de la política “Amigo del Niño”, en el Centro Médico de Boston, un hospital de enseñanza en un barrio pobre, que brinda atención primaria de salud a familias de pobres, inmigrantes y minorías.

	Antes	Durante	Después	
Inicio de la lactancia	58%	77.5%	86.5%	p<.001
Inicio de la lactancia exclusiva	5.5%	28.5%	33.5%	p<.001

**Conclusión:** La implementación completa de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa que conduce a la designación como Hospital Amigo del Niño es una estrategia efectiva para incrementar la tasa de inicio de la lactancia en hospitales de EEUU.

**Efecto en las tasas de lactancia  
de la capacitación en la Iniciativa Hospital Amigo  
Hace referencia a la Diapositiva 4.2.4**

**Referencia:** Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

**Método:** Es un estudio controlado, no-aleatorio de 8 hospitales en Italia.\* Se colectó la información midiendo el conocimiento de 571 trabajadores en salud y las tasas de lactancia al alta, a los 3, y 6 meses de 2669 pares madre-bebé antes y después de la capacitación en lactancia en los hospitales del grupo 1 y 2. La capacitación se realizó con el curso de 18 horas de UNICEF 18 que incluyó 2 horas del Curso de Consejería en Lactancia de la OMS de 40 horas. La capacitación cubrió al 54% de obstetras, 72% de los pediatras, 84% de las matronas y 68% de las enfermeras.

<b>Resultados:</b>	Antes	Después	
Cumplimiento de los 10 Pasos en el hospital (promedio)	2.4	7.7	
Puntaje en conocimiento del personal de salud			
Grupo 1	41%	72%	
Grupo 2	53%	75%	
Lactancia exclusiva al alta			
Grupo 1	41%	77%	p<0.05
Grupo 2	23%	73%	p<0.05
Lactancia completa a los 3 meses			
Grupo 1	37%	50%	p<0.05
Grupo 2	40%	59%	p<0.05
Lactancia de cualquier modo a los 6 meses			
Grupo 1	43%	62%	p<0.05
Grupo 2	41%	64%	p<0.05

Cuatro factores se asociaron significativamente con la lactancia exclusiva al alta: Primera succión durante la hora después del parto, alojamiento conjunto, no utilizar chupones, y las instrucciones para extraerse la leche.

**Conclusión:** El capacitar a profesionales de salud en un curso de lactancia de 18 horas que incluya sesiones prácticas de lactancia y habilidades de comunicación es efectivo en cambiar la práctica del hospital, el conocimiento de los trabajadores y las tasas de lactancia.

\*Los hospitales se agruparon en dos diferentes grupos de acuerdo al área geográfica con las siguientes características:

Grupo 1: 3 Hospital general y 1 de enseñanza en Italia del Sud.

Grupo 2: 3 Hospital general y 1 de enseñanza en el Norte y Centro de Italia.

#Nacimientos in 1998	# camas maternidad	%Cesareas	% Recién nacidos de Peso Bajo	
Grupo 1	2957	30-80	31-44	7-15
Grupo 2	374	16-40	7-15	3-9

### **La Consejería en lactancia incrementa la duración de la lactancia exclusiva Hace referencia a la Diapositiva 4.2.5**

**Referencia:** Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *Journal of human lactation*, 1998, 14(4):283-285.

**Método:** Este artículo relata el éxito de un estudio que ayudó a mejorar la lactancia mediante un grupo de apoyo en el Sur de Brasil. El Estudio de Referencia de Crecimiento Internacional Multicéntrico fue designado por la OMS para ayudar a desarrollar nuevas curvas de crecimiento para medir el estado nutricional de las poblaciones y medir el crecimiento individual. El sur de Brasil fue uno de los lugares seleccionados para el estudio, la recolección de datos para el componente longitudinal del estudio (basado en niños de 0-24 meses de edad) comenzó en julio de 1997. La nueva referencia de crecimiento se basó en el crecimiento de niños con las siguientes características: edad gestacional entre las 37 y 42 semanas, único nacimiento y ausencia de morbilidad perinatal significativa, ausencia de antecedentes de fumar en la madre, sin restricciones económicas en el crecimiento, y haber sido amamantado por lo menos por 1 año, sin ningún otro alimento en los primeros 4-6 meses. Debido a que pocas madres en el Brasil cumplían con la recomendación, se entrenó a un grupo de consejería para ayudar a las madres a amamantar a sus bebés.

**Resultados:** Se encontró que el grupo de apoyo a la lactancia, había hecho una diferencia en la duración de la lactancia. Las madres que tuvieron apoyo para amamantar, lo hicieron por más tiempo y esperaron más para introducir los alimentos complementarios en sus dietas, en comparación a aquellas que no tuvieron apoyo. Se enumeran los factores que contribuyeron a incrementar la duración de la lactancia.

**Conclusión** El apoyar a las madres con la lactancia beneficia a la madre y a los niños, y puede conducir a una mejor calidad de vida.

**Referencia:** Haider R y cols. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996,74(2):173-179

**Método:** Se entrenaron consejeros en lactancia para orientar a las madres de bebés parcialmente amamantados que habían ingresado al hospital por diarrea, para que pudieran amamantar exclusivamente durante la estancia hospitalaria. Los lactantes (n = 250) de hasta 12 semanas de edad se asignaron al azar al grupo de intervención y al grupo control. Las madres del grupo de intervención recibieron orientación individualizada por los consejeros, mientras que las madres en el grupo control recibieron la educación en salud de rutina y grupal. Durante el seguimiento en sus hogares por los consejeros una semana después, solo las madres en el grupo de intervención tuvieron consejería. Todas las madres se evaluaron respecto a las prácticas de alimentación infantil en sus hogares dos semanas después del alta.

Cuando los lactantes con diarrea asistieron al Hospital del Centro Internacional de Investigación de la Enfermedad Diarreica en Bangladesh (ICDDR, B) in Dhaka, Bangladesh, 125 pares de madres-bebés recibieron al menos tres sesiones de consejería en lactancia sobre los beneficios de la lactancia exclusiva. Los investigadores compararon los datos de estos 125 binomios con los datos de otros 125 pares, también en el mismo centro, con diarrea, que no recibieron la consejería. Los lactantes de la intervención tuvieron una estancia hospitalaria menor que aquellos en el grupo control (4.3 vs. 3 days; p .001). Los controles se fueron antes que terminara la diarrea, los casos se fueron cuando terminó la diarrea.

**Resultados:** Al alta, las madres en el grupo de intervención tenían mas probabilidades de estar amamantando predominantemente (leche materna más rehidratante oral [SRO]) (30% vs. 19%) así como amamantando exclusivamente (60% vs. 6%) (p .001). Dos semanas luego del alta, cuando se suspendió el SRO, las madres del grupo de intervención tenían mas probabilidades de estar amamantando exclusivamente que aquellas en el grupo control (75% vs. 8%), mientras que aquellos en el grupo control estaban alimentados con biberón (49% vs. 12%) (p .001). Lactantes en el grupo control tenían más probabilidades de tener un episodio nuevo de diarrea a las 2 semanas que aquellos bebés del grupo de intervención. (15 vs. 4; p = .05; odds ratio = 2.92).

**Conclusiones:** Estos hallazgos indican que la consejería individual en lactancia ejerce una fuerte influencia en las madres para comenzar con la lactancia exclusiva durante la hospitalización y continuar haciéndolo en el hogar. De esta manera, el personal de los establecimientos de salud debe integrar la consejería en sus programas para mejorar las prácticas de alimentación infantil.

**Does antenatal care influence postpartum health behaviour?  
Evidence from a community based cross-sectional study  
in rural Tamil Nadu, South India.  
Diapositiva 4.3.3**

**Referencia:** Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A and Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.

**Método:** Cuestionario basado en la comunidad, transversal de 30 áreas seleccionadas al azar bajo la cobertura de subcentros de salud en el área rural de la India. 1321 mujeres que dieron a luz en los 6 meses antes de la encuesta basada en el cuestionario, fueron entrevistadas.

**Resultados:**

La información acerca de la lactancia en el prenatal se asoció con la administración de calostro y el inicio temprano de la lactancia:

	Sin calostro	Calostro*	OR Aj (95%)
Información en lactancia:			
Ninguna información	57% (n=487)	43% (n=363)	1.00
Se dió información*	42% (n=180)	58% (n=250)	1.86 (1.47-2.36)
	LM después 2 h	LM antes 2h	OR Aj (95%)
Información en lactancia			
Ninguna información	82% (n=684)	18% (n=148)	1.00
Se dió información	73% (n=313)	27% (n=116)	1.81

\*no fue definido en el informe.

\*La alimentación con calostro se asoció con el número de visitas al control prenatal y con mujeres que iniciaron su atención prenatal en el primer trimestre.

**Conclusión** La información acerca de la lactancia materna que se brinda en el prenatal y el número y la oportunidad de las consultas de prenatal pueden tener un impacto positivo en la práctica de lactancia.

**The effectiveness of primary care-based interventions  
to promote breastfeeding:  
Systematic evidence revisar and meta-analysis  
Diapositiva 4.3.4**

**Referencia:** Guise, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, and Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence revisar and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003 1(2):70-78.

**Propósito:** Revisión sistemáticamente, si la intervención basada en la atención primaria mejora el inicio y la duración de la lactancia.

**Métodos:** Se encontraron estudios mediante la búsqueda en MEDLINE (1966–2001), HealthSTAR, la Base de Datos de Cochrane de las Revisiones Sistemáticas, the National Health Service Centre para las Revisiones y Disseminación de Base de Datos, y la bibliografía de estudios identificados así como la revisión de artículos. Se incluyeron los estudios que se originaron en la atención primaria y fueron conducidos en un país desarrollado, escritos en inglés, y tuvieron un grupo control simultáneo.

**Resultados:** Se incluyeron treinta estudios controlados aleatorios y no aleatorios, y 5 revisiones sistemáticas de consejería en lactancia. Los programas educativos tuvieron mayor efecto que las intervenciones aisladas, tanto en el inicio (diferencia 0.23; 95% con un intervalo de confianza [IC], 0.12–0.34) y en la duración a corto plazo (diferencia 0.39; 95% IC, 0.27–0.50). Los programas de apoyo efectivizados por teléfono o personalmente, o ambos, incrementaron tanto la duración a corto plazo, (diferencia 0.11; 95% IC, 0.03–0.19) como la duración a largo plazo (diferencia 0.08; 95% IC, 0.02–0.16). En contraste, los materiales escritos como los panfletos, no incrementaron significativamente la lactancia. La información es insuficiente para determinar si la combinación de educación con apoyo fue más efectiva que la educación solamente.

**Conclusiones:** Los programas educativos fueron más efectivos que la intervención individual. Una mujer amamantará hasta los 3 meses por cada 3 a 5 mujeres que asistan a los programas educativos. La investigación futura debe enfocarse en traducir estos hallazgos en una práctica más difundida en cualquier escenario diverso de la atención primaria.



**Impact of infant early contact with mother on breastfeeding duration**  
**Se refiere a la Diapositiva 4.4.5**

**Referencia:** DeChateau P and Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

**Método:** Un estudio prospectivo en Suecia, en el cual madres primíparas fueron asignadas aleatoriamente, con antecedentes comparables, a dos diferentes grupos.

Las madres en el grupo de estudio tuvieron contacto piel a piel (contacto extra) y succionaron por 20 minutos durante la hora después de nacimiento.

Las madres en el grupo control no tuvieron contacto extra.

El estudio analizó la conducta de las madres y sus bebés a las 36 horas y a los 3 meses de postparto. Sólo se perdió una madre en cada grupo para el seguimiento a los 3 meses, la entrevista con la madre y la observación de la interacción madre niño.

**Resultados:** Entre otros hallazgo a los tres meses postparto, 58% del grupo de estudio (n=21) vs. 26% (n=19) del grupo control eran pares de madre- bebé con lactancia.

Además, a los 3 meses, las madres con contacto extra pasaban más tiempo mirando y besando a sus bebés y sus bebés sonreían más y lloraron menos frecuentemente que cuando se comparaban a los grupos control.

**Conclusión:** El contacto extra madre- niño en la primera hora de vida puede influir en la duración de la lactancia.

**Temperatures after birth in infants  
kept either skin-to-skin with mother or in cot  
Diapositiva 4.4.6**

**Referencia:** Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot *Acta Paediatr*, 1992, 81: 488-93.

**Método:** Se distribuyeron aleatoriamente 50 recién nacidos a término, sanos, sin historia de complicación prenatal, o durante el parto, en uno de dos grupos de estudio: bebé colocado en contacto piel a piel con la madre, o colocado en una cuna cerca a la madre. Se siguieron los siguientes pasos para cada bebé en ambos grupos:

1. Los lactantes se envolvieron con un paño de algodón y se colocaron en el abdomen de la madre en posición prona.
2. Se cortó el cordón umbilical 30-45 segundos después del nacimiento.
3. La enfermera seco al recién nacido, aspiró secreciones de cavidad oral y faríngea, pesó al bebé y cubrió la cabeza con el paño de algodón.
4. Se pegó un termómetro electrónico con cinta aislante en la axila, interescápula, y en región lateral externa de los muslos.
5. 8-11 minutos después del nacimiento el bebé colocado en la posición prona ya sea en contacto piel a piel con la madre, o en una cuna, se cubrieron con dos toallas gruesas de franela. La temperatura de la habitación era de 26°C.
6. Se observaron los recién nacidos durante los primeros 90 minutos después de nacimiento, se midió la temperatura axilar, interescapular, del muslo izquierdo cada 15 minutos durante 90 minutos después del nacimiento.
7. A los 90 minutos después del parto se midieron la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, color de piel, gases en sangre y glicemia.
8. En 18 bebés de cada grupo, se registró cada 15 minutos si el bebé lloraba o no.

**Resultados:** Existían diferencias significativas entre los grupos especialmente hacia el final de período (90 minutos). El grupo de contacto piel a piel permaneció más cálido. En ambos grupos, las temperaturas axilares promedio eran significativamente mayores que la temperatura media del muslo ( $p < 0.001$ ). Todos los lactantes en ambos grupos incrementaron su temperatura a niveles similares después del nacimiento hasta que se colocaron en contacto piel a piel o en la cuna. Recién a los cuatro a siete minutos después de colocados en los dos diferentes grupos las diferencias en la temperatura corporal se midieron y se advirtieron diferencias significativas. La coloración de la piel, la frecuencia cardíaca no eran significativamente diferentes. Si los bebés amamantaron o no, no se menciona en el estudio.

Más bebés en cunas lloraron en todas las observaciones entre los minutos 15 y 90 minutos después de nacimiento. En total se registraron, 41 episodios de llanto entre los bebés en cuna en comparación a 4 episodios de llanto entre los bebés de contacto piel a piel.

**Conclusión** El contacto piel a piel comparado a la atención en cuna durante el valioso período que sigue al nacimiento, se asocia con mayor temperatura corporal y dérmica y más rápida adaptación metabólica. El cuerpo de la madre es una fuente de calor eficiente para la madre.

**Recomendaciones:** La madre es una fuente de calor importante para el recién nacido y la promoción del contacto de cuerpo a cuerpo de madre bebé durante la 1 – 2 horas después del parto puede beneficiar a la madre y el bebé desde el punto de vista fisiológico especialmente en países donde la incidencia de la hipotermia neonatal está reportada como alta.

## Effect of delivery room practices on early breastfeeding Diapositiva 4.4.8

**Referencia:** Righard L and Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.

**Método:** 72 recién nacidos, de partos normales, se asignaron aleatoriamente a un grupo de separación (n=34) o a un grupo de contacto (n=38). Los lactantes en el grupo de separación se colocaron en el abdomen de la madre inmediatamente después del nacimiento pero fueron retirados luego de 20 minutos para su medición y vestido (les tomó 20 minutos); luego fueron devueltos a su madre. Los recién nacidos en el grupo contacto fueron colocados en el abdomen de su madre, desnudos y les dejaron en contacto ininterrumpido por lo menos por una hora después del nacimiento o hasta que empezó a amamantar. Ambos grupos de bebés, fueron observados por un total de dos horas después del nacimiento.

**Resultados:** Los bebés en el grupo de contacto empezaron a reptar hacia el pecho 20 minutos después del nacimiento primero movimientos del brazo y la pierna, y luego se presentaron movimientos de labios y de succión. A los 50 minutos después del nacimiento la mayoría de los bebés ya estaban amamantando. A las dos horas después del parto, 24/38 recién nacidos en el grupo de contacto estaban amamantando correctamente del pecho mientras que solo 7/34 recién nacidos del grupo de separación. Se definió la succión correcta como la boca abierta ampliamente, la lengua bajo la areola, y expresión de leche con succiones profundas. 40/72 de los recién nacidos habían sido expuestos a la Pethidine; de ellos 25/40 no succionaron bien.

**Recomendaciones:** Se debe dejar a los bebés recién nacidos desnudos sobre el abdomen de la madre sin interrupción hasta que se logre la primera succión y se debe ayudar a los esfuerzos del bebé para agarrar el pecho activamente.

**Nota** Se puede mostrar el video en este momento, que muestra la tendencia innata del bebé a reptar.

## Effect of proper attachment on duration of breastfeeding

### Diapositiva 4.5.3

**Referencia:** Righard L & Alade O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19 (4): 185-189.

**Método:** Estudio prospectivo en un Hospital Universitario en Suecia que enroló 82 madres que amamantaban exclusivamente a sus bebés, que dieron a luz bebés a término, con Apgar a los 5 minutos de 9 o 10, y estuvieron libres de aparente enfermedad neonatal. Se evaluó la técnica de lactancia en el día cuarto a sexto postparto al momento del alta. Los pares madre- bebé fueron asignados aleatoriamente a dos grupos una vez definida la técnica fallida de succión (la técnica fallida se define como succión superficial del pezón)

**Grupo 1-** técnica de lactancia incorrecta que se mantuvo incorrecta.

**Grupo 2-** madres con técnica incorrecta de lactancia que recibieron una instrucción corta (5-10 minutos) sobre la técnica correcta.

**Controles-** los pares de madre –bebé con la técnica correcta (definida como el lactante con la boca bien abierta, la lengua debajo la areola, y extracción de leche con succión profunda, lenta) consecutivamente seleccionados como controles.

Los grupos se aparearon por edad materna, estado marital, paridad, educación e ingesta de café y consumo de cigarrillos. El seguimiento se llevo a cabo por teléfono, en el mes dos, tres, y cuatro después del nacimiento, las preguntas se relacionaron con las prácticas de alimentación de bebés.

**Resultados:** Todas las madres participaron en el seguimiento del estudio. Los bebés no recibieron solidos durante el periodo de seguimiento. Ninguna madre había retornado al trabajo durante el periodo de seguimiento. (la baja de maternidad es de 12 meses en Suecia).

Todas las madres estaban amamantando exclusivamente al alta del hospital. El cambio de pecho al biberón durante el primer mes fue 10 veces más común en el grupo de la mala tecnica no corregida que en el grupo de la tecnica corregida, o la buena técnica de succión. (36 % versus 3.5%,  $p<0.001$ ); notese que los resultados de la tecnica corregida y la buena tecnica inicial se combinaron ya que los hallazgos en cada grupo fueron similares en este estudio. En el seguimiento del segundo, tercer y cuarto mes, el grupo de la técnica de lactancia incorrecta amamanto menos que los bebés en los otros dos grupos (referirse a la Diapositiva 4.5.3 para más detalles). Las razones expresadas para la suspensión de la lactancia fueron leche insuficiente, introducción de biberón (21), cólico infantil (4), enfermedad materna (3), ingurgitación (1), y cirugía cosmética de mama previa (1).

Durante el periodo de los cuatro meses, el 88 porciento del grupo de la técnica de succión incorrecta informo problemas de lactancia en comparación con el 48 % ( $P<0.01$ ) del grupo corregido y 57 % de los controles ( $P<0.5$ ). Los problemas más frecuentes de lactancia fueron: leche insuficiente o introducción del biberón, bebé inquieto con la alimentación, incertidumbre en los padres o introducción de un biberón en la noche, problemas como grietas o ingurgitación, enfermedad en la madre o el bebé, leche materna extraída administrada con biberón, bebé inquieto mientras se alimentaba y ganancia insuficiente de peso.

Los problemas de lactancia eran mas frecuentes entre el grupo de madres que usaban biberón regularmente ( $>2$  hrs/dia) que aquellas que los utilizaban ocasionalmente o no los utilizaba en absoluto (83% versus 53%,  $P<0.05$ ).

**Conclusión** El estudio mostró que era posible identificar y corregir una técnica de succión inadecuada en la maternidad, y de esta manera mejorar las posibilidades de la madre de alcanzar una lactancia exitosa.

Los controles de la técnica de succión y su corrección inmediata por matrona o enfermera experimentada debe ser una rutina en las maternidades. También mostró que el uso excesivo de pacificadores y la introducción precoz y ocasional del biberón deben evitarse.

**Provider encouragement of breastfeeding:  
Evidence from a national survey  
Diapositiva 4.5.4**

**Referencia:** Lu M, Lange L, Slusser W y cols. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

**Métodos:** Un muestra nacional representativa en EEUU de 2017 padres con niños menores de 3 años, se encuestaron por teléfono. Se incluyeron en el análisis las respuesta de 1229 mujeres entrevistadas. Los entrevistados debieron recordar si sus médicos o enfermera les alentaron o desalentaron para amamantar en el hospital.

**Resultados:** 74.6% de las mujeres que fueron alentadas a iniciar la lactancia en comparación con solo 43.2% de aquéllas a las que no se les alentó para amamantar  $p < 0.001$ .

Las mujeres que fueron alentadas a amamantar por un profesional de salud del hospital tenían 4 veces más posibilidades de iniciar la lactancia que las mujeres a las que no se les alentó. La influencia del aliento del profesional de salud (proveedor) fue significativamente transversal en todos los estratos de la muestra.

**Conclusión** El aliento de un proveedor en el hospital incrementa significativamente el inicio de la lactancia entre las mujeres americanas de todos los estratos sociales y de diferentes razas.

**Effect of the maternity ward system on the lactation success  
of low-income urban Mexican women.**

**Diapositiva 4.5.5**

**Referencia:** Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.

**Método:** Se trata de una comparación del curso de la lactancia entre dos grupos: uno de 165 madres saludables que planificaron amamantar, tuvieron parto vaginal sin complicaciones con recién nacido sano que se llevaron a la sala de observación (58) o al alojamiento conjunto (107) donde no se permitía la suplementación con fórmula. En el hospital del alojamiento conjunto, las mujeres se asignaron aleatoriamente a un grupo que recibía orientación en lactancia durante su estadía hospitalaria o a un grupo control. Se realizaron entrevistas con las mujeres, a los 8, 70 y 135 días post-parto. Los grupos fueron similares en las variables de nivel socio-económico, demográfico, antropométrico, experiencia previa en lactancia y atención prenatal.

**Resultados:** Una vez ajustados los factores confundentes, la orientación en lactancia tuvo un impacto positivo en la duración de la lactancia entre las mujeres primíparas que dieron a luz en el hospital con alojamiento conjunto. Esto era evidente a corto plazo y a largo plazo en comparación con madres que dieron a luz en el hospital donde había sala para recién nacidos sanos, donde no se le dio orientación alguna en lactancia. Las mujeres primíparas del grupo del alojamiento conjunto que no recibieron orientación alguna en lactancia también recibieron un impacto positivo en la duración de la lactancia a corto plazo, pero no a largo plazo cuando se compararon con las mujeres que dieron a luz en el hospital con la sala para recién nacidos sanos.

**Recomendaciones:** El alojamiento conjunto y la orientación en el periodo postparto, puede tener un impacto en la lactancia a corto y largo plazo. El alojamiento conjunto, solamente, no es suficiente para tener un impacto en la duración de la lactancia.

### Long-term effects of a change in maternity ward feeding routines Diapositiva 4.6.2

**Referencia:** Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70; 205-209.

**Método:** Este es un estudio prospectivo realizado en Noruega donde se captaron 407 pares consecutivos de madre –bebé, normales, a término, cuyos pesos oscilaron entre 2500-4500 g. Una vez que se captaron 204 que habían recibido alimentación suplementaria con solución azucarada y habiendo casi todos recibido por lo menos una toma de fórmula antes del alta, se introdujeron los cambios en las rutinas de hospital, de manera que los bebés amamantaron en los 30 primeros minutos después del parto, y luego con lactancia a demanda posteriormente (>5/24 hrs), sin alimentación preláctea de rutina. Al año de edad, se envió un cuestionario, con preguntas relacionadas a la alimentación, a la jefe de enfermeras de los centros de salud donde se archivaron historias clínicas de los bebés.

#### Resultados:

Grupo control (antes del cambio de rutina) todos recibieron solución glucosada suplementaria y al menos una toma de fórmula (N=204).

El grupo de intervención (después del cambio): amamanto precozmente, con frecuencia y sin suplementos (N=203)

El grupo control perdió menos peso del nacimiento (4.6% por día 3 con peso mínimo versus 6.4% para el grupo de intervención con peso mínimo en día 2.6).

El grupo de intervención tomó mayor volumen de leche materna y por lo tanto menos fórmula ni solución glucosada. Incremento de peso más rápido que en el grupo control.

Para el seguimiento al año de edad se reclutaron 62% del grupo de intervención y 52% en el grupo control, las pérdidas se debieron a traslados o a la falta de tiempo de la enfermera para buscar las historias clínicas. Los sujetos en seguimiento también se aparearon por paridad y peso de nacimiento. La curvas de peso para ambos grupos fueron similares.

Las madres en el grupo de intervención amamantaron significativamente más tiempo que las madres en el grupo control.

	Control	Intervención
Duración promedio de la lactancia exclusiva p<0.001	3.5 meses ( $\pm 2.1$ )	4.5 meses ( $\pm 1.8$ )
Duración de la lactancia p<0.01	6.9 meses ( $\pm 3.3$ )	8.0 meses ( $\pm 2.4$ )
Lactancia alguna a los 6 meses	66%	87%

**Conclusión** El estudio demuestra que los bebés sanos a término, generalmente no tienen necesidad de suplementos además de la leche de su madre considerando que tuvieron un comienzo satisfactorio con



la succión precoz y frecuente del pecho. Los cambios en la política de atención mejoraron la duración total de la lactancia exclusiva.

**Determinants of lactation performance across time  
in an urban population from Mexico  
Diapositiva 4.6.5**

**Referencia:** Perez-Escamilla, Sergura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, 37 (8): 1069-1078.

**Método:**

Se midieron los determinantes de lactancia y lactancia completa en 165 madres sanas en Mejiro que decidieron amamantar a sus bebés y tuvieron parto vaginal con recién nacidos sanos. Los partos sucedieron en un hospital con sala de observación de neonatos sanos o con alojamiento conjunto donde no se permitía la suplementación con fórmula. Se registro la lactancia a la semana 1, a los 2 meses, y a los 4 meses mediante cuestionarios.

**Resultados:**

	Hospital con <u>Alojamiento conjunto</u>	<u>Hospital con sala de neonatos</u>
<u>Bajada de leche:</u>	Antes	Después

Las madres con alojamiento conjunto refirieron que su leche les bajo antes. La bajada de leche fue despues si se introducía biberón en la primera semana. El amamantar se asoció positivamente con la bajada de leche y esta se asocio inversamente con la introducción de biberones, trabajo materno, índice de masa corporal de la madre y edad del lactante.

**Clinical data: morbidity of newborn babies at Sanglah Hospital  
before and after rooming-in  
Diapositiva 4.7.4**

**Referencia:** Soetjningsih and Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.

**Método:** Estudio prospectivo en Bali, Indonesia, de alrededor de un año de duración durante el cual se examinó la morbilidad, mortalidad, cantidad consumida de fórmula y de sueros endovenosos y la duración de la estadía en la maternidad y en la sala de neonatología en 6 meses, cuando los bebés todavía eran separados de sus madres, comparados con 6 meses después de establecer la norma de alojamiento conjunto.

**Resultados:** El perfil de los lactantes de los 2 periodos fue similar.

	Antes del alojamiento conjunto	Después del alojamiento conjunto
Total Nacidos Vivos	1862	1965
Peso bajo al nacer	241	232
A término sano	1621	1733

Después de establecer el alojamiento conjunto solamente en los 6 primeros meses:

La enfermedad diarreica, la otitis media, sepsis neonatal, y la meningitis disminuyeron en los recién nacidos de bajo peso y en los recién nacidos a término sanos. (Ver Diapositiva 4.7.5 para los detalles)

La mortalidad debido a infección disminuyó (41 o 2.21% versus 6 o 0.81%); mientras que las muertes por otras causas no se modificaron durante este período.(58 o 3.13 % versus 51 o 2.59%).

La necesidad de leche fórmula disminuyó de 105.6 latas a 25.6 latas por mes (400 g lata de leche fórmula en polvo).

La necesidad de sueros endovenosos disminuyó de 135.8 frascos a 74.1 frascos por mes (500 cc/frasco).

Estadía hospitalaria en días se redujo de 4.2 to 1.8 días.

**Conclusión**

La introducción del alojamiento conjunto generó ventajas a la madre, bebé, y el hospital:

Madres: menor hacinamiento secundario debido a menor estadía hospitalaria.

Lactantes: disminución de la mortalidad y morbilidad

Hospital: ahorro en leche, combustible, menos personal para preparar la leche y vigilar a los bebés, menos venoclisis /sueros, menos antibióticos.

### **Effects of rooming-in on frequency of breastfeeding per 24 hours** **Diapositiva 4.7.5**

**Referencia:** Yamauchi Y and Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 1017-1022.

**Métodos:** Se seleccionaron, N=100 recién nacidos sanos, a término, amamantados en cada uno de dos periodos de estudio, el primero sin alojamiento conjunto y el segundo durante el alojamiento conjunto. **Los recién nacidos sin alojamiento conjunto** (N=112) permanecieron en la sala de recién nacidos desde el nacimiento, y las madres llevaban a sus bebés a su sala de acuerdo a un horario predeterminado de lactancia por 2 horas cada tres a cuatro horas. Luego se llevaban de nuevo a la sala de recién nacidos. **Los recién nacidos en alojamiento conjunto** (N=92) permanecieron con su madre en su habitación inmediatamente después del parto. Se alentó a las madres a amamantar a sus bebés cuando pensaran que tenían hambre, y les indicaron que no limitaran la frecuencia ni la duración del amamantamiento. Los datos respecto a la frecuencia de la lactancia se obtuvieron de las historias de las madres y sus bebés respectivamente.

**Resultados:** La frecuencia de la lactancia en 24 horas era significativamente mayor en los bebés con alojamiento conjunto que en los bebés sin alojamiento conjunto del día 2 al día 7 ( $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** Este estudio ha demostrado que los recién nacidos en alojamiento conjunto tienen frecuencias de lactancia significativamente más altas que los bebés sin alojamiento conjunto durante la primera semana de vida.

Los autores concluyeron que problemas relacionados con la alimentación neonatal y la lactancia tales como la necesidad de suplementos para la leche humana o dificultad para recuperar el peso del bebé pueden eliminarse con la educación de las madres y enfermeras y mediante los cambios en las políticas del hospital y las practicas relativas a la lactancia.

## Breastfeeding frequency during the first 24 hours after birth and incidence of hyperbilirubinemia on day 6

### Diapositivas 4.8.4

**Referencia:** Yamauchi Y and Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates *Pediatrics*, 1990, 86 (2); 171-175.

**Método:** Ensayo en el Japón que estudia la relación entre la frecuencia de la lactancia, la ingesta, pérdida de peso, pasaje de meconio, y niveles de bilirrubina, en 40 recién nacidos, a término, sanos, nacidos de parto vaginal sin complicaciones.

Todos los recién nacidos permanecieron en las habitaciones de las madres desde el nacimiento. Se alentó a las madres a amamantar cuando pensaran que los bebés tenían hambre y que no limitaran ni la frecuencia ni la duración del amamantamiento. Las madres registraron con detalle la frecuencia y duración de cada amamantamiento en los 2 primeros días de puerperio. Los niveles de bilirrubina transcutánea (BTc) se midieron utilizando el bilirrubinómetro. Se obtuvieron las muestras en el día 6 de la frente, pecho, esternón y el valor promedio de estos tres sitios se utilizó en lugar la bilirrubina sérica total. La exactitud y confiabilidad de las mediciones transcutáneas de bilirrubina se ha documentado. El coeficiente de correlación fué de .930 con los límites de confianza de 95% fueron  $\pm 2.68$  mg/dL.

Para el análisis de los datos, los recién nacidos se separaron en dos grupos de acuerdo a la frecuencia de alimentación durante las primeras 24 horas de vida mayor o por debajo de las siete tomas en 24 horas. Se escogió esta frecuencia debido a que coincide con los horarios de 2 a 4 horas de la mayoría de salas de recién nacidos sin alojamiento conjunto.

**Resultados:** La incidencia de hiperbilirrubinemia significativa (BTc > 23.5) (aproximadamente igual a la bilirrubina sérica total de 15 mg/dL) disminuyó con el incremento de la frecuencia de amamantamiento durante las 24 horas después del nacimiento, como se muestra en la gráfica.

Es más, los neonatos que amamantaron siete o más veces tuvieron significativamente mayor pasaje de meconio, mayor ingesta de leche materna, y ganancia de peso en comparación con aquellos que amamantaron menos frecuentemente.

**Conclusiones:** Había una fuerte relación dosis- respuesta entre la frecuencia del amamantamiento y la disminución de la hiperbilirrubinemia.

**Recomendaciones:** La succión frecuente en los primeros días de vida tenía numerosos efectos beneficios en el bebé amamantado, a término.

**Frequency of breastfeeding and serum bilirubin concentration**  
**Diapositiva 4.8.5**

**Referencia:** De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982 Aug; 136(8):737-8.

**Antecedentes:** Los estudios recientes sugieren que los regímenes de alimentación de tres a cuatro horas que se aplican en muchas maternidades a las madres que amamantan pueden no ser fisiológicos y que los recién nacidos deben amamantar más frecuentemente.

**Métodos:** Para determinar los efectos de la frecuencia y duración del amamantamiento en los primeros días después del nacimiento se estudiaron a 55 madres y sus recién nacidos.

**Resultados:** Los recién nacidos que amamantaron en promedio más de ocho veces en 24 horas en los tres primeros días de vida tuvieron significativamente menores niveles de bilirrubina sérica (65. v 9.3 mg/dL, P menor que .01) que aquellas que amamantaron menos de ocho veces en 24 horas.

**Conclusiones:** Los resultados de esta investigación sugieren que las normas/políticas de lactancia que reducen o limitan el número de veces que el bebé amamanta, pueden interferir con el proceso normal de eliminación de la bilirrubina del recién nacido.

**Pacifier use and short breastfeeding duration:  
Cause, consequence or coincidence?  
Diapositiva 4.9.4**

**Referencia:** Victora C, Behague D, Barros F y cols. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

**Métodos:** Se visitó a una cohorte de población de 650 madres y sus bebés, poco después del nacimiento y luego al 1, 3 y 6 meses. Las madres se entrevistaron con respecto al uso de chupones, patrón de lactancia y variables como nivel socioeconómico, medio ambiente, y reproducción. La duración de la lactancia se refiere a la duración total de cualquier tipo de lactancia en general.

**Resultados:** El uso intensivo de chupones al mes (niños que utilizaban chupón durante la mayor parte del día y por lo menos hasta quedarse dormido) tenía 4 veces más posibilidades de suspender la

	Usan	No usan	
A mes de edad:			
Amamantan diariamente (n=450)	10.6	12.2	p<.001
Reciben fórmula (n=450)	12.2%	37%	p=.001
Reciben mate (n=450)	49.4%	76.1%	p=.001
LM a los 3 m (n=447)	86.4%	58.7%	p<.001
LM a los 3 m (n=437)	65%	16.3%	p<.001

lactancia a los 6 meses en comparación con los que no usaban chupón.

**Conclusiones:** Los chupones pueden ser el mecanismo más efectivo para el destete utilizados por las madres que tienen dificultades explícitas o implícitas para amamantar. Para que las campañas de promoción de la lactancia tengan éxito en reducir el uso del chupón, deben ayudar a las madres a enfrentar los desafíos de la lactancia y disminuir su ansiedad.

**Training peer counsellors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh**  
**Diapositiva 4.10.5**

**Referencia:** Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth A. A training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact* 2002, 18:7-12.

**Método:** Se instituyó un programa de intervención basado en la consejería de pares, en Dhaka, Bangladesh y se compararon las tasas de lactancia exclusiva a los cinco meses en las áreas de intervención y en las áreas de control. Los consejeros pares, vivían en la misma vecindad donde trabajaban y recibieron educación práctica en clases, y sesiones de prácticas supervisadas. Los consejeros pares, visitaron a las madres un mínimo de dos veces en el último trimestre del embarazo y en las 48 horas, 5<sup>to</sup> día, una vez durante los días 10-14, y cada 2 semanas hasta el 5<sup>to</sup> mes postparto. Se desarrolló un protocolo para referencia a un supervisor de lactancia y al coordinador del estudio.

**Resultados:**

70% de las madres en área del proyecto amamantaron exclusivamente

6% de las madres en área control amamantaron exclusivamente

**Conclusiones:** La consejería de pares basada en la comunidad es una estrategia útil y efectiva en la promoción de la lactancia. Proveyendo de consejeros pares con supervisión constante para apoyo y vínculo con servicios de salud para el tratamiento médico otorga a los consejeros la confianza y credibilidad de las madres.



**Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding:  
a randomised controlled trial**

**Diapositiva 4.10.6**

**Referencia:** Morrow A, Guerrereo ML, Shultis 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;353:1226-31

**Antecedentes:** Se recomienda la lactancia exclusiva, a nivel mundial, pero no es una práctica común. Llevamos a cabo un estudio aleatorio controlado sobre la eficacia de la consejería de pares basada en los hogares para incrementar la proporción de la lactancia exclusiva entre las madres y sus bebés que residían en el área periurbana de la ciudad de México.

**Métodos:** Dos grupos de intervención con diferentes frecuencias de consejería, seis visitas (44) y tres visitas (52), se compararon con un grupo control (34) que no tenían intervención alguna. Desde Marzo, 1995 hasta Septiembre, 1996, 170 mujeres embarazadas fueron identificadas por censo y se les invitó a participar en el estudio. Las visitas domiciliarias se realizaron durante el embarazo y en el puerperio inmediato, por consejeros pares reclutados de la misma comunidad y entrenados por la Liga de la Leche. Se recolectó la información mediante una entrevista independiente. Se definió la lactancia exclusiva de acuerdo a los criterios de la OMS.

**Resultados:** 130 mujeres participaron en el estudio. Solo 12 mujeres rehusaron participar. Los grupos de estudio no difirieron en las características de base. A los 3 meses del parto, el 67% en la visita-seis, 50% en la visita-tres, y el 12% de las madres control practicaban la lactancia exclusiva (grupos de intervención vs. grupos controles,  $p < 0.001$ ; visita-seis vs. visita-tres,  $p = 0.02$ ). La duración de la lactancia fue significativamente más larga ( $p = 0.02$ ) en el grupo de intervención que en el grupo de los controles, y menos niños del grupo de intervención en comparación al grupo control tuvieron un episodio de diarrea (12% vs. 26%,  $p = 0.03$ ).

**Interpretación:** Este es el primer estudio basado en la comunidad, aleatorio de promoción de la lactancia. El contacto temprano y repetido de los consejeros de lactancia con las embarazadas y luego madres se asoció con un incremento significativo en la exclusividad y duración de la lactancia. La disminución de dos veces la frecuencia de diarrea demuestra la importancia de la promoción de la lactancia para la salud del bebé.

**Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT):  
a randomized trial in the Republic of Belarus  
Diapositivas 4.11.1-4**

**Referencia:** Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E; PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, Jan 24-31;285(4):413-20.

**Contexto:** La evidencia actual que la lactancia es beneficiosa para la salud del lactante y el niño se basa exclusivamente en estudios observacionales. Los sesgos potenciales de tales estudios han provocado dudas sobre la magnitud de estos beneficios para la salud en los países industrializados.

**Objetivo:** Evaluar los efectos de la promoción de la lactancia en la duración y exclusividad, en la infección gastrointestinal y respiratoria así como en el eczema atópico entre los lactantes.

**DISEÑO:** El Estudio de Intervención de la Promoción de la lactancia (PROBIT), un estudio aleatorio por conglomerados conducido de junio 1996-diciembre 1997 con 1 año de seguimiento.

**Escenario:** Treinta y un hospitales con servicio de maternidad y policlínicos en la República de Belarusia.

**Participantes:** Un total de 17 046 pares de madres-bebés, a término, únicos, cuyos pesos eran al menos de 2500 g, cuyas madres decidieron amamantar, de las cuales completaron el seguimiento 16491 (96.7%) de los 12 meses enteros.

**Intervenciones:** Se asignaron los sitios al azar para recibir la intervención experimental (n = 16) modelada en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo para la Niñez de las Naciones Unidas, que enfatiza la importancia de la ayuda y la atención del trabajador de salud para el inicio y mantenimiento de la lactancia, así como el apoyo durante la lactancia y el apoyo de lactancia en el puerperio, o una intervención de control (n = 15) con las prácticas y políticas usuales de alimentación infantil.

**Medición del resultado principal:** La duración de la prevalencia de la lactancia predominante y exclusiva a los 3 y 6 meses de edad y la ocurrencia de 1 o más episodios de infección gastrointestinal 2 o más episodios de infección del tracto respiratorio, eczema atópico durante los 12 primeros meses de vida, comparados entre el grupo de intervención y el grupo control.

**Resultados:** Los lactantes del grupo de intervención tenían significativamente más posibilidades de continuar amamantando a los 12 meses que los grupo control (19.7% versus 11.4%; odds ratio ajustadas [OR], 0.47; con un intervalo de confianza [IC] de 95%: 0.32-0.69), tenían más posibilidades de ser amamantados exclusivamente a los 3 meses, (43.3% versus 6.4%; P<.001) y a los 6 meses (7.9% versus 0.6%; P =.01), tenían una reducción significativa en el riesgo de 1 o más episodios de infección gastrointestinal (9.1% versus 13.2%; OR ajustado, 0.60; IC de 95%: 0.40-0.91) y de eczema atópico (3.3% versus 6.3%; OR ajustado, 0.54; IC de 95% : 0.31-0.95), pero no una reducción significativa en las infecciones de tracto respiratorio (grupo de intervención, 39.2%; grupo control, 39.4%; OR ajustado, 0.87; IC 95%: 0.59-1.28).

**Conclusiones:** Nuestra intervención experimental incrementa la duración y extensión (exclusividad) de la lactancia y la disminución del riesgo de infección del tracto gastrointestinal, eczema atópico en el primer año de vida. Estos resultados proveen de un sólido fundamento para futuras intervenciones en lactancia.

**The effects of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding duration  
in Switzerland  
Diapositiva 4.11.5-7**

**Referencia:** Merten S y cols. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

**Objetivos:** Este estudio se planteó la pregunta de investigación respecto a que si el Hospital Nominado como Amigo del Niño, y el cumplimiento de los 10 Pasos influyen en la duración de la lactancia a nivel nacional en Suiza.

**Métodos:** Se analizaron los datos de 2861 lactantes cuyas edades oscilaron entre los 0 a 11 meses de edad, nacidos en 145 establecimientos de salud diferentes. Los datos de lactancia se compararon con el progreso hacia la nominación de Hospital Amigo para cada hospital y el grado de sostenibilidad de los estándares del Hospital Amigo

**Resultados:** La proporción de bebés amamantados exclusivamente durante los primeros 5 meses de vida fue de 42% para los que nacieron en un hospital Amigo del Niño, comparado con un 34% de los lactantes nacidos en cualquier otro establecimiento. La duración media de la lactancia para los bebés nacidos en un Hospital Amigo del Niño, en comparación a la de bebés nacidos en cualquier otro hospital era mayor si el hospital mostraba un buen cumplimiento de los Diez Pasos (35 semanas versus 29 semanas para cualquier tipo de lactancia, 20 semanas versus 17 semanas para una lactancia completa y 12 semana para la lactancia exclusiva.

En el 2003 la duración media de cualquier tipo de lactancia en toda Suiza era de 31 semanas en comparación con las 22 semanas en 1994. La duración media de la lactancia completa fue de 17 semanas, comparada con 15 semanas en 1994.

**Conclusiones:** Los autores concluyen que el incremento general en lactancia en Suiza desde 1994 puede interpretarse en parte como una consecuencia de la creciente implementación de la Iniciativa de Hospital Amigo. La mayor duración de lactancia se asoció con el alojamiento conjunto durante las 24 horas en el inicio temprano de la lactancia, la lactancia a demanda y evitar el uso de chupones.

Hoja Didáctica 4.1

## Presentación para la Sesión 4 Las pruebas científicas para los "Diez Pasos para una Lactancia Exitosa"

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

**Paso 1.** Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.1.1

### Política de lactancia

*¿Por qué tener una política?*

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse

Transparencia 4.1.2

### Política de lactancia

*¿Qué debe incluir?*

- Como mínimo, debe incluir:
  - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
  - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
  - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos

Transparencia 4.1.3

### Política de lactancia

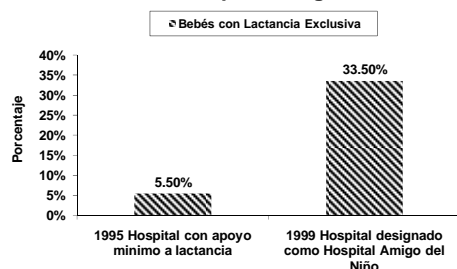
*¿Cómo debe presentarse?*

Debe estar:

- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés

Transparencia 4.1.4

### Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna después de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

Transparencia 4.1.5

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

**Paso 2.** Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.2.1

### Áreas de conocimiento

- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

Transparencia 4.2.2

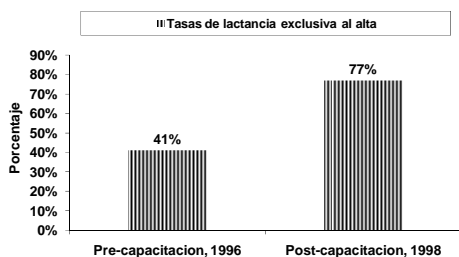
### Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

#### Capacitar al personal en:

- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de "salpicado" (hacer que madres que son HIV – o desconocen su estado escogan alimento de sustitucion cuando la lactancia es menos riesgosa)

Transparencia 4.2.3

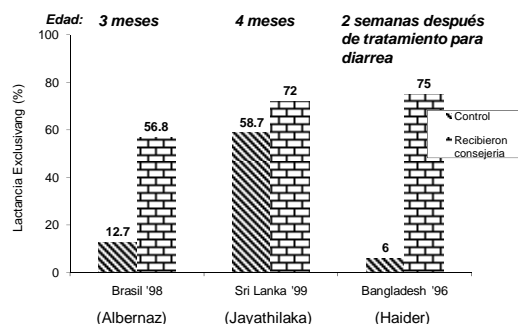
### Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Transparencia 4.2.4

### Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva



Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas p<0.001. De: CAH/WHO based on studies by Albemaz, Jayathilaka and Haider.

Transparencia 4.2.5

### Qué otros profesionales en salud además del personal de neonatología influyen en el éxito de la lactancia?

Transparencia 4.2.6

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

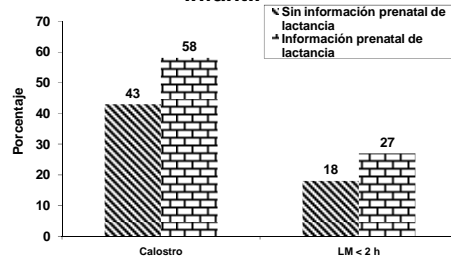
Transparencia 4.3.1

### La educación prenatal debe incluir:

- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en HIV
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de fórmula

Transparencia 4.3.2

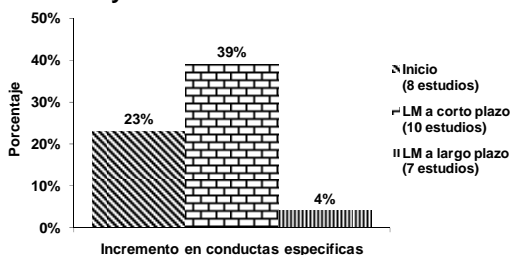
### Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

Transparencia 4.3.3

### Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia



Adaptado de Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

Transparencia 4.3.4

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

**Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.4.1

### Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):

*“Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofrecer ayuda si es necesario.”*

Transparencia 4.4.2

### Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal

*¿Por que?*

- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

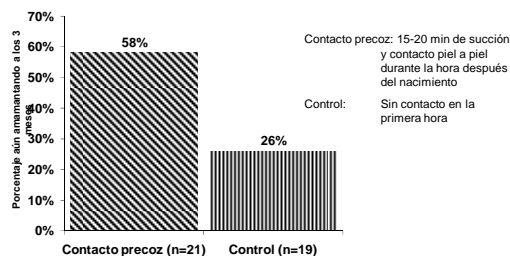
Transparencia 4.4.3

### Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal ¿Cómo?

- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora

Transparencia 4.4.4

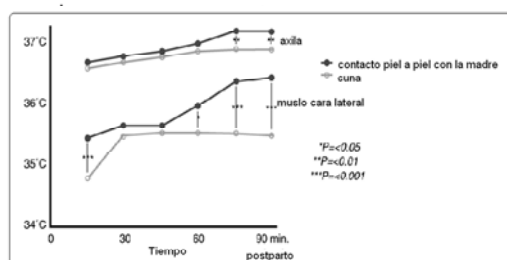
### Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wibergh B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

Transparencia 4.4.5

### Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



Adaptado de Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

Transparencia 4.4.6

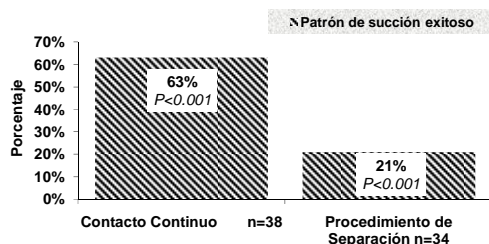
### Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
α-Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

De: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th ed. St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

Transparencia 4.4.7

### Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

Transparencia 4.4.8

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

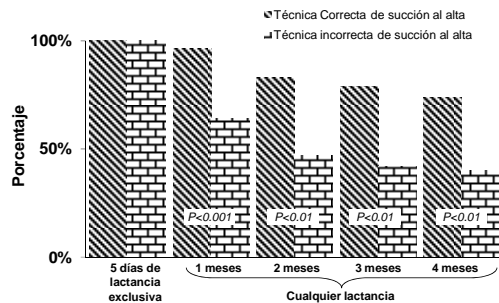
Transparencia 4.5.1

**“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia. ”**

De: Woolridge M. The "anatomy" of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

Transparencia 4.5.2

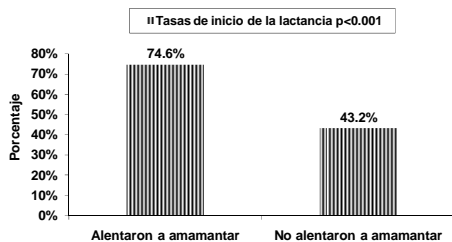
**Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia**



Adaptado de Righard L, Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

Transparencia 4.5.3

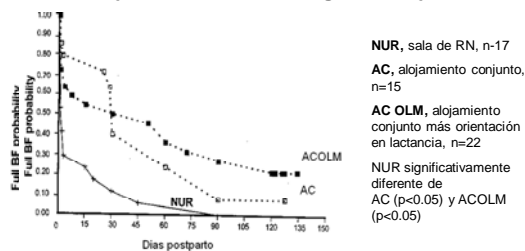
**Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia**



Adaptado de Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

Transparencia 4.5.4

**Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mejicanas urbanas de ingresos bajos**



De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.

Transparencia 4.5.5

**Producción y demanda**

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche removida en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.

Transparencia 4.5.6

**Diez Pasos para una lactancia exitosa**

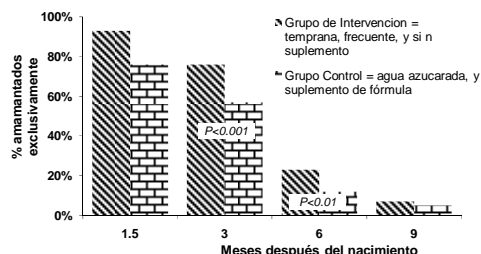
**Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.6.1



**Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad**



Adaptado de Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

Transparencia 4.6.2

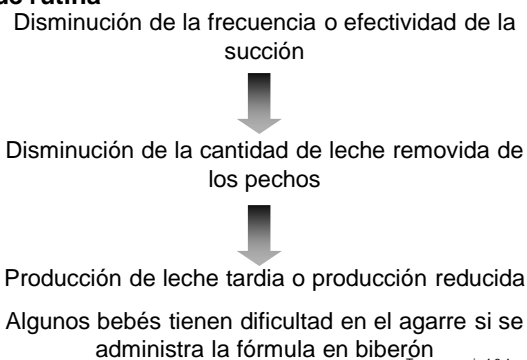
**La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido**



Adaptado de Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood, Fourth Edition*. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

Transparencia 4.6.3

**Impacto de la suplementación con fórmula de rutina**



Transparencia 4.6.4

**Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de Méjico**

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos (p<0.05)
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebe.

De: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

Transparencia 4.6.5

**Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente**

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

**Nota:** Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a 1400 mOsm/kg.

De: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.

Transparencia 4.6.6

**Medicamento indicado**

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.

Transparencia 4.6.7

### Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución

#### Condiciones en el bebé:

- Lactantes que no pueden AM pero pueden recibir LM incluye a los muy débiles, los que tienen dificultad para succionar o que tienen anomalías en cavidad oral, o son separados de su madre.
- Lactantes que necesitan otros nutrientes además de la LM incluye a pre términos de peso muy bajo, bebés con hipoglucemia, o aquellos deshidratados y desnutridos cuando la LM solamente no es suficiente.
- Lactantes con galactosemia no deben recibir LM ni los sucedáneos corrientes. Necesitarán una fórmula libre de lactosa.
- Lactantes con fenilcetonuria puede ser amamantado y luego recibir fórmula sin fenilalanina.

UNICEF, Curso revisado de la IHAN e instrumentos de evaluación, 2006

Transparencia 4.6.8

### Condición Materna :

- La LM se debe suspender durante la terapia si una madre está utilizando antimetabolitos, yodo radioactivo, y algunas medicaciones anti-tiroideas.
- Algunas medicaciones pueden causar mareo u otros efectos colaterales en los bebés, y deben sustituirse durante la lactancia.
- LM continúa siendo el alimento de elección para la mayoría de los bebés aun con uso de tabaco, alcohol y drogas. Sin embargo si la madre utiliza drogas endovenosas la LM no está indicada.
- Se recomienda evitar absolutamente la lactancia si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible, y segura. De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva en los primeros meses y se descontinúa en ciertas condiciones. No se recomienda la alimentación mixta.

Transparencia 4.6.9

### Condición Materna (continúa):

- Si la madre está débil, se puede ayudar a colocarle el bebé al pecho para que amamante.
- No se recomienda la LM cuando la madre tiene absceso mamario, pero debe extraerse la leche, y reiniciar la LM una vez drenado el absceso e iniciado el tratamiento con antimicrobianos. El amamantamiento continuo del pecho no afectado.
- Las madres con lesiones herpéticas en sus pechos, deben abstenerse de amamantar hasta que las lesiones activas se hubieran resuelto.
- Se desalienta la LM en madres con Leucemia por virus humano de leucemia T, si existen opciones seguras y factibles disponibles.
- Se mantiene la LM con hepatitis B, TB y mastitis, con el tratamiento del cuadro de base apropiado.

Transparencia 4.6.10

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

**Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.7.1

### Alojamiento Conjunto

La disposición de un hospital por la cual los binomios madre bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño

Transparencia 4.7.2

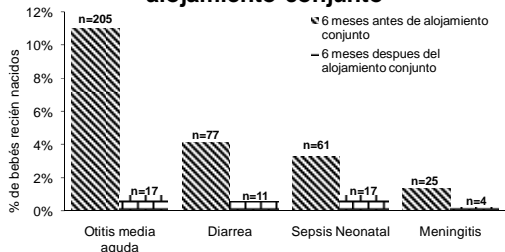
### Alojamiento conjunto

#### ¿Por qué?

- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

Transparencia 4.7.3

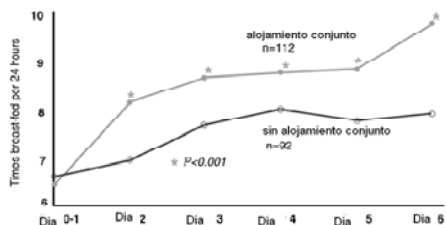
### Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

Transparencia 4.7.4

### Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

Transparencia 4.7.5

## Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.8.1

## Lactancia a demanda:

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión.

Transparencia 4.8.2

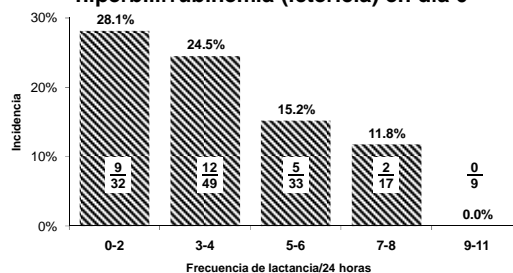
## A demanda, lactancia irrestricta ¿Por qué?

- Pasaje temprano del meconio
- Pérdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparencia 4.8.3

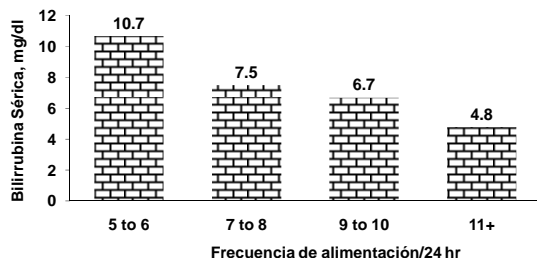
## Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparencia 4.8.4

**Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica**



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child* 1982; 136:737-738.

Transparencia 4.8.5

**Diez Pasos para una lactancia exitosa**

**Paso 9.** No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.9.1

**Alternativas al chupón**

- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

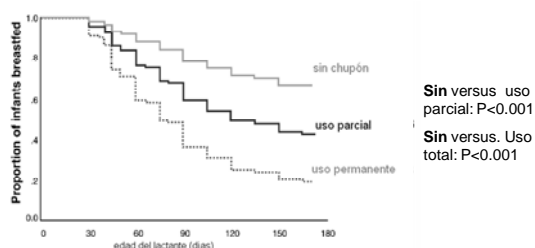
Transparencia 4.9.2

**Alimentación del bebé con taza**



Transparencia 4.9.3

**Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad**



De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

Transparencia 4.9.4

**Diez Pasos para una lactancia exitosa**

**Paso 10.** Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupo a su alta.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.10.1

**“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”**

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp. 62-74, 1993.

Transparencia 4.10.2

### El apoyo puede incluir:

- Visita postnatal temprana o visita en la clínica
- Visita domiciliaria
- Llamadas telefónicas
- Servicios comunitarios
  - Clínica externa de lactancia
  - Programas de consejería de pares
- Grupos de apoyo a la madre
  - Ayudar a formar nuevos grupos
  - Coordinar el trabajo con los grupos que estén trabajando
- Sistema de apoyo familiar

Transparencia 4.10.3

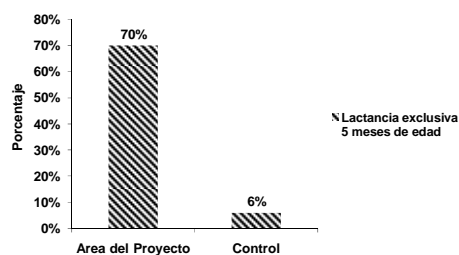
### Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- Tradicional
  - familia extendida
  - dulas definidas culturalmente
  - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
  - Auto formado
    - por madres
    - por profesionales de salud involucrados
  - A través del gobierno :
    - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
    - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC) y parteros tradicionales capacitados (PTCs)

From: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Transparencia 4.10.4

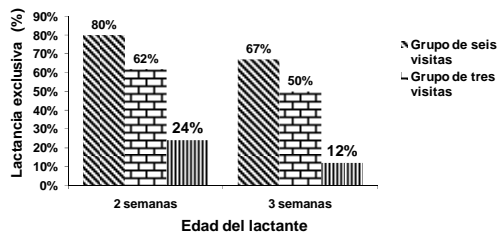
### Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



Adaptado de Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

Transparencia 4.10.5

### Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva



De: Morrow A, Guerrero ML, Shultz J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

Transparencia 4.10.6

### Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)

- Estudio aleatorio en Belarusia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.
- En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.
- En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa de hospital amigo.

Adaptado de Křamer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Transparencia 4.11.1

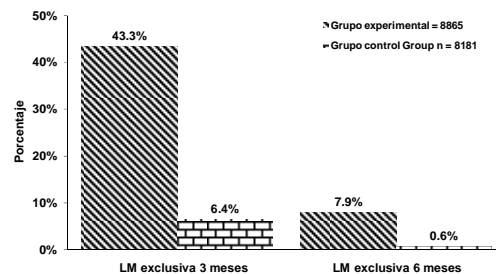
### Diferencias luego de la intervención

Hospitales Control:	Hospitales Experimentales:
▪ Separación madre-RN de rutina al nacimiento	▪ Madres y bebés juntos desde nacimiento
▪ Envoltura ajustada de pañal de rutina	▪ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel
▪ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina	▪ Alojamiento conjunto las 24 horas
▪ Técnicas de posición y agarre incorrectas	▪ Técnicas de posición y agarre correctas
▪ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón	▪ Sin suplementación
▪ Alimentación con horario cada 3 hrs	▪ Lactancia a demanda
▪ Uso rutinario de chupones	▪ No se utilizaron chupones
▪ Sin apoyo en lactancia al alta	▪ Apoyo a la lactancia en policlínicos

Communication from Chalmers and Kramer (2003)

Transparencia 4.11.2

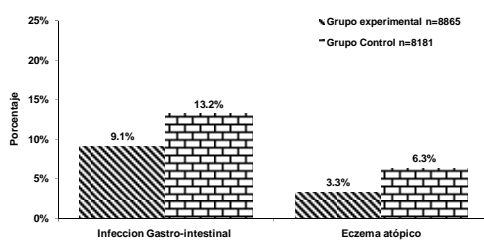
### Efecto de los cambios de hospital amigo del niño en la lactancia a los 3 y 6 meses



Adaptado de Kramer et al. (2001)

Transparencia 4.11.3

### Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

Adaptado de Kramer et al. (2001)

Transparencia 4.11.4

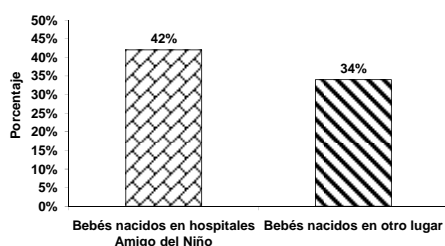
### La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigo del Niño en la duración de la lactancia en Suiza

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.5

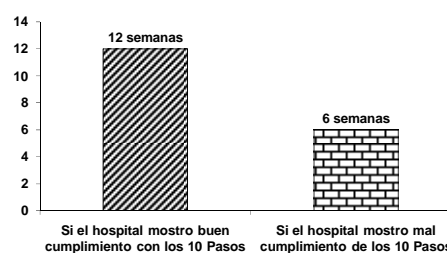
### Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.6

### Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales Amigo del Niño-- Suiza



Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.7



Sultanato de Oman  
Ministerio de Salud  
Departamento de Nutrición

## **Política Nacional de alimentación para el lactante y el niño pequeño (para establecimientos de salud)**

Esta política está desarrollada para asegurar y mejorar la supervivencia, salud, estado nutricional, crecimiento y desarrollo de los lactantes y de niños pequeños a través de una alimentación óptima. Para asegurar una alimentación óptima del lactante y del niño pequeño, se debe practicar en todos los establecimientos de salud lo siguiente:

1. Iniciar la lactancia en la hora después del parto y promocionar la lactancia exclusiva hasta alrededor de los 6 meses de edad.
2. Asegurar la introducción oportuna de alimentación complementaria al final del sexto mes. Si se observaran signos de hambre antes, se debe iniciar la alimentación complementaria después de completar los cuatro meses.
3. Asegurar que todos los niños reciban alimentos complementarios adecuados e higiénicamente preparados.
4. Educar a las madres para incrementar la calidad de los alimentos, cantidad y frecuencia con una combinación de comidas y meriendas, mientras que el bebé crece, y mantener la lactancia continuada hasta los dos años.
5. Alentar a las madres a diversificar la dieta para mejorar la calidad de la dieta y la ingesta de micronutriente, satisfacer los requerimientos de proteína, hierro, vitamina A y yodo.
6. Alentar a los cuidadores de los niños a practicar la alimentación activa, responder al desarrollo motor y a utilizar prácticas apropiadas de cuidado y atención del niño.
7. Durante la enfermedad, aconsejar a la madre a alimentar con más frecuencia y continuar con la lactancia.
8. La integración del sistema de monitoreo y evaluación específica es un requisito esencial de esta política.
9. La implementación del Código de Omán 55/98 en la comercialización de los sucedáneos de la leche materna es responsabilidad de todo el personal de salud en el establecimiento de salud, wilayat, y niveles regionales.
10. Controlar el peso del bebé regularmente como un indicador de nutrición adecuada y referir a los niños malnutridos a la clínica de nutrición en el establecimiento de salud para su manejo, consejería y seguimiento.
11. Capacitar a todo el personal de salud en la política de alimentación del lactante y niño pequeño. Auspiciar la formación de grupos de apoyo en los establecimientos de salud y en las comunidades para la alimentación del lactante y niño pequeño.

*HE – 49*

*Primera edición – Noviembre 2003*

Hoja Didáctica 4.3

## Programa Hospital Amigo de la Madre y el Niño Ministerio de Salud, México

### ¿Cuáles son las 25 acciones que promociona el programa?

Para que un hospital sea considerado como Amigo de la Madre y el Niño debe implementar los 25 puntos del Programa

#### Acciones para el apoyo y promoción de la lactancia

1. Tener una política por escrito que se ponga en conocimiento del personal de rutina
2. Capacitar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política
3. Practicar el alojamiento conjunto permitiendo que las madres permanezcan con sus bebés las 24 horas del día.
4. Auspiciar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos a su alta.
5. Informar a todas las embarazadas de los beneficios y la práctica de la lactancia.
6. Se practica el contacto piel a piel en la sala de parto, y se ayuda a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto
7. Mostramos a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aun en caso de separarse de sus bebés.
8. Alentamos la lactancia a demanda
9. Alentamos a las madres a darles solamente leche materna, no otro líquido ni alimento a no ser que este medicamento prescrito
10. No damos biberón, ni chupones a los bebés que amamantan porque puede causar el rechazo del pecho

#### Acciones destinadas a proteger la salud de la madre:

11. Realizar control prenatal y vacunamos a las mujeres contra el tétanos.
12. Detección Precoz de los embarazos de alto riesgo
13. Orientación en nutrición a las embarazadas.
14. Todos los partos son institucionales
15. Promocionamos la planificación familiar
16. Detección precoz del cáncer de mama
17. Detección precoz del cáncer de útero
18. Estudiar y prevenir la mortalidad materna perinatal



#### Acciones para la atención neonatal e infantil:

19. Aplicación de la vacuna neonatal (polio y tuberculosis).
20. Revisar el esquema de vacunación de los menores de 5 años.
21. Monitorizar el crecimiento y desarrollo
22. Controlar la diarrea aguda y promocionar el uso de la sal de rehidratación.
23. Detectar y controlar la infección respiratoria aguda en los menores de cinco años.

#### Actividades de Investigación

24. Investigar los factores de riesgo y tomar ventaja de las oportunidades perdidas.
25. Sistematizar la experiencia ganada.



## **Iniciativa Amiga del Niño: UNICEF REINO UNIDO: Ejemplo de política combinada de lactancia en maternidad/comunidad<sup>1</sup>**

### **PRINCIPIOS**

Este establecimiento cree que la lactancia en la forma más saludable para que una mujer alimente a su bebé y reconoce los beneficios para la salud importantes para ambos madre y niño que ahora se conoce que existen. (1)

Todas las madres tienen el derecho de tomar una decisión informada sobre cómo alimentar y atender a sus bebés. La provisión de información clara e imparcial a todas las madres en el momento apropiado es esencial.

El personal de salud no discrimina a ninguna mujer por el método de alimentación que hubiera escogido y la apoya totalmente cuando toma una decisión. Esta política está destinada a asegurar una buena práctica profesional, no a imponer la elección de las madres.

### **METAS**

Asegurar que los beneficios para la salud de la lactancia y los riesgos potenciales de la alimentación con fórmula se analicen con todas las mujeres y sus familias, como sea apropiado, de tal manera que pueda tomar una decisión informada sobre cómo alimentar a sus bebés.

Crear un ambiente donde más mujeres escojan amamantar a sus bebés, y donde más mujeres reciban información suficiente y apoyo para permitirles amamantar exclusivamente por lo menos hasta los 4 meses (y preferentemente hasta los 6 meses), y después, como parte de la dieta del bebé por el tiempo que ambos deseen. (2)

Permitir a todo el personal de salud que tiene contacto con mujeres que amamantan se capaciten con un entrenamiento especializado en todos los aspectos de manejo de lactancia.

Alentar alianzas con otros establecimientos de salud y brindar un servicio que inadvertidamente permita desarrollar una cultura de lactancia en toda la comunidad local.

### **EN APOYO DE ESTA POLÍTICA**

La adherencia a esta política es obligatoria para todo el personal. Cualquier desviación de la política debe ser justificada y registrada tanto en el expediente de la madre como en el expediente del bebé. Esto debe hacerse en el contexto del criterio profesional y código de ética. La política debe ser implementada en conjunción con las guías de lactancia de la maternidad *[donde hubiera]* y las guías de esta política para los padres *[donde ésta exista]*.

---

<sup>1</sup> De <http://www.babyfriendly.org.uk/pol-both.asp>

Es responsabilidad de todos los profesionales de la salud, comunicarse con otros si hubiera preocupación sobre la salud del bebé. Cualquier guía para el apoyo de la lactancia en situaciones especiales y el manejo de complicaciones frecuentes será redactada y consensuada por un equipo multidisciplinario de profesionales con responsabilidad clínica para la atención de las madres y los bebés.

La política y las guías serán revisada anualmente. El cumplimiento de la política será objeto de auditoría anual.

No se permite la propaganda de los sucedáneos de la leche materna, biberones, chupones o chupones de distracción en este establecimiento de salud Confiable. También se prohíbe la exposición de logos de los fabricantes de estos productos en calendarios y papelería. (3)

No se permite literatura provista por un fabricante de sucedáneo de la leche materna. El material educativo para las mujeres o sus familias debe ser aprobado por la principal autoridad.

Los padres que hubieran tomado la decisión informada de alimentar a sus bebés artificialmente deben recibir la orientación para preparar esta alimentación individualmente o en pequeños grupos, en el periodo postnatal. No se permite la instrucción grupal sobre la preparación de alimentos artificiales en el prenatal, ya que esto no provee de la información adecuada y tiene el potencial de socavar la confianza en la lactancia.

## **LA POLÍTICA**

### Comunicando la Política de Lactancia

- 1.1 Esta política debe ser comunicada a todo el personal de salud que tiene contacto con mujeres embarazadas y madres, incluyendo aquellas empleadas fuera del establecimiento. Todo el personal recibirá una copia de la política.
- 1.2 Todo el personal nuevo recibirá la orientación en la política apenas comience a trabajar.
- 1.3 La política será expuesta en todas las áreas de Confianza de la clínica o centro de salud.  
*[Donde sea apropiado -]* Esta política estará disponible para las mujeres en otra forma, por ejemplo una cinta de video o audio y en el idioma apropiado.

### Capacitando al Personal de Salud

- 2.1 Matronas y /o agentes de salud tienen la responsabilidad primaria de apoyar a mujeres que están amamantando y ayudarles a superar los problemas relacionados.
- 2.2 Todo profesional, administrativo y auxiliar que tienen contacto con embarazadas y madres, recibirá la capacitación en manejo de lactancia al nivel apropiado para su grupo profesional. El personal nuevo recibirá capacitación en los seis meses de asumir el cargo.
- 2.3 La responsabilidad de dar la capacitación es de la autoridad principal *[insertar cargo]*, quien evaluará la aplicación y eficacia de la capacitación y publicará los resultados anualmente.

### Informar a la Embarazada de los Beneficios y del Manejo de la Lactancia

- 3.1 Se debe realizar todos los esfuerzos para asegurar que todas las mujeres embarazadas sean concientes de los beneficios de la lactancia y de los riesgos potenciales para la salud de la alimentación con fórmula.
- 3.2 Todas las mujeres embarazadas deben tener la oportunidad de analizar la alimentación infantil individualmente con una matrona o agente de salud. La discusión del tema no debe realizarse solamente en un club de madres.
- 3.3 Las bases fisiológicas de la lactancia deben explicarse clara y simplemente a todas las embarazadas, además de una práctica de buen manejo y algo de las experiencias que puedan compartir. El objetivo es darle la confianza a la mujer en su habilidad de amamantar.
- 3.4 Todos los materiales y la enseñanza debe reflejar los estándares de la mejor práctica de la Iniciativa de Hospital Amigo de la OMS/UNICEF.

### Apoyando el Inicio de la Lactancia

- 4.1 Se alienta a todas las madres a sostener a sus recién nacidos en contacto piel a piel tan pronto como sea posible después del parto, en un ambiente tranquilo, independientemente del método de alimentación que escojan.
- 4.2 Todas las mujeres deben recibir aliento para amamantar por primera vez cuando el bebé y la madre están listos. Se debe proveer ayuda de una matrona si es necesario.

### Mostramos a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separación de sus bebés

- 5.1 Se debe tener una matrona para que ayude a las madres a amamantar durante su estadía hospitalaria si es necesario.
- 5.2 Las matronas y agentes de salud deben asegurar que las madres reciban el apoyo necesario para adquirir las habilidades de posición y agarre adecuados para el amamantamiento. Deben tener la capacidad de poder explicar las técnicas necesarias a las madres, de esta manera contribuyen a que la madre adquiera la habilidad por si misma.
- 5.3 Todas las madres que amamantan deben saber cómo extraerse la leche manualmente. Un tríptico que describa el proceso debe distribuirse para mayor referencia.
- 5.4 Es la responsabilidad de todos los profesionales de salud que atienden a la madre y al bebé asegurar que la madre reciba toda la ayuda y el aliento para extraerse la leche y para mantener su lactancia durante periodos de separación de su bebé.
- 5.5 Las madres separadas de sus bebés deben alentarse a extraerse la leche al menos 6 a 8 veces en un período de 24 horas.

### Apoyo a la lactancia exclusiva

- 6.1 Por al menos 6 meses, los bebés amamantados no deben recibir agua ni alimentación artificial excepto en casos de indicación médica o consentimiento informado. En el hospital, no debe administrarse agua ni alimentación artificial, a no ser que este prescrito por una matrona o pediatra con entrenamiento apropiado. Una vez en el hogar, no se debe recomendar ni líquidos ni alimentación artificial a un bebé amamantado a no ser que hubiera sido atendido por un miembro del personal entrenado en el manejo de la lactancia materna.

- 6.2 Se debe consultar a los padres en caso de necesitar alimentación suplementaria y se debe explicar en detalle las razones.
- 6.3 Cualquier suplemento prescrito o recomendado debe registrarse en la historia clínica del bebé, o en su registro, además de la razón por la cual se suplementó.
- 6.4 Se debe alertar a los padres de bebés que están amamantando, que decidan suplementar con fórmula a sus bebés, de sus consecuencias para la salud y el impacto dañino en la lactancia para que tomen una decisión informada.
- 6.5 Toda la información sobre introducción de alimentos complementarios debe reflejar el objetivo de la lactancia exclusiva por al menos 6 meses y lactancia parcial por al menos 1 año. (2)
- 6.6 Los datos en alimentación infantil que muestran la prevalencia de lactancia exclusiva y lactancia parcial deben registrarse en los siguientes momentos: *[por ejemplo: parto, pre alta, 10 días, 6/8 semanas, 4 meses, 1 año - en espera de recomendaciones generales]*
- 6.7 El personal de salud ni el establecimiento de atención de salud debe vender los subcedáneos de la leche materna. [La fórmula puede intercambiarse por Crédito por Impuesto a las Familias Trabajadoras) si es que no existiera otro almacén local de suministro para el hospital.]

#### Alojamiento Conjunto

- 7.1 Las madres asumen, en primera instancia, la responsabilidad por la atención de sus bebés.
- 7.2 La separación de madre y bebé mientras estén hospitalizados tendrá lugar solo si la salud ya sea de la madre o su bebé impide que se brinde la atención adecuada en las áreas postnatales.
- 7.3 No existe un espacio designado a la atención de recién nacidos sanos en las áreas de postnatal.
- 7.4 Los bebés no deben ser separados de rutina de sus madres en la noche. Esto se aplica a bebés que reciben biberón como a los que son alimentados con pecho. Las madres que dieron a luz por cesárea deben recibir la atención apropiada, pero la política de mantener al bebé y la madre juntos se aplicará normalmente.
- 7.5 Las madres serán alentadas a mantener a sus bebés cerca de ellas cuando estén en sus hogares. Se les dará la información adecuada acerca de los beneficios de y contraindicaciones del colecho..

#### Alimentación a demanda del bebé.

- 8.1 Debe estimularse la alimentación a demanda, a no ser que hubiera alguna restricción clínica. Los procedimientos del hospital no deben interferir con este principio.
- 8.2 Se debe alentar a las madres a que continúen amamantando a demanda del bebé a través de toda la lactancia.

#### Uso de chupones artificiales, pacificadores y chupones de distracción

- 9.1 El personal de atención de salud no debe recomendar el uso de chupones, pacificadores, ni chupones de distracción, durante el establecimiento de la lactancia. Los padres que deseen utilizar los chupones deben recibir la orientación sobre el efecto deletéreo en la lactancia antes de permitirles la elección informada. La información a los padres así como su decisión debe estar registrada en la historia clínica apropiada.
- 9.2 No se recomendarán las pezoneras excepto en circunstancias extremas y solamente por un tiempo corto. Cualquier madre que considere utilizar una pezonera debe recibir una explicación completa antes de comenzar su uso. Debe estar bajo el cuidado de un practicante capacitado en utilizar la pezonera y este debe ayudar a discontinuar el uso tan pronto como sea posible.

### Grupos de apoyo a la lactancia

- 10.1 Este establecimiento apoya la cooperación entre el personal profesional de la salud y grupos de apoyo voluntario reconociendo que los establecimientos de salud tienen su propia responsabilidad en la promoción de la lactancia.
- 10.2 Existen números telefónicos, (y otros medios de contacto) de consejeros en alimentación infantil [*donde hubieran*], las matronas, agentes de salud, consejeros voluntarios en lactancia que se entregaran a las madres para que se exhiban de rutina en todas las áreas relevantes de la maternidad y salud infantil. Los detalles deben incluir el tiempo en el cual estos consejeros pueden contactarse.
- 10.3 Los grupos de apoyo a la lactancia deben ser invitados a contribuir con el desarrollo de una política de lactancia mediante su participación en las reuniones apropiadas con este fin.

### La Bienvenida para las en las que se amamanta

- 11.1 La lactancia se considerara como la forma natural de alimentación de los lactantes y niños pequeños. Se permitirá y alentará a las madres a amamantar en áreas públicas de establecimientos de salud y en las áreas de "Trust premise".
- 11.2 Se dispone de establecimientos confortables para madres que prefieren la privacidad.
- 11.3 La señalización en las áreas públicas del establecimiento informará a los usuarios de esta política.

### Alentar el Apoyo Comunitario a la Lactancia

- 12.1 La transferencia de la atención de parteras a los agentes de salud se producirá de acuerdo a procedimiento.
- 12.2 Los trabajadores de salud, preguntaran sobre el progreso de la lactancia en cada contacto con una madre que amamanta. Esto le permitira identificar tempranamente alguna complicacion potencial y le permitirá dar información apropiada para prevenir o remediar esto.
- 12.3 Miembros del equipo de atención de salud debe utilizar su influencia cuando y donde sea posible para alentar la cultura de lactancia en la comunidad.

12.4 Los establecimientos de atención de salud trabajaran con los grupos locales de apoyo a la lactancia para concientizar a la sociedad sobre la importancia de la lactancia y y alentar la provisión de establecimientos para madres y sus bebés que amamantan, mediante el vinculo con negocios locales, autoridades, grupos de la comunidad y los medios de comunicación.

12.5 Se exploraran las oportunidades para influir o tamar parte en los programas de educación en las escuelas y colegios locales (e.j. parte del rol de la escuela de enfermeras).

1. Standing Committee on Nutrition of the British Paediatric Association (1994): Is breast feeding beneficial in the UK? *Arch Dis Child*, 71: 376-80.

2. The COMA Working Group on the Weaning Diet (1994) recomienda que ‘la mayoría de los lactantes no deben recibir alimentos solidos antes de los 4 años de edad, y que la dieta mixta debe ofrecerse a los 6 meses de edad. La Asamblea Mundial de la Salud (Resolución 47.5, 1994) recomienda que los bebés deben amamantarse exclusivamente hasta “alrededor de los 6 meses”.

3. The Infant Fórmula and Follow-on Fórmula Regulations 1995 estipula que un requerimiento legal prohíba la propaganda de la fórmula infantil en publicaciones que se refieran a la atención de los bebés en el sistema de atención de salud. No existe requerimiento legal para que los establecimientos de RU cumplan con el Código Internacional de Mercadeo de los Sucedaneos de la Leche Materna (OMS, Ginebra, 1981). De todas maneras, los requerimientos de la Iniciativa de Hospital Amigo se basan en el Código Internacional, “cuyo objetivo” es el de contribuir a la provisión de una nutrición segura y adecuada mediante la protección y promoción de la lactancia y asegurando el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna cuando estos sean necesarios, en base a una adecuada información y a través de mercadeo y distribución apropiadas.’ Los Artículos 5 y 6 del Código establecen que no debe existir promoción de los sucedáneos de la leche materna, biberones ni chupones.

Hoja Didáctica 4.5



**Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna**

## ***Prefacio***

En 1992 la OMS y UNICEF desarrollaron una lista de razones médicas aceptables para el uso de sustitutos de la leche materna, como anexo al paquete de herramientas de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN).

La OMS y UNICEF acordaron actualizar la lista de razones médicas considerando las pruebas científicas que surgieron desde 1992 y el hecho de que se estaba actualizando el paquete de la IHAN. El proceso fue liderado por los departamentos de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH) y Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD) de la OMS. En 2005, una lista actualizada en borrador fue compartida con revisores de los materiales IHAN, y en septiembre 2007 la OMS invitó a un grupo de expertos en varios campos y provenientes de todas las regiones de la OMS a participar en una red virtual de revisión de la lista. El borrador de la lista fue compartido con todos los expertos que aceptaron participar. Varios borradores fueron preparados a partir de tres procesos relacionados: a) varias series de comentarios por los expertos, b) colección de revisiones técnicas y guías de orientación actualizadas de la OMS (ver la lista de referencias), y c) comentarios de otros departamentos de la OMS (MPS, Salud Mental, Medicamentos Esenciales) en general y en temas específicos o a raíz de preguntas específicas por los expertos.

La OMS no disponía de revisiones técnicas o guías orientadoras en un número limitado de temas. En estos casos, se identificaron pruebas en consulta con los departamentos correspondientes de la OMS o los expertos externos en el área específica. En particular, se utilizaron las siguientes fuentes de datos para medicación materna y lactancia materna - LactMed (un sitio web de la Biblioteca Medica de los Estados Unidos de America), - el sitio web es actualizado mensualmente y proporciona varias referencias, y para uso de sustancias - una revisión de las pruebas científicas del Departamento de Salud de Gales Norte-Sur (Australia). La lista final resultante fue compartida con revisores externos e internos para llegar a acuerdos y se presenta en este documento.

La lista de razones médicas aceptables para uso temporal o de largo plazo de sustitutos de la leche materna esta disponible tanto como una herramienta independiente para los profesionales en salud que trabajan con madres y recién nacidos, y como parte del paquete IHAN. Se espera que esta lista esté actualizada en 2012.

## ***Reconocimientos***

Esta lista fue desarrollada por los Departamentos de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente y Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS en colaboración estrecha con UNICEF y los Departamentos Asegurando un Embarazo Seguro, Medicamentos Esenciales y Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Los siguientes expertos contribuyeron a la elaboración de la lista actualizada: Philip Anderson, Colin Binns, Riccardo Davanzo, Ros Escott, Carol Kolar, Ruth Lawrence, Lida Lhotska, Audrey Naylor, Jairo Osorno, Marina Rea, Felicity Savage, María Asunción Silvestre, Tereza Toma, Fernando Vallone, Nancy Wight, Antony Williams y Elizabeta Zisovska. Todos ellos completaron la declaración de interés y ninguno identificó conflicto de interés.



### Introducción

Casi todas las madres pueden amamantar exitosamente, esto incluye el inicio de la lactancia materna durante la primera hora, lactancia exclusiva durante los 6 meses y lactancia continuada (junto a la alimentación complementaria apropiada) hasta los 2 años de edad o más.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es particularmente beneficiosa para madres y lactantes.

Los efectos positivos de la lactancia materna en la salud de los niños y las madres han sido observados en todo lugar. La lactancia materna reduce el riesgo de infecciones tales como diarrea, neumonía, otitis, *Haemophilus influenza*, meningitis e infección urinaria (1). Protege también contra condiciones crónicas futuras tales como diabetes tipo I, colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn. La lactancia materna durante la infancia se asocia con menor presión arterial media y colesterol sérico total, y con menor prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso y obesidad durante la adolescencia y edad adulta (2). La lactancia materna retarda el retorno de la fertilidad de la mujer y reduce el riesgo de hemorragia post-parto, cáncer de mama pre-menopáusico y cáncer de ovario (3).

Sin embargo, un número pequeño de afecciones maternas y del recién nacido podría justificar la recomendación que no amamante o que introduzca los sucedáneos de manera temporal o permanente (4).. Estas afecciones, que se relacionan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación, junto a otras condiciones maternas que, aunque serias, no son razones médicas para la suplementación o suspensión de la lactancia.

Cuando se considere la suspensión de la lactancia, el riesgo de hacerlo puede compararse con el riesgo que significa la presencia de cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación.

### AFECCIONES INFANTILES

#### **Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada**

- Galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa;
- Enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite amamantar con menor frecuencia, por un tiempo, con monitorización cuidadosa);

#### **Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna**

- Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g);
- Muy prematuros, (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación)
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son pre término, pequeños para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intraparto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas (5) si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna;

## AFECCIONES MATERNAS

*Madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar.*

### Madres que podrían requerir el evitar la lactancia

- Infección por VIH2 – si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS) (6).

### Madres que podrían requerir el evitar la lactancia temporalmente

- ❑ Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia
- ❑ Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo ente las lesiones en el pecho materno y la boca del bebe hasta que toda lesión activa haya sido resuelta
- ❑ Medicación materna:
  - medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, tales medicaciones deben evitarse si existen alternativas mas seguras disponibles (7);
  - es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a la existencia de nuevas opciones mas seguras disponibles - la madre puede reiniciar la lactancia luego de dos meses de recibir esta sustancia;
  - el uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados;
  - la quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.

### Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes

- ❑ Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento (4);
- ❑ Hepatitis B – los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B , en las primeras 48 horas o apenas sea posible después (9);
- ❑ Hepatitis C;
- ❑ Mastitis – si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección<sup>8</sup>;
- ❑ Tuberculosis – la madre y el bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis (10);
- ❑ Uso de sustancias<sup>3</sup> (11):
  - se ha demostrado efecto dañino en los bebés amamantados de madres que usan nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados;

---

2 La opción más apropiada de alimentación infantil de una madre infectada con el VIH depende de las circunstancias individuales y su bebe, incluyendo su condición de salud, pero se debe considerar los servicios de salud disponibles y la consejería y apoyo que pueda recibir. Cuando la alimentación de reemplazo es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS), debe evitar toda lactancia. La madre infectada con el VIH debe evitar la lactancia mixta (o sea lactancia con otros alimentos, líquidos o formula) en los primeros 6 meses de vida.

3 Las madres que eligen no suspender el uso de estas sustancias o no pueden hacerlo, deberían buscar apoyo individual sobre los riesgos y beneficios de la lactancia dependiendo de sus circunstancias individuales. Para las madres que utilizan sustancias por periodos cortos se debe considerar la suspensión temporal de la lactancia maternal durante ese tiempo.

- el alcohol, opioides, benzodiazepinas y cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como el bebé  
Las madres deberían ser alentadas a no utilizar estas sustancias y tener oportunidad y apoyo para abstenerse.

### Referencias

- (1) *Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Evidence and recommendations for further adaptations.* Geneva, World Health Organization, 2005.
- (2) *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.* Geneva, World Health Organization, 2007.
- (3) León-Cava N et al. *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2002 (<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/BOB-Main.htm>, acceso 4 diciembre 2008).
- (4) Resolución AMS39.28. Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. En: *33a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 5–16 mayo 1986. Volumen 1. Resoluciones y documentos. Final.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (WHA39/1986/REC/1), Anexo 6:122–135.
- (5) *Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature.* Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/CHD/97.1; [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_CHD\\_97.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CHD_97.1.pdf), accessed 24 June 2008).
- (6) *VIH y alimentación infantil: actualización basada en la reunión consultiva técnica realizada en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de la Transmisión del VIH en Embarazadas, Madre y Niños. Ginebra 25-27 de octubre de 2006. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2008. on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Infants, Geneva, 25–27 October 2006.* Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595962\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595962_spa.pdf) acceso 4 diciembre 2008).
- (7) *Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs.* Geneva, World Health Organization, 2003.
- (8) *Mastitis: causas y manejo.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.13; [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf), acceso 4 diciembre 2008).
- (9) *Hepatitis B and breastfeeding.* Geneva, World Health Organization, 1996. (Update No. 22)
- (10) *Breastfeeding and Maternal tuberculosis.* Geneva, World Health Organization, 1998 (Update No. 23).
- (11) *Background papers to the national clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn.* Commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy under the Cost Shared Funding Model. NSW Department of Health, North Sydney, Australia, 2006.

Se puede encontrar mayor información en medicación materna y lactancia en el siguiente sitio web de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de America:

<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>

[CIP, Copyright and disclaimer]

Para mayor información favor contactar:

Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente      Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo

[cah@who.int](mailto:cah@who.int)   [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)

[www.who.int/child\\_adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/en/)   [www.who.int/nutrition/en/](http://www.who.int/nutrition/en/)

20 Avenida Appia,  
1211 Ginebra 27, Suiza

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 1. Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Política de lactancia

*¿Por qué tener una política?*

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse

# Política de lactancia

## *¿Qué debe incluir?*

- Como mínimo, debe incluir:
  - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
  - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
  - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos

# Política de lactancia

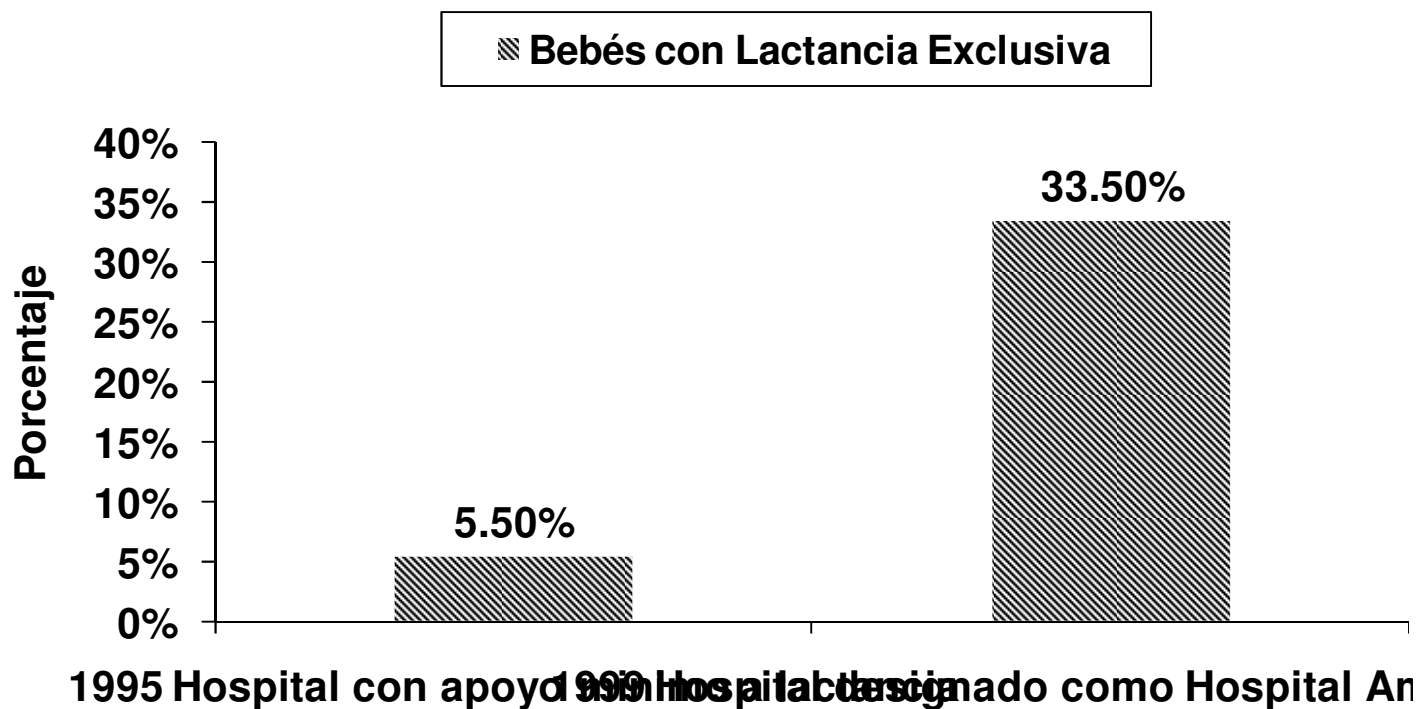
*¿Cómo debe presentarse?*

Debe estar:

- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés



# Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna despues de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Áreas de conocimiento

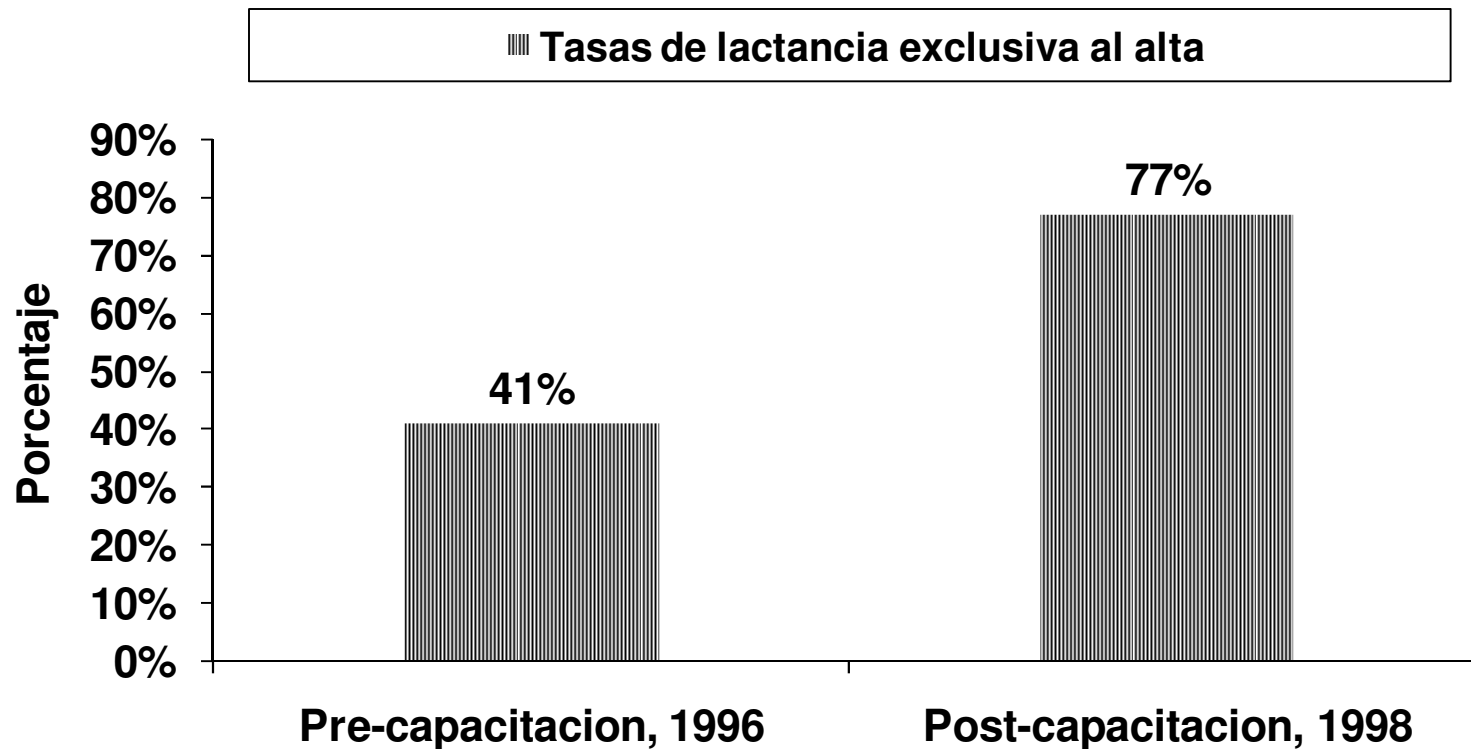
- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

# Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

## *Capacitar al personal en:*

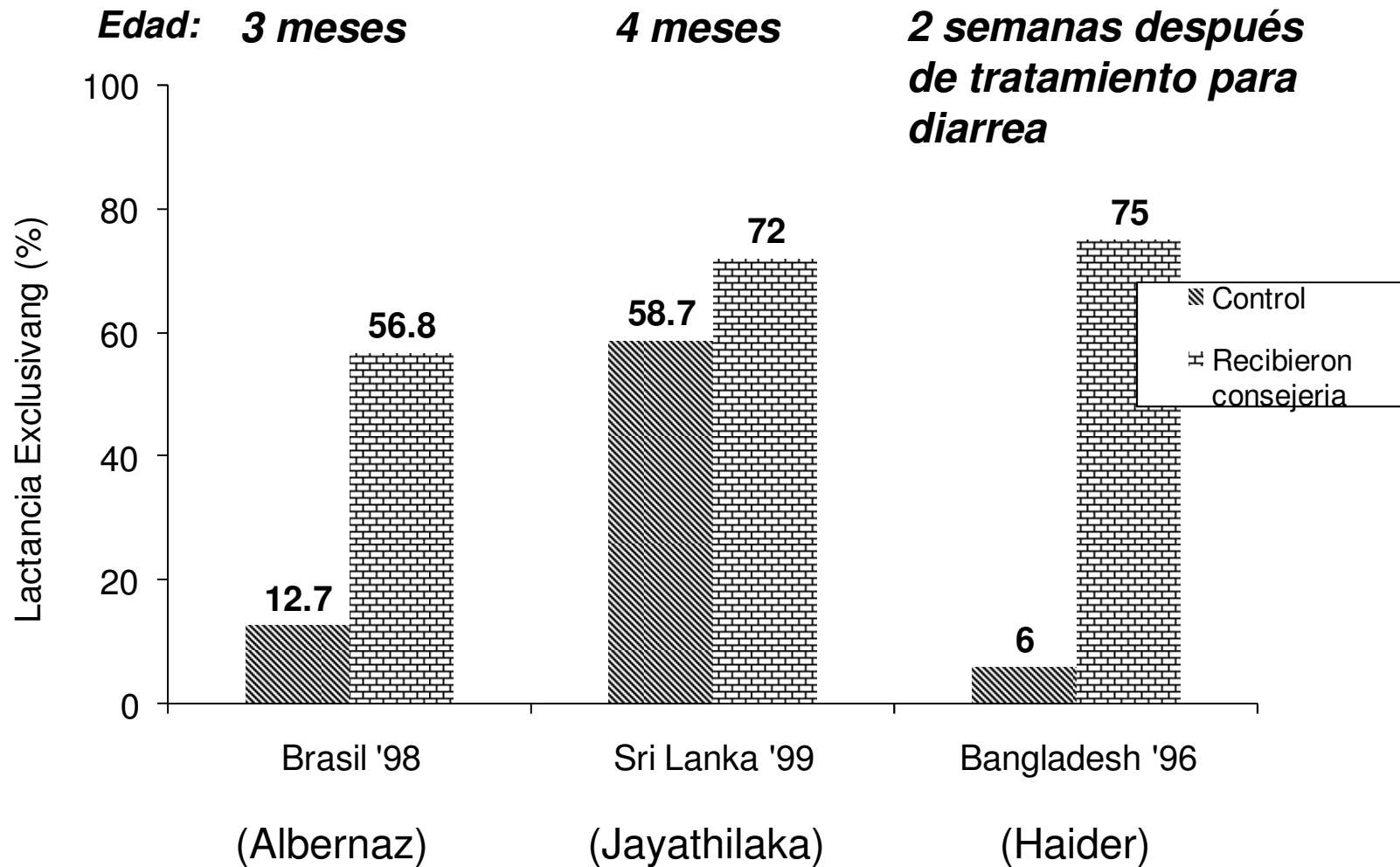
- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de “salpicado” (hacer que madres que son HIV – o desconocen su estado escogan alimento de sustitucion cuando la lactancia es menos riesgosa)

## Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

## Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva



Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas  $p < 0.001$ .

De: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

**Qué otros profesionales en salud  
además del personal del perinatal  
influyen en el éxito de la  
lactancia?**

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

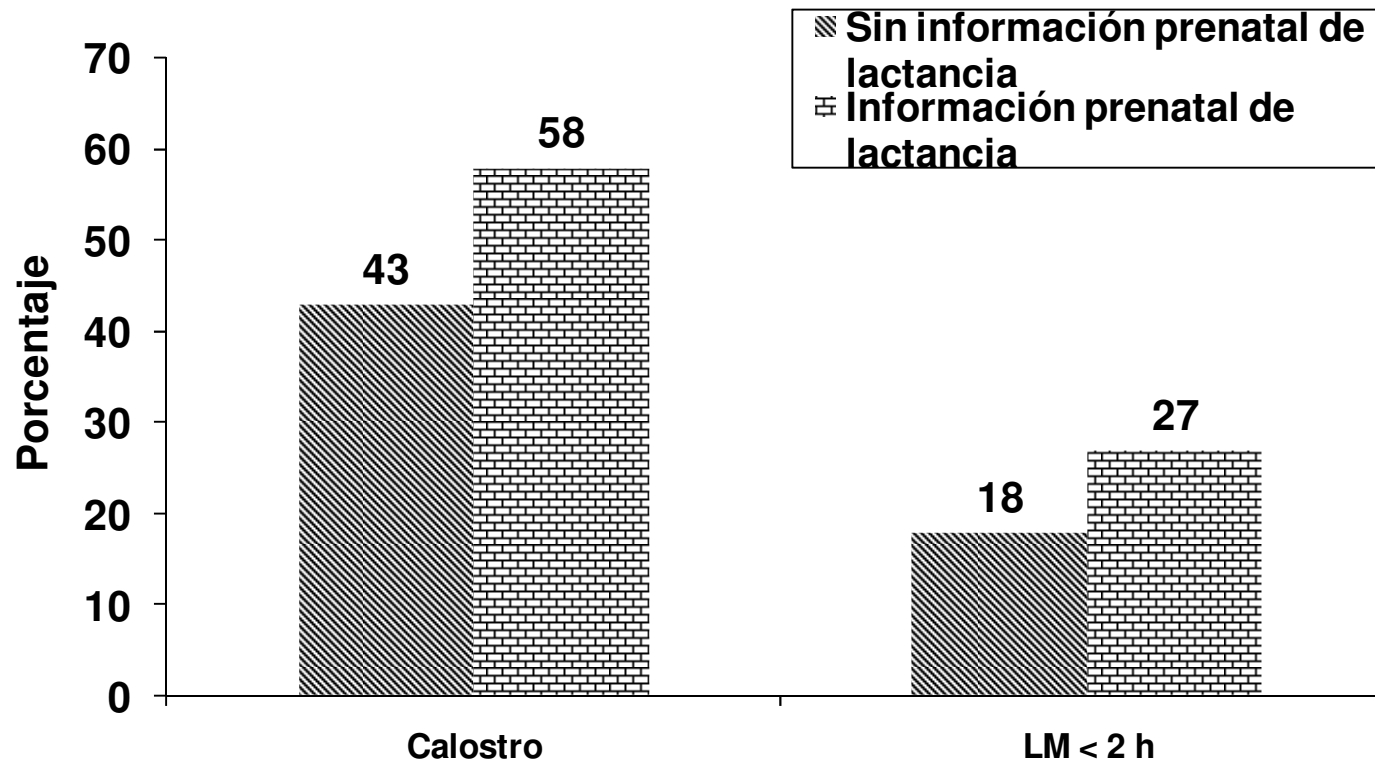
DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



# La educación prenatal debe incluir:

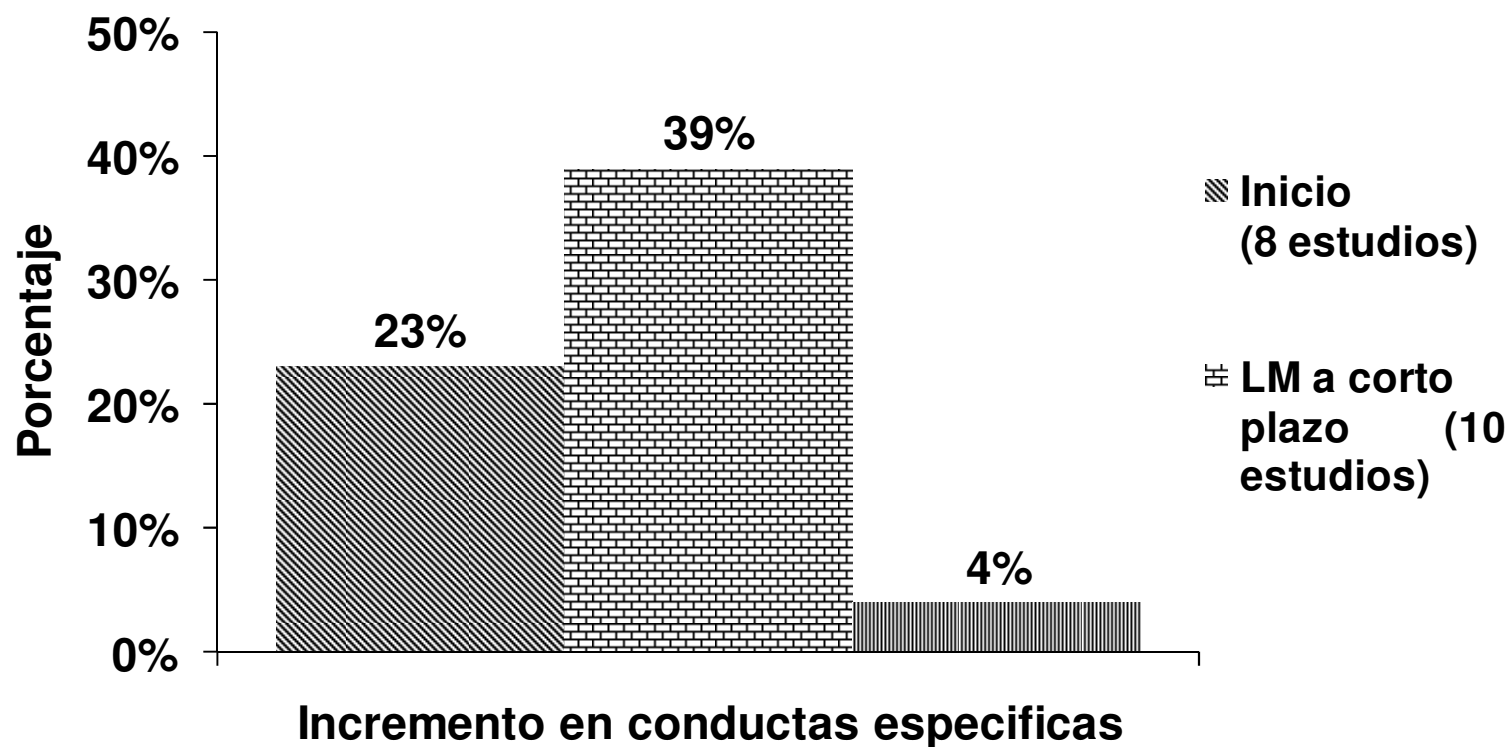
- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en HIV
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de formula

## Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A , Liljestrang J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

## Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia



Adaptado de Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora despues del parto.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

## **Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):**

*“ Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente despues del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés estan listos para amamantar, ofrecer ayuida si es necesario.”*

# Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal

## *¿Por que?*

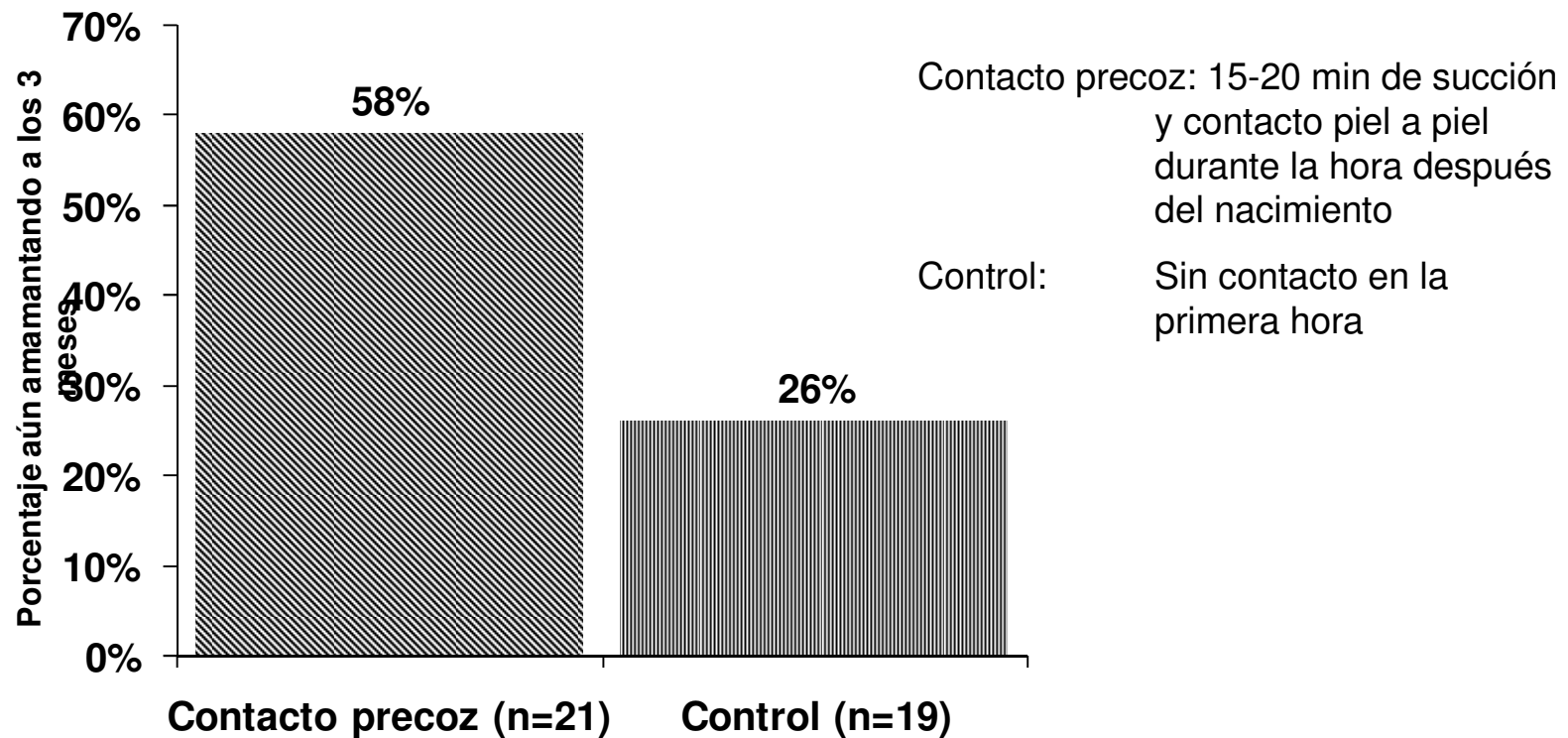
- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

# Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal

## *¿Cómo?*

- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora

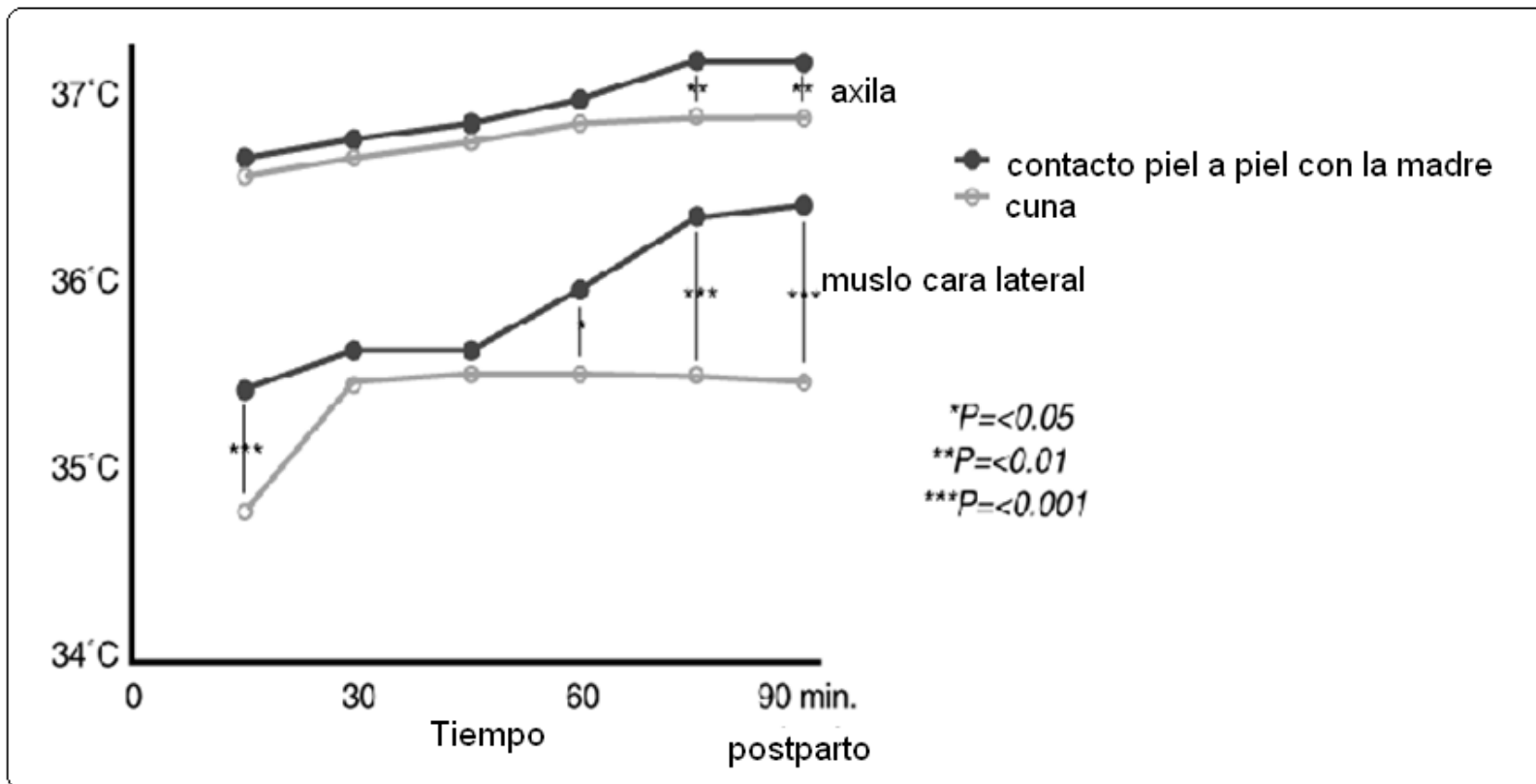
# Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.



# Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



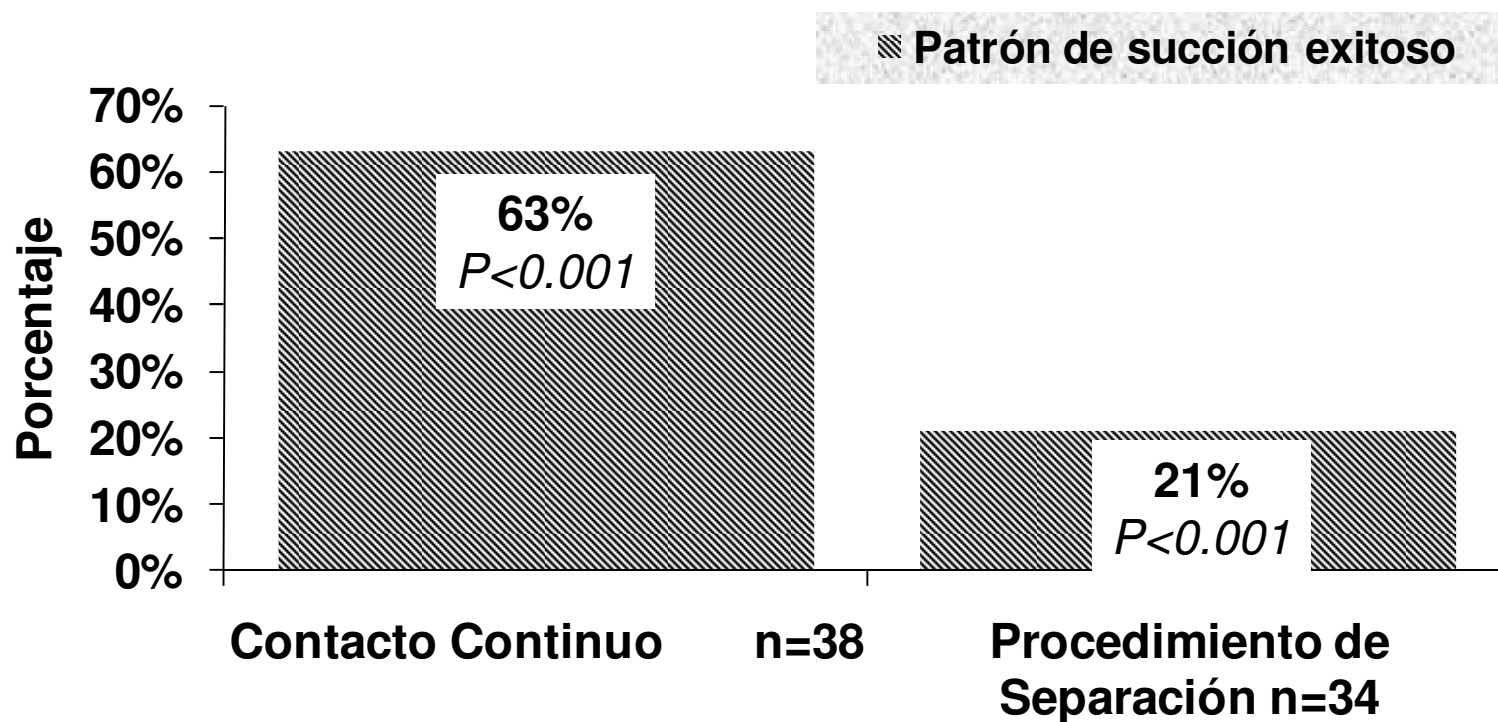
Adaptado de Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

## Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
$\alpha$ -Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

De: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation, 5th ed.* St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

# Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

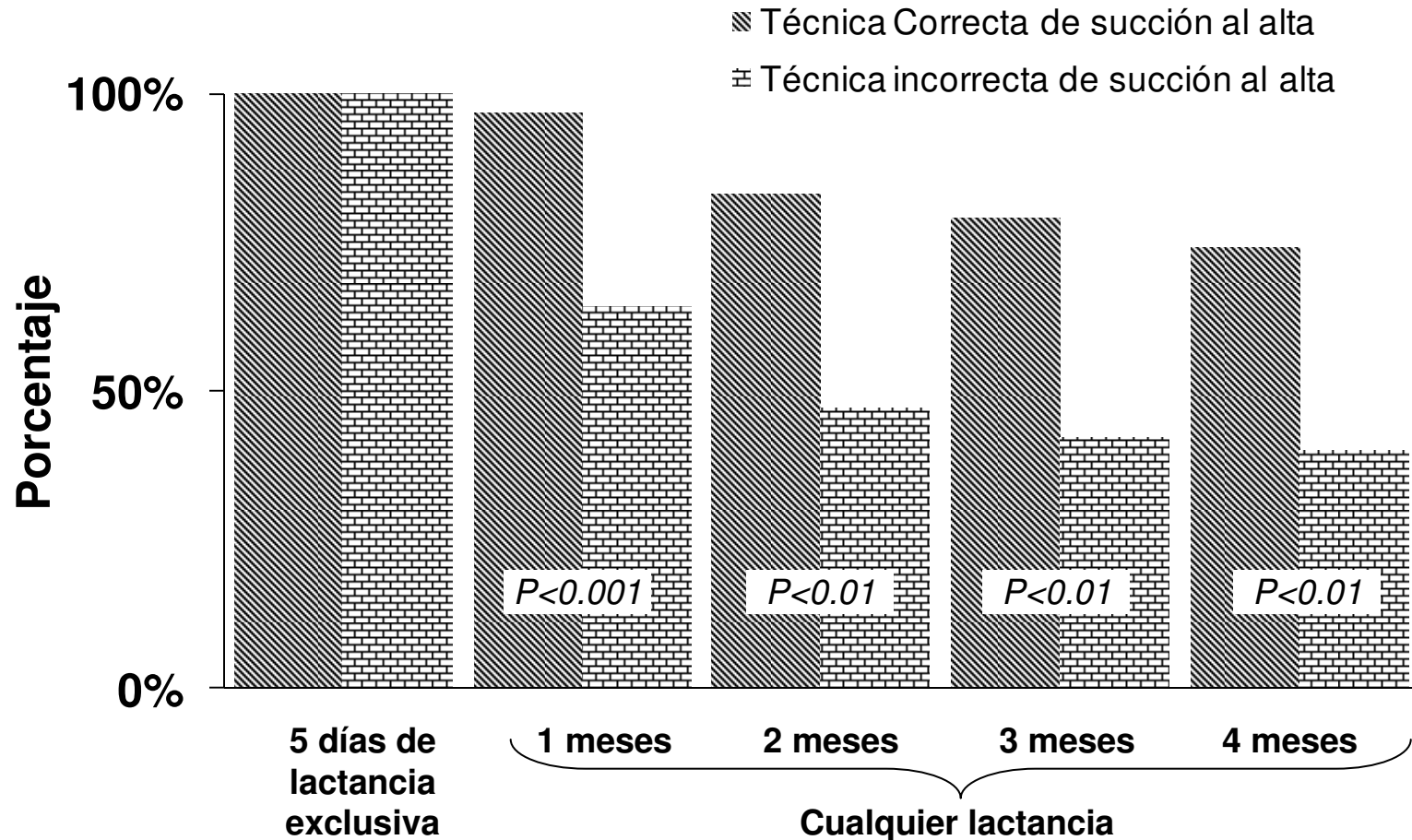
Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

*“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia. ”*

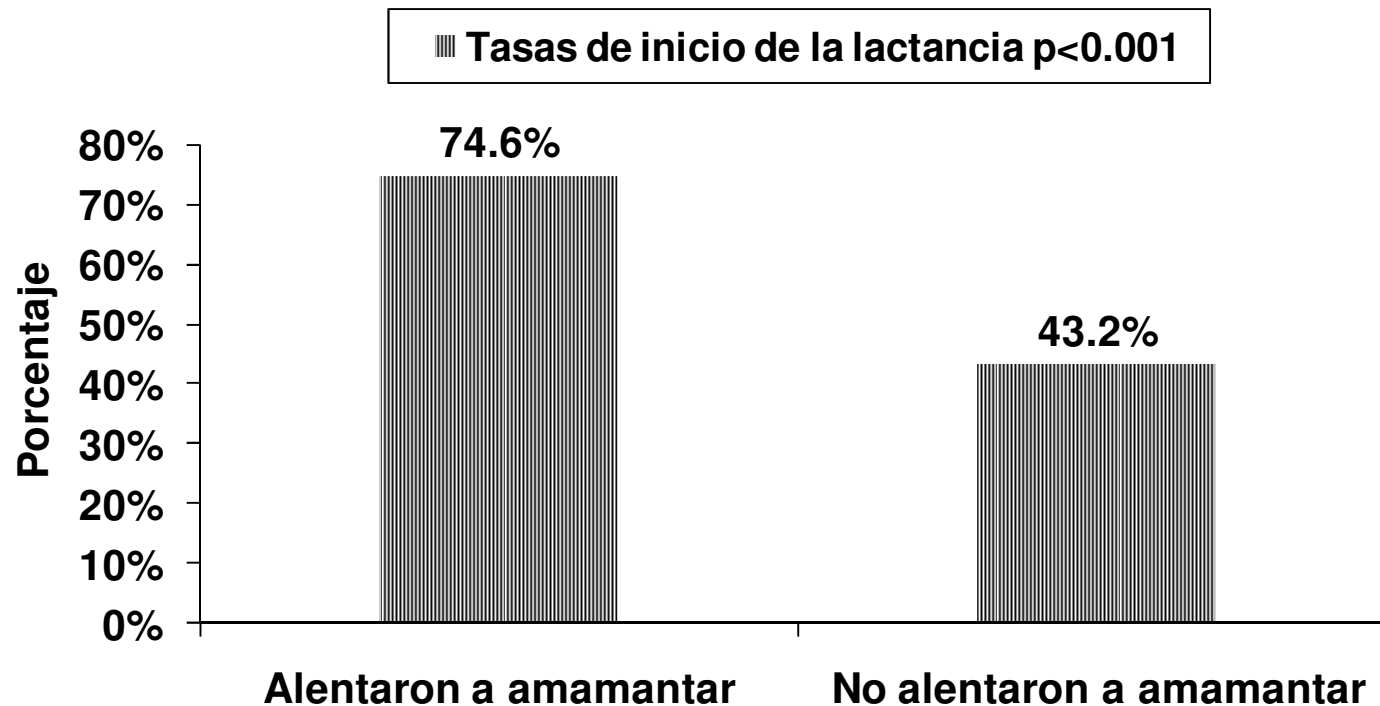
De: Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

# Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



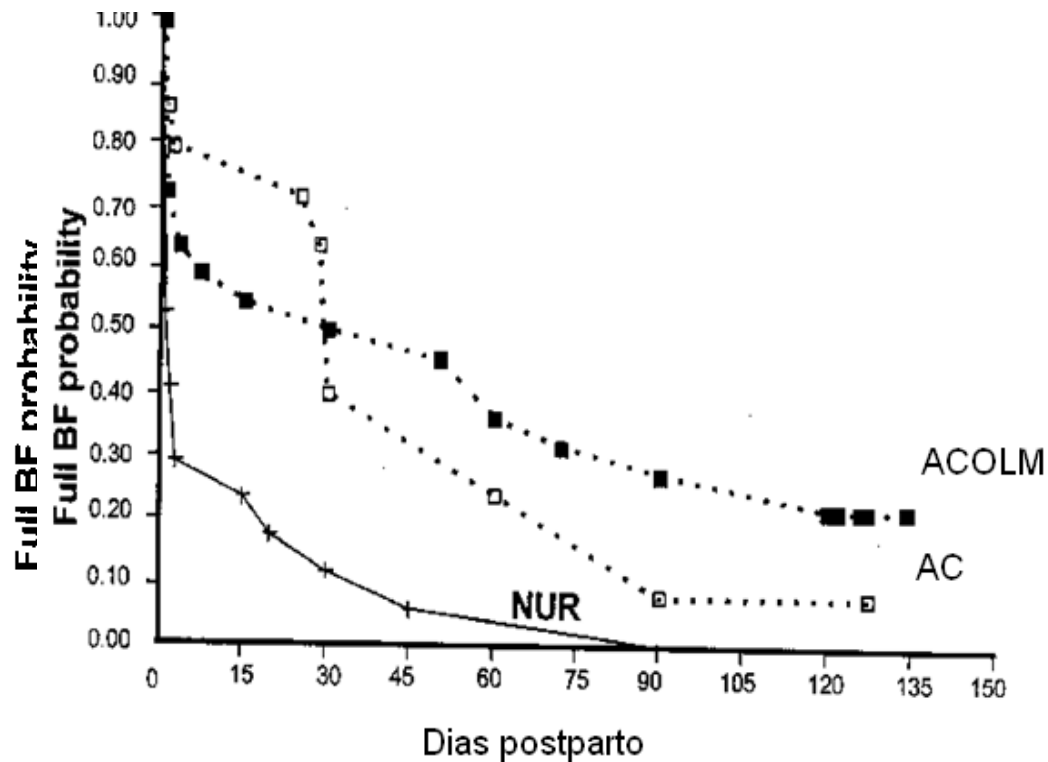
Adaptado de Righard L , Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

# Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia



Adaptado de Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

# Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mejicanas urbanas de ingresos bajos



**NUR**, sala de RN, n=17

**AC**, alojamiento conjunto, n=15

**AC OLM**, alojamiento conjunto más orientación en lactancia, n=22

NUR significativamente diferente de AC ( $p < 0.05$ ) y ACOLM ( $p < 0.05$ )

De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.



# Producción y demanda

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche remocionada en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.

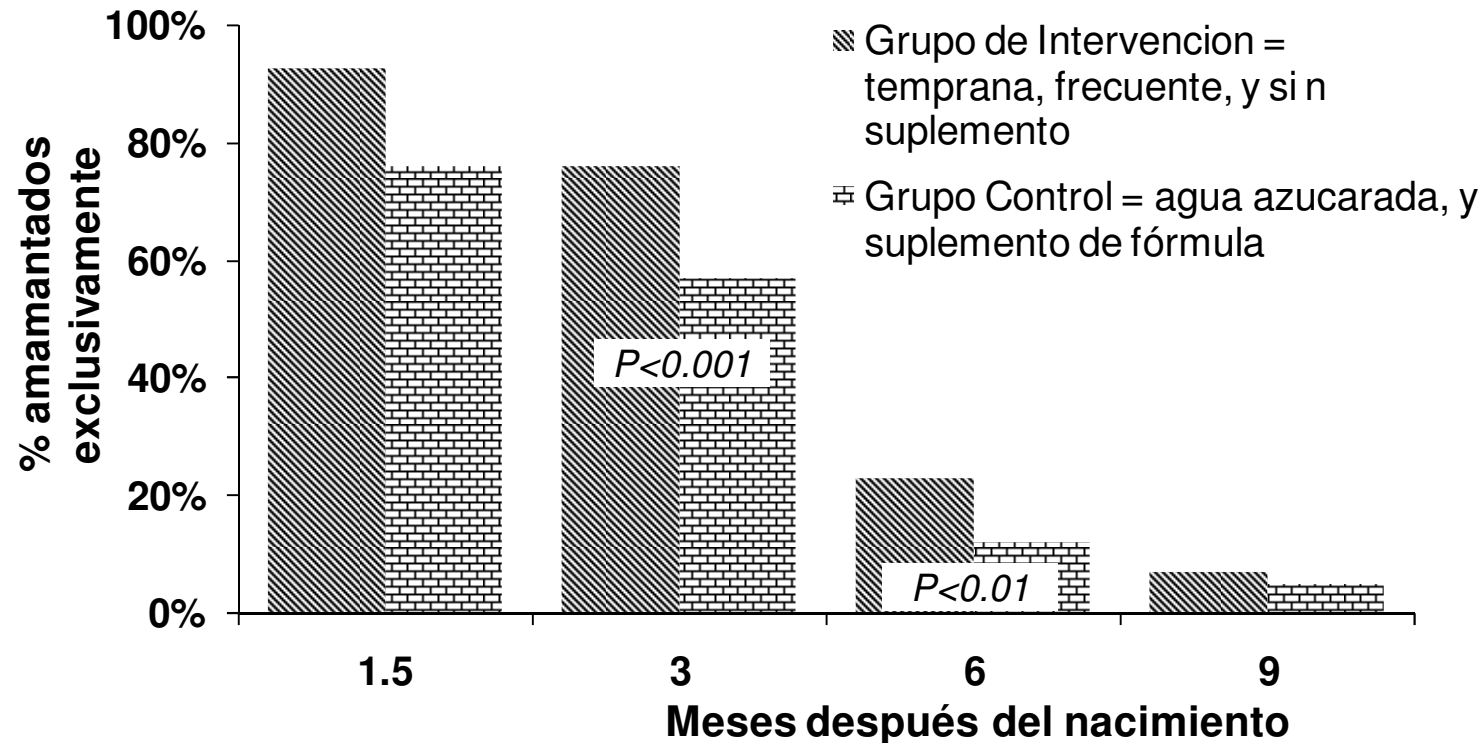
# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad



Adaptado de Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

# La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



Adaptado de Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood, Fourth Edition*. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

# Impacto de la suplementación con fórmula de rutina

Disminución de la frecuencia o efectividad de la succión



Disminución de la cantidad de leche removida de los pechos



Producción de leche tardía o producción reducida

Algunos bebés tienen dificultad en el agarre si se administra la fórmula en biberón

# Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de México

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos ( $p < 0.05$ )
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebe.

De: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

# Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

**Nota: Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a 1400 mOsm/kg.**

De: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.

# **Médicamente indicado**

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.



# Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución

## Condiciones en el bebé:

- Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada incluyen aquellos con:
  - Galactosemia, necesitan fórmula libre de galactosa
  - Enfermedad de orina en jarabe de arce, necesitan fórmula libre de isoleucina y valina
  - Fenilcetonuria, requieren fórmula libre de fenilalanina
- Los recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción, pero, pueden recibir otros alimentos por período breve incluyen:
  - Aquellos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g)
  - Muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación)
  - Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia (particularmente pre-término, pequeños para la edad gestacional, que experimentaron estrés intraparto con hipoxia/isquemia, enfermos, con madres diabéticas).

## Condición Materna :

- Madres con infección por VIH deben evitar LM si la alimentación de sustitución es AFASS
- Madres que podrían requerir evitar la lactancia temporalmente incluyen:
  - Aquellas con enfermedad grave, Ej. Septicemia
  - Herpes Simplex Tipo I
  - Medicación materna: psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides. Evitar uso de iodo radioactivo-131, suspender LM durante quimioterapia citotóxica

## **Condición Materna (continúa):**

- Madres con otras afecciones no tienen contraindicación de LM, aunque presentan condiciones médicas preocupantes
  - Absceso mamario
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Mastitis
  - Tuberculosis
  - Sustancias: el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene efectos dañinos en bebés amamantados; alcohol, opioides, benzodiazepinas y cannabis pueden provocar sedación tanto en la madre como el bebé

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# **Alojamiento Conjunto**

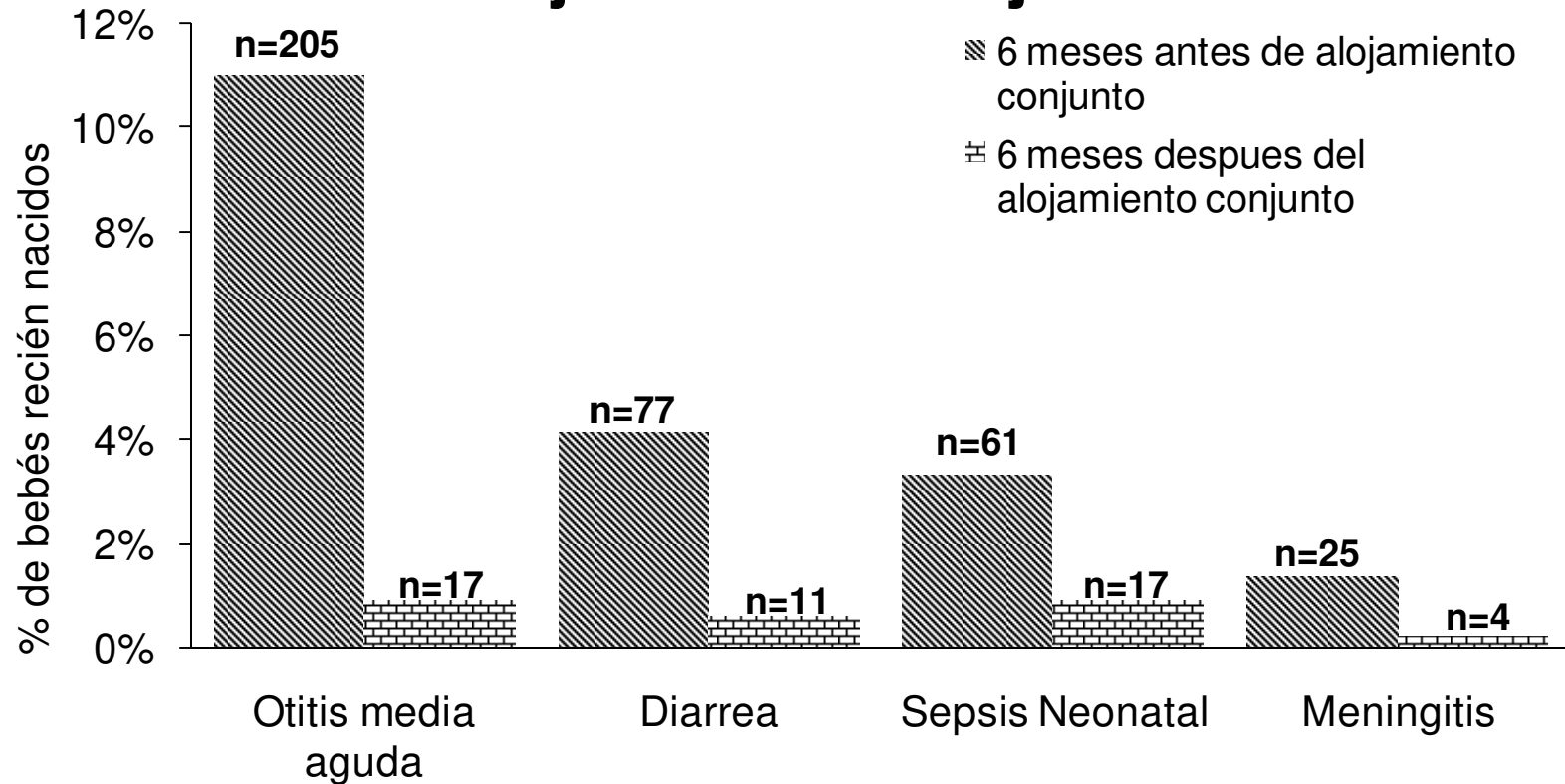
La disposición de un hospital por la cual los binomios madre bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño

# Alojamiento conjunto

## *¿Por qué?*

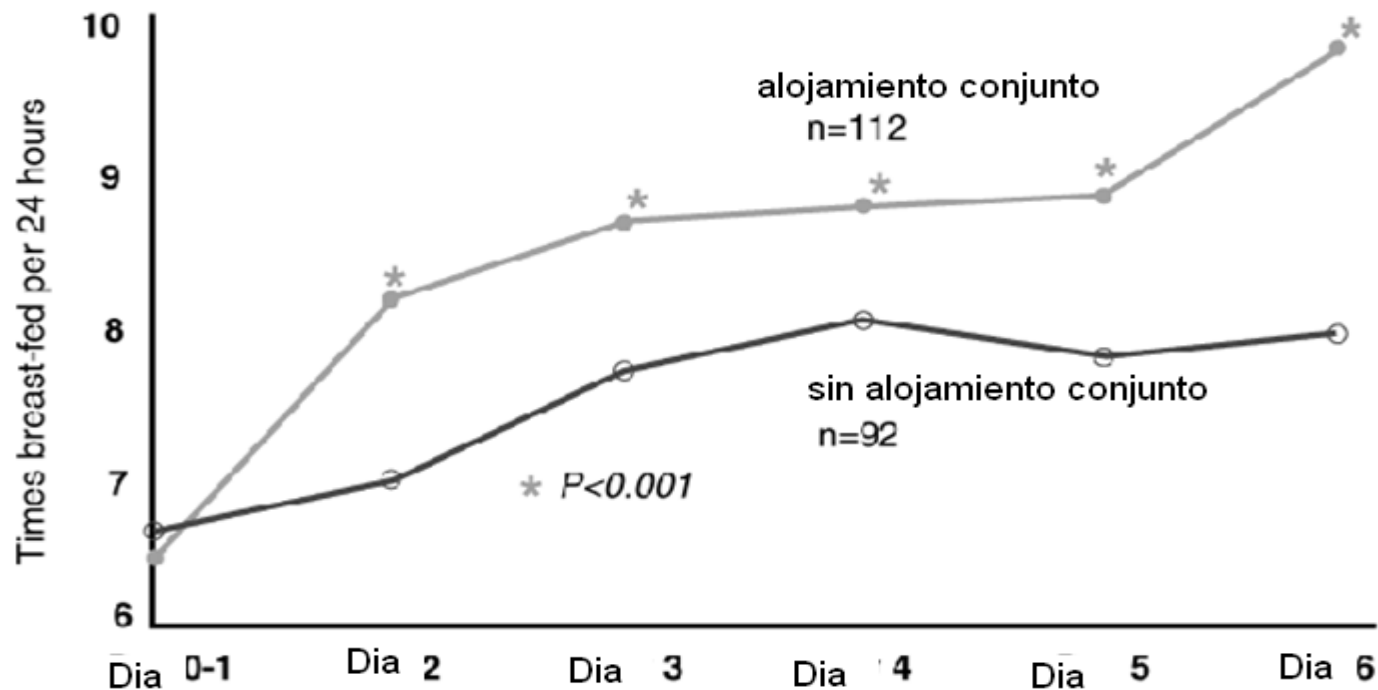
- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

# Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

## Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.



# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# **Lactancia a demanda:**

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión.

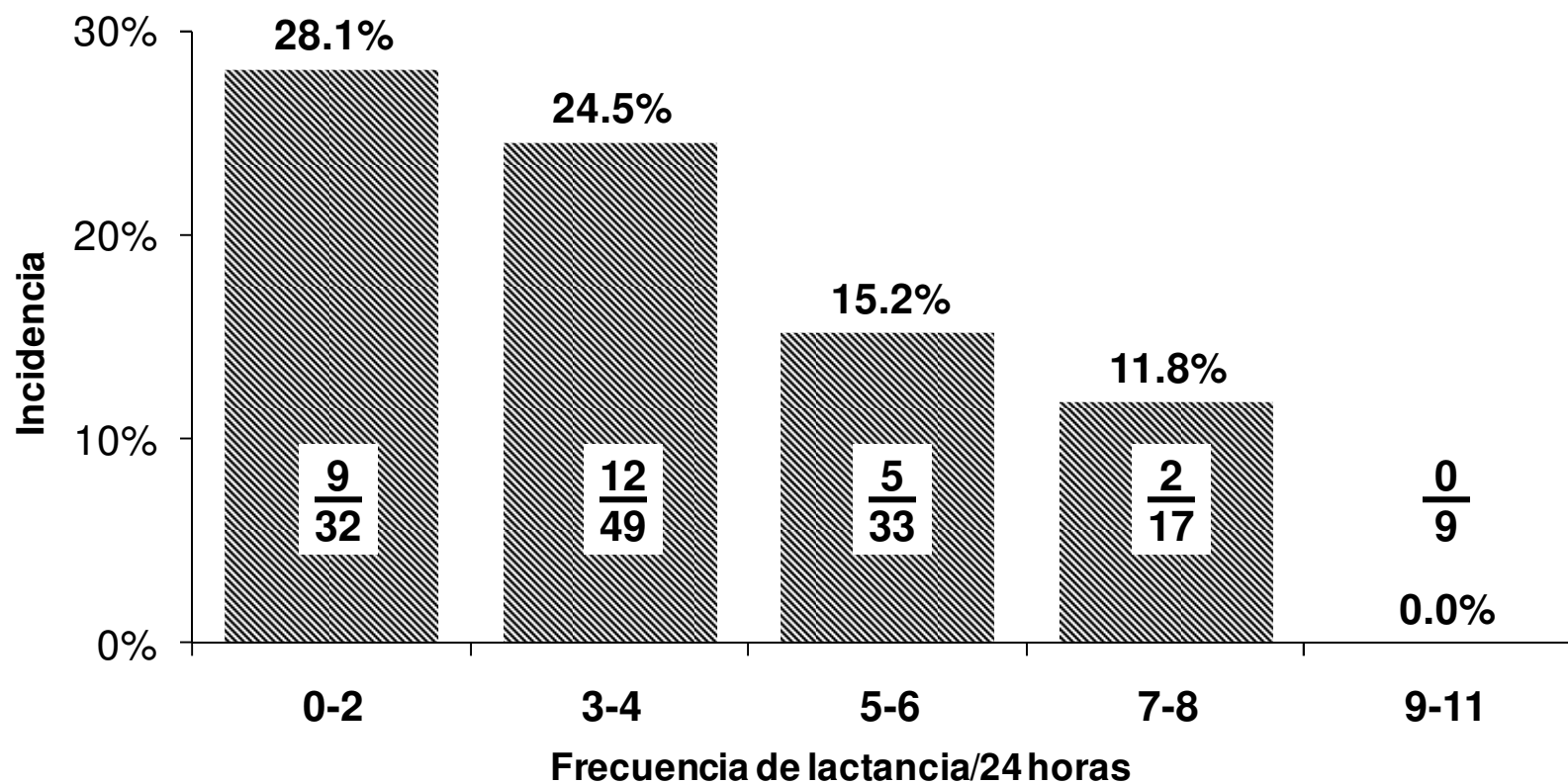
# **A demanda, lactancia irrestricta**

## ***¿Por qué?***

- Pasaje temprano del meconio
- Perdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

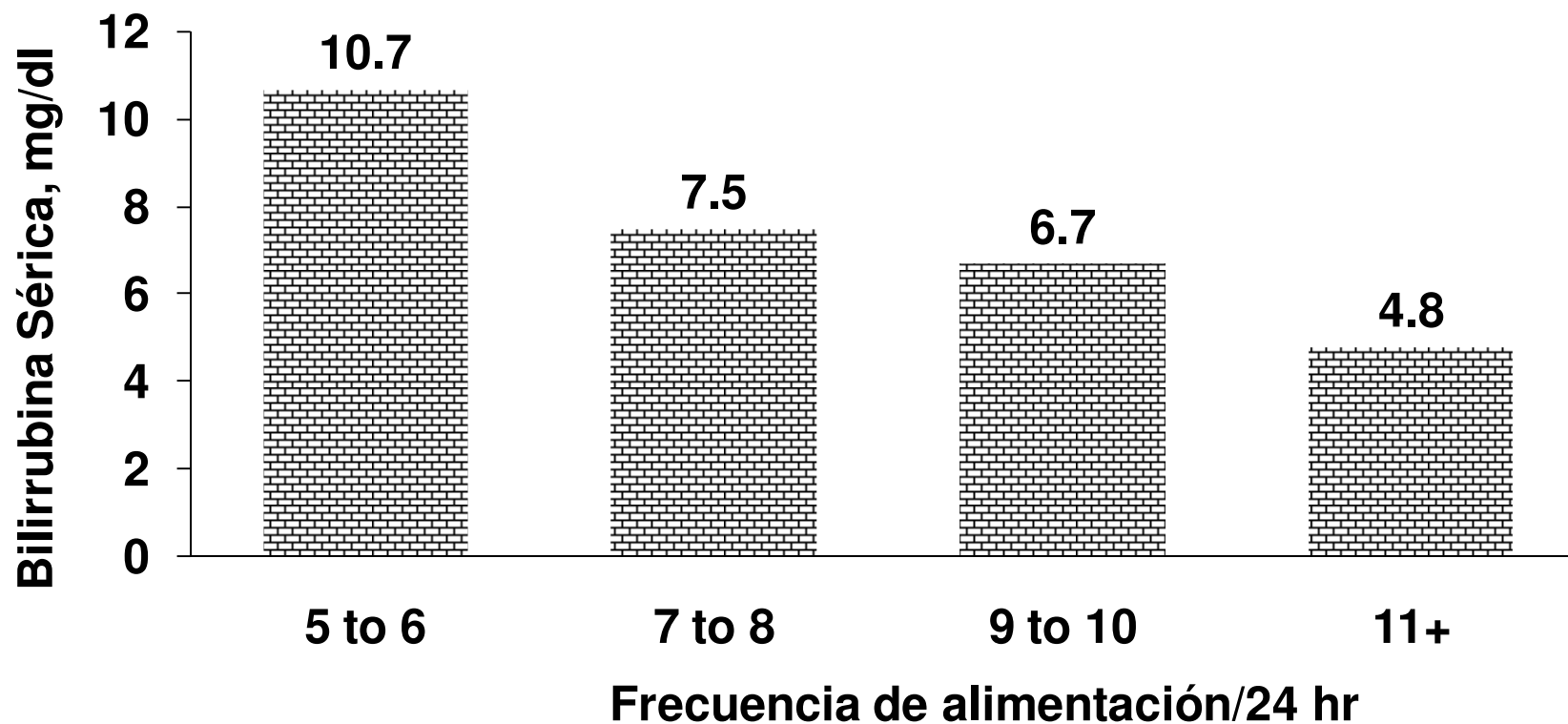
De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

## Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

## Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child* 1982; 136:737-738.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 9. No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Alternativas al chupón

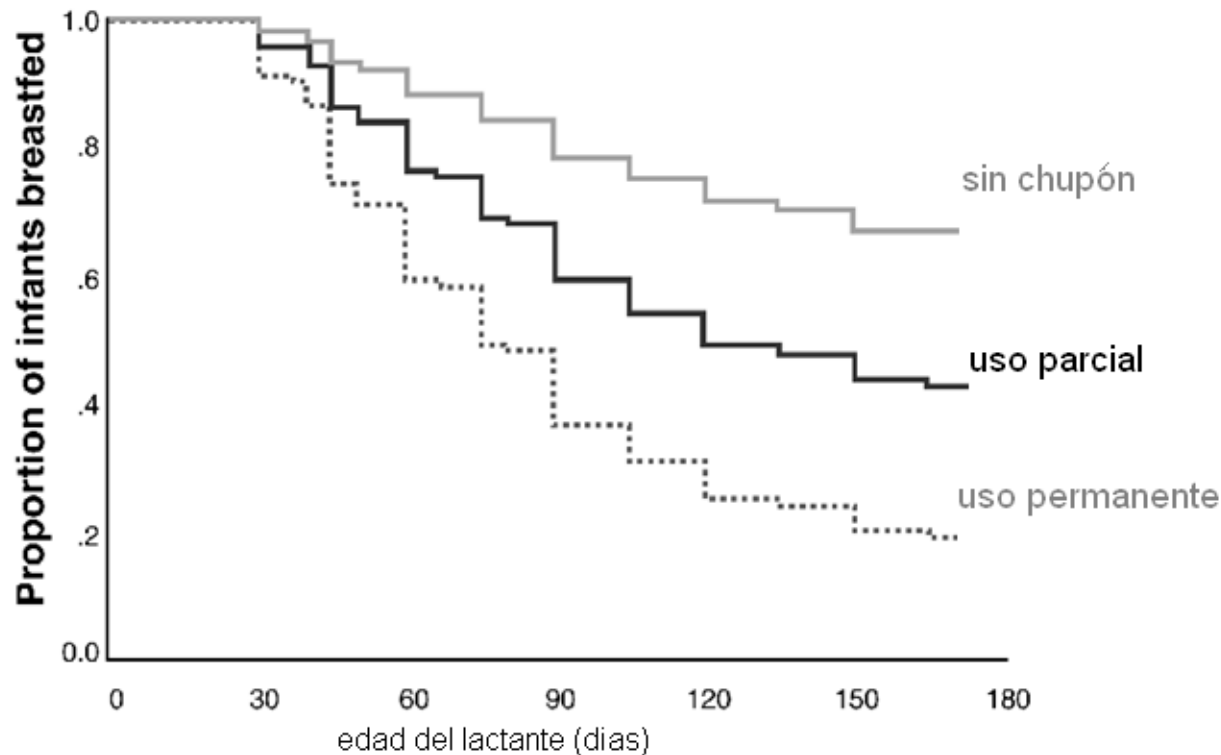
- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

# Alimentación del bebé con taza





# Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad



**Sin** versus uso parcial:  $P < 0.001$

**Sin** versus. Uso total:  $P < 0.001$

De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 10. Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupo a su alta.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

***“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”***

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp. 62-74, 1993.

# El apoyo puede incluir:

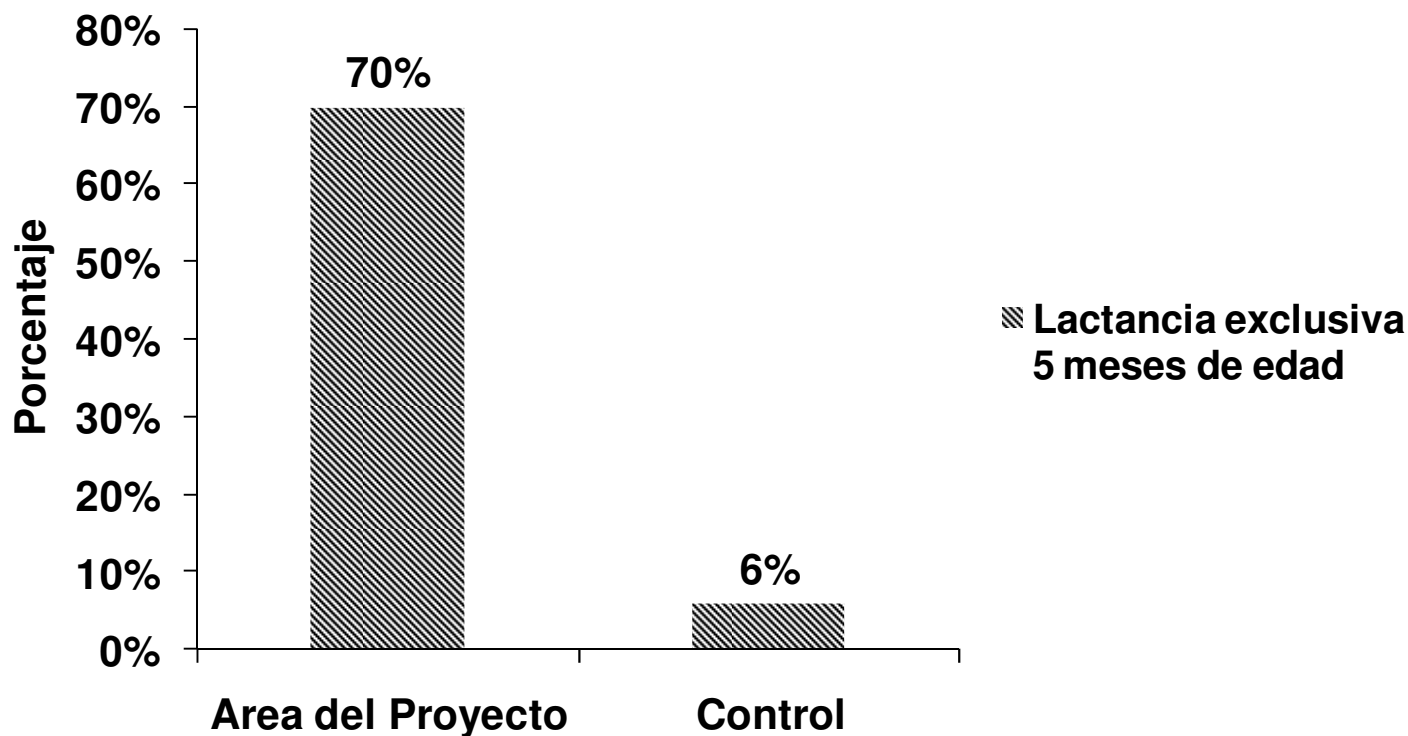
- Visita postnatal temprana o visita en la clínica
- Visita domiciliaria
- Llamadas telefónicas
- Servicios comunitarios
  - Clínica externa de lactancia
  - Programas de consejería de pares
- Grupos de apoyo a la madre
  - Ayudar a formar nuevos grupos
  - Coordinar el trabajo con los grupos que estén trabajando
- Sistema de apoyo familiar

# Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- Tradicional
  - familia extendida
  - dulas definidas culturalmente
  - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
  - Auto formado
    - por madres
    - por profesionales de salud involucrados
  - A través del gobierno :
    - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
    - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC)  
y parteros tradicionales capacitados (PTCs)

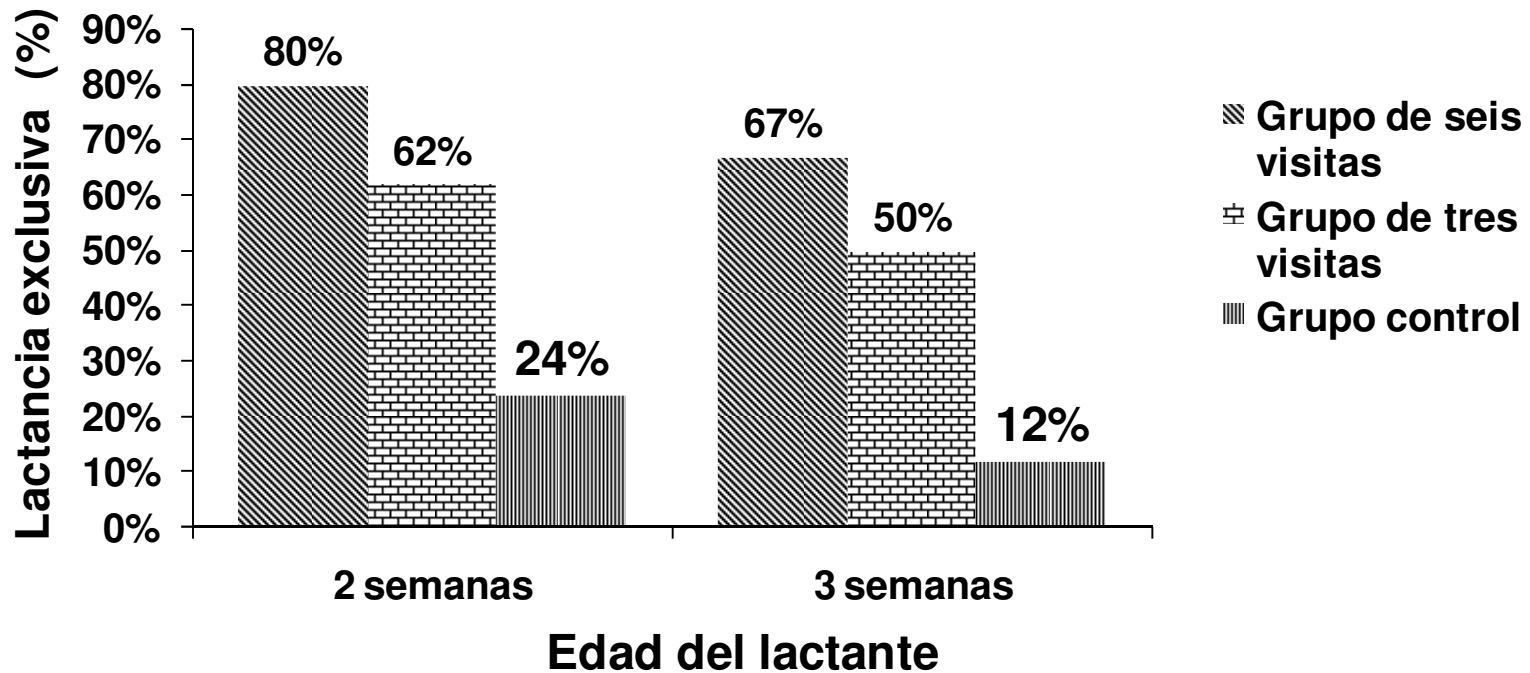
From: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

## Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



Adaptado de Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

# Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva



De: Morrow A, Guerrero ML, Shultis J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

# **Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)**

- **Estudio aleatorio en Belorusia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.**
- **En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.**
- **En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa de hospital amigo,**

Adaptado de Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

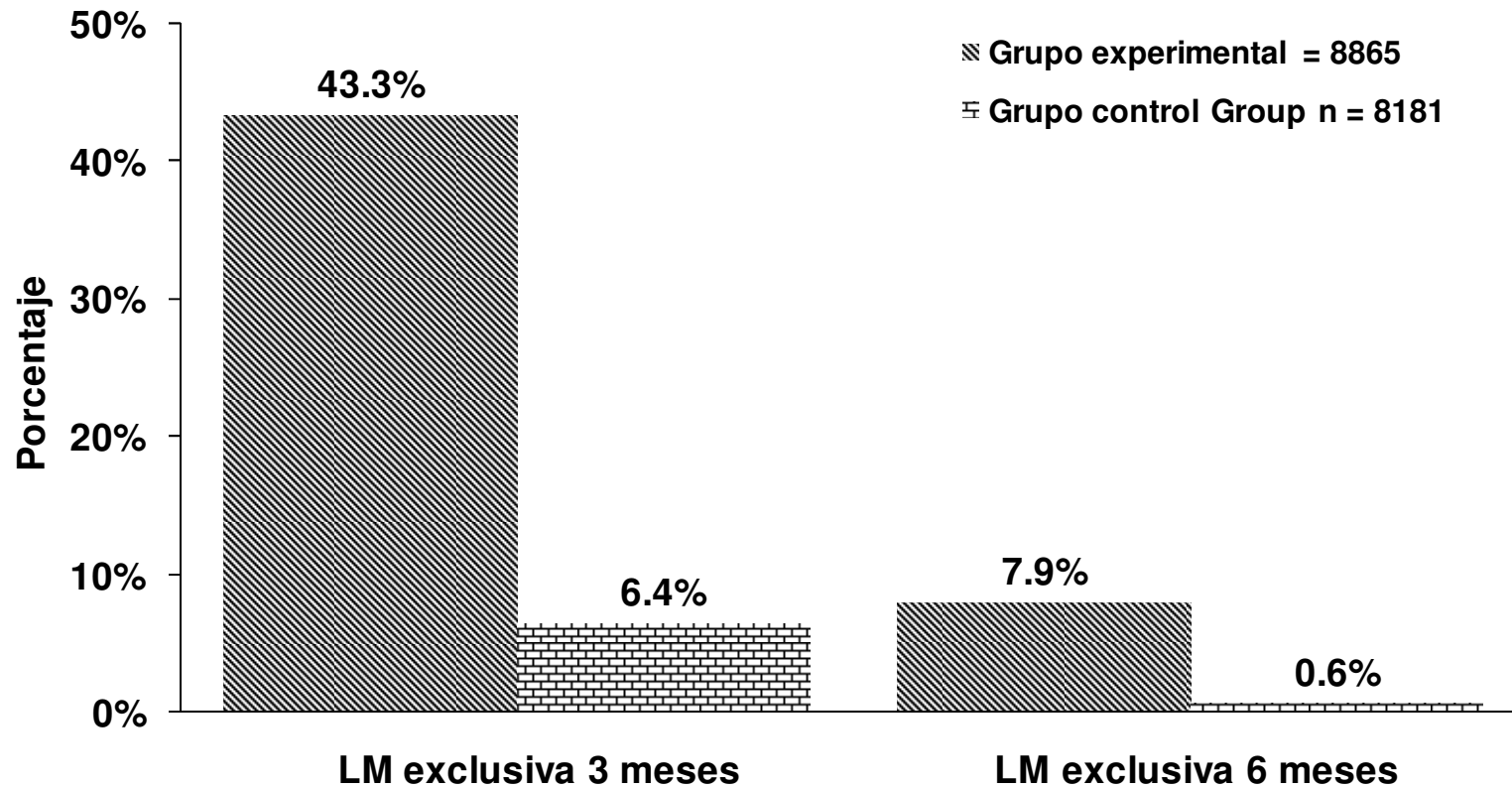


# Diferencias luego de la intervención

Hospitales Control:	Hospitales Experimentales:
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Separación madre-RN de rutina al nacimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Madres y bebés juntos desde nacimiento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Envoltura ajustada de pañal de rutina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alojamiento conjunto las 24 horas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Técnicas de posición y agarre incorrectas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Técnicas de posición y agarre correctas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sin suplementación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alimentación con horario cada 3 hrs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lactancia a demanda</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso rutinario de chupones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se utilizaron chupones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sin apoyo en lactancia al alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apoyo a la lactancia en policlínicos</li> </ul>

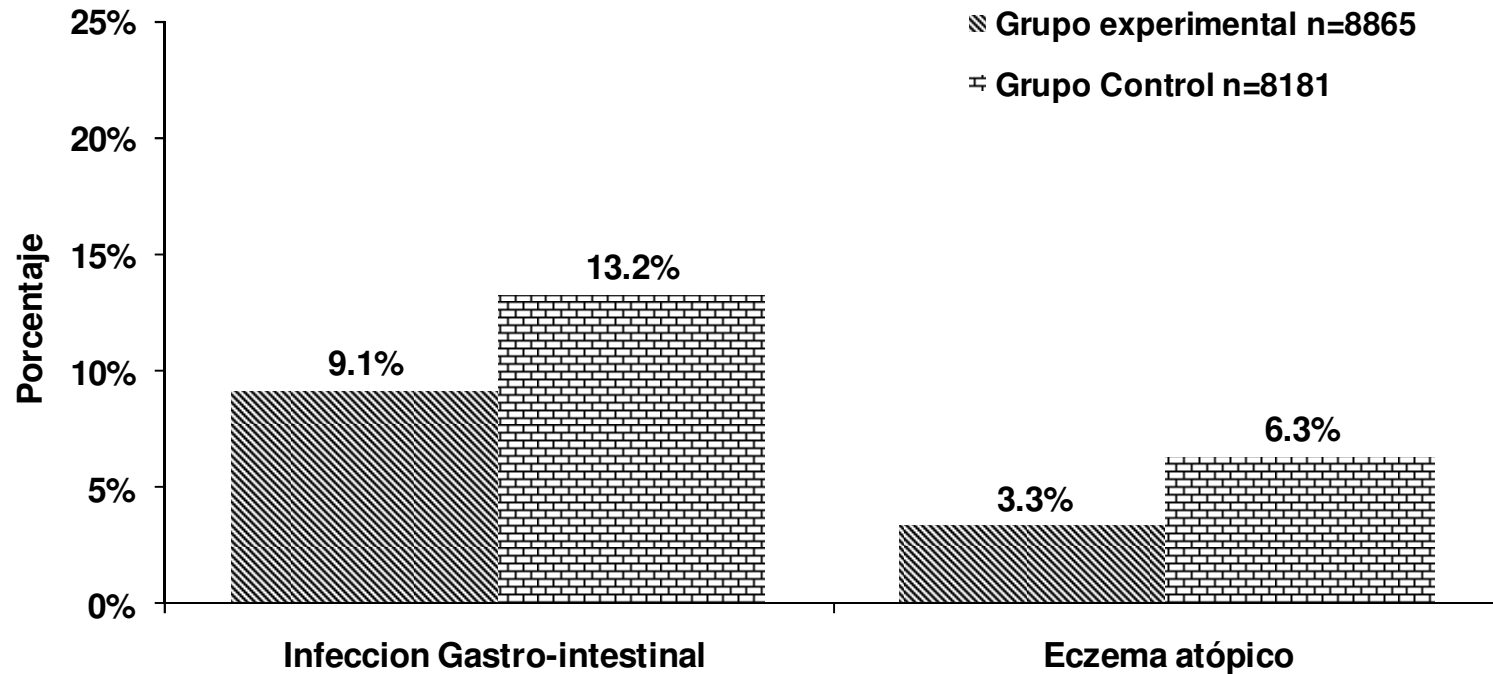
Communication from Chalmers and Kramer (2003)

# Efecto de los cambios de hospital amigo del niño en la lactancia a los 3 y 6 meses



Adaptado de Kramer et al. (2001)

# Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

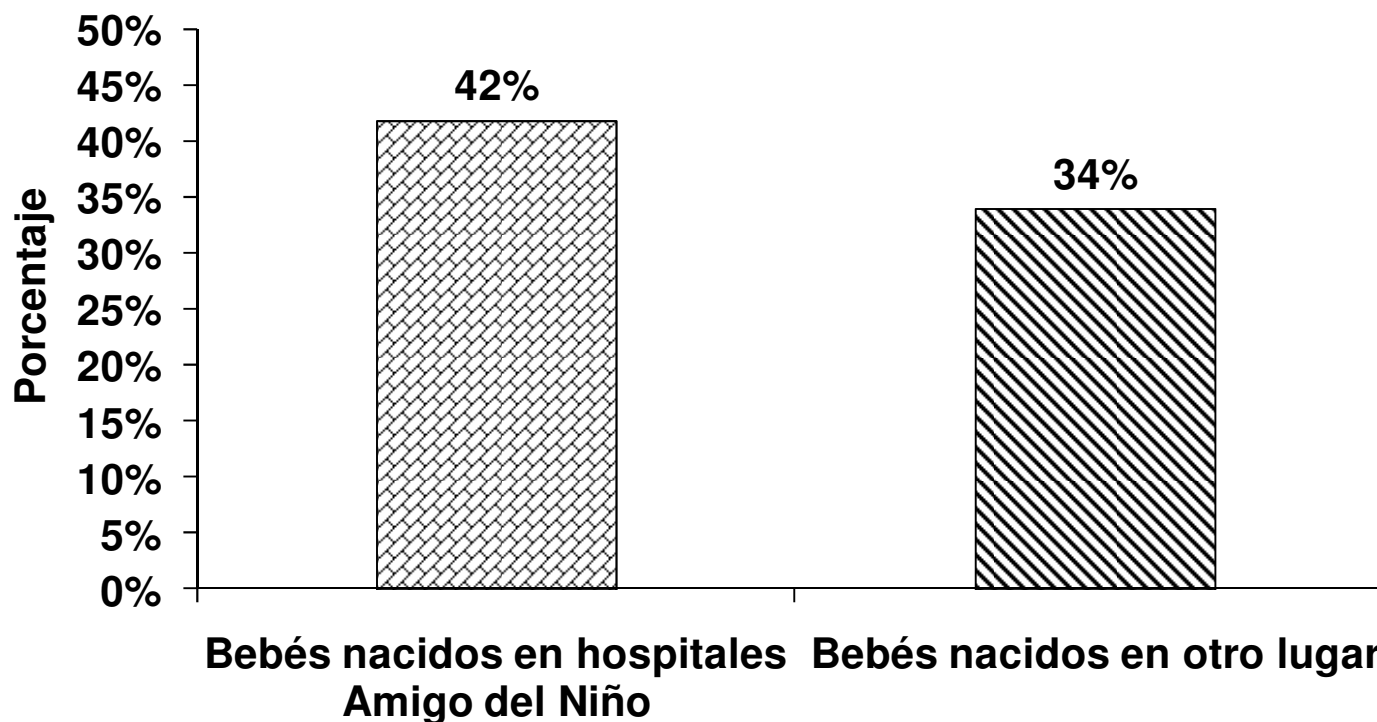
Adaptado de Kramer et al. (2001)

# **La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigo del Niño en la duración de la lactancia en Suiza**

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

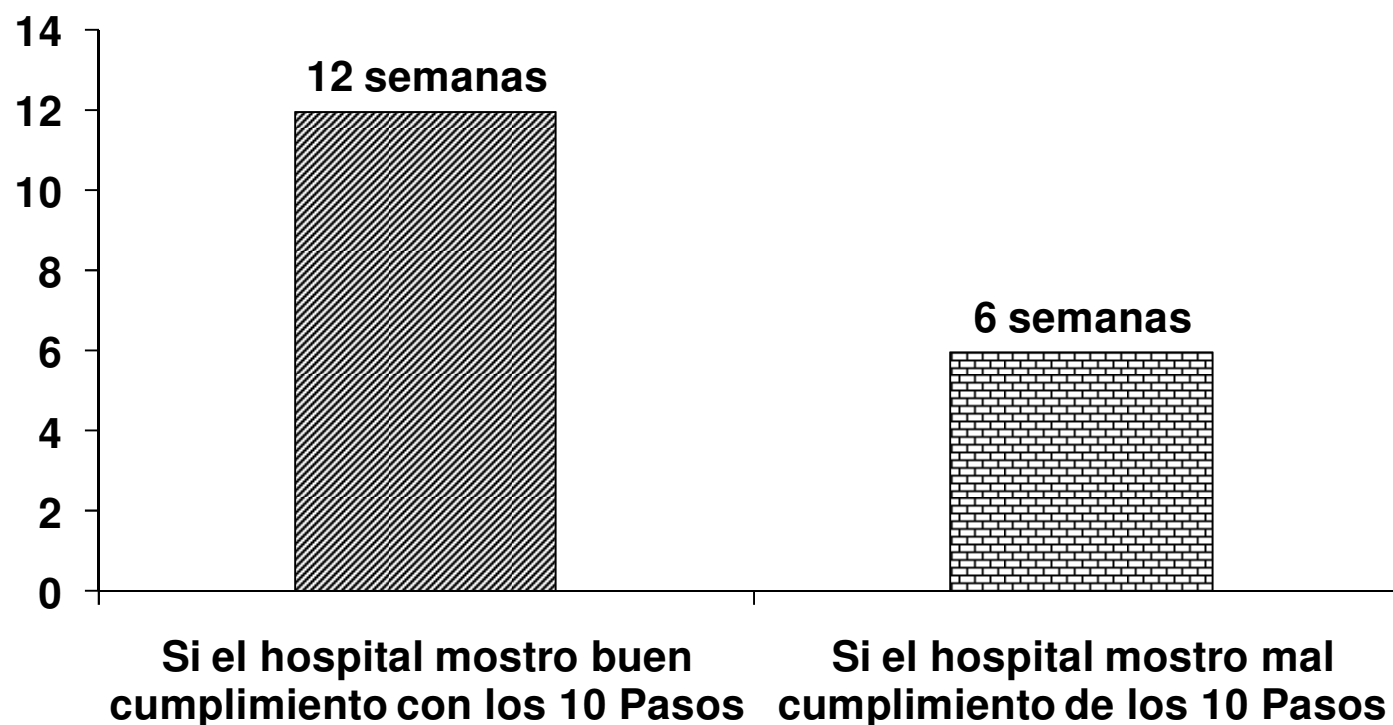
Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

## Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



.Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

## Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales Amigo del Niño-- Suiza



.Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 1. Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.

▪

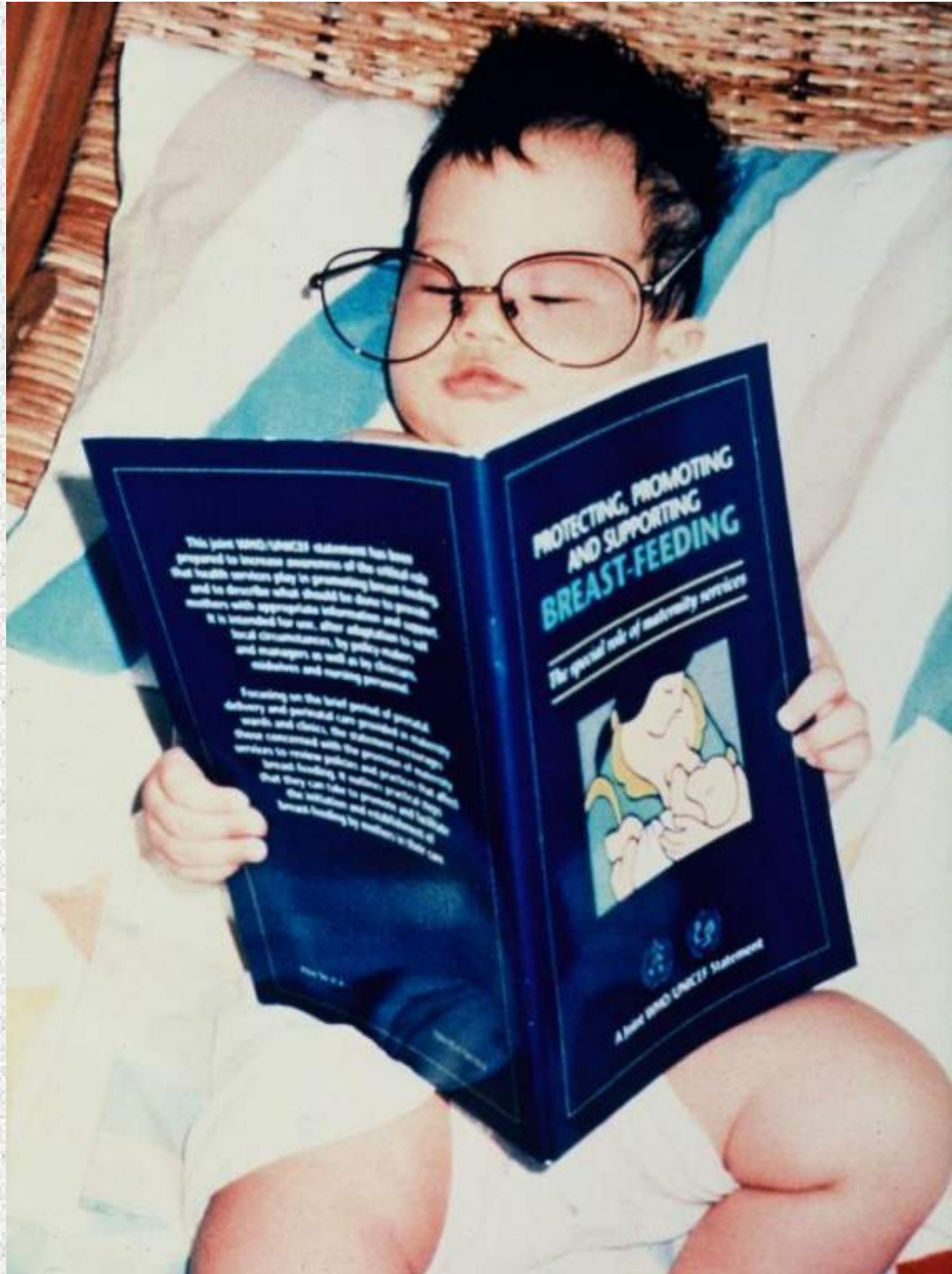
DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Política de lactancia

*¿Por qué tener una política?*

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse





Diapositiva 4a

# Política de lactancia

## *¿Qué debe incluir?*

- Como mínimo, debe incluir:
  - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
  - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
  - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos

# Política de lactancia

*¿Cómo debe presentarse?*

Debe estar:

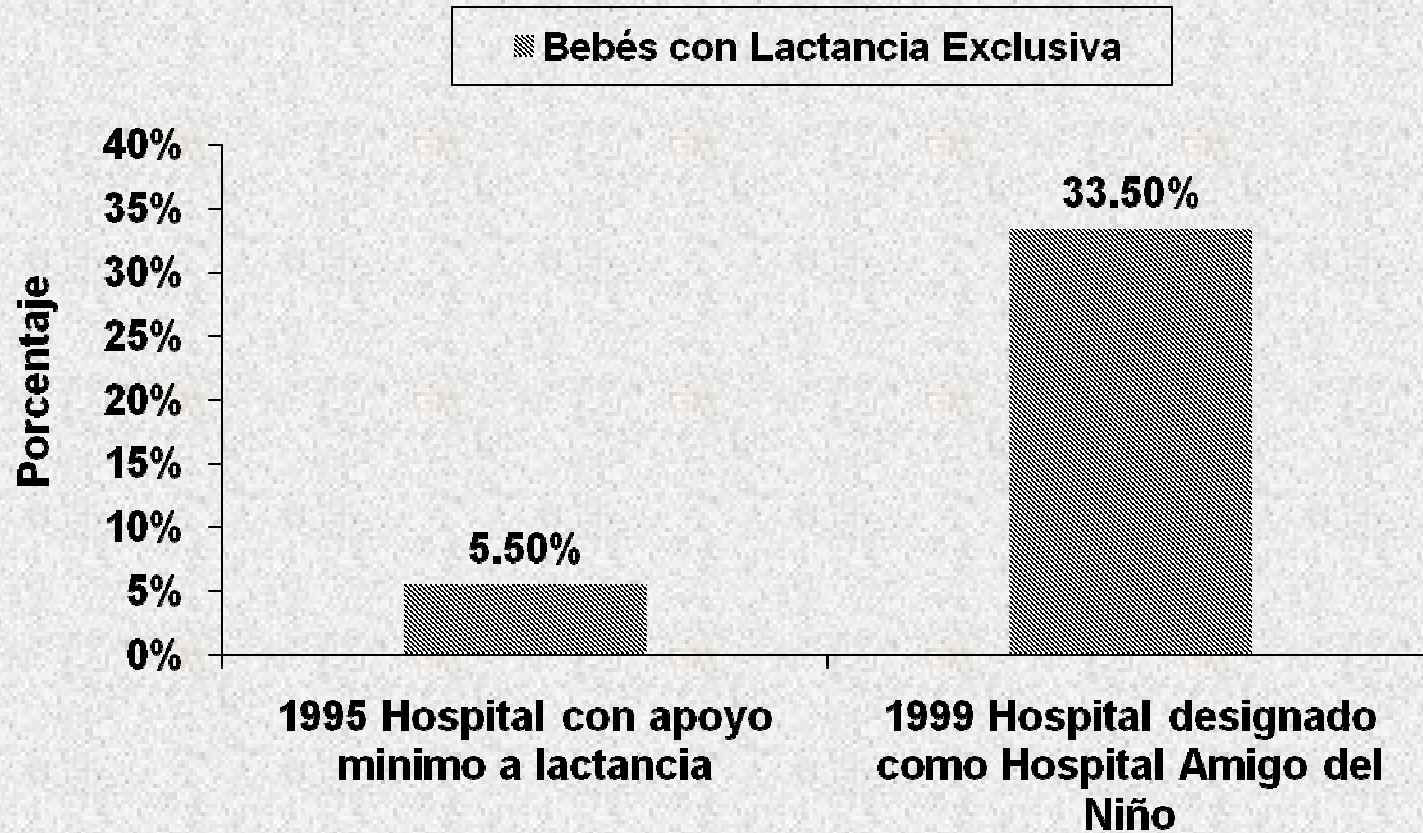
- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés





Diapositiva 4b

# Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna despues de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)





Diapositiva 4c



Photo: Maryanne Stone Jimenez



# Áreas de conocimiento

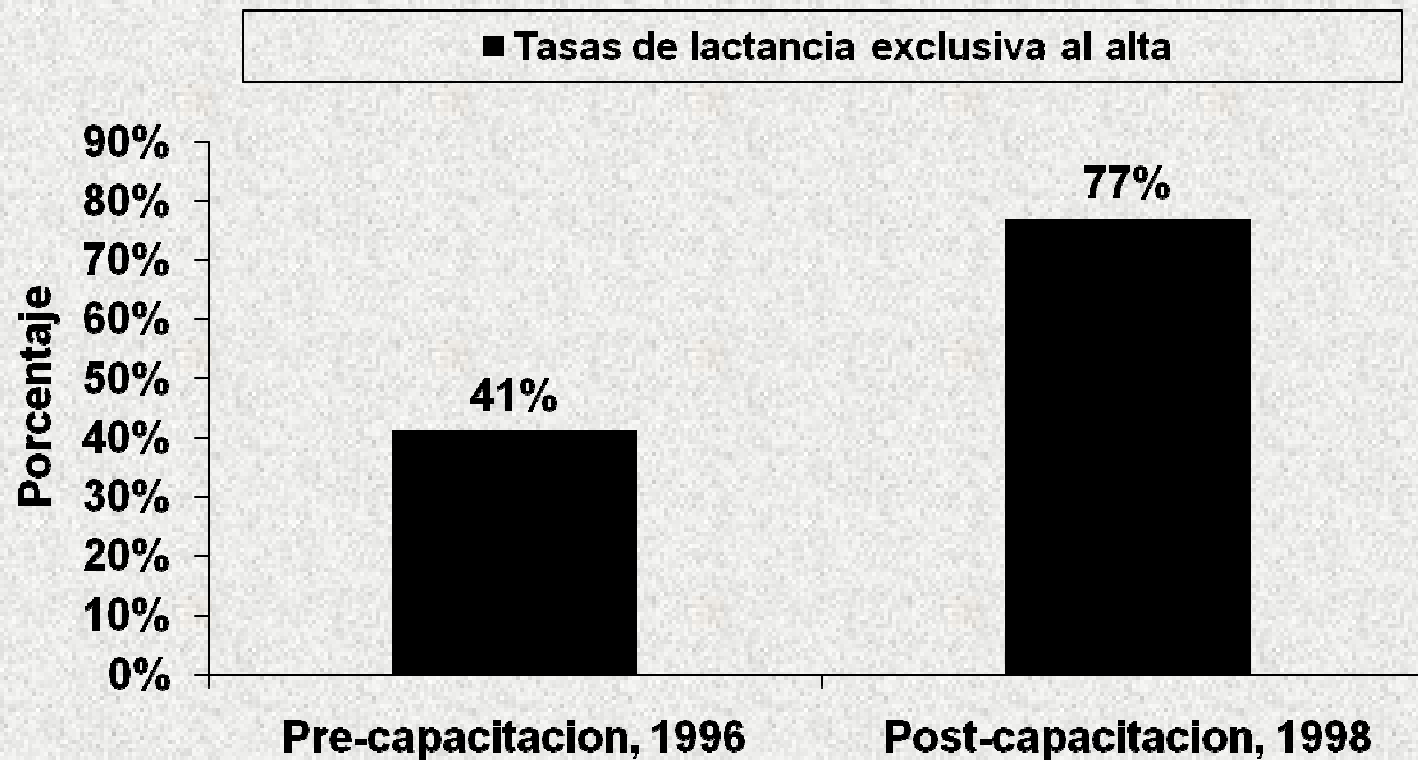
- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

# Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

## ***Capacitar al personal en:***

- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de “salpicado” (hacer que madres que son HIV – o desconocen su estado escogan alimento de sustitucion cuando la lactancia es menos riesgosa)

## Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



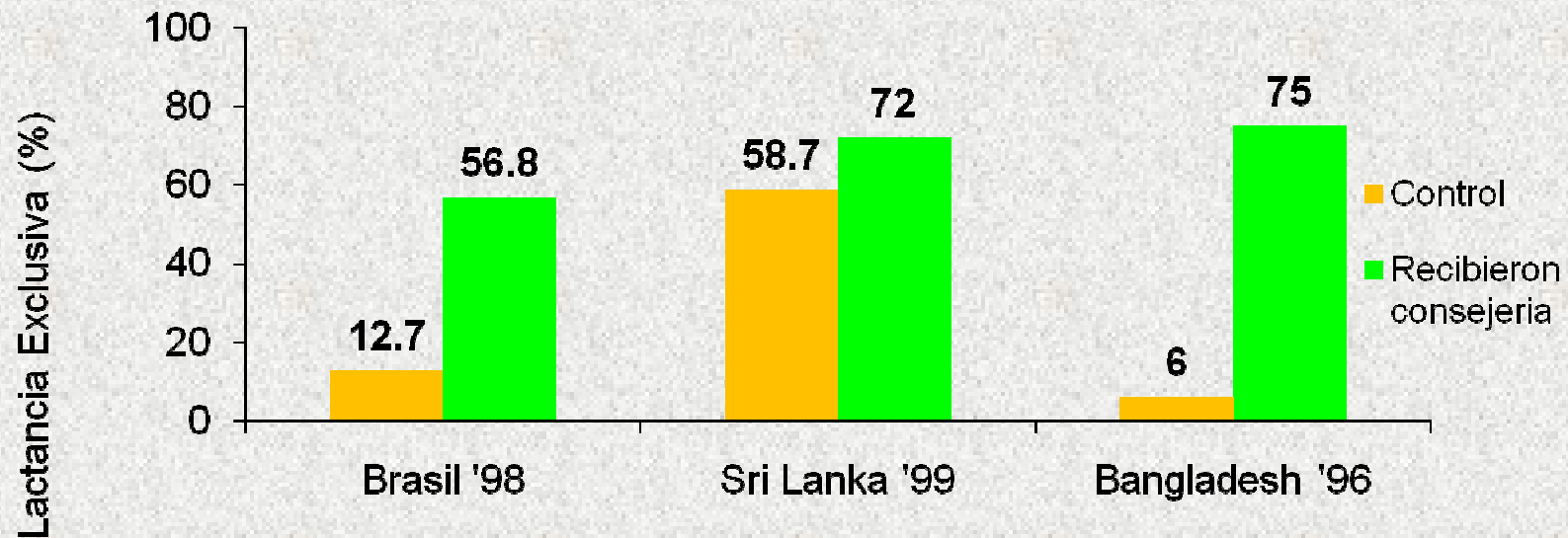
Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

## Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva

Edad: 3 meses

4 meses

2 semanas después del  
tratamiento para la  
diarrea



(Albernaz)

(Jayathilaka)

(Haider)

Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas  $p < 0.001$ .

De: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

Diapositiva 4.2.5

**¿Que otros profesionales de salud ademas del personal perinantal influyen en el exito de la lactancia?**

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# La educación prenatal debe incluir:

- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en HIV
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de fórmula





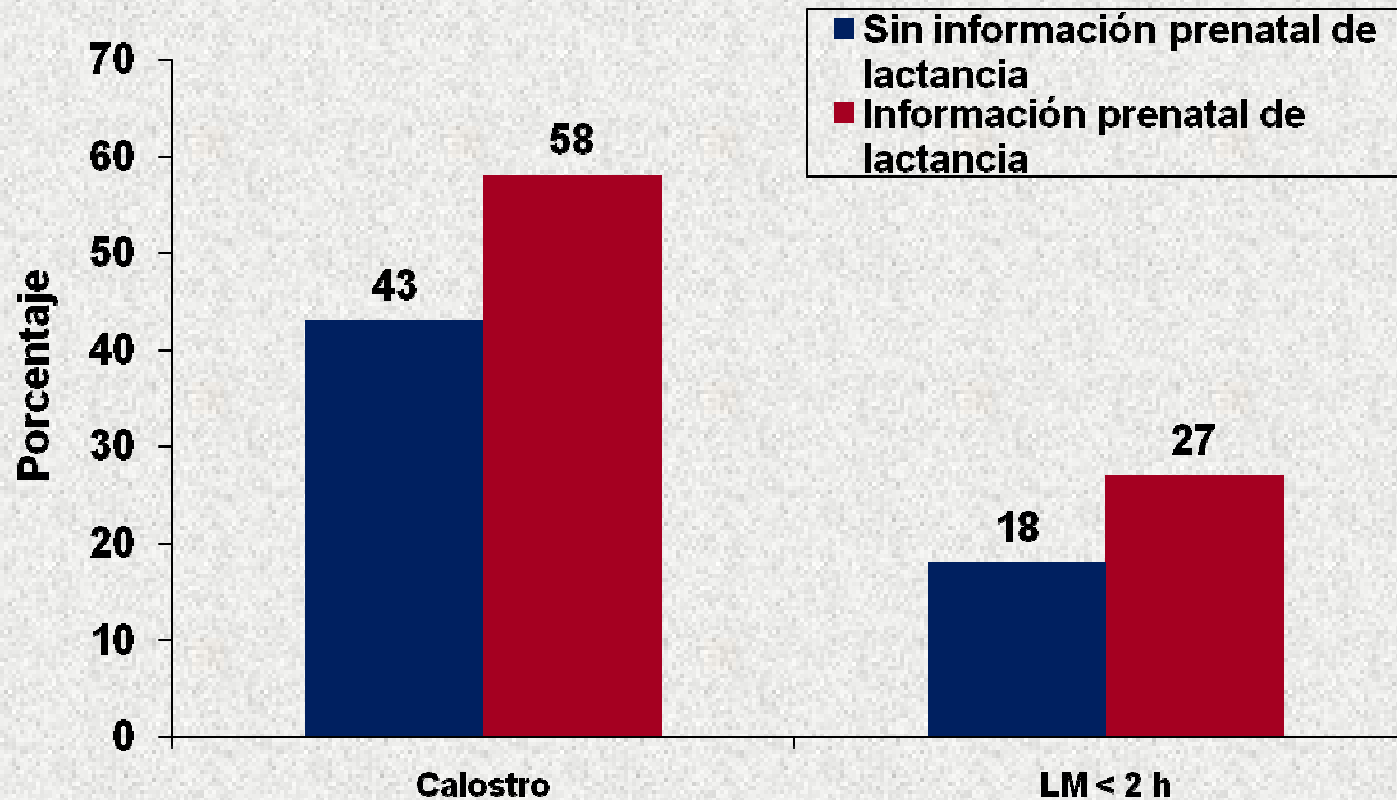
Diapositiva 4e





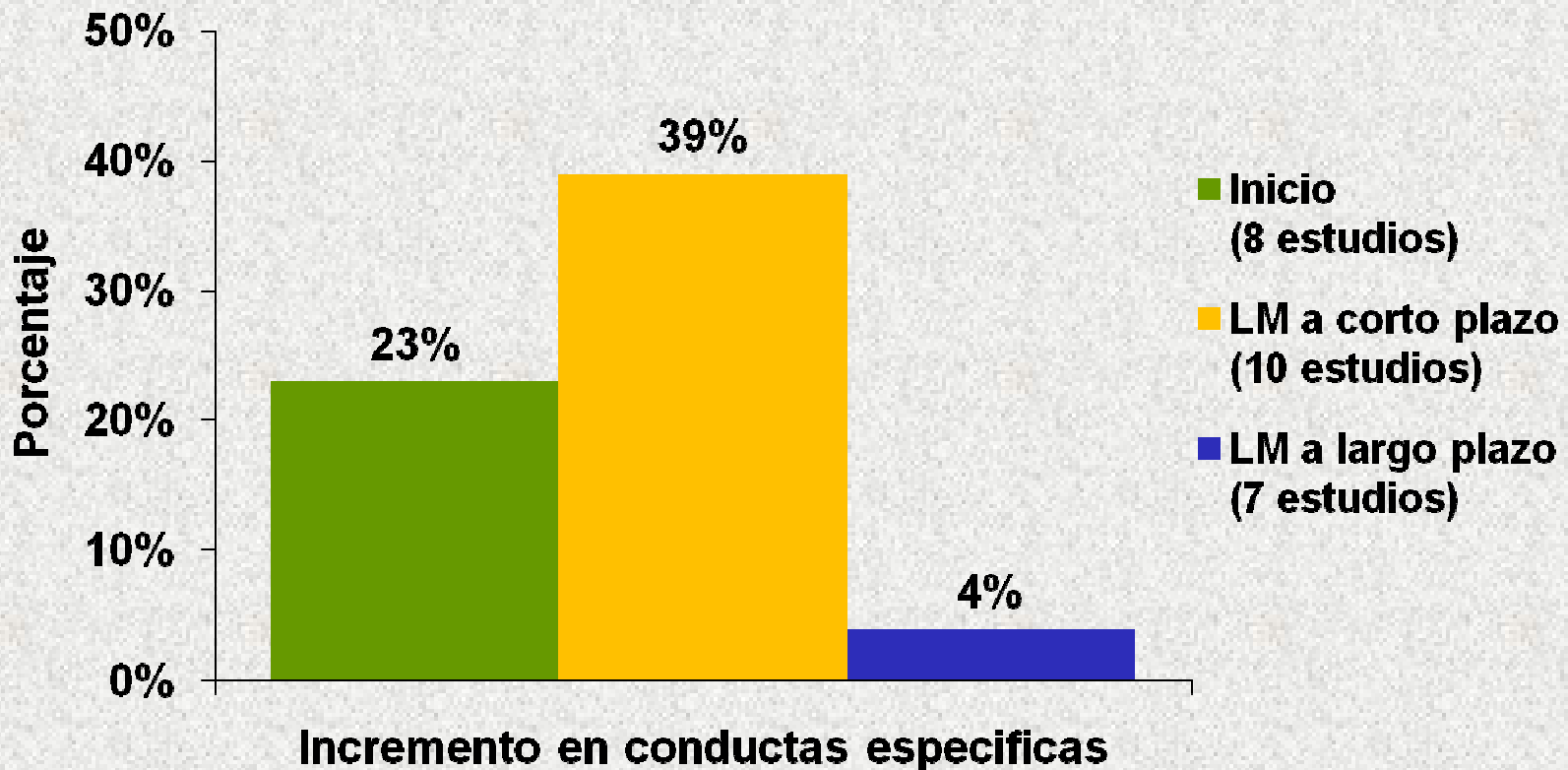
Diapositiva 4f

## Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

## Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia



Adaptado de: Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora despues del parto.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



## **Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):**

*“ Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofrecer ayuda si es necesario.”*

# Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal

## *¿Por que?*

- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

# Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal

## *¿Cómo?*

- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora





Diapositiva 4g





Diapositiva 4h



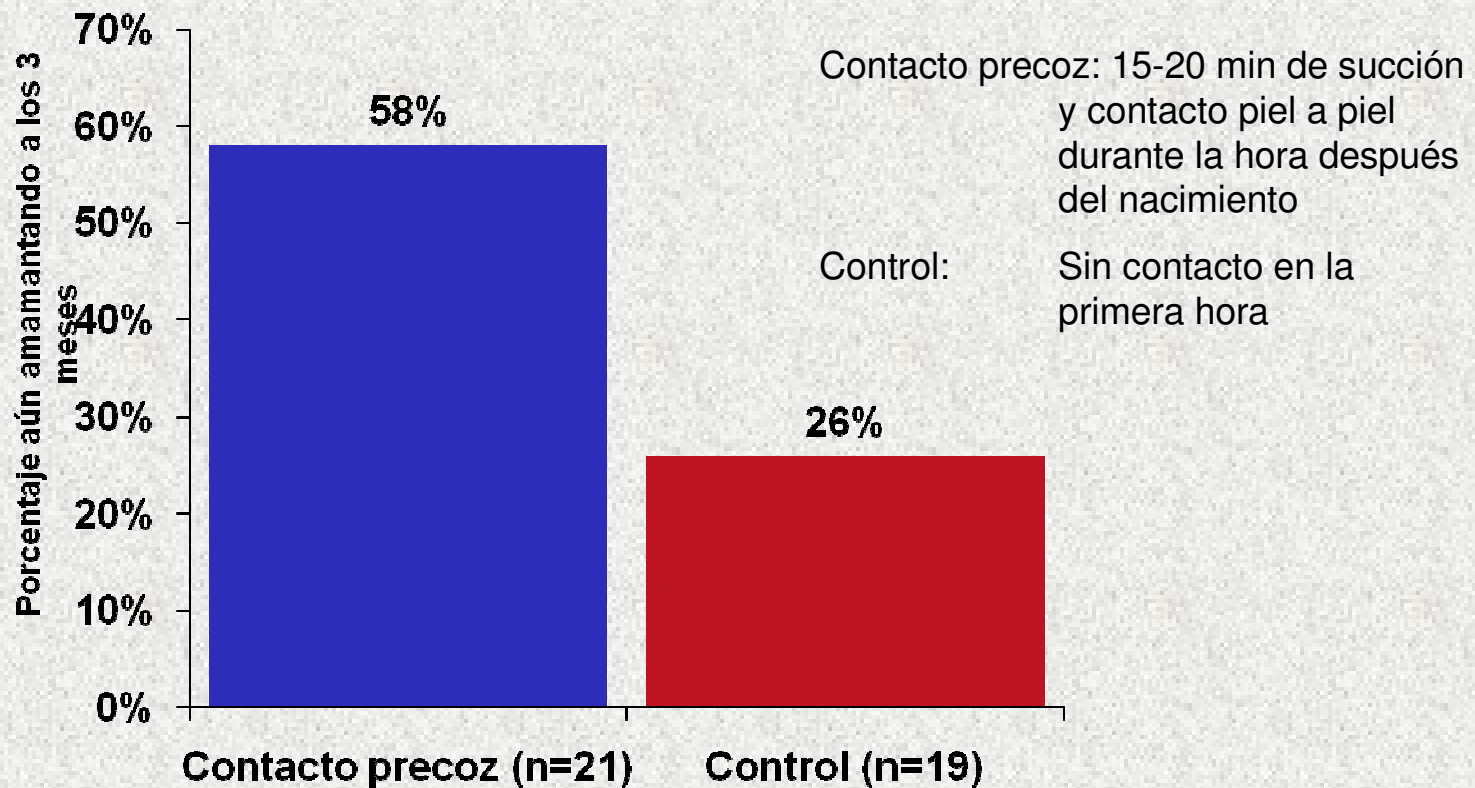
Diapositiva 4i





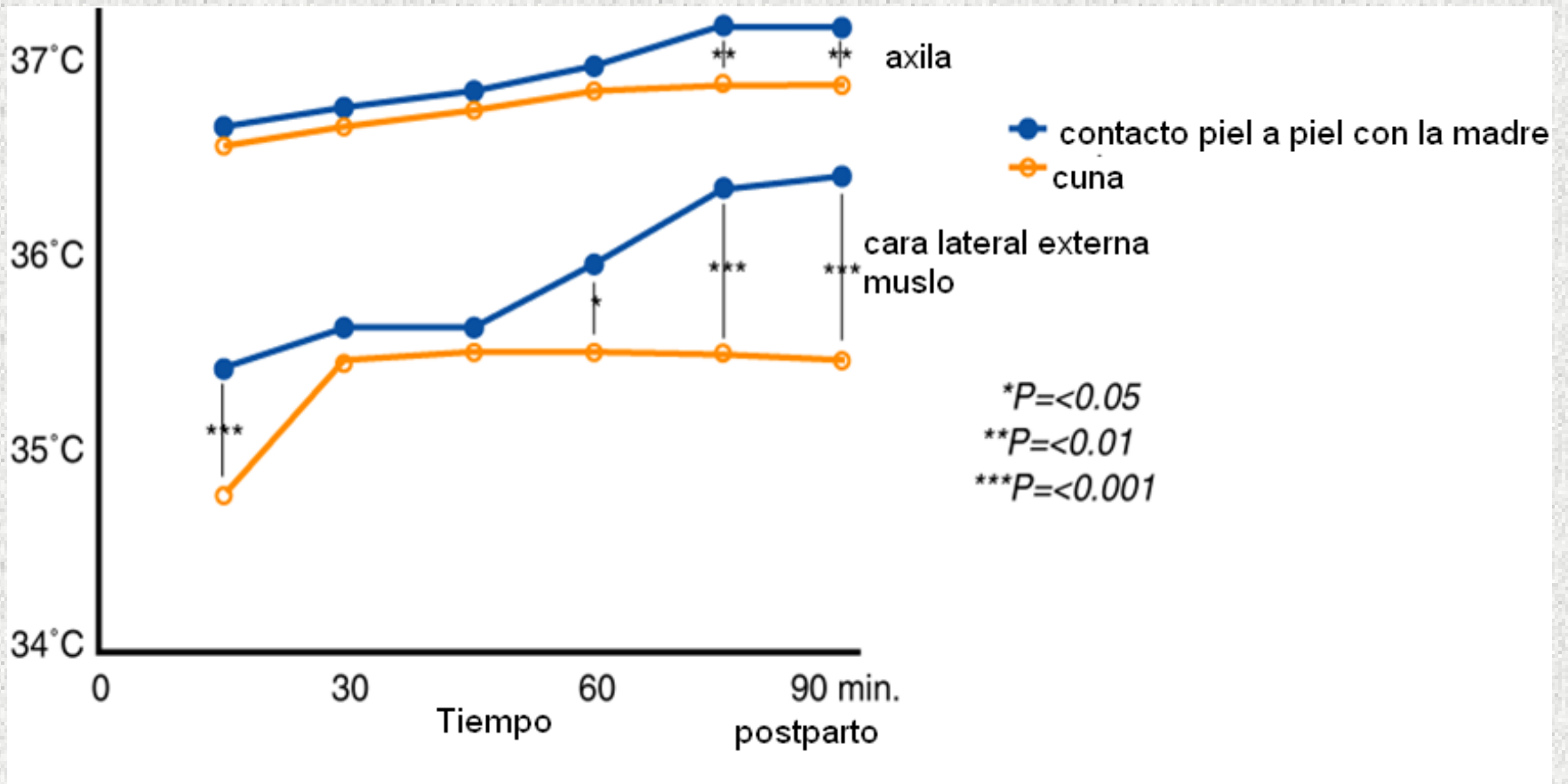
Diapositiva 4j

# Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

# Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



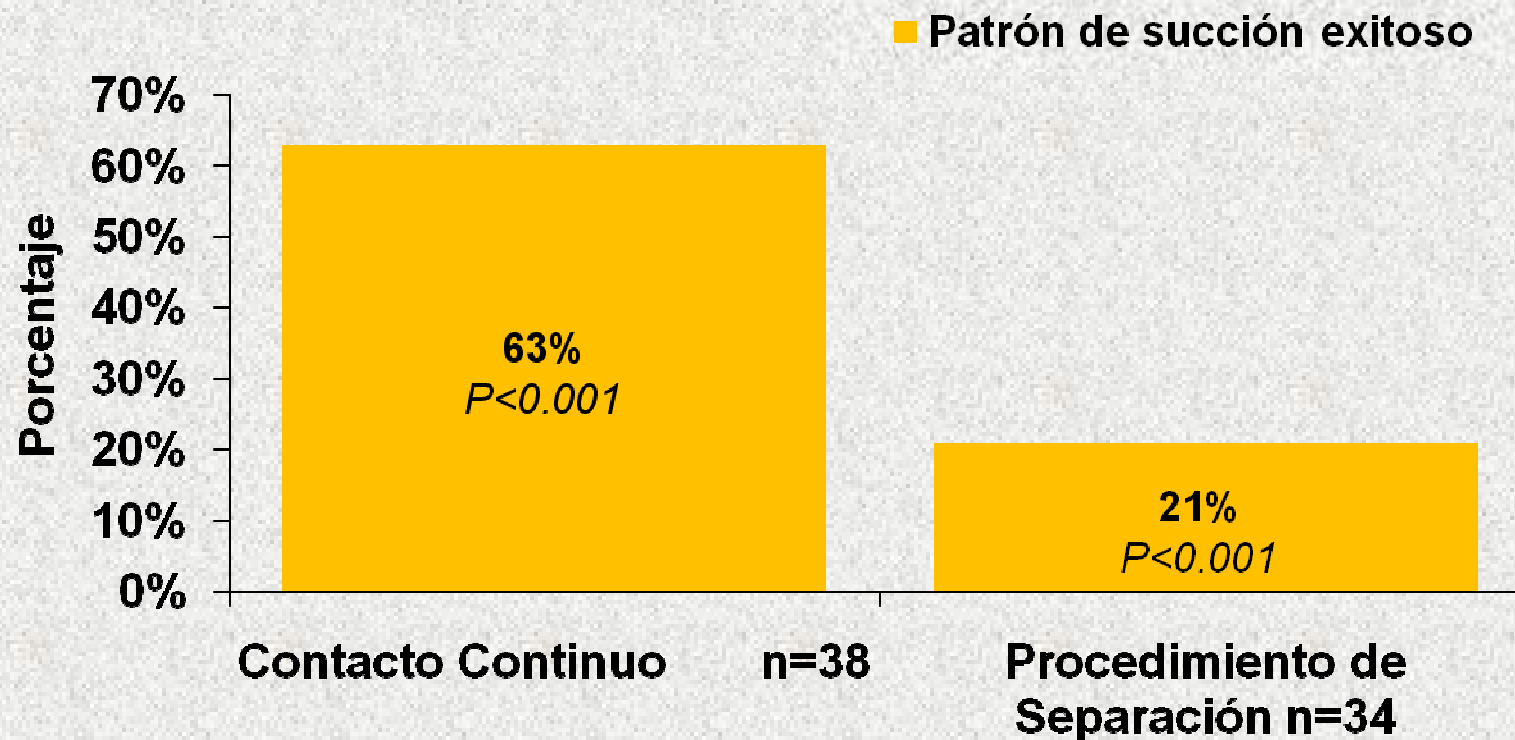
Adaptado de: Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

## Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
$\alpha$ -Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

From: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation, 5th ed.* St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

# Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de: Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



*“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia.”*

De: Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.



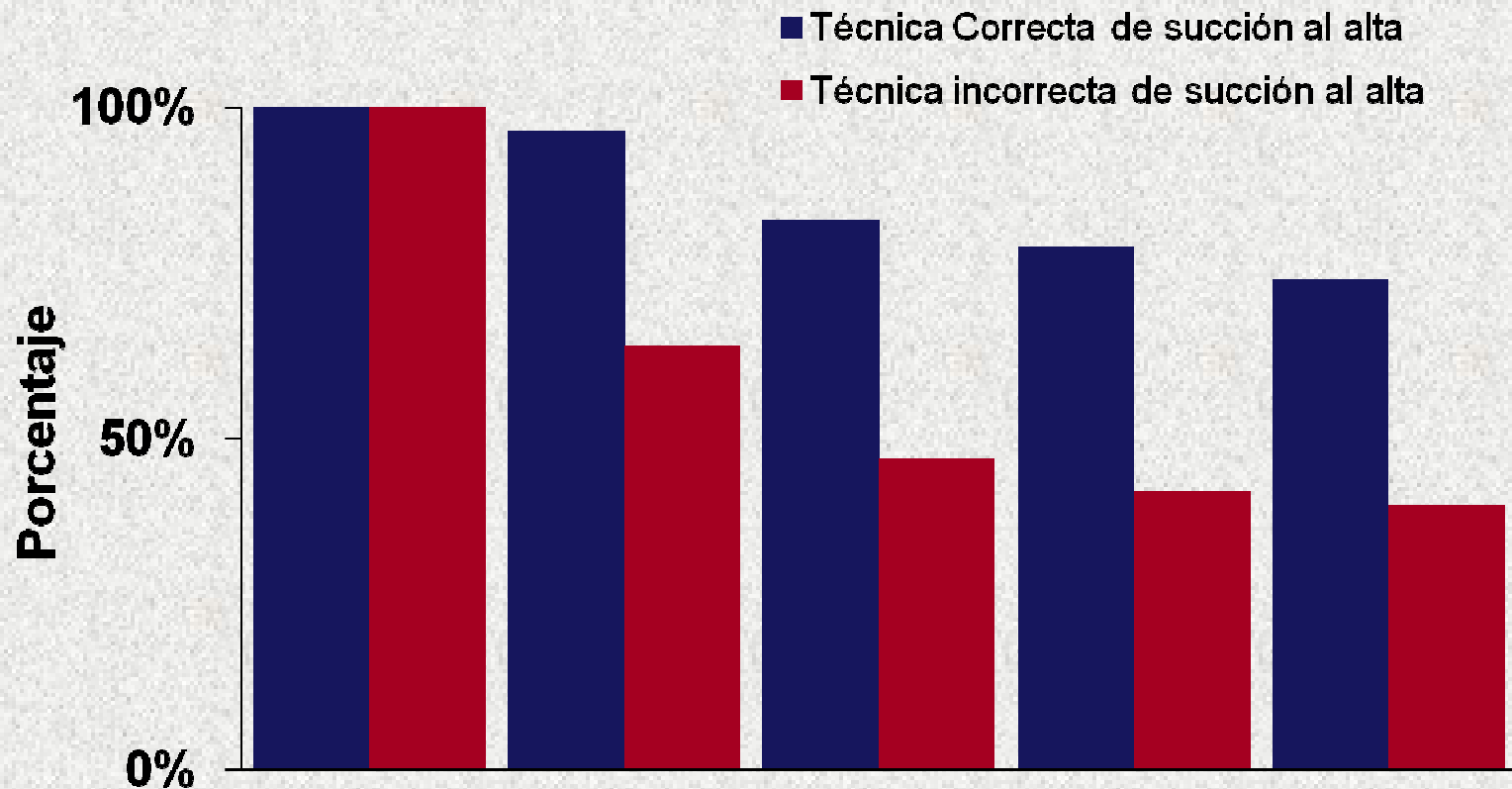
Diapositiva 4k





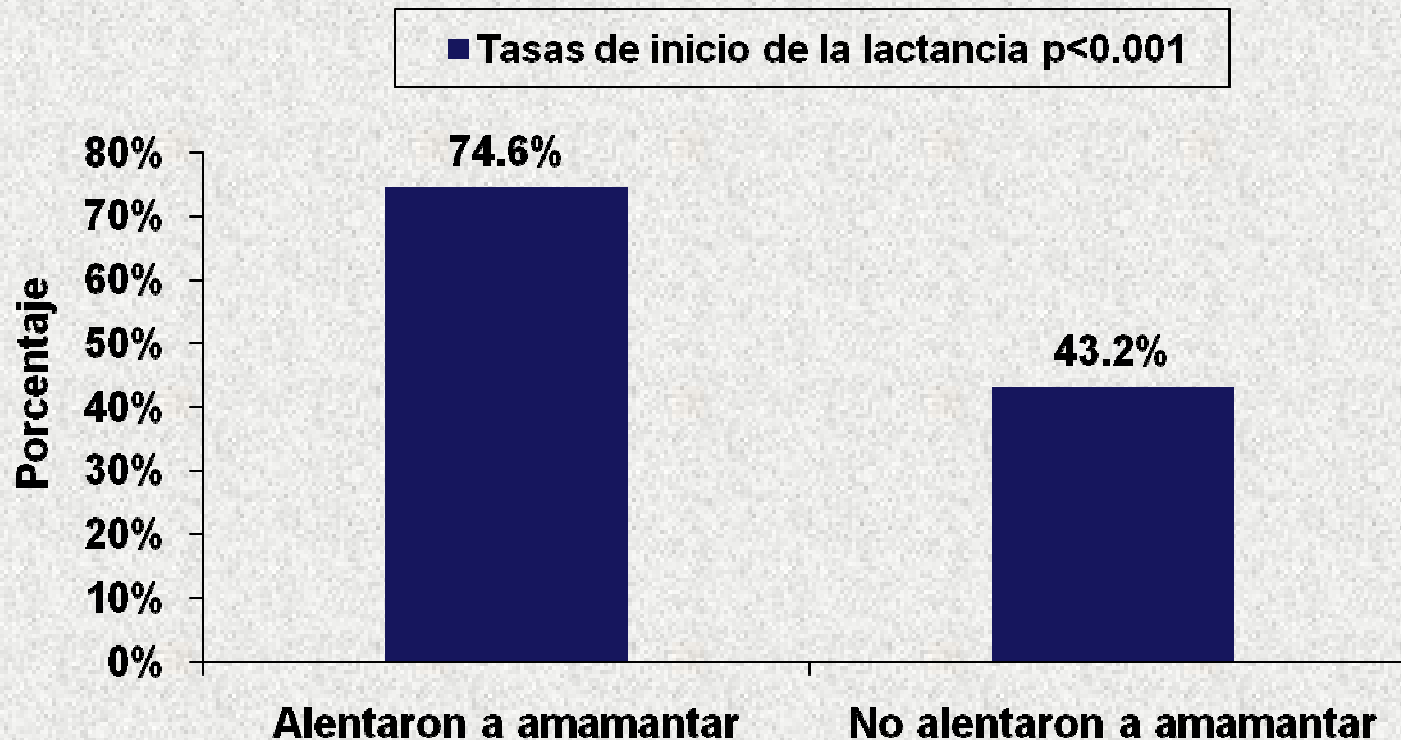
Diapositiva 41

## Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



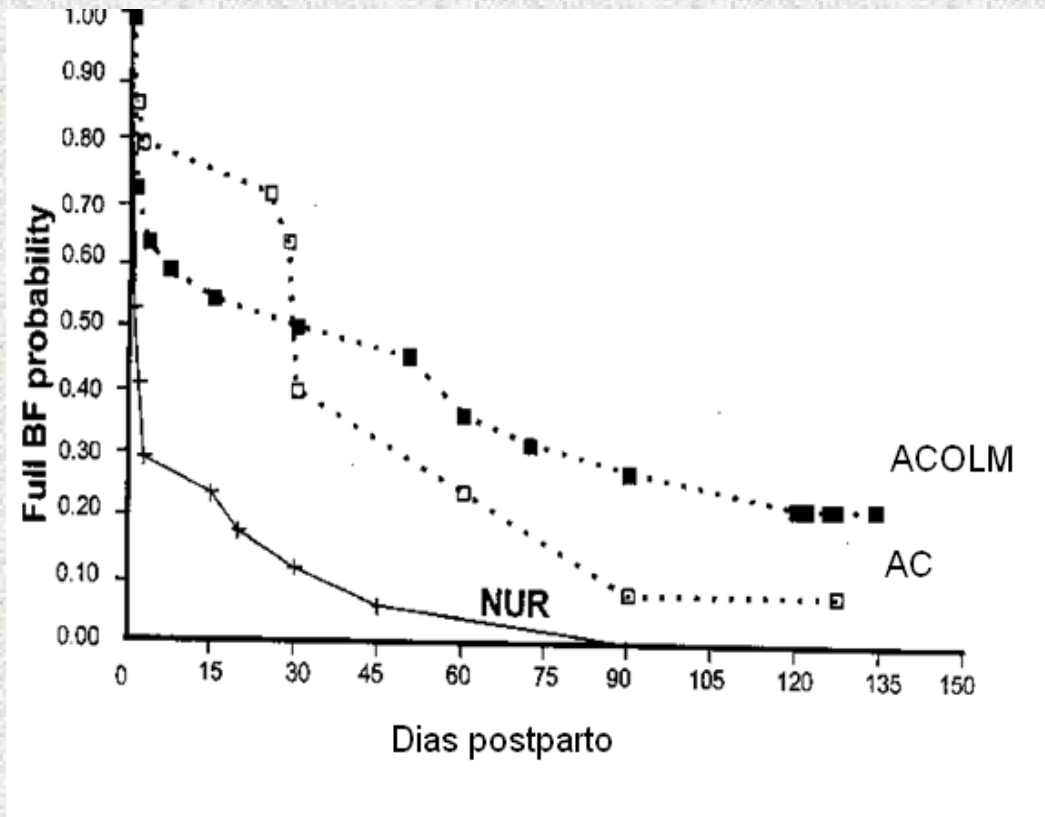
Adaptado de: Richard L, Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

## Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia



Adaptado de: Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

## Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mejicanas urbanas de ingresos bajos



**NUR**, sala de RN, n=17

**AC**, alojamiento conjunto, n=15

**AC OLM**, alojamiento conjunto más orientación en lactancia, n=22

NUR significativamente diferente de AC ( $p < 0.05$ ) y ACOLM ( $p < 0.05$ )

De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.

# Producción y demanda

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche remocionada en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.





Diapositiva 4m



# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

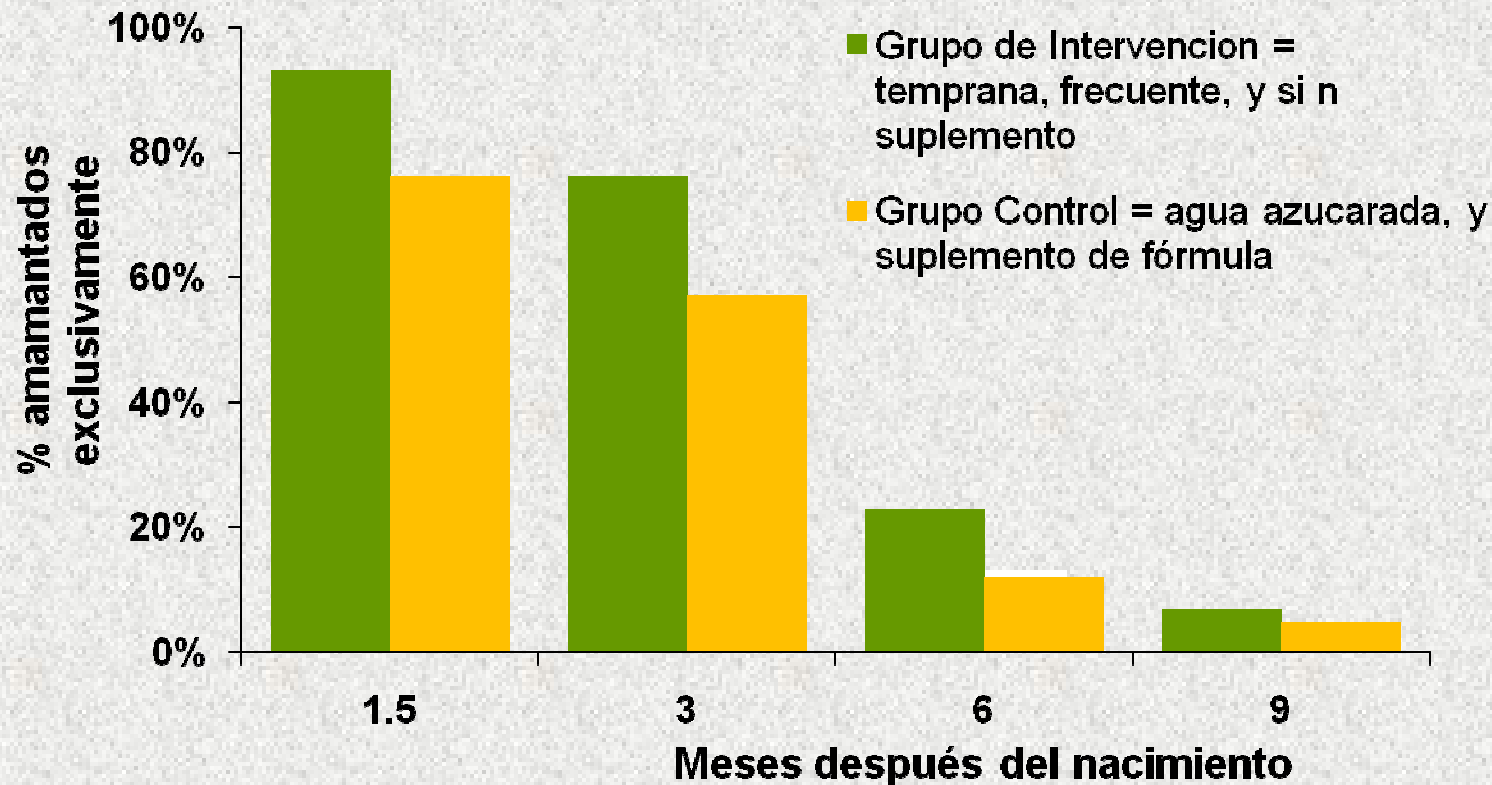


Diapositiva 4n



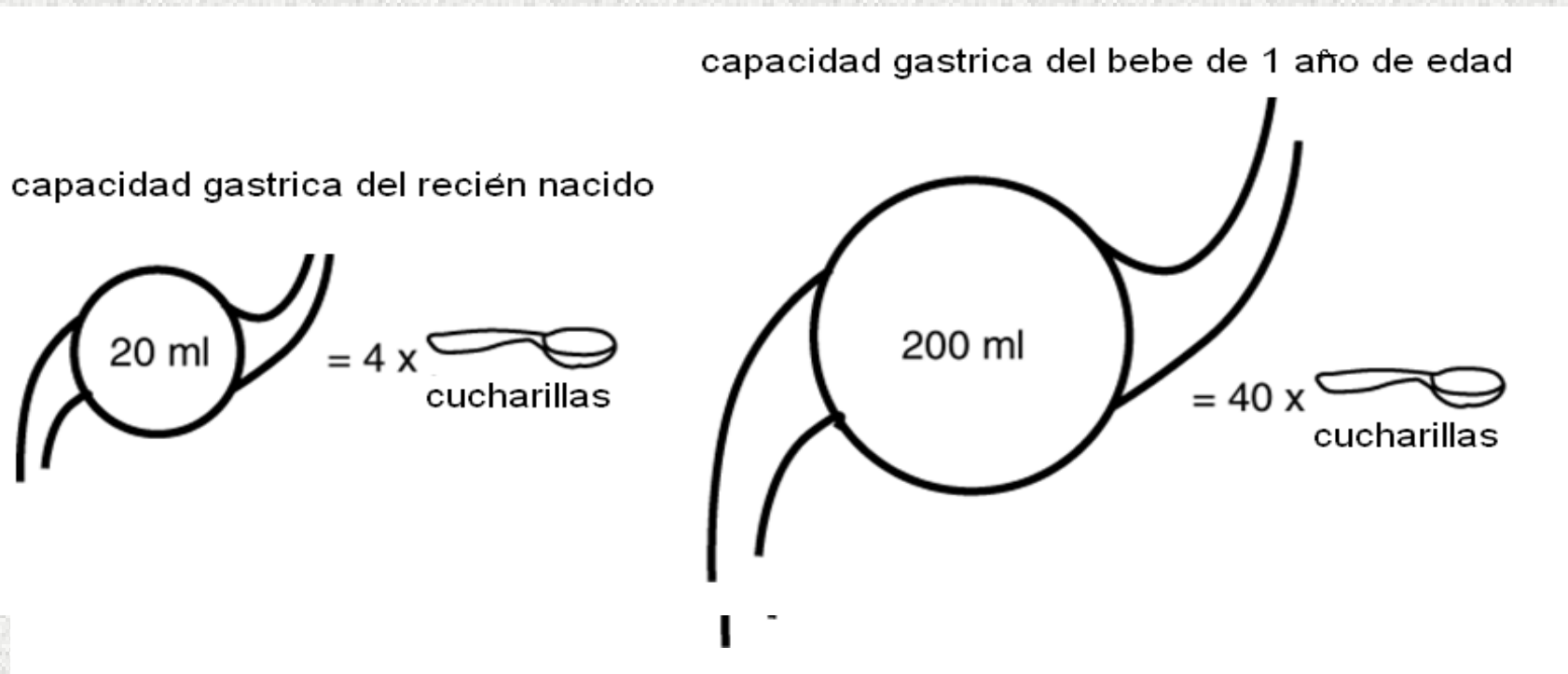


# Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad



Adaptado de: Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

# La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



Adaptado de: Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood, Fourth Edition*. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

# Impacto de la suplementación con fórmula de rutina

Disminución de la frecuencia o efectividad de la succión



Disminución de la cantidad de leche removida de los pechos



Producción de leche tardía o producción reducida

Algunos bebés tienen dificultad en el agarre si se administra la fórmula en biberón

## **Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de Méjico**

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos ( $p < 0.05$ )
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebé.

Adaptado de: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

# Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente

<b>Pais</b>	<b>Temperatura °C</b>	<b>Humedad Relativa %</b>	<b>Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)</b>
<b>Argentina</b>	<b>20-39</b>	<b>60-80</b>	<b>105-199</b>
<b>India</b>	<b>27-42</b>	<b>10-60</b>	<b>66-1234</b>
<b>Jamaica</b>	<b>24-28</b>	<b>62-90</b>	<b>103-468</b>
<b>Peru</b>	<b>24-30</b>	<b>45-96</b>	<b>30-544</b>

**Nota: Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a 1400 mOsm/kg.**

From: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.



# Médicamente indicado

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.

# Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución

## Condiciones en el bebé:

- Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada incluyen aquellos con:
  - Galactosemia clásica, necesitan fórmula libre de galactosa
  - Enfermedad de orina en jarabe de arce, necesitan fórmula libre de isoleucina y valina
  - Fenilcetonuria, requieren fórmula libre de fenilalanina
- Los recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción, pero, pueden recibir otros alimentos por período breve incluyen:
  - Aquellos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g)
  - Muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación)
  - Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia

## Condición Materna :

- Madres con infección por VIH deben evitar LM si la alimentación de sustitución es AFASS
- Madres que podrían requerir evitar la lactancia temporalmente incluyen:
  - Aquellas con enfermedad grave, Ej. Septicemia
  - Herpes Simplex Tipo I
  - Medicación materna: psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides. Evitar uso de iodo radioactivo-131, suspender LM durante quimioterapia citotóxica

## **Condición Materna (continúa):**

- Madres con otras afecciones no tienen contraindicación de LM, aunque presentan condiciones médicas preocupantes
  - Absceso mamario
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Mastitis
  - Tuberculosis
  - Uso de sustancias: el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene efectos dañinos en bebés amamantados; alcohol, opioides, benzodiazepinas y cannabis pueden provocar sedación tanto en la madre como el bebé

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

## **Alojamiento Conjunto**

La disposición de un hospital por la cual los binomios madre bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño





Diapositiva 4p





Diapositiva 4q

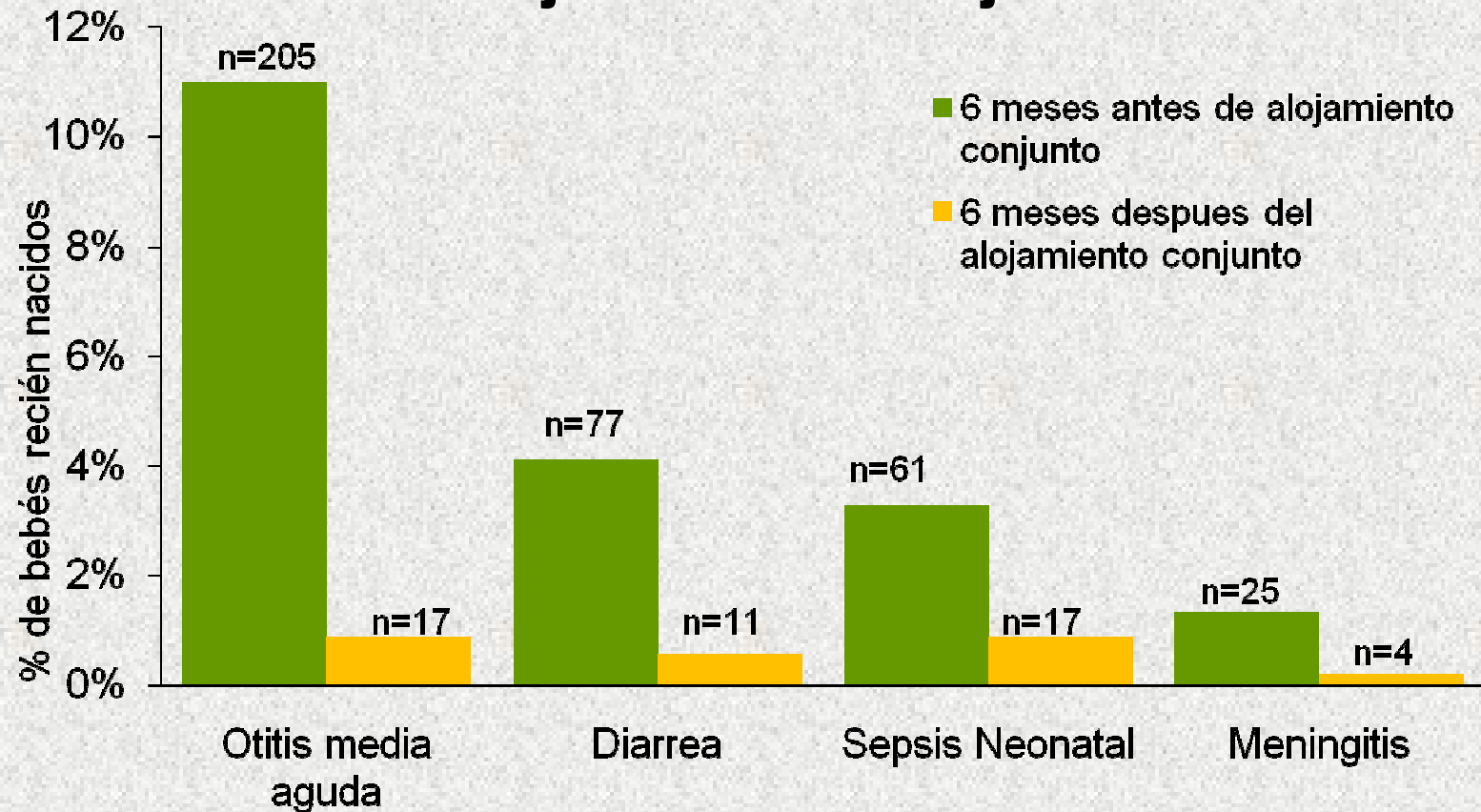


# Alojamiento conjunto

## *¿Por qué?*

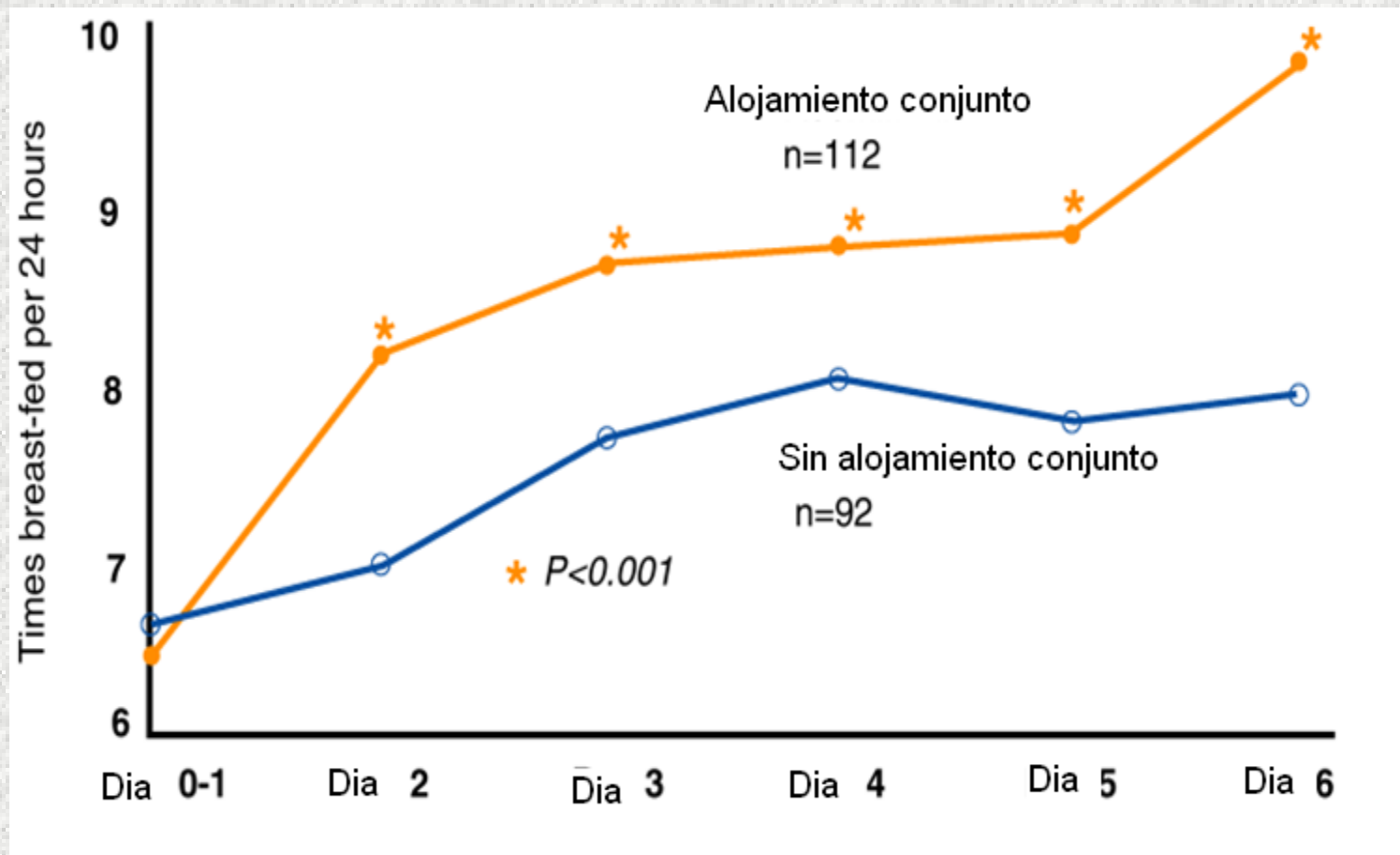
- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

# Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

## Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de: Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

## **Lactancia a demanda:**

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión

# A demanda, lactancia irrestricta

## ¿Por qué?

- Pasaje temprano del meconio
- Perdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.



Diapositiva 4r

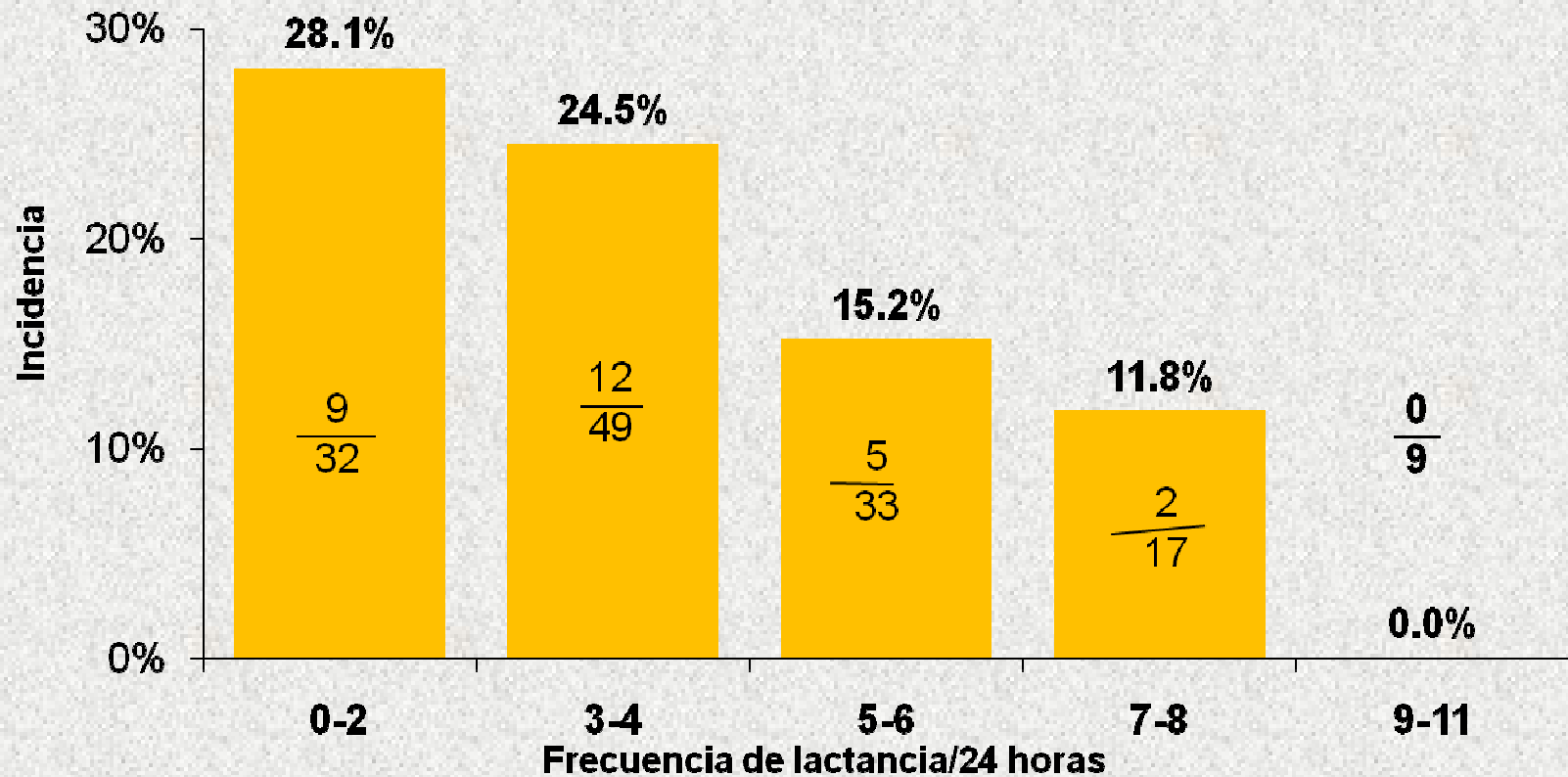




Diapositiva 4s

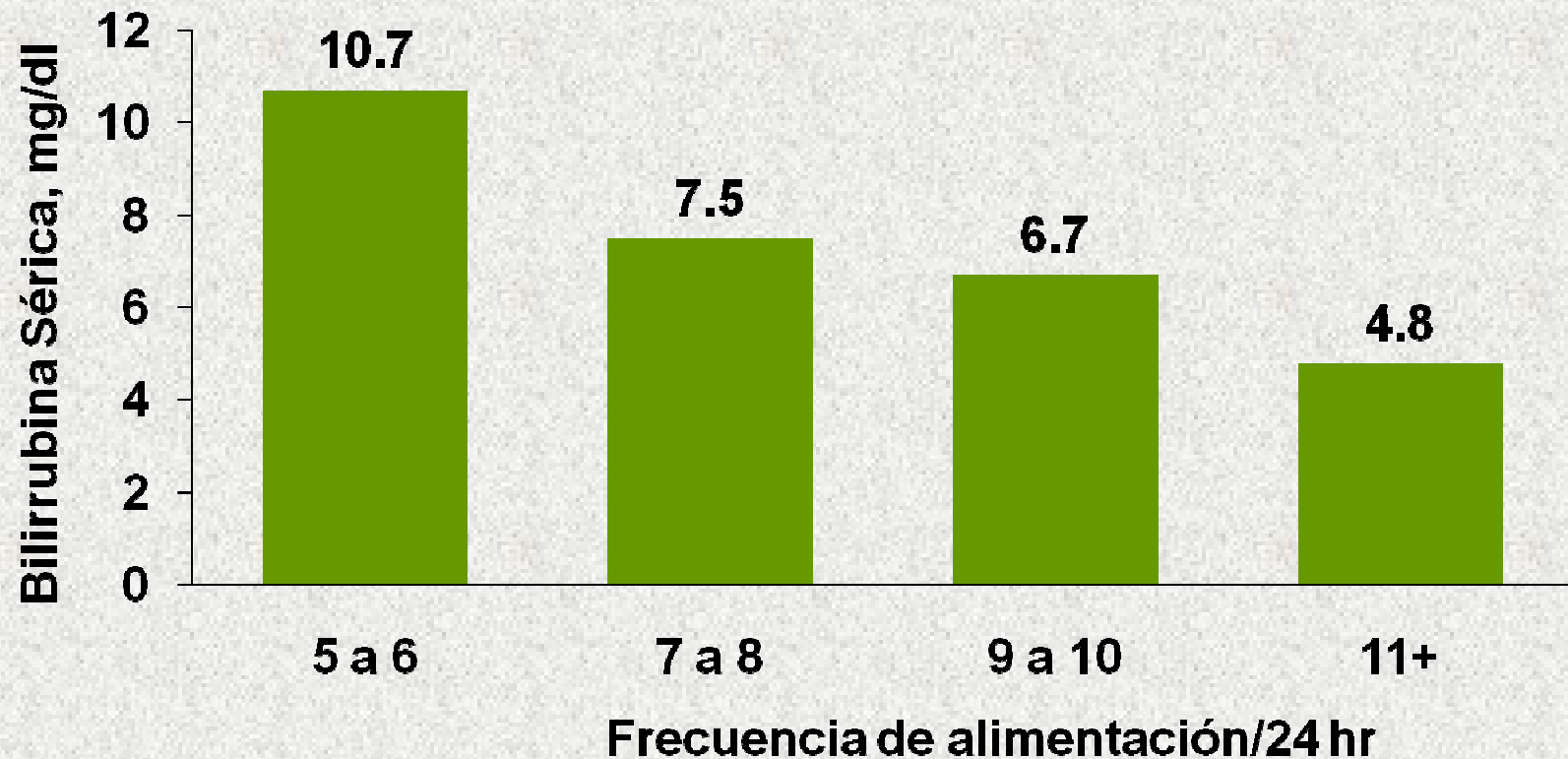


## Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

## Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child*, 1982; 136:737-738.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 9. No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

▪

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



Diapositiva 4t





Diapositiva 4u

# Alternativas al chupón

- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

# Alimentación del bebé con taza



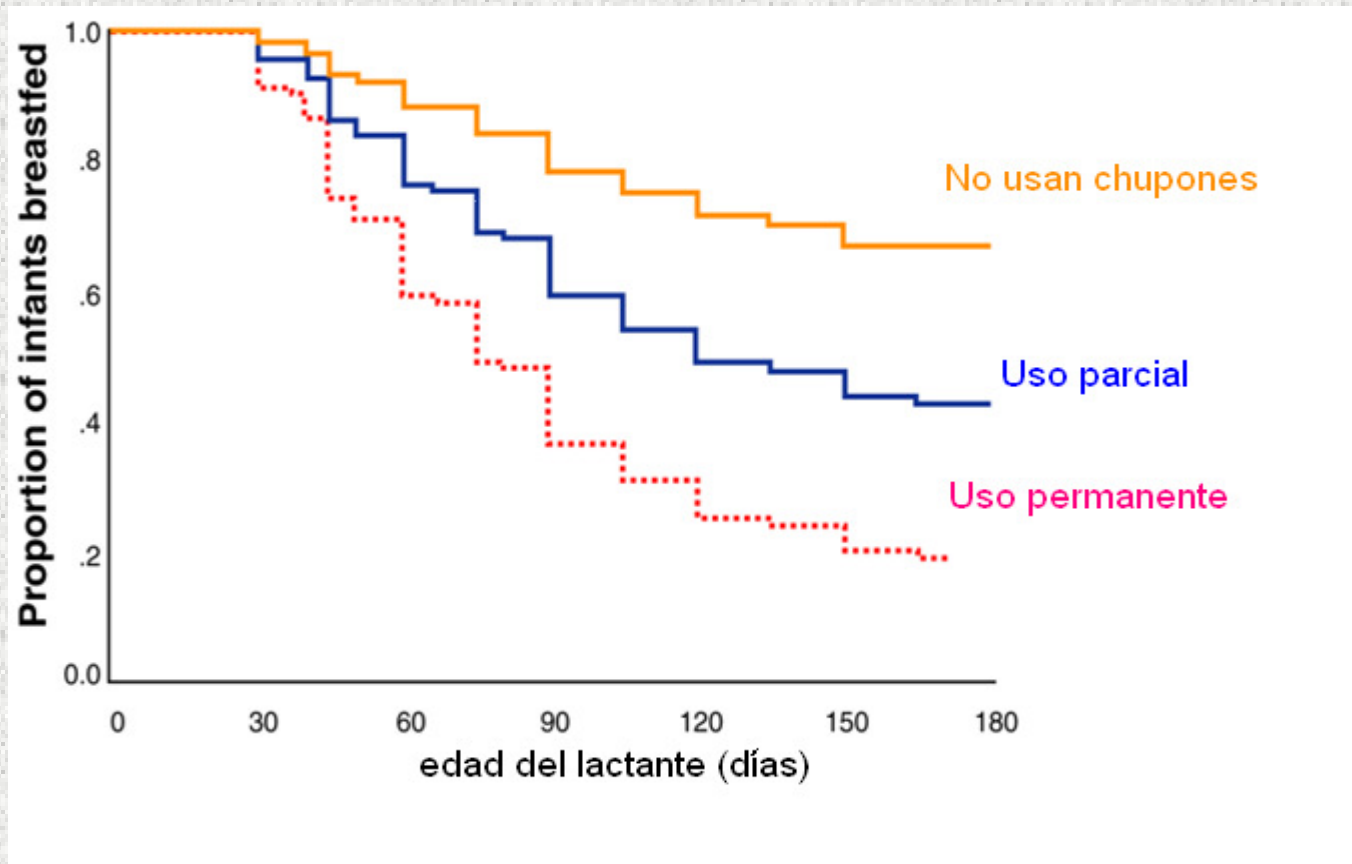




Diapositiva 4v



# Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad



**Sin** versus uso parcial:  $P < 0.001$

**Sin** versus. Uso permanente:  $P < 0.001$

De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 10. Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupo a su alta.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

*“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”*

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp.:62-74, 1993.

# Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- Tradicional
  - familia extendida
  - dulas definidas culturalmente
  - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
  - Auto formado
    - por madres
    - por profesionales de salud involucrados
  - A través del gobierno :
    - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
    - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC)

y parteros tradicionales capacitados (PTCs)

From: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.



Diapositiva 4w





Diapositiva 4x



Photo: Joan Schubert

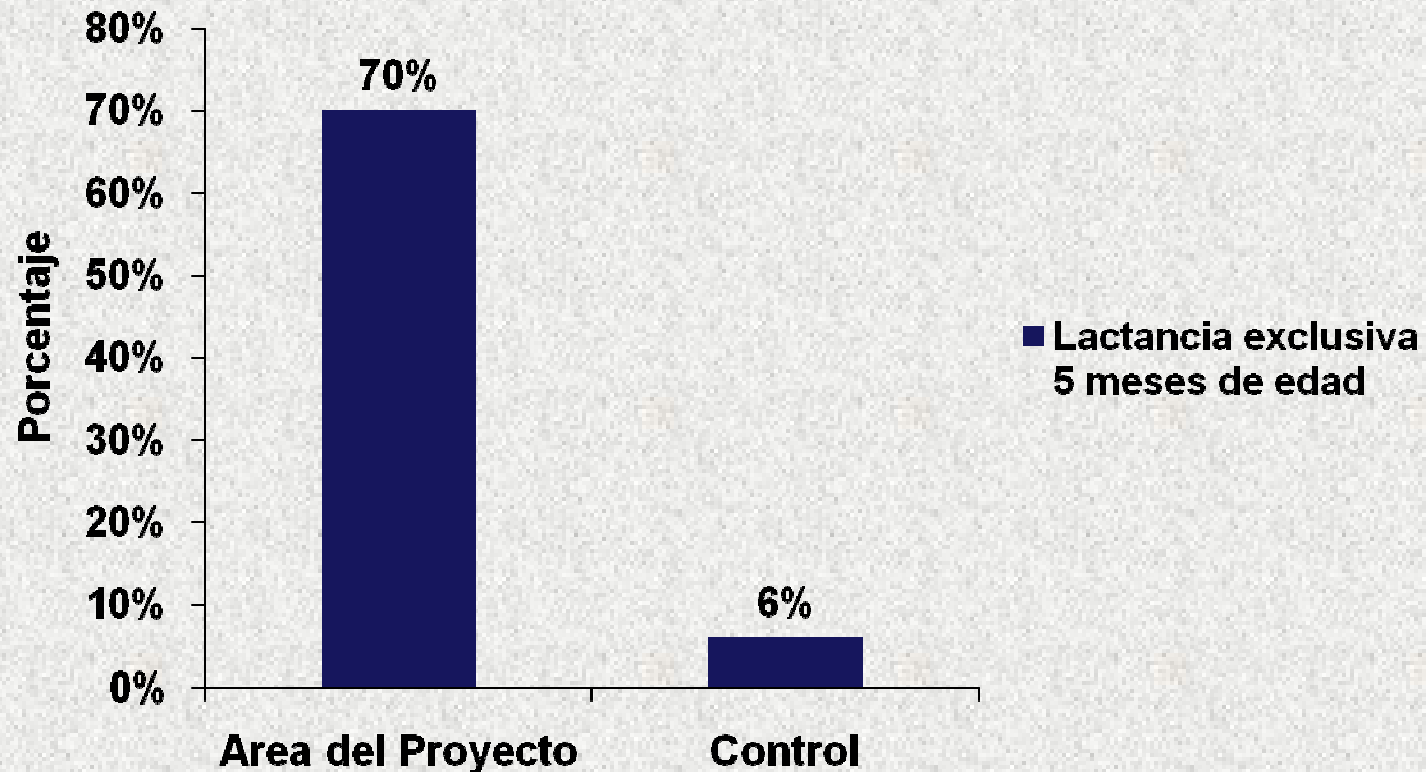




Diapositiva 4z

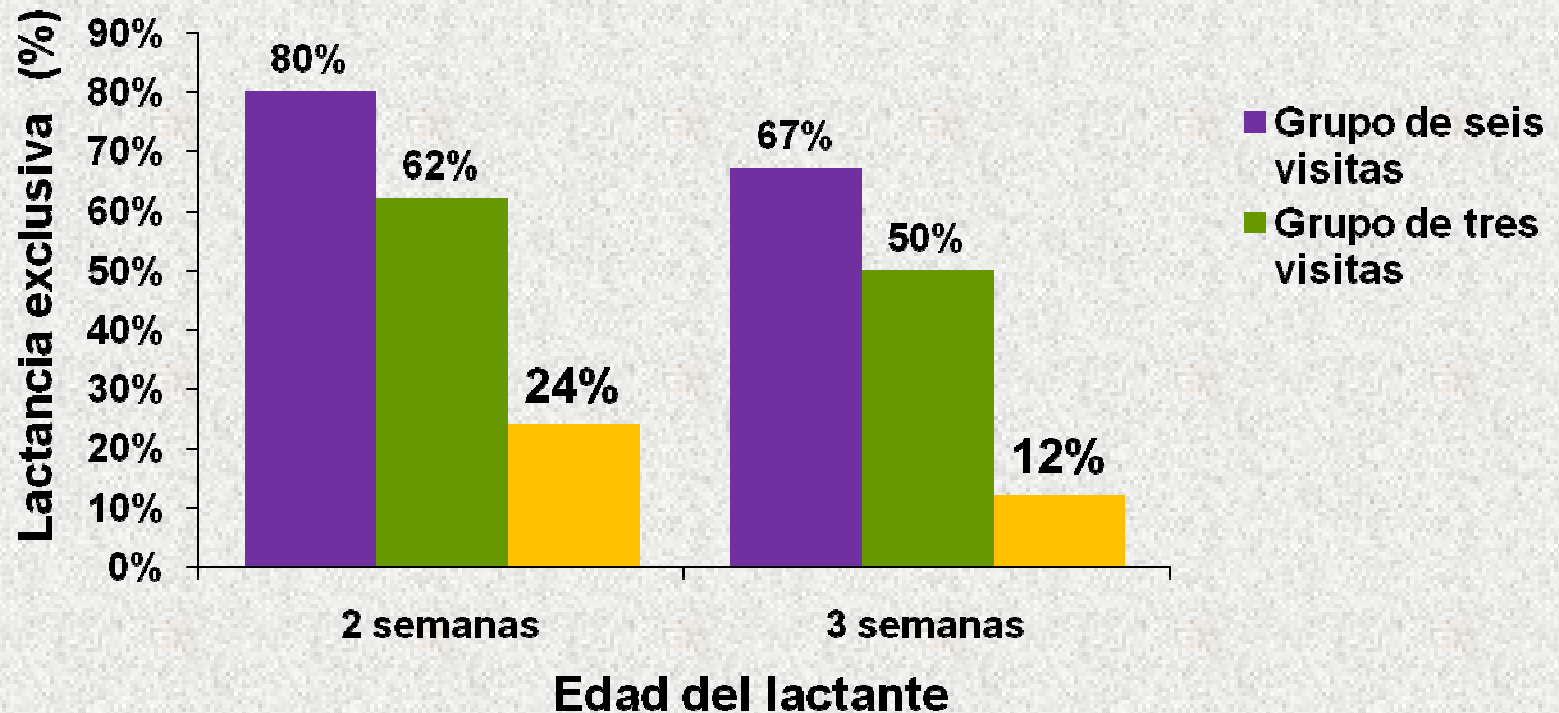


## Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



Adaptado de: Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

## Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva



De: Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

## **Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)**

- **Estudio aleatorio en Belorusia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.**
- **En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.**
- **En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa hospital amigo,**

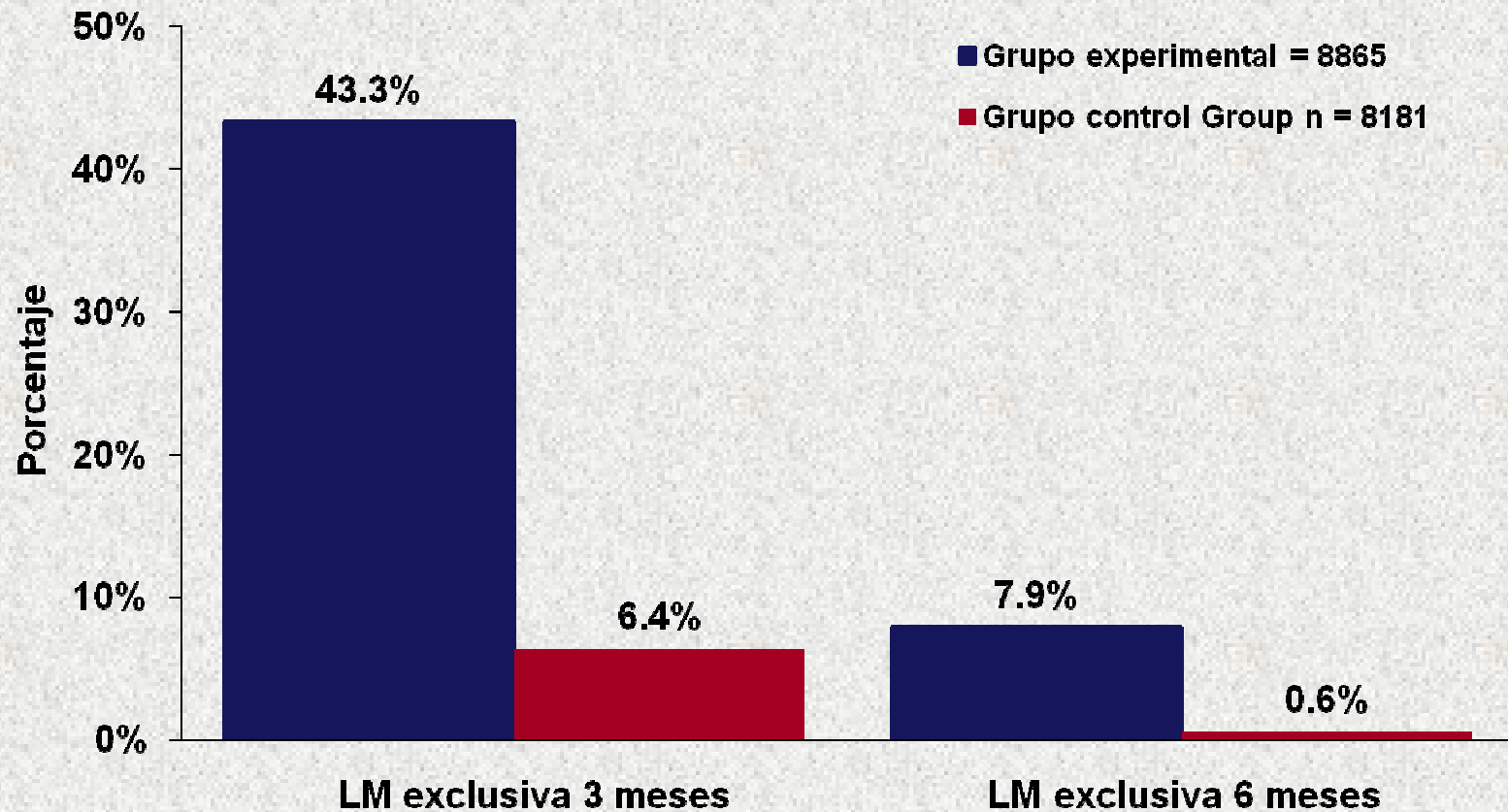
Adaptado de Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

# Diferencias luego de la intervención

<b>Hospitales Control:</b>	<b>Hospitales Experimentales:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Separación madre-RN de rutina al nacimiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Madres y bebés juntos desde nacimiento</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Envoltura ajustada de pañal de rutina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alojamiento conjunto las 24 horas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Técnicas de posición y agarre incorrectas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Técnicas de posición y agarre correctas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sin suplementación</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alimentación con horario cada 3 hrs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lactancia a demanda</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Uso rutinario de chupones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ No se utilizaron chupones</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sin apoyo en lactancia al alta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apoyo a la lactancia en policlínicos</li></ul>

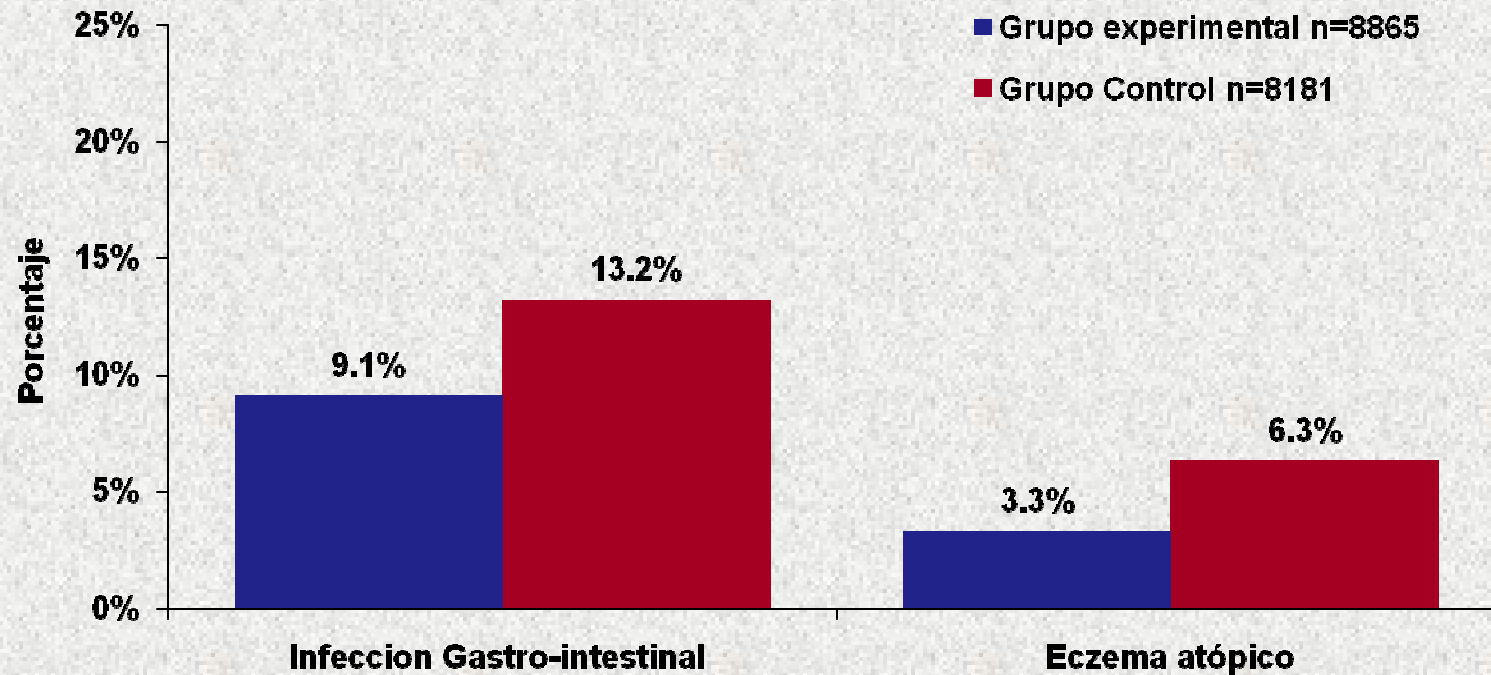
Comunicación de Chalmers and Kramer (2003)

# Efecto de los cambios de hospital amigo del niño en la lactancia a los 3 y 6 meses



Adaptado de: Kramer et al. (2001)

# Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

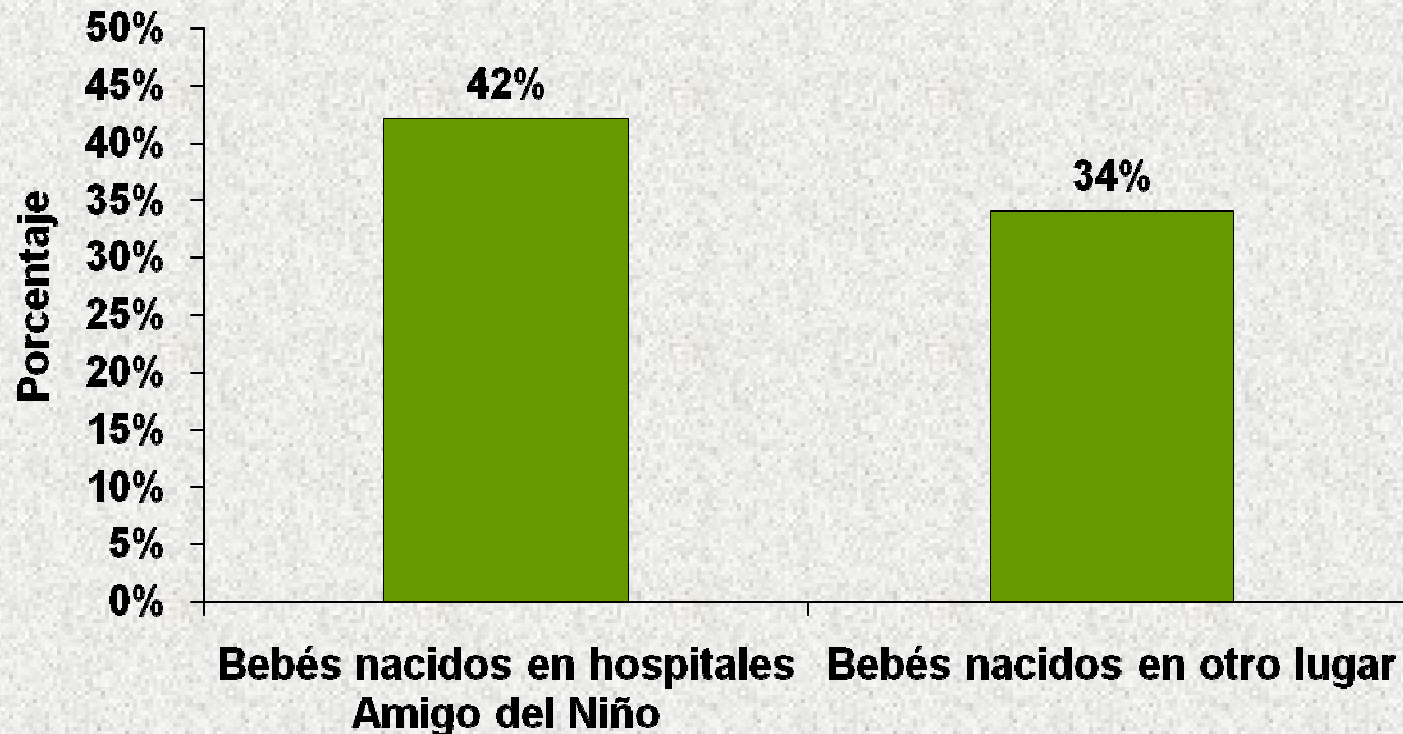
Adaptado de: Kramer et al. (2001)

## **La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigo del Niño en la duración de la lactancia en Suiza**

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

Adaptado de: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

## Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



.Adaptado de: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.



## Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales Amigo del Niño-- Suiza



.Adaptado de: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

# Sesión 4: Bases científicas de los “Diez Pasos para una lactancia exitosa” en localidades con alta prevalencia de VIH

**Nota:** La Sesión 4 alternativa ha sido preparada para su uso en localidades con alta prevalencia de VIH. Algunos contenidos relacionados con el VIH se incluyen en la Sesión 4 básica, ya que es importante considerar los efectos de la epidemia en todos los escenarios. Esta versión de la Sesión es idéntica a la Sesión 4, excepto que se añadió contenido adicional concerniente al VIH y alimentación infantil, para donde fuera útil.

Se han preparado, para esta versión de la Sesión, hojas didácticas adicionales, transparencias y diapositivas relacionadas al VIH y alimentación. Las hojas didácticas adicionales y las transparencias también están incluidas en esta versión de la Sesión. Las hojas didácticas y las transparencias se presentan en la Sesión básica y se pueden utilizar con esta sesión. Las diapositivas adicionales también se han integrado al juego de diapositivas básico y están incluidas en esta Sesión.

## Objetivo

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Describir las bases científicas de los “Diez pasos para una lactancia exitosa”.
- Analizar la evidencia científica actual respecto a las ventajas y riesgos de la lactancia versus la alimentación de sustitución en localidades con alta prevalencia de VIH y como esto influiría el enfoque de los “Diez Pasos”.

## Duración

Total: 90 minutos

## Metodología de enseñanza

Conferencia y discusión

## Preparación para la sesión

- Revisar el documento de la OMS, *Evidencia de los diez pasos para una lactancia exitosa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/CHD/98.9) ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)).

- Revisar todas las hojas didácticas y resúmenes de investigaciones que se adjuntan al resumen de la Sesión 4 así como las hojas didácticas y resúmenes de este Plan de Sesión. (Asegúrese de tener el Programa Conjunto de las Naciones Unidas en VIH/SIDA (UNAIDS) en VIH y alimentación infantil).
- Ver el video, *Delivery, Self Attachment*. (Tiempo: 6 minutos). (Ver la *Guía del Curso* para la información sobre como ordenar el video.)
- Revisar todas las diapositivas de PowerPoint y/o transparencias y escoger *para cada paso* unas tres diapositivas o transparencias que sean apropiadas para su audiencia. Si se desea, puede cambiar el orden de la presentación de las diapositivas /transparencias. Revisar las foto diapositivas y utilizarlas y/o sus propias diapositivas, para ilustrar los puntos de acuerdo a las necesidades.
- Revisar los cursos de capacitación en lactancia, VIH y alimentación infantil disponibles localmente y hacer una lista de ellos en una transparencia o rotafolio.
- Utilizar un póster con los Diez Pasos, si hubiera disponible, para que el docente pueda referirse a él fácilmente.

### Material de capacitación

#### *Resúmenes*

Resúmenes de investigaciones

**Nota:** Se incluyen en esta sesión solo los resúmenes de estudios adicionales relacionados al VIH. El resto de los resúmenes se incluyen en la Sesión 4.

#### *Hojas Didácticas*

*Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia, El Rol Especial de los Servicios de Maternidad, Declaración Conjunta de la WHO/UNICEF* (folleto, igual que en Sesión 3)

4.1 (VIH) Presentación de la Sesión 4 VIH

4.2 Política Nacional de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (para establecimientos de salud), Sultanato de Omán

4.3 El Programa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Ministerio de Salud, Méjico

4.4 UNICEF RU Iniciativa Amiga del Niño: Ejemplo de una política de lactancia con servicios de maternidad/comunidad combinados

4.5 Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna

4.6 (VIH) Alimentación de Lactante y del Niño Pequeño en el contexto del VIH

4.7 (VIH) Política de alimentación infantil: Hospital de Rusape, Zimbabue

#### *Diapositivas/Transparencias*

4.1.1-4.11.7 y foto diapositivas 4.a-4.z

4 Introducción 1 VIH, 4 Introducción 2 VIH, 4.3.5-11 VIH, y 4.6.10-14 VIH

El sitio web de este curso tiene los vínculos para las diapositivas, y las transparencias para esta Sesión en dos archivos de Microsoft PowerPoint. Las foto-diapositivas se incluyen en el archivo de “diapositivas” en el orden en el cual se citan en el plan de la Sesión. Cuando sea posible, el capacitador debe substituir las fotos con otras apropiadas de nivel local, o en situaciones que son similares a las condiciones locales. Las diapositivas (a color) pueden utilizarse con una computadora portátil y un proyector LCD si hubiera. Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para proyectarse con un retroproyector. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

### ***Otros materiales de capacitación***

Rotafolio

Video

Póster de los Diez Pasos

### **Referencias**

**Nota:** Algunas de las referencias relacionadas con el VIH y la alimentación infantil en la lista a continuación están incluidas en la lista de referencia de la sesión 4 básica 4. Las referencias adicionales sobre el VIH tienen un asterisco y se han colocado al comienzo de esta lista de referencia.

\* *Breastfeeding and VIH/AIDS Frequently Asked Questions (FAQ Sheet 1)*. Washington D.C., LINKAGES Project, Academy for Educational Development, Updated May 2001 ([http://linkagesproject.org/FAQ\\_Html/FAQ\\_VIH.htm](http://linkagesproject.org/FAQ_Html/FAQ_VIH.htm)).

\* *IH and Infant Feeding Counseling: A Training Course. Participants' Manual*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.4).

\* *VIH in Pregnancy: A Review*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/RHR/99.15).

\* *New data on the prevention of mother-to-child transmission of VIH and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/ UNICEF/ WHO/ UNAIDS Interagency Task Force Team on Mother-to-Child transmission of VIH, Geneva, 11-13 October 2000*. Geneva, World Health Organization, 2001.

\* Piwoz EG, Liff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, Humphrey JH. An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) *American Society for Nutritional Sciences*, 2005, 950-955.

\* Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Kreiss JK. Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. *JID*, 2003, 187:736-740.

\* Ross JS, Labbok MH. Modeling the Effects of Different Infant Feeding Strategies on Young Child Survival and Mother-to-Child Transmission of VIH. *Am J Public Health*. 2004; 94(7):1174-80.

\* Walley J, Whitter S, Nicholl A. Simplified antiviral prophylaxis with or and without artificial feeding to reduce mother-to-child transmission of VIH in low and middle income countries: modeling positive and negative impact on child survival. *Med Sci Monit*, 2001, 7(5): 1043-1051.

\* *World Linkages: Zambia* (including “Country Profile” and description of the “Ndola Demonstration Project”), Washington D.C., LINKAGES Project, Academy for Educational Development, 2000 (<http://www.linkagesproject.org/media/publications/world-linkages/worldzambia.pdf>).

Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact*, 1998, 14(4):283-285.

*Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development, Update, No. 9.* Geneva, World Health Organization, reissued November 1997.

Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Coutsoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia, HM. South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

Christensson K, Siles C, Moreno L, y col. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:481-493.

DeCarvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982, 136:737-738.

DeCock KM, Fowler MG, Mercier E y col. Prevention of mother-to-child VIH transmission in resource poor countries. *JAMA*, 2000, 238 (9):175-82.

DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

*Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.* Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHD/98.9).

Guidelines concerning the main health and socioeconomic circumstances in which infants have to be fed on breast-milk substitutes. In: *Thirty-Ninth World Health Assembly* [A39/8 Add. 1- 10 April 1986], pp. 122-135, Geneva, World Health Organization, 1992.

Guise, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003 1(2):70-78.

Haider R y col. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(2):173-179.

Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth A. A training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002, 18:7-12.

*VIH and infant feeding: A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF*. Geneva, UNAIDS, 1997.

*VIH transmission through breastfeeding: A review of available evidence*. Geneva, World Health Organization, 2004.

Jayathilaka AC. *A study in breastfeeding and the effectiveness of an intervention in a district of Sri Lanka*. [DM thesis]. Sri Lanka, University of Colombo, 1999.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E y col. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Lu M, Lange L, Slusser W y col. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

Martens PJ. Does Breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experiences of a small, rural Canadian hospital. *J Hum Lact*, 2000, 16:309-318.

Merten S y col. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J y col. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31.

Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu. South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.

Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70: 205-209.

Philipp BL, Merewood A, Miller LW y col. Baby Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood*. Boston, Massachusetts, Times Mirror/Mosby, 1989.

Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol*, 1994, 18(6): 517-524.

Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19(4):185-189.

Saadeh RJ, Akre J. Ten steps to successful breast-feeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 1996, 23(3):154-160.

Saadeh RJ, ed. *Breast-Feeding: The Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, 1993.

Savage-King FS. *Helping Mothers to Breastfeed*, Revised Edition. Nairobi, Kenya, African Medical Research Foundation, 1992.

Soetjningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.

WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS/World Bank/UNHCR/EFP/FAO/IAEA. *VIH and infant feeding: Framework for priority action*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/VIH\\_IF\\_Framework.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/VIH_IF_Framework.htm)).

Victora C, Behague D, Barros F y col. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

*WHO Technical Consultation on Infant and Young Child Feeding, Themes, Discussion and Recommendations*, WHO, Geneva, 13-17 March, 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/NHD/00.8, WHO/FCH/CAH/00.22).

WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS. *VIH and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors* (revised). Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/VIH\\_IF\\_MS.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/VIH_IF_MS.pdf)).

WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS. *VIH and infant feeding: guidelines for decision-makers* (revised). Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN\\_92\\_4\\_159122\\_6.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm)).

Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th Edition. St. Louis, MO, Mosby, 1993.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86 (2):171-175.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1017-1022.

**Contenidos Mínimos**

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>Esta Sesión revisará los estudios seleccionados para ilustrar las bases fisiológica y sociológica de los Diez Pasos. Todos los pasos se interrelacionan. Los primeros 2 pasos son la base de la implementación de los otros ocho pasos. Referir a los participantes a la Hoja Didáctica (folleto), “Promoción, Protección, y Apoyo a la lactancia...”</p> <p>Invite a los participantes a comentar o a realizar preguntas durante la presentación. Anote los problemas, barreras, o soluciones que surgen durante la presentación para que sean consideradas en la Sesión 5 (VIH). Permita un poco de discusión durante esta presentación, pero posponer los grandes debates para la Sesión 5 (VIH) debido a las restricciones de tiempo.</p> <p>Mencione que una mini-versión de la presentación se reproduce en la Hoja Didáctica 4.1 incluida en la carpeta de los participantes</p> <p>Empiece la sesión mediante una presentación breve de los antecedentes e información relacionada al VIH y alimentación infantil, ajustando su resumen a las necesidades de los participantes.</p> <p>Mostrar y describir los datos en las diapositivas 4 Introducción 1 VIH, 4 Introducción 2 VIH, y Introducción 3 VIH.</p> <p>Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 4.6 (VIH). Resumir la información en esta hoja didáctica y/o presentar su propia información concerniente al VIH y alimentación infantil.</p>
<p><b>1. Paso 1: Tener una política/norma por escrito que se pone en conocimiento del personal de rutina.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.1.1 Paso 1</p> <p>4.1.2 ¿Por qué tener una política/norma?</p> <p>4.a Mencionar la “Declaración Conjunta” que sirve como antecedente para la IHAN y los “Diez Pasos”</p>



<b>Contenido</b>	<b>Notas del Capacitador</b>
	<p>4.1.6 ¿Qué debe cubrir? En algunos países donde el VIH es prevalente ha habido un cambio en la política de alimentación infantil” que incluye la lactancia así como las guías de alimentación de sustitución y el marco de referencia.</p> <p>4.1.7 ¿Cómo debe presentarse? Distribuir la hoja didáctica 4.7 (VIH) o su propia política como ejemplo y analícela. Las políticas necesitan adaptarse a su propia realidad y debe basarse en los Diez Pasos. Los problemas relacionados con el desarrollo de una política apropiada para escenarios de alta prevalencia del VIH se discutirán en la Sesión 5 (VIH).</p> <p>4.b Mostrar la foto de profesionales de la salud consultando la política escrita durante la capacitación en servicio (opcional).</p> <p>4.1.8 Gráficas: Tasas de incremento de la alimentación con leche materna exclusiva en el hospital durante la implementación de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño. (<i>Philipp y col. See summary.</i>)</p>
<p><b>2. Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud de la maternidad en las habilidades y destrezas necesarias para implementar esta política.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.2.1 Paso 2</p> <p>4.c Mostrar la foto de profesionales de salud asistiendo a una Sesión en aula (opcional).</p> <p>4.d. Mostrar la foto de mujeres en un grupo de discusión durante un taller de capacitación. (opcional)</p> <p>4.2.2 Áreas de conocimiento que deben incluirse en la educación del personal (puede solicitar a los participantes la respuesta antes de mostrar la foto)</p> <p>4.2.3 Temas adicionales para la capacitación en el contexto del VIH</p> <p>4.2.4 La capacitación en lactancia materna del personal tuvo un efecto significativo en las tasas de lactancia exclusiva al alta, las que incrementaron de 41% a 77%. (<i>Cattaneo y</i></p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p><i>col. Ver resumen.)</i></p> <p>4.2.5 En varios estudios los profesionales de salud capacitados en consejería de lactancia materna y/o grupos de apoyo capacitados para ayudar a las madres en una variedad de circunstancias (prenatal, puerperio, admisión por diarrea). En cada uno de los estudios había un incremento significativo de la lactancia exclusiva, comparada con el grupo control. <i>(OMS/CAH. Ver resumen.)</i></p> <p>4.2.6 Pida a los participantes que den ejemplos de profesionales de salud – además de personal de neonatología - quienes influyen en el éxito del amamantamiento. Considere a otro personal en la institución que entra en contacto con las madres como personal de limpieza, empleados, u otros grupos de especialidad.</p>
<p><b>3. Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.</b></p>	<p><b><i>Diapositivas</i></b></p> <p>4.3.1 Paso 3</p> <p>4.3.2 Contenido de la educación prenatal (puede adaptarse para reflejar las necesidades individuales de cada país.). En escenarios donde existe alta prevalencia de VIH hay consideraciones adicionales en el periodo prenatal que incluyen la consejería y el test voluntario para VIH. Después de conocer el estado de VIH de la embarazada existen áreas adicionales para consejería durante el embarazo.</p> <p>4.e-f Mostrar fotos de un grupo en clase de prenatal y de la consejería individual (opcional).</p> <p>4.3.3 La atención prenatal puede impactar significativamente las prácticas de lactancia relacionadas con la administración de calostro y el inicio precoz de la lactancia en las 2 horas de nacimiento. <i>(Nielsen y cols. Ver resumen.)</i></p> <p>4.3.4 La educación prenatal puede conducir a incrementos significativos en las tasas de inicio (23%) y duración de lactancia a</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>corto plazo (hasta los 3 meses) (39%), como se muestra en un meta análisis de estudios de educación y apoyo. (<i>Guise y col. Ver resumen.</i>).</p> <p>4.3.5 (VIH) ¿Por qué el test para VIH en el embarazo? Existen varias razones por las cuales una mujer querría conocer su estado de VIH. Las madres deben tener seguridad de la privacidad y confidencialidad antes de la prueba, puesto que en algunos lugares es un estigma hacerse la prueba.</p> <p>4.3.6 (VIH) Alimentación de sustitución. Es importante revisar la definición de “alimentación de sustitución” en el contexto del VIH.</p> <p>4.3.7 (VIH) Riesgo de transmisión madre-niño del VIH. Este cuadro ilustra el riesgo de la transmisión madre niño del VIH si hay una prevalencia del 20% de infección por VIH, de tasa de transmisión del 20% durante el embarazo/parto y tasa de transmisión 15% durante la lactancia. Con estas tasas, por cada 100 madres, 20 serán VIH+, 4 de sus bebés se infectarán durante el embarazo y el parto, y 3 de sus bebés se infectarán mediante la lactancia.</p> <p>4.3.8 (VIH) Las madres infectadas con el VIH necesitan de consejería y orientación sobre los riesgos de la lactancia versus la alimentación de sustitución. Las recomendaciones de la OMS respecto a la alimentación infantil para las mujeres VIH+ tiene algunos tópicos claves que deben considerarse.</p> <p>4.3.9 – 11 (VIH) Estas diapositivas resumen las recomendaciones clave para una madre cuyo estado de VIH se desconoce, o si es negativo, su estado de VIH es positivo y decide amamantar, y si su estado es positivo y escoge la alimentación de sustitución. Estas recomendaciones pueden servir como guía a los proveedores de salud del establecimiento que orientan a la mujer embarazada para que tome las decisiones concernientes sobre cómo</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>alimentarán a sus bebés. La OMS ha publicado recientemente una serie de cartillas muy útiles de consejería que pueden ser utilizadas en este proceso. El proveedor de salud necesita recibir una capacitación especial en base al curso de alimentación y VIH de la OMS o similar para ganar conocimiento y habilidades necesarias para este trabajo.</p>
<p><b>4. Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.4.1 Paso (puede suscitar discusión relacionada a la oportunidad de la primera lactada. Se puede ampliar en temas relacionados con este paso, ej. medicamentos durante el parto, cesárea, etc.)</p> <p>4.4.2 Los Criterios Globales de la IHAN revisados, interpretan este Paso como “Se coloca al recién nacido en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento y por al menos una hora, se alienta a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su apoyo si es necesario.” Analice las razones para este cambio, incluyendo la investigación sobre el tiempo que le toma a los bebés iniciar el amamantamiento sin ayuda (ver fotos 4h-j y diapositiva 4.4.8 debajo).</p> <p>4.4.3 ¿Porque alentar el inicio temprano? Los puntos en esta lista se ilustran en las transparencias siguientes.</p> <p>4.4.4 ¿Cómo alentar el inicio temprano?</p> <p>4.g-j Mostrar una o más fotos que demuestran el inicio precoz. La primera foto muestra una enfermera ayudando a la madre a colocar su bebé justo después del parto. Las tres siguientes fotos ilustran como el bebé encontrara el pezón de la madre y comenzara a mamar por si solo. Se necesita tiempo para este proceso.</p> <p>4.4.5 Gráfica: El estudio demuestra como el contacto en la primera hora después del parto incrementa la duración de la lactancia hasta los 3 meses. (<i>De Chateau y</i></p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p><i>col ver resumen.)</i></p> <p>4.4.6 Gráfica: El estudio concluyó que la atención que promueve el contacto piel a piel comparada con la atención del parto en cama, durante ese periodo único inmediato al parto, se asocia con mayor temperatura corporal y de piel y una adaptación metabólica más rápida. El cuerpo materno es una fuente de calor radiante suficiente para el bebé. <i>(Christensson y cols. Ver resumen.)</i></p> <p>4.4.7 Tabla: Este resumen de cuándo se producen los factores inmunes en el lactante demuestra la importancia del rol del calostro y la leche madura para compensar la ausencia relativa de inmunidad en el recién nacido. <i>(Worthington-Roberts)</i></p> <p>4.4.8 Gráfica: El estudio concluyó que para promocionar patrones de succión exitosos debe dejarse a los bebés desnudos en contacto con el abdomen de la madre, sin molestarles hasta que se logre la primera succión y se aliente al bebé a agarrar el pecho activamente. <i>(Righard y cols. Ver resúmen.)</i></p> <p>Mostrar el video “<i>Delivery, Self Attachment</i>” si hubiera disponible, como una alternativa a las foto diapositivas g, h, e i. Note el patrón de succión del bebé cuando no existe interferencia entre la madre y el recién nacido.</p>
<p><b>5. Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.5.1 Paso 5</p> <p>4.5.2 Cita (Woolridge)</p> <p>4.k-1 Mostrar las fotos del personal mostrando a las madres cómo amamantar (opcional)</p> <p>4.5.3 Gráfica: El estudio demuestra que si un hospital externa a una madre cuyo bebé esta amamantando con buena técnica, o si se toma un tiempo de instrucción de 5-10 minutos para corregir la técnica</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>inadecuada, la duración de la lactancia se dobla comparada a la de madres que se externa con mala técnica para amamantar. (<i>Righard y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.5.4 Gráfica: El inicio del amamantamiento se dio entre 75% de las mujeres que fueron alentadas para amamantar comparadas con sólo 43% que no recibieron aliento del personal de salud. (<i>Lu y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.5.5 Gráfica: Las tasas de duración de la lactancia fueron significativamente mayores entre las madres cuyos bebés permanecieron junto a ellas durante el puerperio y cuyas madres recibieron orientación durante la estadía hospitalaria, en comparación con los bebés que no tuvieron alojamiento conjunto y que no recibieron ninguna orientación en lactancia mientras estuvo en el hospital. (<i>Perez-Escamilla y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.5.6 Producción y demanda</p> <p>4. m Mostrar la foto de extracción de leche.</p>
<p><b>6. Step 6: No dar a los recién nacidos alimentos o bebidas que no sean leche materna a no ser que estén <i>médicamente</i> indicados.</b></p>	<p><b>Diapositiva</b></p> <p>4.6.1 Paso 6</p> <p>4.n Mostrar la foto de un sucedáneo de leche materna, biberón, que <u>no</u> debe administrarse a no ser que este médicamente indicado (<i>opcional</i>).</p> <p>4.o Mostrar la foto de la enfermera dando biberón al bebé (<u>no</u> es apropiado a no ser que este médicamente indicado) (<i>opcional</i>).</p> <p>4.6.2 Gráfica: Este estudio sugiere una correlación entre un inicio de la lactancia más “fisiológico” y la duración del periodo de lactancia. (<i>Nylander y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.6.3 Para considerar la preocupación que el calostro solo “no es suficiente”, esta Gráfica muestra que el recién nacido y la capacidad de su estómago se adaptan perfectamente a la cantidad de calostro (de</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>cerca a 200 ml/24 horas en el día dos) y a la leche madura (cerca de 800-900 ml/24 horas en 1 año).</p> <p>4.6.4 Impacto de la suplementación con fórmula de rutina</p> <p>4.6.5 Este estudio muestra que la introducción precoz de biberón esta inversamente relacionada a la duración de la lactancia. (<i>Perez-Escamilla y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.6.6 Los datos en esta tabla muestran que no existe la necesidad de suplementar con agua a los bebés amamantados exclusivamente sin importar la temperatura ni la humedad, tal como se refleja en la osmolaridad urinaria.</p> <p>4.6.7 Existen raras excepciones durante las cuales los lactantes requieren de otros líquidos o alimentos en lugar de leche materna.</p> <p>4.6.8- Razones médicas aceptables para: - 10 el uso de sucedáneos de la leche materna (Distribuya Hoja Didáctica 4.5). Si surgen preguntas concernientes al VIH y lactancia referir a los participantes a la Hoja Didáctica 4.6 (HIV): Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño en el contexto de VIH.</p> <p>4.6.11 (HIV) Factores de riesgo para la transmisión de VIH durante la lactancia. Revisar los factores de riesgo para madres y bebés que afectan la posibilidad de transmisión del VIH durante la lactancia.</p> <p>4.6.12 (HIV) Cuadro (<i>Richardson y col. 2003</i>) Un factor de riesgo importante en la madre para la transmisión de VIH por la leche materna es la carga viral. Si la carga viral es baja el riesgo es 4 veces menor que si fuera alta.</p> <p>4.6.13 (HIV) Cuadro (<i>Coutsoudis y col 2001</i>). Muestra la probabilidad del test de HIV positivo en diferentes meses de edad entre bebés que nunca amamantaron (sólo recibieron sucedáneos de la leche materna), con lactancia exclusiva, y</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>alimentación mixta. La probabilidad que un test de HIV sea positivo es mayor para quienes reciben alimentación mixta en todos los meses de edad. Es la más baja para los bebés amamantados exclusivamente y menos para los que nunca amamantaron. (<i>Coutsoudis y col. Ver Resumen.</i>)</p> <p>4.6.14 (HIV) (<i>Piwoz y col. 2005</i>) Un estudio reciente de VIH y alimentación infantil en Zimbabue (ZVITAMBO) Incluyo un programa educacional y de consejería para nuevas madres en el Harare. Madres con estado de VIH desconocido o negativo o madres VIH positivo que escogieron amamantar exclusivamente y poner en práctica otros principios de “lactancia segura”.</p> <p>4.6.15 (HIV) Cuadro (<i>Piwoz y col. en preparación, 2005</i>) La exposición a la intervención mas segura de lactancia en el estudio anterior en Zimbabue se asoció con la reducción de la transmisión postnatal (a través de la lactancia) entre madres que no conocían su estado. A mayor exposición a los conceptos de “lactancia más segura” de la madre mayor probabilidad de que siguieran las recomendaciones y menor posibilidad de transmisión del VIH a sus bebés. Este tipo de educación y consejería puede comenzar tanto en el prenatal como antes del alta, así como durante visitas de postnatal después que la madre retorne al hogar.</p>
<p><b>7. Paso 7: Se practica el alojamiento conjunto—se permite que las madres permanezcan junto con sus bebés —24 horas al día.</b></p>	<p><b>Diapositivas</b></p> <p>4.7.1 Paso 7</p> <p>4.7.2 Definición (Describir “en cama” si es relevante. “Bedding-in” es el término utilizado cuando el bebé y la madre permanecen en la misma cama.)</p> <p>4. p-q Mostrar una o más fotos de alojamiento conjunto en la misma pieza y en la misma cama.</p> <p>4.7.3 Porque se aplica el alojamiento conjunto?</p>



Contenido	Notas del Capacitador
	<p>(puntos se discuten en la Diapositivas siguientes)</p> <p>4.7.4 Gráfica: Impacto positivo del alojamiento conjunto en la política de la prevención de enfermedad infecciosa cuando se comparan con recién nacidos que no estuvieron en contacto con sus madres en alojamiento conjunto. (<i>Soetjningsih y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.7.5 Gráfica: Efecto positivo del alojamiento conjunto en la frecuencia de lactancia en los 6 primeros días comparados con la frecuencia de lactancia en los recién nacidos que no estuvieron en alojamiento conjunto. (<i>Yamauchi y cols. Ver resumen.</i>)</p>
<p><b>8. Paso 8: Alentar la lactancia a demanda.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.8.1 Paso 8</p> <p>4.8.2 Definición de “a demanda”</p> <p>4.8.3 ¿Por qué amamantar a demanda?</p> <p>4.r-s Mostrar una o más fotos de alimentación a demanda</p> <p>4.8.4 Tabla: El estudio demuestra el impacto positivo de la lactancia a demanda, frecuente, número de veces durante las primeras 24 horas) en niveles de bilirrubina en bebés de 6 días de edad, a término, saludables. (<i>Yamauchi y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.8.5 Estos datos muestran que a mayor frecuencia de alimentación menor niveles de bilirrubina sérica. (<i>De Carvalho y cols. Ver resumen.</i>)</p>
<p><b>9. Paso 9: No damos biberones ni chupones o chupones de distracción a los bebés que están amamantando.</b></p>	<p><i>Diapositivas</i></p> <p>4.9.1 Paso 9</p> <p>4.t Mostrar fotos de los diferentes chupones y tetinas que <u>no deben utilizarse</u> (opcional).</p> <p>4.u Mostrar la foto de varios chupones de distracción, o pacificadores, que <u>no deben utilizarse</u> (opcional).</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>4.9.2 Alternativas para los chupones y pacificadores</p> <p>4.9.3 Ilustración de alimentación con taza. Se recomienda utilizar una “taza” de vidrio o plástico polipropileno, pequeño de 50 a 100 ml. El borde de la “taza” debe ser romo, no filoso y la “taza” debe hervirse o esterilizarse.</p> <p>4. v Mostrar la foto de alimentación con taza (opcional).</p> <p>4.9.4 El uso de chupones diariamente, se asocia al destete precoz aún después de controlarse los factores de confusión. (<i>Victoria y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>Enfatizar el hecho que no se recomiendan chupones ni chupones de distracción en ningún bebé incluyendo aquellos con madres VIH positivo que hubieran escogido no amamantar.</p>
<p><b>10. Paso 10: Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital.</b></p>	<p><b>Diapositivas</b></p> <p>4.10.1 Paso 10</p> <p>4.10.2 Cita</p> <p>4.10.3 Ejemplos de apoyo</p> <p>4.10.4 Resumen de los tipos de apoyo a la lactancia. Una “doula” es una mujer que atiende y apoya a otra mujer durante el periodo perinatal. Las mujeres VIH positivo necesitan apoyo extra. Los proveedores de salud y voluntarios necesitan tener capacitación sobre cómo dar este apoyo. Si la mujer VIH+ decide amamantar, debe hacerlo exclusivamente y siguiendo las pautas de lactancia segura. Si decide por el alimento de sustitución también debe hacerlo exclusivamente y cumpliendo las pautas de la seguridad.</p> <p>4.w-z Mostrar las fotos que ilustran varios tipos de apoyo de madres, (visita domiciliaria por enfermera, grupos de apoyo a madres, y madres bailando en una comunidad durante una reunión de lactancia).</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>4.10.5 Consejeros pares capacitados afectan positivamente la duración de la lactancia exclusiva. (<i>Haider y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.10.6 Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva a las 2 semanas y a los 3 meses. (<i>Morrow y cols. Ver resumen.</i>)</p>
<p><b>11. Efectos de la combinación de Pasos</b></p>	<p>En adición, es altamente efectivo combinar los Pasos, con su aplicación, total o parcial, el hospital y la administración obtienen mejores resultados. Esto se ilustra en varios de los estudios previos. Para mayor comprensión de este aspecto se presenta la serie de Diapositivas a continuación.</p> <p>4.11.1 En un estudio al azar realizado en Belorusia se estudiaron 17,000 pares de madre-bebé, con madres que tenían la intención de amamantar; se siguieron por 12 meses. En 15 hospitales de control con sus policlínicos asociados que otorgan atención luego del alta, se pidió a los miembros del personal que continuaran sus prácticas cotidianas. En 16 hospitales experimentales y sus policlínicos asociados, se capacitó a todo el personal clínico en la iniciativa hospital amigo y cómo dar apoyo. (<i>Kramer y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.11.2 Se muestran las diferencias después de la intervención en los hospitales experimentales y en los hospitales de control.</p> <p>4.11.3 Se advierten los efectos de los cambios de un hospital amigo del niño en lactancia exclusiva a los 3 y 6 meses.</p> <p>4.11.4 Impacto de los cambios del hospital amigo del niño en ciertas condiciones de salud específicas.</p> <p>4.11.5 -En un estudio en Suiza, se analizaron los datos de 2861 bebés con edades entre los 0 – 11 meses en 145 centros de salud. Se compararon los datos de lactancia con el progreso para convertirse en Hospital Amigo del Niño</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>en cada hospital y el grado de sostenibilidad de de los criterios en los hospitales ya designados. (<i>Merten y cols. Ver resumen.</i>)</p> <p>4.11.6 Se muestra la proporción de bebés exclusivamente amamantados por 5 meses, nacidos en hospitales Amigo del Niño comparados a los nacidos en cualquier otro hospital.</p> <p>4.11.7 La duración media de la lactancia exclusiva en bebés nacidos en un hospital Amigo del Niño si el hospital demostraba buen cumplimiento de los 10 pasos, o si no. Este resultado ilustra la importancia de mantener los estándares de Amigo del Niño</p>
<b>12. Conclusión</b>	Reconocer las diferencias en opinión, barreras percibidas, soluciones innovadoras relacionadas a este tema. Estas áreas de interés se cubren en otras Sesiones..

## Resúmenes de los estudios de investigación presentados en la Sesión 4

**Nota:** En este Plan de Sesión se presentan los resúmenes para las diapositivas que tienen asterisco (que muestran información adicional relacionada con el VIH y alimentación infantil). El resumen de las demás diapositivas puede encontrarse en la versión básica del Plan de la Sesión 4.

**Diapositiva: Estudio:**

- 4.1.5 Philipp BL, Merewood A, Miller LW y col. Baby Friendly Hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.
- 4.2.4 Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.
- 4.2.5 Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *Journal of human lactation*, 1998, 14(4):283-285.
- Haider R y col Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(2):173-179
- 4.3.3 Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A and Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.
- 4.3.4 Guise, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, and Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.
- \*4.3.7 (VIH) WHO. VIH and infant feeding counselling: A training course. Participants' Manual. Geneva, Switzerland, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.4).
- 4.4.4 DeChateau P and Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.
- 4.4.5 Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81: 488-93.
- 4.4.7 Righard L and Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.
- 4.5.3 Righard L & Alade O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19 (4): 185-189.

- 4.5.4 Lu M, Lange L, Slusser W y col. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.
- 4.5.5 Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.
- 4.6.2 Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70; 205-209.
- 4.6.5 Perez-Escamilla, Sergura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, 37 (8): 1069-1078.
- \*4.6.12 (VIH) Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J and Kreiss JK, Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. *JID*, 2003, 187:736-740.
- \*4.6.13 (VIH) Coutoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia HM.; South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16: 15(3):379-87.
- \*4.6.14 (VIH) Piwoz EG, Liff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, and Humphrey JH, An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) *American Society for Nutritional Sciences*, 2005, 950-955.
- 4.7.4 Soetjiningsih and Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.
- 4.7.5 Yamauchi Y and Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 1017-1022.
- 4.8.4 Yamauchi Y and Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86 (2):171-175.
- 4.8.5 De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982, Aug;136(8):737-8.
- 4.9.4 Victora C, Behague D, Barros F y col. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.
- 4.10.5 Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002, 18:7-12.
- 4.10.6 Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J, y col. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999;353:1226-31.
- 4.11.1-4 Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED y col. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, Jan 24-31; 285(4):413-20.

- 4.11.5-7 Merten S y col. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

### Riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño

#### Diapositiva 4.3.7 (VIH)

**Referencia:** WHO, UNICEF, USAID. *VIH and infant feeding counseling tools: Reference guide*. Geneva, World Health Organization, 2005.

La explicación de los datos que se presentan en esta diapositiva se resumen de la página 14 de esta Referencia.

- Este ejemplo asume que la prevalencia de la infección de VIH entre las mujeres es de 20% (o sea 20 de cada 100 mujeres).
- La tasa de transmisión de VIH de madre a niño durante el embarazo y el parto es de aproximadamente el 20-25%. En este ejemplo se utiliza una tasa del 20. De esta manera cerca de 4 de los bebés de las 20 madres infectadas por el VIH tendrán la posibilidad de infectarse durante el embarazo o el parto.
- La tasa de transmisión a través de la lactancia es de 5-20% de los bebés que están siendo amamantados por sus madres que están infectadas por el VIH. Para este ejemplo utilizamos una tasa de 15%, como promedio. 15% de 20 es 3. De esta manera cerca de 3 de los bebés de madres VIH positivas tienen la posibilidad de infectarse por la lactancia.

#### En resumen:

- En un grupo de 100 madres en un área con una prevalencia de infección entre las madres del 20%, solo cerca de 3 bebés podrían infectarse con el VIH por la lactancia.
- 97% de los bebés no se contagiarían con el VIH de esta forma.

## Factor de riesgo: Carga viral sanguínea materna

### Diapositiva 4.6.12 (VIH)

**Referencia:** Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Kreiss JK. Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. *JID*, 2003, 187:736-740.

**Método:** El virus de la inmunodeficiencia humana virus tipo 1 (VIH-1) se transmite a través de la sangre, secreciones genitales, y leche materna. La probabilidad de transmisión heterosexual del VIH-1 por acto sexual es .0003-.0015, pero muy poco se conoce respecto al riesgo de transmisión por exposición a la leche materna. Los investigadores evaluaron la probabilidad de la transmisión de VIH-1 por la lactancia materna por litro de leche materna ingerida por día de amamantamiento en un estudio de niños nacidos de madres infectadas con VIH-1.

**Hallazgos:** La probabilidad de transmisión del VIH -1 por la lactancia fue del .00064 por litro de leche ingerido .00028 por día de lactancia. La infectividad de la leche materna fue mayor para las madres con enfermedad más avanzada, de acuerdo a la medición prenatal de los niveles plasmáticos de VIH-1 RNA y el conteo de CD4.

**Conclusión:** El estudio provee del primer estimado cuantitativo de la infectividad de la leche materna por litro de leche ingerido. La probabilidad de infección por litro del VIH-1 en leche materna de un lactante es similar en magnitud a la probabilidad más baja de transmisión heterosexual de VIH-1 por acto sexual desprotegido en adultos.



## Patrón de lactancia y el riesgo de transmisión de VIH

### Diapositiva 4.6.13 (VIH)

**Referencia:** Coutsoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia HM. South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001, Feb 16; 15(3):379-87.

**Objetivo:** Determinar el riesgo de transmisión por la modalidad de alimentación infantil.

**Diseño y escenario:** Estudio prospectivo en dos hospitales en Durban, Sud África.

**Participantes:** Un total de 551 embarazadas infectadas con el VIH-enroladas en un estudio aleatorio de vitamina A.

**Intervenciones:** Las mujeres se auto seleccionaron en dos grupos: amamantar o alimentación con fórmula después de recibir la consejería. Las que amamantaron lo hicieron en forma exclusiva por 3-6 meses.

**Medición del resultado principal:** La probabilidad acumulativa de detectar el VIH en el tiempo fue estimada utilizando los métodos de Kaplan-Meier y se compararon en tres grupos: 157 alimentados con fórmula (nunca amamantaron); 118 amamantaron exclusivamente por 3 meses o más; y 276 recibieron alimentación mixta.

**Resultados:** Los tres grupos de alimentación no tenían diferencias en ningún factor de riesgo para la transmisión, y la probabilidad de detectar el VIH en el nacimiento fue similar. La probabilidad acumulativa de detección del VIH permaneció similar entre los bebés que nunca amamantaron y que amamantaron exclusivamente hasta los 6 meses: 0.194 (IC del 95%: 0.136-0.260) y 0.194 (IC del 95%: 0.125-0.274), respectivamente, mientras que la probabilidad entre los que recibían alimentación mixta excedió ambos grupos alcanzando 0.261 (IC del 95%: 0.205-0.319) a los 6 meses. A los 15 meses, la probabilidad acumulativa de infección con el VIH se mantuvo más baja entre los alimentados exclusivamente por 3 meses o más que entre los otros tipos de lactancia (0.247 versus 0.359).

**Conclusión:** Los lactantes amamantados exclusivamente por 3 meses o más no tienen un mayor riesgo de infección más allá de los 6 meses que aquellos que nunca amamantaron. Si se confirman estos hallazgos en alguna otra parte, pueden influir las políticas de salud pública en las alternativas de alimentación disponibles para mujeres infectadas por el VIH en países en desarrollo.

## Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabue

### Diapositiva 4.6.14 (VIH)

**Referencia:** Piwoz EG, Liff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, Humphrey JH. An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) *American Society for Nutritional Sciences*, 2005, 950-955.

**Método:** La guía internacional de VIH y alimentación infantil ha evolucionado en la última década. En respuesta a estos cambios, los investigadores diseñaron, implementaron y evaluaron un programa educacional y de consejería para madres nuevas en Harare, Zimbabue. El programa se implementó en el del estudio del ZVITAMBO, en el cual se enrolaron 14,110 pares madre-bebés en las 96 horas del parto y se siguieron a los intervalos de las 6 semanas, 3 meses y luego otros 3- meses. Las madres se hicieron el test para el VIH en el momento del parto pero no quisieron conocer los resultados del examen. Se determinaron los patrones de alimentación infantil utilizando datos provistos hasta los 3 meses. Se llevo a cabo una investigación formativa para guiar el diseño del programa que incluyo un grupo de educación, consejería individual, videos y folletos. El programa se introdujo en un periodo de 2-meses: 11,362, 1311, y 1437 mujeres se enrolaron en el estudio antes, durante y después de este periodo. La lactancia exclusiva se recomendó a las madres con estado de VIH desconocido o negativo VIH y para las madres VIH-positivo que eligieron amamantar. Se aplico un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre VIH y la exposición al programa a 1996 madres enroladas después de haberse iniciado el programa.

**Hallazgos:** El conocimiento del VIH mejoró con el incremento de la exposición al programa. Las madres que se enrolaron cuando el programa se estaba implementando completamente tenían 70% de probabilidades de conocer su estado de VIH antes (<3 meses) y 8.4 veces más posibilidad de amamantar exclusivamente que las madres que se enrolaron antes que comience el programa.

**Conclusión:** La investigación formativa ayudó en el diseño de una intervención culturalmente sensitiva. La intervención incremento el conocimiento relevante y mejoro las prácticas de alimentación entre las mujeres que no conocían su estado de VIH previamente.

## Presentación de la Sesión 4 (VIH)

### Pruebas científicas para los "Diez Pasos" en lugares con prevalencia alta de VIH

#### Resumen Global de la epidemia del VIH/SIDA, 2005

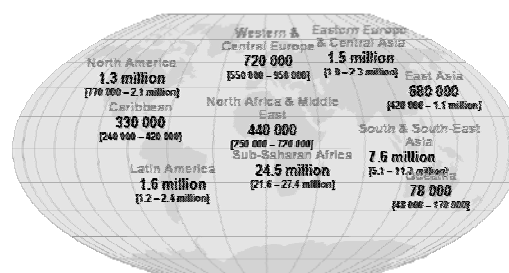
Número de personas que viven con VIH/SIDA	<b>Total</b>	<b>38.6 millones (33.4 – 46.0 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>36.3 millones (31.4 – 43.4 millones)</b>
	<b>Mujeres</b>	<b>17.3 millones (14.8-20.6 millones)</b>
Personas recientemente infectadas con VIH en 2005	<b>Total</b>	<b>4.1 millones (3.4-6.2 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>3.6 millones (3.0-5.4 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>540 000 (420 000 - 670 000)</b>
Muertes por SIDA en 2005	<b>Total</b>	<b>2.8 millones (2.4-3.3 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>2.4 millones (2.0-2.8 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>380 000 (290 000 - 500 000)</b>

Los rangos de los estimados en esta tabla definen los límites de las cifras actuales basado en el mejor información disponible.

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.1 (HIV)

#### Estimación de los adultos y niños que están viviendo con el VIH, 2005



**Total: 38.6 (33.4 – 46.0) millones**

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005

Diapositiva 4.Intro.2 (HIV)

#### Estadística regional para el VIH en mujeres, 2005

Región	# de mujeres (15-49) que viven con VIH	% de Adultos VIH+ que son mujeres
África Sub-Sahariana	13.5 millones	57%
África del N y Medio Este	220,000	47%
Asia del S. & S.A.	1.9 million	26%
Asia del Este	160,000	18%
Oceania	39,000	55%
Latinoamérica	580,000	32%
Caribe	140,000	50%
Europa del Este y Asia Central	440,000	28%
Europa O y C.	190,000	27%
Norte America	300,000	25%
<b>TOTAL</b>	<b>17.5 million</b>	<b>46%</b>

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.3 (HIV)

#### Diez Pasos para una lactancia exitosa

**Paso 1. Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.1.1

#### Política de lactancia

*¿Por qué tener una política?*

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse

Transparencia 4.1.5

#### Política de lactancia

*¿Qué debe incluir?*

- Como mínimo, debe incluir:
  - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
  - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
  - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos

Transparencia 4.1.6

### Política de lactancia

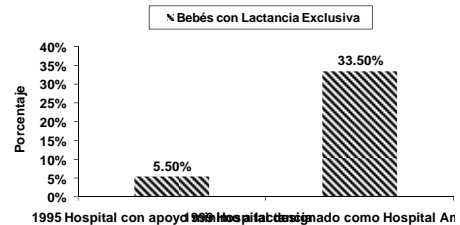
¿Cómo debe presentarse?

Debe estar:

- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés

Transparencia 4.1.7

### Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna después de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

Transparencia 4.1.8

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

**Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.2.1

### Áreas de conocimiento

- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

Transparencia 4.2.2

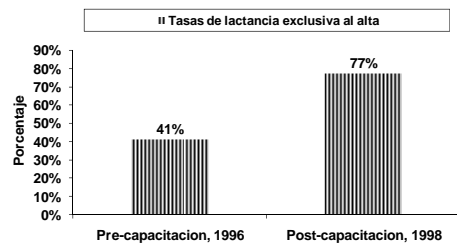
### Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

Capacitar al personal en:

- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de "salpicado" (hacer que madres que son HIV – o desconocen su estado escogan alimento de sustitución cuando la lactancia es menos riesgosa)

Transparencia 4.2.3

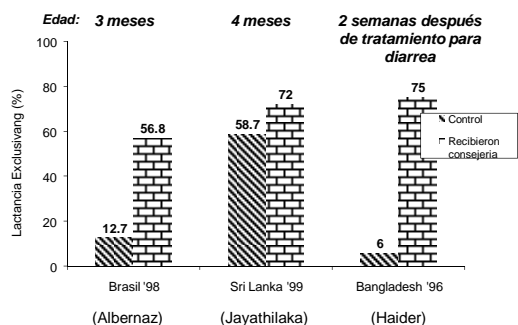
### Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Transparencia 4.2.4

**Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva**



Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas p<0.001. De: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

Transparencia 4.2.5

**Qué otros profesionales en salud además del personal del área perinatal influyen en el éxito de la lactancia?**

Transparencia 4.2.6

**Diez Pasos para una lactancia exitosa**

**Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

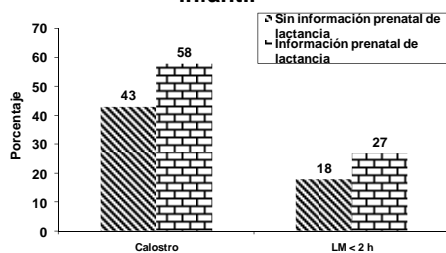
Transparencia 4.3.1

**La educación prenatal debe incluir:**

- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en HIV
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Prueba voluntaria y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de formula

Transparencia 4.3.2

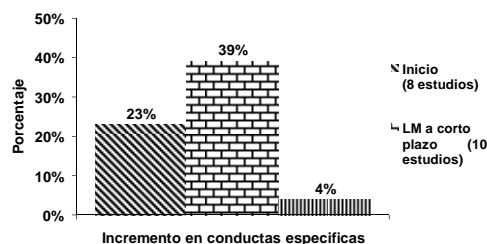
**Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil**



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

Transparencia 4.3.3

**Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia**



Adaptado de Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

Transparencia 4.3.4

### ¿Por qué el test de VIH en el embarazo?

- Si es VIH negativo
  - Puede recibir consejería en conductas de prevención y reducción de riesgo
  - Puede recibir consejería en lactancia exclusiva
- Si es VIH positivo
  - Puede aprender las formas de reducir el riesgo de la transmisión de madre a niño en el embarazo, durante el parto y durante la alimentación infantil
  - Puede manejar mejor la enfermedad y luchar por una vida "positiva"
  - Puede planificar la alimentación infantil mas segura y el seguimiento del bebe.
  - Puede decidir por el aborto (si es una opción legal) y evitar fertilidad futura
  - Puede decidir comunicar su estado a la pareja /familiar para buscar apoyo



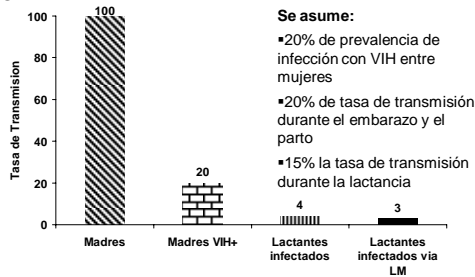
Diapositiva 4.3.5 (HIV)

### Definición de alimentación de sustitución

- El proceso, en el contexto de VIH/SIDA, de alimentar a un bebe, que no esta recibiendo en absoluto leche materna, con una dieta que provea de todos los nutrientes que el niño necesita.
- Durante los seis primeros meses debe ser un leche sucedánea adecuada – una fórmula comercial, o fórmula preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes.
- Después de seis meses, debe ser un sucedáneo de la leche materna adecuado con alimentación complementaria preparada adecuadamente de la dieta familiar y enriquecida con nutrientes, administrada tres veces al día. Si no hubiera disponibilidad de sucedáneos de la leche materna adecuados, posteriormente se debe utilizar alimentos caseros enriquecidos y darse cinco veces al día.

Diapositiva 4.3.6 (HIV)

### Riesgo de transmisión de VIH de madre a niño



**Se asume:**

- 20% de prevalencia de infección con VIH entre mujeres
- 20% de tasa de transmisión durante el embarazo y el parto
- 15% la tasa de transmisión durante la lactancia

Basado en los datos De HIV & infant feeding counselling tools: Reference Guide. Geneva, World Health Organization, 2005.

Diapositiva 4.3.7 (HIV)

### Recomendaciones de la OMS sobre alimentación infantil para las mujeres VIH+

Cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda evitar toda forma de lactancia para las madres VIH+

De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida.

Para minimizar el riesgo de transmisión del VIH, la lactancia debe descontinuarse tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y el riesgo de la alimentación de sustitución (incluyendo el riesgo de otras infecciones que no sean VIH y malnutrición)

WHO, New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO technical consultation ... Geneva, 11-13 October 2000. Geneva, World Health Organization, 2001, p. 12.

Diapositiva 4.3.8 (HIV)

### Recomendaciones para la alimentación infantil y VIH

#### Si el estado de VIH de la madre es desconocido:

- Aliente a la mujer para que se haga el examen y reciba la consejería
- Promocione las prácticas óptimas de alimentación (LM exclusiva por 6 meses, introducción de alimentos complementarios apropiados alrededor de los 6 meses y continuar la LM hasta los 24 meses o mas)
- Orientar a la madre y su pareja sobre como evitar la exposicion al VIH

Adaptado de WHO/Linkages. Infant and Young Child Feeding: A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes. Geneva, World Health Organization, 2003 (Annex 10, p. 137).

Diapositiva 4.3.9 (HIV)

#### Si el estado de VIH de la madre es negativo:

- Promocione las practicas de alimentación optimas (ver arriba)
- Oriente a la mujer y su pareja sobre como evitar la exposicion al VIH.

#### Si la madre es VIH positivo:

- Proveer el acceso a los medicamentos anti-retrovirales para prevenir TMN y referir a la madre para la atención y tratamiento de su propia salud
- Proveer de consejería sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación, incluyendo la aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad (AFASS) de las diferentes opciones.
- Ayudar a la mujer a escoger la opción mas apropiada
- Proveer de seguimiento consejería para apoyar a la madre en la opción de alimentación que escoja.

Diapositiva 4.3.10 (HIV)

## Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.4.1

## Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):

“Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofrecer ayuda si es necesario.”

Transparencia 4.4.2

## Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal ¿Por que?

- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

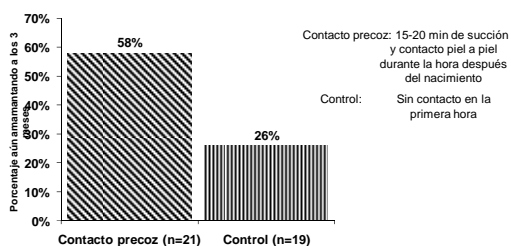
Transparencia 4.4.3

## Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal ¿Cómo?

- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora

Transparencia 4.4.4

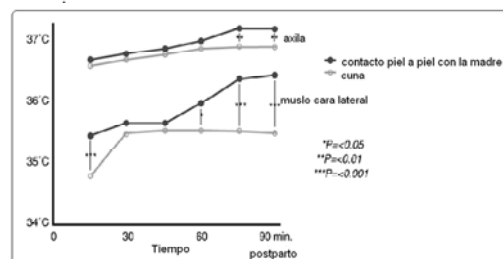
## Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

Transparencia 4.4.5

## Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



Adaptado de Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

Transparencia 4.4.6

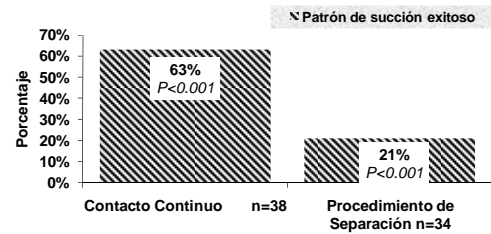
### Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
α-Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

De: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th ed. St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

Transparencia 4.4.7

### Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

Transparencia 4.4.8

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

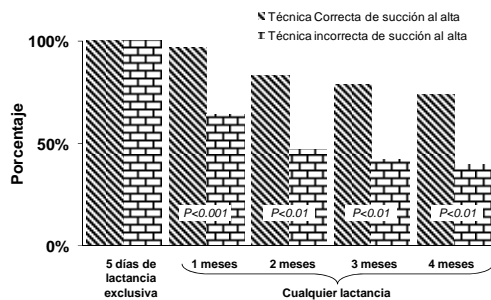
Transparencia 4.5.1

“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia.”

De: Woolridge M. The "anatomy" of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

Transparencia 4.5.2

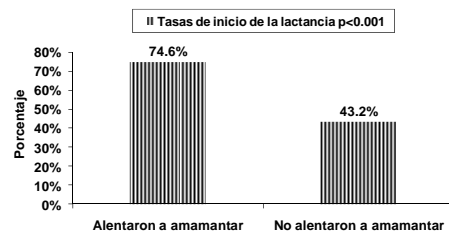
### Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



Adaptado de Righard L, Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

Transparencia 4.5.3

### Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia

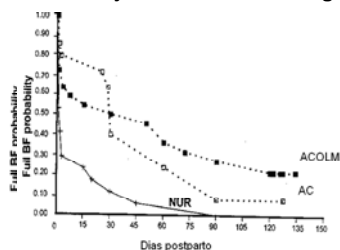


Adaptado de Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology* 2001, 97:290-295.

Transparencia 4.5.4



### Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mejicanas urbanas de ingresos bajos



NUR, sala de RN, n=17  
 AC, alojamiento conjunto, n=15  
 AC OLM, alojamiento conjunto más orientación en lactancia, n=22  
 NUR significativamente diferente de AC (p<0.05) y ACOLM (p<0.05)

De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.

Transparencia 4.5.5

### Producción y demanda

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche remocionada en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.

Transparencia 4.5.6

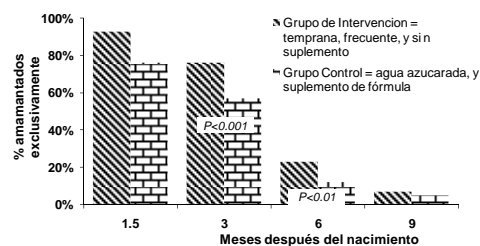
### Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.6.1

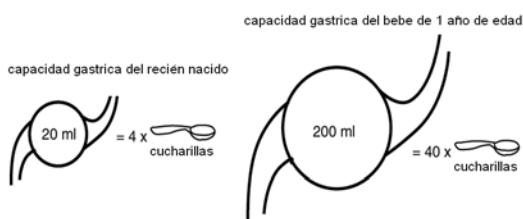
### Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad



Adaptado de Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

Transparencia 4.6.2

### La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



Adaptado de Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood, Fourth Edition*. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

Transparencia 4.6.3

### Impacto de la suplementación con fórmula de rutina

Disminución de la frecuencia o efectividad de la succión

↓

Disminución de la cantidad de leche removida de los pechos

↓

Producción de leche tardía o producción reducida

Algunos bebés tienen dificultad en el agarre si se administra la fórmula en biberón

Transparencia 4.6.4

**Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de Méjico**

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos (p<0.05)
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebe.

De: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. Soc Sci Med, 1993, (8):1069-78.

Transparencia 4.6.5

**Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente**

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

**Nota: Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a1400 mOsm/kg.**

De: Breastfeeding and the use of water and teas, Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.

Transparencia 4.6.6

**Médicamente indicado**

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.

Transparencia 4.6.7

**Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución**

**Condiciones en el bebé:**

- Lactantes que no pueden AM pero pueden recibir LM incluye a los muy débiles, los que tienen dificultad para succionar o que tienen anomalías en cavidad oral, o son separados de su madre.
- Lactantes que necesitan otros nutrientes además de la LM incluye a pre términos de peso muy bajo, bebés con hipoglucemia, o aquellos deshidratados y desnutridos cuando la LM solamente no es suficiente.
- Lactantes con galactosemia no deben recibir LM ni los sucedáneos corrientes. Necesitarán una fórmula libre de galactosa.
- Lactantes con fenilcetonuria puede ser amamantado y luego recibir fórmula sin fenilalanina.

UNICEF, Curso e instrumentos de evaluación de la IHAN revisados, 2006

Transparencia 4.6.8

**Condición Materna :**

- La LM se debe suspender durante la terapia si una madre esta utilizando antimetabolitos, yodo radioactivo, y algunas medicaciones antitiroideas.
- Algunas medicaciones pueden causar mareo u otros efectos colaterales en los bebés, y deben sustituirse durante la lactancia.
- LM continua siendo el alimento de elección para la mayoría de los bebés aun con uso de tabaco, alcohol y drogas. Sin embargo si la madre utiliza drogas endovenosas la LM no esta indicada.
- Se recomienda evitar absolutamente la lactancia si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible, y segura. De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva en los primeros meses y se descontinúa en ciertas condiciones. No se recomienda la alimentación mixta.

Transparencia 4.6.9

**Condición Materna (continúa):**

- Si la madre esta débil, se le puede ayudar a colocar el bebe al pecho para que amamante.
- No se recomienda la LM cuando la madre tiene absceso mamario, pero debe extraerse la leche, y reiniciar la LM una vez drenado el absceso e iniciado el tratamiento con antimicrobianos. El amamantamiento continua del pecho no afectado.
- Las madres con lesiones herpéticas en sus pechos, deben abstenerse de amamantar hasta que las lesiones activas se hubieran resuelto.
- Se desalienta la LM en madres con Leucemia por virus humano de leucemia T, si existen opciones seguras y factibles disponibles.
- Se mantiene la LM con hepatitis B, TB y mastitis, con el tratamiento del cuadro de base apropiado.

Transparencia 4.6.10

**Factores de riesgo para la transmisión de VIH durante la lactancia\***

**Madre**

- Salud y estado inmunitario
- Carga viral plasmática
- Virus en la leche materna
- Inflamación de la mama (mastitis, absceso, grietas en pezón)
- Nueva infección VIH

**Lactante**

- Edad (primer mes)
- Duración de la lactancia
- LM no exclusiva
- Lesiones en la boca, intestino
- Pre-maturidad, peso bajo al nacer
- Factores genéticos – huésped/virus

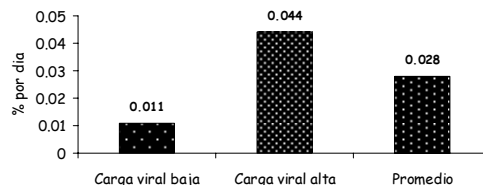
\* También conocido como transmisión postnatal del VIH (TPN)

HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence. Geneva, World Health Organization, 2004 (summarized by Ellen Piwoz).

Transparencia 4.6.11 (VIH)

**Factor de riesgo:  
Carga viral sanguínea materna**

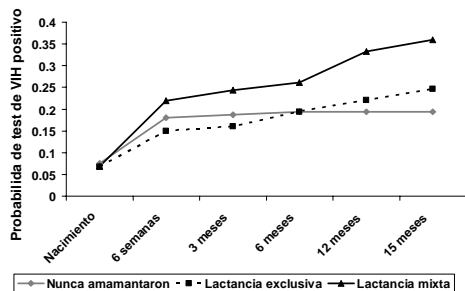
**Riesgo de transmisión de VIH por día de LM en Nairobi, Kenya (%)**



De: Richardson et al. Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers, *JID*, 2003 187:736-740 (adapted by Ellen Piwoz)

Transparencia 4.6.12 (HIV)

**Patrón de alimentación y riesgo de transmisión de VIH**



De: Coutsoudis et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 De mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study De Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

Transparencia 4.6.13 (HIV)

**Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabue**

**Elementos de lactancia mas segura:**

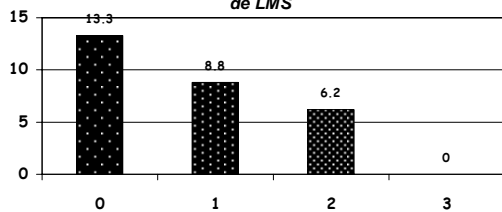
- Lactancia exclusiva
- Posición y agarre para amamantar apropiados para minimizar el riesgo de patología de mama.
- Buscar atención médica rápida para los problemas del pecho
- Practicar sexo seguro

Piwoz et al. An education and counseling program for preventing breastfeeding-associated HIV transmission in Zimbabwe: Design & Impact on Maternal Knowledge & Behavior *Amer. Soc. for Nutr Sci* 950-955 (2005)

Transparencia 4.6.14 (HIV)

**La exposición a la intervención de una lactancia segura (LMS) se asoció con la reducción de la transmisión postnatal (TPN) en madres que no conocían su condición de VIH**

*Transmisión (%) acumulativa de TPN de VIH de acuerdo a la exposición registrada al programa de LMS*



N=365; p=0.04 en la prueba de tendencia. Cada contacto de una intervención adicional se asoció con una reducción del 38% en la TPN después de ajustar para el valor materno de CD4

Piwoz et al, en preparación, 2005.

Transparencia 4.6.15 (HIV)

**Diez Pasos para una lactancia exitosa**

**Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.7.1

## Alojamiento Conjunto

La disposición de un hospital por la cual los binomios madre-bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño

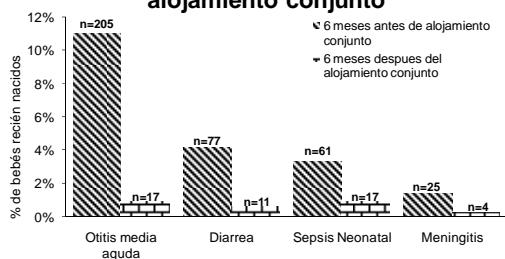
Transparencia 4.7.2

## Alojamiento conjunto ¿Por qué?

- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

Transparencia 4.7.3

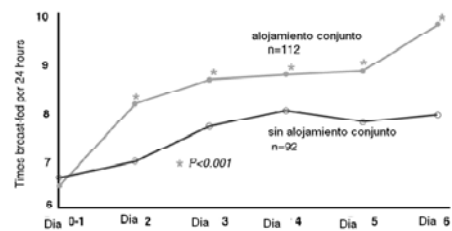
## Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

Transparencia 4.7.4

## Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

Transparencia 4.7.5

## Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.8.1

## Lactancia a demanda:

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión.

Transparencia 4.8.2

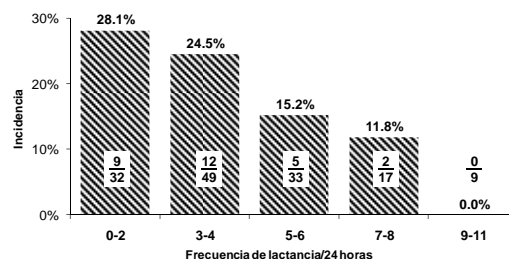
### A demanda, lactancia irrestricta ¿Por qué?

- Pasaje temprano del meconio
- Pérdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparencia 4.8.3

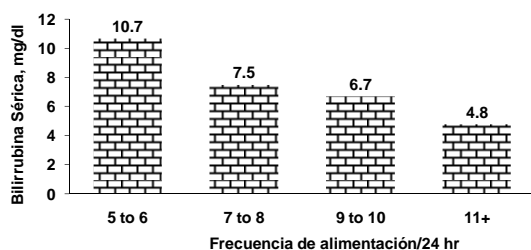
### Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparencia 4.8.4

### Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child* 1982; 136:737-738.

Transparencia 4.8.5

### Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 9. No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.9.1

### Alternativas al chupón

- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

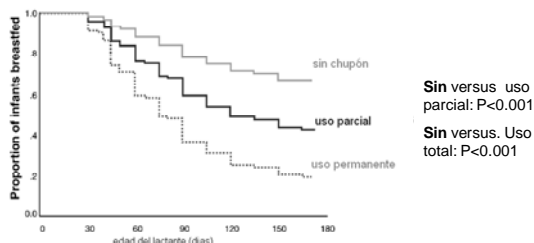
Transparencia 4.9.2

### Alimentación del bebé con taza



Transparencia 4.9.3

**Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad**



De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

Transparencia 4.9.4

**Diez Pasos para una lactancia exitosa**

**Paso 10. Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupos a su alta.**

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.10.1

**“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”**

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp. 62-74, 1993.

Transparencia 4.10.2

**El apoyo puede incluir:**

- Visita postnatal temprana o visita en la clínica
- Visita domiciliaria
- Llamadas telefónicas
- Servicios comunitarios
  - Clínica externa de lactancia
  - Programas de consejería de pares
- Grupos de apoyo a la madre
  - Ayudar a formar nuevos grupos
  - Coordinar el trabajo con los grupos que estén trabajando
- Sistema de apoyo familiar

Transparencia 4.10.3

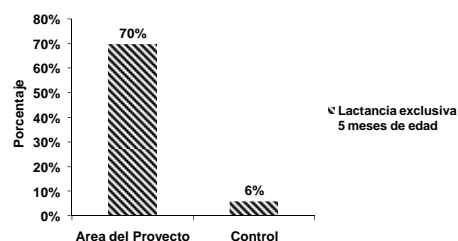
**Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres**

- Tradicional
  - familia extendida
  - dulas definidas culturalmente
  - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
  - Auto formado
    - por madres
    - por profesionales de salud involucrados
  - A través del gobierno :
    - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
    - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC) y parteros tradicionales capacitados (PTCs)

From: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Transparencia 4.10.4

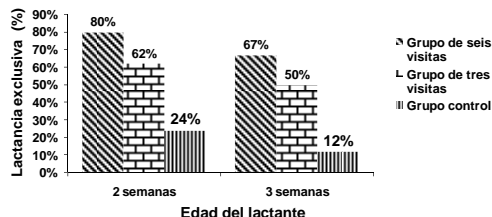
**Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva**



Adaptado de Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

Transparencia 4.10.5

**Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva**



De: Morrow A, Guerrero ML, Shultz J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

Transparencia 4.10.6

**Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)**

- Estudio aleatorio en Belarussia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.
- En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.
- En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa de hospital amigo.

Adaptado de Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Transparencia 4.11.1

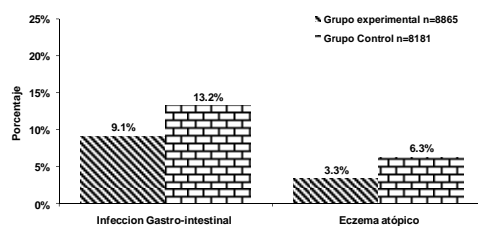
**Diferencias luego de la intervención**

Hospitales Control:	Hospitales Experimentales:
▪ Separación madre-RN de rutina al nacimiento	▪ Madres y bebés juntos desde nacimiento
▪ Envoltura ajustada de pañal de rutina	▪ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel
▪ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina	▪ Alojamiento conjunto las 24 horas
▪ Técnicas de posición y agarre incorrectas	▪ Técnicas de posición y agarre correctas
▪ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón	▪ Sin suplementación
▪ Alimentación con horario cada 3 hrs	▪ Lactancia a demanda
▪ Uso rutinario de chupones	▪ No se utilizaron chupones
▪ Sin apoyo en lactancia al alta	▪ Apoyo a la lactancia en policlínicos

Communication from Chalmers and Kramer (2003)

Transparencia 4.11.2

**Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas**

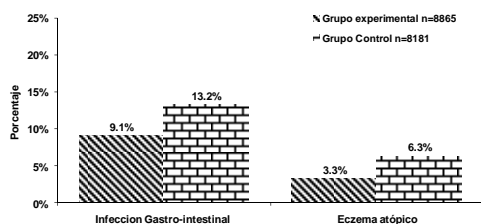


Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

Adaptado de Kramer et al. (2001)

Transparencia 4.11.4

**Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas**



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

Adaptado de Kramer et al. (2001)

Transparencia 4.11.4

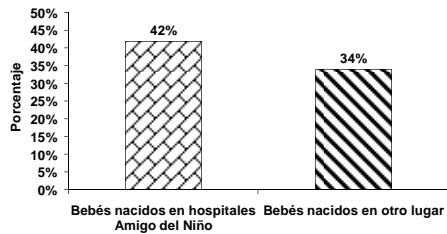
**La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigos del Niño en la duración de la lactancia en Suiza**

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.5

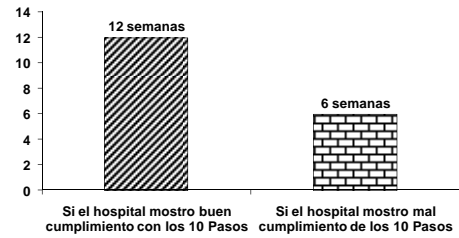
**Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza**



.Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.6

**Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales Amigo del Niño-- Suiza**



.Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.7



## **Alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH<sup>1</sup>**

### **Antecedentes**

La lactancia de las madres VIH-positivo es una vía importante de transmisión del VIH, pero no amamantar acarrea un riesgo significativo para la salud de los lactantes y de los niños pequeños. La lactancia es vital para la salud de los niños, reduce el impacto de muchas enfermedades infecciosas y previene algunas enfermedades crónicas. A la luz de este dilema, el objetivo de los servicios de salud debe ser el de proteger, promover y apoyar la lactancia como la mejor elección de alimentación infantil para todas las mujeres en general, mientras se da consejería especial y apoyo a las madres VIH-positivo y sus familias, para que tomen la decisión para alimentar mejor a sus bebés en relación al VIH.

Para lograr este objetivo se necesita la organización de los servicios para:

- reconocer la necesidad de proteger la supervivencia infantil y el desarrollo, y no solo prevenir la transmisión del VIH.
- incorporar la intervención de la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (ver la sección 2.1 y el anexo 3)
- prevenir la infección de VIH en la mujer y su pareja para darles información y promoción de conductas sexuales seguras y responsables y prácticas, incluyendo el retraso del inicio de la actividad sexual, practicar la abstinencia, reducir el número de parejas sexuales y utilizar condón, así como la detección precoz y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ITSs)
- alentar el uso de los servicios de atención pre-natal, planificación familiar y atención prenatal (APN) para las mujeres en edad reproductiva incluyendo, en particular, a las mujeres y sus parejas en las cuales uno o ambas personas están infectados con el VIH-
- incluir los siguientes servicios como parte del paquete de APN:
  - provisión de información acerca de la lactancia y alimentación complementaria
  - prevención de la infección por VIH
  - manejo de las ITS
  - consejería sobre las prácticas sexuales seguras
  - prueba de VIH y consejería

---

<sup>1</sup> Adaptado de OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA: VIH y alimentación infantil: Guía para gerentes y supervisores de la atención de salud (revisada). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003, pp 3-7.

- otras intervenciones para reducir la transmisión de VIH
- proveer y promocionar la prueba de VIH y la consejería para toda la población.
- para las mujeres VIH-positivo, proveer de consejería continua y apoyo para ayudarles a tomar la decisión de alimentación para su bebe y llevarla a cabo.
- para las mujeres VIH- negativa y las mujeres con estado de VIH desconocido, brindar apoyo para la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, con lactancia continuada por dos años o más, con la introducción adecuada y apropiada de alimentación complementaria desde los seis meses.
- prevenir el efecto de “dispersión” del alimento de sustitución
- observar, implementar y monitorizar el Código de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna. El Código es relevante a, y cubre completamente la necesidad de la madre que es VIH positivo.
- considerar el apoyo para la alimentación del lactante y niño pequeño como parte de la atención continua y los servicios de apoyo para todas las mujeres, especialmente las mujeres VIH-positivo, tomando en cuenta la importancia crítica de la madre como cuidadora de su bebé.
- brindar atención y apoyo a la mujer embarazada, madres y sus bebés.
- promover un entorno facilitador para la mujer que vive con el VIH, mediante el fortalecimiento del apoyo comunitario y reducción del estigma y discriminación.

**Proteger, respetar y cumplir con los derechos humanos**

Proteger, respetar y cumplir con los derechos humanos en relación al VIH implica que:

- Todas las mujeres y hombres, independientemente de su estado de VIH, tienen el derecho de determinar el curso de su vida sexual y reproductiva, y a tener acceso a la información y servicios que les permita protegerse y proteger la salud de su familia.
- Los niños tienen el derecho de supervivencia, al desarrollo y a la salud
- Una mujer tiene el derecho a tomar su decisión respecto a la alimentación infantil en base a una información completa, y a recibir apoyo para el curso de acción que ella elija.
- Las mujeres y las niñas tienen el derecho a la información acerca del VIH/SIDA y el acceso a los medios de protección contra la infección de VIH.
- Las mujeres tienen el derecho a acceder a la prueba voluntaria y confidencial del VIH, así como a la consejería para conocer su estado de VIH.
- Las mujeres tienen el derecho a decidir no ser examinadas, o a negarse a conocer el resultado de la prueba de VIH

Estos principios se derivan de los derechos humanos internacionales, incluyendo la Convención de sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de las Mujeres (1979) y la convención de los Derechos del Niño.

## Introducción

Adoptada en el año 2002, La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (Anexo 3) claramente establece que, como una recomendación de salud pública, los recién nacidos deben ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida para alcanzar el crecimiento óptimo, desarrollo y salud. Después, los lactantes deben recibir alimentación complementaria nutricionalmente adecuada y segura, mientras se continúa con la lactancia por dos años o más. Sin embargo, la alimentación de los niños que viven en circunstancias excepcionalmente difíciles por haber nacido de una madre VIH positivo amerita consideración especial y apoyo.

Esta sección expone la información de los riesgos de la transmisión del VIH a través de la lactancia, los riesgos de no amamantar, y las metas y enfoques para la prevención de la infección de VIH en lactantes y niños pequeños. En base a esta información los gerentes deben:

- tener conocimiento completo sobre los beneficios a la población y riesgos de todas las opciones de alimentación de las mujeres VIH-positivo
- tener en cuenta las metas globales y enfoque relacionado a la prevención de la infección por VIH en lactantes y niños pequeños.
- Aplicar esto a la planificación de programas y su implementación.
- Mantener en mente que el objetivo ulterior es reducir la morbilidad y mortalidad infantil y de la niñez en la población general y específicamente en la población infectada por el VIH.

### 1.1 Riesgo de la infección por VIH en lactantes y niños pequeños

De lejos la principal vía de infección en niños pequeños es la transmisión de la madre a su hijo. El virus puede ser transmitido durante el embarazo, trabajo de parto y parto, o través de la lactancia.

Cerca de dos tercios de recién nacidos de madres infectadas con el VIH no se infectarán, aun sin intervención alguna como la profilaxis anti retroviral o la cesárea. Cerca del 15–30% de los recién nacidos de madres infectadas por el VIH, se infectaran durante el embarazo o durante el parto, y el 5–20% puede infectarse durante la lactancia<sup>2</sup> (ver tabla).

---

<sup>2</sup> Pocos estudios dan información sobre el tipo de lactancia (exclusiva o mixta). En la mayoría de los casos, se asume la alimentación mixta

**Riesgo estimado y momento en el que ocurre la transmisión de madre a niño del VIH en ausencia de intervenciones<sup>3</sup>**

Momento en el que ocurre la transmisión	Tasa de transmisión
Durante el embarazo	5–10%
Durante el trabajo de parto y parto	10–20%
Durante la lactancia	5–20%
Total sin lactancia	15–30%
Total con lactancia hasta los 6 meses	25–35%
Total con lactancia de 18 a 24 meses	30–45%

Evidencia de transmisión a través de la leche materna:

- El virus se ha encontrado en la leche materna, y las mujeres con virus detectable tienen más posibilidades de transmitir infección en comparación a las mujeres que no tienen el virus detectable.
- Se ha reportado infección por VIH en bebés amamantados de madres que no estaban infectadas con el VIH durante embarazo o en el parto pero se infectaron mientras amamantaban, ya sea mediante la transfusión de sangre infectada o a través de la transmisión sexual.
- Los recién nacidos de madres no infectadas con el VIH fueron infectados a través de la leche de una nodriza infectada con el VIH- , o a través de la leche de donadoras no analizadas.
- Los recién nacidos nacidos sin infección de madres infectadas con el VIH que se diagnosticaron como sin infección a los seis meses de edad, se infectaron después, con la lactancia como el único factor de riesgo concurrente.

**1.2 Factores de riesgo de la transmisión de VIH por la lactancia**

Un número de factores incrementa el riesgo de la transmisión de VIH a través de la lactancia:

- **Infección reciente con el VIH** –una mujer infectada con el VIH durante el parto o mientras amamanta tiene más posibilidades de transmitir el virus a su bebé.
- **Progresión de la enfermedad** – de acuerdo al conteo bajo de CD4 o carga viral plasmática alta ARN, con o sin síntomas clínicos severos
- **Afecciones de pecho** – mastitis sub-clínica o clínica, grietas o sangrado del pezón, o un absceso mamario
- **Candidiasis oral** – en el lactante
- **Duración prolongada de la lactancia** –los lactantes continúan en riesgo de infección mientras estén expuestos a la leche contaminada con VIH.

<sup>3</sup> Adaptado de: De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, y col. Prevention of mother-to-child VIH transmission in resource-poor countries – Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283: 1175-82.

- **Deficiencias de micronutrientes en la madre** – aunque la evidencia en este punto es débil.

El modo de lactancia también puede afectar el riesgo de transmisión del VIH: la lactancia exclusiva tiene menos posibilidad de transmitir el VIH que la alimentación mixta.

### **1.3 Riesgos para la salud de los bebés no amamantados**

Los riesgos asociados de no amamantar varían con el medio ambiente – por ejemplo, con la disponibilidad de alimentos de sustitución adecuados y agua potable. También varía con las circunstancias individuales de la madre y su familia, incluyendo su educación y estatus económico.

La falta de lactancia, comparada con lactancia mixta, expone al niño a un mayor riesgo de desnutrición e infecciones que ponen en riesgo la vida del lactante que no son por VIH, especialmente en el primer año de vida, y la lactancia exclusiva aparenta ofrecer mayor protección contra la enfermedad en comparación a la ausencia de lactancia. Este es el caso especial en los países en desarrollo, donde la mitad de las muertes en menores de cinco años se asocian con la malnutrición. El no amamantar durante los primeros dos meses de edad se asocia también, en los países pobres, con un incremento seis veces mayor de la mortalidad por enfermedades infecciosas. El riesgo cae a menos de tres veces a los seis meses, y continúa disminuyendo con el tiempo.

### **1.4 Enfoque actual de la prevención de la transmisión por VIH en mujeres embarazadas madres y sus niños.**

Reducir la transmisión de VIH a las mujeres embarazadas, madres y sus niños incluyendo la transmisión por lactancia, deberá ser parte de un enfoque integral a la prevención del VIH, atención y apoyo, atención y apoyo prenatal, perinatal, postnatal. Las políticas deben servir a los mejores intereses de la madre y el bebé como un binomio, en vista del vínculo crítico entre la sobrevivencia de la madre y la del niño. Estas políticas deben reflejar los objetivos estratégicos del gobierno y sus compromisos ante la Asamblea de Declaración de Compromiso para el VIH/SIDA de la Asamblea de las Naciones Unidas, que estableció la meta: “Para el 2005, reducir la proporción de lactantes infectados por el VIH en 20 por ciento, y en 50 por ciento para 2010”, y en la Sesión Especial para la Niñez de la Asamblea General de las Naciones Unidas que fijó el objetivo de la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez en un tercio para el 2010.

El enfoque estratégico de las Naciones Unidas para la prevención de la transmisión del VIH en mujeres embarazadas, madres y sus bebés, tiene cuatro partes: 1) prevención de la infección por VIH especialmente en las mujeres jóvenes y embarazadas, 2) prevención de embarazos no deseados entre mujeres infectadas por el VIH; 3) prevención de la transmisión del VIH de mujeres infectadas por el VIH a sus hijos, y 4) provisión de la atención, tratamiento y apoyo a mujeres infectadas con el VIH, sus bebés y familias. Las partes 3 y 4 consideran la prevención de la transmisión a través de la lactancia.

Los programas de prevención de la infección por VIH en mujeres embarazadas, mujeres y sus niños, incluyendo la infección por la lactancia, dirigida primariamente a la parte 3 tiene una variedad de componentes, pero incluye en general:

- La incorporación de la prueba de VIH y la consejería de rutina en la atención prenatal;
- Asegurarse que la atención prenatal incluye el manejo de las enfermedades sexualmente transmisibles, sexo seguro, incluyendo la promoción de fidelidad, reduciendo el número de parejas sexuales y la provisión de condones

- Profilaxis con drogas antirretrovirales a las mujeres infectadas con el VIH- y en algunos regímenes a sus bebés;
- Practicas obstétricas seguras;
- Consejería en alimentación infantil y apoyo, incluyendo la promoción de la lactancia exclusiva por mujeres que no están contaminadas con el VIH y las mujeres que no conocen su condición de VIH
- Seguimiento y apoyo a la mujer infectada por el VIH, sus hijos y su familia.

- Hoja didáctica 4.7 (VIH)

## **Política de Alimentación Infantil: Hospital de Rusape Hospital, Zimbabue<sup>4</sup>**

### **OBJETIVO**

Proteger, promover, y apoyar las prácticas de lactancia en el Hospital de Rusape.

### **POLITICA**

#### ***CAPACITAR A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL RUSAPE***

- Todo trabajador de salud debe ser capacitado en la importancia de la lactancia y sus ventajas
- Todo personal de salud debe ser capacitado en:
  - (a) Manejo de Lactancia (22 horas con 3 horas de práctica clínica)
  - (b) Prevención de la transmisión de madre a hijo
  - (c) Lactancia Materna, Consejería en VIH y Alimentación Infantil (curso de 44-horas con 8 horas de práctica clínica y 4 horas de práctica clínica en medir, preparar, utilizar, leche artificial y su costo).
- Todo trabajador de salud debe conocer la política de alimentación infantil.

#### ***EDUCACION EN SALUD DURANTE EL EMBARAZO***

- Eduque a la madre en:
  - a) Nutrición
  - b) Importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida
  - c) Peligros de la alimentación mixta
  - d) Ventajas y beneficios de la lactancia y la leche humana
  - e) Introducción oportuna de la alimentación complementaria
  - f) Posición y agarre del pecho
  - g) Manual de extracción de leche
  - h) Prevención de la transmisión de madre a hijo
    - Modo de transmisión del VIH
    - Prueba y Consejería voluntarias
    - Antirretrovirales
    - Opciones de alimentación infantil
  - i) Nutrición and VIH/SIDA
  - j) Efectos colaterales de fumar y beber alcohol

---

<sup>4</sup> Utilizado con el permiso de Rufaro Madzima, Jefe de Nutrición, Ministerio de Salud y bienestar Infantil, Zimbabue.



- Documentación:
  - a) Documentar lo enseñado respecto a la alimentación infantil en el registro de Atención Prenatal
  - b) Entregar a los usuarios trípticos y volantes.

### ***PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL***

- Iniciar la alimentación infantil a todos los recién nacidos en la hora post parto dependiendo de las condiciones de la madre y el bebé.
- Todas las madres sin consideración de su condición de VIH deben apoyarse y ayudarse para su apego piel a piel después del parto dependiendo de las condiciones de la madre y el bebé.(Cesar).
- Los trabajadores de salud deben dar asistencia cuando sea necesario.
- Las madres que amamantan son alentadas para dar calostro a sus bebés, que es rica en nutrientes requeridos por el bebé.

### ***POSICION, APEGO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA***

- Una buena posición y un buen agarre del bebé al pecho es importante para prevenir algunas afecciones del pecho como ser los pezones agrietados w irritados, asegurar leche suficiente y otras afecciones del pecho.
- Las madres que están amamantando deberían estar en una posición confortable ya sea de sentadas o durmiendo.
- Todos los bebés amamantados deberían alimentarse a demanda a demanda. Los bebés nacidos pre- término y los bebés enfermos deberían recibir leche materna exclusivamente extraída en una taza o mediante una sonda naso gástrico.
- Las necesidades individuales del bebé no lactante deberían ser respetadas y obedecidas.
- Debería alentarse la alimentación por taza a los bebés que no amamantan.

### ***LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA***

- Todos los bebés menores a los seis meses (6/12) debería recibir una lactancia materna exclusiva, por ejemplo. dando sólo leche materna, sin otros alimentos o fluidos, inclusive agua, a menos que sea por una indicación médica.
- Esos bebés no lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con la comida /opción reemplazante elegida.

### ***ALOJAMIENTO CONJUNTO***

- Todas las madres independientemente de su condición VIH deberían permanecer en alojamiento conjunto junto sus bebés las 24 horas del día.
- Las madres de los bebés hospitalizados debería también se admitidas para permitir una lactancia continua, a menos que la madre se encuentre críticamente enferma.

Evitar la separación innecesaria de la madre y el bebé excepto cuando sea por indicación médica o durante procedimientos en el hospital.

### ***LA INTRODUCCION OPORTUNA DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA***

- Las madres debería ser educadas para preparar alimentos suaves y nutritivos que sean accesibles y que sean dados de manera gradual junto a la leche materna u otra leche, desde los seis meses (6/12) después del nacimiento.
- La educación en salud, sobre la alimentación complementaria debería comenzar en APN.

### ***SUMINISTRO DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna)***

- Todos los trabajadores en salud deberían rechazar suplementos que sean gratis o de bajo precio de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones, chupones de distracción de las industrias.
- Si el hospital requiere sucedáneos de la leche materna, incluyendo formula especial, los cuales son utilizados en las establecimientos de salud, debería ser adquiridos de la misma manera que otros alimentos y medicinas.
- Biberones, chupones, chupones de distracción no deberían ser dados a los bebés.
- La publicidad de productos artificiales no debería ser permitida dentro de los establecimientos de salud.

### ***SEGUIMIENTO Y APOYO***

- Las madres lactantes y sus bebés debería recibir apoyo y un seguimiento.
- Los grupos y sistemas de apoyo basado en la comunidad existentes deberían fortalecerse, ser apoyados e involucrados en la PTMH y en el seguimiento de la alimentación del lactante.
- Debería promoverse la comunicación en red entre los sistemas y grupos de apoyo.

### ***MADRES TRABAJADORAS***

- Las madres trabajadoras deberían ser alentadas a extraerse la leche materna en recipientes limpios. Esta leche debería ser dada a sus bebés durante su ausencia en taza/vaso.

# Resumen Global de la epidemia del VIH/SIDA, 2005

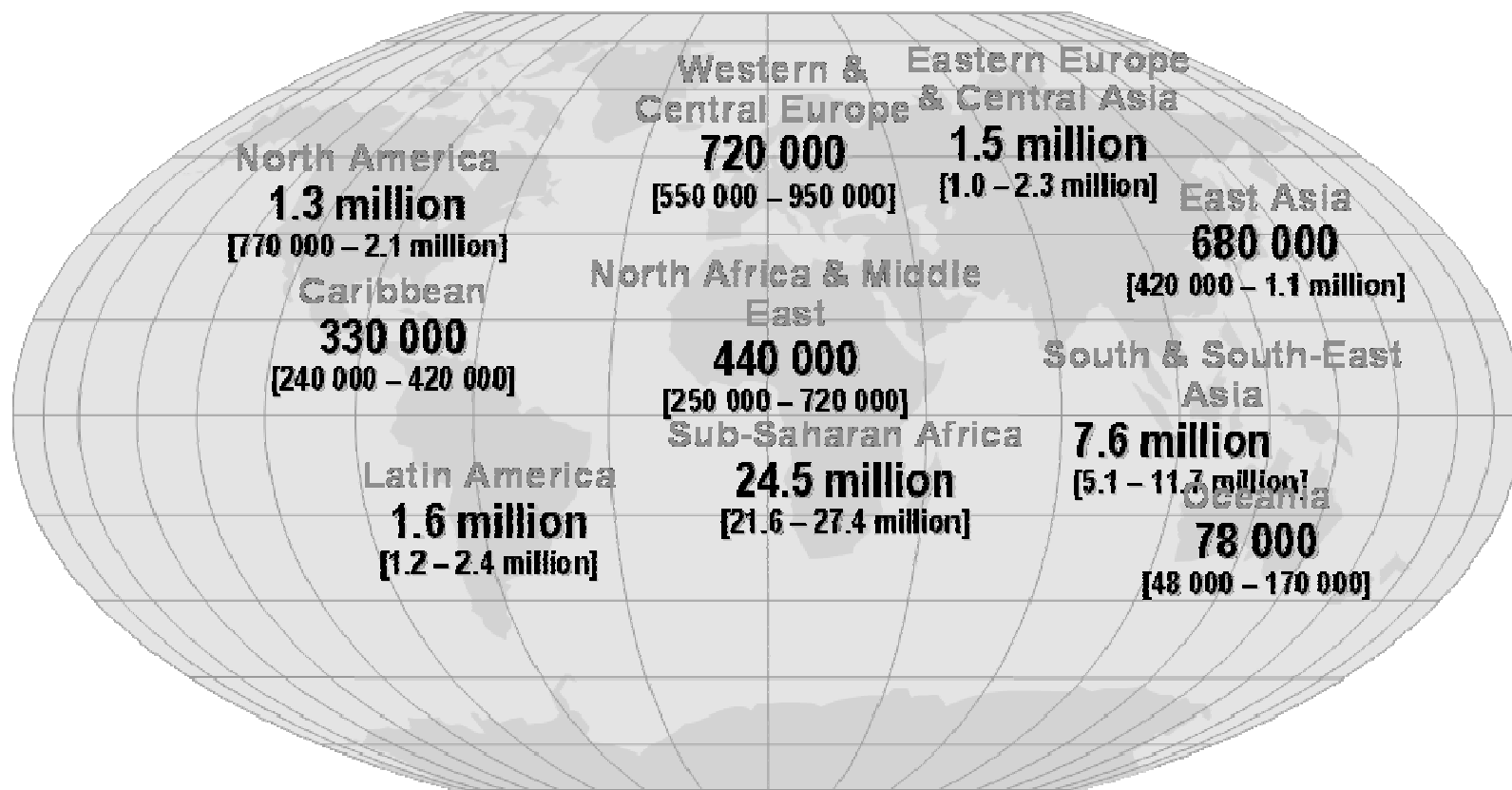
<b>Número de personas que viven con VIH/SIDA</b>	<b>Total</b>	<b>38.6 millones (33.4 – 46.0 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>36.3 millones (31.4 – 43.4 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>17.3 millones (14.8-20.6 millones)</b>
		<b>2.3 millones (1.7 – 3.5 millones)</b>
<b>Personas recientemente infectadas con VIH en 2005</b>	<b>Total</b>	<b>4.1 millones (3.4-6.2 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>3.6 millones (3.0-5.4 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>540 000 (420 000 - 670 000)</b>
<b>Muertes por SIDA en 2005</b>	<b>Total</b>	<b>2.8 millones (2.4-3.3 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>2.4 millones (2.0-2.8 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>380 000 (290 000 - 500 000)</b>

Los rangos de los estimados en esta tabla definen los límites de las cifras actuales basado en el mejor información disponible.

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.1 (VIH)

# Estimación de los adultos y niños que están viviendo con el VIH, 2005



**Total: 38.6 (33.4 – 46.0) millones**

# Estadística regional para el VIH en mujeres, 2005

Región	# de mujeres (15-49) que viven con VIH	% de Adultos VIH+ que son mujeres
África Sub-Sahariana	13.5 millones	57%
África del N y Medio Este	220,000	47%
Asia del S. & S.A.	1.9 million	26%
Asia del Este	160,000	18%
Oceania	39,000	55%
Latinoamérica	580,000	32%
Caribe	140,000	50%
Europa del Este y Asia Central	440,000	28%
Europa O y C.	190,000	27%
Norte America	300,000	25%
<b>TOTAL:</b>	<b>17.5 million</b>	<b>46%</b>

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 1. Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Política de lactancia

*¿Por qué tener una política?*

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse

# Política de lactancia

## *¿Qué debe incluir?*

- Como mínimo, debe incluir:
  - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
  - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
  - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos



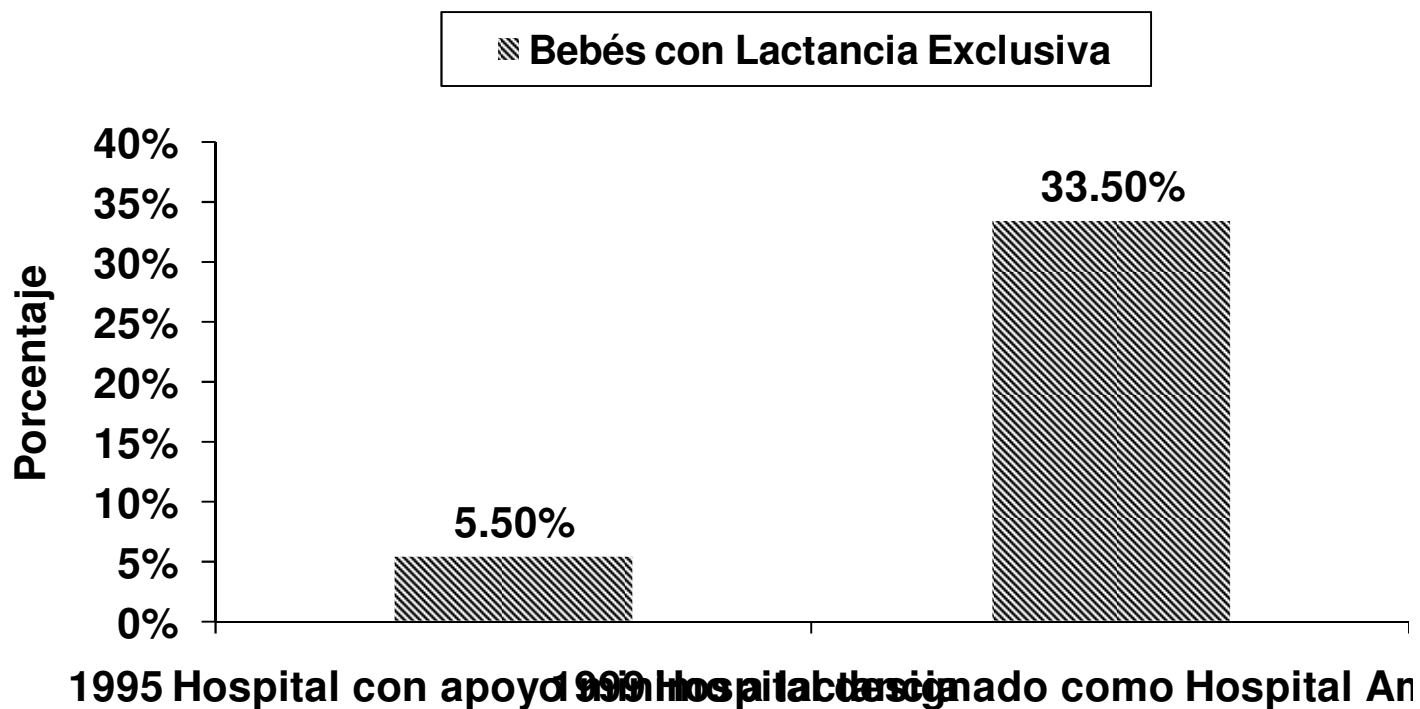
# Política de lactancia

*¿Cómo debe presentarse?*

Debe estar:

- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés

# Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna despues de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Áreas de conocimiento

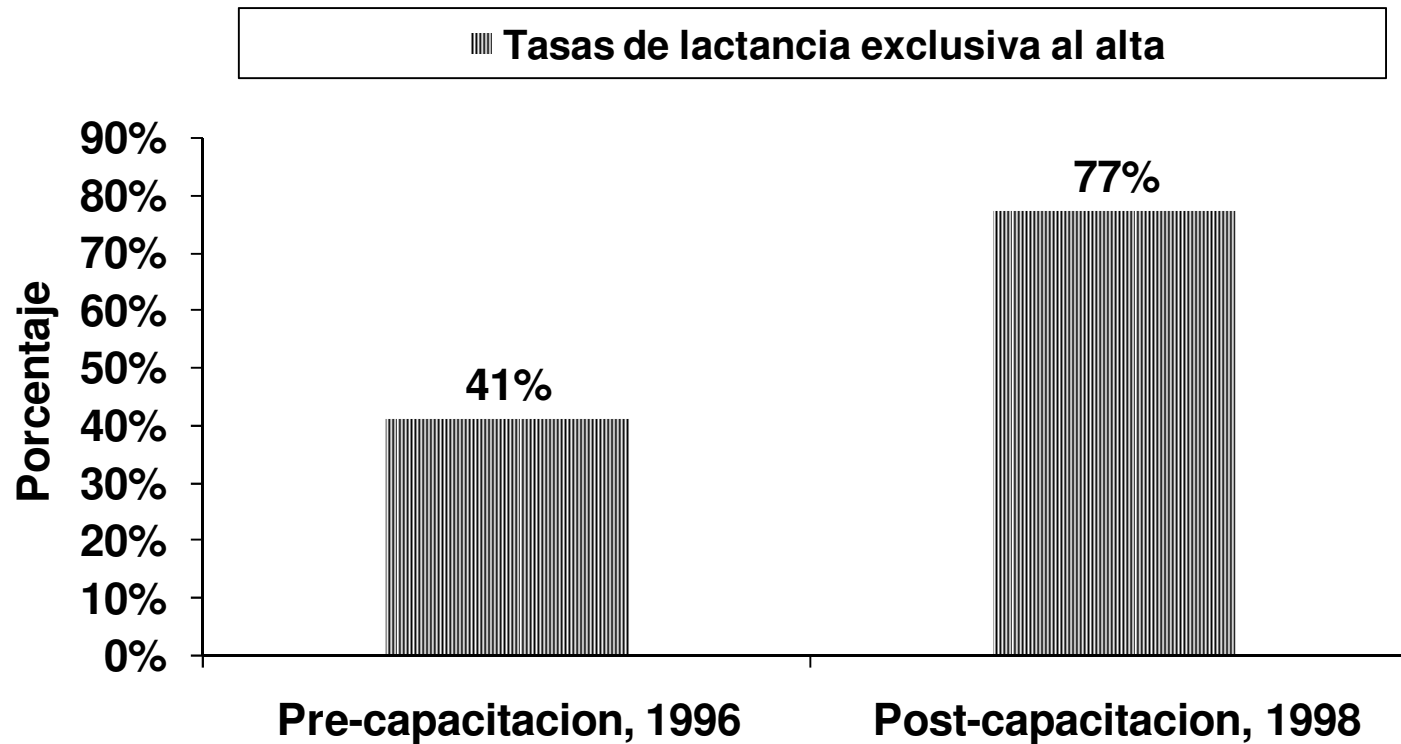
- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

# Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del VIH

## *Capacitar al personal en:*

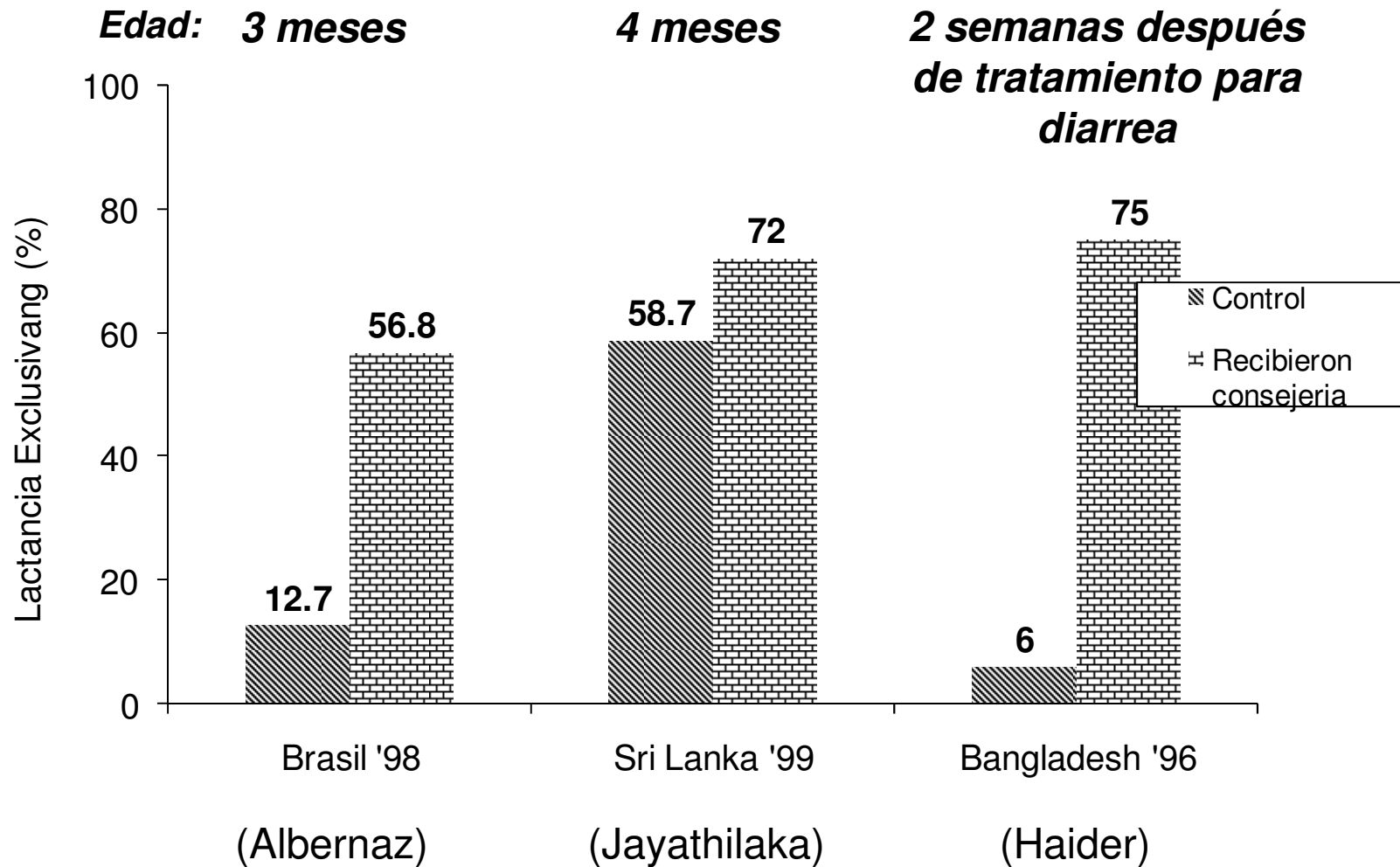
- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de “salpicado” (hacer que madres que son VIH – o desconocen su estado escogan alimento de sustitucion cuando la lactancia es menos riesgosa)

## Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

## Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva



Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas  $p < 0.001$ .

De: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

Transparencia 4.2.5

**Qué otros profesionales en salud  
además del personal del perinatal  
influyen en el éxito de la  
lactancia?**



# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

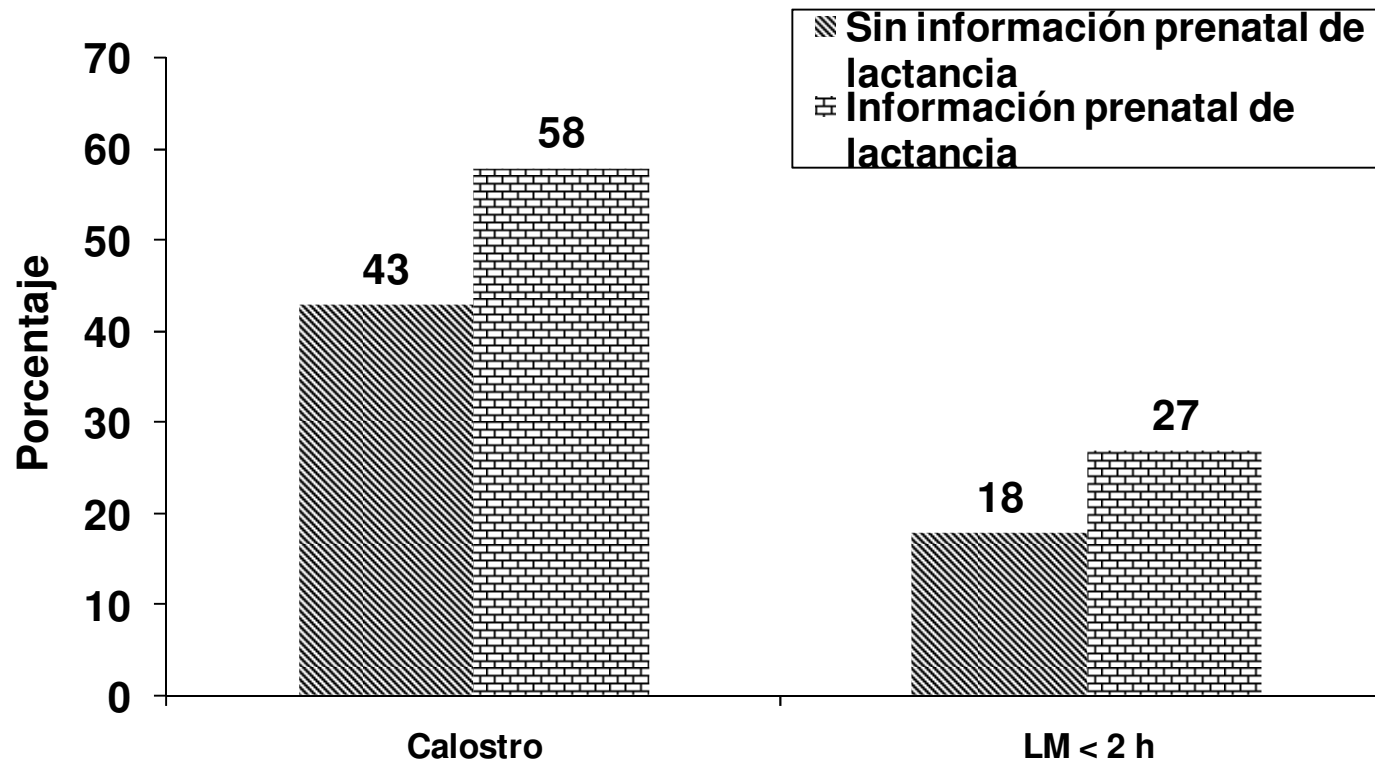
Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# La educación prenatal debe incluir:

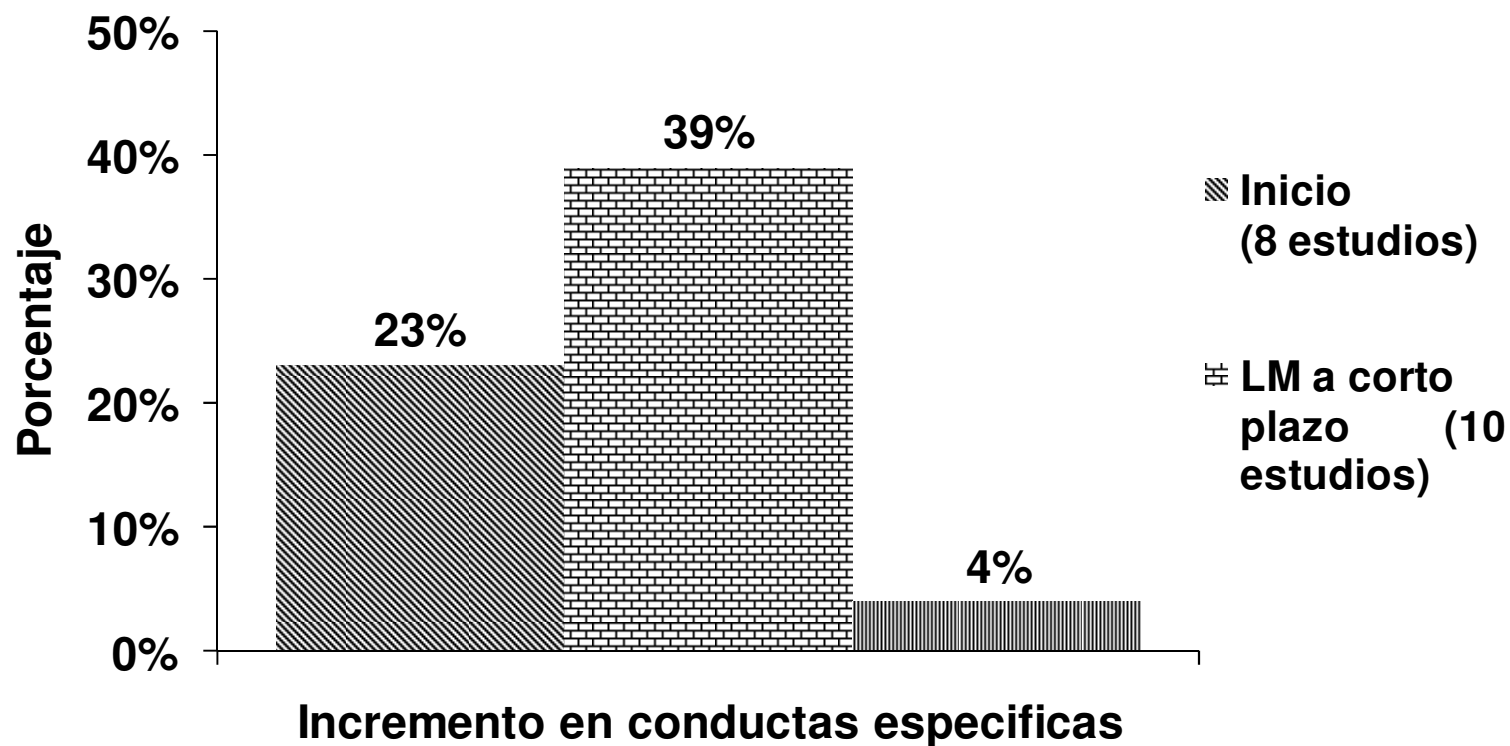
- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en VIH
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de formula

## Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A , Liljestrang J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

## Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia



Adaptado de Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

# ¿Por qué el test de VIH en el embarazo?

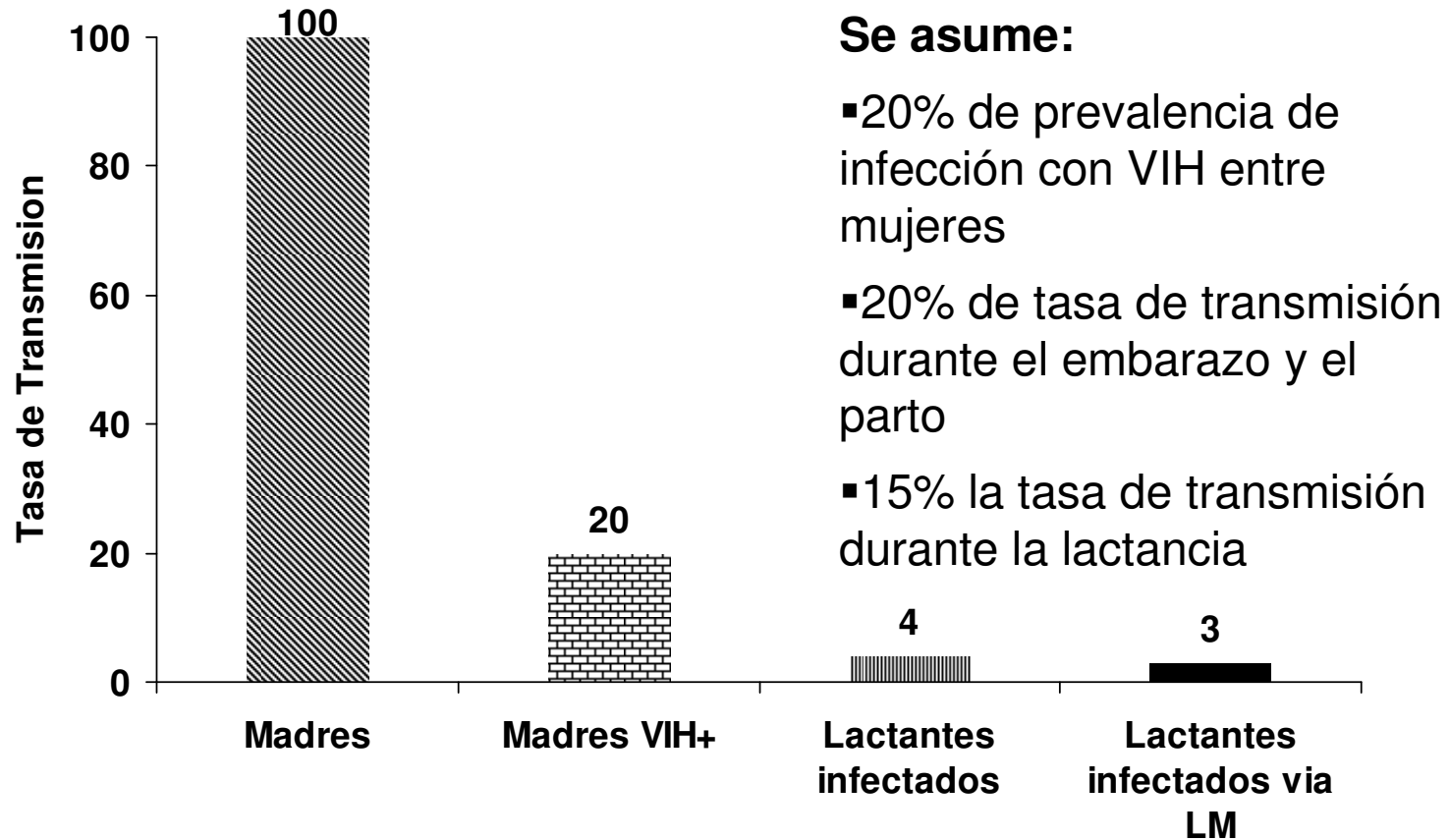
- **Si es VIH negativo**
  - Puede recibir consejería en conductas de prevención y reducción de riesgo
  - Puede recibir consejería en lactancia exclusiva
- **Si es VIH positivo**
  - Puede aprender las formas de reducir el riesgo de la transmisión de madre a niño en el embarazo, durante el parto y durante la alimentación infantil
  - Puede manejar mejor la enfermedad y luchar por una vida “positiva”
  - Puede planificar la alimentación infantil mas segura y el seguimiento del bebe.
  - Puede decidir por el aborto (si es una opción legal) y evitar fertilidad futura
  - Puede decidir comunicar su estado a la pareja /familiar para buscar apoyo



# Definición de alimentación de sustitución

- El proceso, en el contexto de VIH/SIDA, de alimentar a un bebe, que no esta recibiendo en absoluto leche materna, con una dieta que provea de todos los nutrientes que el niño necesita.
- Durante los seis primeros meses debe ser un leche sucedánea adecuada – una fórmula comercial, o fórmula preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes.
- Después de seis meses, debe ser un sucedáneo de la leche materna adecuado con alimentación complementaria preparada adecuadamente de la dieta familiar y enriquecida con nutrientes, administrada tres veces al día. Si no hubiera disponibilidad de sucedáneos de la leche materna adecuados, posteriormente se debe utilizar alimentos caseros enriquecidos y darse cinco veces al día.

# Riesgo de transmisión de VIH de madre a niño



Basado en los datos De *VIH & infant feeding counselling tools: Reference Guide*.  
Geneva, World Health Organization, 2005.

# Recomendaciones de la OMS sobre alimentación infantil para las mujeres VIH+

Cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda evitar toda forma de lactancia para las madres VIH+

De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida.

Para minimizar el riesgo de transmisión del VIH, la lactancia debe discontinuarse tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y el riesgo de la alimentación de sustitución (incluyendo el riesgo de otras infecciones que no sean VIH y malnutrición)

*WHO, New data on the prevention of mother-to-child transmission of VIH and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO technical consultation ... Geneva, 11-13 October 2000. Geneva, World Health Organization, 2001, p. 12.*

Diapositiva 4.3.8 (VIH)



# Recomendaciones de alimentación infantil y VIH

## Si el estado de VIH de la madre es desconocido:

- Aliente a la mujer para que se haga el examen y reciba la consejería
- Promocione las prácticas óptimas de alimentación (LM exclusiva por 6 meses, introducción de alimentos complementarios apropiados alrededor de los 6 meses y continuar la LM hasta los 24 meses o mas)
- Orientar a la madre y su pareja sobre como evitar la exposicion al VIH

Adaptado de WHO/Linkages, *Infant and Young Child Feeding: A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Annex 10, p. 137).

## **Si la condición de VIH de la madre es negativo:**

- Promocione las practicas de alimentación optimas (ver arriba)
- Oriente a la mujer y su pareja sobre como evitar la exposición al VIH.

## **Si la madre es VIH positivo:**

- Proveer el acceso a los medicamentos anti-retrovirales para prevenir TMN y referir a la madre para la atención y tratamiento de su propia salud
- Proveer de consejería sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación, incluyendo la aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad (AFASS) de las diferentes opciones.
- Ayudar a la mujer a escoger la opción mas apropiada
- Proveer de seguimiento consejería para apoyar a la madre en la opción de alimentación que escoja.

# Diez pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora despues del parto.

DECLARACION CONJUNTA DE OMS/UNICEF (1989)

## **Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):**

*“ Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente despues del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés estan listos para amamantar, ofrecer ayuida si es necesario.”*

# Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal

## *¿Por que?*

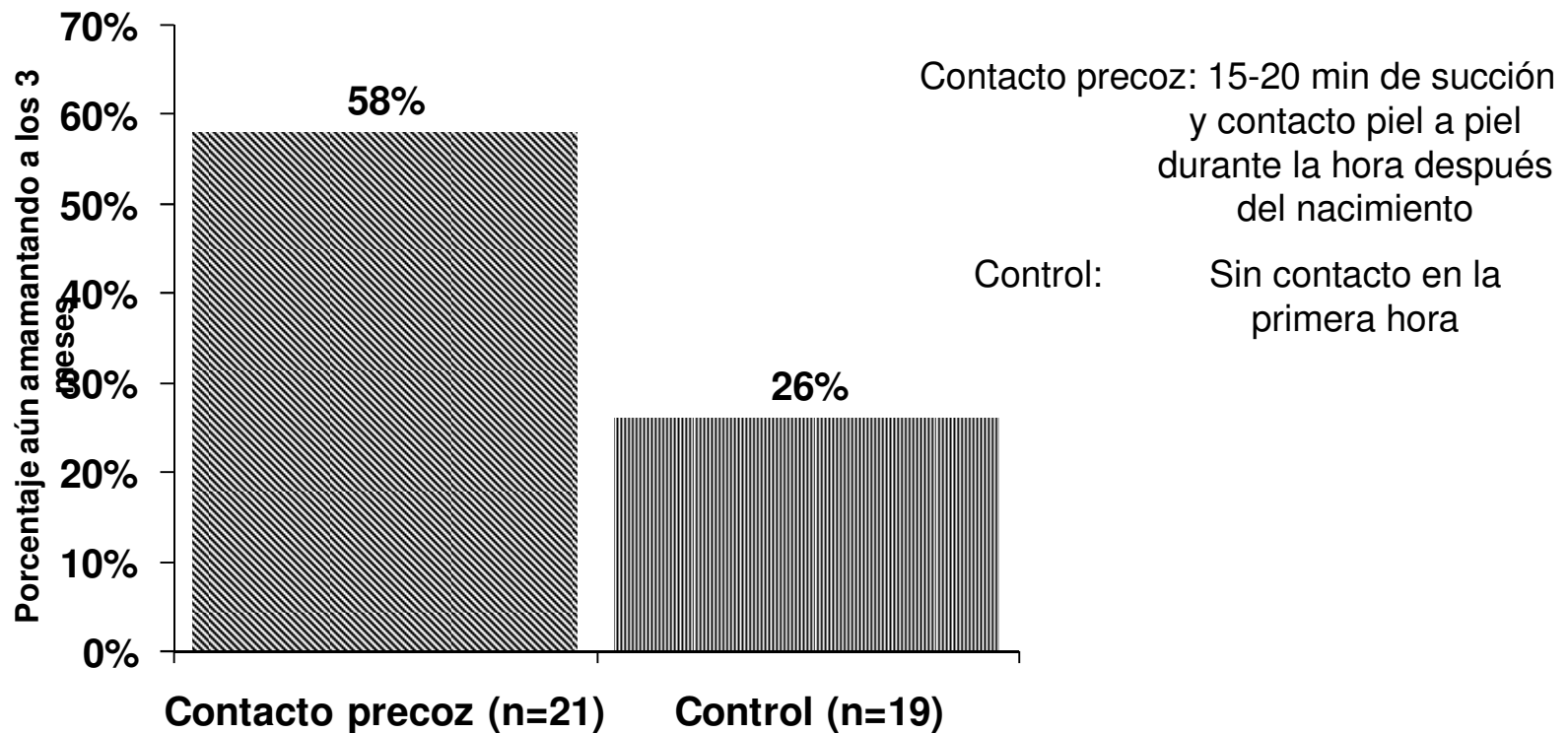
- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

# Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal

## *¿Cómo?*

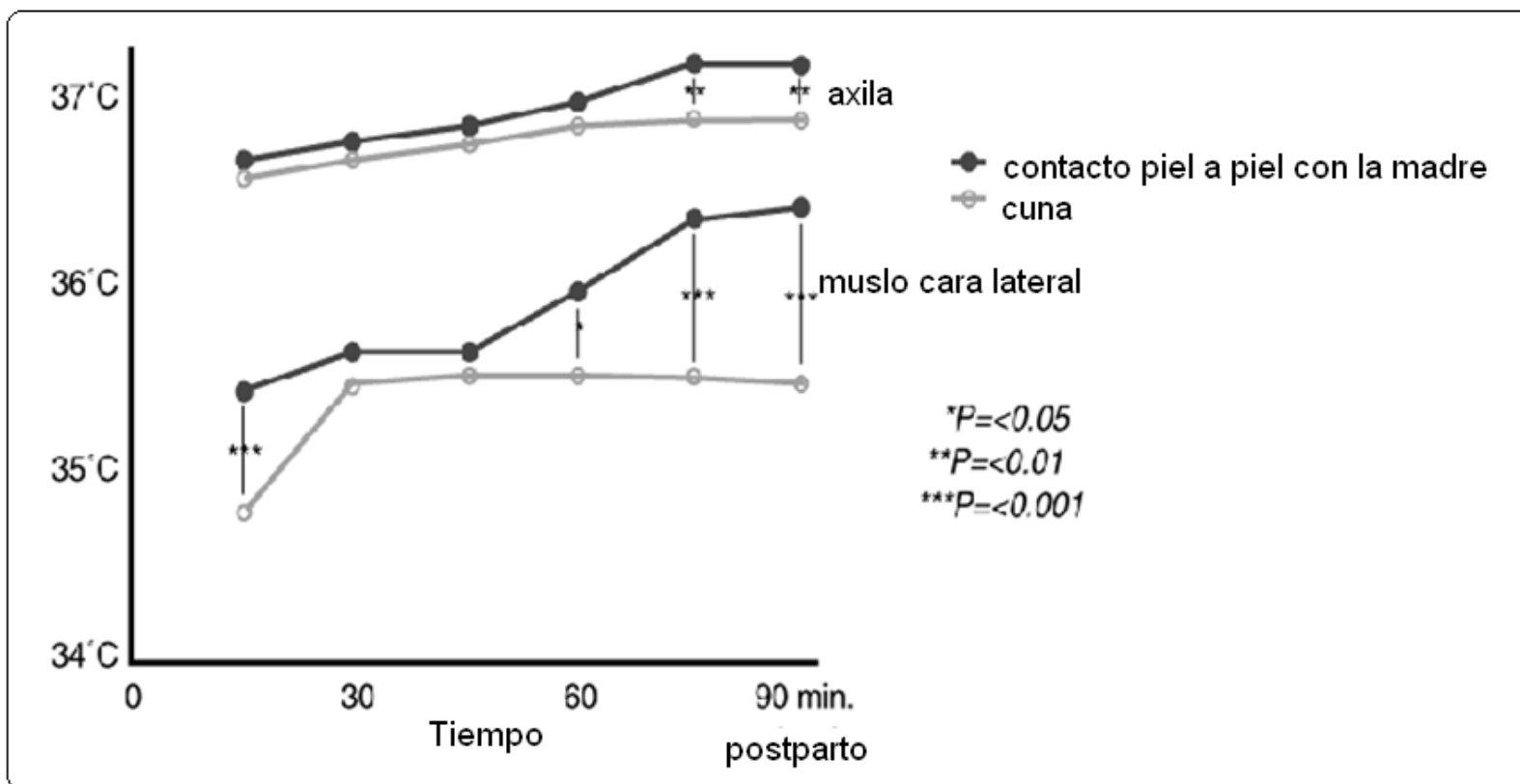
- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora

# Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

# Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



Adaptado de Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

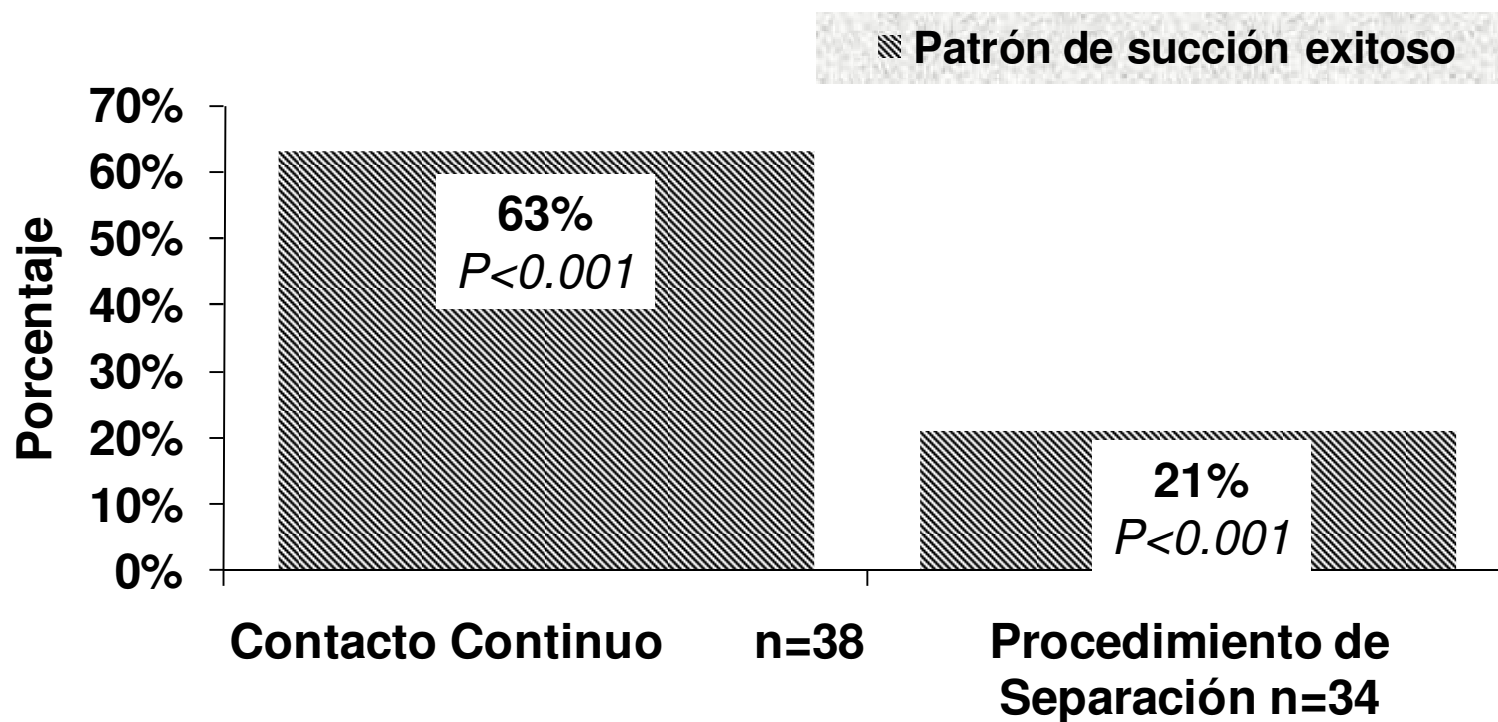


## Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
$\alpha$ -Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

De: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation, 5th ed.* St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

# Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed  
*Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

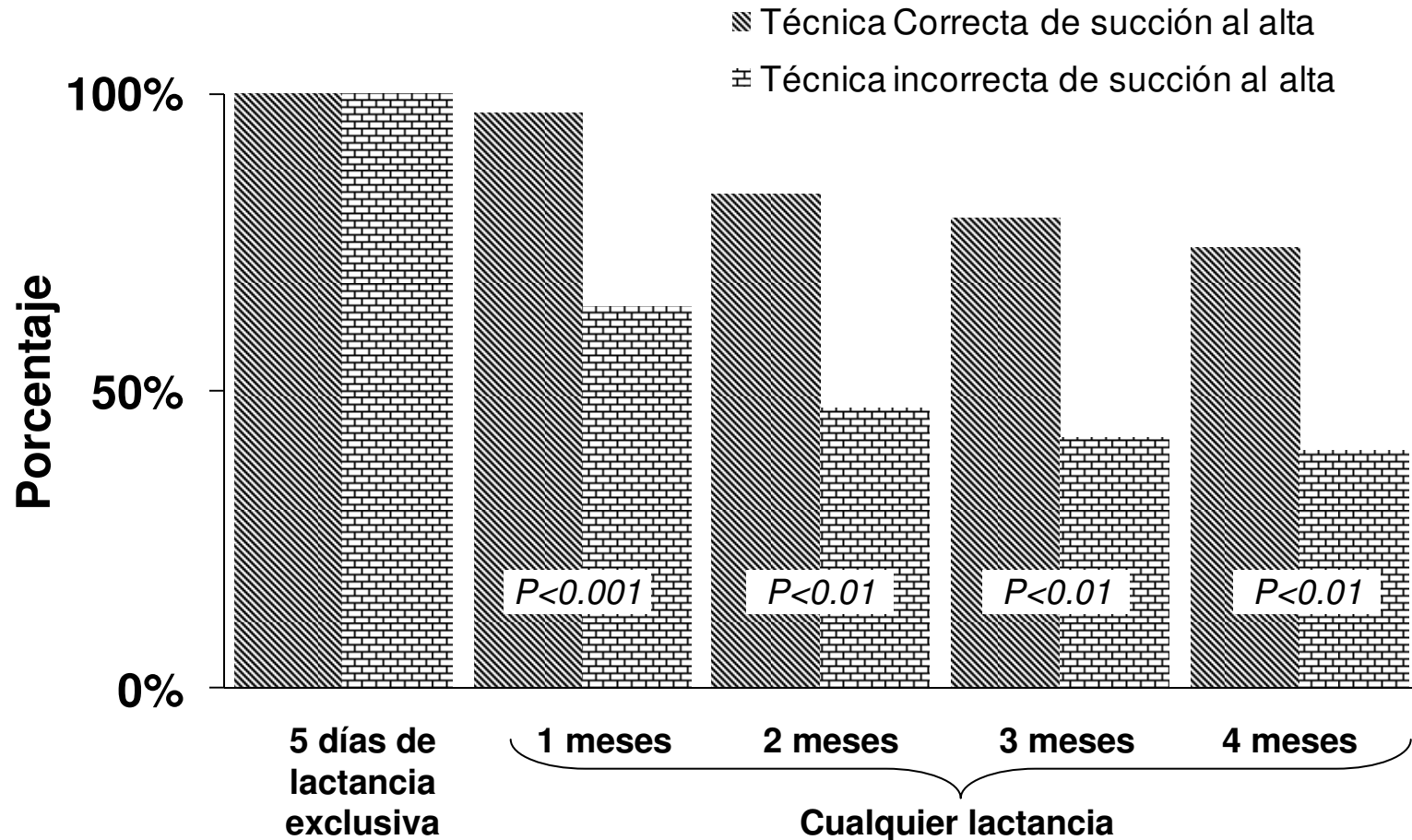
Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

*“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia.”*

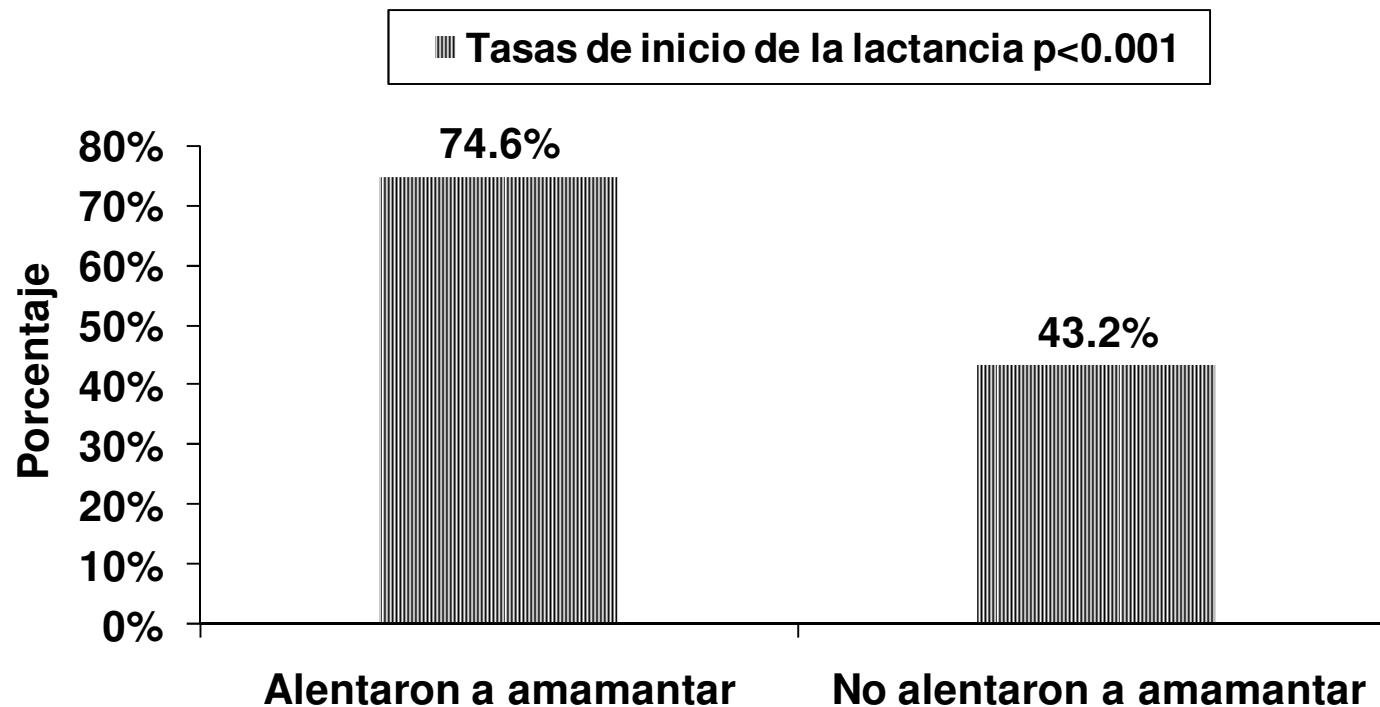
De: Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

# Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



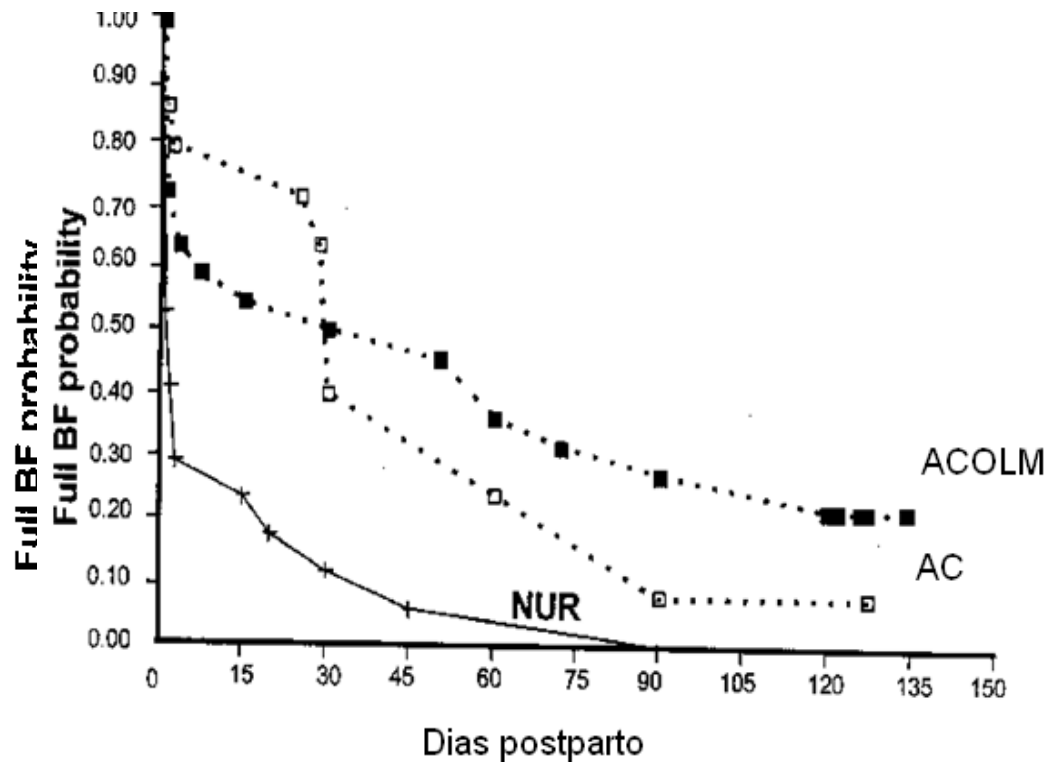
Adaptado de Righard L , Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

## Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia



Adaptado de Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

# Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mejicanas urbanas de ingresos bajos



**NUR**, sala de RN, n=17

**AC**, alojamiento conjunto, n=15

**AC OLM**, alojamiento conjunto más orientación en lactancia, n=22

NUR significativamente diferente de AC ( $p < 0.05$ ) y ACOLM ( $p < 0.05$ )

De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.

# Producción y demanda

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche remocionada en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.



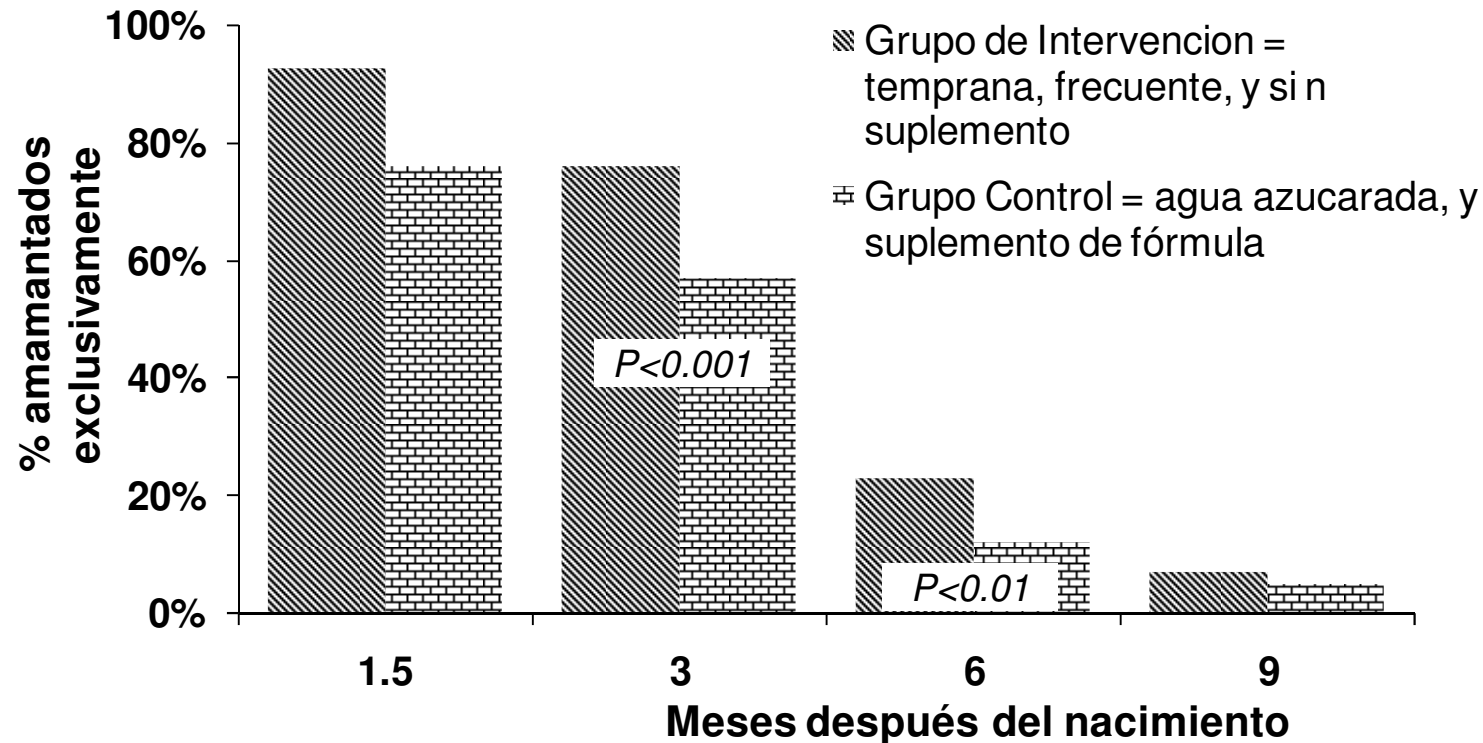
# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad



Adaptado de Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

# La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



Adaptado de Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood, Fourth Edition*. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

# Impacto de la suplementación con fórmula de rutina

Disminución de la frecuencia o efectividad de la succión



Disminución de la cantidad de leche removida de los pechos



Producción de leche tardía o producción reducida

Algunos bebés tienen dificultad en el agarre si se administra la fórmula en biberón

# Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de México

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos ( $p < 0.05$ )
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebe.

De: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

# Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

**Nota: Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a1400 mOsm/kg.**

De: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.

# **Médicamente indicado**

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.

# Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución

## Condiciones en el bebé:

- Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada incluyen aquellos con:
  - Galactosemia, necesitan fórmula libre de galactosa
  - Enfermedad de orina en jarabe de arce, necesitan fórmula libre de isoleucina y valina
  - Fenilcetonuria, requieren fórmula libre de fenilalanina
- Los recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción, pero, pueden recibir otros alimentos por período breve incluyen:
  - Aquellos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g)
  - Muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación)
  - Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia (particularmente pre-término, pequeños para la edad gestacional, que experimentaron estrés intraparto con hipoxia/isquemia, enfermos, con madres diabéticas).



## Condición Materna :

- Madres con infección por VIH deben evitar LM si la alimentación de sustitución es AFASS
- Madres que podrían requerir evitar la lactancia temporalmente incluyen:
  - Aquellas con enfermedad grave, Ej. Septicemia
  - Herpes Simplex Tipo I
  - Medicación materna: psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides. Evitar uso de iodo radioactivo-131, suspender LM durante quimioterapia citotóxica

## **Condición Materna (continúa):**

- Madres con otras afecciones no tienen contraindicación de LM, aunque presentan condiciones médicas preocupantes
  - Absceso mamario
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Mastitis
  - Tuberculosis
  - Sustancias: el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene efectos dañinos en bebés amamantados; alcohol, opioides, benzodiazepinas y cannabis pueden provocar sedación tanto en la madre como el bebé

# Factores de riesgo para la transmisión de VIH durante la lactancia\*

## Madre

- Salud y estado inmunitario
- Carga viral plasmática
- Virus en la leche materna
- Inflamación de la mama (mastitis, absceso, grietas en pezón)
- Nueva infección VIH

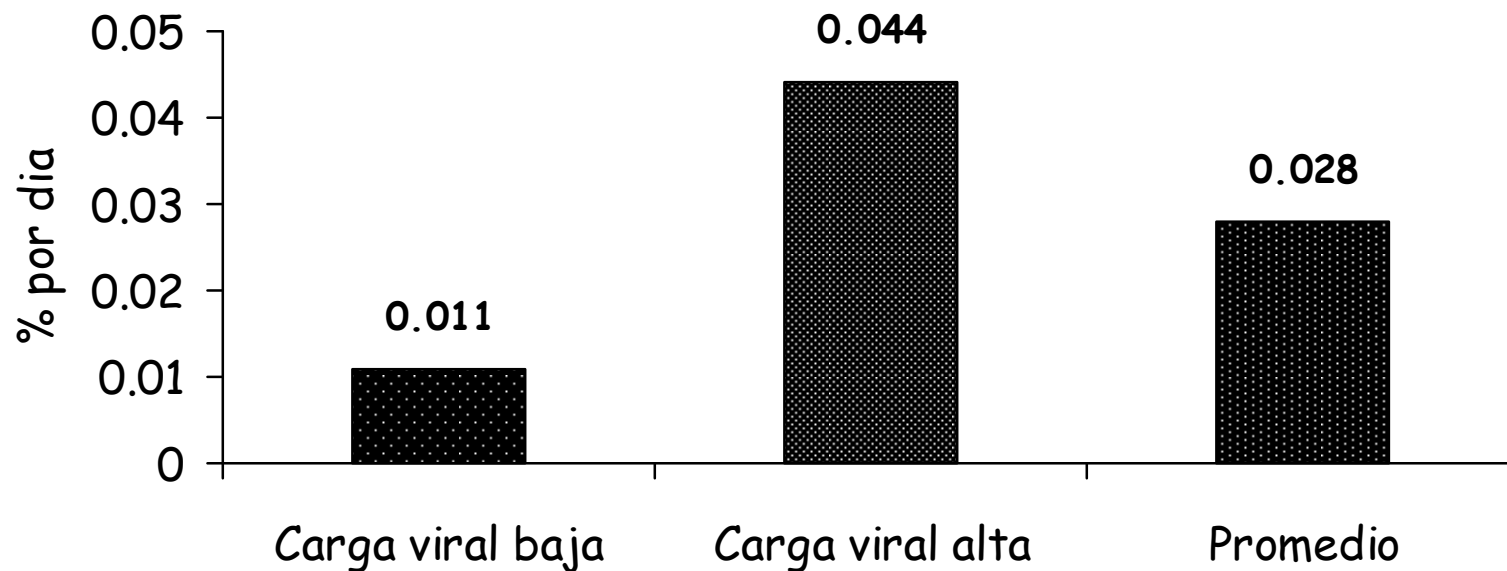
## Lactante

- Edad (primer mes)
- Duración de la lactancia
- LM no exclusiva
- Lesiones en la boca, intestino
- Pre-maturez, peso bajo al nacer
- Factores genéticos – huésped/virus

\* *También conocido como transmisión postnatal del VIH (TNP)*

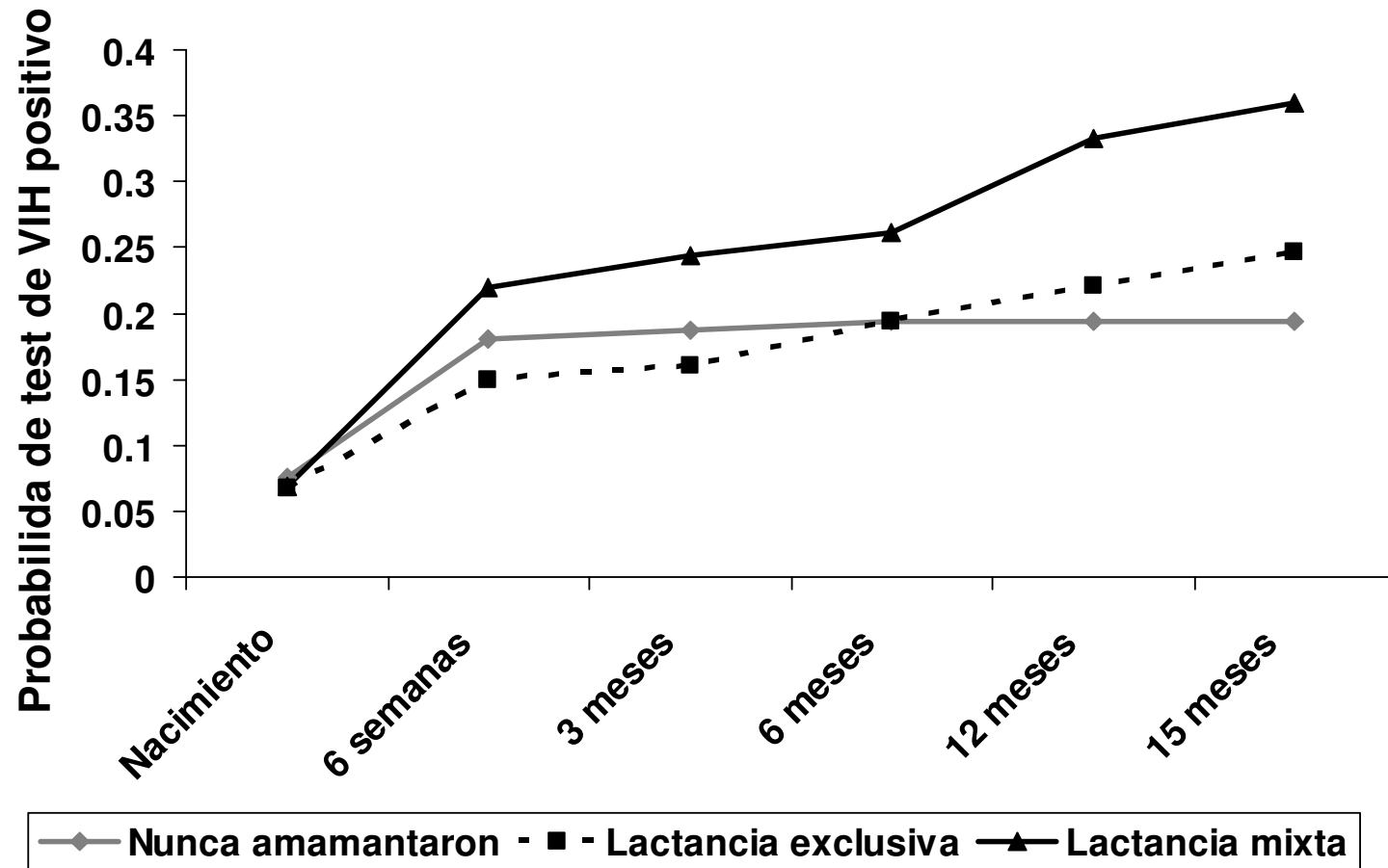
# Factor de riesgo: Carga viral sanguínea materna

## Riesgo de transmisión de VIH por dia de LM en Nairobi, Kenya (%)



De: Richardson et al, Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers, *JID*, 2003 187:736-740 (adapted by Ellen Piwoz)

# Patrón de alimentación y riesgo de transmisión de VIH



De: Coutsooudis et al. Method of feeding and transmission of VIH-1 De mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study De Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

# Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabwe

## Elementos de lactancia mas segura:

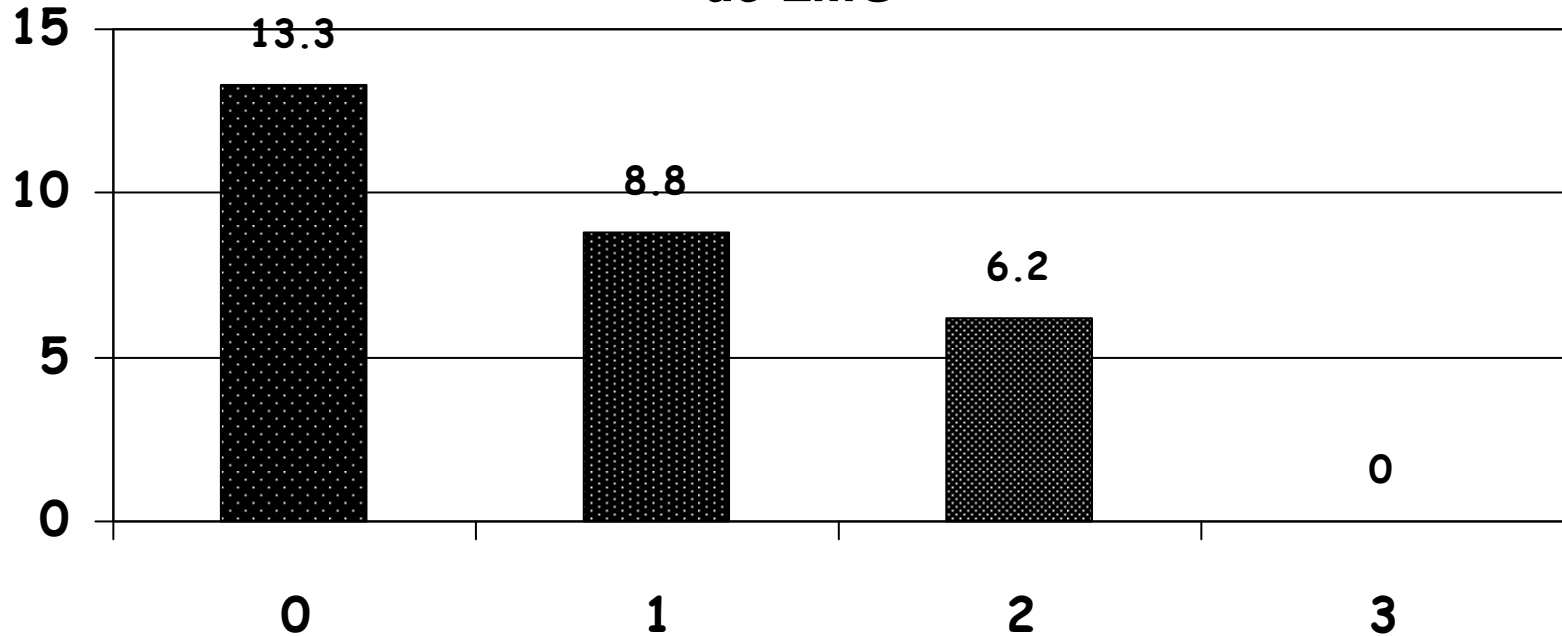
- Lactancia exclusiva
- Posicion y agarre para amamantar apropiada para minimizar el riesgo de patologia de mama.
- Buscar atencion medica rapida para los problemas del pecho
- Practicar sexo seguro

Piwoz et al. An education and counseling program for preventing breastfeeding-associated VIH transmission in Zimbabwe: Design & Impact on Maternal Knowledge & Behavior *Amer. Soc. for Nutr Sci* 950-955 (2005)

Transparencia 4.6.14 (VIH)

**La exposición a la intervención de una lactancia segura (LMS) se asoció con la reducción de la transmisión postnatal (TPN) en madres que no conocían su condición de VIH**

***Transmisión (%) acumulativa de TPN de VIH de acuerdo a la exposición registrada al programa de LMS***



*N=365; p=0.04 en la prueba de tendencia. Cada contacto de una intervención adicional se asoció con una reducción del 38% en la TPN después de ajustar para el valor materno de CD4*

Piwoz et al. en preparación, 2005.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



# **Alojamiento Conjunto**

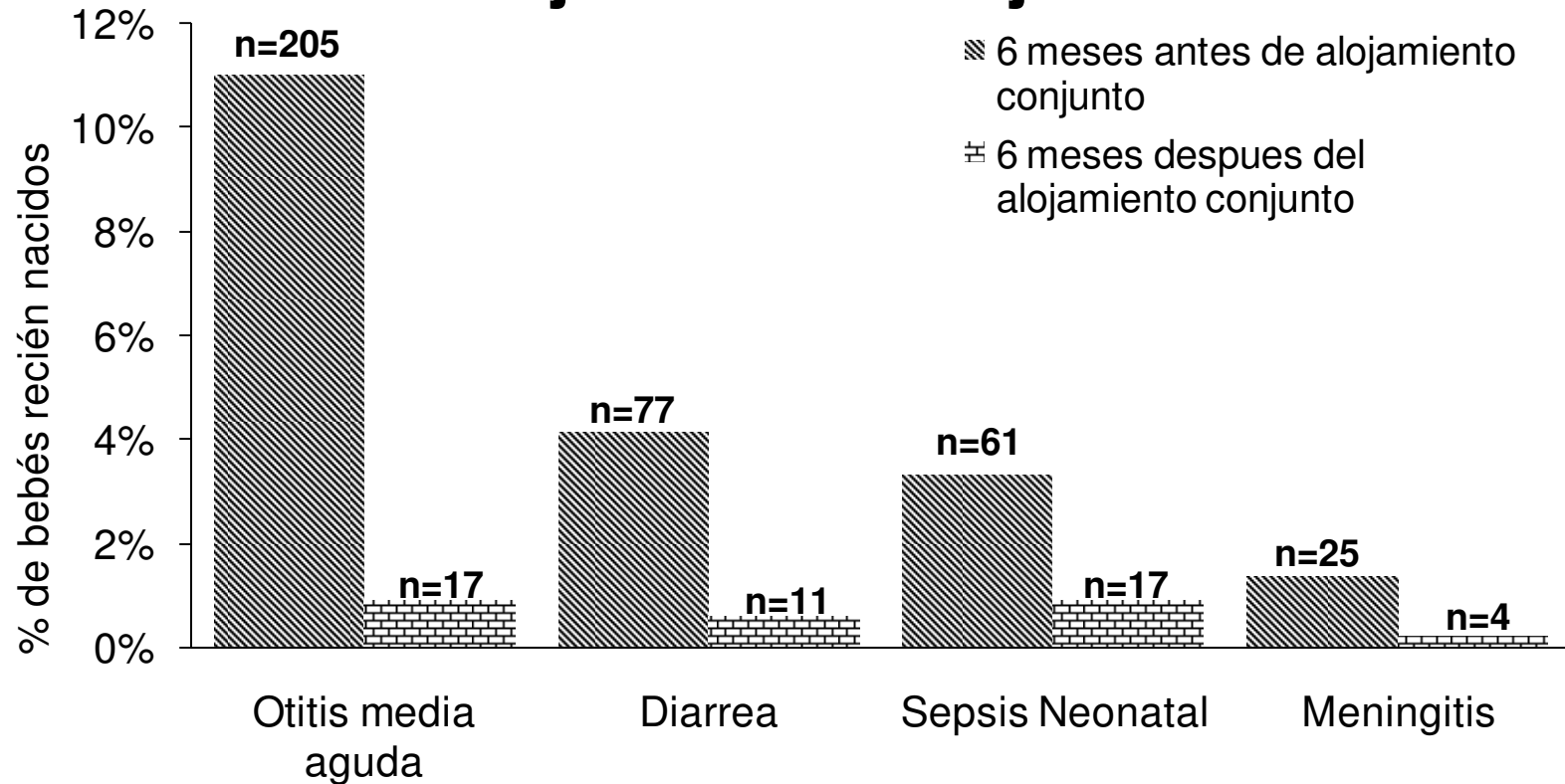
La disposición de un hospital por la cual los binomios madre bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño

# **Alojamiento conjunto**

## ***¿Por qué?***

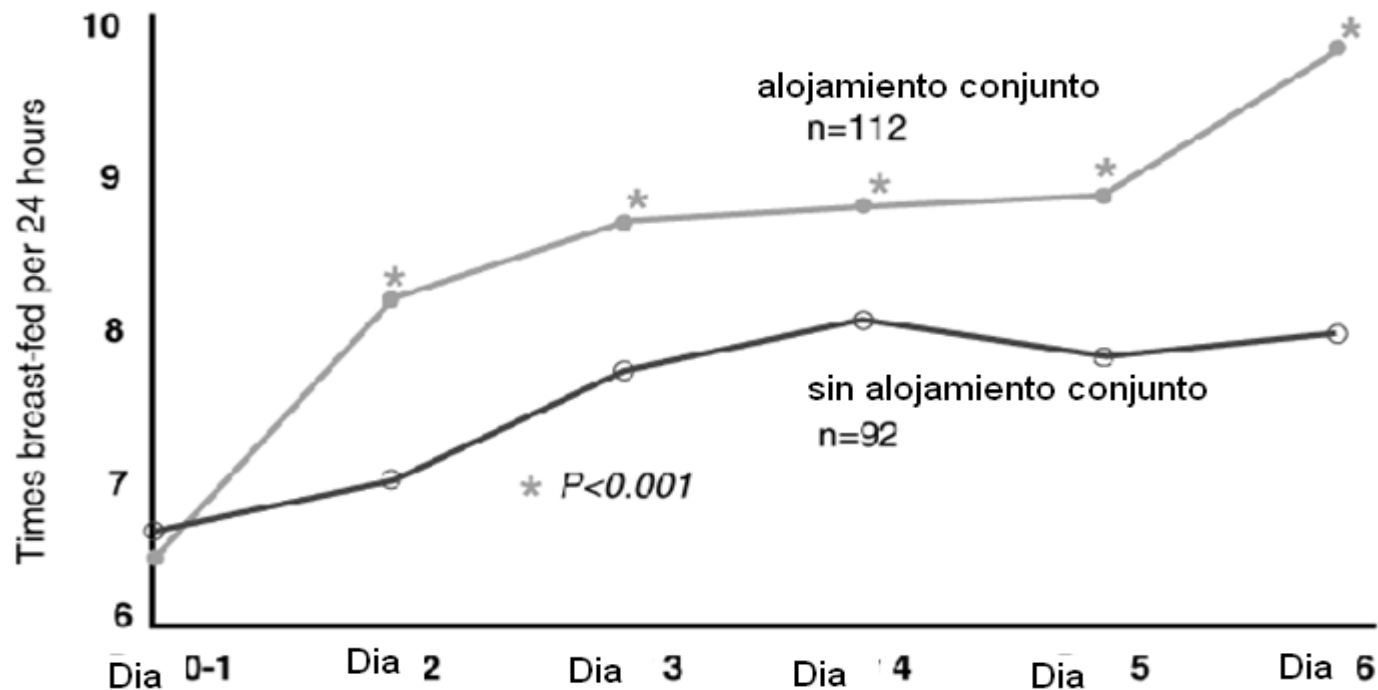
- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

# Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

## Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# **Lactancia a demanda:**

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión.

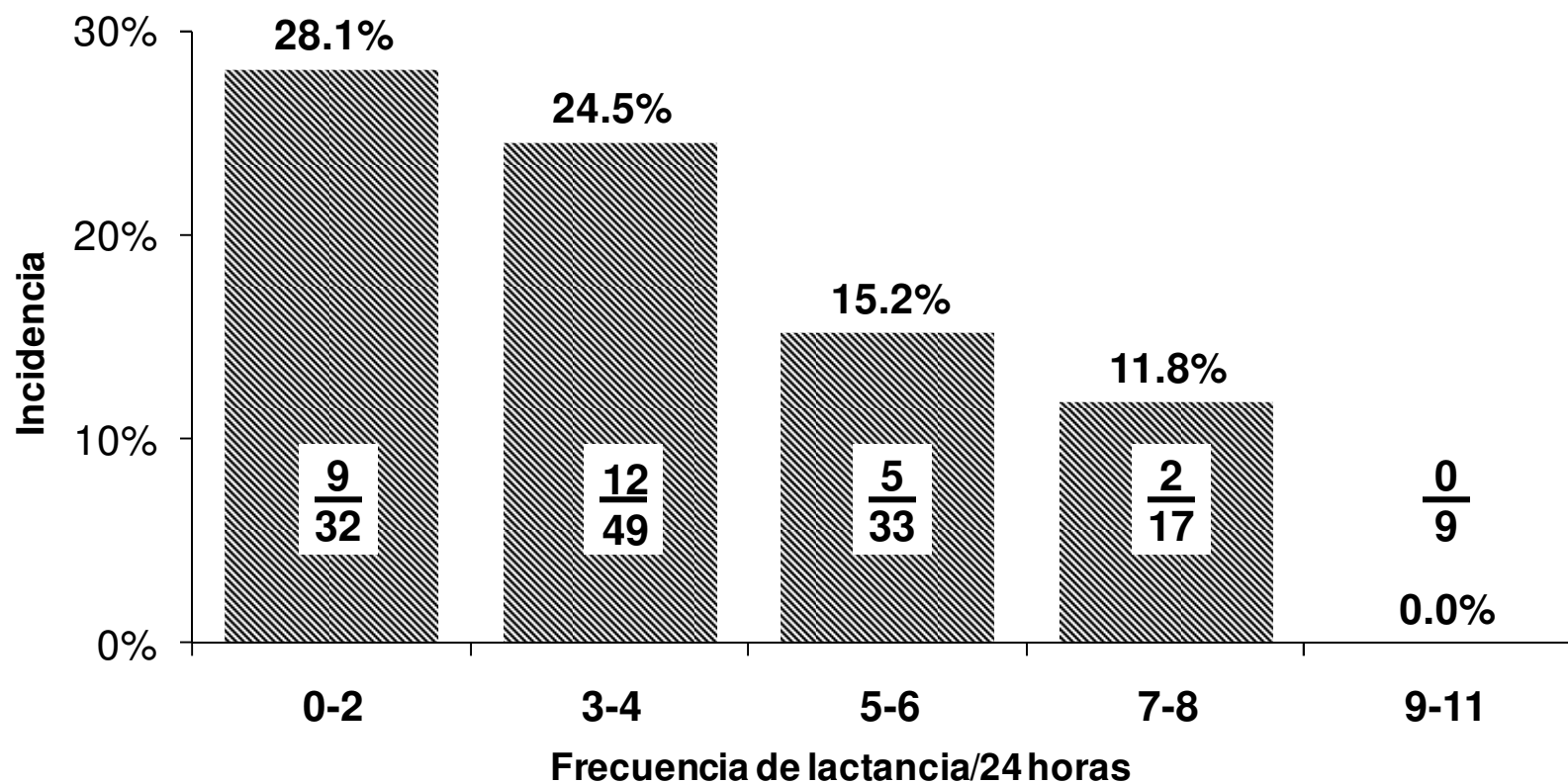
# A demanda, lactancia irrestricta

## *¿Por qué?*

- Pasaje temprano del meconio
- Perdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

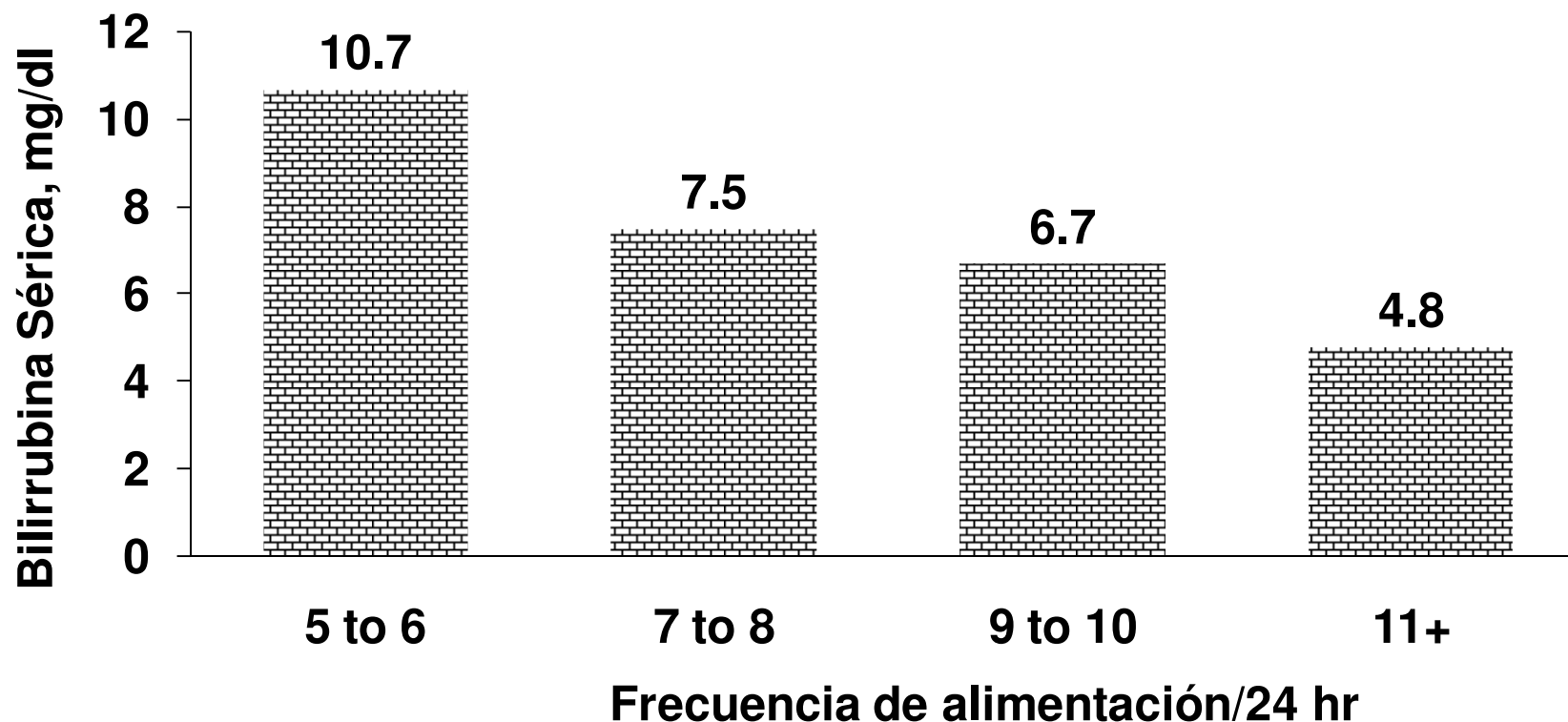
## Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.



## Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child* 1982; 136:737-738.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 9. No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

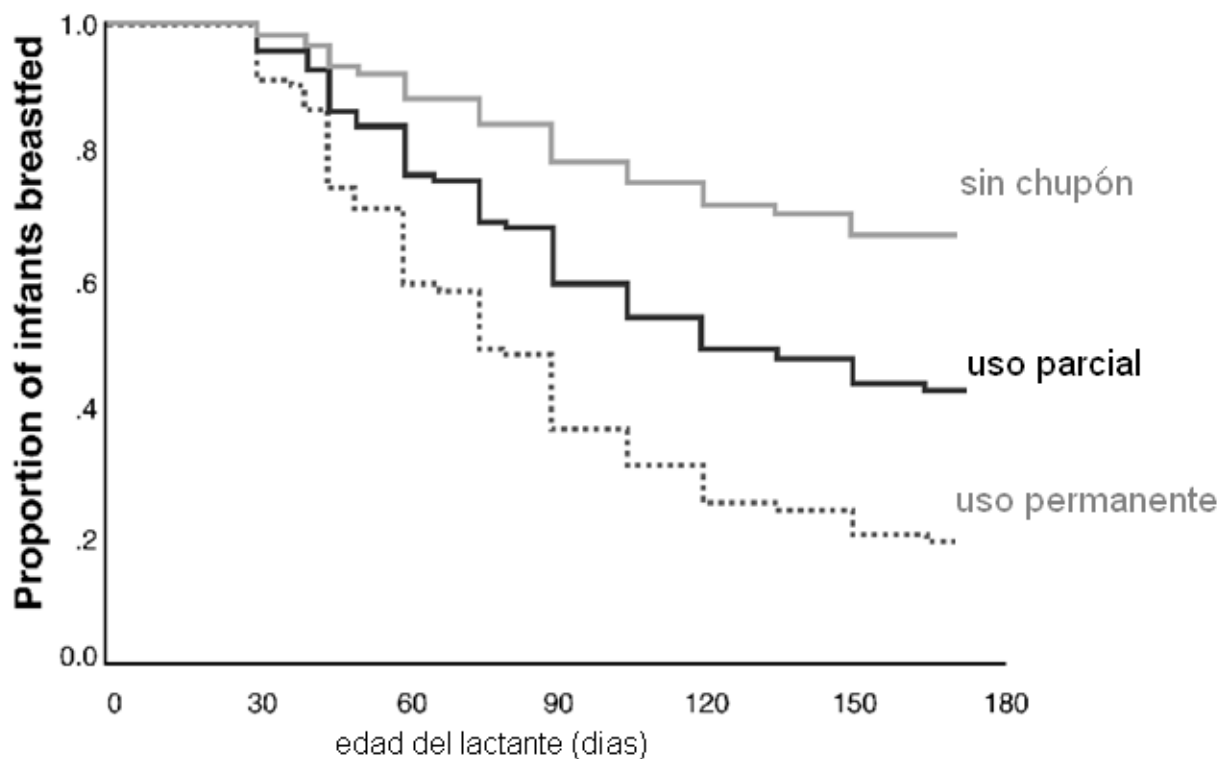
# Alternativas al chupón

- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

# Alimentación del bebé con taza



# Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad



**Sin** versus uso parcial:  $P < 0.001$

**Sin** versus. Uso total:  $P < 0.001$

De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 10. Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupo a su alta.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

***“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”***

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp. 62-74, 1993.

# El apoyo puede incluir:

- Visita postnatal temprana o visita en la clínica
- Visita domiciliaria
- Llamadas telefónicas
- Servicios comunitarios
  - Clínica externa de lactancia
  - Programas de consejería de pares
- Grupos de apoyo a la madre
  - Ayudar a formar nuevos grupos
  - Coordinar el trabajo con los grupos que estén trabajando
- Sistema de apoyo familiar

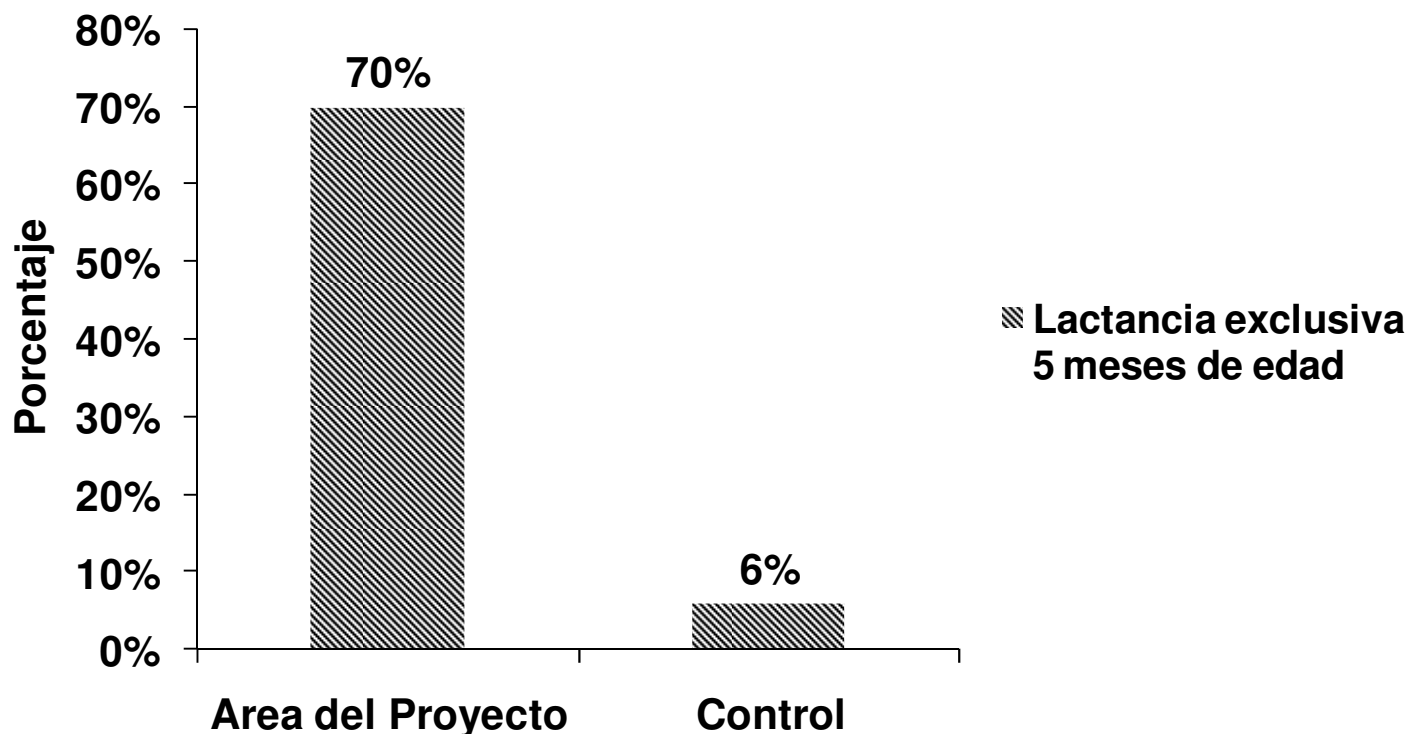


# Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- Tradicional
  - familia extendida
  - dulas definidas culturalmente
  - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
  - Auto formado
    - por madres
    - por profesionales de salud involucrados
  - A través del gobierno :
    - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
    - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC)  
y parteros tradicionales capacitados (PTCs)

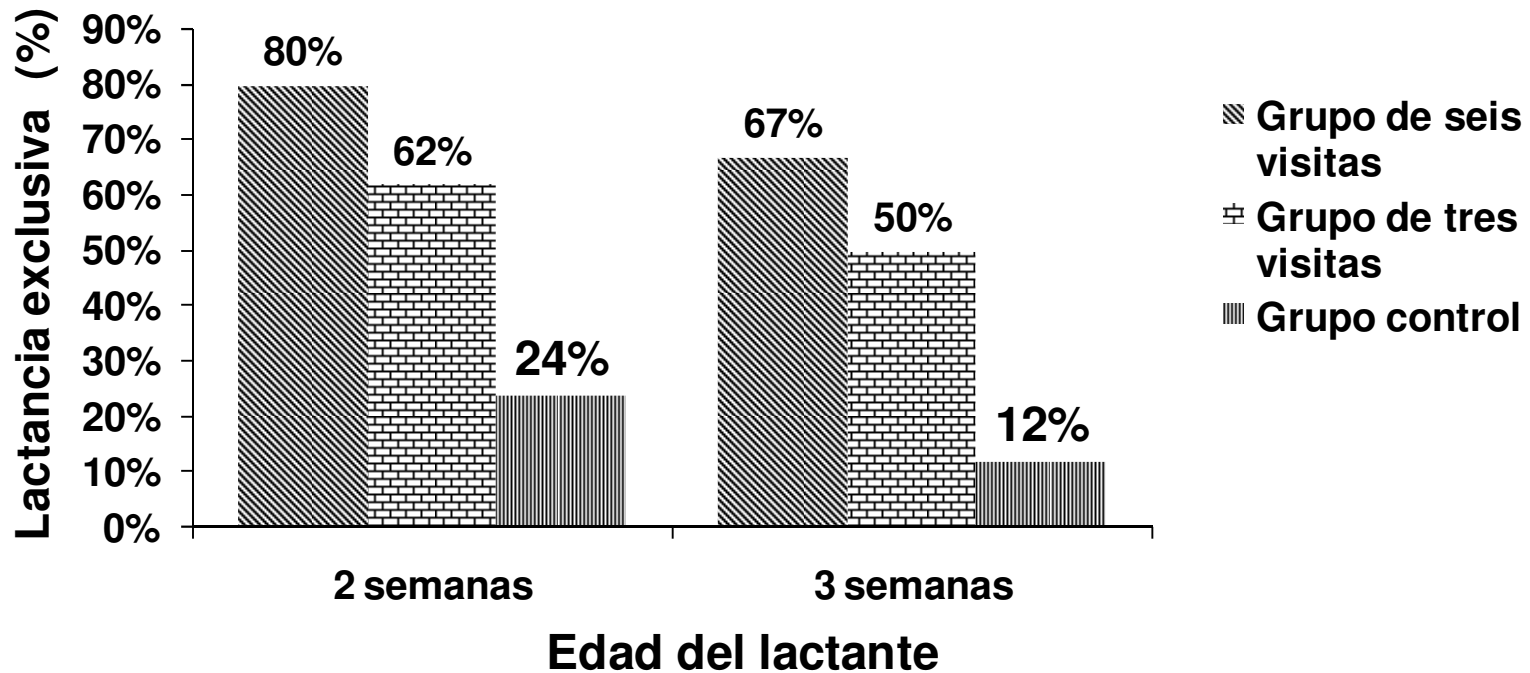
De : Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

## Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



Adaptado de Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

# Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva



De: Morrow A, Guerrero ML, Shultis J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

# **Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)**

- **Estudio aleatorio en Belarussia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.**
- **En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.**
- **En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa de hospital amigo,**

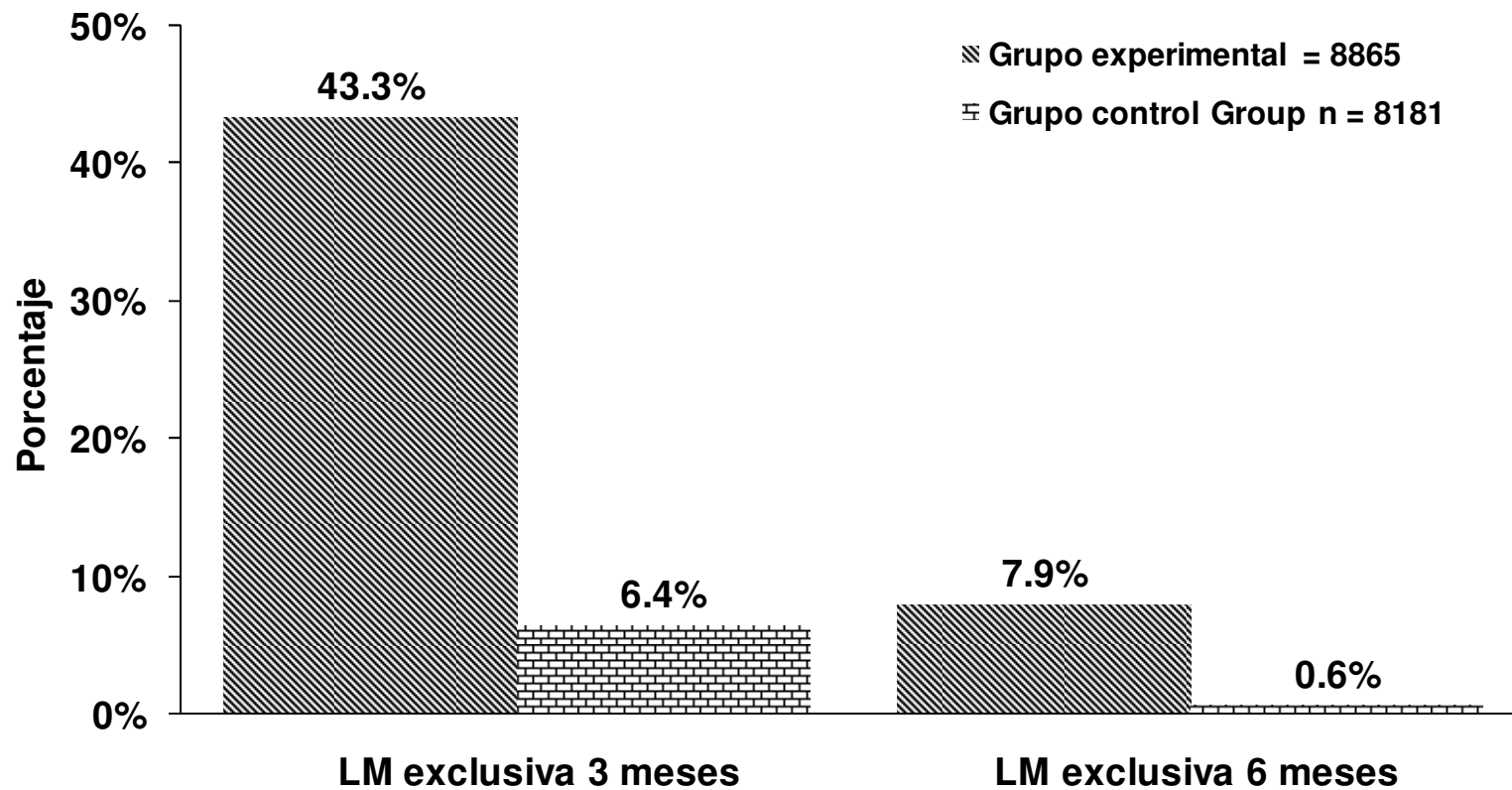
Adaptado de Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

# Diferencias luego de la intervención

Hospitales Control:	Hospitales Experimentales:
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Separación madre-RN de rutina al nacimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Madres y bebés juntos desde nacimiento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Envoltura ajustada de pañal de rutina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alojamiento conjunto las 24 horas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Técnicas de posición y agarre incorrectas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Técnicas de posición y agarre correctas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sin suplementación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alimentación con horario cada 3 hrs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lactancia a demanda</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso rutinario de chupones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se utilizaron chupones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sin apoyo en lactancia al alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apoyo a la lactancia en policlínicos</li> </ul>

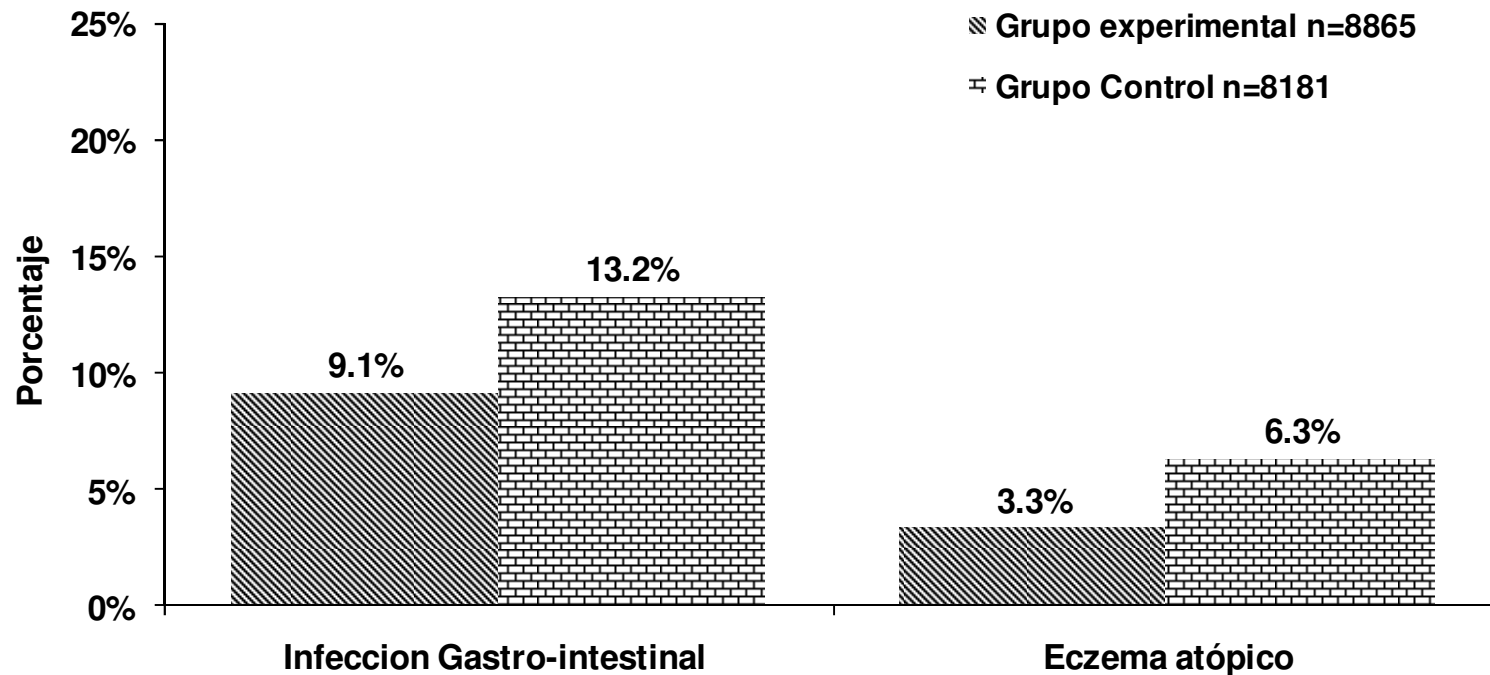
Communication from Chalmers and Kramer (2003)

# Efecto de los cambios de hospital amigo del niño en la lactancia a los 3 y 6 meses



Adaptado de Kramer et al. (2001)

# Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

Adaptado de Kramer et al. (2001)

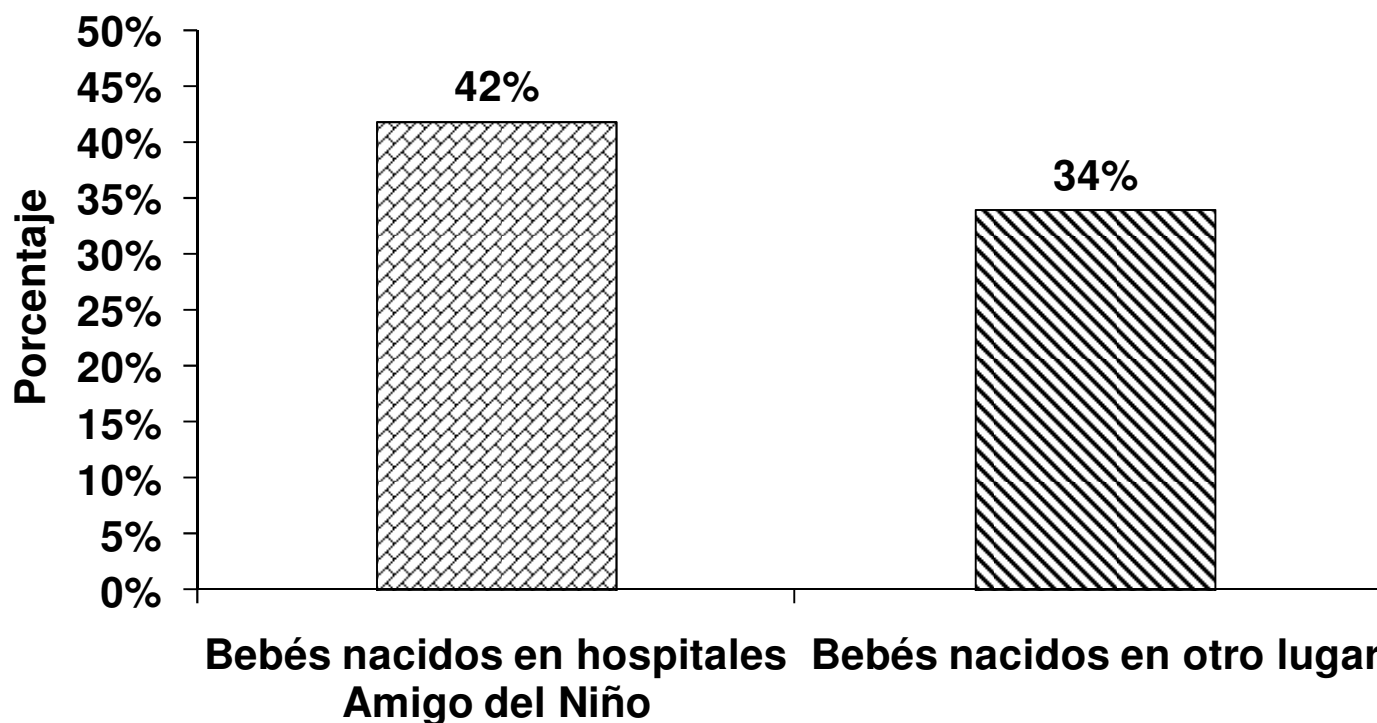
## **La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales “Amigo del Niño” en la duración de la lactancia en Suiza**

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

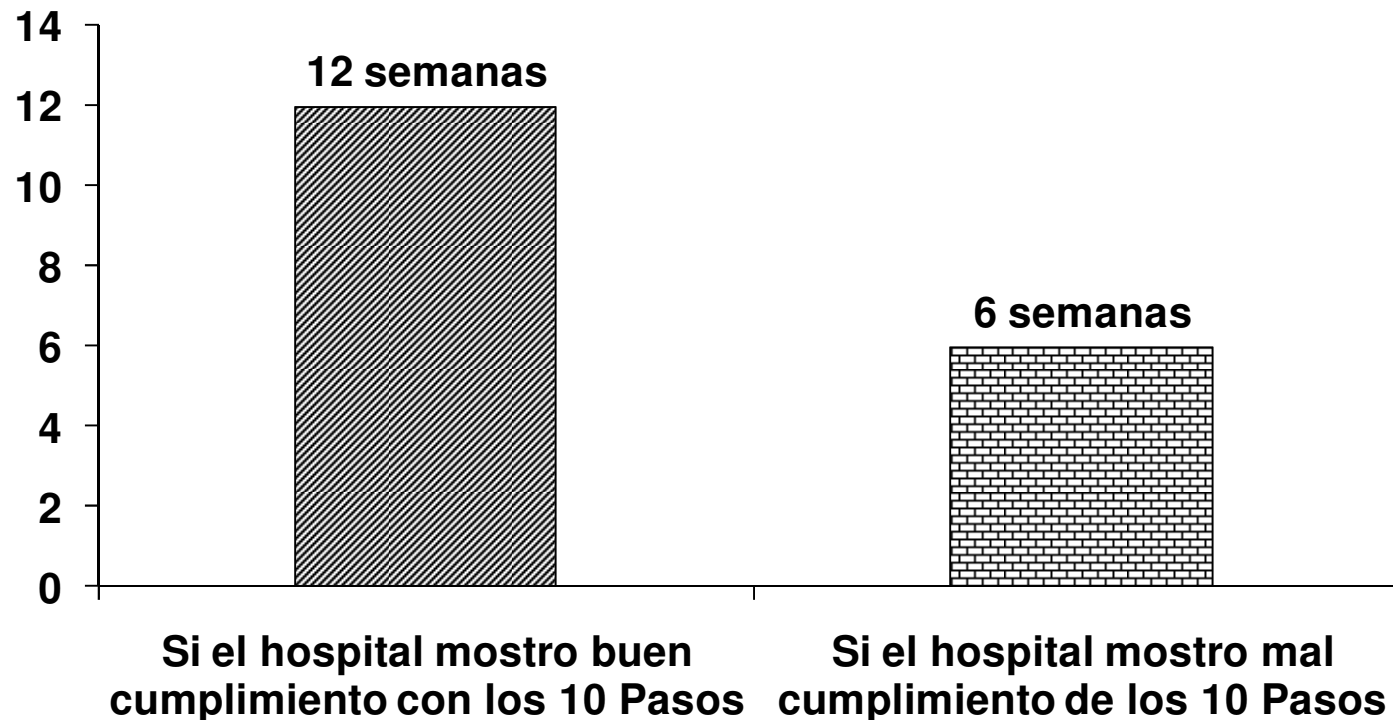


## Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



.Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

# Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales “Amigo del Niño”-- Suiza



.Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

# Resumen Global de la epidemia del VIH/SIDA, 2005

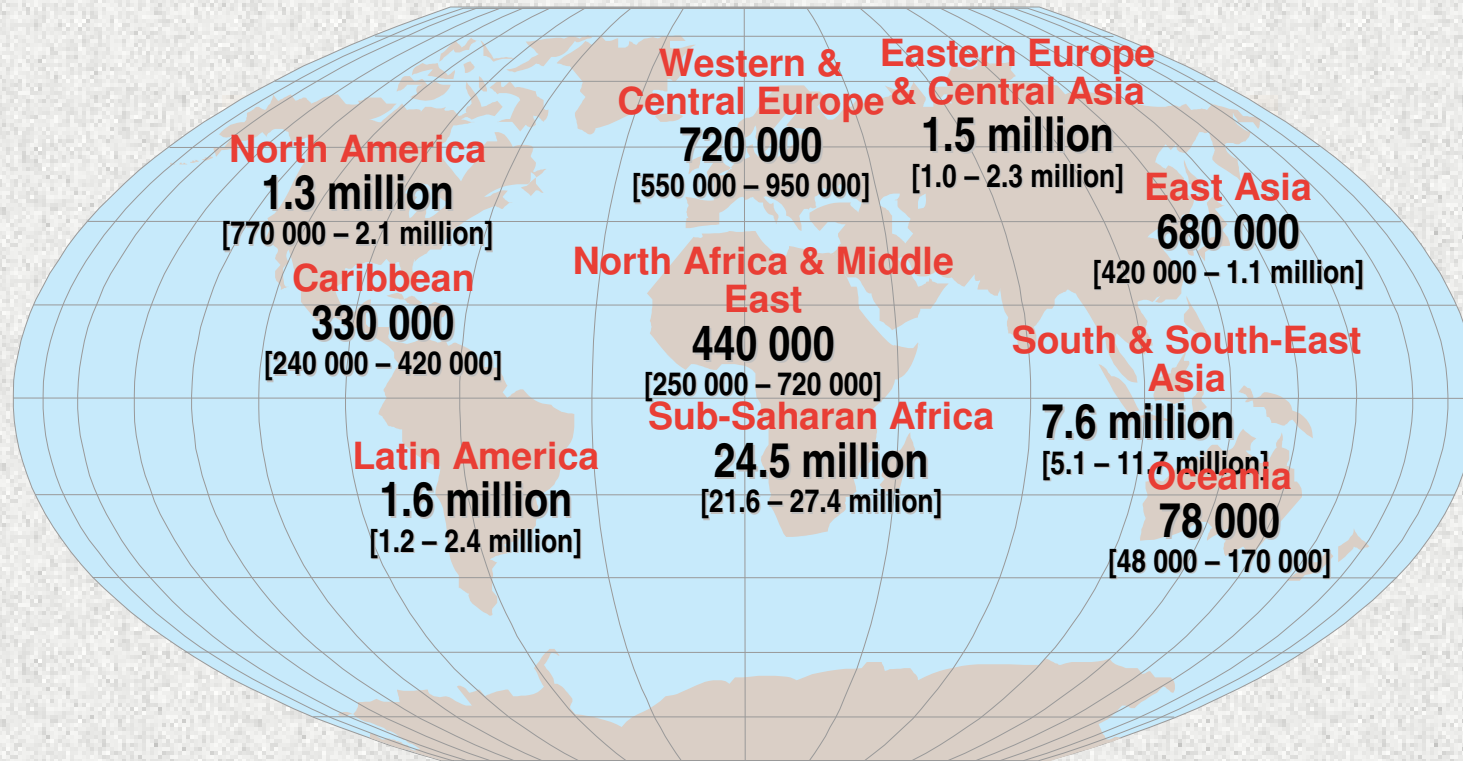
<b>Número de personas que viven con VIH/SIDA</b>	<b>Total</b>	<b>38.6 millones (33.4 – 46.0 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>36.3 millones (31.4 – 43.4 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>17.3 millones (14.8-20.6 millones)</b>
		<b>2.3 millones (1.7 – 3.5 millones)</b>
<b>Personas recientemente infectadas con VIH en 2005</b>	<b>Total</b>	<b>4.1 millones (3.4-6.2 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>3.6 millones (3.0-5.4 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>540 000 (420 000 - 670 000)</b>
<b>Muertes por SIDA en 2005</b>	<b>Total</b>	<b>2.8 millones (2.4-3.3 millones)</b>
	<b>Adultos</b>	<b>2.4 millones (2.0-2.8 millones)</b>
	<b>Menores de 15</b>	<b>380 000 (290 000 - 500 000)</b>

Los rangos de los estimados en esta tabla definen los límites de las cifras actuales basado en el mejor información disponible.

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.1 (HIV)

# Estimación de adultos y niños que viven con el VIH, 2005



**Total: 38.6 (33.4 – 46.0) millones**

## Estadística regional para el VIH en mujeres, 2005

<b>Región</b>	<b># de mujeres (15-49) que viven con VIH</b>	<b>% de Adultos VIH+ que son mujeres</b>
<b>África Sub-Sahariana</b>	<b>13.5 millones</b>	<b>57%</b>
<b>África del N y Medio Este</b>	<b>220,000</b>	<b>47%</b>
<b>Asia del S. &amp; S.A.</b>	<b>1.9 million</b>	<b>26%</b>
<b>Asia del Este</b>	<b>160,000</b>	<b>18%</b>
<b>Oceania</b>	<b>39,000</b>	<b>55%</b>
<b>Latinoamérica</b>	<b>580,000</b>	<b>32%</b>
<b>Caribe</b>	<b>140,000</b>	<b>50%</b>
<b>Europa del Este y Asia Central</b>	<b>440,000</b>	<b>28%</b>
<b>Europa O y C.</b>	<b>190,000</b>	<b>27%</b>
<b>Norte America</b>	<b>300,000</b>	<b>25%</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>17.5 million</b>	<b>46%</b>

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.3  
(HIV)

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

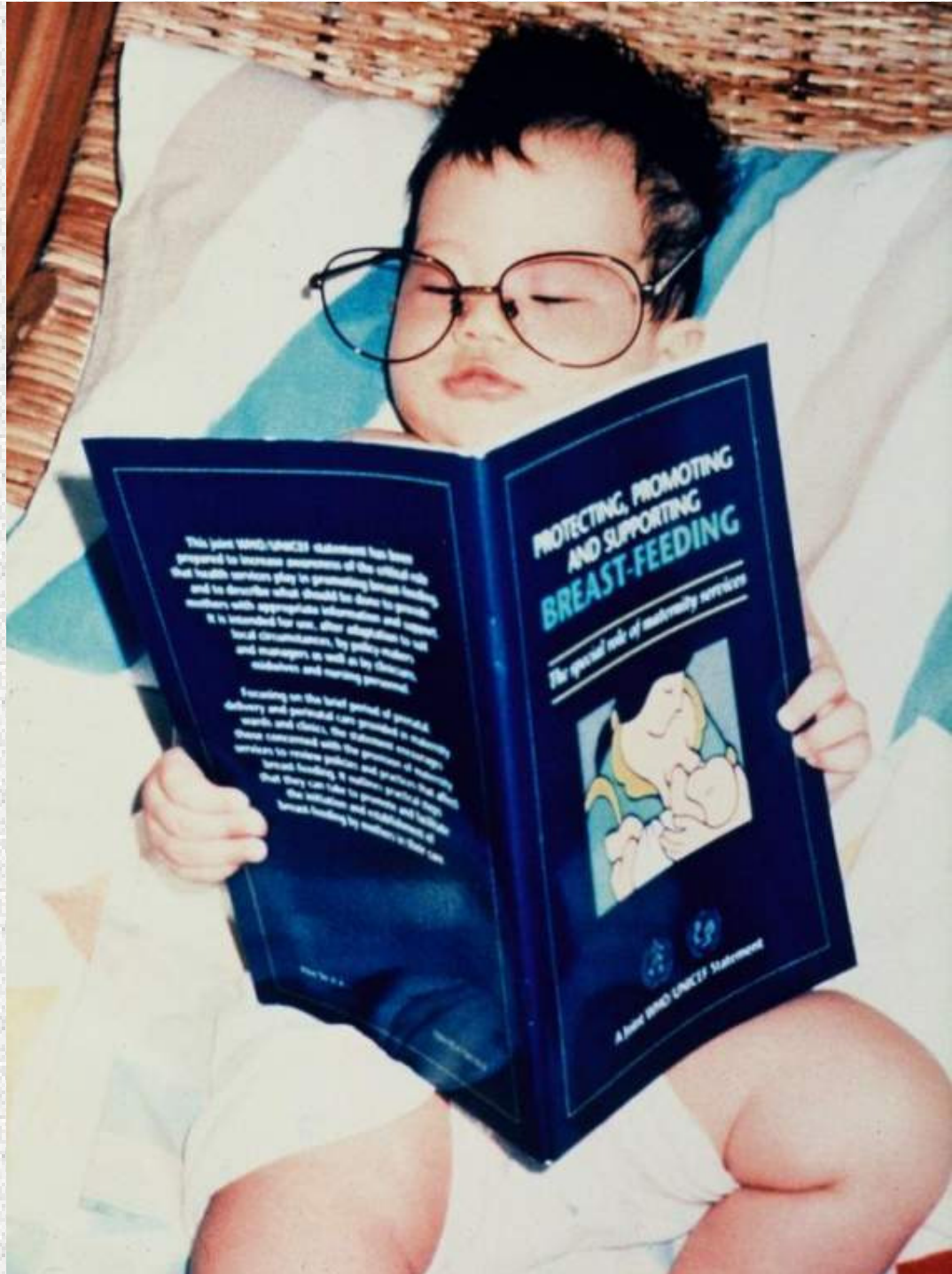
Paso 1. Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# Política de lactancia

*¿Por qué tener una política?*

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse



Diapositiva 4a



# Política de lactancia

## *¿Qué debe incluir?*

- Como mínimo, debe incluir:
  - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
  - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
  - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos

# Política de lactancia

*¿Cómo debe presentarse?*

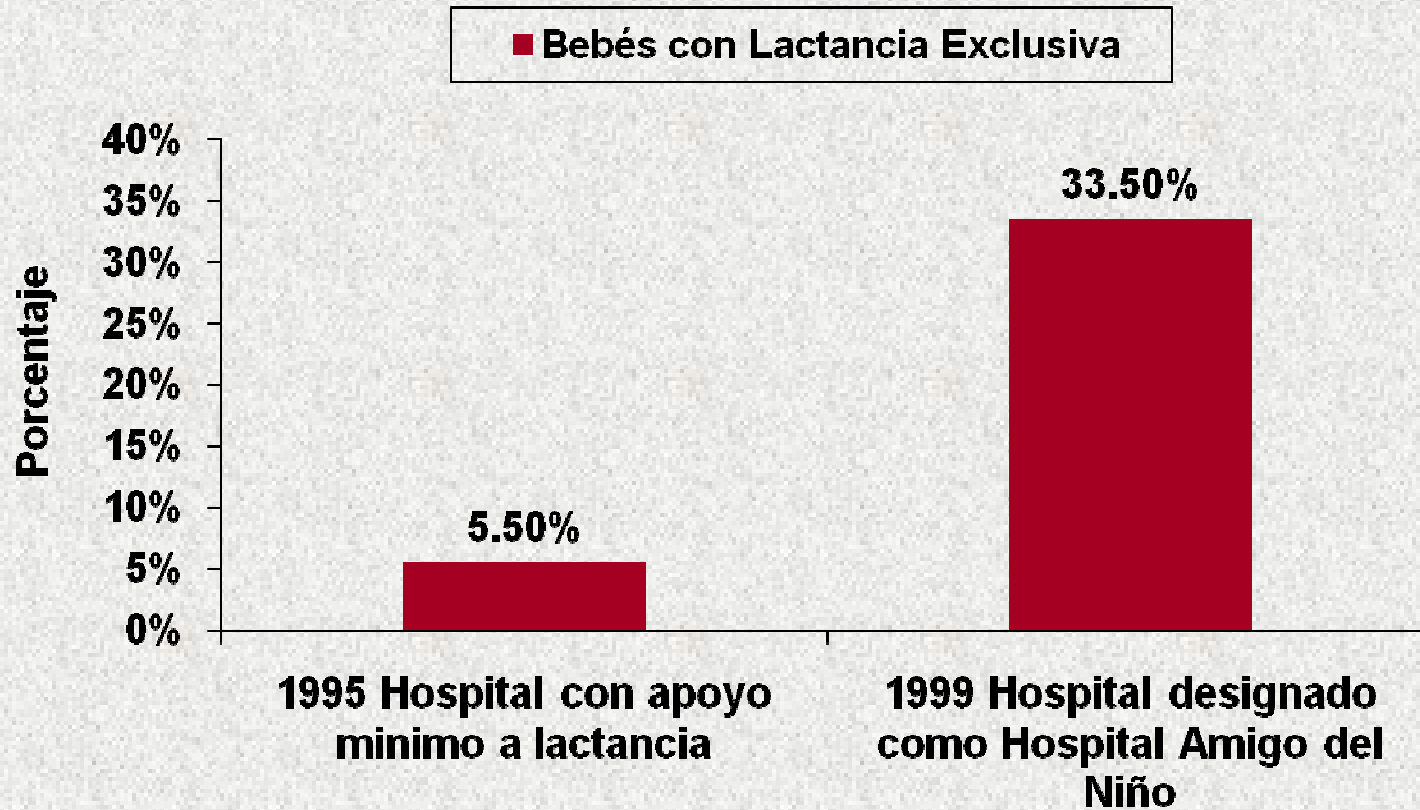
Debe estar:

- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés



Diapositiva 4b

## Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna despues de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)





Diapositiva 4c



Photo: Maryanne Stone Jimenez

# Áreas de conocimiento

- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

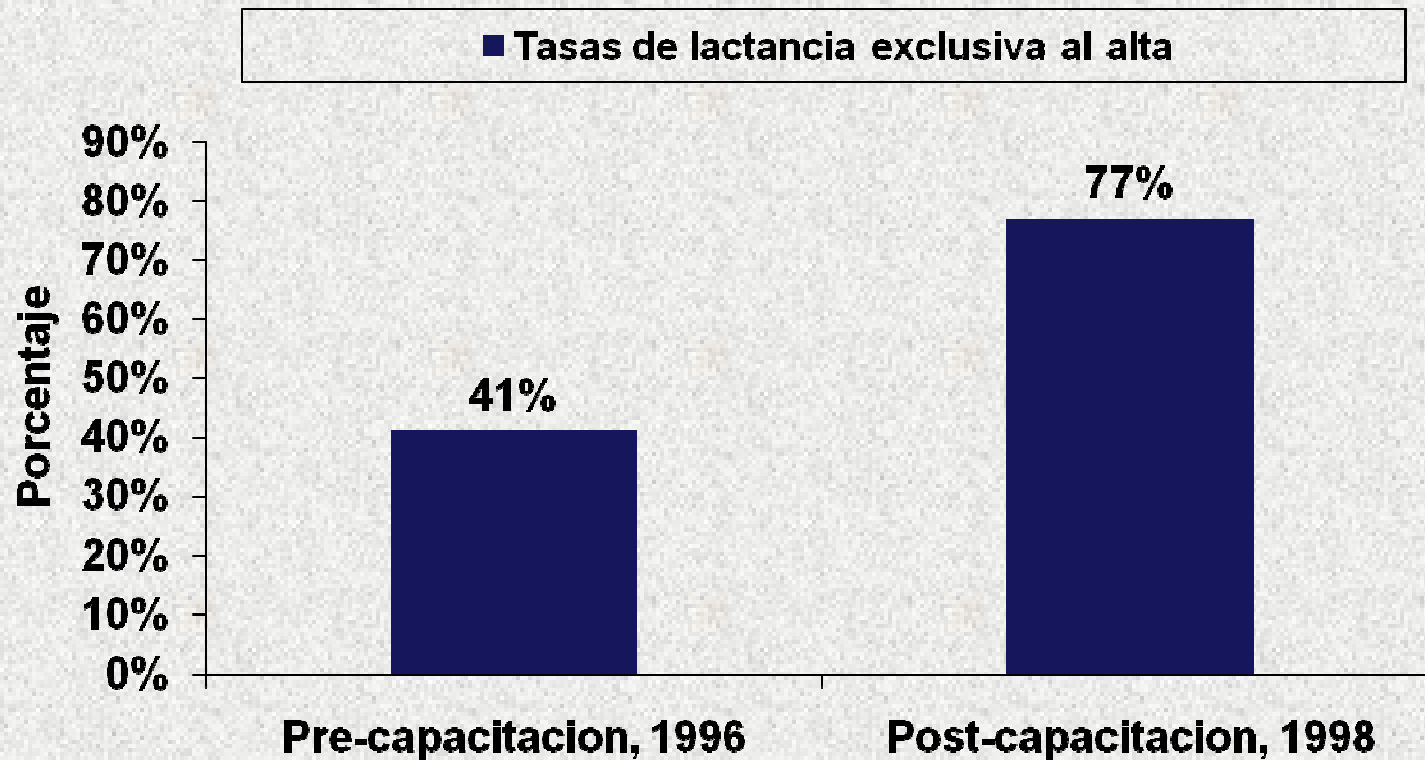


# Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

## *Capacitar al personal en:*

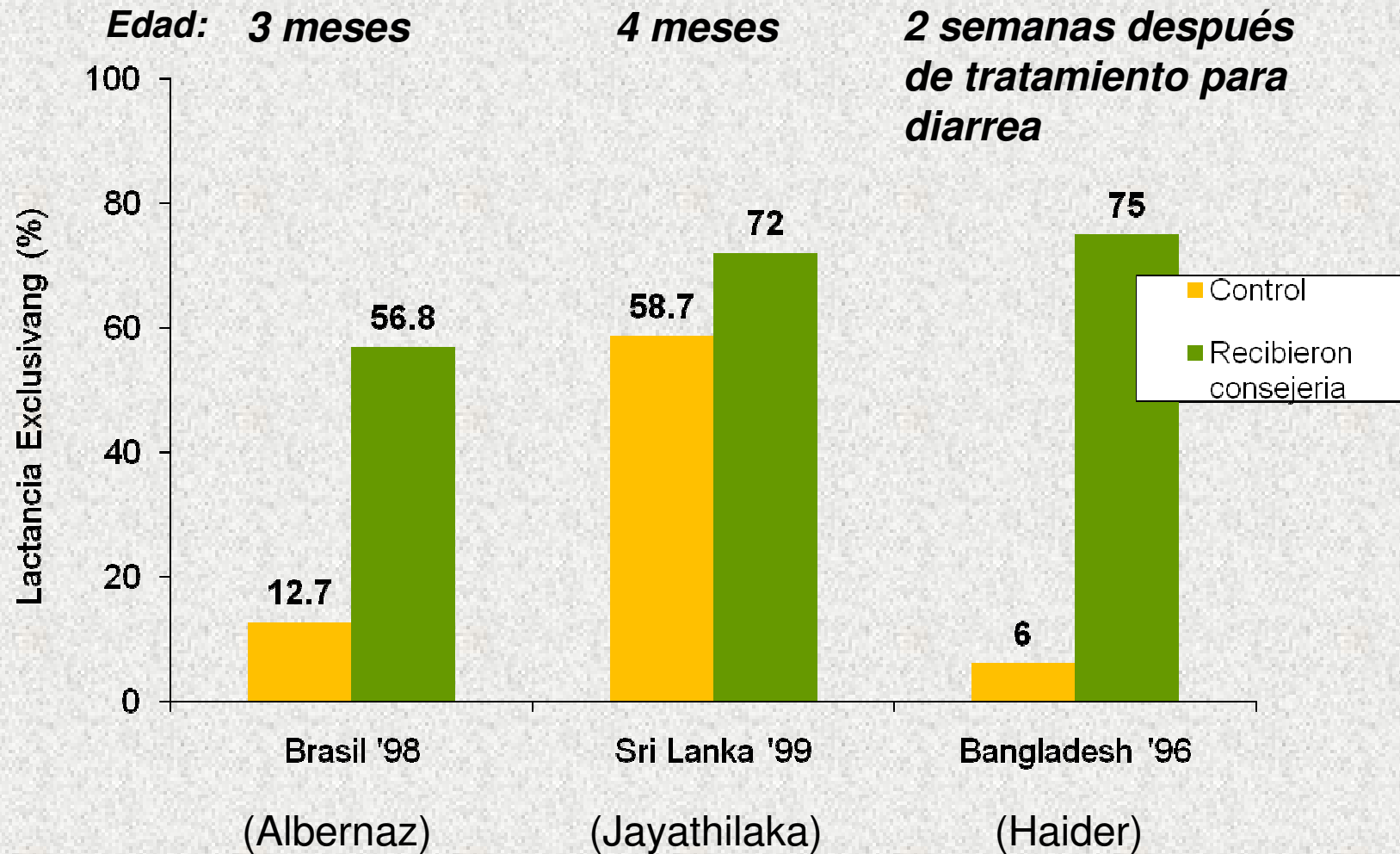
- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de “salpicado” (hacer que madres que son HIV – o desconocen su estado escogan alimento de sustitucion cuando la lactancia es menos riesgosa)

## Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

## Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva



Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas  $p < 0.001$ .

De: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

**Qué otros profesionales en salud además del personal del perinatal influyen en el éxito de la lactancia?**

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

# La educación prenatal debe incluir:

- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en HIV
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de formula





Diapositiva 4e

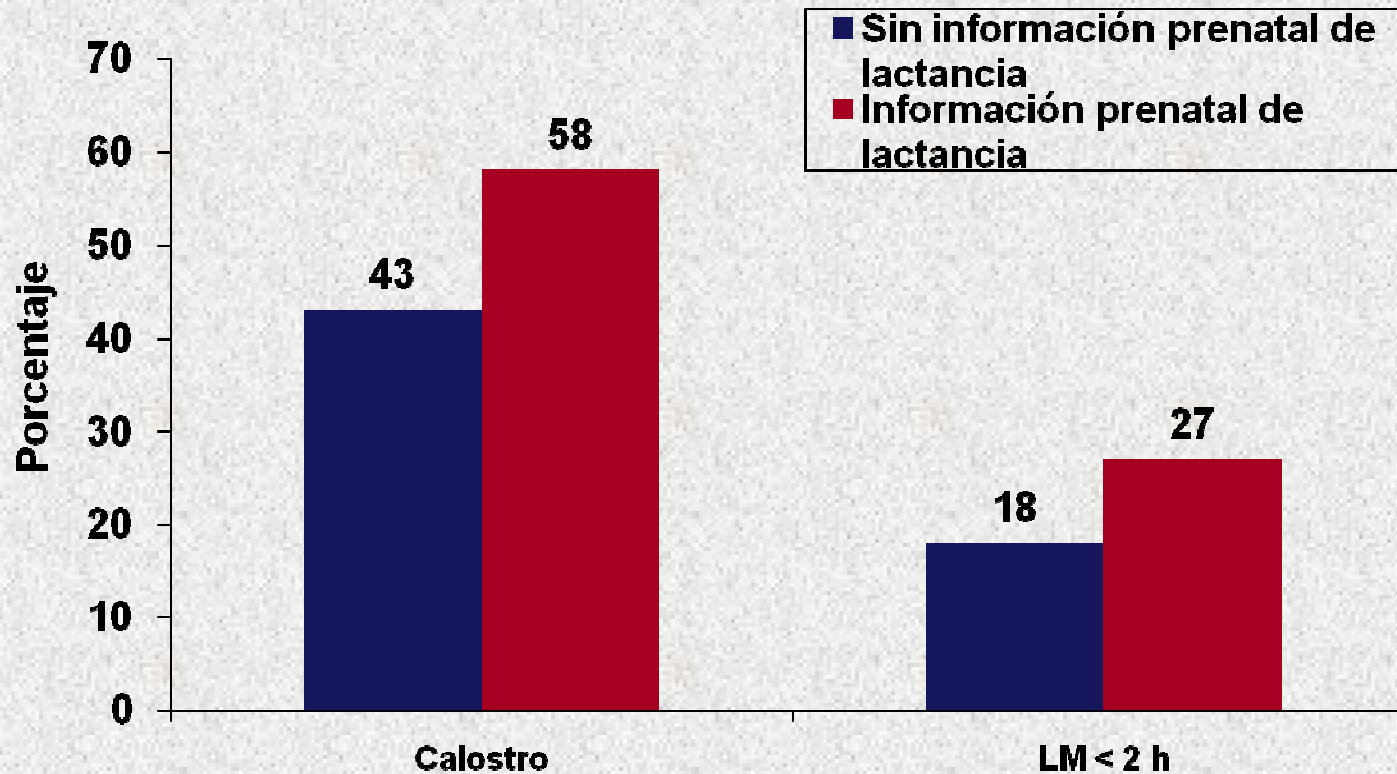




Diapositiva 4f

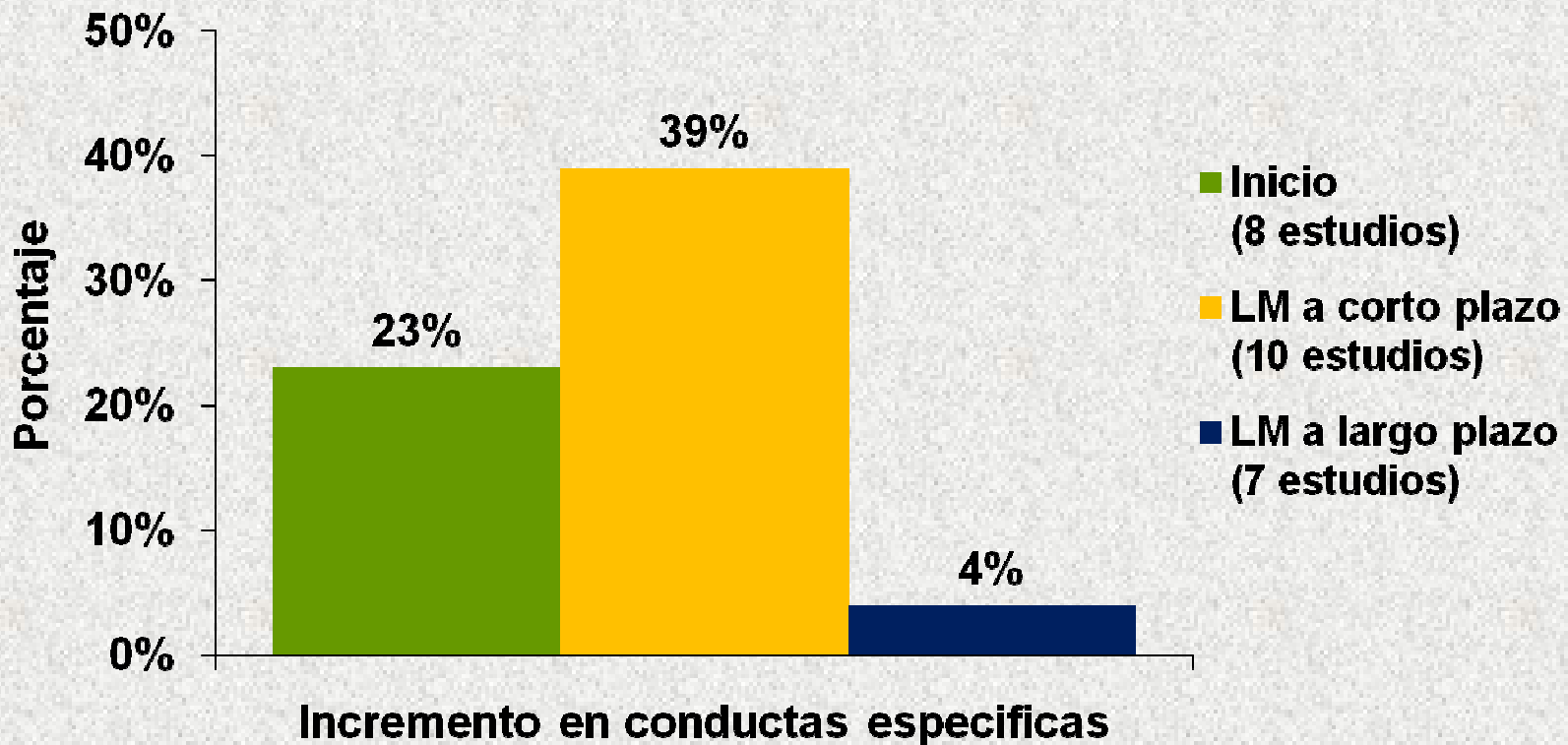


## Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrang J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

## Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia



Adaptado de Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

# ¿Por qué el test de VIH en el embarazo?

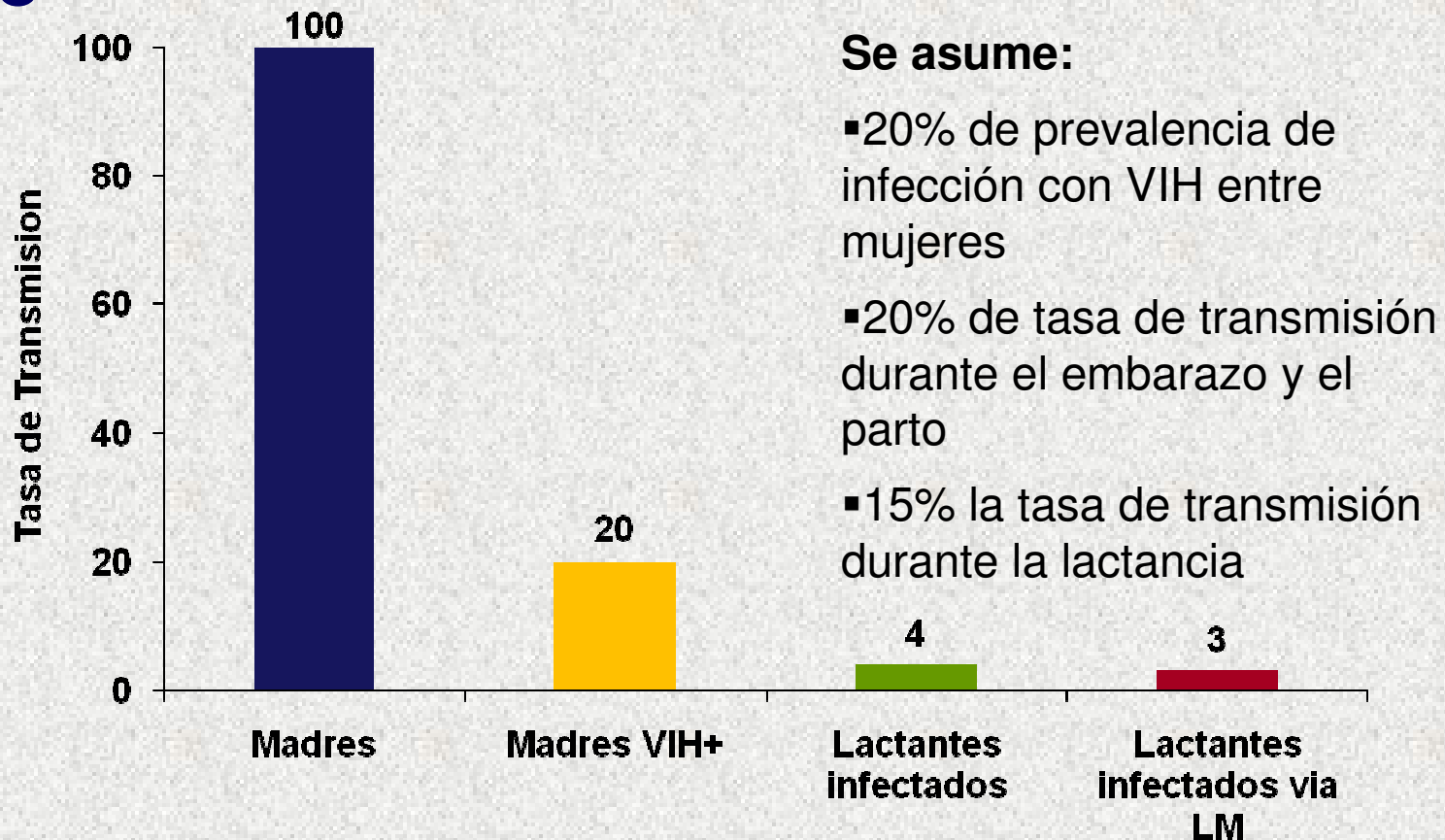
- Si es VIH **negativo**
  - Puede recibir consejería en conductas de prevención y reducción de riesgo
  - Puede recibir consejería en lactancia exclusiva
- Si es VIH **positivo**
  - Puede aprender las formas de reducir el riesgo de la transmisión de madre a niño en el embarazo, durante el parto y durante la alimentación infantil
  - Puede manejar mejor la enfermedad y luchar por una vida “positiva”
  - Puede planificar la alimentación infantil mas segura y el seguimiento del bebe.
  - Puede decidir por el aborto (si es una opción legal) y evitar fertilidad futura
  - Puede decidir comunicar su estado a la pareja /familiar para buscar apoyo



# Definición de alimentación de sustitución

- El proceso, en el contexto de VIH/SIDA, de alimentar a un bebe, que no esta recibiendo en absoluto leche materna, con una dieta que provea de todos los nutrientes que el niño necesita.
- Durante los seis primeros meses debe ser una leche sucedánea, adecuada – una fórmula comercial, o fórmula preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes.
- Después de seis meses, debe ser un sucedáneo de la leche materna adecuado con alimentación complementaria preparada adecuadamente de la dieta familiar y enriquecida con nutrientes, administrada tres veces al día. Si no hubiera disponibilidad de sucedáneos de la leche materna adecuados, posteriormente se debe utilizar alimentos caseros enriquecidos y darse cinco veces al día.

# Riesgo de transmisión de VIH de madre a niño



Basado en los datos De *HIV & infant feeding counselling tools: Reference Guide*.  
Geneva, World Health Organization, 2005.

# Recomendaciones de la OMS sobre alimentación infantil para las mujeres VIH+

Cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda evitar toda forma de lactancia para las madres VIH+

De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida.

Para minimizar el riesgo de transmisión del VIH, la lactancia debe discontinuarse tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y el riesgo de la alimentación de sustitución (incluyendo el riesgo de otras infecciones que no sean VIH y malnutrición)

*WHO, New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO technical consultation ... Geneva, 11-13 October 2000. Geneva, World Health Organization, 2001, p. 12.*

Diapositiva 4.3.8 (HIV)

# Recomendaciones de alimentación infantil y VIH

## Si el estado de VIH de la madre es desconocido:

- Aliente a la mujer para que se haga el examen y reciba la consejería
- Promocione las prácticas óptimas de alimentación (LM exclusiva por 6 meses, introducción de alimentos complementarios apropiados alrededor de los 6 meses y continuar la LM hasta los 24 meses o mas)
- Orientar a la madre y su pareja sobre como evitar la exposicion al VIH

Adaptado de WHO/Linkages, *Infant and Young Child Feeding: A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Annex 10, p. 137).



## **Si el estado de VIH de la madre es negativo:**

- Promocione las practicas de alimentación optimas (ver arriba)
- Oriente a la mujer y su pareja sobre como evitar la exposición al VIH.

## **Si la madre es VIH positivo:**

- Proveer el acceso a los medicamentos anti-retrovirales para prevenir TMN y referir a la madre para la atención y tratamiento de su propia salud
- Proveer de consejería sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación, incluyendo la aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad (AFASS) de las diferentes opciones.
- Ayudar a la mujer a escoger la opción mas apropiada
- Proveer de seguimiento consejería para apoyar a la madre en la opción de alimentación que escoja.



## **Si la madre es VIH positivo y decide amamantar:**

- Explicar la necesidad de amamantar exclusivamente en los primeros meses con la suspensión cuando existan las condiciones AFASS
- Apoyar a la madre a planificar y llevar a cabo una transición segura
- Prevenir y tratar las afecciones de la mama y la moniliasis en su bebe

## **Si la madre es VIH positivo y decide elegir la alimentación de sustitución:**

- Enseñar a la madre las habilidades para utilizar la alimentación de sustitución, incluyendo la alimentación con taza y la preparación y almacenaje higiénico de esta, lejos de las madres que amamantan

Ibid.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora despues del parto.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

## **Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):**

*“ Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofrecer ayuda si es necesario.”*

# Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal

## *¿Por que?*

- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

# Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal

## *¿Cómo?*

- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora





Diapositiva 4g





Diapositiva 4h



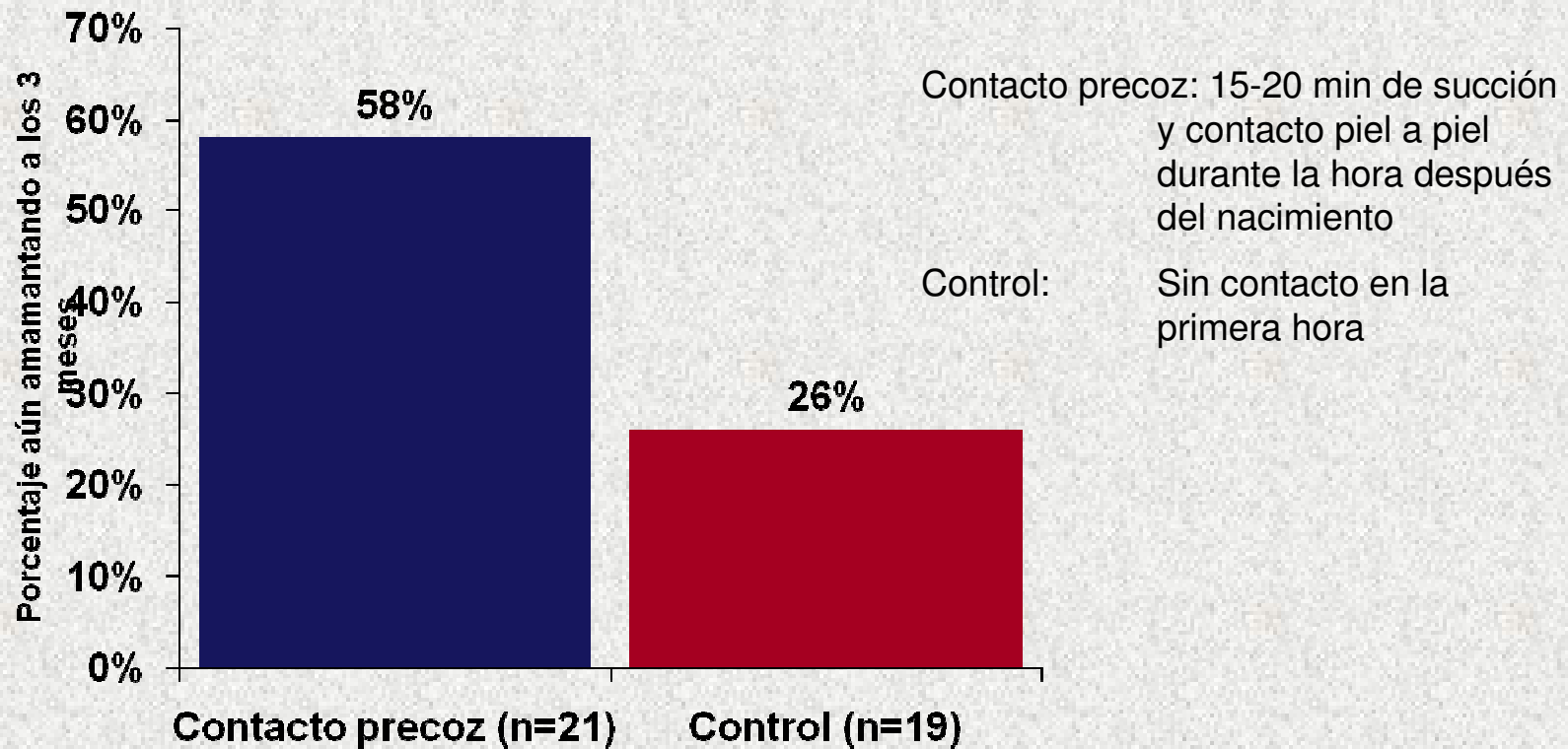
Diapositiva 4i





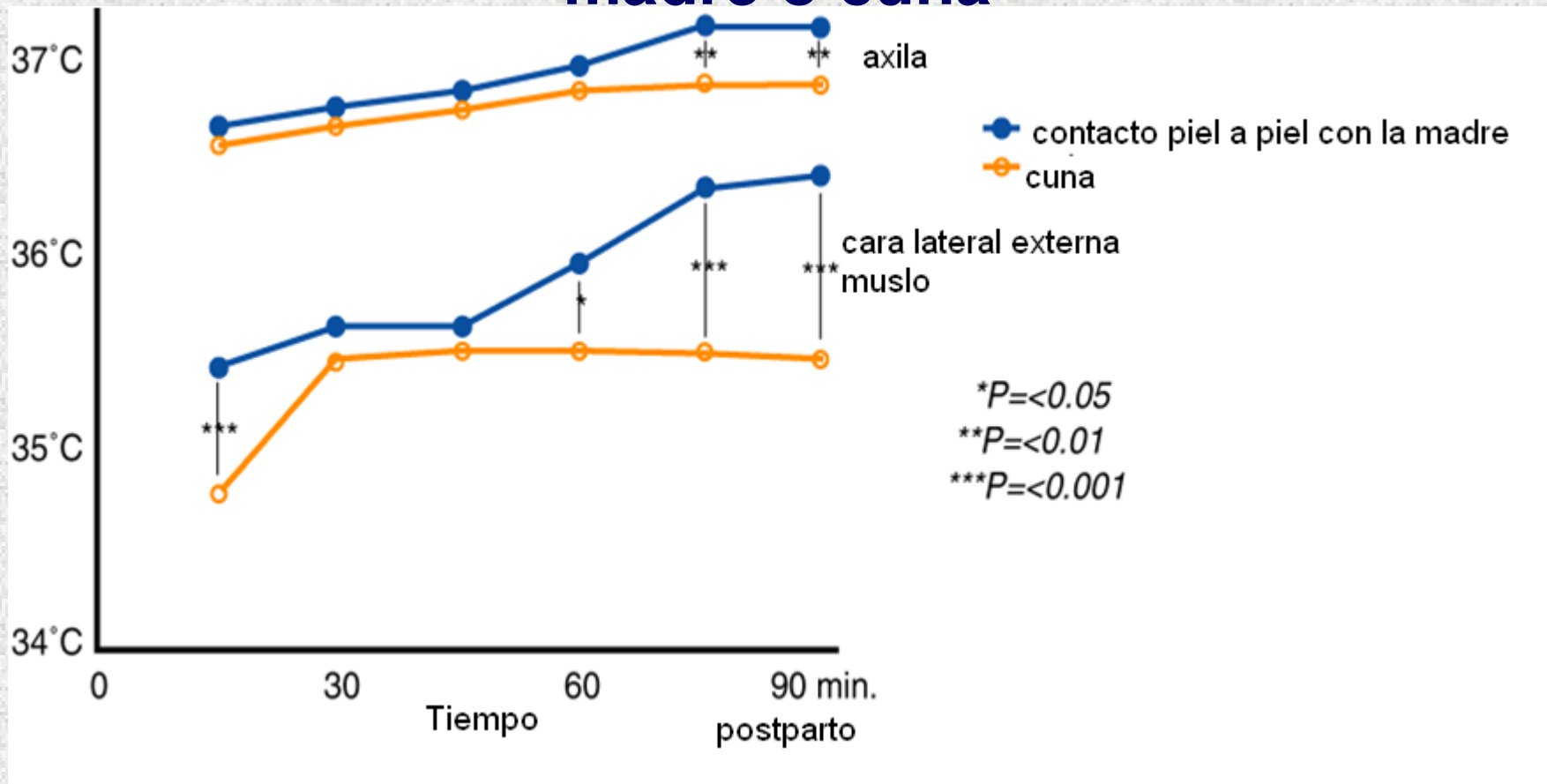
Diapositiva 4j

# Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

# Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



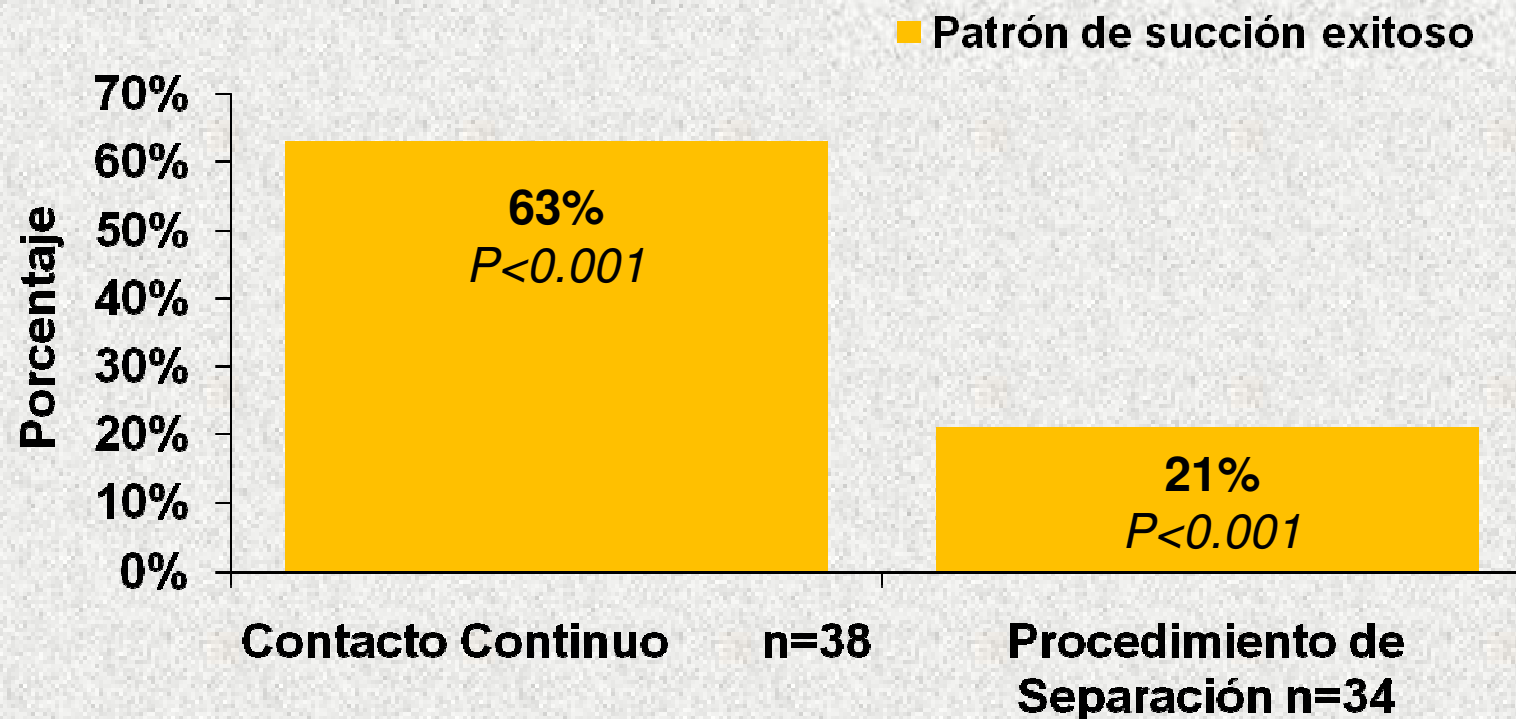
Adaptado de: Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

## Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
$\alpha$ -Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

De: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation, 5th ed.* St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

## Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

*“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia. ”*

De: Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.





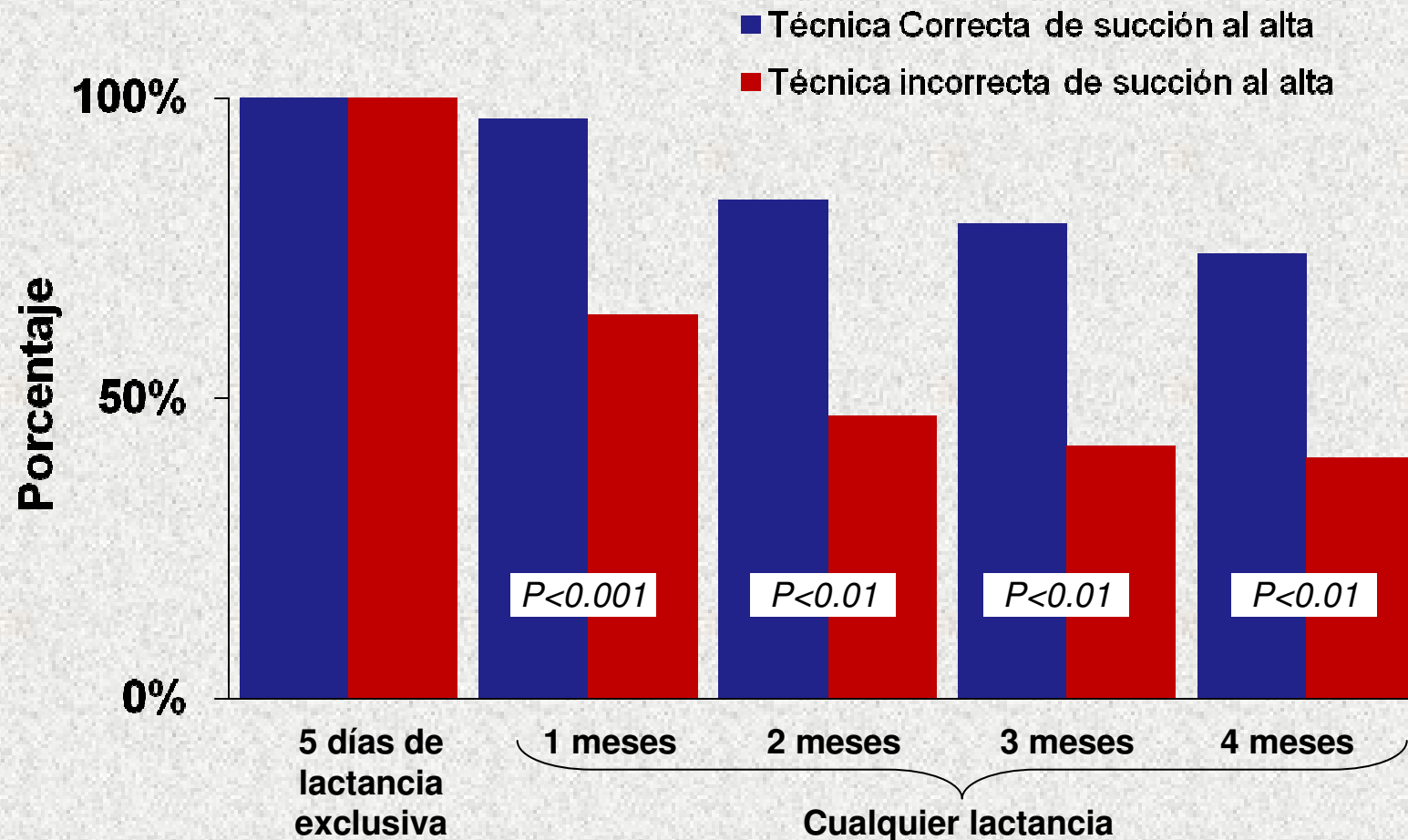
Diapositiva 4k





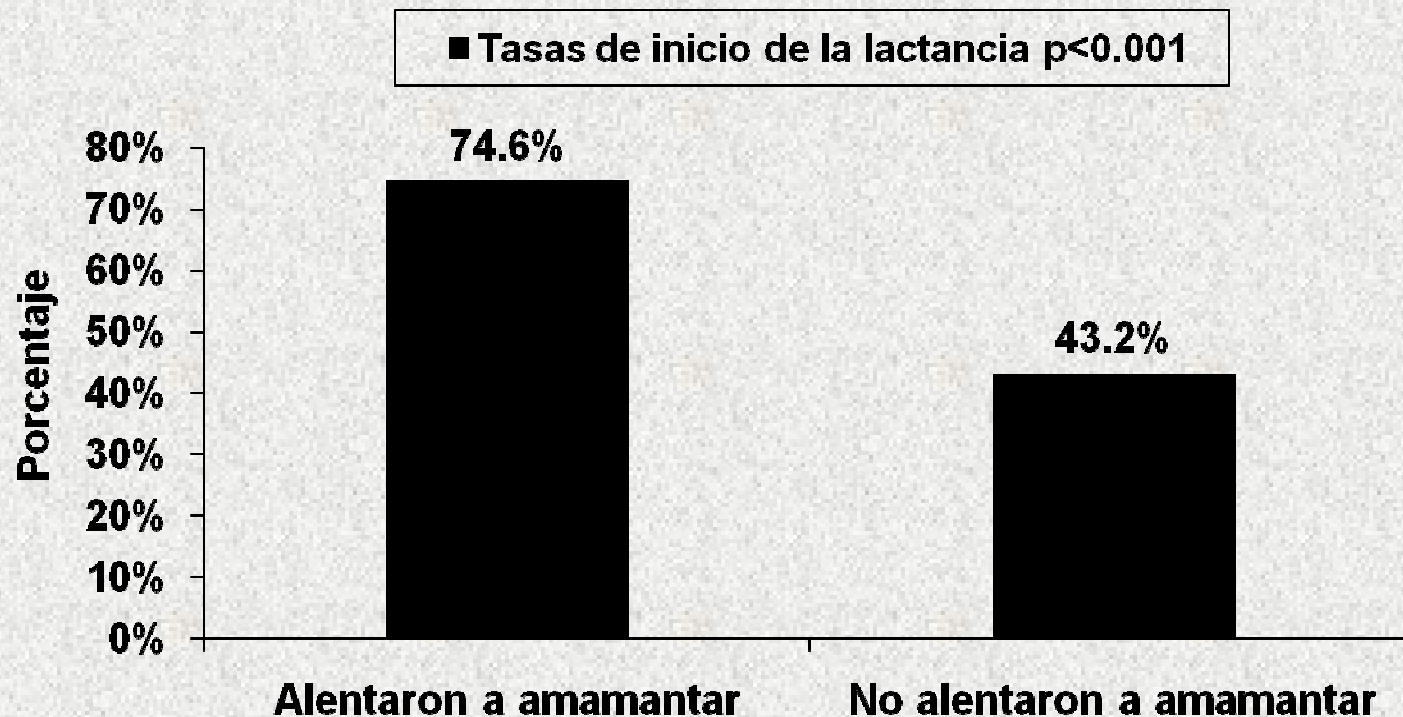
Diapositiva 41

## Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



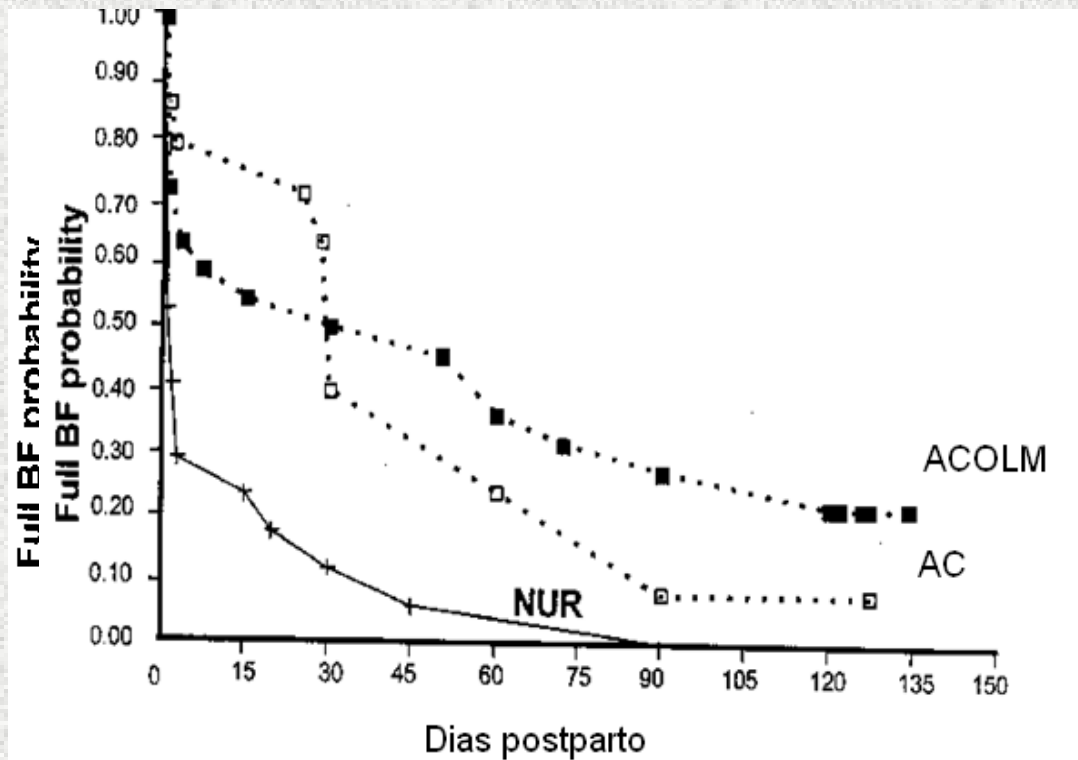
Adaptado de Righard L , Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

## Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia



Adaptado de Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

## Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mejicanas urbanas de ingresos bajos



**NUR**, sala de RN, n=17

**AC**, alojamiento conjunto, n=15

**AC OLM**, alojamiento conjunto más orientación en lactancia, n=22

NUR significativamente diferente de AC ( $p < 0.05$ ) y ACOLM ( $p < 0.05$ )

De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan 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, 31 (1): 25-40.

# Producción y demanda

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche remocionada en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.





Diapositiva 4m

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



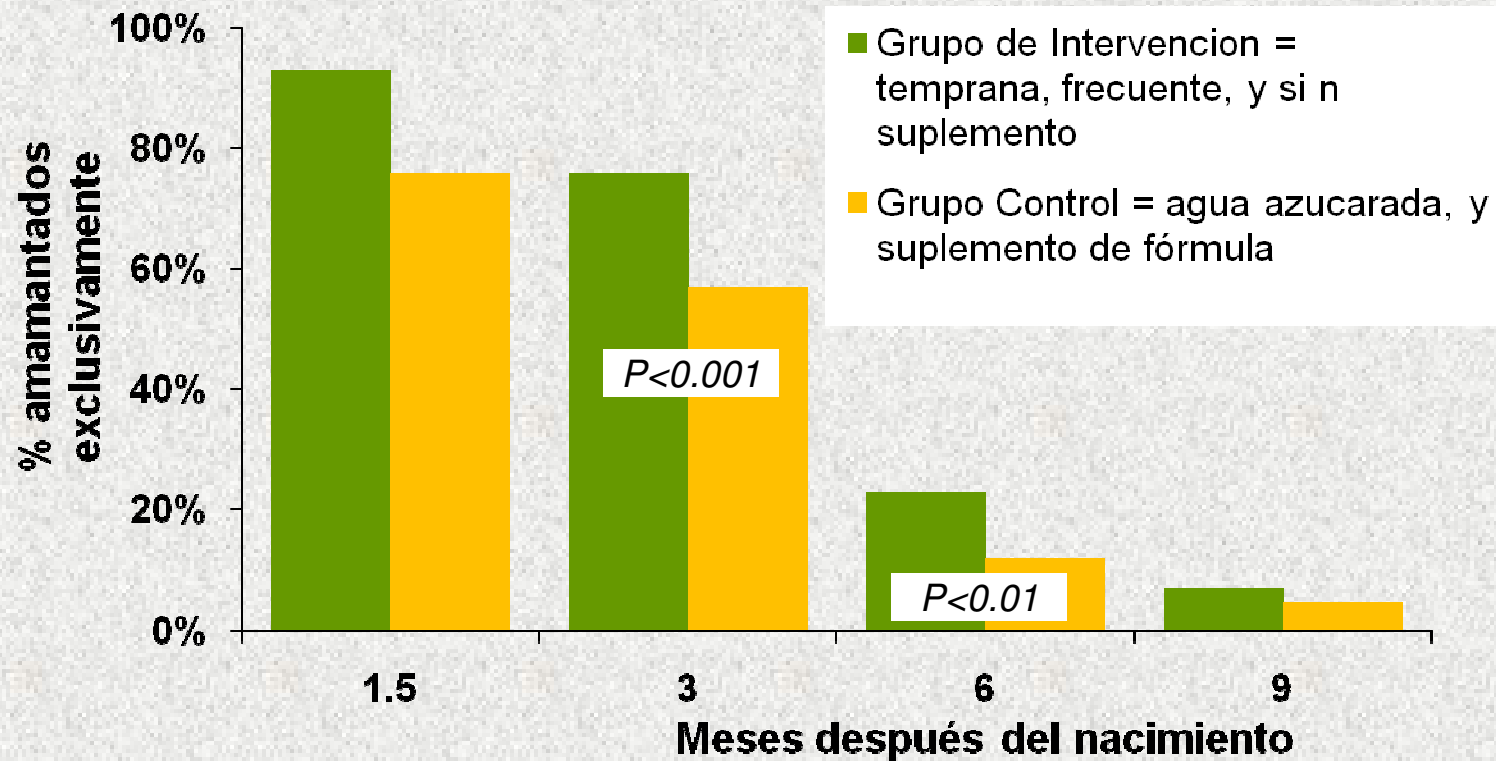


Diapositiva 4n



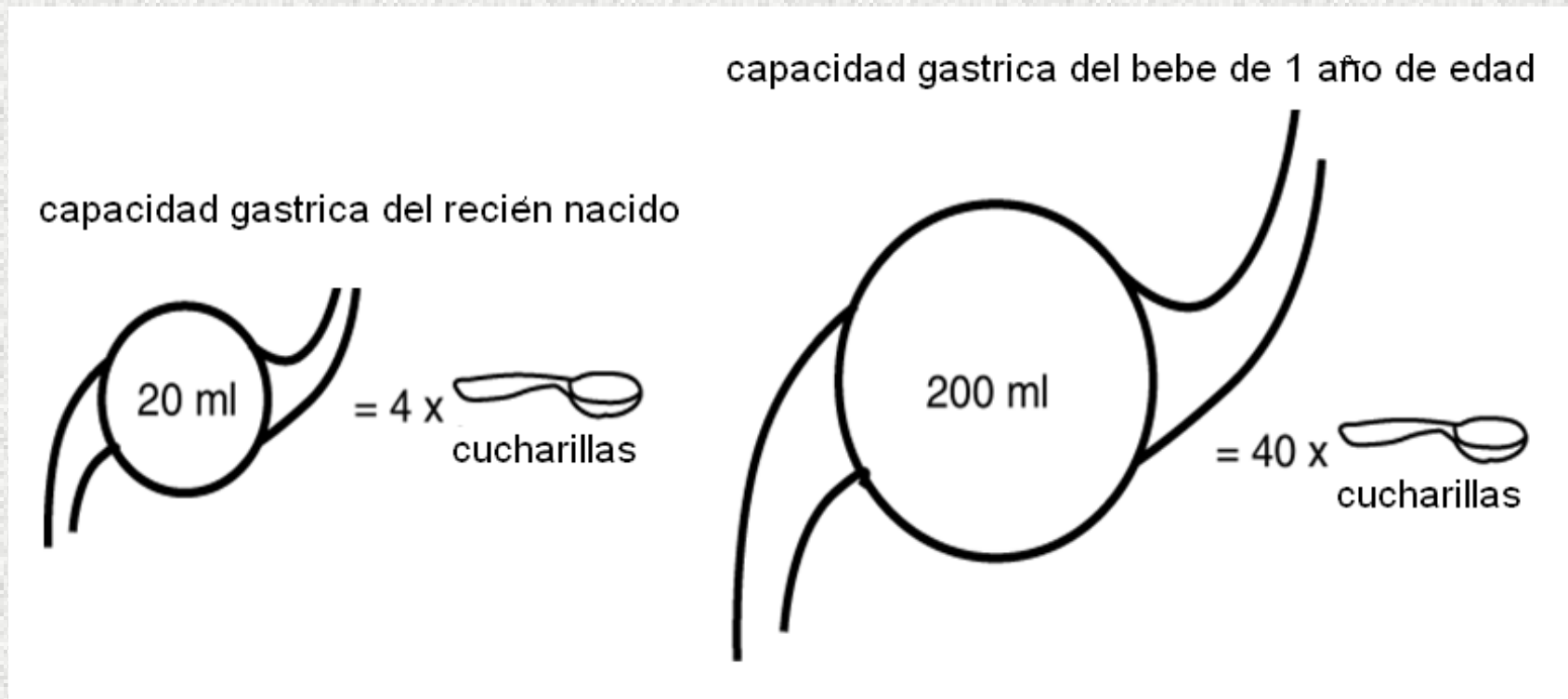


# Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad



Adaptado de Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

# La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



Adaptado de Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood, Fourth Edition*. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

## Impacto de la suplementación con fórmula de rutina

Disminución de la frecuencia o efectividad de la succión



Disminución de la cantidad de leche removida de los pechos



Producción de leche tardía o producción reducida

Algunos bebés tienen dificultad en el agarre si se administra la fórmula en biberón

## Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de México

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos ( $p < 0.05$ )
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebe.

De: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

# Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente

Pais	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

**Nota: Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a1400 mOsm/kg.**

De: *Breastfeeding and the use of water and teas*. Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.

# **Médicamente indicado**

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.



# Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución

## Condiciones en el bebé:

- Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada incluyen aquellos con:
  - Galactosemia clásica, necesitan fórmula libre de galactosa
  - Enfermedad de orina en jarabe de arce, necesitan fórmula libre de isoleucina y valina
  - Fenilcetonuria, requieren fórmula libre de fenilalanina
- Los recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción, pero, pueden recibir otros alimentos por período breve incluyen:
  - Aquellos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g)
  - Muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación)
  - Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia



## Condición Materna :

- Madres con infección por VIH deben evitar LM si la alimentación de sustitución es AFASS
- Madres que podrían requerir evitar la lactancia temporalmente incluyen:
  - Aquellas con enfermedad grave, Ej. Septicemia
  - Herpes Simplex Tipo I
  - Medicación materna: psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides. Evitar uso de iodo radioactivo-131, suspender LM durante quimioterapia citotóxica

## **Condición Materna (continúa):**

- Madres con otras afecciones no tienen contraindicación de LM, aunque presentan condiciones médicas preocupantes
  - Absceso mamario
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Mastitis
  - Tuberculosis
  - Uso de sustancias: el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene efectos dañinos en bebés amamantados; alcohol, opioides, benzodiazepinas y cannabis pueden provocar sedación tanto en la madre como el bebé

# Factores de riesgo para la transmisión de VIH durante la lactancia\*

## Madre

- Salud y estado inmunitario
- Carga viral plasmática
- Virus en la leche materna
- Inflamación de la mama (mastitis, absceso, grietas en pezón)
- Nueva infección VIH

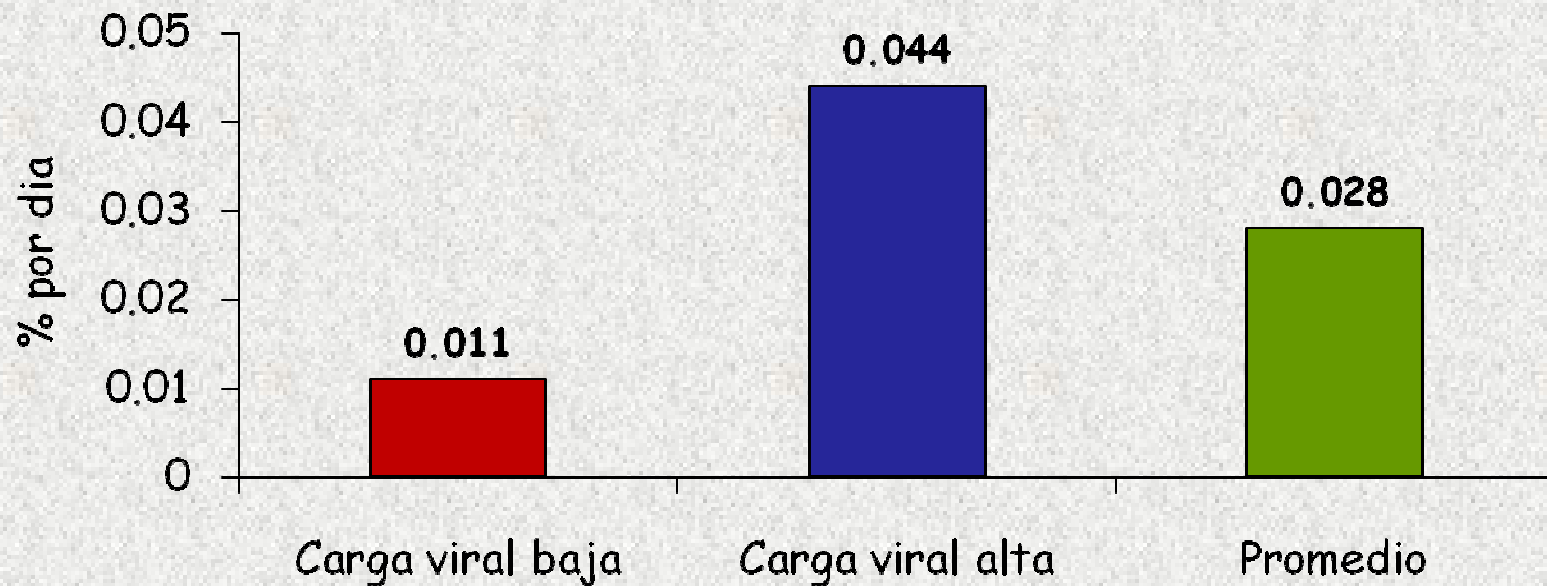
## Lactante

- Edad (primer mes)
- Duración de la lactancia
- LM no exclusiva
- Lesiones en la boca, intestino
- Pre-maturez, peso bajo al nacer
- Factores genéticos – huésped/virus

\* También conocido como transmisión postnatal del VIH (TNP)

# Factor de riesgo: Carga viral sanguínea materna

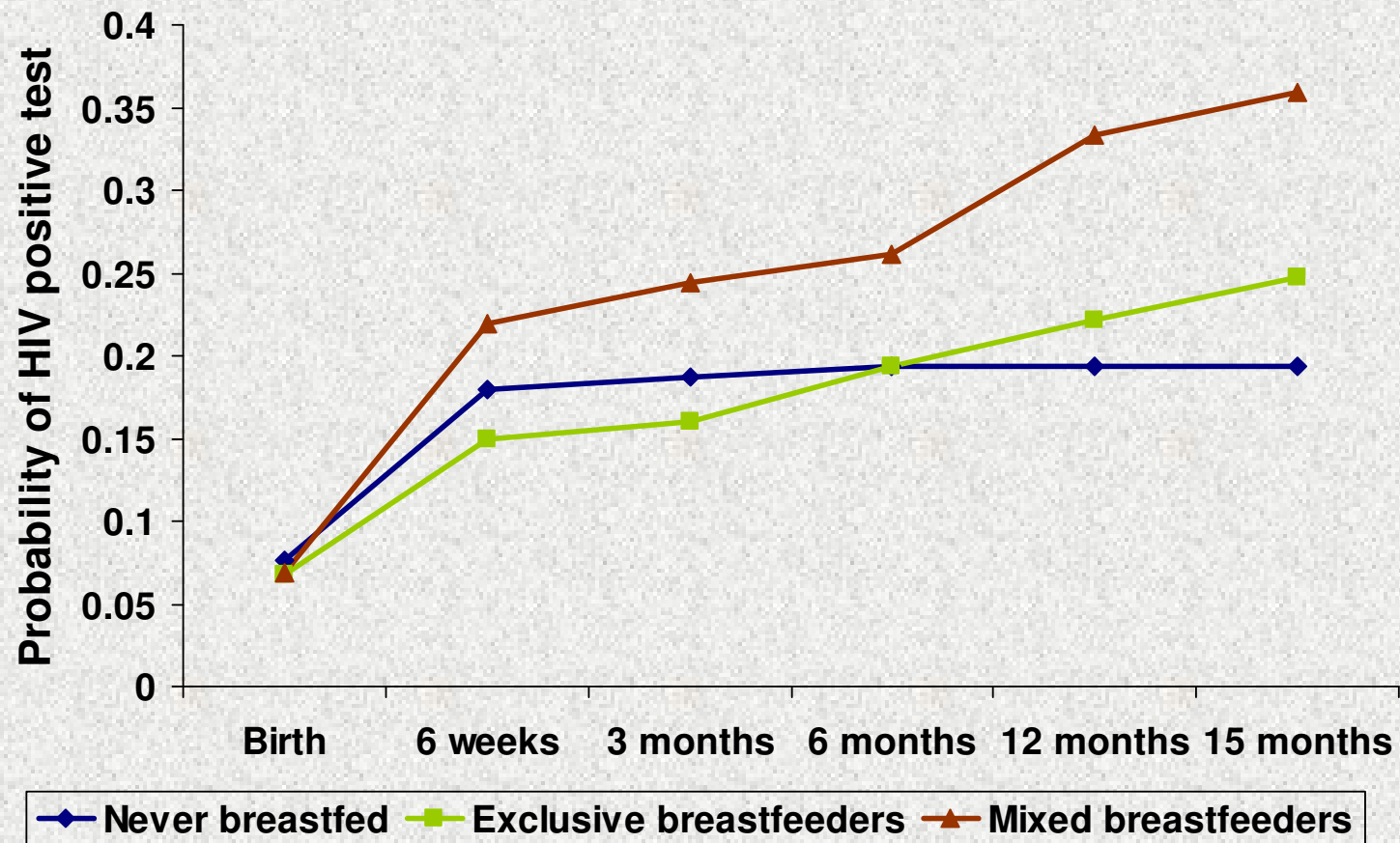
## Riesgo de transmisión de VIH por día de LM en Nairobi, Kenya (%)



De: Richardson et al, Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers, *JID*, 2003 187:736-740 (adapted by Ellen Piwoz)

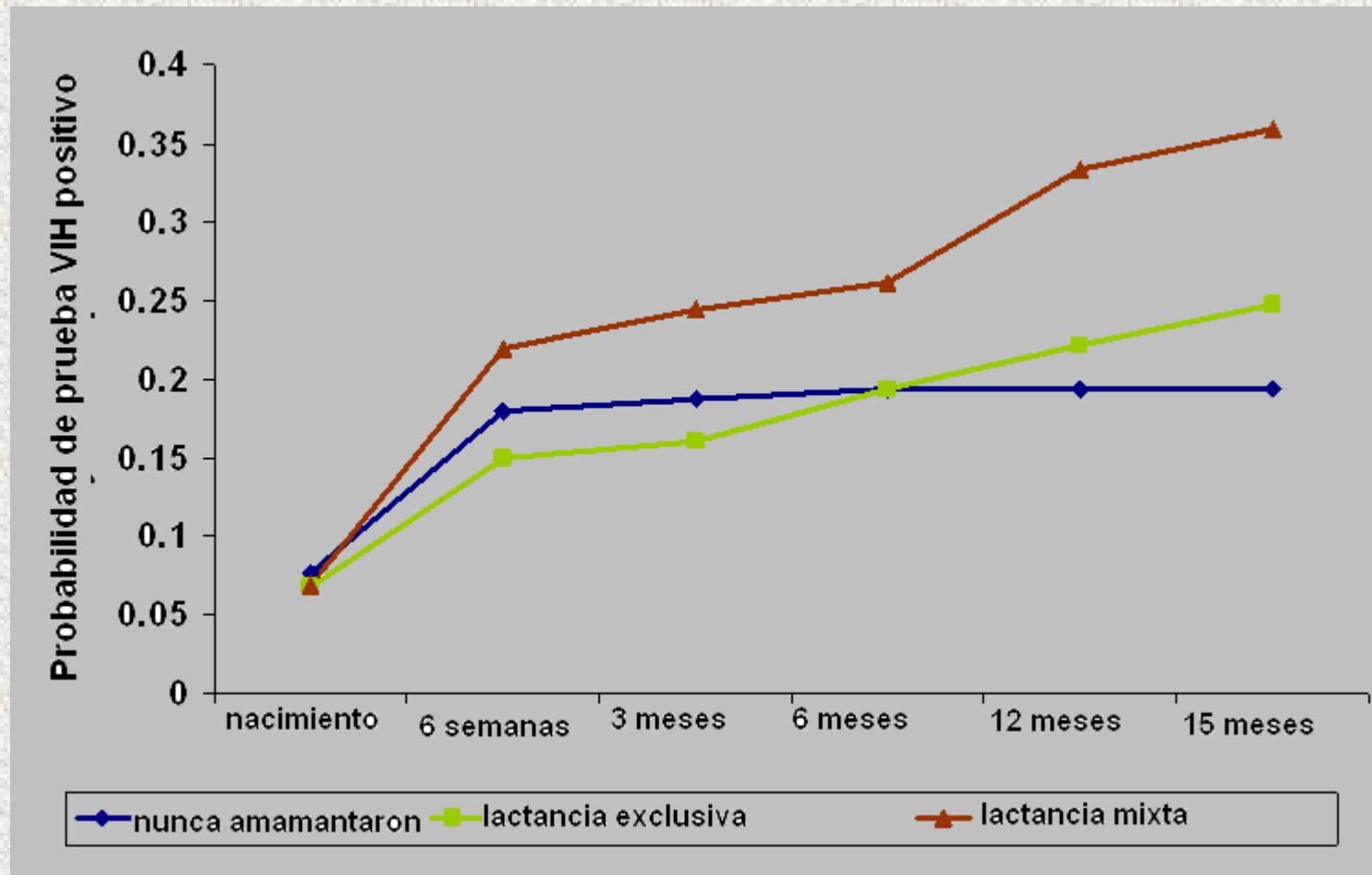
Transparency 4.6.12 (HIV)

# Patrón de alimentación y riesgo de transmisión de VIH



From: Coutoudis et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

# Patrón de alimentación y riesgo de transmisión de VIH



From: Coutoudis et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

# Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabwe

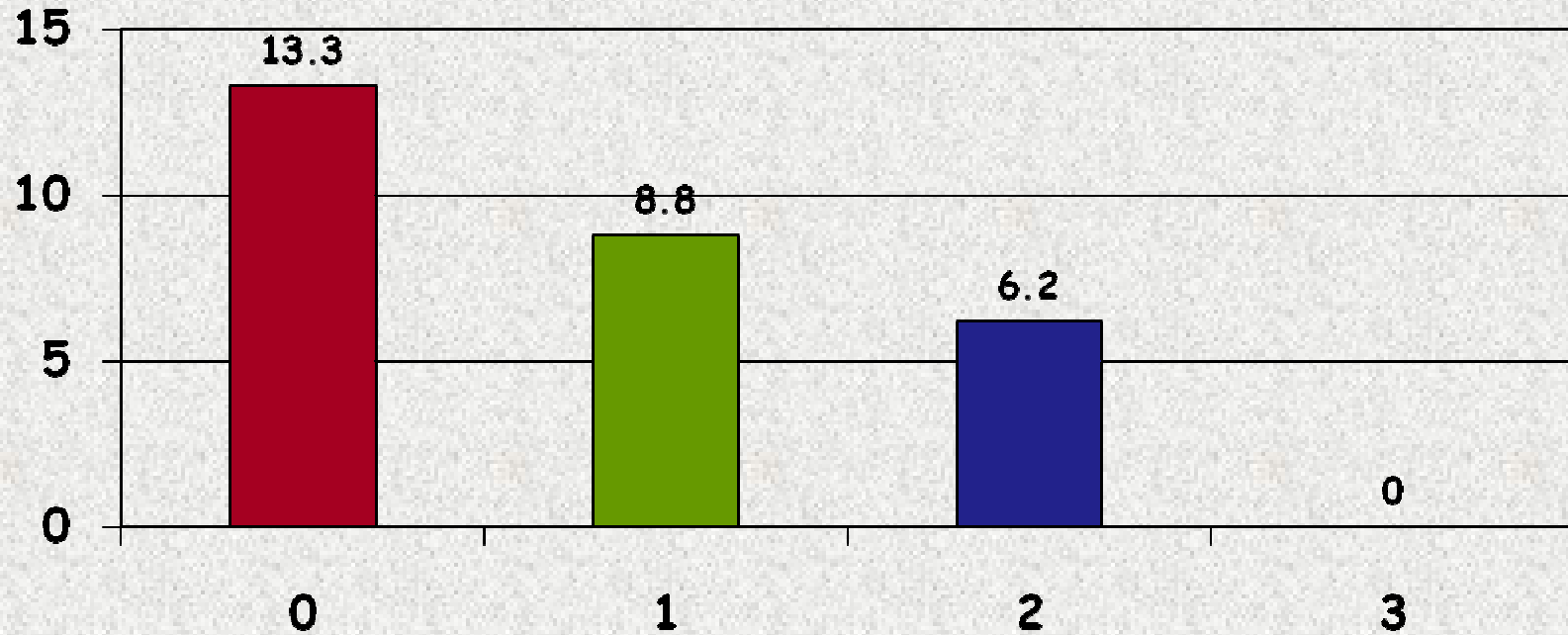
## Elementos de lactancia mas segura:

- Lactancia exclusiva
- Posicion y agarre para amamantar apropiada para minimizar el riesgo de patologia de mama.
- Buscar atencion medica rapida para los problemas del pecho
- Practicar sexo seguro

Piwoz et al. An education and counseling program for preventing breastfeeding-associated HIV transmission in Zimbabwe: Design & Impact on Maternal Knowledge & Behavior *Amer. Soc. for Nutr Sci* 950-955 (2005)

**La exposición a la intervención de una lactancia segura (LMS) se asoció con la reducción de la transmisión postnatal (TPN) en madres que no conocían su condición de VIH**

**Transmisión (%) acumulativa de TPN de VIH de acuerdo a la exposición registrada al programa de LMS**



*N=365; p=0.04 en la prueba de tendencia. Cada contacto de una intervención adicional se asoció con una reducción del 38% en la TPN después de ajustar para el valor materno de CD4*

Piwoz et al. en preparacion, 2005.



# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

## **Alojamiento Conjunto**

La disposición de un hospital por la cual los binomios madre-bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño



Diapositiva 4p





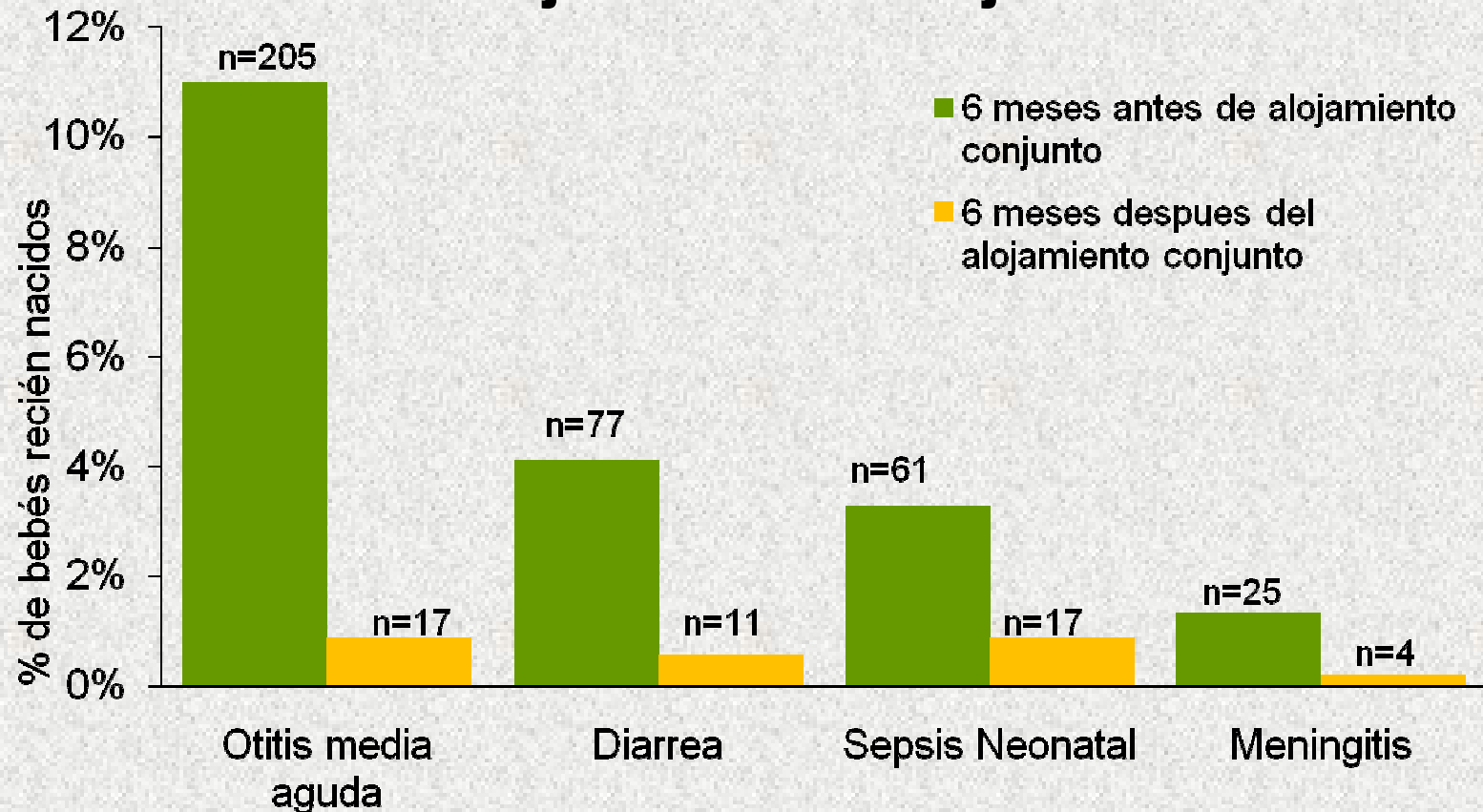
Diapositiva 4q

# Alojamiento conjunto

## *¿Por qué?*

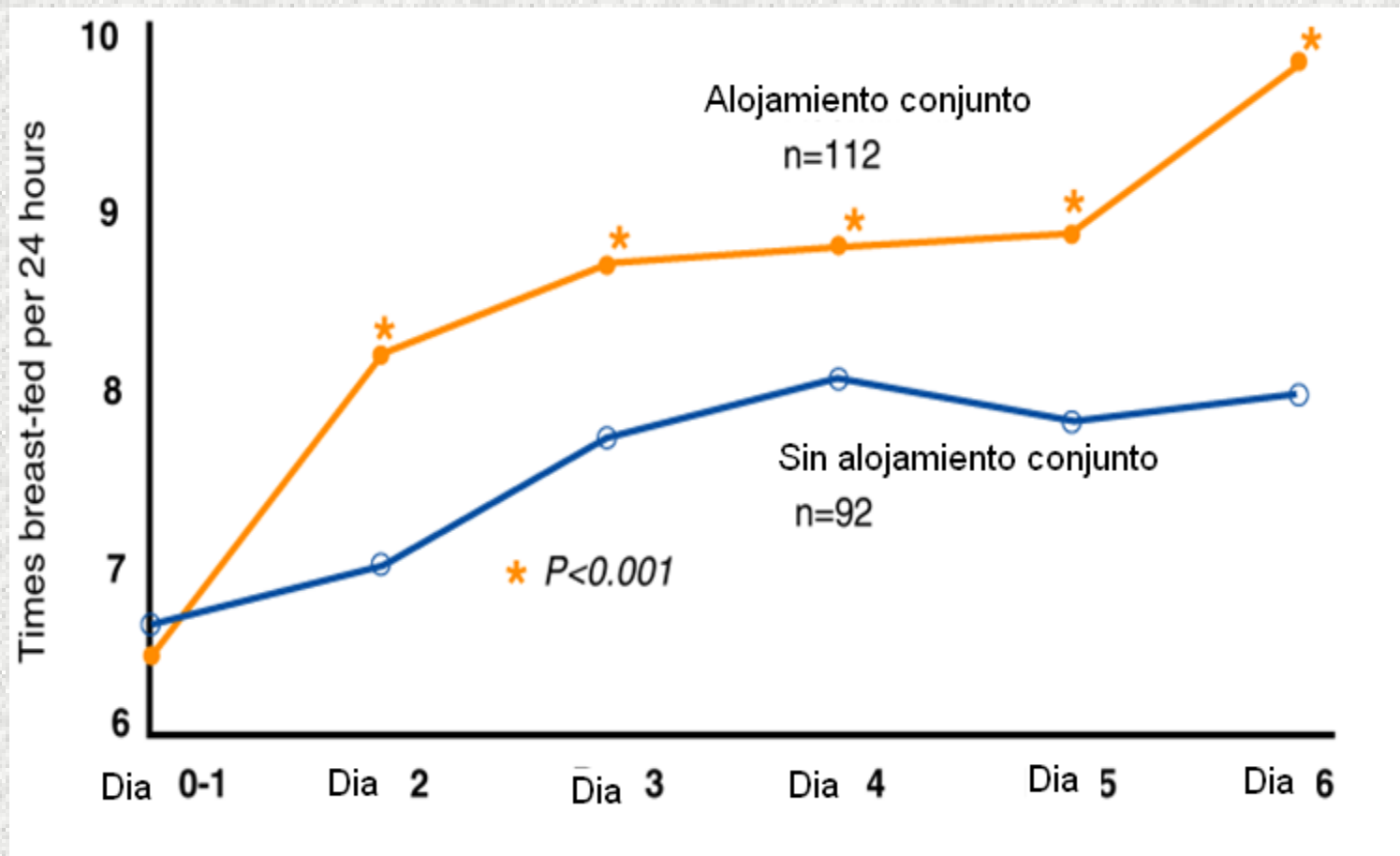
- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

# Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

## Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de: Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)



## **Lactancia a demanda:**

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión

# A demanda, lactancia irrestricta

## ¿Por qué?

- Pasaje temprano del meconio
- Perdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.



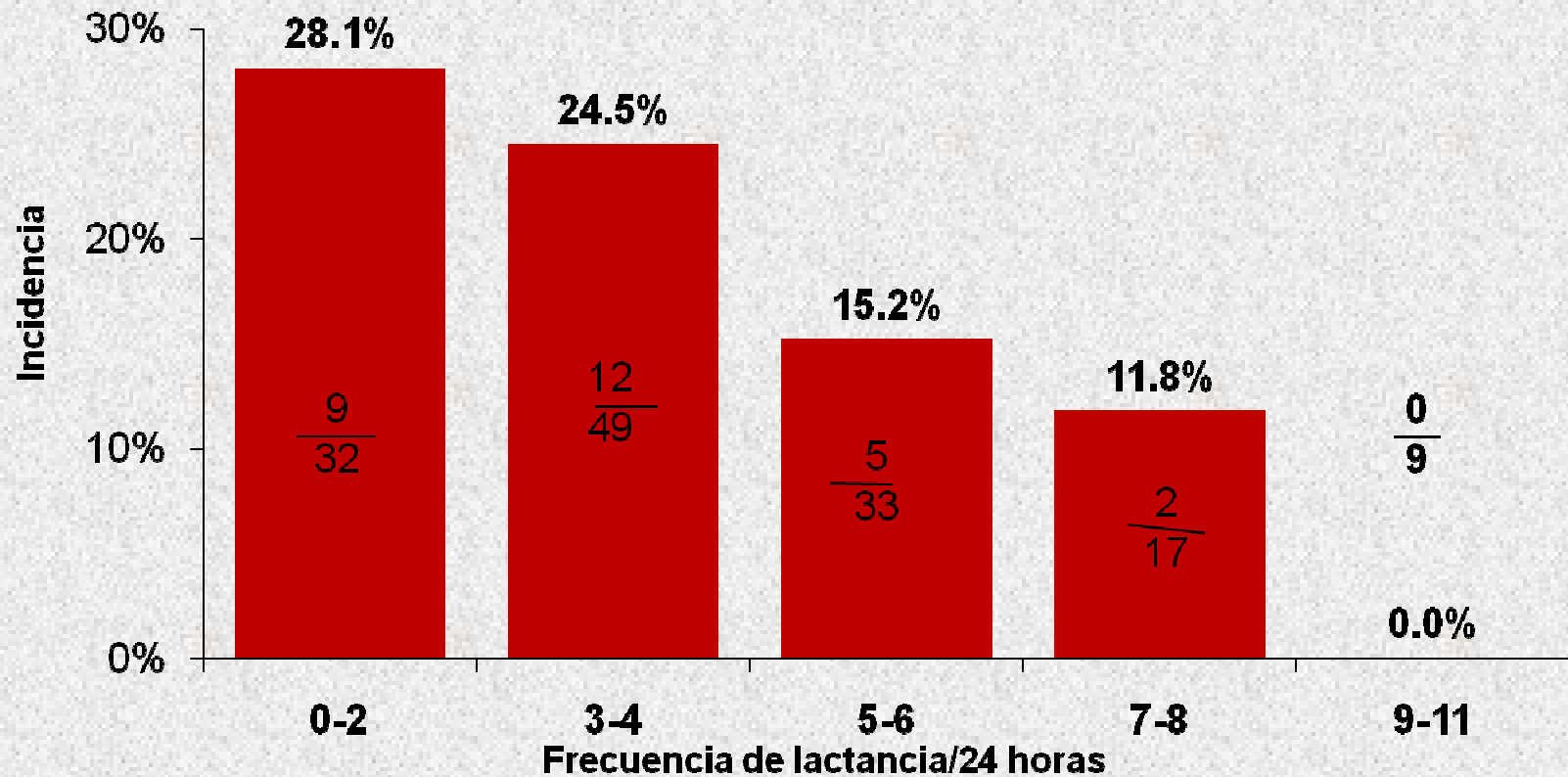
Diapositiva 4r





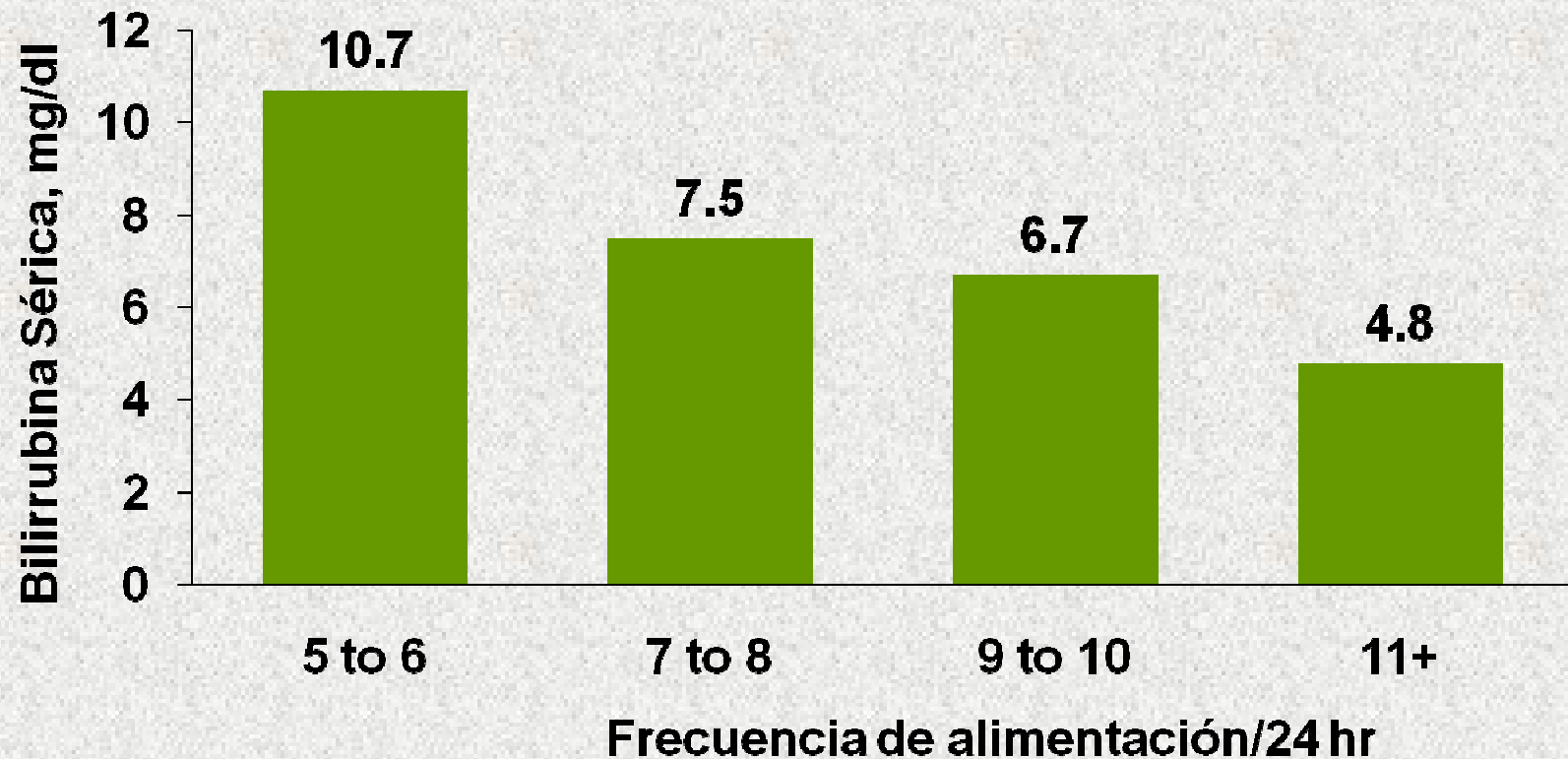
Diapositiva 4s

## Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

## Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child*, 1982; 136:737-738.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 9. No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

▪

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)





Diapositiva 4t





Diapositiva 4u

# Alternativas al chupón

- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

# Alimentación del bebé con taza

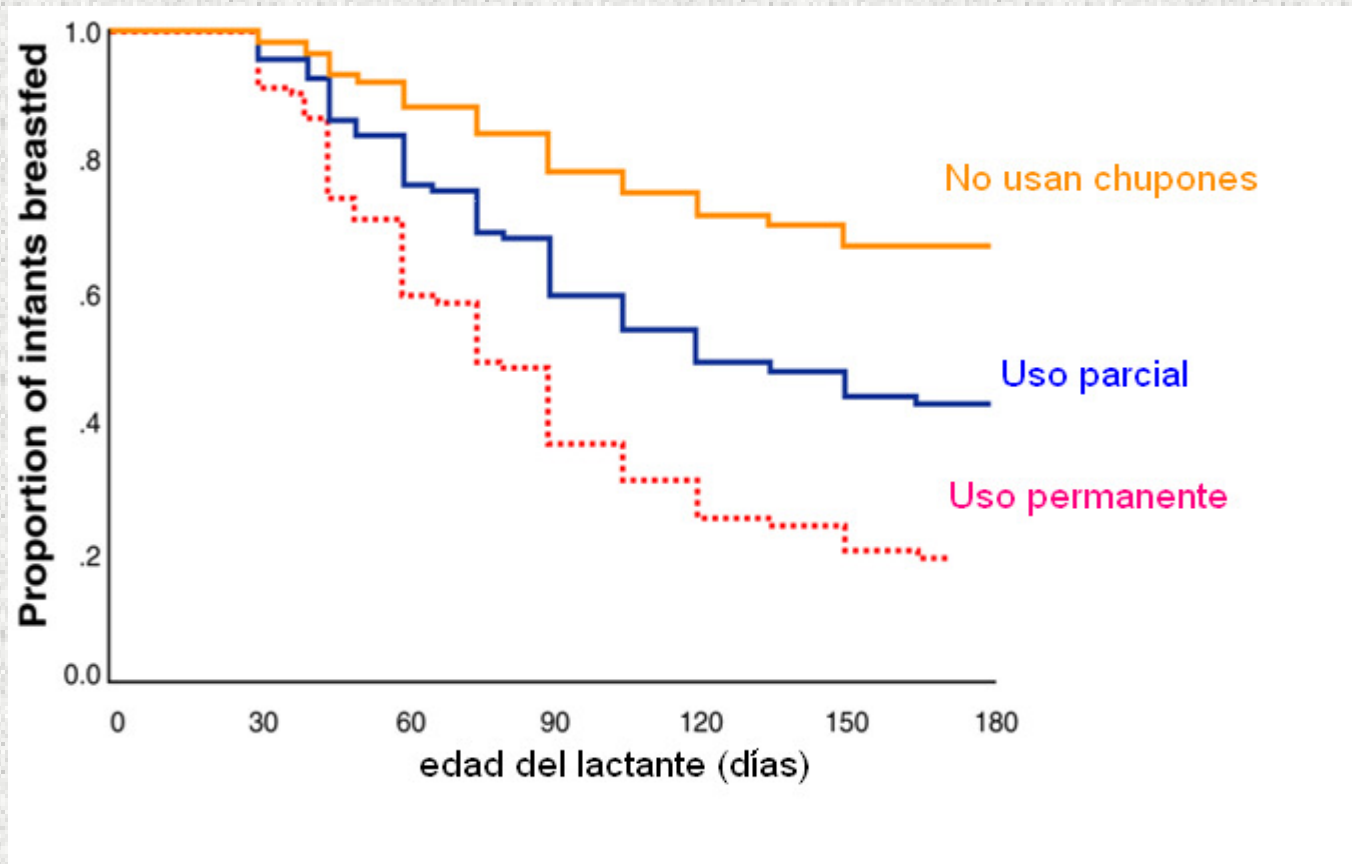






Diapositiva 4v

# Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad



**Sin** versus uso parcial:  $P < 0.001$

**Sin** versus. Uso permanente:  $P < 0.001$

De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

# Diez Pasos para una lactancia exitosa

---

Paso 10. Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupo a su alta.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

*“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”*

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp.:62-74, 1993.

# El apoyo puede incluir :

- Visita postnatal temprana o visita en la clínica
- Visita domiciliaria
- Llamadas telefónicas
- Servicios comunitarios
  - Clínica externa de lactancia
  - Programas de consejería de pares
- Grupos de apoyo a la madre
  - Ayudar a formar nuevos grupos
  - Coordinar el trabajo con los grupos que estén trabajando
- Sistema de apoyo familiar



# Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- Tradicional
  - familia extendida
  - dulas definidas culturalmente
  - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
  - Auto formado
    - por madres
    - por profesionales de salud involucrados
  - A través del gobierno :
    - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
    - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC)

y parteras tradicionales capacitados (PTCs)

From: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.



Diapositiva 4w



Diapositiva 4x



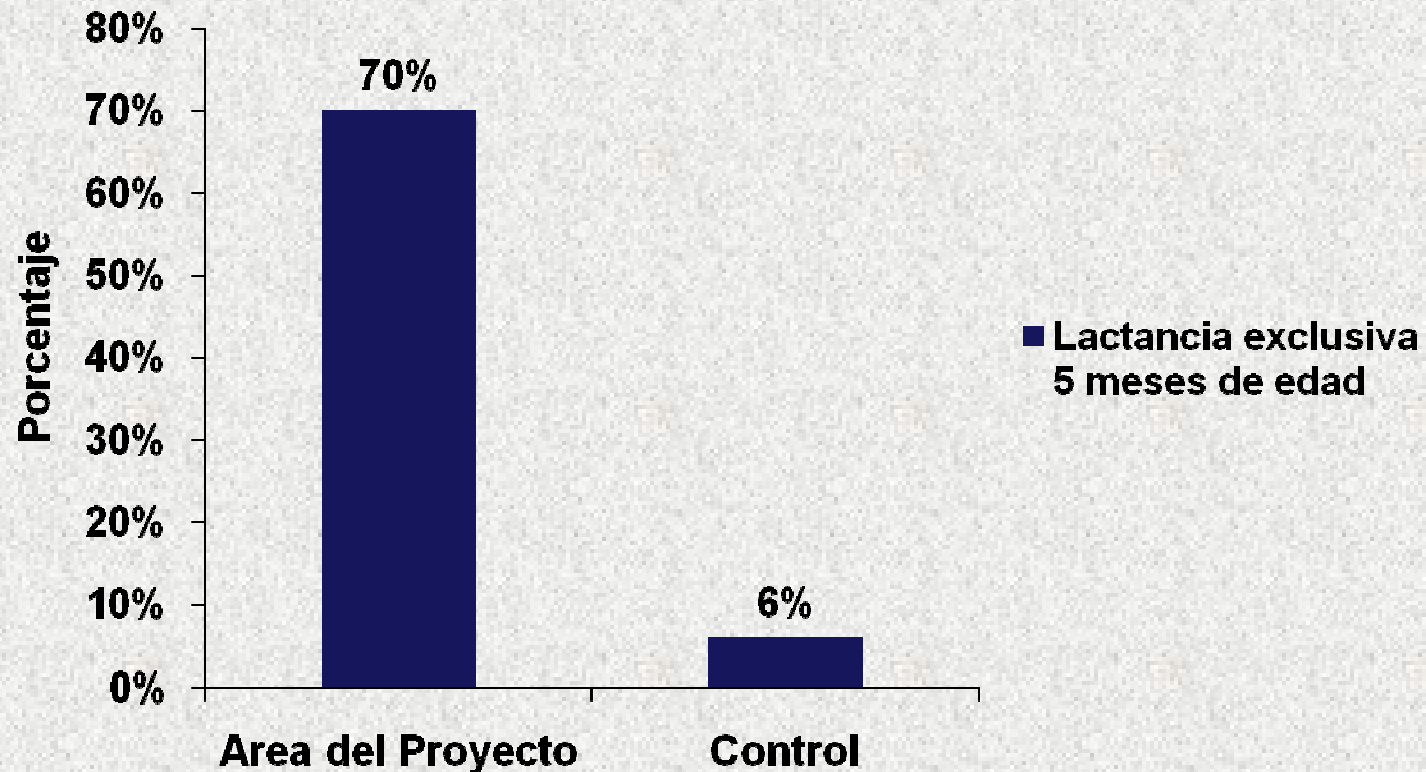


Photo: Joan Schubert



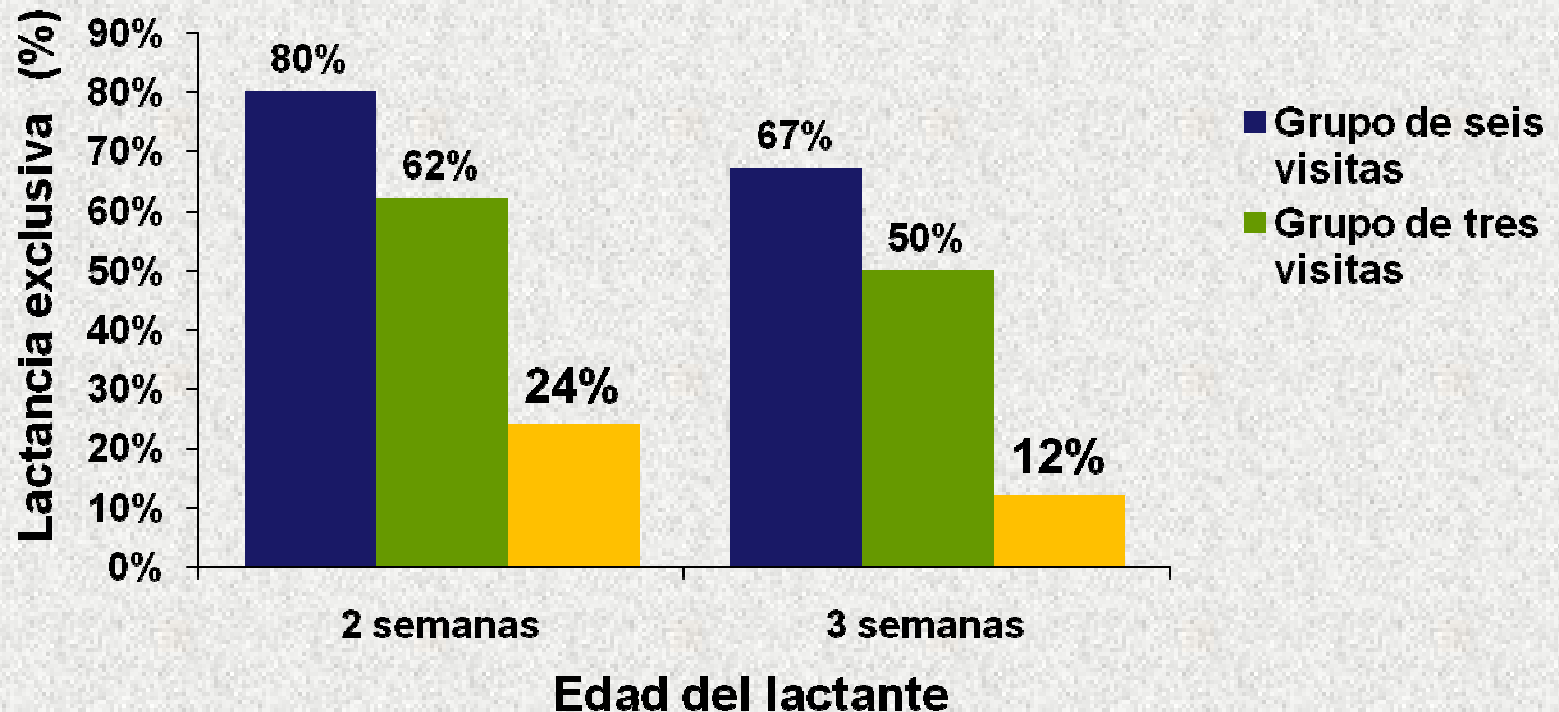
Diapositiva 4z

## Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



Adaptado de: Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

## Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva



De: Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31



# **Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)**

- **Estudio aleatorio en Belarussia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.**
- **En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.**
- **En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa de hospital amigo,**

Adaptado de Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

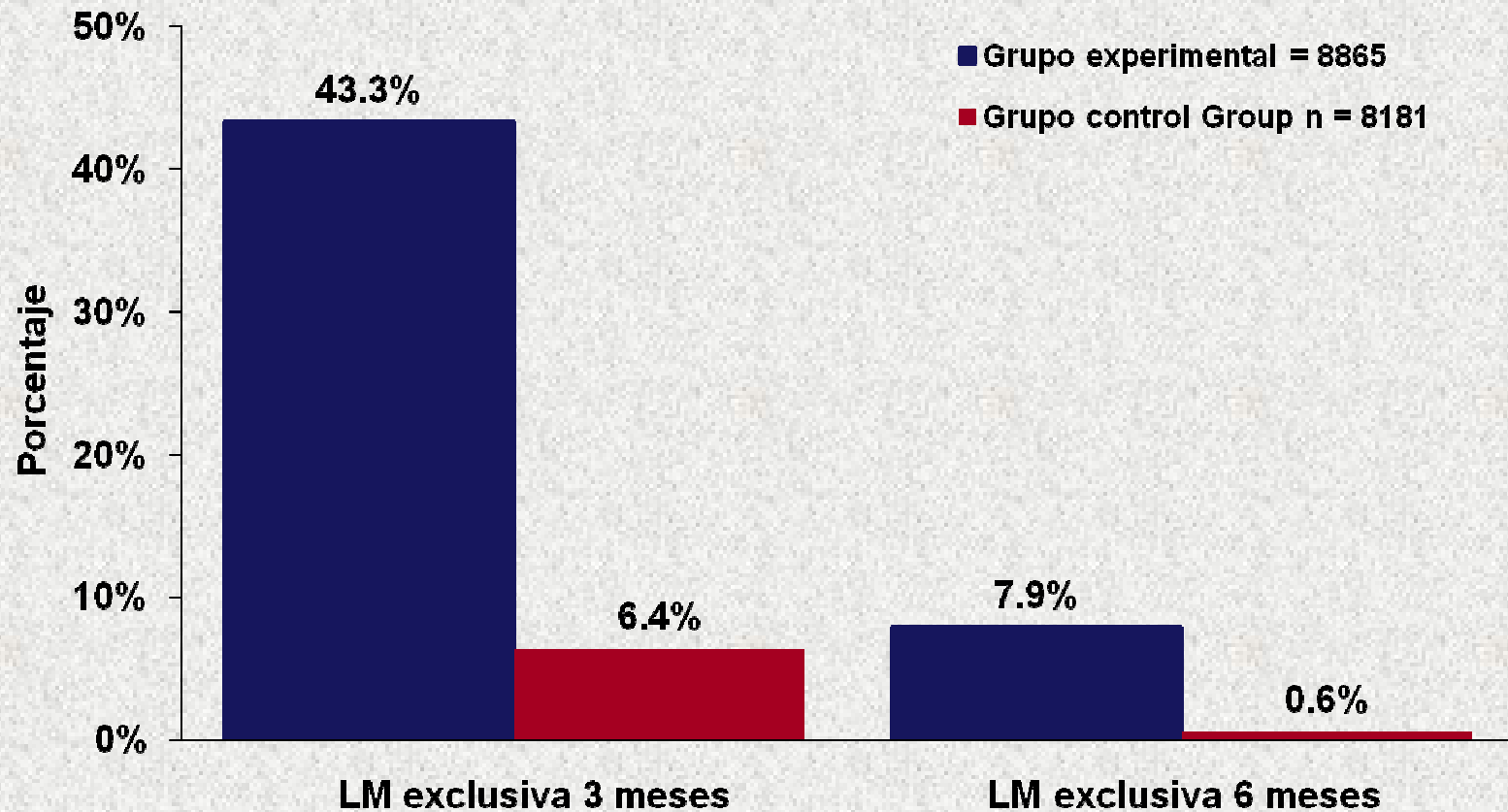


# Diferencias luego de la intervención

<b>Hospitales Control:</b>	<b>Hospitales Experimentales:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Separación madre-RN de rutina al nacimiento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Madres y bebés juntos desde nacimiento</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Envoltura ajustada de pañal de rutina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alojamiento conjunto las 24 horas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Técnicas de posición y agarre incorrectas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Técnicas de posición y agarre correctas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sin suplementación</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alimentación con horario cada 3 hrs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lactancia a demanda</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Uso rutinario de chupones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ No se utilizaron chupones</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sin apoyo en lactancia al alta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apoyo a la lactancia en policlínicos</li></ul>

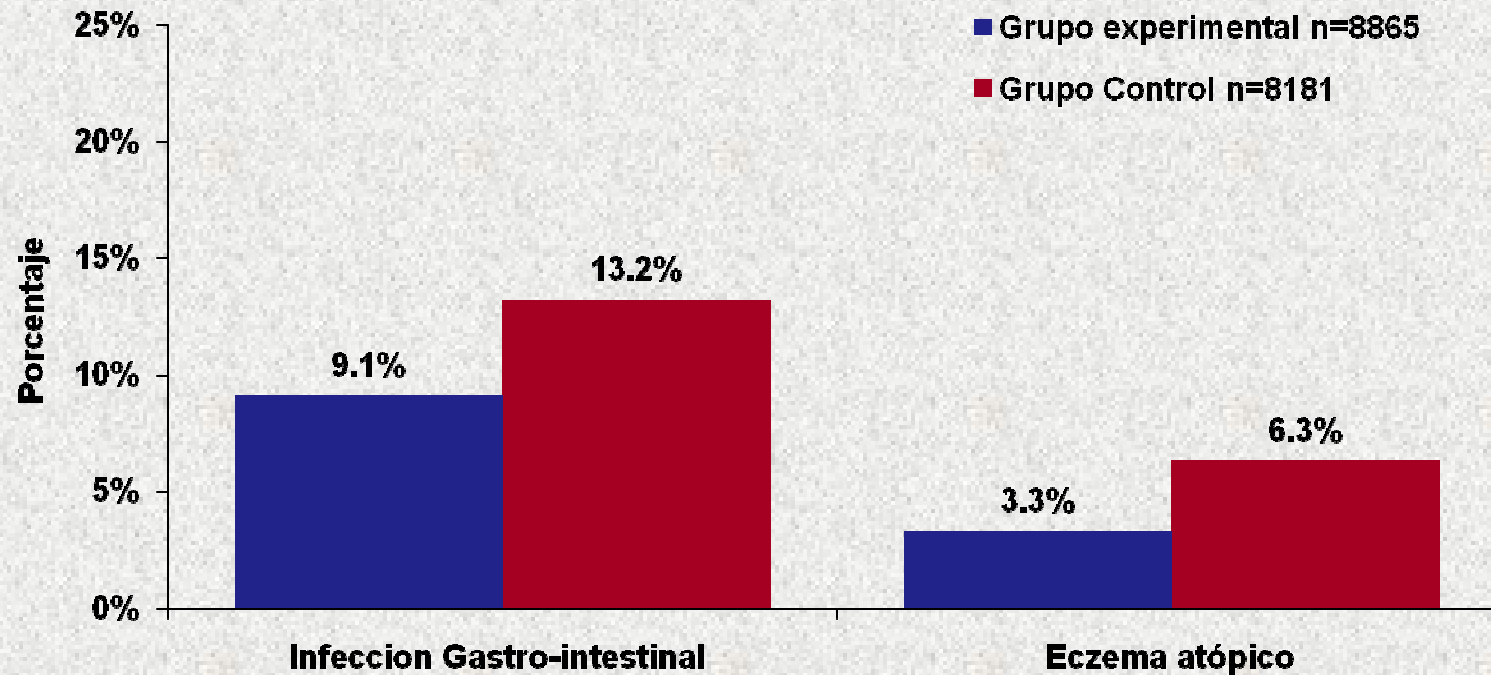
Comunicación de Chalmers and Kramer (2003)

# Efecto de los cambios de hospital amigo del niño en la lactancia a los 3 y 6 meses



Adaptado de: Kramer et al. (2001)

# Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

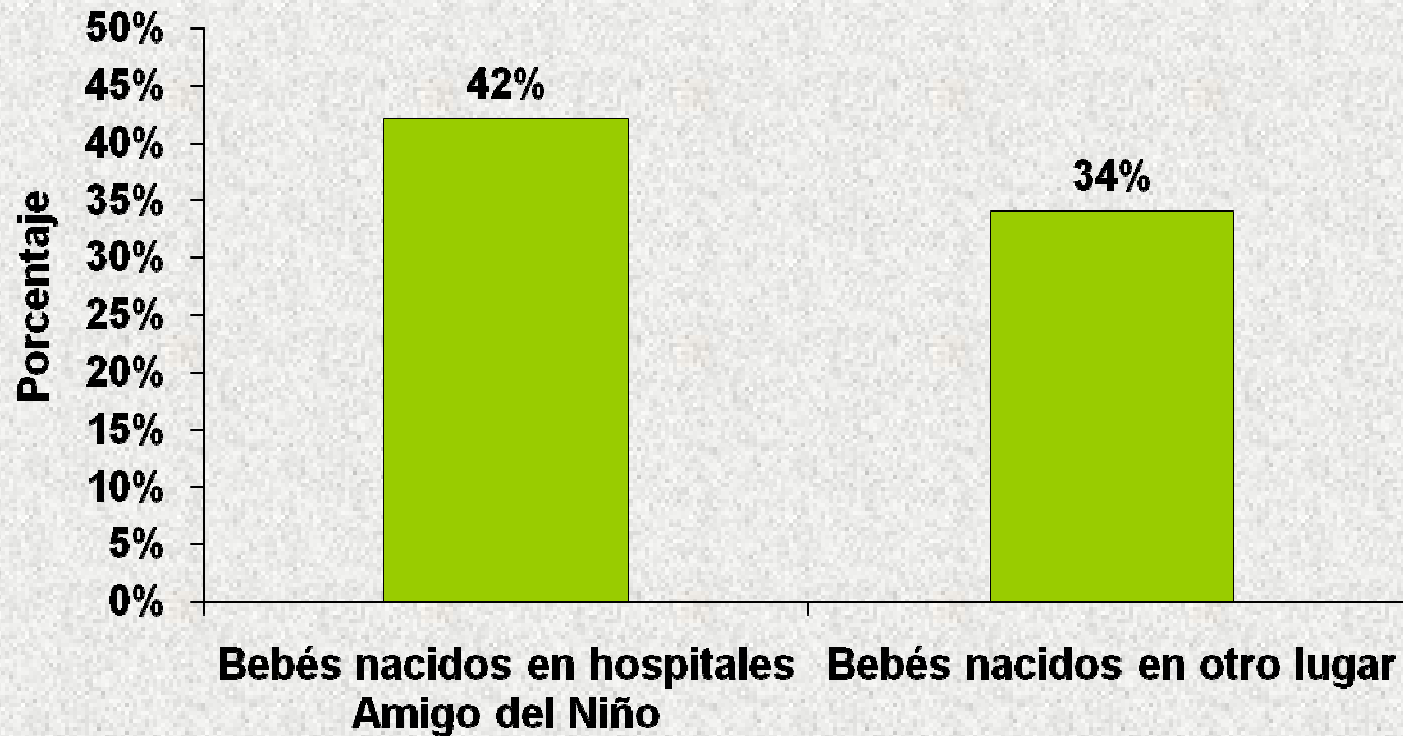
Adaptado de: Kramer et al. (2001)

## **La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigo del Niño en la duración de la lactancia en Suiza**

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

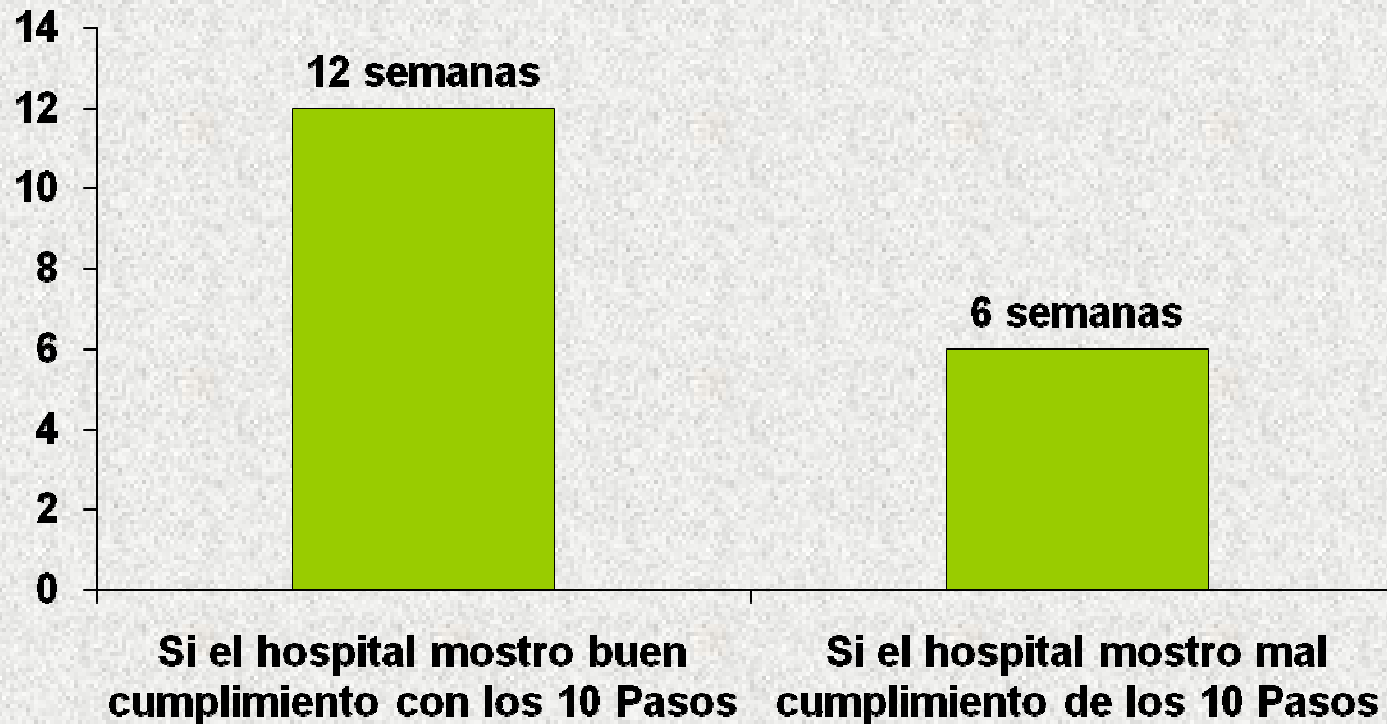
Adaptado de: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

## Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



.Adaptado de: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

## Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales Amigo del Niño-- Suiza



.Adaptado de: Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

# Sesión 5: Convirtiéndose en “Amigo del Niño”

## Objetivo

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Desarrollar un plan de motivación para que el personal trabaje y se convierta en un hospital “Amigo del Niño”
- Identificar las acciones necesarias para implementar al menos cuatro de los “Diez pasos para una lactancia exitosa ” en sus establecimientos de salud
- Identificar al menos cinco preocupaciones relacionadas con la aplicación de los diez Pasos y las soluciones prácticas para resolverlas.

## Duración

Discusión y lluvia de ideas 15 minutos

Introducción a trabajo de grupos: 5 minutos

Trabajo de Grupo: 30-45 minutos

Presentaciones y discusión: 40-55 minutos

Total: 1 ½ a 2 horas

## Metodología de capacitación

Trabajo en pequeños grupos

Presentaciones en plenaria

Discusión

## Preparación de la sesión

- Revisar el documento de la OMS, *Evidencia para los diez pasos a una lactancia exitosa*. Ginebra, Suiza, 1998 (WHO/CHD/98.9). ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)). Leer la sección de “intervenciones combinadas” (pág. 93-99) que muestra la evidencia que los *Diez Pasos* deben implementarse como un paquete integral. Revisar el documento de la OMS/UNICEF, *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra, Suiza, 2003 (<http://www.who.int/nut/publications.htm> - inf). Leer las secciones 30, 31 y 34, págs. 13-19, en particular, que enfocan la importancia de continuar el apoyo a la *Iniciativa de Hospital Amigo del Niño* y la implementación de los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa*, así como el monitoreo y la reevaluación de los establecimientos que fueron designados.
- Si es posible, el trabajo de grupo para esta sesión debe programarse como la última actividad del primer día del curso. Debido a que involucra participación activa de los participantes del curso, es más probable mantener su atención de esta manera que con una sesión tipo conferencia al final de un día tan intensivo. Si se sigue esta plan, el informe de los grupos de trabajo y la discusión pueden darse al día siguiente como primera actividad, dando a los participantes la flexibilidad para hacer algunos arreglos finales, si fuera necesario, para preparar sus informes la tarde anterior.
- El trabajo de grupo para esta sesión, deberá enfocarse en solo cuatro a cinco de los *Diez Pasos* puesto que no hay tiempo suficiente durante el trabajo de grupo ni durante el periodo de discusión para cubrir adecuadamente las preocupaciones y soluciones para todos los Diez Pasos. La preparación para esta sesión debe incluir un análisis de los capacitadores, de los pasos que tienden a ser más difíciles de implementar por lo cual sería más provechoso enfocar estos pasos en una sesión como esta. Las indicaciones de cuáles pasos necesitan mayor trabajo vienen de la experiencia de los capacitadores en base a las evaluaciones de la IHAN y de la capacitación. También sería útil una revisión de los formularios llenados por los participantes antes de llegar al curso, indicando las dificultades que han tenido, o creen que van a tener, en ayudar a sus instituciones a convertirse en Hospital Amigo del Niño. Considere la inclusión del “Paso Diez” como uno de los pasos elegido por un grupo, puesto que parece ser un desafío para el personal del establecimiento en todas partes.
- Antes de la sesión, los capacitadores necesitan organizar los grupos de trabajo y asignar los facilitadores para cada uno de ellos. Debe considerarse durante la formación de los grupos de trabajo que en cada grupo se incluya algunos participantes que son buenos en la resolución de problemas y apoyan al IHAN. Los facilitadores deben ser conscientes que su rol no es el de “dirigir” el trabajo de grupo sino más bien asegurarse que los grupos entiendan la tarea, ofrecer ayuda si el grupo tiene alguna dificultad, y hacer sugerencias si existen tópicos importantes que el grupo no ha considerado. Los facilitadores deben revisar las secciones de la Hoja Didáctica 5.3 que tiene que ver con los pasos que se trabajara, para que den ideas de los puntos importantes que los facilitadores mencionaran, si no se discutieron durante el trabajo de grupo o durante el informe de los grupos de trabajo.
- Una vez que se han seleccionado cuatro o cinco Pasos para el trabajo de grupo, será útil fotocopiar las hojas didácticas 5.2 “hojas de muestra” en número suficiente para cada uno de los grupos, con uno de los Pasos y la redacción del paso insertada en cada una de las cuatro o cinco hojas.



- Considerar, si es necesario, que los participantes reciban una copia de la hoja didáctica 5.2, llenada por los otros grupos de trabajo, para que puedan referirse a ellas buscando ideas para implementar sus propios planes de acción cuando retornen a su localidad. Las hojas completadas pueden fotocoparse como están, o si hubiera tiempo, la secretaria del curso podría preparar las versiones en MS Word o mecanografiadas.
- Revisar la Hoja Didáctica 5.3 y decidir si se distribuye al final de la sesión. Si el Curso será replicado varias veces, considere adaptar esta hoja a la situación del país, eliminando las preocupaciones y las soluciones que no sean aplicables y posiblemente añadiendo otras.



## **Materiales de capacitación**

### *Hojas Didácticas*

- 5.1 Presentación de la sesión 5
- 5.2 Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa: Acciones, Preocupaciones y Soluciones – Hoja de Muestra
- 5.3 Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa: Resumen de las Experiencias

### *Diapositivas/Transparencias*

- 5.1-2 Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa: Acciones, Preocupaciones y Soluciones – Hoja de Trabajo, Ejemplo para el Paso 1: Tener una política de lactancia por escrito (copia en blanco)
- 5.3-7 Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa: Acciones, Preocupaciones y Soluciones – Hoja de Trabajo, Ejemplo para el Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto (llenada)

El sitio web de este curso tiene los vínculos para descargar las diapositivas (a color) que pueden utilizarse con una computadora portátil y un proyector LCD, si hubiera disponible.

Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para proyectarse con una retroproyectora. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

## **Referencias**

US Committee for UNICEF, *Barriers and Solutions to the Global Ten Steps to Successful Breastfeeding*: Washington D.C., 1994. (To obtain a copy, send \$9.00 US to Baby-Friendly USA, 327 Quaker Meeting House Road, E. Sandwich, MA 02537, USA (Tel. 508-888-8092, Fax. 508-888-8050, e-mail: info@babyfriendlyusa.org, (<http://www.babyfriendlyusa.org>).

WHO. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHD/98.9) ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)).

WHO/UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/nut/publications.htm> - inf).

UNAIDS, FAO, UNHCR, UNICEF, WHO, WFP, World Bank, UNFPA, and IAEA. *HIV and infant feeding: Framework for priority action*. Geneva, World Health Organization, 2003.

Resumen

Contenido	Notas del capacitador
<p><b>1. Discusión sobre la creación de consenso para “Convertirse en Amigo del Niño”</b></p>	<p>Mencionar que una mini versión de las diapositivas se reproduce en la Hoja Didáctica 5.1 que se incluye en la carpeta de los participantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sesión de discusión y lluvia de ideas sobre las posibles estrategias para ganar el apoyo del personal dentro del hospital para convertirse en Amigo del Niño, y diseñar una política y plan de acción.             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La importancia de “pensar estratégicamente”</li> <li>■ Cómo ganar el apoyo de la cultura y sistema de administración institucional de los participantes’ para una política y plan de acción</li> <li>■ Cómo mejor convencer al personal de la institución que todavía muestra resistencia.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Discusión: 15 minutos</b></p> <p>Analizar la importancia de que los administradores y los diseñadores de políticas del establecimiento “piensen estratégicamente” sobre cómo ganar el apoyo en el establecimiento de salud para realizar los cambios necesarios para convertirse en hospital Amigo del Niño.</p> <p>Pida a los participantes que mediante una lluvia de ideas sugieran cómo, en el seno de la cultura y sistemas de administración institucional pueden ganar el apoyo necesario para desarrollar una política de lactancia y un plan.</p> <p>Antes que comience la sesión, revise las “Acciones” sugeridas para el “Paso 1” en la Hoja Didáctica 5.3 y, si es necesario, mencione que las estrategias sugeridas en las primeras cuatro viñetas como ejemplos para ayudar a las participantes a pensar acerca de lo que resultaría mejor en sus propias localidades.</p> <p>Registrar las sugerencias realizadas por los participantes en un rotafolio, en una pizarra o en las transparencias 5.1 y 5.2. Enfatice que estas estrategias son parte de las Acciones que se necesitan implementar para cumplir con el “Paso 1” de manera que tenga la mayor posibilidad de un apoyo completo administrativo y del personal.</p>
<p><b>2. Trabajo de Grupo en la implementación de los Diez Pasos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pequeños grupos de trabajo que identifiquen acciones necesarias para implementar cuatro a cinco de los pasos más difíciles de implementar y considere las preocupaciones más comunes.</li> </ul>	<p><b>Introducción: 5 minutos</b></p> <p>Describa el grupo de trabajo, explique que los participantes se separarán en cuatro o cinco pequeños grupos, en cada grupo se asigna uno de los Diez Pasos que la experiencia ha mostrado que puede ser un desafío para los establecimientos cuando quieren convertirse en Amigo del Niño. Para asignar el paso, cada grupo debe identificar:</p> <p>1) problemas o preocupaciones frecuentes relacionadas a la institución del paso y soluciones</p>

Contenido	Notas del capacitador
	<p>posibles,</p> <p>2) acciones necesarias para implementar el paso,</p> <p>(La hoja de trabajo para cada paso comienza con “Acciones necesarias para implementar el Paso”, pero también solicite la hoja del trabajo de los grupos responsables de las “Preocupaciones y Soluciones” y regístrelas en el reverso de la hoja de trabajo, como alguna de las “soluciones” para luego incluirlas en su lista de “acciones”.</p> <p>Si es necesario utilizar un ejemplo para mostrar a los participantes cómo completar el trabajo de grupo, muestre las transparencias que señalan cómo completar la hoja didáctica 5.2 para uno de los pasos que no se asignara a los grupos de trabajo. Las transparencias (5.3-5) han sido preparadas utilizando el “Paso 7” (alojamiento conjunto) como ejemplo. Si es necesario el capacitador puede preparar otras transparencias utilizando otro paso diferente. Use las transparencias para explicar cómo completar la hoja de trabajo en ambas secciones de “Preocupaciones y Soluciones” y “Acciones”.</p> <p>Enfatice durante esta sesión que los grupos no harán “Planes de Acción”, para sus propios establecimientos, pero trabajarán para identificar los problemas comunes y sus soluciones y, si tienen tiempo, las acciones necesarias para solucionar los problemas. Posteriormente durante el curso los profesionales de un mismo establecimiento trabajarán juntos para desarrollar “Planes de Acción” específicos que identifican las actividades necesarias para la IHAN en sus propios establecimientos.</p> <p>Pregunte si tienen preguntas.</p> <p><b>Trabajo en grupos: 30-45 minutos</b></p> <p><i>Dividir a los participantes en cuatro a cinco grupos de trabajo, asignando un facilitador a cada grupo, si es posible. Asignar a cada grupo de trabajo uno de los Diez Pasos. Distribuya uno de las Hojas Didácticas de trabajo 5.2 (con “Preocupaciones, y Soluciones” en una plana y “Acciones” en el reverso) a cada grupo, con el Paso y su redacción insertada en la parte</i></p>

Contenido	Notas del capacitador
	<p><i>superior.</i></p> <p>Solicite a cada grupo que registre su trabajo en la hoja de trabajo y resuma los resultados en las transparencias o rotafolio, y asigne a uno de los miembros la presentación del trabajo durante el periodo de informe y discusión a continuación.</p>
<p><b>3. Presentaciones y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Presentación del trabajo de grupo.</li> <li>■ Discusión sobre los problemas que surgieron en la presentación de los otros grupos.</li> </ul>	<p><b><i>Presentaciones y discusión: 40-55 minutos</i></b></p> <p>Pida a cada grupo que presente su trabajo. Dirija la discusión después de cada presentación, asegurándose que los puntos más importantes sean cubiertos.</p> <p>Recoja el trabajo de los grupos sobre cada paso al final de la sesión. Si es posible y no muy costoso, haga copias y distribúyalas a todos los participantes antes de terminar el curso. Así mismo, incluya las copias de los trabajos de grupo en el informe del curso.</p> <p>Distribuya la Hoja Didáctica 5.3, que resume la experiencia en un número de países al final de la sesión como un “documento de referencia”. Explique que el material que se distribuye viene de otros países y que no todas las preocupaciones y soluciones serán relevantes. El material puede ser útil, sin embargo, como una revisión de la experiencia mundial de la implementación de los Diez Pasos y puede darle al participante algunas ideas nuevas y creativas respecto a qué hacer en su propia situación.</p>

Hoja Didáctica 5.1

## Presentación de la sesión 5 Convirtiéndose en "Amigo del Niño"

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja  
de trabajo  
Ejemplo**

**Paso 1:** Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.

**Acciones necesarias para implementar el paso**

Transparencia 5.1

**Paso 1:** Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.

**Preocupaciones comunes y soluciones**

Preocupaciones	Soluciones

Transparencia 5.2

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de  
trabajo  
Ejemplo**

**PASO 7:** Practicar el alojamiento conjunto

**Preocupaciones comunes y soluciones**

Preocupación	Solución
Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de recién nacidos, una persona es suficiente para supervisar a varios bebés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegure al personal que los bebés están mucho mejor en alojamiento conjunto con sus madres, además de los beneficios de seguridad, calor y lactancia a demanda.</li> <li>■ Enfatice que la supervisión de 24 horas no es necesaria. El pasar por la sala periódicamente para responder a las necesidades de la madre es suficiente.</li> </ul>

Transparencia 5.3

Preocupación	Solución
Las tasas de infección serán mayores si los bebés y sus madres permanecen juntos que cuando están en la sala de recién nacidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatice que el peligro de infección se reduce cuando los bebés permanecen con sus madres en vez de permanecer en las salas de recién nacidos expuestos a la mayoría de los trabajadores.</li> <li>■ Provea al personal datos que muestran las tasas de infección bajas de enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis cuando están en alojamiento conjunto.</li> </ul>

Transparencia 5.4

Preocupación	Solución
Los bebés se caerán de la cama de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatice que los recién nacidos no se mueven.</li> <li>■ Si las madres están aun preocupadas, arregle las camas y colóquelas contra la pared, o si es aceptable culturalmente, ponga las camas juntas en pares para que las madres tengan a sus bebés en el medio</li> </ul>

Transparencia 5.5

Preocupación	Soluciones
El alojamiento completo, con separaciones de sólo media hora, parece imposible, algunos procedimientos necesitan ser realizados fuera de la habitación de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudie estos procedimientos cuidadosamente. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebe antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden ser realizados en las habitaciones de las madres.</li> <li>■ Revise las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando su bebé es examinado frente a la madre.</li> </ul>

Transparencia 5.6

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja  
de trabajo  
Ejemplo**

**PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto.**

**Acciones necesarias para implementar el PASO**

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento. Elimine la sala de recién nacidos. Haga los arreglos necesarios para mejorar la higiene, el confort y la seguridad de la madre y el bebé.
- Solicite y coordine un entrenamiento para el personal de puerperio y de la sala de recién nacidos para que todos tengan las habilidades para atender adecuadamente a la madre y bebé.
- Establezca sesiones educativas individuales o grupales para las madres sobre atención de madres y bebés en el puerperio. Las sesiones pueden incluir información sobre cómo cuidar a los bebés en el alojamiento conjunto.

Transparencia 5.7



Hoja Didáctica 5.2

**Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa**  
**Hoja de trabajo: Preocupaciones y soluciones**

PASO ____:	
<b>Preocupación</b>  Elabore una lista con las preocupaciones, problemas, y desafíos que su maternidad debe enfrentar para implementar este Paso.)	<b>Soluciones</b>  (Elabore una lista de soluciones posibles para cada una de las preocupaciones incluyendo tanto las acciones que resultaron exitosas como otras estrategias que cree usted que serán útiles.)

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Hoja de Trabajo: Acciones necesarias para implementar este paso.

PASO \_\_\_\_:

(Elabore una lista con las acciones clave que usted cree serán necesarias para implementar este Paso exitosamente en los servicios de la maternidad que todavía no cumplen con este Paso.)

Hoja Didáctica 5.3

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de experiencias<sup>1</sup>

<b>PASO 1:</b> Tener una política de lactancia por escrito que se ponga en conocimiento del personal de rutina.
---

### Acciones necesarias para implementar este paso

- Identificar un grupo de personas líderes, que proveerán el apoyo primario para desarrollar una política de lactancia y un plan.
- Solicite a este grupo el desarrollo de un primer borrador de política de lactancia, y un plan para hacer los cambios necesarios para implementarlo. Trabaje con el grupo mientras desarrollan el primer borrador para darles la guía que necesiten.
- Conformar un comité hospitalario multidisciplinario o grupo de trabajo ante quienes se presentará la política y el plan para su retroalimentación. Incluya los representantes de las unidades o departamentos pertinentes. Cuando se discute el plan y la política, pida a los miembros del comité. Identificar las barreras para implementar las políticas y las potenciales soluciones. Si es necesario, formar pequeños grupos de trabajo para trabajar en los problemas y barreras específicas.
- Finalizar y exhibir las políticas escritas y trabajar con el personal designado para iniciar los cambios necesarios para implementar la política.
- La Política puede incluir las guías para los tópicos como ser:
  - Cómo implementar "Los Diez Pasos para una lactancia exitosa"
  - Los problemas de la nutrición materna que necesitan consideración.
  - Lactancia de los recién nacidos de bajo peso y los nacidos por cesárea.

---

<sup>1</sup> Esta hoja didáctica resume la experiencia de varios países.

- Compra y uso de los sucedáneos de leche materna
  - Razones médicas aceptables para la suplementación (Ver la lista de OMS/UNICEF)
  - Educación sobre los peligros de la alimentación con biberón. Cómo dar consejería a las mujeres que escogen alimentar con fórmula sin disminuir o debilitar el apoyo institucional a la lactancia.
  - Los temas relacionados con el Código (ej., prohibir las donaciones de suministros gratuitos o a bajo costo [menor al 80% del precio de venta al detalle] de sucedáneos de la leche materna, distribución de muestras de sucedáneos de la leche materna, regalos o cupones, uso de materiales distribuidos por compañías de fórmula)
  - Prohibir la práctica, si existe, de dar los nombres de embarazadas o de madres que recién dieron a luz a las compañías que producen o distribuyen sucedáneos de la leche materna.
  - Guardar los suministros de sucedáneos de la leche materna que sean necesarios, los biberones y chupones fuera de vista.
  - Asignar las responsabilidades al personal y el tiempo relacionado con la implementación de la política de lactancia.
- Trabajar con el personal designado para desarrollar planes para el monitoreo, la implementación de la política y los efectos de la iniciativa en el conocimiento y las prácticas del personal, la satisfacción de la paciente y la calidad del servicio. Publicar los resultados positivos para reforzar el apoyo al cambio, y utilizar la información concerniente a las áreas problemáticas para ayudar a determinar dónde se realizarán los ajustes necesarios.

**PASO 1: Tener una política de lactancia por escrito que se ponga en conocimiento del personal de rutina.**

### Preocupaciones frecuentes y soluciones

Preocupación	Soluciones
<p>Resistencia a la introducción de nuevas políticas de lactancia. Preocupación porque las políticas pueden ser inapropiadas, peligrosas para la salud del bebé, difíciles de implementar considerando otras obligaciones, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dotar de evidencia científica de la solidez de las nuevas políticas, a través de las presentaciones como la “Las Bases Científicas para los Diez Pasos” o sesiones cortas sobre dudas o controversias clave. (Ver Sesión 4.)</li> <li>■ Organice un grupo de trabajo para desarrollar las políticas, incluyendo a los representantes de todos los departamentos que serán afectados. Si es necesario, brinde orientación al grupo de trabajo para que esté informada sobre las políticas, sus bases científicas, y como afectarán las prácticas hospitalarias antes de comenzar el trabajo.</li> <li>■ Organice conferencias de administradores o jefes de departamento de hospitales que tienen políticas de lactancia modelo o programe visitas del personal clave a otros hospitales con buenas políticas en marcha.</li> <li>■ A medida que las políticas se desarrollan, asegúrese que se obtiene sugerencias de todas las personas influyentes aun en caso de saber de antemano que habrá oposición, de manera que se pueden considerar los problemas identificados.</li> <li>■ Presentar las nuevas políticas “Actualizadas” y resaltar los hospitales en el país o la región que han implementado exitosamente la IHAN.</li> <li>■ Si la resistencia es alta, realizar solamente algunos cambio a la vez, comenzando con aquellos que tiene mayor apoyo. Considere trabajar solo con algunos pasos a la vez para evitar que el personal se vea agobiado.</li> </ul>
<p>Las preocupaciones económicas relacionadas a los costos potenciales de los cambios de política, costos por la transformación del alojamiento conjunto, pérdida del apoyo de las compañías de fórmula, pérdida de las donaciones de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trabaje con el personal clave para identificar los costos y ahorros al hospital y a sistemas de salud más grandes que resultarán de los cambios y analice los pro y los contra. (Ver Sesión 6.)</li> </ul>

<b>Preocupación</b> suministros gratuitos o a bajo costo.	<b>Soluciones</b>
--	-------------------

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de experiencias<sup>2</sup>

<b>PASO 2:</b> <b>Capacitar a todo el personal en las habilidades necesarias para implementar esta política</b>
---

### Acciones necesarias para implementar este paso

- Identificar quién será el responsable de planificar e implementar una capacitación permanente del programa de lactancia y su manejo clínico. Trabaje con esta persona o grupo designado para desarrollar una estrategia de capacitación que incluirá:

Identificación del personal que necesita capacitarse en los departamentos que brindan atención materno infantil, y cuáles son sus necesidades de capacitación (tanto en conocimientos como en habilidades prácticas)

Identificar los tipos y contenido de capacitación para cada grupo objetivo.

- Obtener material de capacitación existente. Los cursos disponibles son, por ejemplo:

Cursos de lactancia de la OMS y UNICEF:

“Promoción y Apoyo a la Lactancia en un Hospital Amigo del Niño: Curso de 20 horas para el Personal de la Maternidad” (Sección 3 de los documentos de la IHAN revisados), New York, UNICEF, 2006.

”Consejería en Lactancia: Curso de Capacitación” (40 horas), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993.

“Consejería en Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado” (5 días), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

Otros materiales de entrenamiento desarrollados en el país o la región

---

<sup>2</sup> Esta hoja didáctica resume la experiencia de varios países.

- Seleccionar los materiales apropiados para la capacitación y realizar las adaptaciones necesarias.
- Identificar a los capacitadores con el apoyo de las autoridades de gobierno de nutrición, lactancia o de salud materno infantil.
- Desarrollar un cronograma de capacitación, considerando la necesidad de capacitación inicial, actualización de la capacitación y capacitación del personal nuevo, así como la capacitación de capacitadores.
- Asignar el tiempo y presupuesto necesarios.



**PASO 2: Capacitar a todo el personal en las habilidades necesarias para implementar esta política.**

### Preocupaciones comunes y soluciones

Preocupación	Soluciones
Poco o sin tiempo para la capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reevaluar las prioridades.</li> <li>■ Considerar el tiempo ahorrado al personal a largo plazo, si se previenen los problemas de lactancia y mejora la salud de los lactantes, disminuyendo de esta manera el tiempo y recursos necesarios para la atención de los niños enfermos.</li> <li>■ Programar los cursos de lactancia en coordinación con las actividades de capacitación ya programadas como reuniones del personal, rotación del personal o la capacitación en el trabajo si es apropiada.</li> <li>■ Considerar la lectura de material seleccionado o completar un curso de auto capacitación para evaluar su conocimiento y planifique la combinación de sesiones de práctica clínica y evaluación de desempeño.</li> <li>■ Provea de una oficina de colección de material y recursos donde el personal pueda prestarse libros, artículos, videos en lactancia, manejo de lactancia y tópicos relacionados.</li> </ul>
Falta de profesores/recursos/capacitadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identifique los recursos de capacitación. Contactar organizaciones nacionales, regionales, o internacionales como UNICEF; OMS; IBFAN; LINKAGES, Wellstart y su Red de Asociados, Instituto de Salud Infantil, Universidad de Londres; La Leche League International, ILCA, WABA, etc., para buscar apoyo, si es necesario. (Ver lista de direcciones en la página 5-36.)</li> <li>■ Considerar iniciar una capacitación estratégica a personas claves del personal como capacitadores y luego estas personas capacitarían al resto del personal. Escoja candidatos con fortalezas para capacitadores, si es posible incluyendo personal de diferentes servicios, turnos o guardias.</li> <li>■ Solicite al coordinador de capacitación la identificación de videos de capacitación que sean buenos ya preparados, o sesiones de capacitación en videocinta, para el personal nuevo. Complete con sesiones prácticas</li> </ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>Miembros del personal no comprenden la importancia del apoyo a la lactancia por lo tanto refieren poca necesidad de capacitación en esta área.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Considere llevar a cabo una sesión de orientación o abogacía para el personal antes del inicio del ciclo de capacitaciones. Presente la política de lactancia del hospital y revise la evidencia de la importancia del apoyo a la lactancia, vinculando las políticas con incremento de lactancia a una disminución de la morbilidad y mortalidad.</li> <li>■ Identificar el tiempo para reunir informalmente al personal y revisar los casos de madres que amamantan con problemas y cómo resolverlos. Continúe con una discusión sobre cómo manejar estas situaciones en el futuro.</li> <li>■ Utilice un tablero de comunicación, donde se expongan novedades respecto a la IHAN, nuevos artículos, cartas de pacientes, resultados de encuestas, etc.</li> <li>■ Conformar un equipo de apoyo a la lactancia en el que participen personas con experiencias positivas en lactancia, cuyo número vaya en aumento.</li> </ul>
<p>La asistencia del personal a las sesiones de capacitación es baja o el personal es retirado de la capacitación para que retorne a su unidad de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar la importancia de tener habilidades y destrezas en el apoyo de la lactancia además de otras áreas de experiencia y debe ser un requerimiento la asistencia a las sesiones de capacitación.</li> <li>■ Capacite al personal de todos los turnos.</li> <li>■ Ofrezca créditos de educación continua para la capacitación así como otros incentivos tales como el reconocimiento de sus nuevas destrezas.</li> <li>■ Coordine el auspicio de varios hospitales para una capacitación en un sitio atractivo.</li> <li>■ Trabaje con los gerentes del hospital para que se asegure que la capacitación se considere como una prioridad.</li> </ul>
<p>El hospital y el personal del hospital confían en el financiamiento de compañías que venden sucedáneos de leche materna para las actividades de capacitación, asistencia a las conferencias, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convencer al personal de la agenda oculta de la industria de leche y los problemas éticos involucrados en la aceptación de su financiamiento.</li> <li>■ Calcular el costo al hospital y sus familias de las enfermedades debido a la alimentación con sucedáneos de la leche materna.</li> <li>■ Busque fuentes alternativas para el financiamiento de los cursos.</li> </ul>

### Lista de los recursos de capacitación

Institute of Child Health  
University of London  
30 Guilford Street  
London WCN 1EH  
United Kingdom  
Tel: [44] (171) 242-9789  
Fax: [44] (171) 404-2062

International Baby Food Action Network  
(IBFAN)  
P.O. Box 781  
Mbabane  
Swaziland  
Tel: [268] 45006  
Fax: [268] 44246

International Lactation Consultant  
Association (ILCA)  
200 North Michigan Avenue, Suite 300  
Chicago, IL 60601-3821  
USA  
Tel: (312) 541-1710  
Fax: (312) 541-1271  
Email:  
71005.1134@COMPUSERVE.COM

La Leche League International  
1400 N. Meacham Road  
P.O. Box 4079  
Schaumburg, IL 60168-4079  
USA  
Tel: (847) 519-7730  
Fax: (847) 519-0035

LINKAGES Project  
Academy for Educational Development  
1825 Connecticut Avenue, N.W.  
Washington, DC. 20009  
Tel: (202) 884-8086  
Fax: (202) 884-8977  
E-mail linkages@aed.org  
Website: www.linkagesproject.org  
(Nota: El Proyecto LINKAGES concluye  
en diciembre 2006. Las publicaciones  
siguen disponibles en su sitio Web.)

Infant and Young Child Nutrition Project  
PATH  
1800 K Street, NW, Suite 800  
Washington, DC 20006

UNICEF Headquarters  
3 United Nations Plaza  
New York, NY 10017  
USA  
Tel: (212) 326-7000  
Fax: (212) 326-7336

Wellstart International  
E-mail: info@wellstart.org  
Website: www.wellstart.org

World Health Organization  
Department of Nutrition  
20, Av. Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
Tel: [41] (22) 791-3315  
Fax: [41] (22) 791-4156  
E-mail: nutrition@who.int  
Website: http://www.who.int/nut

World Health Organization  
Department of Child and Adolescent  
Health and Development  
20, Av. Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
Tel: [41] (22) 791-2633  
Fax: [41] (22) 791-4853  
E-mail: cah@who.int  
Website: http://www.who.int/child-  
adolescent-health/

World Alliance for Breastfeeding Action  
PO Box 1200 19850  
Penang, Malaysia.  
Tel: [60]-(4)-658-4816  
Fax: [60]-(4)-657-2655  
Websites: www.waba.org.my  
www.waba.org.br

## Los Diez Pasos a una Lactancia Exitosa Resumen de experiencias

**PASO 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Asegurar la programación de rutina de las clases de prenatal que cubren los tópicos esenciales relacionados a la lactancia. Pida al personal mantener los registros de las clases realizadas y su contenido.
- Revisar (o preparar) las guías escritas para la consejería prenatal individual para asegurar que los temas clave de lactancia sean cubiertos y exista el tiempo para la consideración de las preocupaciones de las madres individualmente.

Los tópicos esenciales e importantes que deben considerarse durante la educación prenatal y la consejería son:

Beneficios de la lactancia

Inicio temprano

Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)

Importancia de la lactancia a demanda

Cómo garantizar leche suficiente

Posición y agarre para amamantar

Importancia de la lactancia exclusiva

Riesgos de la lactancia artificial y del uso de biberones y chupones de distracción

(La educación prenatal **no debe** incluir la educación grupal sobre cómo preparar la fórmula.)

- Determinar si se necesitan estrategias especiales para alentar a las mujeres a asistir a las clases de prenatal o a las sesiones de consejería. (por ejemplo, dar clases en últimas horas de la tarde para las mujeres que trabajan, dándoles incentivos especiales para que asistan, etc.)
- Quite todos los pósters y la literatura sobre alimentación con biberón y promoción de sucedáneos de leche materna.
- Asegúrese que las compañías de fórmula no regalen materiales de promoción de la lactancia.
- Descontinúe la distribución, en las clínicas de prenatal, de muestras de sucedáneos de leche materna o cupones.

**PASO 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

### Preocupaciones frecuentes y soluciones

Preocupación	Soluciones
<p>El material de propaganda de la industria de fórmula es gratuito. Es difícil encontrar material para sustituirlo y fondos para obtenerlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Determinar qué material promocional está disponible gratuitamente o a bajo costo del gobierno, ONGs u otras agencias. Si hay una autoridad nacional de la IHAN pregunte qué material tienen disponible.</li> <li>■ Presione a las autoridades de salud locales y nacionales para que tengan este material disponible.</li> <li>■ Pida al personal de salud que desarrolle materiales de promoción a bajo costo con mensajes apropiados de lactancia adaptándolos de otros materiales cuando sea apropiado.</li> <li>■ Busque otras fuentes de financiamiento, incluyendo donaciones de negocios locales, organizaciones voluntarias que apoyen el desarrollo y producción de material educativo.</li> </ul>
<p>El personal de prenatal no tiene tiempo para la consejería individual o sesiones grupales relacionadas con lactancia debido al exceso de pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convencer al personal de la importancia de estas sesiones.</li> <li>■ Demostrar como esto le ahorrará tiempo, debido a la disminución de los problemas de lactancia y reducción en los niveles de enfermedad.</li> <li>■ Buscar ayuda voluntaria de ONGs locales, grupos de apoyo de madres, etc. para conducir las clases o dar consejería.</li> <li>■ Integrar el material de lactancia en otras clases de prenatal como en la educación del parto, atención infantil y nutrición.</li> </ul>
<p>El material de propaganda y material educacional generalmente no se adaptan a los diferentes grupos educacionales, culturales y de lenguaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pida al personal que produzca o adapte materiales promocionales o educativos que satisfagan las necesidades locales</li> <li>■ Forme una red con otros establecimientos de salud en el área y comparta el material o trabajen juntos para desarrollarlos.</li> </ul>
<p>Las madres ocupadas no quieren perder tiempo recibiendo información o instrucciones, o no saben que la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pida al personal que prepare la consejería grupal mientras las madres esperan la consulta.</li> <li>■ Pida a la recepcionista/al gerente que aliente la</li> </ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>información está disponible.</p>	<p>participación en las clases de lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Obtenga el apoyo del personal clínico para dedicar un tiempo a la consejería y enfatizar su importancia durante la consulta.</li> <li>■ Pida al personal que prepare material escrito que las madres se lleven a su hogar cuando dejen el establecimiento de salud. Incluya guías de lactancia, un resumen de los “Diez Pasos” y los servicios de apoyo a la lactancia del hospital, invitación/anuncios de clases de lactancia, lista de madres de grupos de apoyo y otros recursos comunitarios, etc.</li> <li>■ Organizar clases de prenatal extraordinarias en horarios de la tarde o noche para las mujeres trabajadoras.</li> <li>■ Gestione un área de recursos o área donde las madres pueden prestarse libros relacionados con la lactancia, artículos, videos y otros materiales, de acuerdo a su conveniencia.</li> <li>■ Organice un “desfile de bebés amamantados” o un “concurso de belleza de bebés amamantados “en un parque, supermercado u otra área pública.</li> <li>■ Solicite a los profesionales privados que envíen a sus pacientes a las clases de lactancia y a otros servicios de apoyo.</li> </ul>

## Los Diez Pasos a una Lactancia Exitosa Resumen de experiencias

<b>PASO 4:</b> <b>Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora del parto.</b>
---

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Trabaje con el personal para priorizar las rutinas perinatales de atención de los recién nacidos inmediatamente después del nacimiento para permitir el contacto inmediato de madre/bebé.
- Instituir el control de temperatura durante el trabajo de parto, el parto, y áreas de recuperación para asegurar la regulación de temperatura del bebé.
- Disponer el contacto madre/bebé permanente después del parto.
- Asignar responsabilidades al personal para verificar que se produzca el inicio precoz de lactancia para las madres que hubieran escogido amamantar y asegurar que el personal tiene las destrezas para dar a la madre el apoyo necesario.
- Entrenar al personal en la importancia de aspirar a un recién nacido solo si es necesario; (si la valoración inicial [APGAR] es buena y el bebé está llorando vigorosamente NO es necesaria). Si es necesaria la aspiración, hágalo gentilmente para evitar el micro trauma de las membranas mucosas de la faringe y vía respiratoria superior (orofaringe) puede interferir con la lactancia.
- Asigne, al personal de su establecimiento, tiempo para apoyo a la lactancia, si es necesario.
- Permita que una persona de apoyo, (miembro de la familia, "doula", etc.) permanezca con la madre durante e inmediatamente después del parto y participe cuando la madre amamante, si fuera apropiado.
- Cuando se revisen las políticas/normas de atención en la sala de parto, considere temas como la necesidad de privacidad, un ambiente tranquilo, con luz tenue, con un mínimo de personal en la sala, menos apoyo en tecnología sofisticada para los nacimientos de bajo riesgo, etc.

**PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.**

**Preocupaciones frecuentes y soluciones**

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>La aspiración de todos los recién nacidos es una rutina inmediatamente después del parto y es lo que se enseña en la facultad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analizar las razones anatómicas y fisiológicas que le permiten al recién nacido, mediante el llanto permeabilizar sus propias vías aéreas.</li> <li>■ Revise, con el jefe de la maternidad, los protocolos actuales para bebés que necesitan la aspiración de secreciones, y el equipo que se utiliza. Sugiera que una perilla de aspiración, una jeringa de oído, podría ser lo más barato, más efectivo y menos traumático para este propósito.</li> </ul>
<p>El personal no tiene suficiente tiempo para atender a la madre con el inicio temprano de la lactancia, considerando el número de partos y otros procedimientos programados inmediatamente después del parto. El contacto piel a piel de por lo menos 30 minutos es de especial preocupación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solicite al personal clave que reevalúe los procedimientos que son necesarios inmediatamente después del nacimiento. Reorganice “la órdenes de rutina” para permitir tiempo suficiente para el apego piel a piel y la lactancia para aquellas madres que decidieron amamantar. Por ejemplo, revise con el personal los 5 primeros Pasos de la “Cadena de Calor” de la OMS para la atención del recién nacido que incluyen, secado inmediato, contacto piel a piel, lactancia y postergar el peso y el baño.”</li> <li>■ Reforzar los aspectos positivos de este cambio.: ahorro en tiempo, no hay necesidad de calentar al bebé, separación de madre-bebé breve, etc.</li> <li>■ Organice la capacitación del personal para que se entrene a examinar al recién nacido en el pecho de la madre.</li> <li>■ Disponer que un consejero en lactancia voluntario ayude a la madre a amamantar inmediatamente después del parto, si el personal está muy ocupado. La madre y el bebé pueden quedarse solos, parte del tiempo para conocerse, mientras el personal continúa su trabajo.</li> <li>■ Si se necesita espacio en sala de trabajo de parto y en sala de parto, inmediatamente después para otro parto, instruya al personal que traslade a la madre y el bebé a una habitación cercana y que una enfermera complete el registro y el examen si se necesita.</li> </ul>



<p>La madre está muy cansada después del parto para alimentar al bebé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explicar que este es un concepto equipado. Si se le permite a la madre sostener a su bebé, y se le alienta, casi siempre la madre se involucrará.</li> <li>■ Disponga que una persona, que apoye la lactancia, ayude a la madre.</li> <li>■ Asegúrese que las madres que amamantan reciban instrucciones durante el embarazo acerca de la importancia de la lactancia temprana y el hecho que generalmente la madre y el bebé permanecen alertas este periodo.</li> </ul>
<p>Las camas en la sala de parto son muy angostas. Si se deja al recién nacido con su madre, (quien puede estar muy cansada) y si no hay supervisión constante, el bebé se puede caer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Colocar al bebé en el pecho de la madre. Elevar la cabeza de la madre con una almohada, una frazada o con su propia ropa. Si el bebé corre peligro de caerse de una cama angosta, considere envolver al bebé con su madre, sueltos, con una sábana o tela.</li> <li>■ Alternativamente gire a la madre, en decúbito lateral y coloque al recién nacido cerca del pecho.</li> </ul>
<p>Se necesita monitorizar a madres y bebés, por lo cual se necesita luz, personal y equipo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solicite al personal de la sala de parto que considere realizar procedimientos agrupados, por ejemplo evaluar el estado general de la madre y del bebé y tomar los signos vitales de ambos a la vez, para luego dejarles juntos.</li> </ul>
<p>Si la sala de partos es fría, no es conveniente la lactancia inmediata y el recién nacido debe transferirse ya sea a una sala de recién nacidos o a la sala de la madre para ser amamantado por primera vez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revise con el personal los 5 pasos de las recomendaciones de la OMS para la "Cadena de Calor" (ver Paso 4 arriba)</li> <li>■ Mostrar al personal, colocando el termómetro debajo el brazo del bebé, que el contacto piel a piel con la madre le provee de suficiente calor para mantenerle cálido.</li> <li>■ Si la sala de parto es fría, considere si es posible aumentar la temperatura.</li> </ul>
<p>El personal perinatal piensa que la lactancia durante los 30 a 60 minutos después del nacimiento es una prioridad menor frente a otros procedimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revise brevemente con el personal la investigación clave de PORQUE las primeras lactadas se vinculan con el éxito de la lactancia, (ej., el bebé está despierto, alerta en la primera hora, el agudo sentido del olfato del bebé, y los reflejos de reptación, el alerta de la madre en la primera hora. etc.)</li> <li>■ Convenza a los médicos que atienden el parto a sugerir a las madres de rutina "Le ayudaremos a iniciar la lactancia de inmediato".</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Pida al personal responsable que añada “tiempo para el inicio de lactancia” en la hoja de registro del bebé.</li><li>■ Asegúrese que se enfatizan las ventajas fisiológicas y psicológicas de la lactancia inmediata durante la capacitación de personal. Cuando el personal de pre parto y parto se está capacitando, enfatice el vínculo crítico con el manejo de la lactancia y que la primera hora es muy importante y un tiempo especial en esta conexión.</li></ul>
--	---

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de experiencias

**PASO 5:**      **Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus bebés.**

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Capacitar al personal en técnicas de extracción de leche, manipuleo sin contaminación y almacenamiento de leche materna.
- Designar tiempo del personal para consejería individual o consejería grupal a madres sobre manejo y mantenimiento de la lactancia cuando madre y bebé se separan.
- Designar áreas para que las madres amamanten o para la extracción de leche y su almacenamiento. Adquiera el equipo (ej. Contenedores para almacenar leche, tazas, cucharillas.)
- Facilitar el acomodo de las madres para que duerman con sus bebés hospitalizados. De la misma manera, permitir que los bebés sanos permanezcan junto a sus madres hospitalizadas.

**PASO 5:           Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus bebés.**

**Preocupaciones frecuentes y soluciones**

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>En los hospitales donde las madres se quedan por poco tiempo después del parto, y el personal es mínimo, hay muy poco tiempo para la consejería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfaticé la consejería durante el periodo prenatal.</li> <li>■ Reasigne al personal de enfermería para que dé la consejería.</li> <li>■ Si hay un tiempo mínimo disponible para la consejería, coordine para que la mayoría de las instrucciones se las provea en clases para grupos.</li> <li>■ Solicitar que el personal del hospital observen por lo menos una mamada antes de externar a cada binomio madre bebé.</li> <li>■ Permita a voluntarios hacer rondas para dar orientación a las puérperas. Coordine el entrenamiento de los voluntarios y la entrega de guías o manuales de función que les asigne roles y señale las restricciones.</li> <li>■ Disponer de folletos de educación en lactancia para después del parto.</li> <li>■ Organizar la exhibición de videos para reforzar las técnicas de lactancia si el tiempo para las clases o la instrucción individual en salas de puerperio es limitada.</li> </ul>
<p>Reticencia de parte del personal que da orientación en lactancia debido a la falta de competencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Distribuir hojas con instrucciones cortas respecto a la orientación que debe darse ante problemas frecuentes de lactancias</li> <li>■ Exhibir la lista de miembros que completaron el periodo de prácticas de lactancia. Aliente a otro personal de salud que asista y presencie la consejería y orientación que el personal con experiencia brinda a las madres.</li> <li>■ Comprobar que una parte integral de la capacitación incluya la práctica clínica de trabajar con madres que amamantan para solucionar los problemas frecuentes de la lactancia.</li> </ul>
<p>Falta de comprensión entre personal de la importancia de lactancia en el periodo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Debatir con el personal la importancia de la atención centrada en la paciente y el rol que la educación en</li> </ul>

Preocupación	Soluciones
postparto inmediato y los problemas causados por mensajes inconsistentes o incoherentes.	<p>lactancia juega en esta conexión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alentar a los capacitadores, a conducir grupos focales con el personal de enfermería para conocer que les enseñaron, y por qué hacen lo que hacen, y diseñar los contenidos de la capacitación para tratar los problemas identificados.</li> </ul>
Miedo del personal y las madres, a las nodrizas y al uso de leche materna almacenada para alimentar a sus bebés, debido a la transmisión de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las nodrizas y el utilizar leche materna de otras madres es aceptable en algunos escenarios y no es aceptable en otros. La investigación local demostrará si las madres eligen o no estos métodos de alimentación de sustitución.</li> <li>■ La leche extraída de una donante necesitará ser tratada por calor de acuerdo a las recientes recomendaciones de la OMS.</li> <li>■ Ahora se desalienta la alimentación por nodriza, aunque existen excepciones por ej., en caso de un miembro de la familia que se sepa que es VIH negativo.</li> </ul>
Falta de un área y equipo para almacenar la leche.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se necesita equipo sofisticado para guardar la leche. Se necesita solamente un refrigerador y una colección de frascos para recolectar la leche extraída.</li> <li>■ No se necesitaría guardar la leche si se permitiera que las madres permanezcan con sus bebés hospitalizados para amamantarles de día y de noche.</li> </ul>
El lactante sano se enfermará si permanece con su madre cuando ella se enferma y debe hospitalizarse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dar la información respecto a los efectos protectores de la lactancia y los riesgos para la salud del recién nacido si no se queda con su madre y amamanta.</li> </ul>
Las madres que se enferman y deben hospitalizarse no podrán cuidar a sus recién nacidos si permanecen con ella en alojamiento conjunto	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pida al personal evaluar este problema individualmente. Tal vez un pariente o amigo podría quedarse con la madre para atender al bebé en algunas situaciones.</li> </ul>

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de las experiencias

**PASO 6:** No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que este médicamente indicado.

### Acciones necesarias para implementar este paso

- Revisar las normas y procedimientos concernientes al uso de sucedáneos de la leche materna. Asegúrese que estén de acuerdo con la lista de “razones médicas aceptables para la suplementación” de la OMS/UNICEF. (Debe incluirse en la Norma hospitalaria. Ver Paso #1.)
- Disponer que la cantidad de sucedáneos de leche materna que estén médicamente indicados sea comprada por el hospital.
- Guardar los sucedáneos de la leche y su equipo necesario, así como los suministros fuera de vista.
- Desarrollar políticas para facilitar la lactancia inmediata de bebés de bajo peso y de recién nacidos por cesárea, cuando no existen contraindicaciones médicas. (Puede incluirse en la Norma del hospital. Ver Paso #1.)
- Garantizar un espacio adecuado y el equipo disponible para la extracción de leche y almacenamiento. bebé

**PASO 6: No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas que no sean leche materna a no ser que estén médicamente indicados.**

### Preocupaciones frecuentes y soluciones

Preocupación	Soluciones
Miembros del personal o las madres se preocupan porque su leche es insuficiente para los bebés en las primeras horas o días después del nacimiento debido a la demora en la bajada de la "verdadera leche".	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegurarse que el personal y las madres reciban la información respecto a la suficiencia y beneficios del calostro y el hecho que no se necesita nada mas (ej. agua, te, mate o leche fórmula) además de la leche materna. Incluir la información que es normal que el bebé baje de peso en las primeras 48 horas.</li> </ul>
Miembros del personal o las madres temen que el bebé se deshidrate o sufra de hipoglicemia si se les da solo leche materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Organice un comité de revisión de literatura y presente los resultados de la revisión en reunión del personal.</li> <li>■ Asegúrese que los miembros del personal recuerden los signos que muestran que el bebé está recibiendo lo que necesita al amamantar, y aliente la transmisión de esta información a las madres que están preocupadas porque su leche es insuficiente.</li> <li>■ Considere organizar sesiones cortas de capacitación en-servicio para demostrar cómo evaluar la efectividad de la lactancia y dar a las enfermeras prácticas supervisadas para que ellas realicen estas evaluaciones por sí mismas.</li> <li>■ Retirar el agua glucosada de la unidad, para que sea más difícil utilizarla de rutina.</li> </ul>
Madres solicitan suplementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disponer que las madres sean informadas durante el prenatal y el período postnatal respecto a los problemas de la suplementación.</li> </ul>
Algunas madres están muy desnutridas para amamantar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegúrese que los miembros del personal sepan que hasta las madres desnutridas producen suficiente leche para sus bebés si amamantan a demanda.</li> <li>■ En casos cuando la familia provee de alimentación para la madre mientras ella este hospitalizada, aproveche la oportunidad para informar a los miembros de familia de la madre respecto a la importancia de una nutrición sólida para la madre con alternativas de nutrición baratas.</li> </ul>
La consejería y el apoyo necesarios para lograr la lactancia exitosa son muy caros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar que los costos serán más que compensados por los ahorros cuando se disminuye la preparación y provisión de sucedáneos de leche. Enfatice que los</li> </ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
	<p>ahorros también incrementarían por la reducción de las infecciones neonatales, la diarrea.</p>
<p>Las medicaciones que se dan a la madre contraindican la lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegúrese que los miembros del personal conozcan la lista de razones médicas aceptables para la suplementación que se incluyen en el Anexo revisado de los Criterios Globales de la Iniciativa de Hospitales Amigos y como Hoja Didáctica 4.5 en Sesión 4 de este curso.</li> <li>■ Solicite a la farmacia del hospital una lista de medicamentos que son compatibles e incompatibles con la lactancia.</li> </ul>
<p>Madres sentirán que se les ha negado algo de valor si se descontinúan las muestras o los regalos al alta de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Considere la sustitución de las muestras de sucedáneos de leche materna, con un “paquete de lactancia”, que incluye la información en lactancia y donde buscar apoyo y puede incluir muestras que no desalienten la lactancia.</li> </ul>



## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa: Resumen de las experiencias

<b>PASO 7:</b> <b>Practicar el alojamiento conjunto</b>
---

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Hacer los cambios necesarios en la estructura física del hospital. Retirar el personal de enfermería para recién nacidos normales. Hacer los ajustes para mejorar la comodidad, higiene y seguridad de madres y bebés.
- Coordinar la capacitación cruzada al personal de la sala de recién nacidos como al personal de puerperio para que tengan las habilidades y destrezas para la atención de tanto la madre y el bebé. (Ver Paso # 2)
- Instituir sesiones de educación individual o grupal para las madres en atención de la madre y el bebé después del parto. Las sesiones deben incluir información sobre cómo atender al bebé que está en alojamiento conjunto.

PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto – permitir a la madre y bebés que permanezcan juntos las 24 horas del día.

**Preocupaciones frecuentes y soluciones**

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de cuidado del recién nacido, una persona será suficiente para supervisar a varios bebés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegure al personal que el bebé está mejor cerca de su madre, con beneficios añadidos de seguridad, calor y lactancia a demanda. “Cama compartida”, el bebé permanece en la misma cama de la madre, si es culturalmente aceptable, le provee de la mejor oportunidad para ganar estos beneficios y eliminar el costo de adquisición de cunas. Cuando las madres están el alojamiento conjunto ya sea en la pieza o en la cama de la madre, ayudan de manera invaluable al personal cuando alertan por la aparición de problemas.</li> <li>■ Enfatizar que la supervisión de 24-horas es innecesaria. Los controles cortos periódicos y la disponibilidad del personal para responder a las necesidades de las madres es cuanto se necesita.</li> </ul>
<p>Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de cuidado del recién nacido, una persona será suficiente para supervisar a varios bebés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegure al personal que el bebé esta mejor cerca de su madre, con beneficios añadidos de seguridad, calor y lactancia a demanda. “Cama compartida”, si es culturalmente aceptable, le provee de la mejor posición para ganar estos beneficios y eliminar el costo de adquisición de cunas. Cuando las madres están el alojamiento conjunto ya sea en la pieza o en la cama de la madre, ayudan de manera invaluable al personal cuando alertan por la aparición de problemas.</li> <li>■ Enfatizar que la supervisión de 24-horas es innecesaria. Los controles cortos periódicos y la disponibilidad del personal para responder a las necesidades de las madres es cuanto se necesita.</li> </ul>
<p>Las tasa de infección será mayor cuando el bebé y la madre estén juntos que cuando los bebés están en una sala de observación de recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatice el hecho que la infección es menor cuando los bebés se quedan con su madre que cuando se exponen a más cuidadores.</li> <li>■ Dar al personal la información que muestra que con el alojamiento conjunto y la lactancia las tasas de infección son más bajas, por ejemplo de la enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis.</li> </ul>
<p>Si se permiten las visitas en las salas de alojamiento conjunto, el peligro de la infección y contaminación incrementará. En situaciones donde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar que los bebés reciben la inmunidad para infecciones en el calostro, y que los estudios muestran que la infección es menor en salas de alojamiento conjunto en comparación a las salas de observación de</li> </ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>los visitantes fuman es un peligro para la salud de la madre y el bebé. Algunas madres sienten que tienen que entretener a sus visitantes y que ya tendrán tiempo para atender a sus bebés cuando sean externados.</p>	<p>recién nacidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apoyar a las madres para que hagan lo mejor para sus bebés, limitar las horas de visita y el número de visitas y prohibir que fumen.</li> </ul>
<p>Las salas son pequeñas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se necesitan cunas para los bebés. No se necesita espacio extra cuando el bebé está en la misma cama de la madre.</li> </ul>
<p>Los bebés se caerán de las camas de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar que los recién nacidos no se mueven. Si las madres estuvieran todavía preocupadas, coloquen las camas contra la pared, o si es culturalmente aceptable, colocar las camas en pares, y las madres colocarán a sus bebés al medio.</li> </ul>
<p>El alojamiento conjunto total con separación de no más de media hora, parece imposible porque algunos procedimientos y rutinas necesitan ser realizados fuera de las habitaciones de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudie estos procedimientos. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebé antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden realizarse en la sala de la madre.</li> <li>■ Revisar las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando se examina al bebé frente a la madre.</li> </ul>
<p>Los pacientes privados sienten que deben tener el privilegio de mantener a sus bebés en la sala de recién nacidos, que se alimente a sus bebés con sucedáneos de leche materna, y que reciba ayuda experta del personal de enfermería, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lo que sea bueno para los pacientes de hospitales públicos es también bueno para los pacientes privados.</li> <li>■ Considerar la realización de proyectos piloto para "evaluar" el alojamiento conjunto en hospitales privados y en hospitales públicos.</li> </ul>
<p>Algunos hospitales privados ganan dinero al cobrar por salas de recién nacidos y por lo tanto rehúsan eliminar estas unidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explorar los ahorros que compensan los gastos para el alojamiento conjunto; por concepto de disminución del uso de sucedáneos de la leche materna, menos gasto por preparación de biberones, cuidados de enfermería y menos infección infantil, etc.</li> <li>■ Considere mantener el mismo costo cuando se deshaga de la sala de recién nacido, relocalizando los cambios para la atención de la madre/bebé en las salas.</li> </ul>
<p>Los bebés se raptan más fácilmente cuando están en alojamiento conjunto que cuando están en la sala de recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sugerir al personal que pidan a las madres que soliciten que alguien cuide a su bebé (ej., otras madres, miembros de familia, o del personal) si salen de la sala.</li> <li>■ Las madres necesitan saber que no hay razón para que se lleven al bebé sin conocimiento de su madre.</li> </ul>

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de la experiencia

**PASO 8: Alentar la lactancia a demanda.**

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Presentar el alojamiento conjunto. (Ver Paso # 7.)
- Examinar las prácticas de rutina concernientes a los procedimientos con recién nacidos, (ej. Tomar muestras de sangre, examen físico, peso, baño, circuncisión, limpieza de las salas que separan a la madre y el bebé, realizar los procedimientos en la sala cuando sea posible.
- Asegurar que la capacitación incluya la definición y los beneficios de la lactancia a demanda y los mensajes clave al respecto que las madres deben recibir durante la consejería de lactancia. (Ver Paso # 2.)

**PASO 8: Alentar la lactancia a demanda**

**Preocupaciones frecuentes y soluciones**

Preocupación	Soluciones
<p>La lactancia a demanda es buena, pero no provee de leche suficiente para el bebé. El calostro es insuficiente por ello la suplementación es necesaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recordar al personal que el estómago del bebé tiene una capacidad de 10 a 20 ml en el nacimiento y la cantidad de calostro producida es la fisiológicamente correspondiente.</li> </ul>
<p>En lugares donde no se practica en alojamiento conjunto, se ahorra tiempo del personal y esfuerzo si los bebés se alimentan en la sala en vez de llevar a los bebés para que amamanten impredeciblemente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Considere que el alojamiento conjunto requiere menos tiempo del personal en comparación al tiempo del personal que significa cuidar a los bebés en la sala de recién nacidos, preparar y darles leche artificial o transportarles de ida y vuelta para que amamante.</li> </ul>
<p>Cuando los bebés se llevan de la sala para revisiones, exámenes de laboratorio y procedimientos de medición, se interfiere con la lactancia a demanda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alentar a los médicos para que examinen a los bebés en las salas de sus madres. Enfatique que ahorra el tiempo, ya que se puede dar educación y se pueden responder preguntas en este momento. Resalte que la satisfacción del paciente también aumenta como resultado.</li> <li>■ Disponga que el personal complete otros procedimientos en sala de madres, cuando sea posible, Por ejemplo se puede llevar la balanza sobre ruedas de una sala a otra.</li> <li>■ Pida al personal que trate de programar los procedimientos que deben realizarse fuera de la sala de después de haber amamantado, o sugiera que la madre acompañe al bebé y le alimente cuando se necesite.</li> <li>■ Informe al personal que los bebés no deben suplementarse cuando se les lleva para realizar procedimientos. Si es necesario, debe llamarse a la madre para que amamante al bebé.</li> </ul>
<p>Las horas de visita que son prolongadas o irrestrictas interfieren con la lactancia a demanda. Las madres pueden sentirse avergonzadas de amamantar frente a las visitas, o tal vez estén ocupadas con las visitas, o pueden estar muy exhaustas después de alimentar a sus bebés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Acortar las horas de visita o limitarlas (ej., 2 visitas por paciente o solamente parientes cercanos y abuelos).</li> <li>■ Disponga que el personal entregue letreros a las madres para que se coloquen en su puerta (si tienen habitaciones privadas) que pidan no ser molestadas si están descansando o alimentado a su bebé.</li> <li>■ Pida a los instructores de las clases de prenatal que</li> </ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
	enfaticen la importancia de limitar las horas de visita para darle más tiempo a la madre y el bebé, para que aprendan ambos madre y bebé, se alimente al bebé y más.

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de experiencia

**PASO 9: No damos biberones ni chupones.**

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Revisar los procedimientos de rutina. Las políticas del hospital deben:
  - desalentar a las madres o miembros de familia de traer al hospital chupones para el uso de los bebés;
  - prohibir el uso de biberones y chupones en el hospital;
  - proveer de guía para el uso de métodos alternativos de alimentación por ejemplo uso de tazas, cucharillas si se utilizan los sucedáneos de la leche materna;
- Adquirir los suministros (ej. tazas, jeringas, cucharas) para que se utilicen al administrar sucedáneos de la leche materna a los bebés (sin usar tetinas o biberones) en casos donde hubieran razones médicas aceptables para la suplementación. (Ver Paso # 5.)

**PASO 9: No damos biberones ni chupones.**

**Preocupaciones frecuentes y soluciones**

Preocupación	Soluciones
<p>Cuando los bebés se alteran, los chupones les calman. Es posible que los bebés no tengan hambre pero igual necesitan succionar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bebés pueden llorar por varias razones. Pida al personal que explore las alternativas a los chupones. (ej. Alentar a las madres que sostengan a sus bebés, que ofrezcan el pecho, que revisen si tiene el pañal mojado), tal vez en una discusión de grupo.</li> </ul>
<p>El personal de enfermería y/o madres no creen que los chupones causen problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegúrese que el personal y las madres se eduquen respecto a los problemas con el uso de chupones (ej. interfieren con la respuesta motora oral involucrada en la lactancia, se contaminan fácilmente.)</li> <li>■ Organizar un comité ad hoc para revisar la literatura y hacer una presentación al personal administrativo y médico sobre los problemas relacionados con el uso de los chupones.</li> <li>■ Colocar un letrero visible para el personal y pacientes -- “no más chupones para bebés que amamantan” – y enumere las razones.</li> <li>■ Si la madre solicita un chupón, el personal debe analizar con la madre los problemas que causarán. Considere pedirle que firme un consentimiento informado que discuta los riesgos de la confusión de patrón de succión, la alteración en producción de leche y la contaminación.</li> <li>■ En escenarios donde la contaminación de chupones puede provocar la diarrea y otras enfermedades, es mejor alentar a calmar el llanto de otra manera o que la madre o el miembro de la familia que esté con el bebé utilice su dedo lavado como chupón.</li> </ul>
<p>Los chupones son gratuitos para las madres que los soliciten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Calcule los ahorros para el hospital si deja de comprar los chupones y tetinas.</li> <li>■ Establecer una política señalando que el hospital no regalara más chupones, y si la madre quiere utilizarlos, deberá traerse uno propio.</li> </ul>
<p>El recién nacido puede aspirarse si se alimenta en taza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proveer al personal con ejemplos (a través de videos, diapositivas, o visitas) de recién nacidos amamantando exitosamente en taza en otros hospitales.</li> </ul>



<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatique la posibilidad y la seguridad de alimentar con taza.</li> </ul>
El costo de tazas, jeringas y cucharas puede ser alto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los tipos especiales de tazas, jeringas y cucharas no son necesarios. Solo necesitan estar limpias.</li> </ul>

## Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa Resumen de las experiencias

**PASO 10:** Auspiciar la formación de grupos de apoyo comunitarios y referir a la madre a estos grupos a su alta.

### Acciones necesarias para implementar el paso

- Trabajar con personal clave del hospital para identificar recursos en el hospital y en la comunidad para conformar un grupo de apoyo a la lactancia.
- Asegurarse que el hospital brinde apoyo para el seguimiento de lactancia, por ejemplo a través de un clínica postnatal, programará una visita en la semana del alta y se asegura que la lactancia sea evaluada y que los problemas se identifican y se tratan.
- Explorar las formas de vincular a las madres en el nivel comunitario con grupos de apoyo a la lactancia, tales como los centros de salud, clínicas materno-infantiles, y grupos de apoyo a la lactancia. (ONG como la Liga de la Leche). Un medio será enviar una papeleta de referencia o alta para la clínica comunitaria donde la madre puede llegar para cuidado postnatal y al mismo tiempo decirle que podrá recibir apoyo para la lactancia.
- Coordinar para que la madre contacte grupos de apoyo cuando aún está en el hospital. Por ejemplo, los voluntarios pueden ofrecer refrescos en las salas y a la vez dar información sobre donde conseguir apoyo para la lactancia. Los voluntarios pueden conducir los consultorios de lactancia, hacer las visitas en sala, etc.
- Considere pedir al personal del hospital que organice grupos de apoyo de lactancia, para los cuales, en principio, el personal serviría como facilitador. Coordine capacitar al personal del hospital sobre cómo organizar y facilitar grupos de apoyo a la madre, y considerar capacitación similar para otros líderes potenciales de grupos de apoyo.
- Elabore información (verbal y escrita) en recursos de apoyo a la lactancia disponibles para la madre, la familia y la comunidad.

**PASO 10: Auspiciar la formación de grupos de apoyo comunitarios y referir a la madre a estos grupos a su alta.**

### Preocupaciones frecuentes y soluciones

Preocupación	Soluciones
<p>Los miembros del personal del hospital no están familiarizados con los buenos recursos de apoyo a la lactancia a los que pueden referir a las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formar un grupo ad hoc con los representantes del hospital, centros materno-infantiles, y cualquier grupo de apoyo a la lactancia que pueda identificarse. Pida a los grupos que elaboren una lista de recursos y la pongan a disponibilidad del personal del hospital, médicos locales y madres.</li> <li>■ Alentar a los grupos de apoyo locales para que se reúnan ocasionalmente en el hospital, que puede proveer de espacio y publicidad gratuita.</li> <li>■ Coordine una reunión informativa de los grupos de apoyo para que el personal del hospital sobre los servicios que ofrecen.</li> </ul>
<p>Existe una impresión errónea que el profesional no debe involucrarse en la organización o entrenamiento de los grupos de apoyo a las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si no existen líderes comunitarios para organizar y facilitar los grupos de apoyo de madres explore la posibilidad de utilizar al personal de salud con este propósito. Si el personal de salud se involucra, necesitarán ser entrenados a no dirigir o dominar grupos pero a facilitar que se comparta y apoye a las madres. Si aparecen líderes laicos, pueden recibir capacitación adicional y luego dirigir el trabajo del grupo.</li> </ul>
<p>Los grupos laicos de líderes y sus miembros pueden dar información incorrecta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegurarse que los líderes potenciales de grupos de apoyo a la madre, reciban la capacitación necesaria y que las madres mismas reciban educación pre y postnatal correctas en lactancia del personal del hospital.</li> </ul>
<p>Los administradores del hospital tienen mucho que hacer y organizar los grupos de apoyo sería una imposición seria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explorar si grupos o individuos voluntarios con conocimiento pueden ayudar o inclusive tomar la responsabilidad de esta actividad.</li> </ul>
<p>El grupo de apoyo de madre a madre no funciona en la cultura local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explorar los mecanismos de apoyo culturalmente aceptables para la madre que amamanta. Por ejemplo:</li> <li>■ Involucrar organizaciones tradicionales o religiosas para mujeres que provean apoyo en lactancia u otro apoyo general a la madre.</li> <li>■ Reforzar el rol de la familia extendida en el apoyo de lactancia mediante la entrega de información a los</li> </ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
	miembros que es más posible que multipliquen la información o den consejos.
El seguimiento después del alta es muy caro. Las visitas domiciliarias son imposibles y solamente posibles en emergencias o para pacientes de muy alto riesgo. El contacto telefónico es imposible o poco confiable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analice que mecanismos de seguimiento son los más posibles en la situación local, considerando las restricciones, por ejemplo:</li> <li>■ Disponga la evaluación de la lactancia y el apoyo durante las visitas postnatales.</li> <li>■ Arreglar las visitas de al menos las que están en riesgo de tener problemas con la lactancia.</li> <li>■ Referir a las madres a los centros de salud comunitarios, trabajadores de extensión comunitaria, y/o grupos voluntarios que pueden dar apoyo.</li> </ul>

# **Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo**

## **Ejemplo**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

**Acciones necesarias para implementar el paso**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

### **Preocupaciones comunes y soluciones**

<b>Preocupaciones</b>	<b>Soluciones</b>

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de  
trabajo  
Ejemplo**

**PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto**

**Preocupaciones comunes y soluciones**

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de recién nacidos, una persona es suficiente para supervisar a varios bebés.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Asegure al personal que los bebés están mucho mejor en alojamiento conjunto con sus madres, además de los beneficios de seguridad, calor y lactancia a demanda.</li><li>■ Enfatice que la supervisión de 24 horas no es necesaria. El pasar por la sala periódicamente para responder a las necesidades de la madre es suficiente.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Las tasas de infección serán mayores si los bebés y sus madres permanecen juntos que cuando están en la sala de recién nacidos.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="898 431 1730 878">■ Enfatique que el peligro de infección se reduce cuando los bebés permanecen con sus madres en vez de permanecer en las salas de recién nacidos expuestos a la mayoría de los trabajadores.</li><li data-bbox="898 878 1730 1273">■ Provea al personal datos que muestran las tasas de infección bajas de enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis cuando están en alojamiento conjunto.</li></ul>



<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Los bebés se caerán de la cama de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="888 431 1818 553">■ Enfatique que los recién nacidos no se mueven.</li><li data-bbox="888 553 1818 1010">■ Si las madres están aun preocupadas, arregle las camas y colóquelas contra la pared, o si es aceptable culturalmente, ponga las camas juntas en pares para que las madres tengan a sus bebés en el medio</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
El alojamiento completo, con separaciones de sólo media hora, parece imposible, algunos procedimientos necesitan ser realizados fuera de la habitación de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="884 435 1837 894">■ Estudie estos procedimientos cuidadosamente. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebe antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden ser realizados en las habitaciones de las madres.</li><li data-bbox="884 894 1837 1159">■ Revise las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando su bebé es examinado frente a la madre.</li></ul>

# **Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo**

## **PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto.**

### **Acciones necesarias para implementar el PASO**

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento. Elimine la sala de recién nacidos. Haga los arreglos necesarios para mejorar la higiene, el confort y la seguridad de la madre y el bebé.
- Solicite y coordine un entrenamiento para el personal de puerperio y de la sala de recién nacidos para que todos tengan las habilidades para atender adecuadamente a la madre y bebé.
- Establezca sesiones educativas individuales o grupales para las madres sobre atención de madres y bebés en el puerperio. Las sesiones pueden incluir información sobre cómo cuidar a los bebés en el alojamiento conjunto.

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja  
de trabajo  
Ejemplo**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

**Acciones necesarias para implementar el paso**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

### **Preocupaciones comunes y soluciones**

<b>Preocupaciones</b>	<b>Soluciones</b>

# Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo

## PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto

### Preocupaciones comunes y soluciones

Preocupación	Solución
Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de recién nacidos, una persona es suficiente para supervisar a varios bebés.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Asegure al personal que los bebés están mucho mejor en alojamiento conjunto con sus madres, además de los beneficios de seguridad, calor y lactancia a demanda.</li><li>■ Enfatice que la supervisión de 24 horas no es necesaria. El pasar por la sala periódicamente para responder a las necesidades de la madre es suficiente.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
<p>Las tasas de infección serán mayores si los bebés y sus madres permanecen juntos que cuando están en la sala de recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Enfatique que el peligro de infección se reduce cuando los bebés permanecen con sus madres en vez de permanecer en las salas de recién nacidos expuestos a la mayoría de los trabajadores.</li><li>■ Provea al personal datos que muestran las tasas de infección bajas de enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis cuando están en alojamiento conjunto.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Los bebés se caerán de la cama de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="869 428 1772 548">■ Enfatique que los recién nacidos no se mueven.</li><li data-bbox="869 558 1772 985">■ Si las madres están aun preocupadas, arregle las camas y colóquelas contra la pared, o si es aceptable culturalmente, ponga las camas juntas en pares para que las madres tengan a sus bebés en el medio</li></ul>



## Preocupación

El alojamiento completo, con separación de sólo media hora, parece imposible, algunos procedimientos necesitan ser realizados fuera de la habitación de sus madres.

## Soluciones

- Estudie estos procedimientos cuidadosamente. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebé antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden ser realizados en las habitaciones de las madres.
- Revise las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando su bebé es examinado frente a la madre.

# **Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo**

## **PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto.**

### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento. Elimine la sala de recién nacidos. Haga los arreglos necesarios para mejorar la higiene, el confort y la seguridad de la madre y el bebé.
- Solicite y coordine un entrenamiento para el personal de puerperio y de la sala de recién nacidos para que todos tengan las habilidades para atender adecuadamente a la madre y bebé.
- Establezca sesiones educativas individuales o grupales para las madres sobre atención de madres y bebés en el puerperio. Las sesiones pueden incluir información sobre como cuidar a los bebés en el alojamiento conjunto.

## Sesión 5: Convertirse en “amigo del niño” en localidades con alta prevalencia de VIH

**Nota:** Esta sesión alternativa ha sido preparada para su uso en localidades con alta prevalencia de VIH. Esta versión de la Sesión es idéntica a la Sesión 5, excepto el contenido adicional respecto al VIH y alimentación infantil añadido, cuando se requiera.

Desde el lanzamiento de la Iniciativa Hospital Amigo en 1991, la pandemia creciente del VIH/SIDA especialmente en el África Subsahariana y partes del Asia, ha incrementado la preocupación e interrogantes acerca de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna donde el VIH es prevalente. Esta preocupación surge porque se conoce que la lactancia es una fuente de contagio del recién nacido y niño pequeño con el VIH. Esta sesión, revisada para consideración de estos tópicos, nos da una guía de cómo implementar los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa y la IHAN en escenarios donde el VIH es un problema de salud pública.

### Objetivo

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Desarrollar un plan para construir el entusiasmo del personal y el consenso para el trabajo conjunto hacia la conversión “de Amigo del Niño”
- Identificar acciones necesarias para implementar al menos cuatro de los “Diez pasos para una lactancia exitosa” en su establecimiento de salud
- Identificar al menos cinco problemas frecuentes relacionados a la aplicación de los Diez Pasos y las soluciones prácticas para su resolución
- Identificar al menos cinco desafíos para la promoción de hospital amigo del niño en un escenario donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta y cómo vencerlas.
- Describir la utilidad/necesidad de la consejería para ayudar a las mujeres infectadas con el VIH a elegir el método de alimentación que mejor le convenga en su situación y circunstancias.

### Duración

Presentación: 15 minutos

Trabajo en pares y discusión: 15 minutos

Discusión y lluvia de ideas: 15 minutos

Introducción para el trabajo de grupo: 5 minutos

Trabajo de Grupo: 30-45 minutos

Presentaciones y discusión: 40-55 minutos

Total: 2 a 2½ horas

## Metodos de enseñanza

Trabajo en grupos pequeños  
Presentaciones en plenaria  
Discusión

## Preparación de la sesión

- Revisar el documento de la OMS , *Evidencia para los diez pasos a una lactancia exitosa*. Ginebra, Suiza, 1998 (OMS/CHD/98.9). ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)). Leer la sección respecto a las “intervenciones combinadas” (pp. 93-99) que otorga la evidencia que los *Diez Pasos* deben implementarse como un paquete. Asi mismo revisar el documento de la OMS/UNICEF, *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* Ginebra, Suiza, 2003(<http://www.who.int/nut/publications.htm> - inf). Leer en las secciones particulares 30, 31 y 34, pág. 13-19, que focaliza la importancia de continuar el apoyo a la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño y la implementación de los *Diez Pasos para una Lactancia Exitosa*, asi como el monitoreo y reevaluación de los hospitales ya designados.
- De ser posible, el trabajo de grupo para esta sesión debería ser programado como la última actividad del primer día del curso, ya que incluye participación activa de todos y por ello podra mantener la atención de todos de manera mas facil que una conferencia en este mismo horario. Si se sigue este plan, los informes de grupo y discusiones correspondientes podrian realizarse a primera hora el día siguiente, dando a los participantes flexicibilidad para trabajar algo, si fuese necesario, preparando sus informes la noche antes.
- El trabajo de grupo para esta sesión debe focalizarze solo en cuatro o cinco de los *Diez Pasos* puesto que no hay tiempo suficiente durante el trabajo de grupo, en la plenaria ni en el periodo de discusión para cubrir adecuadamente los problemas y soluciones para todos los Diez Pasos. La preparacion para esta sesión incluye un análisis, por los capacitadores, de qué pasos tienden a ser los más difíciles para implementar la iniciativa y de esta manera, en cuales sería mejor focalizarse en una sesión de este tipo. La identificación de los pasos que necesitan mas trabajo puede ser el resultado de la experiencia de los capacitadores, experiencia con la evaluación y capacitación de la IHAN. La revisión de los formularios que se les pidió completar antes de llegar al curso, señalando las dificultades que tuvieron, o pensaron tener, para ayudar a sus instituciones a ser hospital Amigo del Niño, considerando la prevalencia de VIH , podría ser de utilidad. Los pasos que necesitan más consideración a la luz del VIH y la infección de lactantes y niños pequeños con el VIH, son los Pasos 1, 2, 3, 5, 6 y 10. Pasos 3 y 5 pueden presentar el mayor desafío puesto que requieren cambios en las normas y protocolos de atención. El paso 10, apoyo comunitario para el seguimiento, plantea un desafío para la IHAN original y continuará siendo un desafío para la IHAN a la luz del VIH.
- Los países (u hospitales) que ya implementaron la IHAN pero que están replanteando sus estrategias para dar atención a las mujeres infectadas con el VIH, podrían necesitar la orientación de un capacitador experto que tiene la experiencia en la IHAN en áreas de VIH prevalente. Podria ser util para orientar la decisión sobre los pasos que debieran ser considerados en el trabajo de grupo, basado en aquello que los otros países encontraron mas desafiante para implementar la IHAN en areas con prevalencia de VIH.

- Antes de la sesión, el capacitador también necesita organizar los grupos de trabajo y asignar facilitadores a cada uno. Se debe considerar, durante la formación de los grupos de trabajo para asegurar que cada grupo incluya algunos participantes que sean buenos en la solución de problemas y apoyen la IHAN. Los facilitadores deben ser conscientes que su rol no es el de “dirigir” el trabajo de grupo sino más bien asegurarse que los grupos entiendan la tarea, ofrecer ayuda si el grupo tiene alguna dificultad, y hacer sugerencias si existen tópicos importantes que el grupo no ha considerado. Los facilitadores deben revisar las secciones de la Hoja Didáctica 5.4 VIH que tiene que ver con los pasos que se trabajarán, para que den sus ideas sobre los puntos importantes, si no se discutieron durante el trabajo de grupo o durante el informe de los grupos de trabajo.
- Una vez que se han seleccionado cuatro o cinco Pasos para el trabajo de grupo, será útil fotocopiar las Hojas Didácticas 5.3 VIH “hoja de muestra” en número suficiente para cada uno de los grupos, con uno de los Pasos y la redacción del paso insertada en cada una de las cuatro o cinco hojas.
- Considere si los participantes deben recibir una copia de la Hoja Didáctica 5.3 VIH llenada por los grupos de trabajo para que puedan referirse a ellas buscando ideas para implementar sus propios planes de acción cuando retornen a su localidad. Las hojas completadas pueden fot copiarse como están, o si hubiera tiempo, la secretaria del curso podría preparar las versiones en MS Word o mecanografiarlas.
- Revisar la Hoja Didáctica 5.4 VIH y decidir si se distribuye al final de la sesión. Si el Curso será replicado varias veces, considere adaptar esta hoja a la situación del país, eliminando las preocupaciones y las soluciones que no sean aplicables y posiblemente añadiendo otras.

### Material de Capacitación

#### *Hojas Didácticas*

5.1 VIH Hoja Didáctica: Presentación de Diapositivas – Sesión 5 VIH

5.2 VIH Los diez pasos para una lactancia exitosa para localidades donde el VIH es prevalente  
Problemas a considerar

5.3 VIH Los diez pasos para una lactancia exitosa para localidades donde el VIH es prevalente:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – Hoja de muestra

5.4 VIH Los diez pasos para una lactancia exitosa para localidades donde el VIH es prevalente:  
Resumen de las experiencias

#### *Diapositivas/Transparencias*

5.1-13 VIH Los diez pasos para una lactancia exitosa para localidades donde el VIH es prevalente . Problemas a considerar

5.14-15 VIH Los diez pasos a una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Acciones, preocupaciones y soluciones – Hoja de muestra, Ejemplo del Paso 1: Tener una política por escrito (copia en blanco)

5.16-21 VIH Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa: Acciones, Preocupaciones y Soluciones – Hoja de Trabajo, Ejemplo para el Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto (llenada)

El sitio Web de este curso tiene los vínculos para descargar las diapositivas (a color) que pueden utilizarse con una computadora portátil y un proyector LCD, si hubiera disponible. Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para proyectarse con un retroproyector. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

**Nota** Las diapositivas de la Sesión 5 básica se han integrado con las diapositivas adicionales relacionadas con el VIH y se han incluido todas en los archivos de diapositivas y transparencias de esta Sesión, para facilitar el uso.

## References

Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, et al. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of VIH-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. South Africa, Vitamin A Study Group. *Lancet*, 1999, 354(9177): 471-76.

Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, et al. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers-to-children by 15 months of age: prospective cohort study. South Africa, Vitamin A Study Group. *AIDS*, 2001, 15(3) 379-87.

DeCock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child VIH transmission in resource poor countries. *JAMA*, 2000, 238 (9):175-82.

LINKAGES. *World Linkages, Zambia. Pamphlet LINKAGES country programs series*. LINKAGES Project: Academy for Educational Development, Washington DC, 2000.

LINKAGES. *Breastfeeding and VIH/AIDS Frequently Asked Questions (FAQ Sheet 1)* LINKAGES Project: Academy for Educational Development, Washington DC, updated 2001 (<http://www.linkagesproject.org>).

LINKAGES. *Replacement Feeding*. Spotlight, Academy for Educational Development, Washington D.C., April 2004.

Madzima, R. Baby friendly Hospital Initiative in the context of VIH and AIDS: Africa Region. Geneva, World Health Organization, 2003

Ministry of Health. Zambia's National Policy Framework on Infant feeding practices and VIH /AIDS Transmission from Mother-to Child, Final Working Draft, Lusaka, Zambia, 1998.

UNICEF/UNAIDS/WHO. Review of VIH transmission through breastfeeding: VIH transmission through breastfeeding: a review of available evidence. New York, UNICEF, 2003.

US Committee for UNICEF, *Barriers and Solutions to the Global Ten Steps to Successful Breastfeeding*: Washington D.C., 1994. (To obtain a copy, send \$9.00 US to Baby-Friendly USA, 327 Quaker Meeting House Road, E. Sandwich, MA 02537, USA (Tel. 508-888-8092, Fax. 508-888-8050, e-mail: [info@babyfriendlyusa.org](mailto:info@babyfriendlyusa.org), (<http://www.babyfriendlyusa.org>).

Walley J, Whitter S, Nicholl A. Simplified antiviral prophylaxis with or and without artificial feeding to reduce mother-to-child transmission of VIH in low and middle income countries: modelling positive and negative impact on child survival. *Med Sci Monit*, 2001, 7(5): 1043-1051.

WHO. Thermal Protection of the Newborn. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/INT/RH MSM.97.2) (<http://www.who.org/>).

WHO. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHD/98.9) ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm)).

WHO. *VIH in Pregnancy: A Review*, Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/RHR/99.15).

WHO. New data on the prevention of mother-to-child transmission of VIH and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS (2000) Interagency Task Force Team on Mother-to-Child transmission of VIH, Geneva, 11-13 October 2000, Geneva, Switzerland: World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 2000.

WHO. Formative research tool: What are the options? Using Formative Research to Adapt Global Recommendations on VIH and Infant Feeding to the Local Context. Geneva, World Health Organization, Child and Adolescent Health, 2003.

WHO/AED. *VIH and infant feeding counselling tools*. Geneva, World Health Organization and Washington D.C., The LINKAGES Project, 2003.

WHO/UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/nut/publications.htm> - inf).

UNAIDS, FAO, UNHCR, UNICEF, WHO, WFP, World Bank, UNFPA, IAEA. *VIH and infant feeding: Framework for priority action*. Geneva, World Health Organization, 2003.

UNICEF. Report for the meeting on Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) in the context of VIH/AIDS, Gaborone, June 2<sup>nd</sup> – 4<sup>th</sup> 2003.

WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. *VIH and infant feeding: guidelines for decision-makers*. Geneva, World Health Organization, 2003 revised. (<http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html>)

WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. *VIH and Infant Feeding: A Guide for Health Care Managers and Supervisors*. Geneva, World Health Organization, 2003 revised. (<http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantguide.html>)

WHO. Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa, Evidence, lessons, and recommendations for action – ICC, Durban, South Africa, April 2005. ([http://www.who.int/nutrition/topics/consultation\\_nutrition\\_and\\_hivaids/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/topics/consultation_nutrition_and_hivaids/en/index.html))

WHO. Regional Consultation on Nutrition and HIV/AIDS, Evidence, lessons and recommendations for action in South-East Asia, Bangkok, Thailand, 8-11 October 2007. ([http://www.who.int/nutrition/topics/hiv\\_regional\\_consultation\\_bangkok/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/topics/hiv_regional_consultation_bangkok/en/index.html))

WHO. WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation Consensus Statement, Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants, Geneva, October 25-27, 2006. ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus\\_statement.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm))

**Contenidos mínimos**

Contenido	Notas del capacitador
<p><b>1. Discusión para construir consenso para convertirse en “Amigo del Niño”</b></p>	<p>Mencionar que una mini versión de las diapositivas se reproduce en la Hoja Didáctica 5.1 VIH en la carpeta de los participantes.</p> <p>Mencionar que encontrar el equilibrio entre la IHAN, sus objetivos originales y las metas con la amenaza del VIH/SIDA es crucial para la implementación de la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, especialmente si los países desarrollan políticas integradas. También es importante para los establecimientos, continuar con la protección, promoción y apoyo a la lactancia mientras se ayuda a las madres infectadas con el VIH a implementar el método de alimentación que escojan. Introducir los "diez pasos a una lactancia exitosa en el contexto del VIH" que otorga una guía para la implementación de la IHAN en el contexto del VIH, utilizando diapositivas 5.1-9 VIH. Revise los 10 pasos brevemente, analice los problemas clave que los diseñadores de políticas y tomadores de decisión necesitan considerar. Distribuir la Hoja didáctica 5.2 VIH como una referencia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sesión de discusión y lluvia de ideas en estrategias para ganar apoyo en el establecimiento de salud para convertirse en hospital Amigo del Niño y desarrollar un borrador de política y el plan de acción.             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La importancia de “pensar estratégicamente”</li> <li>■ Cómo mejor ganar el apoyo de la cultura y sistema de administración institucional de los participantes’ para una política y plan de acción</li> <li>■ Como mejor convencer al personal de la institución que todavía muestra resistencia</li> <li>■ La preocupación especial acerca del VIH y la promoción de la lactancia en este escenario</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><i>Discusión y lluvia de ideas: 15 minutos</i></b></p> <p>Mencionar la importancia de que los administradores del establecimiento de salud y los diseñadores de política “piensen estratégicamente” sobre cómo ganar, de la mejor manera, el apoyo en el establecimiento para realizar los cambios necesarios para ser amigo del niño. (Nota: Si los establecimientos ya fueron nominados, concentrarse en cómo ganar el apoyo para ajustar la política y el enfoque de IHAN para que sea más apropiado en establecimientos donde las madres que pueden estar infectadas con VIH reciban atención.)</p> <p>Pida a los participantes que mediante una lluvia de ideas consideren como, en el sistema administrativo y cultura institucional, pueden trabajar mejor para ganar el apoyo que necesitan para desarrollar un política de lactancia y un plan (o adaptar el existente y planificar a la luz de la prevalencia de VIH ).</p> <p>Antes del inicio de la Sesión starts, revise las “Acciones” sugeridas para el “Paso 1” En la Hoja</p>



Contenido	Notas del capacitador
	<p>Didáctica 5.5 VIH y, si es necesario, mencionar las estrategias sugeridas en las cuatro primeras vietas como ejemplo, para ayudar a los participantes a pensar que funcionaría mejor en sus propias localidades..</p> <p>Registrar las sugerencias realizadas por los participantes ya sea en un rotafolio o en la pizarra, o en las Transparencias 5.14-15 VIH. Enfatizar que estas estrategias son parte de la Acciones que son necesarias para implementar exitosamente el “Paso 1” de una forma que se tenga total apoyo administrativo y del personal del establecimiento.</p> <p>Mencionar brevemente los ejemplos de políticas adaptadas para escenarios con prevalencia alta de VIH. Entregar la Hoja Didáctica 5.3 VIH – que puede proporcionar una orientación inicial para el desarrollo de políticas apropiadas a la situación y desafíos particulares de los participantes. Enfatice que los Diez Pasos permanecen "tal como están", pero, que es esencial que las políticas proporcionen orientación adicional para la implementación de cada paso, y que tanto esta Hoja Didáctica como la Hoja Didáctica 5.2.-VIH pueden proveerles información técnica útil para desarrollar dichas políticas. Mencione también que la política desarrollada para el Hospital de Rusape en Zimbabue que atiende a una población con riesgo elevado de VIH es un otro ejemplo – Hoja Didáctica 4.7 VIH distribuida durante la Sesión 4-VIH.</p>
<p><b>2. Trabajo de grupo para implementar los Diez Pasos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pequeños grupos de trabajo para identificar las acciones necesarias para implementar cuatro o cinco de los pasos más difíciles de los Diez Pasos en el contexto de VIH y consideración de las preocupaciones más comunes.</li> </ul>	<p><i>Introducción: 5 minutos</i></p> <p>Describa el trabajo de grupo, explique que los participantes serán divididos en cuatro o cinco grupos pequeños, y se asignará a cada uno, un paso de los Diez Pasos, los identificados como los más desafiantes, durante el proceso se convertirán en hospital amigo del niño en el contexto de VIH.</p> <p>(Nota: Pasos 1, 2, 3, 5, 6 y 10 son los más desafiantes en el contexto del VIH. Los Pasos 3 y 5 en particular representan un desafío puesto que requieren cambios en las rutinas de atención y en los protocolos. El paso 10, apoyo comunitario para el seguimiento, plantea el desafío a la IHAN original y continuará siendo un desafío en la IHAN a la luz del VIH. Así, los Pasos en especial podrían seleccionarse entre estos, a no ser que los facilitadores piensen que deben</p>

Contenido	Notas del capacitador
	<p>escogerse otros Pasos por ser particularmente desafiantes en general para los establecimientos de salud representados.)</p> <p>Para el paso asignado, cada grupo debe identificar: 1) preocupaciones frecuentes o problemas relacionados con la implementación del paso y posibles soluciones, y si tienen tiempo 2) acciones necesarias para implementar el paso.</p> <p>(La hoja de trabajo para cada paso comienza con “Acciones necesarias para implementar el paso”, pero solicite a los grupos identificar en primer lugar “Preocupaciones y soluciones” y registrar la información en el reverso de la hoja de trabajo porque algunas “soluciones” podrían ser incluidas en su lista de “acciones”.</p> <p>Si parece ser necesario utilizar un ejemplo para mostrar a los participantes cómo completar el trabajo de grupo, mostrando las transparencias de cómo completar la Hoja Didáctica 5.3 VIH para algún paso que no se asigne al trabajo de grupos. Las transparencias (5.16-20 VIH) han sido preparadas utilizando el “Paso 7” (alojamiento conjunto) como un ejemplo, incluyendo las preocupaciones y soluciones relacionadas al VIH. Luego, presentar la Transparencia 5.21 VIH que da un ejemplo de “Acciones” que pueden tomarse para implementar este Paso en escenarios con alta prevalencia de VIH. Mencionar que los grupos debieran comenzar a identificar las “preocupaciones y soluciones” para los Pasos que se asignaron. Luego, si tienen tiempo, pueden también identificar las “acciones” que son necesarias para implementar los Pasos. Si es necesario, el capacitador puede preparar otras transparencias, enfocándose en un paso diferente. Utilice las transparencias para explicar cómo completar la hoja de trabajo para ambas secciones en “Preocupaciones y soluciones” y “Acciones”.</p> <p>Enfatizar que durante esta Sesión de grupos no se realizarán “Planes de acción” para sus propios establecimientos de salud, pero trabajarán para identificar las preocupaciones frecuentes y las soluciones y luego, si tienen tiempo acciones posibles para enfrentar dichos problemas. . Mas adelante los participantes del mismo establecimiento trabajarán juntos para desarrollar los “Planes de acción “ que identificarán las</p>

Contenido	Notas del capacitador
	<p>actividades que se necesitaran en sus propios establecimientos.</p> <p>Pregunte si tienen preguntas.</p> <p><b>Trabajo de Grupo: 30-45 minutos</b></p> <p>Dividir a los participantes en cuatro a cinco grupos de trabajo, asignando un facilitador a cada grupo, si es posible. Asignar a cada grupo de trabajo uno de los Diez Pasos en el cual deberan trabajar. Distribuir una de las hojas de trabajo Hoja Didáctica 5.3 VIH (con “Preocupaciones y soluciones” en una plana y “Acciones” en el otro) a cada grupo, con el Paso con el que trabajarán y su redacción en la parte superior.</p> <p>Pida a cada grupo registrar su trabajo en la hoja de trabajo y resumir los resultados en las transparencias o rotafolio, y asignar a uno de sus miembros para que presente su trabajo durante la plenaria y la discusion en el periodo siguiente.</p>
<p><b>3. Presentaciones y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Presentación del trabajo de grupo.</li> <li>■ Discusión sobre los problemas que surgieron en la presentación de los otros grupos..</li> </ul>	<p><b>Presentaciones y discusion: 40-55 minutos</b></p> <p>Pida a cada grupo que presente su trabajo. Dirija la discusión después de cada presentación, asegurándose que los puntos más importantes sean cubiertos.</p> <p>Recoja el trabajo de los grupos sobre cada paso al final de la sesión. Si es posible y no muy costoso, haga copias y distribúyalas a todos los participantes antes de terminar el curso. Así mismo, incluya las copias de los trabajos de grupo en el informe del curso.</p> <p>Distribuya la Hoja Didáctica 5.4 VIH, que resume la experiencia en un número de países al final de la sesión como un “documento de referencia”. Explique que el material que se distribuye viene de otros países por lo cual no todas las preocupaciones y soluciones serán relevantes. El material puede ser útil, sin embargo, como una revisión de la experiencia mundial de la implementación de los Diez Pasos en escenarios donde el VIH es prevalente y puede darle al participante algunas ideas nuevas y creativas respecto a qué hacer en su propia.</p>

Hoja Didáctica 5.1 (VIH)

## Presentación de la Sesión 5 (VIH) Convertirse en "amigo del niño" en localidades con alta prevalencia de VIH

### Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Temas a considerar

#### PASO 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se comunique a todo el personal de rutina

- La política del hospital debe promocionar, proteger y apoyar la lactancia independientemente de la infección de VIH en la población.
- La política necesitara adaptarse para que brinde apoyo apropiado en el contexto del VIH.
- La política necesitara la capacitación del personal en VIH y consejería en alimentación infantil.

Transparencia 5.1 (VIH)

#### PASO 1 (continuación): Tener una política escrita sobre lactancia que se comunique a todo el personal de rutina

- La política debe incluir una recomendación para que a todas las embarazadas y mujeres en etapa de amamantamiento se les ofrezca o las refieran para el test de VIH y la consejería.
- La política debe instruir que el hospital ofrezca consejería para las mujeres embarazadas infectadas con el VIH sobre las opciones de alimentación.
- La política debe enfatizar que es esencial el cumplimiento completo con el “Código de Mercadeo de Sucedáneos de la leche Materna ” o una medida similar.
- Debe incluir la consideración del tema de la confidencialidad.
- Si existe una política de nivel nacional sobre la alimentación infantil en el contexto del VIH la política del hospital debe incorporar la norma nacional.

Transparencia 5.2 (VIH)

#### PASO 2: Capacitar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.

- Las necesidades de capacitación pueden diferir entre hospitales.
- Si el hospital ya fue nominado como amigo del niño, enfatizar la actualización relacionada con el VIH y alimentación infantil.
- Si el hospital nunca implementó la IHAN, la capacitación en la IHAN necesitara incluir la guía relacionada con el VIH y la alimentación infantil, o se necesitara una capacitación adicional al respecto, lo cual implica mas tiempo y recursos.
- La capacitación puede requerir un equipo multidisciplinario en nutrición , VIH/SIDA y otros tema de SMI.
- Si no existen capacitadores expertos con la experiencia en la implementación del IHAN en escenarios donde las mujeres infectadas con el VIH reciben atención, se necesitaran capacitadores externos.

Transparencia 5.3 (VIH)

#### PASO 3: Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y manejo de la lactancia.

- OMS/ONUSIDA recomienda que se oferte el test para VIH a las embarazadas durante el prenatal.
- Donde el test no se realice, involucrara equipo adicional, espacio, reactivos, y tiempo del personal.
- Las madres pueden estar infectadas con el VIH-pero no conocer su condición. Ellas necesitan conocer su condición de VIH para tomar una elección informada de alimentación para su bebé.
- Las embarazadas que están infectadas por el VIH deben ser orientadas acerca de los beneficios y riesgos de las opciones de alimentación para que tomen decisiones informadas respecto a la alimentación de los lactantes.

Transparencia 5.4 (VIH)

#### PASO 3 (continuación) Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y manejo de la lactancia..

- Las madres tienen que sopesar los riesgos: ¿Es mas seguro amamantar exclusivamente por un periodo de tiempo o dar alimentos de sustitución, con la posibilidad de muerte y enfermedad de sus bebés si no amamantan?
- Los consejeros deben conocer la situación local relativa a la alimentación de sustitución localmente apropiada. Necesitan ayudar a las madres a evaluar su propia situación y elegir su opción de alimentación.
- Los consejeros necesitan reconocer que el estigma social de ser etiquetado como “VIH-positivo o con SIDA” puede afectar la decisión de algunas madres sobre la alimentación infantil.
- La consejería debe ser individual y confidencial.

Transparencia 5.5 (VIH)

#### PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.

- Todo recién nacido será bien secado, entregado a su madre para que permanezca en contacto piel a piel, ambos cubiertos, aunque hubiera decidido no amamantar.
- El personal puede asumir que el bebé de madre infectada con el VIH debe ser bañado y aun separado de su madre al nacimiento.
- Necesitan comprender que el VIH no se transmite cuando la madre sujeta a su recién nacido – la madre necesita el aliento para sostener a sus bebés, sentir cariño hacia su bebés y sentirle cerca.
- La madre VIH-positivo debe ser apoyada para utilizar la opción de alimentación de su elección. No deben ser forzadas a amamantar, puesto que pudieron haber decidido usar el alimento de sustitución sin el conocimiento del personal.

Transparencia 5.6 (VIH)

### **PASO 5: Mostrar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.**

- El personal necesitará orientar a la madre que ha elegido amamantar (sin considerar su condición de VIH) sobre como mantener la lactancia mediante la expresión manual, como almacenar la leche con seguridad, y como alimentar a su bebé con taza.
- El personal necesitará dar consejería a la madre infectada con el VIH sobre las opciones locales de alimentación y los riesgos y beneficios de cada, para que puedan tomar una elección informada.
- Miembros del personal deben dar consejería, a las madres infectadas con el VIH que han elegido amamantar, la importancia de hacerlo exclusivamente y como evitar grietas y mastitis.
- Miembros del personal deben ayudar a las madres infectadas con el VIH que han elegido amamantar a planificar e implementar la suspensión temprana de la lactancia.

Transparencia 5.7 (VIH)

### **PASO 5 (continúa): Mostrar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.**

- El personal necesitará enseñar a las madres infectadas con el VIH que han elegido la alimentación de sustitución, cómo preparar y utilizar los sucedáneos como cuidar sus pechos hasta que se suspenda la secreción de leche, y como manejar la congestión mamaria.
- Las madres deben tener la responsabilidad de alimentar a sus bebés mientras están en el hospital. Las instrucciones se dan en privado.
- La leche materna tiene valor particular para bebés enfermos o de bajo peso. Se puede tratar la leche humana con calor.
- Si hay un banco de leche humana, se deben seguir las guías de la OMS para el tratamiento de la leche con calor. La nodriza es otra opción, si se da el apoyo apropiado a la nodriza.
- El personal debe tratar de alentar a la familia y la comunidad para que apoyen a las madres infectadas con el VIH, después del alta, pero respetaran sus deseos respecto a la revelación de su estado.

Transparencia 5.8 (VIH)

### **PASO 6: No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que esté medicamente indicado.**

- El personal debe indagar si la madre infectada con el VIH ya decidió que método de alimentación utilizará, y asegurarse, que a bebés que amamantarán no les administren otro líquido o bebida.
- Son indicaciones para alimentación de sustitución estar infectada con el VIH y haber decidido no amamantar.
- El personal debe orientar a las madres infectadas con el VIH que han decidido amamantar sobre el riesgo de no amamantar exclusivamente. La alimentación mixta incrementa el riesgo de VIH a través de la lactancia y otras infecciones.
- Aún si son muchas madres quienes dan alimentación de sustitución, esto no evita que sea designado como hospital amigo, si todas ellas recibieron orientación y les ofrecieron realizar el test y tuvieron la oportunidad de elegir genuinamente.

Transparencia 5.9 (VIH)

### **PASO 7: Practicar alojamiento conjunto — permitir que la madre y su recién nacido permanezcan juntos las 24 horas al día.**

- En general es mejor que las mujeres infectadas por el VIH sean tratadas como las madres que no están infectadas con el VIH y deben recibir la misma atención postparto, incluyendo alojamiento conjunto. Esto será mejor para las madres y sus bebés, y ayudara a la privacidad y confidencialidad respecto a su estatus.
- Las madres infectadas con el VIH que han elegido no amamantar deben ser orientadas sobre cómo tener a sus bebés en contacto piel a piel y en alojamiento conjunto sin tener que darles el pecho. El contacto general madre-niño no transmite el VIH.
- El personal que conoce la condición de VIH de una madre debe tomar las previsiones para que la madre no sea estigmatizada o discriminada. No hay la garantía de confidencialidad, las madres no buscaran ni los servicios ni el apoyo que necesita.

Transparencia 5.10 (VIH)

### **PASO 8: Alentar la lactancia a demanda.**

- Este paso se aplica a las madres que están amamantando sin considerar su condición de VIH.
- Los bebés difieren en su hambre. Las necesidades individuales de ambos recién nacidos, amamantados o alimentados artificialmente, debe respetarse y atenderse.

Transparencia 5.11 (VIH)

### **PASO 9: No usar biberones ni chupones.**

- Este paso es importante, sin considerar la condición de VIH de la madre o si están amamantando o recibiendo alimentación de sustitución.
- Los chupones, biberones y chupones de distracción son portadores de infección, no se necesitan, ni siquiera para el bebé que no esta amamantando. No deber ser utilizados de rutina, ni entregados en el establecimiento.
- Si bebés con hambre reciben chupones en vez de alimentación, no crecerán adecuadamente.
- Las madres infectadas con VIH que han elegido la alimentación de sustitución, necesitan aprender las formas de tranquilizar a los bebés sin chupones.
- Las madres que han elegido la alimentación de sustitución deben recibir instrucción para alimentar a sus bebés en taza y saber que tiene menor riesgo de infección que alimentar con biberón.

Transparencia 5.12 (VIH)

**PASO 10: Auspiciar el establecimiento de grupos de apoyo comunitarios y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital.**

- El establecimiento debe dar información sobre la TMH y VIH y alimentación infantil a los grupos de apoyo y a otros grupos que dan apoyo a las madres infectadas con el VIH en la comunidad.
- El establecimiento debe asegurar que las madres con alimentación de sustitución sean seguidas de cerca en sus comunidades e individualmente para garantizar la confidencialidad. En algunas localidades tener grupo de apoyo para madres infectadas con el VIH es aceptable.
- Las madres infectadas con el VIH necesitan un apoyo capacitado especial para mantener la opción de alimentación que eligieron. Se debe planificar antes de del alta.
- Los bebés nacidos de madres infectadas con el VIH deben ser vistas a intervalos regulares en control de niño sano para asegurar crecimiento y desarrollo apropiado.

Transparencia 5.13 (VIH)

**Los Diez Pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo**

**PASO 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se comunique de rutina a todo el personal de la maternidad**

**Acciones necesarias para implementar el paso**

Transparencia 5.15 (VIH)

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

**Preocupaciones comunes y soluciones**

Preocupaciones	Soluciones

Transparencia 5.16

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo**

**PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto**

**Preocupaciones comunes y soluciones**

Preocupación	Solución
Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de recién nacidos, una persona es suficiente para supervisar a varios bebés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegure al personal que los bebés están mucho mejor en alojamiento conjunto con sus madres, además de los beneficios de seguridad, calor y lactancia a demanda.</li> <li>■ Enfatice que la supervisión de 24 horas no es necesaria. El pasar por la sala periódicamente para responder a las necesidades de la madre es suficiente.</li> </ul>

Transparencia 5.17

Preocupación	Solución
Las tasas de infección serán mayores si los bebés y sus madres permanecen juntos que cuando están en la sala de recién nacidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatice que el peligro de infección se reduce cuando los bebés permanecen con sus madres en vez de permanecer en las salas de recién nacidos expuestos a la mayoría de los trabajadores.</li> <li>■ Provea al personal datos que muestran las tasas de infección bajas de enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis cuando están en alojamiento conjunto.</li> </ul>

Transparencia 5.18

Preocupación	Solución
Los bebés se caerán de la cama de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatice que los recién nacidos no se mueven.</li> <li>■ Si las madres están aun preocupadas, arregle las camas y colóquelas contra la pared, o si es aceptable culturalmente, ponga las camas juntas en pares para que las madres tengan a sus bebés en el medio</li> </ul>

Transparencia 5.19

Preocupación	Soluciones
El alojamiento completo, con separaciones de sólo media hora, parece imposible, algunos procedimientos necesitan ser realizados fuera de la habitación de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudie estos procedimientos cuidadosamente. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebe antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden ser realizados en las habitaciones de las madres.</li> <li>■ Revise las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando su bebé es examinado frente a la madre.</li> </ul>

Transparencia 5.20

Preocupación	Soluciones
La madre en sala de puerperio será vista por otras si da alimentación de sustitución y la confidencialidad será difícil de proteger.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Probablemente otras madres noten que ella eligió la alimentación de sustitución, pero además ha recibido la consejería y tiene decidido como hará el cambio en su vida después del alta.</li> <li>■ La madre infectada con el VIH que decide amamantar, debe recibir el apoyo para amamantar exclusivamente y deben haber diferencias evidentes en su atención.</li> </ul>

Transparencia 5.20 (VIH)

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja  
de trabajo**

**Ejemplo**

**PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto.**

**Acciones necesarias para implementar el PASO**

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento. Elimine la sala de recién nacidos. Haga los arreglos necesarios para mejorar la higiene, el confort y la seguridad de la madre y el bebé.
- Solicite y coordine un entrenamiento para el personal de puerperio y de la sala de recién nacidos para que todos tengan las habilidades para atender adecuadamente a la madre y bebé.
- Establezca sesiones educativas individuales o grupales para las madres sobre atención de madres y bebés en el puerperio. Las sesiones pueden incluir información sobre como cuidar a los bebés en el alojamiento conjunto.

Transparencia 5.22

Hoja Didáctica 5.2 VIH

## Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Temas a considerar 1

### **Paso 1: Tener una política sobre lactancia por escrito que se ponga en conocimiento de todo el personal de rutina.**

- La política del hospital debe promover, proteger y apoyar la lactancia independientemente de la tasa de infección de VIH de la población.
- La política del hospital necesita adaptarse para que se considere dar el apoyo apropiado en el contexto del VIH .
- La política del hospital debe incluir una recomendación respecto al ofrecimiento o referencia de todas las mujeres embarazadas y mujeres en etapa de amamantamiento a la prueba de VIH y la consejería.
- La política del hospital instruye que se ofrezca la consejería a las mujeres infectadas con el VIH acerca de las opciones de alimentación.
- La política del hospital requiere que el personal reciba capacitación en VIH y alimentación infantil.
- El problema de confidencialidad debe ser considerado en la política. La confidencialidad es un desafío en escenarios donde son muchas las personas que manejan las historias clínicas de las mujeres, donde no hay seguridad en el lugar donde se guardan las historias, donde el escasez de personal interfiere con la supervisión y la atención de calidad.
- Que la política del hospital deba instruir el total cumplimiento con el “Código de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna” u otra medida similar nacional es esencial.
- Puede que exista o no una política a nivel nacional respecto a la alimentación infantil en el contexto del VIH . Donde exista alguna, la política del hospital debe incorporar dicha guía nacional.

### **Paso 2: Capacitar a todo el personal en habilidades para implementar esta política.**

- La capacitación del personal necesita ser diferente entre establecimientos.

1 Ver la sesión de “Atención integrada para la mujer infectada por el VIH y su bebé” y la discusión y ejercicio de implementar la IHAN en escenarios con alta prevalencia de VIH en *VIH y Consejería en Alimentación Infantil: Curso de Capacitación*, pp. 45-56, para mayor información en este tópico. Puntos marcados con un asterisco (\*) son adaptados de este documento.



- Si su hospital ya es un hospital Amigo del Niño, el conocimiento de lactancia y las habilidades para ponerla en práctica deben seguir vigentes y los temas para adaptar la política a la alta prevalencia del VIH deben ser prioritarios para actualizar el tratamiento. Si el establecimiento no ha implementado la IHAN, la capacitación necesita incluir la guía relacionada al VIH y alimentación infantil en el contexto de la IHAN, o se necesitará organizar una capacitación adicional en VIH y alimentación infantil. Esto requiere más tiempo y recursos adicionales.
- El personal necesita ser capacitado en tópicos como transmisión del VIH de madre a niño y cómo prevenirla, consejería y prueba voluntaria (PVC), los riesgos y beneficios asociados con varias opciones de alimentación, como ayudar a la madre a tomar su decisión informada, como enseñar a la madre a preparar y dar la alimentación de sustitución, como mantener la privacidad y confidencialidad, y como minimizar el efecto “dispersión”, que convence a madres que no están infectadas con el VIH o no conocen su estado, que utilicen la dieta de sustitución cuando el amamantamiento tiene menos riesgo.
- La capacitación debe ser multisectorial, en nutrición, VIH/SIDA y otros sectores de SMI.
- Si localmente no existen capacitadores expertos en la implementación de la IHAN en escenarios donde las madres VIH positivas reciben atención, capacitadores externos deben incluirse en el presupuesto de capacitación.

### **Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

- Este paso, involucrará planificación y reflexión considerables para su implementación. Las mujeres embarazadas necesitan información general sobre el VIH y lactancia y aquellas que están infectadas con VIH necesitan consejería y asistencia adicionales.
- OMS/ONUSIDA recomiendan que las mujeres embarazadas se realicen voluntariamente la prueba para el VIH y reciban consejería (PVC) durante la atención prenatal.
- Donde no existan servicios de PVC en prenatal o en los servicios de atención MI, sus organizaciones deben involucrar equipo adicional, espacio, reactivo, y tiempo de personal inclusive la capacitación especializada.
- Las madres pueden estar infectadas sin conocer su condición de VIH. Necesitan conocer su estado para tomar una decisión informada respecto a la elección del método de alimentación de su bebé que más le convenga en su situación.
- La mujer embarazada que está infectada con el VIH puede recibir consejería respecto a los beneficios y riesgos de las opciones de alimentación infantil localmente apropiadas para que tomen una decisión informada respecto a la alimentación de su bebé antes del nacimiento.
- Las madres deben equilibrar la balanza de riesgos. ¿Es más seguro amamantar por un periodo de tiempo o la alimentación de sustitución, dado el riesgo de enfermedad y muerte de un bebé que no está amamantado?
- El personal que brinda consejería en alimentación infantil debe conocer qué opciones de alimentación son localmente apropiadas. También deben ser capaces de ayudar a las madres a evaluar su propia situación para escoger, por sí mismas, la mejor opción de alimentación para ellas.

- Los consejeros necesitan reconocer que otros factores como el estigma social de ser etiquetados como “VIH-positivo” o “Tiene SIDA” puede afectar la decisión de algunas madres sobre la alimentación infantil. Algunas madres pueden ser víctimas de abuso físico u ostracizadas si se sospecha que están infectadas con el VIH porque supieron que fueron a hacerse la prueba o porque no están amamantando.
- Cualquier discusión de opciones de alimentación debe ser solo con madres infectadas por el VIH. La consejería debe ser individual y confidencial. No se recomienda ninguna discusión en grupo sobre las opciones de alimentación.

**Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.**

- Todo recién nacido debe ser bien secado, cubierto y entregado a sus madres para que tengan contacto piel a piel después del parto, hubieran decidido amamantar o no.
- El personal puede asumir que los bebés de madres infectadas con el VIH deben bañarse y hasta separarse de sus madres en el nacimiento. Ellos necesitan comprender que el VIH no se transmite porque la madre sujete a su bebé (después de secarle y cubrirle) y que, por el contrario, una madre infectada con el VIH necesita ser alentada para que sujete a su bebé, se sienta cerca y sienta afección hacia su recién nacido.
- Las madres infectadas con el VIH pueden amamantar o no, dependiendo en la decisión que hubieran tomado. Se debe disponer de PVC para ayudarles a tomar sus decisiones. Las madres infectadas con el VIH deben ser apoyadas para utilizar el método de alimentación de su elección.
- No debe forzarse a las madres a amamantar, si ya decidieron utilizar la alimentación de sustitución sin el conocimiento del personal de la sala de partos.

**Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar, y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus recién nacidos.**

- El personal necesita orientar a las madres que han decidido amamantar (sin considerar su condición de VIH) sobre cómo mantener la lactancia mediante la extracción, cómo guardar su leche en lugar seguro, y cómo alimentar a su bebé con taza.
- Necesitarán también orientar a mujeres infectadas con el VIH sobre alimentos localmente disponibles y los riesgos y beneficios de cada uno, para que tomen una decisión informada.
- El personal debe orientar a las madres infectadas con el VIH, que han elegido amamantar, sobre la importancia de hacerlo exclusivamente, para evitar el incremento de riesgo de VIH que tiene la alimentación mixta, y cómo utilizar buenas técnicas para evitar lesiones de pezón y mastitis.
- El personal debe ayudar a las madres infectadas con el VIH que han elegido amamantar a planificar el cese temprano de la lactancia.

- El personal necesitará orientar a la madre infectada con el VIH, que hubieran elegido un método apropiado localmente de alimentación, a prepararlo y usarlo. Ellos también tienen que enseñar cómo cuidar su pecho hasta que cese la bajada de la leche, y cómo manejar la plétora en su hogar. Las madres deben tener la responsabilidad de preparar la alimentación y darle en taza, mientras está en el hospital con ayuda del personal. Se debe enfatizar la importancia de dar instrucciones en privado y confidencialmente.
- La leche materna es de valor particular para los recién nacidos enfermos o de bajo peso. Extraer y tratar la leche materna con calor es una opción para madres infectadas con el VIH y necesitaran ayuda para hacerlo.\*
- Si existe un banco de leche materna se necesitará seguir la guía de la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento de la leche materna.
- Si una madre ha decidido usar una nodriza que no está infectada con el VIH, el personal necesitará analizar la lactancia con la nodriza y ayudarlo a iniciar la lactancia o a relactar.\*
- El personal debe tratar de alentar a la familia y la comunidad para que apoyen a la madre infectada con el VIH después del alta, pero necesitarán respetar los deseos de las madres respecto a revelar su estado.

**Paso 6: No dar al recién nacido otro líquido o alimento que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado.**

- El personal debe indagar si la madre infectada con el VIH ha decidido amamantar o utilizar la alimentación de sustitución para asegurar que los recién nacidos de madres que han decidido amamantar no reciban otro líquido ni alimento.
- Es una indicación médica para la alimentación de sustitución, ser una madre infectada con el VIH y haber decidido no amamantar.
- El personal debe orientar a las madres infectadas con el VIH sobre el riesgo de no amamantar exclusivamente o dar alimentación exclusiva a sus bebés. La alimentación mixta trae consigo el riesgo de transmisión de VIH por la lactancia y el riesgo de otras enfermedades y de desnutrición.
- Aun si son muchas madres que están alimentando a sus bebés con alimentos de sustitución, esto no evita que el hospital sea designado como amigo del niño, si todas recibieron la consejería, ofrecieron la prueba e hicieron una elección genuina.\*

**Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto-permitir que la madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas de día.**

- En general es mejor que la madre infectada con el VIH sea tratada como otras madres que no están infectadas con el VIH y que le brinde la misma atención postparto, incluyendo el alojamiento conjunto, lo cual será lo mejor para las madres y sus bebés, pues ayudara con el apego y ayudara a proteger la privacidad y confidencialidad respecto a sus estatus.
- La madre infectada con el VIH que ha elegido no amamantar debe recibir la consejería sobre como mantener a sus bebé, en su cama, en contacto piel a piel, si lo desean, sin necesidad de que el bebé tenga acceso al pecho. El contacto general madre-recién nacido no transmite el VIH.\*

- El personal que conoce la condición de la madre infectada con el VIH necesita asegurarse que la madre no sea estigmatizada o discriminada. Si no se asegura la privacidad y confidencialidad, las madres evitarán buscar los servicios y apoyo requeridos para una alimentación infantil adecuada.

**Paso 8: Alentar la lactancia a demanda.**

- Este paso se aplica a las madres que amamantan sin considerar su condición de VIH.
- Los bebés difieren en su hambre. Las necesidades individuales de tanto los amamantados como los alimentados artificialmente deben respetarse y atenderse.\*

**Paso 9: No dar biberones ni chupones, ( chupones de distracción) a bebés que están amamantando.**

- Este paso es importante sin considerar la condición de VIH de las madres, si están amamantando, o utilizando la alimentación de sustitución. Los chupones, biberones y chupones de distracción traen infecciones y no se necesitan, aun los bebés que no están amamantando no deben ser utilizados de rutina o distribuidos en los establecimientos.\*
- Si los bebés hambrientos reciben chupones en vez de alimentos, ellos no crecerán bien.\*
- Las madres infectadas con el VIH que usan alimentos de sustitución necesitan conocer otras maneras de tranquilizar a sus bebés sin necesidad de chupones.
- Las madres que han decidido utilizar alimento de sustitución, deben aprender a utilizar una taza para alimentar a su bebé y conocer que la alimentación con taza tiene menor riesgo de infección que cuando se utiliza biberón.

**Paso 10: Auspiciamos el establecimiento de grupos comunitarios de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupos a su alta de la maternidad.**

- El establecimiento debe proveer de información sobre la transmisión del VIH de madre a hijo, y sobre VIH y alimentación infantil a los grupos de apoyo y a otros grupos que dan apoyo a las mujeres que están infectadas con el VIH y sus bebés en la comunidad.
- El establecimiento debe asegurar que existe seguimiento en la comunidad para las madres infectadas con el VIH. Este puede darse en forma de grupos de apoyo, apoyo individual, visita domiciliaria, y otras formas de asegurar la lactancia óptima y segura.
- El establecimiento debe asegurar que las madres infectadas por el VIH que han elegido la alimentación de sustitución, sean seguidas de cerca en su comunidad. Esto debe realizarse individualmente para asegurar la confidencialidad y privacidad. En algunas comunidades es aceptable tener grupos de apoyo para madres infectadas por el VIH.
- Las madres infectadas por el VIH tienen necesidad especial de apoyo sostenido y calificado para asegurar que la madre mantenga el método de alimentación que ha escogido. Se debe planificar el seguimiento antes de su alta.
- Los bebés nacidos de madres infectadas por el VIH, necesitan un seguimiento de niño sano en ciertos intervalos para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados.

## Aplicando los Diez Pasos en establecimiento con alta prevalencia de VIH<sup>2</sup>

### Los “Diez Pasos” para una Lactancia Exitosa

**Paso 1:** Tener una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente.

**Paso 2:** Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.

**Paso 3:** Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.

**Paso 4:** Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.

### Orientación para aplicar los "Diez Pasos" en establecimientos con alta prevalencia de VIH

Expandir la política para enfocar la alimentación infantil, incluyendo orientación en la provisión de apoyo a madres VIH-positivas y sus bebés.

Asegurar que el entrenamiento incluye información sobre opciones de alimentación infantil para madres VIH-positivas y como apoyar a estas madres..

Donde exista prueba y consejería para el VIH y PTMI, proporcionar consejería toda mujer embarazada sobre los beneficios de conocer su estado de VIH de modo que, si son positivas, puedan tomar una decisión informada sobre la alimentación de sus bebés, considerando los riesgos y beneficios de cada opción. Proporcionar consejería a madres VIH-positivas acerca de las opciones de alimentación infantil disponibles y como seleccionar la opción que es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura. Promover lactancia materna para mujeres que son VIH-negativas o aquellas que desconocen su estado de VIH.

Colocar a todo bebé en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento y por al menos una hora. Alentar a las madres que han elegido amamantar a reconocer los signos que indican que sus bebés están listos para mamar, ofreciendo ayuda según sea necesario. Ofrecer a las madres VIH-positivas que han decidido no amamantar ayuda para mantener a sus bebés alejados del pecho..

2 La aplicación de los Pasos a establecimientos con alta prevalencia de VIH provista en esta Ayuda Didáctica ha sido desarrollada para proporcionar orientación adicional a los gerentes y personal de salud que trabajan en lugares con alta prevalencia de VIH. La orientación ha sido preparada tomando en cuenta el *Informe de una reunión sobre IHAN en el contexto de VIH/SIDA, Gaborone, 2-4 junio 2003*, muestras de políticas de alimentación infantil para lugares con alta prevalencia de VIH y la Declaración de Consenso para VIH y alimentación infantil de la Consulta Técnica de la OMS, Ginebra, 25-27 octubre 2006.

### Los “Diez Pasos” para una Lactancia Exitosa

**Paso 6:** No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado.

**Paso 7:** Practicar el alojamiento conjunto - permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día.

**Paso 8:** Alentar la lactancia a demanda.

**Paso 9:** No dar biberones, chupones ni chupones de distracción a los bebés que amamantan.

**Paso 10:** Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital o clínica.

### Orientación para aplicar los "Diez Pasos" en establecimientos con alta prevalencia de VIH

Proporcionar consejería a madres VIH-positivas sobre la importancia de alimentar a sus bebés exclusivamente con la opción que hubiesen elegido (lactancia o alimentación de sustitución) y los riesgos de la alimentación mixta (esto es, dar ambos lactancia y alimentación de sustitución).

Proteger la privacidad y confidencialidad del estado de VIH de la madre, proporcionando el mismo cuidado rutinario a todas las madres y sus bebés, incluyendo el alojamiento conjunto.

Tomar en cuenta las necesidades individuales de madres y bebés que no amamantan, alentando la alimentación de sustitución al menos 8 veces al día..

Aplicar este paso tanto para bebés que amamantan como aquellos que no lo hacen.

Proporcionar apoyo continuo del hospital o consulta y buscar apoyo comunitario a madres VIH-positivas para ayudarlas a mantener el método de alimentación que hubiesen elegido y evitar la alimentación mixta. Ofrecer consejería y apoyo en alimentación infantil en momentos clave cuando la decisión sobre método de alimentación puede ser reconsiderada, tal como al momento de diagnóstico temprano del bebé y a los seis meses de edad. Si las madres VIH-positivas están amamantando, proporcionarles consejería para la lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida, a menos que la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura para ellas y sus bebés antes de dicha edad.

**Los diez pasos para una lactancia exitosa  
para escenarios donde el VIH es prevalente:  
Hoja de trabajo: Preocupación y soluciones**

<b>Paso ____:</b>	
<b>Preocupación</b>  (Hacer una lista con las preocupaciones, problemas, o desafíos que enfrenta su maternidad para implementar este paso.)	<b>Soluciones</b>  (Hacer una lista con soluciones posibles para cada uno de los problemas, incluyendo acciones que han sido exitosas y otras estrategias que usted crea que pueden ser útiles.)

**Los diez pasos para una lactancia exitosa  
para escenarios donde el VIH es prevalente:  
Hoja de trabajo: Acciones necesarias para implementar  
el paso**

**PASO \_\_\_\_:**

**(Elaborar una lista de acciones claves que usted piense que son necesarias para la implementación exitosa de este paso en los servicios de maternidad que no cumplen todavía con el.)**



## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de experiencias<sup>3</sup>**

**PASO 1: Tener una política de lactancia por escrito que se ponga en conocimiento de todo el personal de rutina.**

### **Acciones necesarias para implementar este paso**

- Identificar un grupo de personas central que sean la fuente primaria de apoyo para el desarrollo de la política del hospital y el plan de acción, considerando los temas de alimentación infantil en presencia de infección materna con VIH . Este grupo puede incluir oficiales de varias unidades del Ministerio de Salud incluyendo Nutrición, SMI, Atención Primaria de Salud, Care, HR, programas de VIH/SIDA y otros. Muchos países han revisado su política nacional de lactancia, para ampliar esta política de alimentación del lactante y del niño pequeño incluyendo a madres infectadas con VIH .
- Solicite a este grupo principal que desarrolle un primer borrador de la política de alimentación infantil que cumpla con las guías nacionales de lactancia y alimentación infantil y del niño pequeño; el Código Nacional de Mercadeo de los Sucedáneos de la leche Materna, y las guías nacionales de VIH y/o TMH. Si existe una política de alimentación infantil, planifique para realizar los cambios necesarios que reflejen el apoyo a la lactancia y también permita a las madres que conozcan su condición de VIH, que tomen una decisión informada sobre la decisión acerca de la mejor opción de alimentación para ellas. Trabaje con el grupo mientras desarrolla el primer borrador, brindando la guía necesaria.
- Establecer un comité multi-disciplinario institucional o grupo de trabajo ante quienes se presente la política y el plan para su retroalimentación. Incluya representantes de todas las unidades o departamentos apropiados. Cuando la política y el plan se analicen, pida a los miembros del comité que identifiquen las barreras para implementar la política, así como las soluciones posibles. Si es necesario, formar grupos pequeños para trabajar en las barreras específicas o problemas.
- Finalice y exhiba la política escrita sobre la lactancia en el hospital, y trabaje con el personal designado para iniciar los cambios requeridos para implementarla.
- La política pueden incluir las guías en tópicos como:
  - Como los “Diez pasos para una lactancia exitosa” serán implementados en el contexto de VIH y en coordinación con otras guías nacionales existentes.
  - Problemas de nutrición materna que deben ser consideradas
    - \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Esta hoja didáctica resume la experiencia de una variedad de países.

- Lactancia de recién nacidos de peso bajo y procedentes de parto cesárea
- Compra y uso de sucedáneos de la leche materna
- Razones médicas aceptables para la suplementación (Ver la lista de la OMS/UNICEF y referirse al equilibrio de riesgos de madres infectadas por el VIH, de amamantar versus alimentación de sustitución)
- La importancia de proveer de la prueba voluntaria y consejería (PVC) para VIH a mujeres embarazadas.
- La importancia de dar consejería individual y educación en alimentación de sustitución a madres infectadas por el VIH que escogieron no amamantar, y no en grupo pues violaría la confidencialidad.
- Peligros de la alimentación con biberón. Como dar consejería a las mujeres que escogen la alimentación con fórmula, sin disminuir el apoyo a la lactancia.
- Los temas relacionados con el Código, (ej., prohibir las donaciones de sucedáneos de la leche materna gratuitas o a bajo costo [menos del 80% del precio de venta al detalle], distribución de muestras de sucedáneos de leche materna, regalos o cupones, uso de material distribuido por compañías de fórmula). Muchos países han elegido fortalecer sus códigos nacionales ante el VIH.
- Prohibir la práctica, si existe, de dar los nombres de las embarazadas o madres, que recientemente dieron a luz, a las compañías que producen o distribuyen sucedáneos de leche materna.
- Guardar todos los suministros necesarios para la alimentación con sucedáneos de la leche materna, biberones, etc., fuera de vista.
- Asignar responsabilidades del personal y tiempo para la implementación de la política de lactancia.
- Trabajar con el personal designado para desarrollar planes para monitorizar la implementación de la política y los efectos de la iniciativa en el conocimiento del personal y en su práctica, satisfacción de las pacientes, y calidad de atención. Publicar los resultados positivos, para reforzar el apoyo a los cambios realizados y usar la información concerniente a las áreas problema para asistir a definir si se necesitan mayores ajustes.

**PASO 1: Tener una política de lactancia escrita que se ponen en conocimiento del personal de rutina.**

**Preocupaciones Frecuentes y Soluciones**

Preocupación/Inquietud	Soluciones
<p>La evidencia considerable documenta que algunos directores de hospital y proveedores de salud no estan seguros de la promocion de la lactancia a la luz del VIH. Han escuchado que la lactancia es la mejor via de transmisión y no están muy informados sobre los factores básicos del VIH y alimentación infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecer la política de lactancia a la luz del VIH y la capacitacion de la implementacion de esta politica es esencial. De información sobre la TMH</li> </ul>
<p>Resistencia a introducir nuevas politicas de lactancia. Se preocupan porque las politicas sean inapropiadas, peligrosas para la salud infantil, dificultad para implementar otras tareas,etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proveer con las ultimas guías y políticas en alimentacion infantil y VIH tal como las recomendaciones globales de la OMS/ONUSIDA/UNICEF en VIH y alimentación infantil (Ver los sitios web tales como: <a href="http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/VIH_infant.htm">http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/VIH_infant.htm</a> <a href="http://www.unicef.org/pubsgen/VIH-infantfeeding/">http://www.unicef.org/pubsgen/VIH-infantfeeding/</a> <a href="http://linkagesproject.org/pubs.html">http://linkagesproject.org/pubs.html</a>); <a href="http://www.linkagesproject.org/VIH.html">http://www.linkagesproject.org/VIH.html</a>; <a href="http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.pdf">http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.pdf</a>.)</li> <li>▪ Proveer la evidencia científica de la solidez de las nuevas políticas a traves de presentaciones como las “Bases Científicas de los Diez Pasos” o sesiones cortas sobre las preocupaciones clave (Ver Sesión 4) y el balace de los riesgos de lactancia versus la alimentacion de sustitución en localidades con falta de recursos. (Ver UNICEF/ONUSIDA/OMS (2003) Revision de la transmisión de VIH a través de la lactancia)</li> <li>▪ Organice un grupo de trabajo, para la elaboraci3n de las políticas, incluyendo representantes de todos los departamentos que seran afectados. Si es necesario dar orientacion al grupo de trabajo sobre políticas potencias, su base científica, y cómo afectarán las practicas hospitalarias antes de iniciar el trabajo</li> <li>▪ Coordine las presentaciones de los administradores o jefes de departamento de los hospitales que no tienen politicas modelo de lactancia, o coordine visitas de personal clave a otras instituciones con</li> </ul>

Preocupación/Inquietud	Soluciones
	<p>buenas políticas en marcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mientras la política se desarrolla, asegúrese que todas las partes influyentes aporten, aun si se anticipa la oposición, para que se elaboren los planes que consideren los problemas identificados.</li> <li>▪ Presente las nuevas políticas, como “actualizadas” y destaque a los otros hospitales del país o la región que hubieran implementado exitosamente la IHAN.</li> <li>▪ Si la resistencia es alta, haga algunos cambios a la vez, comenzando con aquellos para los cuales existe mayor apoyo. Considere solo algunos “pasos” a la vez, y así evitará que el personal se sienta abatido por el trabajo.</li> </ul>
<p>Aspectos económicos relacionados al cambio de la política (ej. costos de conversión de salas para el alojamiento conjunto, pérdida de apoyo de las compañías de fórmula, suspensión de suministros gratuitos o a bajo costo, rechazo de donaciones de sucedáneos de la leche para madres infectadas con el VIH.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabaje con el personal clave indicado para identificar los costos y ahorros al hospital y al sistema de salud entero gracias a los cambios y evaluar los pros y contras. (Ver Sesión 6.)</li> <li>▪ Trabajar con el personal para que comprenda absolutamente el balance de los riesgos de la donación de fórmula a madres que no pueden garantizar las condiciones sanitaria, ni puedan costear la compra de la alimentación de sustitución después de haberse descontinuado la donación.</li> <li>▪ Trabaje con el personal para que comprenda los peligros del efecto de “dispersión”<sup>4</sup> a la comunidad a la larga si la fórmula a bajo costo o gratuita es accesible a “algunas” madres.</li> </ul>

<sup>4</sup> Dispersión :es un término utilizado para designar la conducta alimentaria de las madres primerizas que no conocen su condición de VIH o que no están infectadas con el VIH –ellos no amamantan, amamantan por un corto tiempo solamente, o reciben alimentación mixta, debido a temores infundados acerca del VIH o por información errónea de los sucedáneos de la leche materna (VIH y alimentación infantil: Guía para tomadores de decisión, 2003.)

## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

**PASO 2: Capacitar a todo el personal en las habilidades necesarias para implementar esta política.**

### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Identificar a la persona responsable para planificar e implementar un programa de capacitación continuo para lactancia y manejo de lactancia y en la consejería sobre alimentación infantil y VIH incluyendo alimentación de sustitución localmente disponible. Trabajar con la persona designada o grupo para desarrollar una estrategia de capacitación que incluirá:
- Identificar quien necesita entrenarse en el departamento que provee servicios de atención materno/infantil, y cuales son sus necesidades de capacitación (tanto habilidades y destrezas clínicas como de conocimiento)
- Identificar los tipos y contenido de la capacitación para cada grupo seleccionado
- Obtener el material existente. Los cursos disponibles incluyen por ejemplo:
  - “Lactancia “Promoción y Apoyo a la lactancia en un Hospital Amigo del Niño: Curso de 20-horas para el personal de la Maternidad” (Sección 3 de los documentos de la IHAN revisados), New York, UNICEF.
  - “Consejería en Lactancia: Curso de Capacitación”. (40 horas) Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
  - “Consejería en Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integral”. (5 días) Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
  - “Consejería en VIH y Alimentación Infantil: Curso de Capacitación”. (3 días) Ginebra, OMS, UNICEF, ONUSIDA
  - “Consejería en VIH y Alimentación Infantil Ayuda didáctica” (rotafolio, trípticos, Guía de referencia y orientación), Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
  - “Consejería Integral sobre VIH y alimentación infantil en SMI y Servicios Comunitarios”. Curso Básico; Ministerio de Salud, Zambia y proyecto LINKAGES. (12 días)
  - “Consejería Integral sobre VIH y Alimentación Infantil en SMI y Servicios Comunitarios, Capacitación de Capacitadores para el Curso Básico”, Ministerio de Salud, Zambia y Proyecto LINKAGES . (12 días)
  - “Consejería Integral sobre VIH y Alimentación Infantil en SMI y Servicios Comunitarios, Curso de consejería integrado”; Ministerio de Salud, Zambia y Proyecto LINKAGES. (5 semanas)
  - “Curso Integral de la IHAN y TMN para SMI y Servicios Comunitarios”, Malawi. Curso Básico, LINKAGES Malawi (12 días)

- Otros materiales de capacitación en el país o la región
- Seleccionar el material de capacitación apropiado y realizar las adaptaciones necesarias
- Identificar a los capacitadores con la ayuda de autoridades de gobierno en lactancia, nutrición atencional materno infantil y VIH/SIDA
- Desarrollar un programa de capacitación, considerando la necesidad de una capacitación inicial, actualización y capacitación de personal nuevo, así como capacitación de capacitadores.
- Asignar el presupuesto y tiempo del personal necesario.

**STEP 2: Capacitar a todo el personal en las habilidades para implementar esta política.**

**Inquietudes frecuentes y soluciones**

Inquietud	Soluciones
<p>Poco o sin tiempo para la capacitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reevaluar las prioridades</li> <li>■ Considerar el tiempo ahorrado por el personal a la larga, si los problemas de lactancia así como la transmisión del VIH se previnieran y la salud de los lactantes mejorara, disminuiría el tiempo y los recursos necesarios para la atención de niños enfermos y reduciendo el riesgo de madre a hijo (TMH).</li> <li>■ Programar la capacitación relacionada a la lactancia incluyendo la capacitación de la alimentación infantil en el contexto del VIH, además de reuniones del personal, u otras actividades de capacitación vigentes o integrando la capacitación en la rutina diaria de la capacitación en servicio cuando sea apropiado.</li> <li>■ Otra opción sera que el personal lea el material seleccionado o complete un curso de autocapacitación y luego evalúe el conocimiento. Combinar con la práctica clínica. Evaluación de las sesiones y el desempeño.</li> <li>■ Provea un centro de recursos donde el personal pueda prestarse libros, artículos, y videos en lactancia, manejo de lactancia y topicos relacionados.</li> </ul>
<p>Falta de profesores/recursos/capacitadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identifique los recursos de capacitación. Contactar organizaciones nacionales, regionales, o internacionales como UNICEF; OMS; IBFAN; LINKAGES, Wellstart y su Red de Asociados, Instituto de Salud Infantil, Universidad de Londres; La Leche League International, ILCA, WABA, etc., para buscar apoyo, si es necesario. (Ver lista de direcciones en la página 5-36.)</li> <li>■ Considerar iniciar una capacitación estratégica a personas claves del personal como capacitadores y luego estas personas capacitaran al resto del personal. Escoja candidatos fuertes para capacitadores, si es posible incluyendo personal de diferentes servicios, turnos o guardias.</li> <li>■ Solicite al coordinador de capacitación la identificación de videos de capacitación que sean buenos ya preparados, o sesiones de capacitación en</li> </ul>

Inquietud	Soluciones
	<p>videocinta, para el personal nuevo. Complete con sesiones prácticas</p>
<p>El personal no comprende la importancia del apoyo a la lactancia ni la necesidad de la prueba voluntaria y la consejería (PVC) o la consejería de VIH y alimentación infantil y el apoyo, de esta manera ve poca necesidad de la capacitación en esta área.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planifique una sesión de orientación o abogacía para el personal antes del inicio del ciclo de capacitaciones. Presente la política de lactancia del hospital y revise la evidencia de la importancia del apoyo a la lactancia, vinculando las políticas con incremento de lactancia a una disminución de la morbilidad y mortalidad, y equilibre los riesgos de que las madres infectadas con el VIH escojan la alimentación de sustitución en este escenario. También sería útil revisar los datos nacionales o del hospital sobre transmisión actual de MH del VIH</li> <li>■ Identificar el momento para reunir informalmente al personal y revisar los casos de madres que amamantan con problemas y cómo resolverlos. Continúe con una discusión sobre cómo manejar estas situaciones en el futuro.</li> <li>■ Coloque un tablero de comunicación, donde se incluyan novedades respecto a la IHAN, nuevos artículos, cartas de pacientes, resultados de encuestas, etc.</li> <li>■ Diseñar un programa de conformación de un equipo de apoyo a la lactancia conformado por personas, cuyo número vaya en aumento, con experiencias positivas en lactancia...</li> <li>■ Establecer un programa de apoyo en VIH y alimentación infantil para incrementar el número de personal con experiencia positiva personal en lactancia..</li> </ul>
<p>La estigmatización y prejuicio de los trabajadores de salud crea una barrera para que las madres conozcan su estado de VIH y busquen la atención que necesitan (ej. previene que las madres busquen consejería en lactancia, soliciten la prueba de VIH y la consejería voluntaria, y la consejería en alimentación infantil (LM/PVC/AI).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La capacitación de proveedores de salud deben considerar, además de los factores básicos acerca del VIH en general y la TMH y alimentación infantil en particular, la oportunidad de compartir sus propios miedos y confusiones acerca del VIH.</li> <li>■ La capacitación debe incluir las experiencias de campo donde pueden visitar los servicios PVC, a madres que amamantan, grupos de personas que viven con VIH/SIDA buscando la sensibilización al problema y para ayudarles a ser más comprensivos con el problema y para ayudarles a ser más comprensivos con las madres contagiadas con el VIH.</li> </ul>



<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La capacitación en VIH y alimentación infantil debe permitir sesiones prácticas en las cuales el personal se sienta seguro para exteriorizar sus propios sesgos, preconceptos, y miedos. Solo de esta manera se evitará que se refleje en su atención a las madres y bebés.</li> </ul>
<p>El personal de salud tiene poco conocimiento y habilidades clínicas sobre el VIH en general, y la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH) y la consejería en lactancia y VIH, y consejería de VIH y alimentación infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capacitar al personal en lactancia y en la IHAN.</li> <li>■ Capacitar en los factores básicos en VIH y en la PTMH.</li> <li>■ Capacitar al personal en las opciones de alimentación localmente apropiadas.</li> <li>■ Capacitar al personal en la consideración de los riesgos de la lactancia versus la alimentación de sustitución en la situación de la misma madre.</li> </ul>
<p>La asistencia a las sesiones de capacitación es baja o el personal es retirado de la capacitación para retornar a su unidad de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar en la importancia de la consejería en VIH y alimentación infantil y apoyar las habilidades y destrezas junto a otras áreas de experiencia y solicite su asistencia a las sesiones de capacitación.</li> <li>■ Lleve la capacitación al personal en cada turno.</li> <li>■ Ofrecer créditos por la educación continua u otros incentivos como el reconocimiento de sus nuevas destrezas y habilidades.</li> <li>■ Busque con otros hospitales el auspicio para la capacitación conjunta en un lugar atractivo.</li> <li>■ Trabaje con los gerentes del hospital para que se asegure que la capacitación se considere como una prioridad.</li> </ul>
<p>El hospital y el personal del hospital confían en el financiamiento de compañías que venden sucedáneos de leche materna para las actividades de capacitación, asistencia a las conferencias, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convencer al personal de la agenda oculta de la industria de leche y los problemas éticos involucrados en la aceptación de su financiamiento. En escenarios que no tienen recursos y abatidos por la pandemia de VIH, las familias tienen mayor deficiencia económica que en el pasado, y la seguridad alimentaria es muy débil.</li> <li>■ Calcular el costo al hospital y sus familias de las enfermedades debido a la alimentación con sucedáneos de la leche materna.</li> </ul>

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="762 360 1422 398">■ Busque fuentes alternativas para el financiamiento.</li></ul>

**Lista de recursos de capacitacion**

Institute of Child Health  
University of London  
30 Guilford Street  
London WCN 1EH  
United Kingdom  
Tel: [44] (171) 242-9789  
Fax: [44] (171) 404-2062

International Baby Food Action Network  
(IBFAN)  
P.O. Box 781  
Mbabane  
Swaziland  
Tel: [268] 45006  
Fax: [268] 44246

International Lactation Consultant  
Association (ILCA)  
200 North Michigan Avenue, Suite 300  
Chicago, IL 60601-3821  
USA  
Tel: (312) 541-1710  
Fax: (312) 541-1271  
Email:  
71005.1134@COMPUSERVE.COM

La Leche League International  
1400 N. Meacham Road  
P.O. Box 4079  
Schaumburg, IL 60168-4079  
USA  
Tel: (847) 519-7730  
Fax: (847) 519-0035

LINKAGES Project  
Academy for Educational Development  
1825 Connecticut Avenue, N.W.  
Washington, DC. 20009  
Website: [www.linkagesproject.org](http://www.linkagesproject.org)  
(Nota: El Proyecto LINKAGES  
concluyó en diciembre 2006. Sus  
publicaciones siguen disponibles en el  
sitio Web.)

Infant and Young Child Nutrition Project  
PATH  
1800 K Street, NW, Suite 800  
Washington, DC 20006

UNICEF Headquarters  
3 United Nations Plaza  
New York, NY 10017  
USA  
Tel: (212) 326-7000  
Fax: (212) 326-7336

Wellstart International  
PO Box 80877  
San Diego, CA 92138-0877  
Tel: (619) 295-5192  
Helpline: (619) 295-5193  
Fax: (619) 574-8159  
E-mail: [info@wellstart.org](mailto:info@wellstart.org)  
Website: [www.wellstart.org](http://www.wellstart.org)

Organizacion Munida de la Salud  
Departamento de Nutricion para la Salud  
y el Desarrollo  
20, Av. Appia  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza  
Tel: [41] (22) 791-3315  
Fax: [41] (22) 791-4156  
E-mail: [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)  
Website: <http://www.who.int/nutrition>

Organizacion Mundial de la Salud  
Departamento de Salud y Desarrollo den  
Niño y del Adolescente  
20, Av. Appia  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza  
Tel: [41] (22) 791-2633  
Fax: [41] (22) 791-4853  
E-mail: [cah@who.int](mailto:cah@who.int)  
Website: <http://www.who.int/child-adolescent-health/>

World Alliance for Breastfeeding Action  
PO Box 1200 19850  
Penang, Malaysia.  
Tel: [60]-(4)-658-4816  
Fax: [60]-(4)-657-2655  
Websites: [www.waba.org.my](http://www.waba.org.my)  
[www.waba.org.br](http://www.waba.org.br)

## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

### **PASO 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

#### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Asegure la programación de clases rutinarias de prenatal que cubran tópicos esenciales relacionados con la lactancia y alimentación infantil en el contexto del VIH. Pida al personal que registre las clases realizadas y su contenido.
- Revise (o prepare) guías escritas de la consejería prenatal para asegurar que los temas más importantes de lactancia /alimentación infantil en el contexto de VIH sean cubiertos y se tenga el tiempo necesario para abordar la preocupación de la madre individualmente.( “ VIH y Consejería de Alimentación Infantil Material Didáctico”, 2005, están disponibles en la Organización Mundial de la Salud. Esto incluye un rotafolio y trípticos que pueden ser utilizados como instrumentos para ayudar a la consejería de mujeres infectadas con el VIH-en opciones de alimentación.)

Los tópicos esenciales que deben abordarse en la educación de prenatal y la consejería incluye:

- Beneficios de la lactancia
- Inicio inmediato
- Importancia del alojamiento conjunto (si existiera un nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Como asegurar la producción de leche
- Posición y agarre para amamantar
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Riesgos de la alimentación artificial y el uso de biberones y chupones
- Factores básicos sobre el VIH y la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH)
- Prueba voluntaria y consejería (PVC) para el VIH
- Opciones de alimentación localmente apropiadas.
- Balance de los riesgos de lactancia versus la alimentación de sustitución en el propio escenario de la madre

(La educación prenatal **no** debe incluir la educación grupal sobre preparación de fórmula. Las madres infectadas por el VIH que han optado por la alimentación de sustitución deben recibir la instrucción individualizada de la preparación de la alimentación de su elección.)

- Determinar si se necesita alguna estrategia especial para alentar a las mujeres a asistir a las clases de prenatal en sesiones de consejería (por ejemplo, llevar a cabo las clases en la tarde y noche para las madres que trabajan, darles incentivos especiales para su asistencia, etc.)
- Retirar toda literatura y posters de propaganda sobre alimentación artificial y sucedáneos de la leche materna.
- Asegurar que las compañías de fórmula no regalen materiales de promoción.
- Descontinuar la distribución en las clínicas de prenatal de muestras de sucedáneos de leche materna o cupones.

**PASO 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.**

**Inquietudes frecuentes y soluciones**

Inquietud	Soluciones
<p>El material de propaganda de la industria de fórmula es gratuito. Es difícil encontrar material para sustituirlo y fondos para obtenerlos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Determinar que material promocional está disponible gratuitamente o a bajo costo del gobierno, ONGs u otras agencias. Si hay una autoridad nacional de la IHAN pregunte que material tienen disponible..</li> <li>■ Presione a las autoridades de salud locales y nacionales para que tengan este material disponible.</li> <li>■ Pida al personal de salud que desarrolle materiales de promoción a bajo costo con mensajes apropiados de lactancia adaptándolos de otros materiales cuando sea apropiado.</li> <li>■ Busque otras fuentes de financiamiento, incluyendo donaciones de negocios locales, organizaciones voluntarias que apoyen el desarrollo y producción de material educativo.</li> </ul>
<p>El personal de prenatal no tiene tiempo para la consejería individual o sesiones grupales relacionadas con lactancia, prueba voluntaria y consejería de VIH y consejería en alimentación infantil y VIH debido al exceso de pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convencer al personal de la importancia de estas sesiones.</li> <li>■ Demostrar como esto le ahorrará tiempo, debido a la disminución de los problemas de lactancia y reducción en los niveles de enfermedad.</li> <li>■ Buscar ayuda voluntaria de ONGs locales, grupos de apoyo de madres, etc. para conducir las clases o dar consejería..</li> <li>■ Integrar el material de lactancia en otras clases de prenatal como en la educación del parto, atención infantil y nutrición.</li> </ul>
<p>El material de propaganda y material educacional generalmente no se adaptan a los diferentes grupos educacionales, culturales y de lenguaje..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pida al personal que produzca o adapte materiales promocionales o educativos que satisfagan las necesidades locales</li> <li>■ Forme una red con otros establecimientos de salud en el área y comparta el material o trabajen juntos para desarrollarlos..</li> </ul>
<p>Las madres ocupadas no quieren perder tiempo recibiendo información o instrucciones, o no saben que la información está disponible..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pida al personal que prepare la consejería grupal mientras las madres esperan la consulta.</li> <li>■ Pida a la recepcionista/a la secretaria que aliente la participación en las clases de lactancia.</li> </ul>

Inquietud	Soluciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Obtenga el apoyo del personal clínico para dedicar un tiempo a la consejería y enfatizar su importancia durante la consulta.</li> <li>■ Pida al personal que prepare material escrito que las madres se lleven a su hogar cuando dejen el establecimiento de salud. Incluya guías de lactancia, un resumen de los “Diez Pasos” y los servicios de apoyo a la lactancia del hospital, invitación/anuncios de clases de lactancia, lista de madres de grupos de apoyo y otros recursos comunitarios, etc.</li> <li>■ Para la madre infectada por el VIH, la educación grupal en VIH y alimentación infantil puede no ser apropiada. Provea a la madre con una lista de consejeros pares incluyendo a otras madres VIH positivas que estén capacitadas en la consejería voluntaria en VIH y alimentación infantil, y en otros recursos comunitarios que visitaran a las madres infectadas con el VIH en su domicilio o donde ellas prefieran.</li> <li>■ Organizar clases de prenatal extraordinarias en horarios de la tarde o noche para las mujeres trabajadoras.</li> <li>■ Gestione un área de recursos o área donde las madres pueden prestarse libros relacionados con la lactancia, artículos, videos y otros materiales, de acuerdo a su conveniencia.</li> <li>■ Organice un “desfile de bebés amamantados” o un “concurso de belleza de bebés amamantados” en un parque, supermercado u otra área pública.</li> <li>■ Solicite a los profesionales privados que envíen a sus pacientes a las clases de lactancia y a otros servicios de apoyo.</li> </ul>
<p>Las mujeres embarazadas temen o no desean realizarse la prueba voluntaria y la consejería para VIH (PVC). Por ello no pueden tomar una decisión informada sobre las opciones de alimentación que no sean la lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orientar a todas las embarazadas respecto a las razones por las que la PVC sera de valor para ellas y sus bebes aun no nacidos.</li> <li>■ Conduzca investigacione formativas para identificar las barreras locales para aceptar la PVC</li> <li>■ Si una madre sabe que esta infectada por el VIH- identifique una sala privada de alimentacion infantil para asegurar que la madre opte por la opcion de alimentacion mas apropiada para ella mientras aun se</li> </ul>

Inquietud	Soluciones
	<p>mantenga su confidencialidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Determine el personal y el tiempo requerido para la consejería de la mujer respecto a estos temas. Sopesa varias opciones para abordar estas necesidades, dadas las restricciones de recursos. Los voluntarios de la comunidad pueden ser útiles sensibilizando a las madres antes que asistan a la clínica de prenatal.</li> </ul>
<p>Los administradores de salud dicen que no tienen suficientes fondos para crear un espacio nuevo y/o personal adicional para la consejería confidencial sobre PVC o consejería sobre el VIH y alimentación infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se puede realizar reuniones con los tomadores de decisión distritales y nacionales para conseguir fondos para estas actividades.</li> <li>■ Deben buscarse otras formas creativas y menos costosas para utilizar el espacio ya existente, dividir los ambientes con pared o barrera baratas para crear espacios más pequeños y redistribuir el tiempo de los consultorios.</li> </ul>
<p>El personal tiene conocimiento y habilidades muy pobres en el VIH, TMH y consejería en VIH y alimentación infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capacitar al personal en cómo proveer consejería apropiada y atención relativa a estos temas (Ver el Paso Dos arriba).</li> </ul>



## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

### **PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.**

#### **Acciones necesarias para implementar este paso**

- Trabaje con el personal para priorizar las rutinas perinatales de atención de los recién nacidos inmediatamente después del nacimiento para permitir el contacto inmediato de madre/bebe.
- Instituir el control de temperatura durante el trabajo de parto, el parto, y áreas de recuperación para asegurar la regulación de temperatura del bebé.
- Disponer el contacto madre/bebé permanente después del parto.
- Asignar responsabilidades al personal para verificar que se produzca el inicio precoz de lactancia para las madres que hubieran escogido amamantar y asegurar que el personal tiene las destrezas para dar a la madre el apoyo necesario.
- Entrenar al personal en la importancia de aspirar a un recién nacido solo si es necesario; (si la valoración inicial [APGAR] es buena y el bebé está llorando vigorosamente NO es necesaria). Si es necesaria la aspiración, hágalo gentilmente para evitar el micro trauma de las membranas mucosas de la faringe y vía respiratoria superior (orofaringe) puede interferir con la lactancia y pueden potencial el riesgo de transmisión del VIH si la madre amamantara.
- Asigne, al personal de su establecimiento, tiempo para apoyo a la lactancia, si es necesario.
- Permita que una persona de apoyo, (miembro de la familia, “dula”, etc.) permanezca con la madre durante e inmediatamente después del parto y participe cuando la madre amamante, si fuera apropiado.
- Cuando se revisen las políticas/normas de atención en la sala de parto, considere temas como la necesidad de privacidad, un ambiente tranquilo, con luz tenue, con un mínimo de personal en la sala, menos apoyo en tecnología sofisticada para los nacimientos de bajo riesgo, etc. El asegurar la confidencialidad y privacidad para una madre infectada con el VIH que ha decidido adoptar la alimentación de sustitución puede ser un desafío, pero puede ser lograda con el compromiso administrativo y del personal.

**PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora despues del parto**

**Preocupaciones frecuentes y soluciones**

Inquietud	Soluciones
<p>La aspiración de todos los recién nacidos es una rutina inmediatamente después del parto y es lo que se enseña en la facultad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analizar las razones anatómicas y fisiológicas que le permiten al recién nacido, mediante el llanto permeabilizar sus propias vías aéreas.</li> <li>■ Revise con el jefe de la maternidad los protocolos actuales para bebés que necesitan la aspiración de secreciones, y el equipo que se utiliza. Sugiera que una perilla de aspiración, una jeringa de oído, podría ser lo más barato, más efectivo y menos traumático para este propósito..</li> </ul>
<p>El personal no tiene suficiente tiempo para atender a la madre con el inicio temprano de la lactancia, considerando el número de partos y otros procedimientos programados inmediatamente después del parto. El contacto piel a piel de por lo menos 30 minutos es de especial preocupación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solicite al personal clave que reevalúe los procedimientos que son necesarios inmediatamente después del nacimiento. Reorganice “la órdenes de rutina” para permitir tiempo suficiente para el apego piel a piel y la lactancia para aquellas madres que decidieron amamantar. Por ejemplo, revise con el personal los 5 primeros Pasos de la “Cadena de Calor” de la OMS para la atención del recién nacido que incluyen, secado inmediato, contacto piel a piel, lactancia y postergar el peso y el baño.”</li> <li>■ Reforzar los aspectos positivos de este cambio.: ahorro en tiempo, no hay necesidad de calendar al bebé, separación de madre-bebe mínima, etc.</li> <li>■ Organice la capacitación del personal para que se entrene a examinar al recién nacido en el pecho de la madre.</li> <li>■ Disponer que un consejero en lactancia voluntario ayude a la madre a amamantar inmediatamente después del parto, si el personal está muy ocupado. La madre y el bebé pueden quedarse solos, parte del tiempo para conocerse, mientras el personal continúa su trabajo.</li> <li>■ Si se necesita espacio en sala de trabajo de parto y en sala de parto, inmediatamente después para otro parto, instruya al personal que traslade a la madre y el bebé a una habitación cercana y que una enfermera complete el registro y el examen si se necesita.</li> </ul>
<p>La madre está muy cansada después del</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explicar que este es un concepto equivocado. Si se le permite a la madre sostener a su bebé, y se le</li> </ul>

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
parto para alimentar al bebé.	<p>alienta, la madre se involucrará casi siempre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disponga que una persona que apoye la lactancia ayude a la madre.</li> <li>■ Asegúrese que las madres que amamantan reciban instrucciones durante el embarazo acerca de la importancia de la lactancia temprana y el hecho que generalmente la madre y el bebé permanecen alertas este periodo.</li> </ul>
Las camas en la sala de parto son muy angostas. Si se deja al recién nacido con su madre, (quien puede estar muy cansada) y si no hay supervisión constante, el bebé se puede caer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Colocar al bebé en el pecho de la madre. Elevar la cabeza de la madre con una almohada, una frazada o aun su propia ropa. Si el bebé corre peligro de caerse de una cama angosta, considere envolver al bebé con su madre, sueltos, con una sábana o tela.</li> <li>■ Alternativamente gire a la madre, en decúbito lateral y coloque al recién nacido cerca del pecho.</li> </ul>
Se necesita monitorizar a madres y bebés, por lo cual se necesita luz, personal y equipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solicite al personal de la sala de parto que considere realizar procedimientos agrupados, por ejemplo evaluar el estado general de la madre y del bebé y tomar los signos vitales de ambos a la vez, para luego dejarles juntos.</li> </ul>
Si la sala de partos es fría, no es conveniente la lactancia inmediata y el recién nacido debe transferirse ya sea a una sala de recién nacidos o a la sala de la madre para ser amamantado por primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revise con el personal los 5 pasos de las recomendaciones de la OMS para la “Cadena de Calor” (ver Paso 4 arriba)</li> <li>■ Mostrar al personal, colocando el termómetro debajo el brazo del bebé, que el contacto piel a piel con la madre le provee de suficiente calor para mantenerle cálido.</li> <li>■ Si la sala de parto es fría, considere si es posible aumentar la temperatura.</li> </ul>
El personal perinatal piensa que la lactancia durante los 30 a 60 minutos después del nacimiento es una prioridad menor frente a otros procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revise brevemente con el personal la investigación clave de PORQUE las primeras lactadas se vinculan con el éxito de la lactancia, (ej., el bebé está despierto, alerta en la primera hora, el agudo sentido del olfato del bebé, y los reflejos de reptación, el alerta de la madre en la primera hora. etc.)</li> <li>■ Convenza a los médicos que atienden el parto a sugerir a las madres de rutina “Le ayudaremos a iniciar la lactancia de inmediato”.</li> <li>■ Pida al personal responsable que añada “tiempo para</li> </ul>

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
	<p>el inicio de lactancia” en la hoja de registro del bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="762 421 1445 651">■ Asegúrese que se enfatizan las ventajas fisiológicas y psicológicas de la lactancia inmediata durante la capacitación de personal. Cuando el personal de pre parto y parto se está capacitando, enfatice el vínculo crítico con el manejo de la lactancia y que la primera hora es muy importante y un tiempo especial en esta conexión.</li> </ul>

## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

**PASO 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus bebés.**

### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Capacitar al personal en técnicas de extracción de leche, manipuleo sin contaminación y almacenamiento de leche materna.
- Designar tiempo del personal para consejería individual o consejería grupal a madres sobre manejo y mantenimiento de la lactancia cuando madre y bebé se separan.
- Designar aéreas para que las madres amamenten o para la extracción de leche y su almacenamiento. Adquiera el equipo (ej. Contenedores para almacenar leche, tazas, cucharillas.)
- Facilitar el acomodo de las madres para que duerman con sus bebés hospitalizados. De la misma manera, permitir que los bebés sanos permanezcan junto a sus madres hospitalizadas.
- Designar tiempo del personal para la consejería individual de las madres infectadas por el VIH respecto a las opciones de alimentación. Si una madre lo desea involucrar a un miembro de la familia que la madre elija en esta consejería.
- Capacitar al personal en la preparación y almacenaje de la alimentación de sustitución, para que capaciten confidencialmente, a su vez, a las madres que están infectadas por el VIH que escogen esta opción en la preparación, almacenaje y uso de los alimentos de sustitución de su elección.
- Capacitar sobre cómo demostrar a las madres infectadas con el VIH que utilizarán la alimentación de sustitución, cómo suspender la lactancia y cómo manejar la plétora en su hogar.
- Capacitar al personal en la atención de madres que están muy enfermas con el VIH/SIDA avanzado. Necesitarán consejería especial, junto a un familiar designado o personal de apoyo (si así lo desea la madre) sobre la alimentación de sustitución para el bebé y la necesidad de monitorizar el crecimiento y desarrollo del bebé.
- Capacitar al personal sobre cómo dar la alimentación de sustitución a los cuidadores de un huérfano y la necesidad de monitorizar el crecimiento y desarrollo del bebé.
- Ayudar al personal a comprender los peligros del "efecto de dispersión" a la comunidad si todas las madres ven demostraciones de alimentos de sustitución y reciben el mensaje incorrecto acerca de la lactancia. En esta situación es muy importante que el personal comprenda el peligro si la leche de donación es accesible para "algunas" madres. El efecto de "dispersión" puede ser minimizado si la IHAN es fuerte y SOLO las madres cuya condición de infección con VIH es positiva y deciden no amamantar, son las que reciben la consejería en las opciones de alimentación que no sean la lactancia.

**STEP 5: Muestra a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún en caso de separarse de sus bebés.**

### Inquietudes frecuentes y soluciones

Inquietud	Soluciones
<p>En los hospitales donde las madres se quedan por poco tiempo después del parto, y el personal es mínimo, hay muy poco tiempo para la consejería</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfaticé la consejería durante el periodo prenatal.</li> <li>■ Reasigne al personal de enfermería para que brinde la consejería.</li> <li>■ Si hay un tiempo mínimo disponible para la consejería, coordine para que la mayoría de las instrucciones se las provea en clases para grupos.</li> <li>■ Solicitar que el personal del hospital observen por lo menos una mamada antes de externar a cada binomio madre bebé.</li> <li>■ Permita a voluntarios hacer rondas para dar orientación a las puérperas. Coordine el entrenamiento de los voluntarios y la entrega de guías o manuales de función que les asigne roles y señale las restricciones.</li> <li>■ Disponer de folletos de educación en lactancia para después del parto.</li> <li>■ Organizar la exhibición de videos para reforzar las técnicas de lactancia si el tiempo para las clases o la instrucción individual en salas de puerperio es limitada.</li> </ul>
<p>Reticencia de parte del personal que da orientación en lactancia debido a la falta de competencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La capacitación debe incluir aspectos básicos sobre la TMH y la revisión de los datos nacionales y globales de la alimentación infantil/ guías y políticas de la TMH.</li> <li>■ Proveer de una instrucción corta respecto a que orientación que se debe dar a los problemas de lactancia frecuentes incluyendo las guías para la consejería de las madres que están infectadas con el VIH o su condición de VIH es desconocido.</li> <li>■ Exhibir la lista de miembros que completaron el periodo de prácticas de lactancia. Aliente a otro personal de salud que asista y presencie la consejería y orientación que el personal con experiencia brinda a las madres.</li> <li>■ Comprobar que una parte integral de la capacitación incluya la práctica clínica de trabajar con madres que</li> </ul>

Inquietud	Soluciones
	<p>amamantan para solucionar los problemas frecuentes de la lactancia, así como la alimentación de sustitución adecuada localmente, supresión de la lactancia, manejo de la ingurgitación y el riesgo incrementado de la TMH si hay un poco de lactancia.</p>
<p>Falta de comprensión entre personal de la importancia de lactancia en el periodo postparto inmediato y los problemas causados por mensajes inconsistentes o incoherentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Debatir con el personal la importancia de la atención centrada en la paciente y el rol que la educación en lactancia juega en esta conexión.</li> <li>■ Alentar a los capacitadores, a conducir grupos focales con el personal de enfermería para conocer que les enseñaron, y por qué hacen lo que hacen, y diseñar la capacitación para tratar los problemas identificados.</li> </ul>
<p>Miedo en el personal y las madres de las nodrizas y el uso de leche materna almacenada para alimentar a sus bebés debido a la transmisión de VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las nodrizas y el utilizar leche materna de otras madres es aceptable en algunos escenarios y no es aceptable en otros. La investigación local demostrara si las madres eligen o no estos métodos de alimentación de sustitución.</li> <li>■ La leche extraída de una donante necesitará ser tratada por calor de acuerdo a las recientes recomendaciones de la OMS.</li> <li>■ Ahora se desalienta la alimentación por nodriza, aunque existen excepciones por ej., en caso de un miembro de la familia que se sepa que es VIH negativo.</li> </ul>
<p>Falta de un área y equipo para almacenar la leche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se necesita equipo sofisticado para guardar la leche. Se necesita solamente un refrigerador y una colección de frascos para recolectar la leche extraída.</li> <li>■ No se necesitaría guardar la leche si se permitiera que las madres permanezcan con sus bebés hospitalizados para amamantarles de día y de noche.</li> </ul>
<p>El lactante sano se enfermará si permanece con su madre cuando ella se enferma y debe hospitalizarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dar la información respecto a los efectos protectores de la lactancia y los riesgos para la salud del recién nacido si <b>no</b> se queda con su madre y amamanta.</li> </ul>
<p>Las madres que estan con lactancia/y alimentacion de sustitucion que estan enfermas en el hospital no podran tener a sus bebes con ellas en alojamiento conjunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pida al personal que evalúe este problema caso por caso. Tal vez un pariente o amigo podria quedarse con la madre para atender al bebe en algunas situaciones.</li> </ul>
<p>Consejeria en alimentacion de sustitucion es un mensaje “mixto” a las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ayudar al personal a comprender los peligros de la “dispersion ” a la comunicad si o the comunidad si</li> </ul>

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
<p>madres y puede desalentar la lactancia . (dispersión)</p>	<p>todas las madres ven las demostraciones de la alimentación de sustitución y reciben el mensaje equivocado acerca de la lactancia. Es importante que el personal comprenda los peligros de que la leche donada sea accesible a “algunas” madres. El efecto de dispersión puede minimizarse si la IHAN es fuerte y SOLO las madres con infección de VIH , que decidieron no amamantar reciben consejería en las opciones de alimentación que no sean la lactancia.</p>



## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

**PASO 6: No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas que no sean leche materna a no ser que estén médicamente indicados.**

### **Acciones necesarias para implementar este paso**

- Revisar las normas y procedimientos concernientes al uso de sucedáneos de la leche materna. Asegúrese que estén de acuerdo con la lista de “razones médicas aceptables para la suplementación” de la OMS/UNICEF. (Debe incluirse en la norma hospitalaria. Ver Paso #1.)
- Examinar los datos de las políticas nacionales y mundiales sobre la transmisión de madre a hijo del VIH y alimentación infantil (Ver Resumen de la OMS de las Nuevas Recomendaciones de USO de la ARV para prevenir la TMH del VIH, Octubre 2000)
- Asegurar que el personal que atiende a madres que están infectadas por el VIH sean orientados para dar opciones de alimentación infantil informadas para su entorno y circunstancias y que ellos entiendan los riesgos de toda alimentación mixta. Esto se aplica tanto a la madre que debe amamantar porque debe amamantar exclusivamente como a la que dará alimentación de sustitución que debe darle esta alimentación de sustitución exclusivamente.
- Disponer que la cantidad de sucedáneos de leche materna que estén médicamente indicados sea comprada por el hospital.
- Guardar los sucedáneos de la leche y su equipo necesario, así como los suministros fuera de vista.
- Desarrollar políticas para facilitar la lactancia inmediata de bebés de bajo peso y de recién nacidos por cesárea, cuando no existen contraindicaciones médicas. (Puede incluirse en la norma del hospital. Ver Paso #1.)
- Garantizar un espacio adecuado y el equipo disponible para la extracción de leche y almacenamiento. (Ver Paso #5.)

**PASO 6: No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas que no sean leche materna a no ser que esten médicamente indicados.**

### Inquietudes frecuentes y soluciones

Inquietud	Soluciones
<p>El personal o las madres estan preocupadas o confundidas respecto a cual es la opción de alimentación mas segura para las madres infectadas con el VIH y creen que la alimentación de sustitución o la mixta es mejor que la lactancia exclusiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revise con el personal la investigacion actual respecto a la serguridad relativa de las diferentes opciones de alimentación (Coutsoudis 1999, 2001 y OMS Oct 2000)</li> <li>■ Revisar con el personal como la madre infectada con el VIH puede evaluar los riesgos para decidir que metodo de alimentación es el mejor para ella (OMS/UNICEF/ONUSIDA/FNUAP (VIH y alimentación infantil : Guia para gerentes y supervisores de la atencion en salud) 2004, pp. 5-7 – Sesión 4 VIH Hoja didáctica, Vision general: Alimentación infantil y del niño pequeño en el contexto VIH)</li> </ul>
<p>Las madres que estan infectadas con el VIH temen que si les ven que <b>NO</b> estan amamantando seran estigmatizadas y etiquetadas como que tienen SIDA o promiscuas. Algunas temen el abuso fisico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ LA consejeria prenatal para todas las madres que estan infectadas con el VIH es esencial.Esta consejeria le ayuda a disipar los mitos acerca del VIH y la TMH y tambien ayuda a las madres que estan infectadas con el VIH a enfrentar el estigma por si mismas y sus familias <i>antes del paro</i>.</li> <li>■ Seguimiento de apoyo para las madres infectadas por el VIH sin considerar la elección de alimentación para sus bebés, es tan importante como el seguimiento a las madres que amamantan.</li> </ul>
<p>Miembros del personal o las madres se preocupan porque su leche es insuficiente para los bebes en las primeras horas o días después del nacimiento debido a la demora en la bajada de la “verdadera leche”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegurarse que el personal y las madres reciban la información respecto a la suficiencia y beneficios del calostro y el hecho que no se necesita nada mas (ej. agua, te, mate o leche fórmula) además de la leche materna. Incluir la información que es normal que el peso del bebé baje en las primeras 48 horas..</li> <li>■ Para las madres infectadas por el VIH que han elegido amamantar es esencial que comprendan <b>NO</b> necesitan otros alimentos que no sean su propia leche (incluyendo el calostro) no deben darse a sus bebes.</li> </ul>
<p>Miembros del personal o las madres temen que el bebé se deshidrate o sufra de hipoglicemia si se les da solo leche materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Organice un comité de revisión de literatura y presente los resultados de la revisión en reunión del personal.</li> <li>■ Asegúrese que los miembros del personal recuerden los signos que muestran que el bebe está recibiendo lo que necesita al amamantar, y aliente la transmisión</li> </ul>

Inquietud	Soluciones
	<p>de esta información a las madres que están preocupadas porque su leche es insuficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Considere organizar sesiones cortas de capacitación en-servicio para demostrar cómo evaluar la efectividad de la lactancia y dar a las enfermeras prácticas supervisadas para que ellas realicen estas evaluaciones por sí mismas.</li> <li>■ Retirar el agua glucosada de la unidad, para que sea más difícil utilizarla de rutina.</li> </ul>
Las madres solicitan suplementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disponer que las madres sean informadas durante el prenatal y el período postnatal respecto a los problemas de la suplementación.</li> <li>■ Dependiendo en la política nacional y hospitalaria puede o no haber pequeñas reservas de alimentos de sustitución para las madres infectadas con el VIH que decidieron no amamantar.</li> </ul>
Las madres que están infectadas con el VIH solicitan alimentos de sustitución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oriente a la madre acerca de los riesgos de la alimentación mixta y que amamantar exclusivamente o darle la leche de sustitución exclusivamente es la única forma de reducir el riesgo de transmisión de VIH.</li> <li>■ Para las madres que han elegido la alimentación de sustitución, es mejor que comience desde el nacimiento a comprar su propia alimentación de sustitución. Necesitar mantener este método de alimentación mientras necesite sucedáneos de la leche materna..</li> <li>■ Dependiendo en la política nacional y hospitalaria puede o no haber pequeñas reservas de alimentos de sustitución para las madres infectadas con el VIH pero se debe considerar el punto mencionado arriba.</li> </ul>
Algunas madres están muy desnutridas para amamantar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegúrese que los miembros del personal sepan que hasta las madres desnutridas producen suficiente leche para sus bebés si amamantan a demanda.</li> <li>■ En casos cuando la familia provee de alimentación para la madre mientras ella este hospitalizada, aproveche la oportunidad para informar a los miembros de familia de la madre respecto a la importancia de una nutrición sólida para la madre con alternativas de nutrición baratas.</li> </ul>

<p>La consejería y el apoyo necesarios para lograr la lactancia exitosa es muy cara.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar que los costos serán más que compensados por los ahorros cuando se disminuye la preparación y provisión de sucedáneos de leche. Enfatice que los ahorros también incrementaran por la reducción de las infecciones neonatales, la diarrea..</li> </ul>
<p>Las medicaciones que se dan a la madre contraindican la lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegúrese que los miembros del personal conozcan la lista de razones médicas aceptables para la suplementación que se incluyen en el Anexo revisado de los Criterios Globales de la Iniciativa de Hospital Amigo y como Hoja Didáctica 4.5 en Sesión 4 de este curso.</li> <li>■ Solicite a la farmacia del hospital una lista de medicamentos que son compatibles e incompatibles con la lactancia.</li> </ul>
<p>Las madres sentirán que se les ha negado algo de valor si se descontinúan las muestras o los regalos al alta de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Considere la sustitución de las muestras de sucedáneos de leche materna, con un “paquete de lactancia”, que incluye la información en lactancia y donde buscar apoyo y puede incluir muestras que no desalienten la lactancia.</li> </ul>

## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

### **PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto**

#### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Hacer los cambios necesarios en la estructura física del hospital. Retirar el personal de enfermería para recién nacidos normales. Hacer los ajustes para mejorar la comodidad, higiene y seguridad de madres y bebés.
- Coordinar la capacitación cruzada al personal de la sala de recién nacidos como al personal de puerperio para que tengan las habilidades y destrezas para la atención de tanto la madre y el bebé. (Ver Paso # 2)
- Instituir sesiones de educación individual o grupal para las madres en atención de la madre y el bebé después del parto. Las sesiones deben incluir información sobre cómo atender al bebé que está en alojamiento conjunto.
- Proteger la privacidad y confidencialidad sobre la condición de VIH de una madre, otorgando a TODAS las madres y sus bebés el alojamiento conjunto, en su cama para no estigmatizarlo, o separarla como diferente.

PASO 7: Practicar alojamiento conjunto, permitir que las madres permanezcan juntos los 24 horas del día.

### Inquietudes frecuentes y soluciones

Inquietudes	Soluciones
<p>Es difícil supervisar el estado general del bebe que está en alojamiento conjunto. En la sala de cuidado del recién nacido, una persona será suficiente para supervisar a varios bebés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegure al personal que el bebé esta mejor cerca de su madre, con beneficios añadidos de seguridad, calor y lactancia a demanda. La “Cama conjunta” madre y bebe duermen en la misma cama, si es culturalmente aceptable, le provee de la mejor posición para ganar estos beneficios y eliminar el costo de adquisición de cunas. Cuando las madres están el alojamiento conjunto ya sea en la pieza o en la cama de la madre, ayudan de manera invalorable al personal cuando alertan por la aparición de problemas.</li> <li>■ Enfatizar que la supervisión de 24-horas es innecesaria. Los controles cortos periódicos y la disponibilidad del personal para responder a las necesidades de las madres es cuanto se necesita.</li> </ul>
<p>Es difícil supervisar el estado general del bebe que está en alojamiento conjunto. En la sala de cuidado del recién nacido, una persona será suficiente para supervisar a varios bebés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegure al personal que el bebé esta mejor cerca de su madre, con beneficios añadidos de seguridad, calor y lactancia a demanda. “Cama conjunta”, si es culturalmente aceptable, le provee de la mejor posición para ganar estos beneficios y eliminar el costo de adquisición de cunas. Cuando las madres están el alojamiento conjunto ya sea en la pieza o en la cama de la madre, ayudan de manera invalorable al personal cuando alertan por la aparición de problemas.</li> <li>■ Enfatizar que la supervisión de 24-horas es innecesaria. Los controles cortos periódicos y la disponibilidad del personal para responder a las necesidades de las madres es cuanto se necesita.</li> </ul>
<p>Las madres en las salas de puerperio pueden estar preocupadas si estan en alojamiento conjunto en proximidad con madres infectadas con el VIH porque tienen una idea equivocada de cómo se transmite el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El personal puede ser perceptivo en este tema y asegurar a las madres que el VIH no se transmite por el contacto casual. Explique a la madre que solicita que una madre infectada con el VIH sea aislada, que puede contribuir a la “estigamatizacion” de las personas con VIH/SIDA y ayuda a perpetuar la idea equivocada de cómo se transmite el VIH. (Ver Paso 2 arriba).</li> </ul>
<p>Las tasa de infección será mayor cuando el bebe y la madre estén juntos que cuando los bebes están en una sala de observación de recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatice el hecho que la infección es menor cuando los bebés se quedan con su madre que cuando se exponen a más cuidadores.</li> <li>■ Dar al personal la información que muestra que con el alojamiento conjunto y la lactancia las tasas de</li> </ul>

<b>Inquietudes</b>	<b>Soluciones</b>
	<p>infección son más bajas, por ejemplo de la enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis..</p>
<p>Si se permiten las visitas en las salas de alojamiento conjunto, el peligro de la infección y contaminación incrementará. En situaciones donde los visitantes fuman es un peligro para la salud de la madre y el bebé. Algunas madres sienten que tienen que entretener a sus visitante y que ya tendrán tiempo para atender a sus bebés cuando sean externados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar que los bebés reciben la inmunidad para infecciones en el calostro, y que los estudios muestran que la infección es menor en salas de alojamiento conjunto en comparación a las salas de observación de recién nacidos.</li> <li>■ Apoyar a las madres para que hagan lo mejor para sus bebes, limitar las horas de visita y el número de visitas y prohibir que fumen.</li> </ul>
<p>Las salas son pequeñas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se necesitan cunas para los bebés. No se necesita espacio extra cuando el bebe está en la misma cama de la madre.</li> </ul>
<p>Los bebés se caerán de las camas de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfatizar que los recién nacidos no se mueven. Si las madres estuvieran todavía preocupadas, coloquen las camas contra la pared, o si es culturalmente aceptable, colocar las camas en pares, y las madre colocarán a sus bebes al medio.</li> </ul>
<p>El alojamiento conjunto total con separación de no más de media hora, parece imposible porque algunos procedimientos y rutinas necesitan ser realizados fuera de las habitaciones de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudie estos procedimientos. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebé antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden realizarse en la sala de la madre.</li> <li>■ Revisar las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando se examina al bebe frente a la madre.</li> </ul>
<p>Los pacientes privados sienten que deben tener el privilegio de mantener a sus bebés en la sala de recién nacidos, que se alimente a sus bebés con sucedáneos de leche materna, y que reciba ayuda experta del personal de enfermería, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lo que sea bueno para los pacientes de hospitales públicos es también bueno para los pacientes privados.</li> <li>■ Considerar la realización de proyectos piloto para “evaluar” el alojamiento conjunto en hospitales privados y en hospitales públicos.</li> </ul>
<p>Algunos hospitales privados ganan dinero al cobrar por salas de recién nacidos y por lo tanto rehúsan eliminar estas unidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explorar los ahorros compensatorios del alojamiento conjunto, por concepto de disminución del uso de sucedáneos de la leche materna, menos gasto por preparación de biberones, cuidados de enfermería y menos infección infantil, etc.</li> <li>■ Considere mantener el mismo costo cuando se deshaga de la sala de recién nacido, relocalizando los cambios para la atención de la madre/bebé en las salas.</li> </ul>
<p>Los bebés se raptan más fácilmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sugerir al personal que pidan a las madres que soliciten</li> </ul>

Inquietudes	Soluciones
<p>cuando están en alojamiento conjunto que cuando están en la sala de recién nacidos.</p>	<p>que alguien cuide a su bebé (ej., otras madres, miembros de familia, o del personal) si salen de la sala.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las madres necesitan saber que no hay razón para que se lleven al bebe sin conocimiento de su madre.</li> </ul>
<p>Una madre infectada con VIH en puerperio puede ser vista por otras madres dando alimento de sustitución a su bebé, la confidencialidad será difícil de proteger..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Para una madre infectada con el VIH que elige la alimentación de sustitución, la confidencialidad SERA un problema, pero en condiciones ideales ya habra recibido, en el prenatal, la consejeria y habra tomado la decision de utilizar laalimentacion de sustitucion mas apropiada para ella y su bebe.</li> <li>■ La madre infectada con elVIH que elige amamantar, debe recibir apoyo para alimentar exclusivamente, tal como las otras madres y no habra diferencia evidente con la atencion.</li> <li>■ El personal que atiene a madres en escenarios con alta prevalencia de VIH necesitara recibir entrenamiento respecto a la confidencialidad en todo momento, incluyendo en el manejo de la historia clinic.</li> </ul>



## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

### **PASO 8: Alentar la lactancia a demandada.**

#### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Presentar el alojamiento conjunto. (Ver Paso # 7.)
- Examinar las prácticas de rutina concernientes a los procedimientos con recién nacidos, (ej. Tomar muestras de sangre, examen físico, peso, baño, circuncisión, limpieza de las salas que separan a la madre y el bebe, realizar los procedimientos en la sala cuando sea posible.
- Asegurar que la capacitación incluya la definición y los beneficios de la lactancia a demanda y los mensajes clave al respecto que las madres deben recibir durante la consejería de lactancia. (Ver Paso # 2.)

**PASO 8: Alentar la lactancia a demanda.**

**Inquietudes frecuentes y soluciones**

Inquietud	Soluciones
<p>La lactancia a demanda es buena, pero no provee de leche suficiente para el bebé. El calostro es insuficiente por ello la suplementación es necesaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recordar al personal que el estómago del bebé tiene una capacidad de 10 a 20 ml en el nacimiento y la cantidad de calostro producida es la fisiológicamente correspondiente.</li> </ul>
<p>En lugares donde no se practica en alojamiento conjunto, se ahorra tiempo del personal y esfuerzo si los bebés se alimentan en la sala en vez de llevar a los bebes para que amamenten impredeciblemente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Considere el alojamiento conjunto, que requiere menos tiempo del personal en comparación al tiempo del personal que significa cuidar a los bebés en la sala de recién nacidos, preparar y darles leche artificial o transportarles de ida y vuelta para que amamante.</li> </ul>
<p>Cuando los bebés se llevan de la sala para revisiones, exámenes de laboratorio y procedimientos de medición, se interfiere con la lactancia a demanda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alentar a los médicos para que examinen a los bebes en las salas de sus madres. Enfatique que ahorra el tiempo, ya que se puede dar educación y se pueden responder preguntas en este momento. Resalte que la satisfacción del paciente también aumenta como resultado.</li> <li>■ Disponga que el personal complete otros procedimientos en sala de madres, cuando sea posible, Por ejemplo se puede llevar la balanza sobre ruedas de una sala a otra.</li> <li>■ Pida al personal que trate de programar los procedimientos que deben realizarse fuera de la sala de después de haber amamantado, o sugiera que la madre acompañe al bebe y le alimente cuando se necesite.</li> <li>■ Informe al personal que los bebes no deben suplementarse cuando se les lleva para realizar procedimientos. Si es necesario, debe llamarse a la madre para que amamante al bebé.</li> </ul>
<p>Las horas de visita que son prolongadas o irrestrictas interfieren con la lactancia a demanda. Las madres deben sentirse avergonzadas de amamantar frente a las visitas, o tal vez estén ocupadas con las visitas, o pueden estar muy exhaustas después de alimentar a sus bebes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Acortar las horas de visita o limitarlas (ej., 2 visitas por paciente o solamente parientes cercanos y abuelos).</li> <li>■ Disponga que el personal entregue letreros a las madres para que se coloquen en su puerta (si tienen habitaciones privadas) que pidan no ser molestadas si están descansando o alimentado a su bebe.</li> <li>■ Pida a los instructores de las clases de prenatal que enfaticen la importancia de limitar las horas de visita para darle más tiempo a la madre y el bebe, para que</li> </ul>

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
	aprendan ambos madre y bebe, se alimente al bebe y más.

## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

<b>PASO 9: No damos biberones ni chupones.</b>
--

### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Revisar los procedimientos de rutina. Las políticas del hospital deben:
  - desalentar a las madres o miembros de familia que eviten traer al hospital chupones para el uso de los bebés;
  - prohibir el uso de biberones y chupones en el hospital;
  - proveer de guía para el uso de métodos alternativos de alimentación por ejemplo uso de tazas, cucharillas si se utilizan los sucedáneos de la leche materna;
- Adquirir los suministros (ej. tazas, jeringas, cucharas) para que se utilicen al administrar sucedáneos de la leche materna a los bebés (sin usar tetinas o biberones) en casos donde hubieran razones médicas aceptables para la suplementación. (Ver Paso # 5.)

**PASO 9: No damos biberones ni chupones.**

**Inquietudes frecuentes y soluciones**

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
<p>Cuando los bebés se alteran, los chupones les calman. Es posible que los bebés no tengan hambre pero igual necesitan succionar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bebés pueden llorar por varias razones. Pida al personal que explore las alternativas a los chupones. (ej. Alentar a las madres que sostengan a sus bebés, que ofrezcan el pecho, que revisen si tiene el pañal mojado), tal vez en una discusión de grupo.</li> </ul>
<p>El personal de enfermería y/o madres no creen que los chupones causen problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegúrese que el personal y las madres se eduquen respecto a los problemas con el uso de chupones (ej. interfieren con la respuesta motora oral involucrada en la lactancia, se contaminan fácilmente.)</li> <li>■ Organizar un comité ad hoc para revisar la literatura y hacer una presentación al personal administrativo y médico sobre los problemas relacionados con el uso de los chupones.</li> <li>■ Colocar un letrero visible para el personal y pacientes -- “no más chupones para bebés que amamantan” – y enumere las razones porque.</li> <li>■ Si la madre solicita un chupón, el personal debe analizar con la madre los problemas que causarán. Considere pedirle que firme un consentimiento informado que discuta los riesgos de la confusión de patrón de succión, la alteración en producción de leche y la contaminación.</li> <li>■ En escenarios donde la contaminación de chupones puede provocar la diarrea y otras enfermedades, es mejor alentar a calmar el llanto de otra manera o que la madre o el miembro de la familia que esté con el bebé utilice su dedo lavado como chupón.</li> </ul>
<p>Los chupones son gratuitos para las madres que los soliciten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Calcule los ahorros para el hospital si deja de comprar los chupones y tetinas.</li> <li>■ Establecer una política señalando que el hospital no regalara más chupones, y si la madre quiere utilizarlos, deberá traerse uno propio.</li> </ul>
<p>El recién nacido puede aspirarse si se alimenta en taza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proveer al personal con ejemplos (a través de videos, diapositivas, o visitas) de recién nacidos amamantando exitosamente en taza en otros hospitales.</li> <li>■ Enfatice la posibilidad y la seguridad de alimentar</li> </ul>

<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
	con taza.
El costo de tazas, jeringas y cucharas puede ser alto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los tipos especiales de tazas, jeringas y cucharas no son necesarios. Solo necesitan estar limpias.</li> </ul>

## **Los diez pasos para una lactancia exitosa para escenarios donde el VIH es prevalente: Resumen de la experiencia**

**PASO 10: Auspiciar la formación de grupos de apoyo comunitarios y referir a la madre a estos grupos a su alta.**

### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Trabajar con personal clave del hospital para identificar recursos en el hospital y en la comunidad para conformar un grupo de apoyo a la lactancia.
- Asegurarse que el hospital brinda apoyo para el seguimiento de lactancia, por ejemplo a través de un clínica postnatal, programa una visita en la semana del alta y se asegura que la lactancia es evaluada y que los problemas se identifican y se tratan.
- Explorar las formas de vincular a las madres en el nivel comunitario con grupos de apoyo a la lactancia, tales como los centros de salud, clínicas materno-infantiles, y grupos de apoyo a la lactancia. (ONG como la Liga de la Leche). Un medio será enviar una papeleta de referencia o alta para la clínica comunitaria donde la madre puede llegar para cuidado postnatal y al mismo tiempo decirle que podrá recibir apoyo para la lactancia..
- Explore las formas de vincular a la madre infectada por el VIH-con el nivel comunitario para gente que vive con elVIH/SIDA incluyendo centros de salud, centros materno- infantiles, ONGs, iglesias, y algunos grupos basados en la atención domiciliaria. Las referencia óptimas se realizaran de tal manera que se preserve la privacidad y confidencialidad. En algunas localidades los grupos de apoyo para madres infectadas con el VIH y sus bebés puede ser apropiado, y en otras no, por lo cual el apoyo sera individual de una en una.
- Coordinar para que la madre contacte grupos de apoyo cuando aún está en el hospital. Por ejemplo, los voluntarios pueden ofrecer refrescos en las salas y a la vez dar información sobre donde conseguir apoyo para la lactancia. Los voluntarios pueden conducir los consultorios de lactancia, hacer las visitas en sala, etc. Para las madres infectadas con el VIH, dependerá de las circunstancias y de cómo se realiza el primer contacto.
- Considere pedir al personal del hospital que organice grupos de apoyo de lactancia, para los cuales, en principio, el personal serviría como facilitador. Coordine capacitar al personal del hospital sobre cómo organizar y facilitar grupos de apoyo a la madre, y considerar capacitación similar para otros líderes potenciales de grupos de apoyo.
- Elabore información (verbal y escrita) en recursos de apoyo a la lactancia disponibles para la madre, la familia y la comunidad.
- Elaborar información (verbal y escrita )de los alimentos de sustitución localmente apropiados y los recursos disponibles para las madres infectadas con el VIH y, si ella lo desea, su familia y comunidad.

**PASO 10: Auspicial la formación de grupos de apoyo comunitarios y referir a la madre a estos grupos a su alta.**

### Inquietudes frecuentes y soluciones

Inquietud	Soluciones
<p>Los miembros del personal del hospital no están familiarizados con los Buenos recursos de apoyo a la lactancia a los que pueden referir a las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formar un grupo ad hoc con los representantes del hospital, centros materno- infantiles, y cualquier grupo de apoyo a la lactancia que pueda identificarse. Pida a los grupos que elaboren una lista de recursos y la pongan a disponibilidad del personal del hospital, médicos locales y madres.</li> <li>■ Alentar a que los grupos de apoyo locales se reúnan ocasionalmente en el hospital, que puede proveer de espacio y publicidad gratuita.</li> <li>■ Coordine una reunión informativa de los grupos de apoyo para que el personal del hospital sobre los servicios que ofrecen.</li> <li>■ Coordine para el apoyo comunitario para el VIH mediante mini sesiones de capacitación, para el personal en la oferta de servicios para las mujeres infectadas con el VIH y sus familias.</li> </ul>
<p>Existe una impresión errónea que el profesional no debe involucrarse en la organización o entrenamiento de los grupos de apoyo a las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si no existen líderes comunitarios para organizar y facilitar los grupos de apoyo de madres explore la posibilidad de utilizar al personal de salud con este propósito. Si el personal de salud se involucra, necesitarán ser entrenados a no dirigir o dominar grupos pero a facilitar que se comparta y apoye a las madres. Si aparecen líderes laicos, pueden recibir capacitación adicional y luego dirigir el trabajo del grupo.</li> </ul>
<p>Los grupos laicos de líderes y sus miembros pueden dar información incorrecta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Asegurarse que los líderes potenciales de grupos de apoyo a la madre, reciban la capacitación necesaria y que las madres mismas reciban educación pre y postnatal correctas en lactancia del personal del hospital.</li> </ul>
<p>Los administradores del hospital tienen mucho que hacer y organizar los grupos de apoyo sería una imposición seria..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explorar si grupos o individuos voluntarios con conocimiento pueden ayudar o inclusive tomar la responsabilidad de esta actividad.</li> </ul>
<p>El grupo de apoyo de madre a madre no funciona en la cultura local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Explorar los mecanismos de apoyo culturalmente aceptables para la madre que amamanta. Por ejemplo:</li> <li>■ Involucrar organizaciones tradicionales o religiosas para mujeres que provean apoyo en lactancia u otro</li> </ul>



<b>Inquietud</b>	<b>Soluciones</b>
	<p>apoyo general a la madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reforzar el rol de la familia extendida en el apoyo de lactancia mediante la entrega de información a los miembros que es más posible que multipliquen la información o den consejos.</li> </ul>
<p>El seguimiento después del alta es muy caro. Las visitas domiciliarias son imposibles y solamente posibles en emergencias o para pacientes de muy alto riesgo. El contacto telefónico es imposible o poco confiable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analice que mecanismos de seguimiento son los mas posibles en la situación local, considerando las restricciones, por ejemplo:</li> <li>■ Disponga la evaluación de la lactancia y el apoyo durante las visitas postnatales.</li> <li>■ Arreglar las visitas de al menos las que están en riesgo de tener problemas con la lactancia.</li> <li>■ Referir a las madres a los centros de salud comunitarios, trabajadores de extensión comunitaria, y/o grupos voluntarios que pueden dar apoyo.</li> </ul>

# **Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo**

## **Ejemplo**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

**Acciones necesarias para implementar el paso**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

### **Preocupaciones comunes y soluciones**

<b>Preocupaciones</b>	<b>Soluciones</b>

**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de  
trabajo  
Ejemplo**

**PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto**

**Preocupaciones comunes y soluciones**

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de recién nacidos, una persona es suficiente para supervisar a varios bebés.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Asegure al personal que los bebés están mucho mejor en alojamiento conjunto con sus madres, además de los beneficios de seguridad, calor y lactancia a demanda.</li><li>■ Enfatice que la supervisión de 24 horas no es necesaria. El pasar por la sala periódicamente para responder a las necesidades de la madre es suficiente.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Las tasas de infección serán mayores si los bebés y sus madres permanecen juntos que cuando están en la sala de recién nacidos.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="898 431 1730 878">■ Enfatique que el peligro de infección se reduce cuando los bebés permanecen con sus madres en vez de permanecer en las salas de recién nacidos expuestos a la mayoría de los trabajadores.</li><li data-bbox="898 878 1730 1273">■ Provea al personal datos que muestran las tasas de infección bajas de enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis cuando están en alojamiento conjunto.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Los bebés se caerán de la cama de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Enfatique que los recién nacidos no se mueven.</li><li>■ Si las madres están aun preocupadas, arregle las camas y colóquelas contra la pared, o si es aceptable culturalmente, ponga las camas juntas en pares para que las madres tengan a sus bebés en el medio</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Soluciones</b>
<p>El alojamiento completo, con separaciones de sólo media hora, parece imposible, algunos procedimientos necesitan ser realizados fuera de la habitación de sus madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudie estos procedimientos cuidadosamente. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebe antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden ser realizados en las habitaciones de las madres.</li> <li>■ Revise las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando su bebé es examinado frente a la madre.</li> </ul>

# **Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo**

## **PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto.**

### **Acciones necesarias para implementar el PASO**

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento. Elimine la sala de recién nacidos. Haga los arreglos necesarios para mejorar la higiene, el confort y la seguridad de la madre y el bebé.
- Solicite y coordine un entrenamiento para el personal de puerperio y de la sala de recién nacidos para que todos tengan las habilidades para atender adecuadamente a la madre y bebé.
- Establezca sesiones educativas individuales o grupales para las madres sobre atención de madres y bebés en el puerperio. Las sesiones pueden incluir información sobre cómo cuidar a los bebés en el alojamiento conjunto.



**Los Diez Pasos a una lactancia exitosa:  
Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja  
de trabajo  
Ejemplo**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

**Acciones necesarias para implementar el paso**

**Paso 1: Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.**

### **Preocupaciones comunes y soluciones**

<b>Preocupaciones</b>	<b>Soluciones</b>

# Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo

## PASO 7: Practicar el alojamiento conjunto

### Preocupaciones comunes y soluciones

Preocupación	Solución
Es difícil supervisar el estado general del bebé que está en alojamiento conjunto. En la sala de recién nacidos, una persona es suficiente para supervisar a varios bebés.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Asegure al personal que los bebés están mucho mejor en alojamiento conjunto con sus madres, además de los beneficios de seguridad, calor y lactancia a demanda.</li><li>■ Enfatice que la supervisión de 24 horas no es necesaria. El pasar por la sala periódicamente para responder a las necesidades de la madre es suficiente.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Las tasas de infección serán mayores si los bebés y sus madres permanecen juntos que cuando están en la sala de recién nacidos.	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Enfatique que el peligro de infección se reduce cuando los bebés permanecen con sus madres en vez de permanecer en las salas de recién nacidos expuestos a la mayoría de los trabajadores.</li><li>■ Provea al personal datos que muestran las tasas de infección bajas de enfermedad diarreica, sepsis neonatal, otitis media y meningitis cuando están en alojamiento conjunto.</li></ul>

<b>Preocupación</b>	<b>Solución</b>
Los bebés se caerán de la cama de sus madres.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="865 425 1764 548">■ Enfaticese que los recién nacidos no se mueven.</li><li data-bbox="865 555 1764 989">■ Si las madres están aun preocupadas, arregle las camas y colóquelas contra la pared, o si es aceptable culturalmente, ponga las camas juntas en pares para que las madres tengan a sus bebés en el medio</li></ul>

## Preocupación

El alojamiento completo, con separación de sólo media hora, parece imposible, algunos procedimientos necesitan ser realizados fuera de la habitación de sus madres.

## Soluciones

- Estudie estos procedimientos cuidadosamente. Algunos no son necesarios. (Ejemplo: pesar al bebé antes y después de amamantar.) Otros procedimientos pueden ser realizados en las habitaciones de las madres.
- Revise las ventajas para la madre y el tiempo ahorrado al médico cuando su bebé es examinado frente a la madre.

# **Los Diez Pasos a una lactancia exitosa: Acciones, preocupaciones y soluciones – hoja de trabajo Ejemplo**

## **PASO 7: Se practica el alojamiento conjunto.**

### **Acciones necesarias para implementar el paso**

- Realizar los cambios necesarios en el espacio físico del establecimiento. Elimine la sala de recién nacidos. Haga los arreglos necesarios para mejorar la higiene, el confort y la seguridad de la madre y el bebé.
- Solicite y coordine un entrenamiento para el personal de puerperio y de la sala de recién nacidos para que todos tengan las habilidades para atender adecuadamente a la madre y bebé.
- Establezca sesiones educativas individuales o grupales para las madres sobre atención de madres y bebés en el puerperio. Las sesiones pueden incluir información sobre como cuidar a los bebés en el alojamiento conjunto.

# Sesión 6: Costos y ahorros

## Objetivos

A la conclusión de esta sesión los participantes serán capaces de:

- Describir los costos potenciales y el ahorro relacionado con la conversión y mantenimiento de los establecimientos como hospital Amigo del Niño.
- Sugerir varias formas creativas para minimizar costos o utilizar los recursos existentes cuando se implementan los Diez Pasos.
- Describir como estimar costo y ahorro relacionado con la protección, promoción y apoyo de la lactancia en sus propios establecimientos de salud.
- Debatir el costo y ahorro relacionados con la protección, promoción y apoyo de la lactancia y el apoyo de la familia, el sistema de salud y el país (opcional).

## Duración

Costo y ahorro en los servicios de salud (incluyendo las propias instituciones de los participantes):

50 minutos

Costo y ahorro y para la familia: 15-30 minutos (opcional)

Costo y ahorro a nivel del sistema de salud y nivel nacional: 15 minutos (opcional)

Costo y ahorro relacionado con la promoción de la lactancia (discusión): 10 minutos

Total: 1 a 1¼ horas

## Metodología de enseñanza

Presentación

Trabajo de Grupo

Discusión

## Preparación de la sesión

- Revisar las diapositivas/transparencias provistas en el plan de la sesión. Se presenta la información sobre costo y ahorro in ambos países industrializados y no industrializados. Tal vez quiera utilizar un juego de diapositivas/transparencias en la sesión, enfatizando aquellas con mayor relevancia para su propia situación.
- Prepare diapositivas/transparencias que presenten costos y ahorros de su propio país o región si es posible. El utilizar datos locales y nacionales en esta sesión ayudará en gran magnitud a



la relevancia para los participantes. Si la información no está disponible, el proceso de recolección de la información debe realizarse varias semanas antes del curso.

- Una mini versión de la presentación de las diapositivas/transparencias se incluye en el material que se entrega a los participantes. Si se omiten algunas diapositivas/transparencias o se incluyen otras, considerar modificar este material de la misma manera.
- Después de revisar la sesión entera, debe decidir si se incluyen las secciones 4 y 5, que se focalizan en el costo y el ahorro para la familia, sistema de salud y nivel nacional. El costo y ahorro del establecimiento de salud (revisado en las secciones 1-3) son especialmente relevantes para el establecimiento de salud. Si el auditorio incluye a tomadores de decisión en salud, vinculados con un sistema de salud más grande, las secciones 4 y 5 pueden ser de interés particular para ellos. Si existe la necesidad de acortar la sesión, considere omitir algo o todo el material en estas últimas secciones.
- Si piensa incluir el ejercicio descrito en la sección 4, debe decidir si se utilizarán las diapositivas/transparencias 6.15 o 6.16 y la Hoja Didáctica 6.4a o 6.4b, dependiendo si existen salarios promedios diferentes para el área rural o urbana en el país, y coleccionar la información para el ejercicio del costo de la leche artificial de diferentes marcas, y el salario promedio. Antes que la sesión comience, actualizar la hoja didáctica que vaya a utilizar, con el precio y el peso de las latas de leche que se encuentran localmente, (por ejemplo latas de 500g o latas de 450g) y ajustar el número que se necesite de manera que sean los 20 Kg de fórmula que se necesitarán durante los seis meses. (por ejemplo: 40 latas de 500g o cerca de 44 latas de 450g). Luego llene con información respecto a las marcas de fórmula y su costo, así como el salario (mínimo) promedio.

### Material de capacitación

#### *Resúmenes*

Los resúmenes disponibles de estudios recientes presentados en la Sesión 6

#### *Hojas didácticas*

- 6.1 Presentación de la sesión 6
- 6.2 Análisis de costo de mantener una sala de recién nacido en el Dr. Jose Fabella Memorial Hospital
- 6.3 Tabla 1: Costo potencial y ahorro asociado con la promoción de la lactancia en los hospitales (organizado de acuerdo a los Diez Pasos)
- 6.4a: Ejercicio: El porcentaje de salario que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé durante 6 meses
- 6.4b: Ejercicio: El porcentaje de salario urbano y rural para alimentar con fórmula a un bebé durante 6 meses

#### *Diapositivas /transparencias*

6.1 - 6.32

El sitio web de este curso tiene los vínculos para descargar las diapositivas (a color) que pueden utilizarse en una computadora portátil y un proyector LCD, si hubiera disponible.

Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos

para proyectarse con una retroproyectora. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

## Referencias

Aguayo VM, Ross J. The monetary value of human milk in Francophone West Africa: A PROFILES analysis for nutrition policy communication. *Food Nutr Bull*, 2002, 23(2):153-61.

American Public Health Association. Breastfeeding promotion in Honduras: the PROALMA project. *Mothers and Children*, 1987, 6(3):103.

Autotte PA. *A mid-term evaluation of hospital institutions for the PROALMA Project, Honduras*. INCS Report Series. Newton, MA, Educational Development Center, 1985.

Avendona P, Matson D, Long J, Whitney S, Matson C, Pickering L. Costs associated with office visits for diarrhea in infants and toddlers. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1993, 12:897-902.

Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding, Breastfeeding 2001, Part I: The evidence for breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48(1):253-262.

\*Ball TM, Wright AF. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

Berg A. *The Nutrition Factor*. Washington D.C., The Brookings Institution, 1973.

Bhatnagar S, Jain NP, Tiwara VK. Cost of infant feeding in exclusive and partially breastfed infants. *Indian Pediatrics*, 1996, 33:655-658.

\*Bitoun P. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, 1994, 216:10-13 (English-language desktop publishing provided by Wellstart International, San Diego CA).

Bonuck K, Arno PS, Memmott MM, Freeman K, Gold M, McKee D. Breastfeeding promotion interventions: Good public health and economic sense. *Journal of Perinatology*, 2002, 22:78-81.

Chee G, Makinen M, Sakagawa B, Franklin N, Quinn V, Schubert J, Agble R. *Cost and effectiveness analysis of LINKAGES' breastfeeding interventions in Ghana*. Bethesda, MD, Abt Associates, 2002.

\*Cohen R, Mrtek MD, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *American Journal of Health Promotion*, 1995, 10(2):148-153.

Daga SR, Daga AS. Impact of breast milk on the cost-effectiveness of the special care unit for the newborn. *J Trop Pediatr*, 1985, 31:121-3.

Department of Health. *Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS*. London, United Kingdom of Great Britain, 1995.

Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeeding Review*, 1997, 5(1): 7-16.

Eldridge S, Croker A. 2005, Breastfeeding friendly workplace accreditation. Creating supportive workplaces for breastfeeding women. *Breastfeed Rev*, 2005, 13(2): 17-22.

Fiedler JL. *The Cost of the Breastfeeding Promotion Program in the Guilherme Alvaro Hospital of Santos, Brazil*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, International Science and Technology Institute, 1993.

\*Fok D, Mong TG, Chua D. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

\*Gonzales R. *Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila*. [Transparencies presented in meeting in Manila, Philippines], 1990.

Greiner T y col. *The Economic Value of Breastfeeding* (with results from research conducted in Ghana and the Ivory Coast). Cornell International Nutrition Monograph Series 6, Ithaca, New York, Cornell University, 1979.

\*Gupta A, Khanna K. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

Heinig MJ. Breastfeeding and the bottom line: why are the cost savings of breastfeeding such a hard sell? *Journal of Human Lactation*, 1998, 14(2):87-88.

Hoey C, Ware J. Economic advantages of breastfeeding in an HMO setting: A pilot study. *The American Journal of Managed Care*, 1997, 3:861-865.

Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy and Planning*, 1996, 11(2): 156-168.

Huffman SL. *Panama Breastfeeding Promotion Project Evaluation*. Washington D.C., Center to Prevent Childhood Malnutrition and the Academy for Educational Development, 1990.

\*Huffman SL, Panagides D, Rosenbaum J, Parlato M. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, Academy for Educational Development, 1991.

Huffman SL, Steel A, Toure KM, Middleton E. *Economic Value of Breastfeeding in Belize*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1992.

Jarosz LA. Breastfeeding versus formula: Cost comparison. *Hawaii Medical Journal*, 1993, 52(1):14-18.

Levine R. *A Workbook for Policymakers, Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition and Social Sector Policy Analysis Project, Academy for Educational Development, 1991.

\*Levine R, Huffman SL. *The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels, A Review of the Literature*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

Levine R, Huffman SL, Labbok M. *Changing Hospital Practices to Promote Breastfeeding: Financial Considerations*. Washington D.C., Reproductive Health, Georgetown University, Department of Ob-Gyn, 1990.

Marquez LE, Piwoz E, Wong R, Huffman SL. *Application of the "Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding" in El Salvador and Suggestions for Future Modifications to the Guide*. Washington D.C., Wellstart International, 1994.

Melville BM. Can low income women in developing countries afford artificial feeding? *Journal of Tropical Pediatrics*, 1991, 37:141-142.

Montgomery D, Splett P. Economic benefit of breastfeeding infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 1997, 97:379-385.

Mora JO. *Results of the Field Test in Guatemala of the Workbook "Guide to Assessing the Economic Value of Breastfeeding"*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, University Research Corporation and International Science and Technology Institute, 1991.

\*Nuture. The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, 1990, 1(1):1-16, September.

Phillips M, Sanghvi T, Fiedler J, Lutter C, Perez-Escamilla R, Rivera A, Teruya K, Segall AM. *A Comparison of the Costs, Savings and Cost-Effectiveness of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Programs in Latin America*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, University Research Corporation and International Science and Technology Institute, 1994.

Riordan J. The cost of not breastfeeding: A commentary. *Journal of Human Lactation*, 1997, 13:93-97.

Robertson R, Sanghvi T, Brownlee A, Fiedler J. *Guidelines for Estimating the Costs, Savings, and Cost Effectiveness of Breastfeeding Promotion Through Health Facilities*. Washington D.C., Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project, International Science and Technology Institute, 1995.

Rohde JE. Mother milk and the Indonesian economy: A major national resource. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1982, 28(4):166-74.

Saadah R ed., with Labbok M, Cooney K, Koniz-Booher P. *Breastfeeding: The Technical Basis and Recommendations*. Geneva, World Health Organization, 1993.

\*Soetjiningsih, Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

Smith JP. Human milk supply in Australia. *Food Policy*, 1999, 24(1): 71-91.

Smith JP, Ellwood M. Where does a mothers' day go? Preliminary estimates from the Australian Time Use Survey of New Mothers, paper presented at the International Association of Time Use Researchers annual conference, Copenhagen Denmark 2006.

Smith JP, Thompson JF, Ellwood DA. Hospital system costs of artificial infant feeding: Estimates for the Australian Capital Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2002, 26(6): 543-51.

Smith JP, Ingham LH. Mothers milk and measures of economic output. *Feminist Economics*, 2005, 11(1): 43-64.

Tuttle C, Dewey K. Potential cost savings for Medi-Cal, ADFC, food stamps and WIC programs associated with increasing breastfeeding among low-income Hmong women in California. *Journal of the American Dietetic Association*, 1996, 96:885-890.

United States Breastfeeding Committee. *Economic benefits of breastfeeding (issue paper)*. Raleigh, NC, United States Breastfeeding Committee, 2002.

\*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. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1993, 39:142-151.

Walker M. Why aren't more mothers breastfeeding? The benefits are clear. So how do we convince mothers? *Childbirth Instructor*, 1992, (Winter):19-24.

\*Weimer J. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis, Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13*. Washington D.C., U.S. Department of Agriculture, 2001.

\*Wong R, Marquez L, Piwoz E, Melendez C, Huffman S. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart International and Nuture, 1994.

Woolridge M. *UK Baby Friendly Initiative, Calculating the Benefits of Breastfeeding*. London, United Kingdom, UNICEF UK (draft), 1995.

\*WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide*. pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993.

Wright A, Holberg C, Martinez F. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *British Medical Journal*, 1989, 299:945-949.

\* Referencias utilizadas en el Plan de Sesión.

## Contenidos mínimos

Contenido	Notas del Capacitador
<b>1. Costos y ahorros por concepto de promoción de lactancia en los establecimientos de salud</b>	<i>Presentación y discusión: 10 minutos</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos pequeños de los ahorros por promoción de lactancia y alojamiento conjunto en los establecimientos de salud:</li> </ul>	Mencionar que una mini versión de las diapositivas se reproduce en la Hoja Didáctica 6.1 que se incluye en la carpeta de los participantes.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reducción de la necesidad de fórmula infantil, biberones, glucosa y ocitocina, en el Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa, Honduras (<i>Huffman y col.</i>).</li> </ul>	Diapositiva/transparencia 6.2
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reducción en la adquisición de fórmula y soluciones intravenosas en el Hospital Sanglah en Indonesia (<i>Soetjiningssih &amp; Suraatmaja</i>).</li> </ul>	Diapositiva/transparencia 6.3
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reducción de la duración de la hospitalización en el Hospital Sanglah en Indonesia (<i>Soetjiningssih &amp; Suraatmaja</i>).</li> </ul>	Diapositiva/transparencia 6.4
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disminución del uso de biberones en la sala de recién nacidos en el Hospital Santo Tomas in Panama City (<i>Levine y col.</i>)</li> </ul>	Diapositiva/transparencia 6.5
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disminución de la necesidad de personal en el Hospital de Clínicas de la Universidad Católica de Chile (<i>Valdez y col.</i>)</li> </ul>	Diapositiva/transparencia 6.6  Enfatizar, si es apropiado, que el personal no será despedido pero será reasignado a otra función mas importante.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Análisis de costos de mantenimiento de una sala de recién nacidos en el Hospital Dr. Jose Fabella Memorial Hospital</li> <li>■ Cálculo de los costos recurrentes para el mantenimiento de una sala de recién nacidos alimentados con fórmula en comparación al sistema actual de alojamiento conjunto y</li> </ul>	Muestre las diapositivas/transparencias 6.7 - 6.11 y referir a los participantes a la Hoja Didáctica 6.2. Informar a los participantes que el Director Médico del Hospital Fabella hizo esta estimación del ahorro que resulta de la adopción del alojamiento conjunto en el hospital y calculando los costos extra en precios actuales de mantener al personal de enfermería completo de la sala de neonatología y la alimentación con fórmula en

Contenido	Notas del Capacitador
<p>promoción de la lactancia intensiva (<i>Gonzales</i>).</p>	<p>comparación con el alojamiento conjunto. Revise el resumen de los costos de mantener la sala de recién nacidos presentado en las diapositivas/transparencias y sugiera a los participantes que vean luego la Hoja Didáctica 6.2 si están interesados en detalles adicionales de cómo se hicieron los cálculos. Mencionar que los costos de transformar la sala para el alojamiento conjunto como (capacitación y cambios físicos) necesitan también incluirse en el cálculo. Indague si hay preguntas o comentarios de los participants.</p>
<p><b>2. Formas creativas de minimizar los costos o utilizar los recursos existentes cuando se implementen los Diez Pasos</b></p>	<p><i>Presentación y discusión: 10 minutos</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Presentación de ejemplos de una variedad de países, de maneras de minimizar los costos o utilizando los recursos existentes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reasignar personal, de la sala de cuidados de recién nacidos normales/o sala de lactario, a proveer de atención al binomio madre/recién nacido y brindar educación en las salas de alojamiento conjunto.</li> <li>■ Organice un grupo de voluntarios para proveer de consejería en lactancia en las salas o pedir a una organización local de apoyo a la madre para que dé este servicio. (Proveer de capacitación y normas escritas para asegurar la calidad.</li> <li>■ Los bebés deben permanecer en la misma cama de sus madres, si es aceptable culturalmente, en lugar de proveerles con cunas o cuneros.</li> <li>■ Use un refrigerador simple para guardar la leche materna extraída y frascos de bajo costo para la alimentación por taza.</li> <li>■ Orientar a las madres, que se quedan en el hospital, para que amamenten a su prematuro o bebé enfermo, si es</li> </ul> </li> </ul>	<p>Muestre las diapositivas /transparencias 6.12 y 6.13 y describa los ejemplos de las formas creativas para minimizar los costos o utilizar recursos existentes cuando se implementan los Diez Pasos. Enfatizar que lo que es adecuado y posible difiere entre países, y que estos ejemplos sólo les dará una idea de las maneras cómo los establecimientos pueden bajar los costos mientras implementan los Diez Pasos.</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p>posible, asistirle para que atienda a su bebé.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos o sugerencias de los participantes sobre las formas creativas de cortar los costos y utilizar los recursos existente mas eficiente y económicamente</li> </ul>	<p>Después de dar los ejemplos, pida a los participantes que den sus sugerencias sobre ideas creativas para bajar los costos o utilizar los recursos existentes. (Si los participantes no tienen muchos ejemplos para contribuir, pida a los capacitadores que den ideas y/o contribuyan con otras sugerencias, al igual que usted.) Elabore una lista de sugerencias en el reverso del rotafolio.</p>
<p><b>3. Estimando costos y ahorros en las propias instituciones de los participantes:</b></p>	<p><i>Breve presentación, trabajo de grupo, y discusión: 30 minutos</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisar la Tabla que describe los costos potenciales y ahorro asociados a la promoción de la lactancia relacionada con cada uno de los “10 pasos” en los establecimientos de salud.</li> </ul>	<p>Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 6.3. Describa como la Tabla puede ser utilizada para identificar los ítems a considerar cuando se calculan los costos y ahorros.</p> <p>Pida a los participantes que estén trabajando cerca que se unan en grupos de dos o tres para examinar la Tabla durante 10 minutos o más y encerrar en un círculo los ítems de las diferentes categorías que posiblemente resulten en costos substanciales y substancial ahorro en los establecimientos de salud como el suyo cuando se realizan los cambios para promocionar mejor la lactancia y convertirse en Hospital Amigo.</p> <p>Pida a cada grupo informar brevemente sobre los costos y ahorros que han identificado. Hacer una lista en el rotafolio en dos columnas.</p> <p>Enfatizar que puede ser muy útil estimar los costos y ahorros del hospital de cada uno de los participantes. Si los ahorros superan los costos, este es un incentivo adicional para convertirse en Amigo del Niño. Si algunos establecimientos de salud necesitan suspender la recepción de sucedáneos de la leche materna gratuitas o a bajo costo para ser designado como Hospital Amigo del Niño enfatizando nuevamente que esta</p>



Contenido	Notas del Capacitador
	condición es un requisito para el Código Internacional y es mejor para las madres y los bebés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discusión de estrategias que los participantes pueden utilizar para calcular los costos actuales y ahorros asociados con la promoción de la lactancia en sus propias instituciones.</li> <li>■ Los participantes pueden considerar si sería útil y factible calcular los costos y ahorros relacionados con la implementación de los Diez Pasos para una lactancia exitosa en sus propias instituciones, y si lo hacen, cuál sería el procedimiento.</li> </ul>	<p>Pida a los participantes que den ideas respecto a como calcular los costos y ahorros en sus propias instituciones. Los preguntas pueden incluir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si se archiva la información de los costos y ahorros porque es importante en su institución para tomar decisiones concernientes a la IHANy lactancia, identificar quien utiliza los datos.</li> <li>■ Si escogerían hacer solamente estimado de costos y ahorros o planifican un estudio más completo y detallado.</li> <li>■ Si el estudio será retrospectivo (como el estudio del Hospital Fabella, que estimó los costos adicionales si se reinstalaba la sala de recién nacidos ) o prospectivo, (midiendo los costos y ahorros que surgen a medida que se implementa la IHAN)</li> <li>■ Dependiendo del tipo y complejidad del estudio, si un economista necesitaría involucrarse.</li> </ul>
<b>4. Costos estimados y ahorros para la familia (opcional)</b>	<b><i>Presentaciones, trabajo de grupo, y discusión: 15-30 minutos</i></b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Decidir si se incluirán estas próximas dos secciones en la sesión, dependiendo del tiempo disponible y si es importante considerar los costos y ahorros para la familia, sistema de salud, y nacionales, considerando el tipo de participantes en el curso. Si se desea, una versión abreviada de esta sección puede presentarse utilizando solamente las diapositivas/transparencias seleccionadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Es importante ver brevemente los costos y ahorros de la promoción de la lactancia para la familia, tanto por efecto de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño no se suspenda en la puerta del hospital, y porque es útil considerar el impacto de la</li> </ul>	Mostrar la diapositiva/transparencia 6.14, la cual provee el título del encabezado para la parte de la sesión que enfoca los costos y ahorros para la familia.

Contenido	Notas del Capacitador
<p>promoción de la lactancia desde una perspectiva más amplia</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos de costos menores para la familia, pueden ser el resultado de una lactancia óptima.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia puede reducir enormemente los gastos de la familia, especialmente en situaciones donde el costo de la fórmula consume una buena porción del salario de un trabajador promedio (<i>OMS</i>).</li> </ul>	<p>Pedir a los participantes que calculen y comparen el costo de la fórmula infantil para seis meses con el salario promedio (o mínimo) para el mismo periodo.</p> <p>Antes del inicio de la sesión, decidir si se usa la Diapositiva/transparencia 6.15 o 6.16 y la Hoja Didáctica 6.4a o 6.4b, dependiendo si hay un salario promedio (o mínimo) para el país, o diferentes salarios para las áreas rurales y urbanas. Como se mencionó en la parte “Preparación para la Sesión”, antes que comience la sesión, adapte la las hojas didácticas que utilizará para que se use la “lata” de fórmula de peso común en el mercado local (por ejemplo latas de 500g o latas de 450g) y ajuste el número de latas necesario para obtener los 20 Kg de fórmula que se necesitan en los primeros seis meses (por ejemplo 40 latas de 500g o cerca de 44 latas de 450g). Luego llene la información concerniente a las marcas de fórmula y sus costos, así como el promedio (o mínimo) del salario.</p> <p>Los participantes pueden completar el ejercicio en un grupo con una marca de fórmula y el facilitador llenará las respuestas en la transparencia. Alternativamente, puede hacerse lo mismo en pequeños grupos que hagan el cálculo utilizando diferentes marcas de fórmula e informar los resultados.</p> <p>Discutir los resultados brevemente, enfatizar la carga económica innecesaria que la compra de fórmula da a la familia, puesto que alimentar a un bebé con fórmula consume una gran parte el salario promedio (o mínimo) que muchas familias no pueden costear. Mencionar que existen otros costos relacionados con la alimentación de fórmula además del costo de</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>esta, tal como el costo del combustible y el agua, el tiempo que toma lavar y esterilizar los biberones y chupones, etc. Enfatizar que la promoción de la fórmula al público está prohibida bajo el Código Internacional y que es la responsabilidad de los servicios de salud asegurar que ellos no promueven de ninguna manera ni endosan el uso de los sucedáneos de la leche materna.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A continuación algunos ejemplos de costos en países para un mes de sucedáneo de la leche materna para un bebé de 3 meses con un salario mínimo y el porcentaje que significa comprar la fórmula (Gupta and Khanna).</li> </ul>	<p>Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.17. Señalar que estas estimaciones no incluyen el tiempo que toma obtener, preparar, y administrar la leche artificial.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Costo de suplementar las dietas de las madres que amamantan son menores que la compra de sucedáneos de la leche materna. (Ejemplos de Costa de Marfil y Francia) (Nurture y Bitoun)</li> </ul>	<p>Muestre las diapositivas/transparencias 6.18 y/o 6.19. Enfatizar el hecho que el porcentaje del promedio salarial o del salario mínimo que se necesita para suplementar la alimentación de la madre que amamanta es mucho menor de la que se necesita para la compra de sucedáneos de la leche materna.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (Alternativa a las diapositivas/transparencias 6.18 y/o 6.19:) El costo de la lactancia para la familia es substancialmente más bajo que el costo de la alimentación con leche artificial, como se muestra en este ejemplo de Singapur (<i>Fok y col.</i>).</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 6.20 y 6.21. Analizar el hecho que los costos de la lactancia para la familia incluye tanto el costo de alimentos adicionales para la mujer en etapa de lactancia, y el valor del tiempo de la madre cuando amamanta a su bebé. Para la alimentación artificial, los costos incluyen el costo de los utensilios que se necesitan para alimentar artificialmente como el tiempo de cada persona que participa en la alimentación.</p> <p>Numerosos estudios muestran que los costos de fórmula infantil y otros suministros son más altos que el costo de alimentar a una mujer que esta amamantando y que se necesita mas tiempo para la alimentación con fórmula que para la lactancia, por la preparación y la limpieza que se necesitan. De esta manera en Singapur y en otros escenarios alrededor del mundo, la lactancia es menos cara que la alimentación con sucedáneos de la leche materna.</p>
<p><b>5. Costos estimados y ahorros en el sistema</b></p>	<p><i>Presentaciones y discusión: 15 minutes</i></p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p><b>de salud y a nivel nacional (opcional)</b></p>	<p>Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.22 que provee el encabezado para esta parte de la sesión que enfoca los costos y ahorros en el sistema de salud y a nivel nacional.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La lactancia ayuda a minimizar la atención de salud en el sistema de salud y en las empresas comerciales.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Costos de la atención de salud en el primer año de vida son mucho menores para los bebés amamantados (ejemplo de la Health Maintenance Organization) (<i>Ball and Wright</i>).</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/ transparencias 6.23 y 6.24. Este estudio comparó la frecuencia de utilización del centro de salud para 3 enfermedades (enfermedades de tracto respiratorio inferior, otitis media, y enfermedad gastrointestinal) en relación a la duración de la lactancia exclusiva en estudios realizados en Tucson, Arizona, y Dundee Scotland. Los niños fueron clasificados como no amamantados, parcialmente amamantados, o exclusivamente amamantados por al menos 3 meses. Los costos estimados se basaron en los costos médicos directos por visita al consultorio, hospitalización, y prescripciones en una OMS en Tucson, Arizona. El costo adicional para el sistema de bebés no amamantados fue de \$331 y \$475 por niño durante el primer año. Estos costos son conservadores, solo incluye el costo de 3 enfermedades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El apoyo a la lactancia ayuda a ahorrar dinero a los empleadores porque reducen las tasas de enfermedad infantil y ausentismo materno (ejemplo de dos compañías, USA) (<i>Cohen y col.</i>)</li> </ul>	<p>Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.25. Se hizo una comparación en dos compañías de California con programas de lactancia, entre bebés amamantados y bebés alimentados con fórmula (una compañía de utilitarios y una corporación aeronáutica). Los resultados indican que se experimentó más episodios de enfermedad entre los alimentados con fórmula (90% versus 58%).</p> <p>Mostrar Diapositiva/transparencia 6.26. Es más, los bebés que están amamantando tienen menos episodios de enfermedad que dan como resultado el ausentismo materno del trabajo. Los resultados indican, por ejemplo que en el grupo de la lactancia, solo 11% de los episodios de enfermedad de los bebés dieron como resultado ausentismo de un día de las madres en su trabajo, mientras que en el grupo de la alimentación con fórmula, 26% de las enfermedades resultaron en ausencias (<math>p &lt; .5</math>). El porcentaje de la</p>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>enfermedad infantil que condujo a una ausencia de 2 a 4 días y más de 4 días entre los dos grupos (madres que amamantan y madres que alimentan con fórmula) fueron ligeramente mayores en el grupo de la alimentación con fórmula. Si consideramos los episodios de enfermedad que resultan en un o <i>más</i> días de ausencias, el resultado muestra que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 43% de los episodios de enfermedad de los bebés alimentados con fórmula resultan en ausencia de la madre a su trabajo uno o mas días de trabajo.</li> <li>▪ Solo 25% de los episodios de enfermedad de bebés amamantados dieron como resultado en uno o más días de ausencia materna.</li> <li>▪ Menos ausencias entre las madres con bebés amamantados significa ahorro substancial para los empleadores (Cohen y col. (1995), pp.152-153).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A un nivel nacional, la leche materna puede ser considerada como un “recurso nacional importante”.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El valor de la leche materna para la economía nacional ha sido calculado para diferentes países. El caso de la India puede estudiarse como un ejemplo interesante (<i>Gupta and Khanna</i>).</li> </ul>	<p>Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.27.</p> <p>Revisar el valor de la “producción nacional de la leche materna” en India. Enfatizar el hecho que si la lactancia declina, los altos costos adicionales y otros gastos innecesarios al comprar los sucedáneos de la leche, serán el resultado (SLM).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La promoción de la lactancia puede dar como resultado un ahorro substancial a nivel nacional, no solo debido a la disminución de la compra de SLM, pero también a la disminución de costos por tratamiento médico y menos pérdida de tiempo en el trabajo.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un estudio reciente realizado en Estados Unidos, por ejemplo, estima que si la lactancia exclusiva se</li> </ul>	<p>Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.28.</p> <p>Explicar que los costos estimados, debido a las</p>

Contenido	Notas del Capacitador
<p>incrementara de la tasa actual (64% despues del parto en el hospital, 29% a los 6 meses) a los recomendados por US Surgeon General (75% and 50%) los ahorros debidos a la disminuci3n de costos por atenci3n de 3 enfermedades alcanzarían a \$3.6 billones (<i>Weimer</i>).</p>	<p>tasas actuales de lactancia, comparadas con las tasas recomendadas, para 3 enfermedades como otitis media, gastroenteritis, y enterocolitis necrosante (ECN). Los costos calculados incluyen el tratamiento quirúrgico, visitas médicas, pérdida de sueldos, y en caso de la ECN, la muerte prematura. Estos estimados son muy conservadores, puesto que solamente incluyen los costos de 3 enfermedades y no se incluyeron todos los costos de estas condiciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ahorros por concepto de reducci3n de un número de episodios de enfermedad pueden incrementar rápidamente con pequenos (alcanzables) incrementos en la lactancia exclusiva (por ejemplo en Inglaterra y Gales) (<i>Depto. de Salud</i>).</li> <li>■ Los costos hospitalarios atribuibles al destete temprano para cinco enfermedades en solo un territorio de Australia ha sido estimado en alrededor de 1-2 millones de dolarea al año (<i>Smith y col</i>)</li> </ul>	<p>Mostrar la Diapositiva/transparencia 6.29. Puntualice que aun los incrementos muy realistas de lactancia pueden generar ahorros substanciales. El Servicio de Salud Nacional en el Reino Unido, por ejemplo, informa que con sólo un incremento del 1% de la tasa de lactancia a las 13 semanas daría como resultado un ahorro de £500,000 en el tratamiento de la gastroenteritis. El estudio en Australia estimó los costos atribuibles a destete temprano para cinco enfermedades- enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias y otitis media, eczema y enterocolitis necrosante. Los investigadores indican que las cifras estimadas deberían ser mayores si se incluyen enfermedades crónicas o enfermedades no comunes asi como costos extra-hospitalarios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El incremento de la inversi3n en la promoci3n de la lactancia conduciría a un ahorro substancial en los costos de salud, compensando de lejos el costo de la promoci3n. (ejemplo de El Salvador) (<i>Wong y col.</i>)</li> </ul>	<p>Mostrar las diapositivas/transparencias 6.30 hasta 6.32.</p> <p>Describir el ejemplo de El Salvador, donde un estudio minucioso fué realizado para determinar los beneficios para el sector público de los niveles actuales de lactancia, los costos de las actividades de promoci3n actual de lactancias y el ahorro adicional que se puede lograr con un programa intensivo de promoci3n a la lactancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los beneficios anuales de los niveles actuales de lactancia están por encima de 2, 800,000 dólares americanos. (Diapositiva/transparencia 6.30)</li> <li>■ El costo de las actividades de promoci3n actual es de 32,000 de dólares americanos. Si se gastarán 90,000</li> </ul>

Contenido	Notas del Capacitador
	<p>dolares americanos adicionales para una actividad promocional intensiva, se estimaría que la lactancia exclusiva para los lactantes menores de 6 meses incrementaría la tasa de lactancia del 15% al 30%. (Diapositiva/transparencia 6.31)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El beneficio neto del nivel actual de la promoción de la lactancia esta por encima de 2. 775,000 dólares americanos. Las actividades intensificadas se traducirían en 624,000 dólares americanos adicionales de ahorro. (Diapositiva/transparencia 6.32)</li> </ul> <p>Mencionar el hecho que el estudio de El Salvador (y otros varios países) fue realizado utilizando el <i>Cuaderno de trabajo para los Diseñadores de Política: Guía para calcular el Valor Económico de la Lactancia</i>. Este cuaderno de trabajo, que está disponible en LINKAGES Project (1825 Connecticut Ave. NW, Washington D.C. 20009), puede utilizarse para calcular los costos y ahorros de la lactancia a nivel nacional.</p>
<p><b>6. Costos y ahorros relacionados con la promoción de la lactancia materna (discusión)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discusión de los problemas relacionados a los costos y ahorros de la promoción de la lactancia en los establecimientos de los participantes y en su país.</li> </ul>	<p><b>Discusión: 10 minutos</b></p> <p>Pedir a los participantes que compartan los temas que les vienen a la mente relacionados con el costo y ahorro de la promoción de la lactancia.</p> <p>Los temas que pueden explorarse incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuán importante es el tema de costos y ahorros (tanto en los establecimientos de salud como en el sistema de salud en general);</li> <li>■ ¿Cómo se pueden sensibilizar a los oficiales del gobierno y personal del establecimiento de salud respecto a los ahorros que se pueden lograr a través de la promoción intensiva de la lactancia?.</li> </ul>

## Resumen de los estudios de investigación presentados en la Sesión 6

*Diapositiva/transparencia: Estudio:*

- |           |   |
|-----------|---|
| 6.6       | 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. <i>J Trop Pediatr.</i> 1993 Jun;39(3):142-51. |
| 6.20-6.21 | Fok D, Mong TG, Chua D. The economics of breastfeeding in Singapore. <i>Breastfeed Rev.</i> 1998 Aug; 6(2):5-9.   |
| 6.23-6.24 | Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. <i>Pediatrics.</i> 1999 Apr;103(4 Pt 2):870-6.  |
| 6.25-6.26 | Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. <i>Am J Health Promot.</i> 1995 Nov-Dec, 10(2):148-53.          |



## El impacto de un programa de lactancia de un hospital y clínica en un ambiente de clase media urbana

### Diapositiva/transparencia 6.6

**Referencia:** 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.

**Antecedente.** Las intervenciones del hospital en apoyo a la lactancia materna han sido exitosas en áreas donde la población indígena tiene un ambiente favorable de lactancia. Sin embargo los programas designados para mejorar los patrones de lactancia en poblaciones urbanas tienen un resultado heterogéneo.

**Métodos.** Este trabajo presenta un estudio de intervención prospectivo controlado, de un programa de promoción de la lactancia basado en el sistema de salud, para beneficio de la salud del bebe y el espaciamiento de los nacimientos. Después de la recolección de datos, se instituyó un programa de intervención de cuatro fases.(Programa de Promoción de Lactancia).

**Hallazgos.** Este trabajo reporta el proceso del desarrollo de los programas de intervención así como la comparación de las poblaciones de estudio y control. Los hallazgos más importantes incluyen incrementos significativos en la duración de la lactancia completa del 31.6 por ciento a los 6 meses en el grupo control al 66.8 por ciento en el grupo de intervención. La duración de la amenorrea de lactancia incrementó de manera similar del 22 por ciento en las madres control y del 56 % en el grupo de intervención con amenorrea a los 180 días.

**Conclusiones.** Se ilustra el costo-efectividad de los cambios hospitalarios.

## La economía de la lactancia en Singapur

### Diapositivas/transparencias 6.20 and 6.21

**Referencia:** Fok D, Mong TG, Chua D. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeed Rev.* 1998 Aug;6(2):5-9.

**Antecedente.** El estudio de 340 madres se condujo en el hospital de Kandang Kerbau en Septiembre de 1992 para determinar si era más económico amamantar o alimentar con biberón durante los primeros tres meses.

**Métodos.** Dos modelos económicos, un modelo de bajo costo, y un modelo de alto costo, se adoptaron incorporando una expresión matemática según el trabajo de Almroth en 1979.

**Hallazgos.** Los ahorros en el ingreso económico de la madre durante el periodo, fue del 3% al 9% en el modelo de bajo costo y del 8% al 21% en el modelo de alto costo.

**Conclusiones.** Desde el punto de vista de la familia, fueron dos componentes los que contribuyeron al ahorro económico con la lactancia materna en oposición a la lactancia artificial, el costo de los bienes consumidos y el tiempo para alimentar al bebé. Se nota que el tiempo que toma alimentar con lactancia artificial a un lactante es mayor al de amamantar. Los resultados de este estudio proveen de una base concreta a los diseñadores de políticas y defensores de la lactancia para la promoción de la lactancia en Singapur. El monto ahorrado al sistema de salud por la lactancia es un argumento que debe considerarse desde la perspectiva pública.

## Costos al sistema de salud por concepto de costo de alimentación con fórmula en el primer año de vida

Diapositivas/transparencias 6.23 and 6.24

**Reference:** Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*. 1999 Apr;103(4 Pt 2):870-6.

**Objetivo:** Determinar el exceso de costo de los servicios de atención de salud para tres enfermedades en el primer año de vida, luego de ajustar para los confundentes potenciales.

**Métodos:** Se evalúa la frecuencia de utilización del servicio de salud de tres enfermedades (infección de tracto respiratorio inferior, otitis media y enfermedad gastrointestinal) en el primer año de vida y se asocia en relación a la duración de la lactancia exclusiva en el Estudio Respiratorio del Hospital de Niños de Tucson (n = 944) y el Estudio de la Comunidad de Dundee (estudio Escocés, n = 644). Los lactantes en ambos estudios estaban sanos al nacer y representó muestras de población no seleccionadas. Los niños se clasificaron en lactantes que nunca amamantaron, que amamantaron parcialmente y lactantes amamantados exclusivamente, basados en su tipo de alimentación durante los tres primeros meses de vida. La frecuencia de las visitas a la consulta y número de hospitalizaciones para las tres enfermedades se ajusto para la educación materna y el habito de fumar de la madres, utilizando el análisis de varianza. Los costos estimados, desde la perspectiva del proveedor de salud/pagador, se basaron en los costos médicos directos durante 1995 en un sistema de salud grande de atención de salud.

**Resultados:** En el primer año de vida, luego de un ajuste de confundentes, hubo un exceso de 2033 visitas a la consulta excesiva, 212 días de exceso de hospitalización 609 recetas excesivas para estas tres enfermedades por 1000 lactantes que nunca amamantaron en comparación con 1000 lactantes amamantados exclusivamente por al menos 3 meses. Estas atenciones de salud adicionales tuvieron un costo entre \$us 331 y \$us 475 por cada lactante nunca amamantado durante el primer año de vida.

**Conclusiones:** Además de tener más episodios de enfermedad, los lactantes alimentados con formula le cuestan más dinero al sistema de salud. Los planes de atención de salud se verán beneficiados con ahorros substanciales, así como mejoraran la atención, mediante el apoyo a la promoción de la lactancia exclusiva.

## **Comparación de las tasas de ausentismo materno y la enfermedad de lactantes entre mujeres que amamantan y mujeres que dan fórmula en dos corporaciones**

### **Diapositivas/transparencias 6.25 and 6.26**

**Reference:** Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot.* 1995 Nov-Dec, 10(2):148-53.

**Propósito:** Se realizó una comparación entre dos grupos de madres, que amamantan, y que alimentan con fórmula. Se estudió el ausentismo relacionado directamente con la atención del niño. **DISEÑO:** Este estudio cuasi experimental siguió muestras de conveniencia de madres que amamantan y madres que alimentaban artificialmente hasta que los lactantes alcanzaron 1 año de edad o fueron destetados.

**Escenario:** Se utilizaron corporaciones con programas de lactancia establecidos. Una tuvo aproximadamente 100 nacimientos anuales entre 2400 empleadas femeninas, y la otra tuvo aproximadamente 30 nacimientos anuales entre 1200 empleadas femeninas.

**Sujetos:** Una muestra de 101 participantes, 59 solo con lactancia materna y 42 que alimentaron con fórmula, estaba compuesta de empleados que retornan de la baja de maternidad por un parto no complicado medicamente.

**Intervención:** Los programas dieron consejería mediante un profesional de lactancia a todos los participantes y hospitales para recolectar y almacenar muestras de leche.

**Medidas:** Los diarios confidenciales de las participantes dieron los datos descriptivos de enfermedad infantil y ausentismo relacionado que el consultor de lactancia verifico con los proveedores de salud y mediante los registros de asistencia.

**Análisis:** Los episodios de enfermedad y ausentismo atribuidos, se reportaron como porcentaje. Se utilizo el test de chi cuadrado con un grado de libertad para compara las tasas entre los dos grupos de nutrición.

**Hallazgos:** Aproximadamente el 28% de los lactantes del estudio no tenían enfermedad 86% de estos fueron amamantados y 14% se alimentaron con fórmula. Cuando ocurrió la enfermedad, 25% de todas las ausencias maternas de 1-día ocurrieron entre los lactantes amamantados y 75% entre los lactantes con fórmula.

**Conclusiones:** En este estudio se encontró menos episodios de enfermedad y menos severos con menos ausentismo materno en el grupo de lactancia. Este no fue un estudio experimental. Los participantes fueron autoseleccionados, y un grupo comparativo se utilizó en vez de un verdadero grupo de control. Se necesita corroborar los hallazgos en estudios grandes experimentales para generalizar los resultados fuera de estos grupos.

# Presentación de la sesión 6

## Costos y ahorros

### Promoción de la Lactancia:

#### Costos y ahorros para los establecimientos de salud

Transparencia 6.1

El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:

- Fórmula: \$8,500
- Biberones: \$7,500
- Solución Glucosada: \$1,500
- Ocitocina (Metergin): \$1,000

El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

Transparencia 6.2

El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:

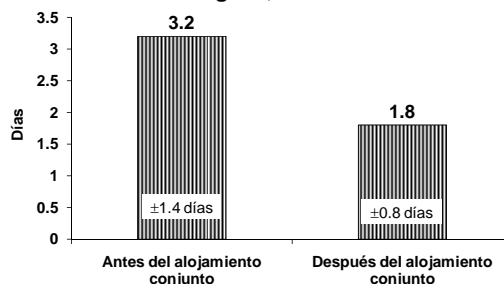
- Fórmula: \$8,500
- Biberones: \$7,500
- Solución Glucosada: \$1,500
- Ocitocina (Metergin): \$1,000

El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

Transparencia 6.2

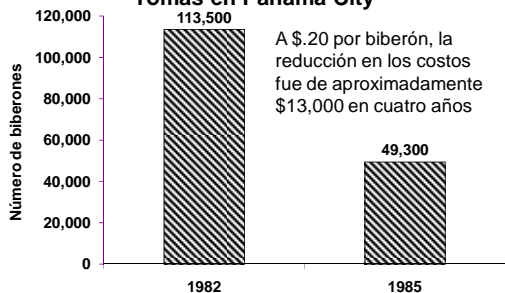
#### Promedio de estadía hospitalaria de recién nacidos en el Hospital de Sanglah, Indonesia



Adaptado de: Soetjiningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

Transparencia 6.5

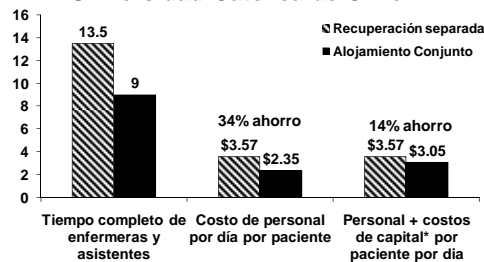
#### Ahorro de costos debido a las actividades de promoción de la lactancia en el Hospital Santo Tomas en Panamá City



Adaptado de: Levine & Huffman. *The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels, A Review of the Literature*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

Transparencia 6.6

#### Ahorro de costos por el alojamiento conjunto en comparación a la separación de madre y su recién nacido en el Hospital de Clínicas de la Universidad Católica de Chile.



Adaptado de: Valdes et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1993, 39:142-151.

Transparencia 6.7

**Análisis de costo de mantenimiento de una sala de recién nacidos en el Hospital Memorial de Dr. José Fabella**

**Estadísticas del Hospital:**

**Partos promedio por día: 100 bebés**

**Censo diario de recién nacidos: 320 bebés**

Adaptado de: Gonzales R. Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila. (Transparencies presented in meeting in Manila, Philippines), 1990. Transparencia 6.8

**Resumen de costos por el mantenimiento de una sala de recién nacidos sanos**

<i>Juegos de biberones /año</i>		
124,800 x 20 P =		2,496,000 P
<i>Latas de leche fórmula/año</i>		
17,521 x 36 P =		630,720 P
<i>Salario del personal de enfermería/año</i>		
900 x 3,000 P x 12 =		3,240,000 P
<i>Salario del personal del lactario/año</i>		
6 x 2,000 P x 12 =		144,000 P

---

**Total** **6,510,720 P**  
**(\$us 310,037)**

Transparencia 6.9

**No está incluido:**

- Costo de electricidad
- Costo del agua
- Costo de detergentes
- Costo de los pañales
- Costo de cuneros
- Costo de material de limpieza

Transparencia 6.10

**¿A cuánto equivale este monto del presupuesto del hospital?**

$$\text{Costo} = \frac{6,510,720 P}{73,000,000 P} = 8\%$$

*Presupuesto =*

Transparencia 6.11

**El ahorro del 8% del presupuesto del hospital se ha convertido ahora en:**

- Disponibilidad de medicamentos en todo momento
- Mejora de los alimentos y nutrición de pacientes
- Disponibilidad de sangre para emergencias
- Sábanas y camisones limpios para pacientes
- Mas enfermeras para la atención de pacientes

Transparencia 6.12

**Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes**

*Parte 1*

- Reasignar personal de una sala de recién nacidos sanos y del lactario para proveer de atención a la madre/niño y educación en las salas de alojamiento conjunto.
- Organizar un grupo de voluntarios para proveer de consejería en lactancia en las salas de alojamiento conjunto o pedir a una organización local de apoyo a madres que den este servicio. (Dar capacitación y normas escritas a los voluntarios para asegurar la calidad.)

Transparencia 6.13

**Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes**

*Parte 2*

- Colocar a los bebés en la cama de sus madres en vez de comprar cunas, si es culturalmente aceptable.
- Usar un refrigerador simple para guardar la leche extraída y contenedores gratuitos o a bajo costo para alimentar con taza.
- Enseñar a las madres, que están hospitalizadas que amamanten a su bebe prematuro o su bebe enfermo, y como dar atención a sus bebes.

Transparencia 6.14

**Promoción de Lactancia:**

**Costos y ahorros para las familias**

Transparencia 6.15

**Ejercicio: El porcentaje de salario que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de seis meses.**

**Cálculo**

Marca de fórmula: .....  
 Costo de una lata de formula de 500g: .....  
 Costo de 40 latas x de 500g de fórmula (para 6 meses): .....  
 Salario promedio (o mínimo)  
 1 mes: .....  
 6 meses: .....  
 Costo de 40 latas x 500g de fórmula ..... X 100 = .....%  
 Salario promedio (o mínimo) para 6 meses .....  
 ..... X 100 = .....%

**Respuesta:** Alimentar a un bebé con fórmula ..... cuesta: .....% del promedio salarial (o mínimo)

Adaptado de: WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide*. pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993. Transparencia 6.16

**Ejercicio: El porcentaje de salario urbano o rural que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de 6 m**

**Cálculo**

Marca de fórmula: .....  
 Costo de una lata de fórmula de 500g: ..... x 40 latas = .....  
 Salario promedio(o mínimo) Agricultura Urbana  
 1 mes: .....  
 6 meses: .....  
 Costo de 40 latas x 500g de fórmula .....  
 Salario rural por 6 meses ..... X 100 = .....%  
 Costo de 40 latas x 500g de fórmula .....  
 Salario urbano por 6 meses ..... X 100 = .....%

**Respuesta:** Alimentar a un bebé con fórmula ..... cuesta: .....% del promedio salarial (o mínimo)  
 .....% del promedio salarial rural  
 Alimentar a un bebé con fórmula ..... cuesta .....% del promedio salarial urbano

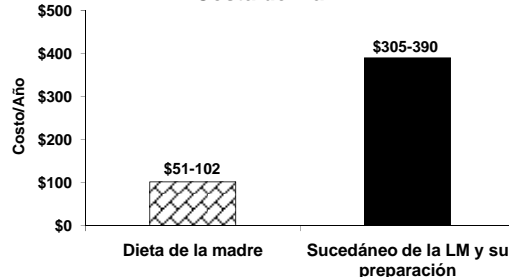
Adaptado de: WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide*. pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993. Transparencia 6.17

**Costo de los sucedáneos de la leche materna y comparación con salarios mínimos**

País	Costo por kg (en US\$)	Costo por mes (en US\$)	Salario Mínimo por mes (en US\$)	% del salario por mes
Nueva Zelandia	8.78	36.00	764	5
Alemania	16.40	67.24	1149	6
Malasia	7.42	30.42	143	21
Polonia	24.51	100.49	394	26
País Valtico	8.33	34.15	79	43
Indonesia	6.73	27.60	55	50

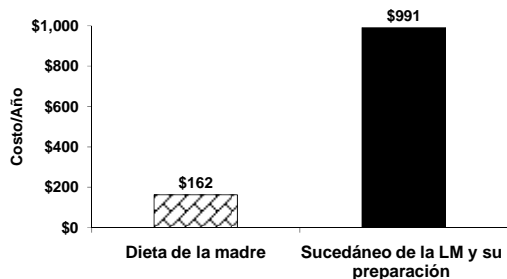
Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7. Transparencia 6.18

**Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula**



Adaptado de: Nurture, The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, 1990, 1(1):1-16, September. Transparencia 6.19

### Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula Francia



Adaptado de: Bitoun. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, 1994, 216:10-13.

Transparencia 6.20

### Ahorro para la familia con lactancia en Singapur

- Costo de lactancia =
  - Costos de alimento adicional para mujer que amamanta *más*
  - Valor del tiempo de la madre para amamantar
- Costo de alimentación artificial =
  - Costo de para alimentar artificialmente (leche, biberones, combustible, utensilios) *más*
  - Valor del tiempo de cada persona que participa en la alimentación

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

Transparencia 6.21

### Ahorro para la familia en los 3 primeros meses de vida si amamanta, por 15,410 bebés nacidos en el hospital de Kendang Kerbau en Singapur:

- Modelo de costo bajo\*: \$4,078,102  
(\$264 por lactante)
- Modelo de alto costo\*: \$7,453,817  
(\$483 por lactante)

\* El modelo de bajo costo utilizó un costo bajo o promedio de fórmula, leche, esterilización y salarios. El modelo de costo alto utilizó costos mas altos por el mismo detalle.

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

Transparencia 6.22

### Promoción de Lactancia:

#### Costos y ahorros en el sistema de salud y a nivel nacional

Transparencia 6.23

### Costos comparativos de atención de salud por tratamiento de bebes amamantados y bebés con fórmula en el primer año de vida en una organización de mantenimiento de salud (OMS)

Cuando se comparan estadísticas de salud de 1000 lactantes que nunca amamantaron, y 1000 lactantes amamantados exclusivamente por al menos 3 meses, los que nunca amamantaron tuvieron:

- 60 episodios más de infección respiratoria inferior
- 580 episodios mas de otitis media, y
- 1053 episodios más de enfermedad gastrointestinal

Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

Transparencia 6.24

### Además, de 1000 lactantes que nunca amamantaron tuvieron:

- 2033 exceso de visitas a consultorios
- 212 exceso de hospitalización
- 609 exceso de prescripciones

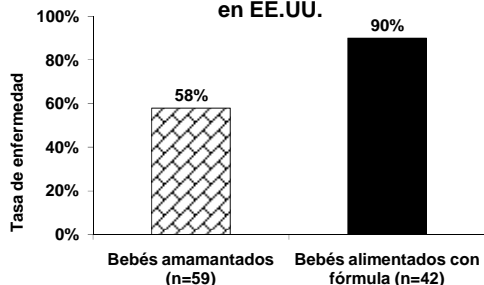
Estos servicios adicionales del atención de salud Costo al sistema de atención entre \$331 y \$475 por lactante que nunca amamantó Durante el primer año de vida.

Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

Transparencia 6.25



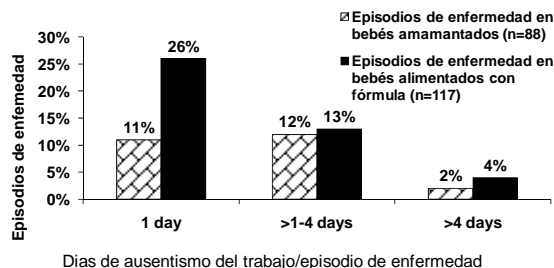
**Tasas de enfermedad entre lactancia y alimentación con fórmula en lactantes de madres que trabajan en dos corporaciones en EE.UU.**



Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

Transparencia 6.26

**Distribución de episodios de enfermedad y ausentismo materno por práctica de alimentación**



Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

Transparencia 6.27

**El valor de la leche materna para la economía nacional en India**

- La producción nacional de leche materna de todas las madres en India por niño que estaban amamantando en el momento de la estimación fue de 3944 millones de litros en 2 años.
- Si la leche producida se sustituiría por leche en lata, costaría 118 billones de Rupias.
- Si se importara, los sucedáneos de la leche materna costarían 4.7 millones de USD.
- Si las prácticas de lactancia fueran las óptimas, la producción de leche sería el doble de la producción actual, doblando los ahorros mediante el uso total de este "recurso nacional".

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

Transparencia 6.28

**Ahorro de 3 enfermedades de la niñez si las tasas de lactancia exclusiva se incrementaran a niveles recomendados por el Surgeon General en EE.UU.\***

Condición	Costos incluidos	Ahorros en \$us
Otitis media	Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico y pérdida de tiempo y salarios.	\$ 365,077,440
Gastroenteritis	Visitas médicas, pérdida de salario, y hospitalización	\$ 9,941,253
Enterocolitis necrosante (NEC)	Tratamiento quirúrgico, pérdida de salario, y valor de muertes prematuras	\$3,279,146,528
<b>TOTAL:</b>		<b>Mas \$3.6 billones</b>

\* Niveles actuales de LME fueron 64% después del nacimiento y 29% a 6 meses. Niveles recomendados son 75% después del parto y 50% a los seis meses. Adaptado de: Weimer. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis*, Food Assistance & Nutrition Research Report No. 13. Wash.D.C., USDA, 2001.

Transparencia 6.29

**Ahorros de incrementos potenciales en lactancia materna exclusiva en Inglaterra y Gales**

- Se ha estimado que el Servicio Nacional de Salud gasta £35 millones por año en el tratamiento de gastroenteritis en lactantes alimentados con biberón.
- Para cada 1% de incremento en lactancia a las 13 semanas, se lograría un ahorro de £500,000 en el tratamiento de gastroenteritis.

Adaptado de: Dept. of Health. *Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS*. London, United Kingdom of Great Britain, 1995.

Transparencia 6.30

**Un estudio de caso completo sobre costos y ahorros con promoción de lactancia y otras actividades de promoción en El Salvador: Beneficios anuales totales para el sector publico de los niveles actuales de lactancia**

Origen del beneficio	Monto total anual
Casos de diarrea infantil evitados	\$456,130
Casos de IRA infantil evitados	\$839,583
Nacimientos evitados (costos del parto)	\$1,224,328
Uso evitado de sucedáneos de la leche materna	\$288,337
<b>TOTAL</b>	<b>\$2,808,378</b>

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador*, Policy & Technical Monographs. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994.

Transparencia 6.31

**Costos anuales y beneficios de actividades de promoción de la lactancia actuales e intensivas. (El Salvador)**

**Actividades actuales:**

- Abogacía/monitoreo
- Promoción basada en el Hospital
- Promoción de la atención de salud institucional y comunitario
- Información, educación & comunicación

**Costo actual: \$32,000**

**Costo adicional de actividades intensivas: \$90,188**

**Beneficio estimado de actividades intensivas:**

- Incremento en la lactancia exclusiva entre lactantes menores de 6 meses de **15% a 30%**

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994

Transparencia 6.32

**Beneficios netos de la promoción de lactancia: Comparación del programa actual y del intensificado (El Salvador)**

	Actual	Adicional bajo alternativa
Beneficios	\$2,808,378	\$714,328
Costos	\$32,830	\$90,188
<b>Beneficios netos</b>	<b>\$2,775,558</b>	<b>\$624,140</b>

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart International and Nuture, 1994

Transparencia 6.33

## Análisis de costos de una sala de recién nacidos sanos del Hospital Memorial de Dr. José Fabella <sup>1</sup>

### Estadísticas del Hospital

- Promedio de partos día - 100 bebés
- Censo diario de recién nacidos - 320 bebés

### Ambientes físicos

- Espacio para 300 cunas en sala de recién nacidos sanos
- Lactario para 2400 biberones por día

### Necesidades de personal

- Cobertura: 24 horas
- Relación: 1 enfermera por 10 recién nacidos (1:10)
- Total enfermeras: 90 en 24 horas (30 en tres turnos)
- Personal del lactario : 6 en 24 horas (2 en tres turnos)

### Materiales y suministros

- Juegos de biberones: 124,800 juegos/año

$$\begin{array}{r}
 300 \text{ bebés} \\
 \underline{\times 8} \text{ alimentaciones /día (cada tres horas en 24 horas)} \\
 2,400 \text{ juegos de biberones /día} \\
 \underline{\times 52} \text{ semanas/año (un juego dura una semana de re-uso)} \\
 124,800 \text{ juegos de biberones/año}
 \end{array}$$

- Fórmula infantil: 17,520 latas de 1 libra/año

$$\begin{array}{r}
 2,400 \text{ cucharadas de fórmula/alimentación} \\
 \underline{\div 50} \text{ cucharadas en cada lata de 1 libra} \\
 48 \text{ latas por día} \\
 \underline{\times 365} \text{ días} \\
 17,520 \text{ latas /año}
 \end{array}$$

---

<sup>1</sup> Desarrollado por Dr. Ricardo Gonzales, Director Médico, Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila, Filipinas, 1990

### Otros costos

- Electricidad
- Agua
- Detergentes
- Cepillos de limpieza
- Pañales
- Cunas

### Resumen de costos de mantener una sala de recién nacidos sanos.

Juegos de biberones/año (124,800 x 20 P) =	2, 496,000 P
Laatas de leche fórmula/año (17,521 x 36 P) =	630,720 P
Salario de enfermería/año (90 x 3,000 P x 12) =	3, 240,000 P
Salario de personal del lactario /año (6 x 2,000 P) =	144,000 P
Total	6, 510,720 P*
	(310,034 USD)

\* Costos no incluidos: electricidad, utensilios de limpieza, agua, pañales, detergentes y cunas.

### ¿Cuánto significa este monto del total del presupuesto nacional?

$$\begin{array}{l} \text{Costo:} \quad \quad \quad \underline{6,510,720 \text{ P}} = 8\% \\ \text{Presupuesto:} \quad \quad 73,000,000 \text{ P} \end{array}$$

### El ahorro del 8% del presupuesto del hospital se ha convertido ahora en:

- Disponibilidad de medicamentos en todo momento
- Mejora de los alimentos y nutrición de pacientes
- Disponibilidad de sangre para emergencias
- Sábanas y camisones limpios para pacientes
- Más enfermeras para la atención de pacientes

## Tabla 1: Costos potenciales y ahorros asociados a la promoción de la lactancia en establecimientos de salud

(Organizados de acuerdo a la IHAN “Diez pasos para una lactancia exitosa”)

	Costos o uso de los recursos existentes	Ahorros
<b>Paso 1: Tener una política de lactancia escrita</b>	<p>Actividades de abogacía o promocionales <i>[Tiempo del personal, materiales]</i></p> <p>Seleccionar al coordinador del comité de lactancia, desarrollar política <i>[Tiempo del personal]</i></p>	<p>Mas madres escogen el establecimiento debido a una imagen mejorada como “Amigo del Niño” <i>[mayor censo de pacientes por lo tanto mas ingresos para el hospital]</i></p>
<b>Paso 2: Capacitar a todo el personal</b>	<p>Capacitación inicial del personal <i>[Material educacional, suministros, Honorarios del capacitador, si se necesitara, tiempo del personal [fuera del trabajo]</i></p> <p>Reactualizar la capacitación y capacitación del personal nuevo <i>[Material educacional, suministros, Honorarios del capacitador, si se necesitara, tiempo del personal [fuera del trabajo]</i></p>	
<b>Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca del beneficio de la lactancia y su manejo</b>	<p>Educación y consejería en lactancia durante la atención prenatal <i>[Tiempo del personal, materiales educacionales]</i></p> <p>Pérdida de la donación de material promocional de compañías que promueven sucedáneos de la leche materna <i>[Cualquier material gratuito ]</i></p>	<p>No se necesitan la educación y consejería en grupo para la administración de sucedáneos de la leche Materna (SLM) no se necesitan <i>[Menor tiempo del personal y menos material educacional]</i></p> <p><i>Probablemente se necesite consejería individual en SLM si la madre HIV+ decide optar por la alimentación de sustitución.]</i></p>
<b>Paso 4:</b>	Ayuda del personal con el inicio de la	Menos anestesia y cambio a la anestesia

	<b>Costos o uso de los recursos existentes</b>	<b>Ahorros</b>
<b>Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto</b>	lactancia despues del parto <i>[Cambio de funciones, no se requiere personal extra]</i>	local en vez de la anetesia general durante el parto (de esta manera el binomio madre/bebe estarán despiertos para amamantar) <i>[Menos anestesia, algodón, &amp; jeringas, menor costo de anestesia]</i>
<b>Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto (continúa)</b>		Menos ocitócicos (puesto que con la lactancia, la liberación natural de ocitocina ayuda a contraer el útero) <i>[Menos ocitócicos, suministros (jeringas, algodón), y tiempo del personal]</i>  Menos hipotermia con el apego piel a piel, con el contacto de todo el cuerpo, menos uso de estufas o incubadoras <i>[menos tiempo del personal]</i>
<b>Paso 5: Mostrar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia en caso de separación</b>	Educación y consejería en lactancia en las salas <i>[Personal de enfermería redistribuida para la atención de la madre/bebé en las salas X costo extra]</i>  Extracción de leche y almacenamiento <i>[Para la expresión manual de leche y equipamiento, refrigerador espacio – no se necesitan bombas o bancos de leche]</i>	Uso de consejeros voluntarios de lactancia, si se permiten <i>[Menos tiempo del personal para consejería y atención ]</i>  No se necesitan la educación y consejería en grupo para la administración de sucedáneos de la leche Materna (SLM) no se necesitan <i>[Menor tiempo del personal y menos material educacional Probablemente se necesite consejeria individual en SLM si la madre HIV+ decide optar por la alimentación de sustitución.]</i>  Uso de la leche extraída en vez de los sucedáneos de la leche materna cada vez posible <i>[Menos compra y preparación de sucedáneos de la leche materna]</i>
<b>Paso 6: No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche</b>	No se permiten donaciones a bajo costo o gratuitas, de sucedáneos de la leche materna <i>[Compra de cualquier sucedáneo de SLM de la menos el 80% de su</i>	Menos o ningún sucedáneo de la leche materna  No se administra agua ni solución glucosada para los recién nacidos sanos <i>[No se necesita tiempo del personal]</i>

	<b>Costos o uso de los recursos existentes</b>	<b>Ahorros</b>
<b>materna a no ser que esten médicamente indicados</b>	<p><i>valor en el mercado]</i></p> <p>Pérdida de los beneficios relacionados con las compañías que venden sucedáneos de la leche materna  <i>[Equipo, suministros, beneficios educacionales, etc, provistos libres de costo]</i></p>	<p><i>para la preparación y alimentar con sucedáneos. Menos o ningún gasto en biberones chupones, sucedáneos glucosa, electricidad, agua, equipo, y suministros para lavar y esterilizar biberones, mezcla de sucedáneos de leche etc. Algún equipo o suministros pueden ser necesarios para la consejería de madres VIH+ que optan por la alimentación de sustitución.]</i></p>
<b>Paso 7: Practicar alojamiento conjunto</b>	<p><b>En las salas:</b></p> <p>Alteración de la distribución física de ambientes por una sola vez, si es necesario , para permitir el alojamiento conjunto <i>[ costos de la remodelación]</i></p>	<p><b>En las salas:</b></p> <p>Espacio correspondiente a la sala de recién nacidos disponible para otros propósitos  <i>Espacio disponible para uso alternativo:</i>  <i>gastos para equipo de enfermería suministros, iguales, reducidos o eliminados]</i></p> <p>Menos o ninguna atención para los recién nacidos en sala ni para el transporte de esta sala a las salas de postparto.  <i>[Menos tiempo del personal]</i></p> <p>Menos o ninguna cuna o cunero  <i>[Gasto de compra de cunas reducido o eliminado]</i></p> <p>Más atención de la madre al niño, y alimentación, bebés menos fastidiosos  <i>[Menos tiempo de personal para la atención del bebé y el personal que antes alimentaba a los RN estará liberada para otras obligaciones]</i></p> <p>Más ayuda para la atención de madre a madre  <i>[Menos tiempo de personal para atención a la madres - personal liberado para otras</i></p>

	<b>Costos o uso de los recursos existentes</b>	<b>Ahorros</b>
		<p><i>obligaciones]</i></p> <p>Morbimortalidad reducida debido a la enfermedad diarreica, enfermedad respiratoria, sepsis, meningitis, ictericia</p> <p><i>[Menos tiempo de personal y menos gasto por hospitalización prolongada, gasto de equipo, ocupación de camas, alimentación y atención de RN, soluciones endovenosas, etc</i></p>
<p><b>Paso 7: Practicar el alojamiento conjunto (Madres que amamantan en una unidad de cuidados intensivos neonatales son alentadas para quedarse en el hospital)</b></p>	<p><b>En la unidad de cuidados intensivos:</b></p> <p>Las madres que amamantan con bebés en cuidados intensivos se quedan en el hospital</p> <p><i>[Espacio para las madres, camas y alimentos]</i></p>	<p><b>En la unidad de cuidados intensivos:</b></p> <p>Las madres con bebés en cuidados intensivos son instruidas sobre cómo atender a sus bebés.</p> <p><i>[Menos tiempo de personal para la atención de bebés en la UCIN]</i></p> <p>Menor estadía de bebés en las salas de cuidados especiales, debido a la lactancia, más atención de los bebés por sus madres, las madres aprenden a atender a sus bebés en su casa. <i>[Menor tiempo de personal espacio, uso de equipo y suministros]</i></p> <p>Morbilidad y mortalidad reducidas, debido a la infección neonatal</p> <p><i>[Menos tiempo del personal y otros costos por hospitalización mayor]</i></p> <p>Menos bebé abandonados</p> <p><i>[Menos costos de alimentación, menos tiempo del personal para atención y colocación de bebés]</i></p>
<p><b>Paso 8: Lactancia a demanda</b></p>		<p>Bebés menos molestosos</p> <p><i>[Menos tiempo de personal]</i></p>
<p><b>Paso 9: No dar biberones ni chupones o chupones de</b></p>	<p>Alimentación en taza con leche extraída</p> <p><i>[Tazas y cucharas]</i></p>	<p>No dar chupones, biberones, ni chupones de distracción a bebés que están amamantando</p> <p><i>[No se dan chupones ni biberones en</i></p>



	<b>Costos o uso de los recursos existentes</b>	<b>Ahorros</b>
<b>distracción a bebés que amamantan</b>		<i>el hospital ]</i>
<b>Paso 10: Auspiciar la conformacion de grupos de apoyo y referir a las madres a estos grupos a su alta.</b>	<p>Grupos de seguimiento para madres que amamantan tal como: apoyo a la lactancia, visitas postnatales, consultorios de lactancia, visita domiciliarias, llamadas de teléfono/o mediante grupos de apoyo</p> <p><i>[Costos dependientes de los tipos de apoyo provistos]</i></p>	<p>Menos enfermedad y menos visitas a la consulta externa y unidad pediátrica debido a menos sucedáneos de la leche materna y alimentación en biberón, menos enfermedad diarreica, infección respiratoria, alergia, desnutrición y debido a los sucedáneos de leche materna, etc.</p> <p><i>[Menos tiempo del persona, menos medicina, y menos costos por atención a pacientes ]</i></p>

Hoja Didáctica 6.4a

## Ejercicio

### El porcentaje de salarios que se necesita para alimentar a un lactante hasta los seis meses

**Cálculo:**

Marca de fórmula: .....

Costo de una lata de 500g \* de fórmula: .....

Costo de 40 latas x 500g \* de fórmula (cantidad necesitada por 6 meses): .....

Salario promedio (o mínimo)

1 mes: .....

6 meses: .....

Costo de 40 latas x 500g de fórmula .....  
 \_\_\_\_\_ x 100 = ..... %

Salario promedio (o mínimo) .....  
 por 6 meses

**Respuesta:**

Alimentar a un bebé con la leche de fórmula..... cuesta  
 ..... % del salario promedio (o mínimo)

\* Una madre/familia necesita cerca de 20 Kg de fórmula para amamantar a su bebé por 6 meses. Adaptar los cálculos, si es necesario. Por ejemplo, si se venden latas de 450 g , 44 latas se necesitarían para seis meses.

Adaptado de: *Consejería en Lactancia: Curso de capacitación, Guía del Capacitador*, OMS/UNICEF, 1993, pp. 420-421.

Hoja Didáctica 6.4b

## Ejercicio

### El porcentaje de salario urbano y rural que se necesita para alimentar a un bebé con sucedáneos por seis meses

**Cálculo:**

Marca de fórmula: .....

Costo de una lata de 500g \* de fórmula: .....

Costo de 40 latas x 500g\* de fórmula (cantidad necesitada para 6 meses): .....

Salario promedio (o mínimo)	Rural	Urbana
1 mes: .....	.....	.....
6 meses: .....	.....	.....

Costo de 40 latas x 500g de fórmula .....

\_\_\_\_\_ x 100 = ..... %

Salario rural para 6 meses .....

Costo de 40latas x 500g de fórmula .....

\_\_\_\_\_ x 100 = ..... %

Salario urbano para 6 meses .....

**Respuestas:**

Alimentar a un bebé con fórmula.....cuesta..... % del salario rural

Alimentar a un bebé con fórmula.....cuesta..... % del salario urbano

\* Una madre/familia necesita cerca de 20 Kg de fórmula para alimentar a su bebé por seis meses. Adaptar los cálculos, si es necesario. Por ejemplo, si la fórmula se vende en latas de 450 g, se necesitaran 44 latas para seis meses.

Adaptado de: *Consejería en Lactancia: Curso de capacitación, Guía del capacitador*, OMS/UNICEF, 1993, pp. 420-421.

# **Promoción de la Lactancia:**

---

## **Costos y ahorros para los establecimientos de salud**

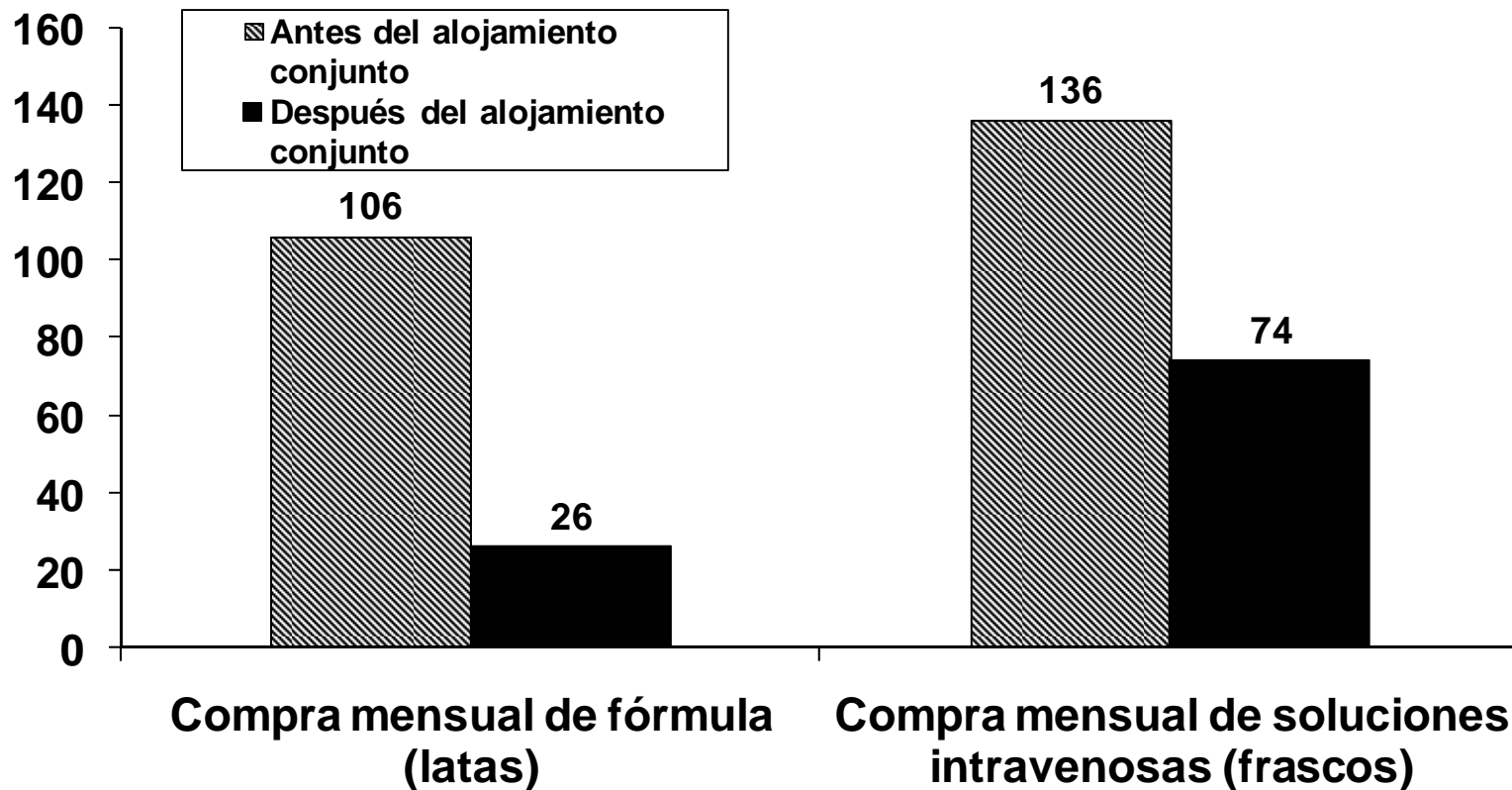
**El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:**

- Fórmula: \$8,500
- Biberones: \$7,500
- Solución Glucosada: \$1,500
- Ocitocina (Metergin): \$1,000

**El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente**

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost.* Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

# Ahorro en costos mediante un programa intensivo de alojamiento conjunto en el Hospital de Sanglah Hospital, Indonesia\*



\*Partos anuales 3,000-3,500

Adaptado de: Soetjningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

**El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:**

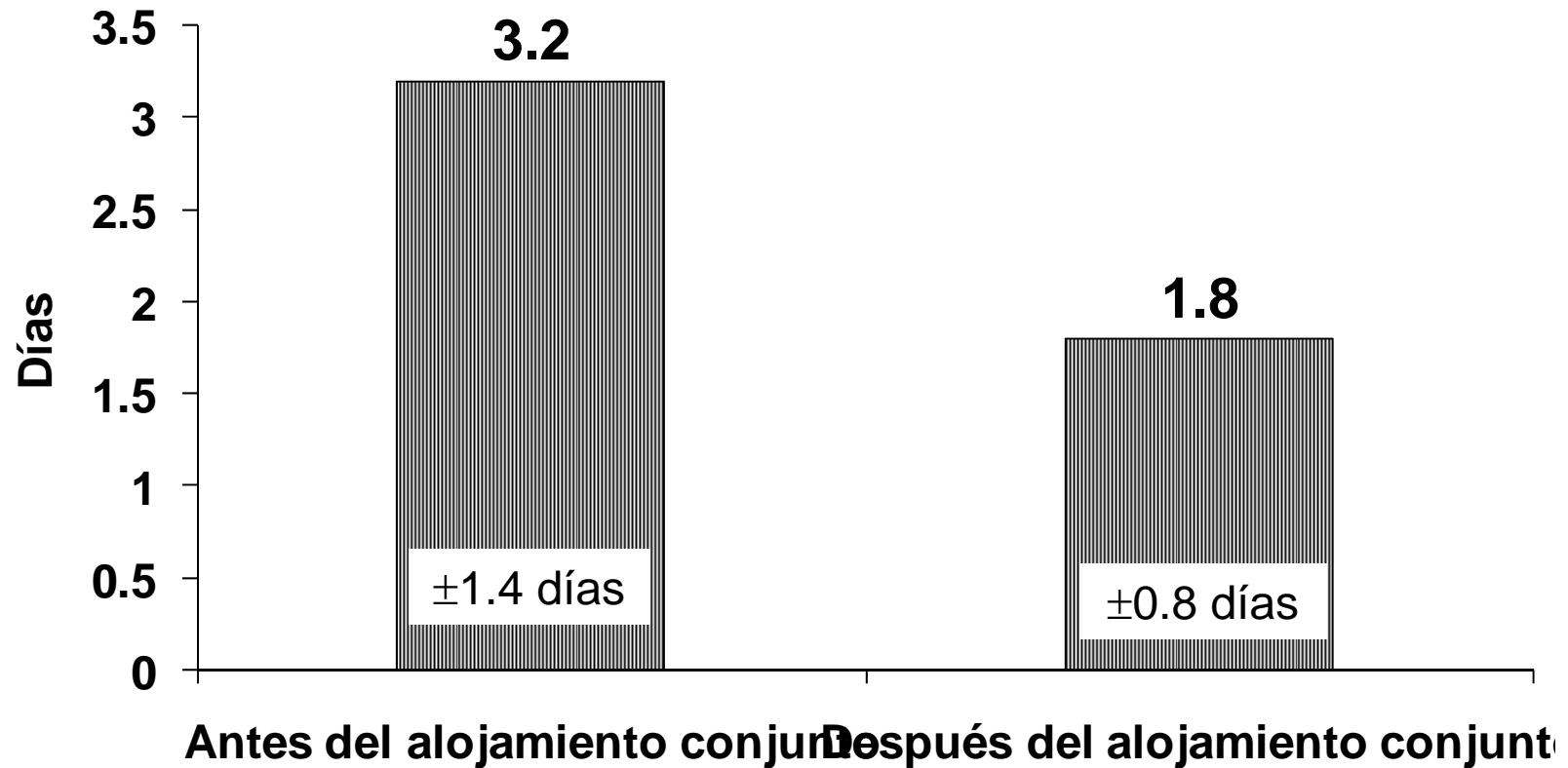
- Fórmula: \$8,500
- Biberones: \$7,500
- Solución Glucosada: \$1,500
- Ocitocina (Metergin): \$1,000

**El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente**

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost.* Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

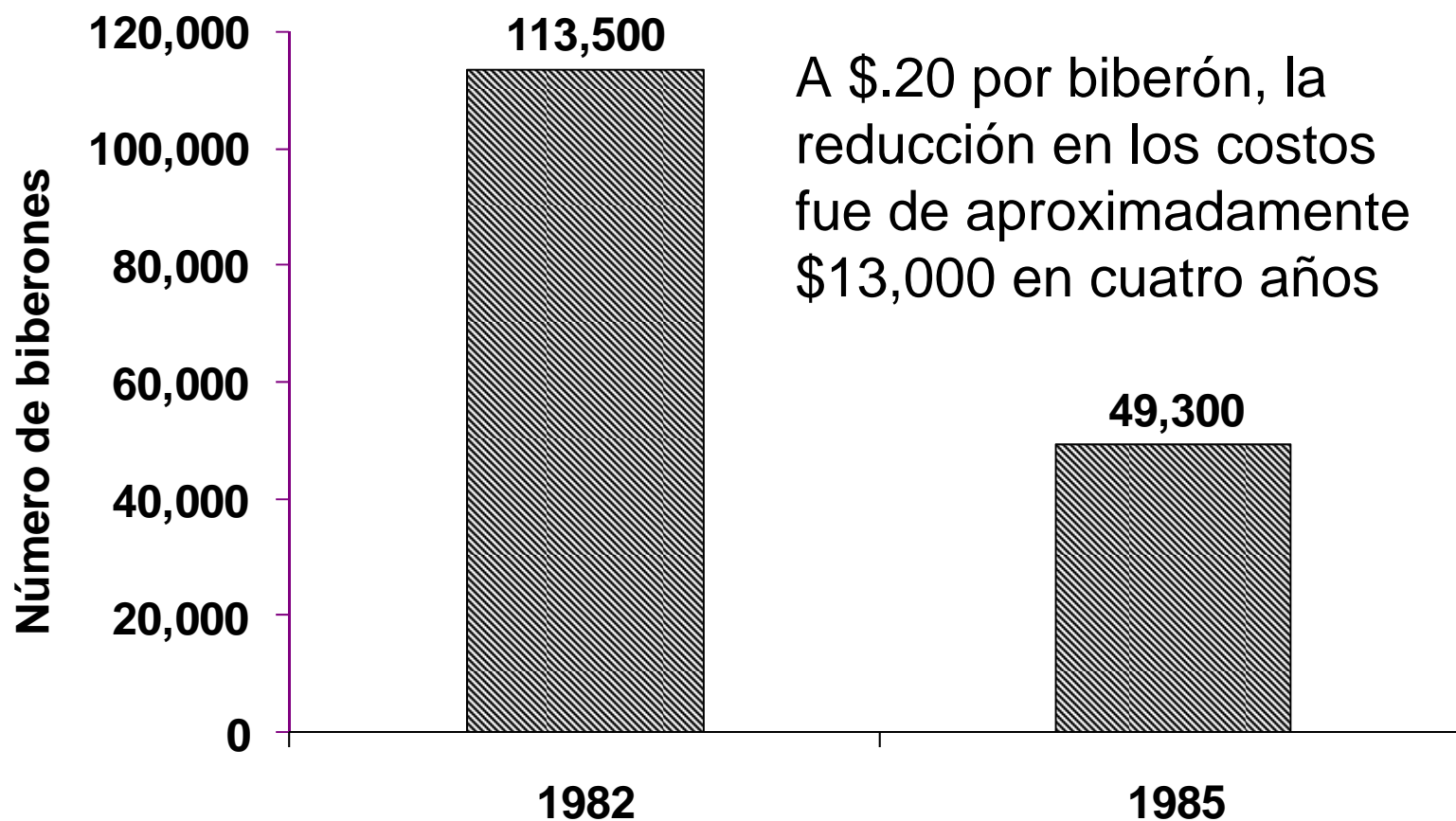


## Promedio de estadía hospitalaria de recién nacidos en el Hospital de Sanglah , Indonesia



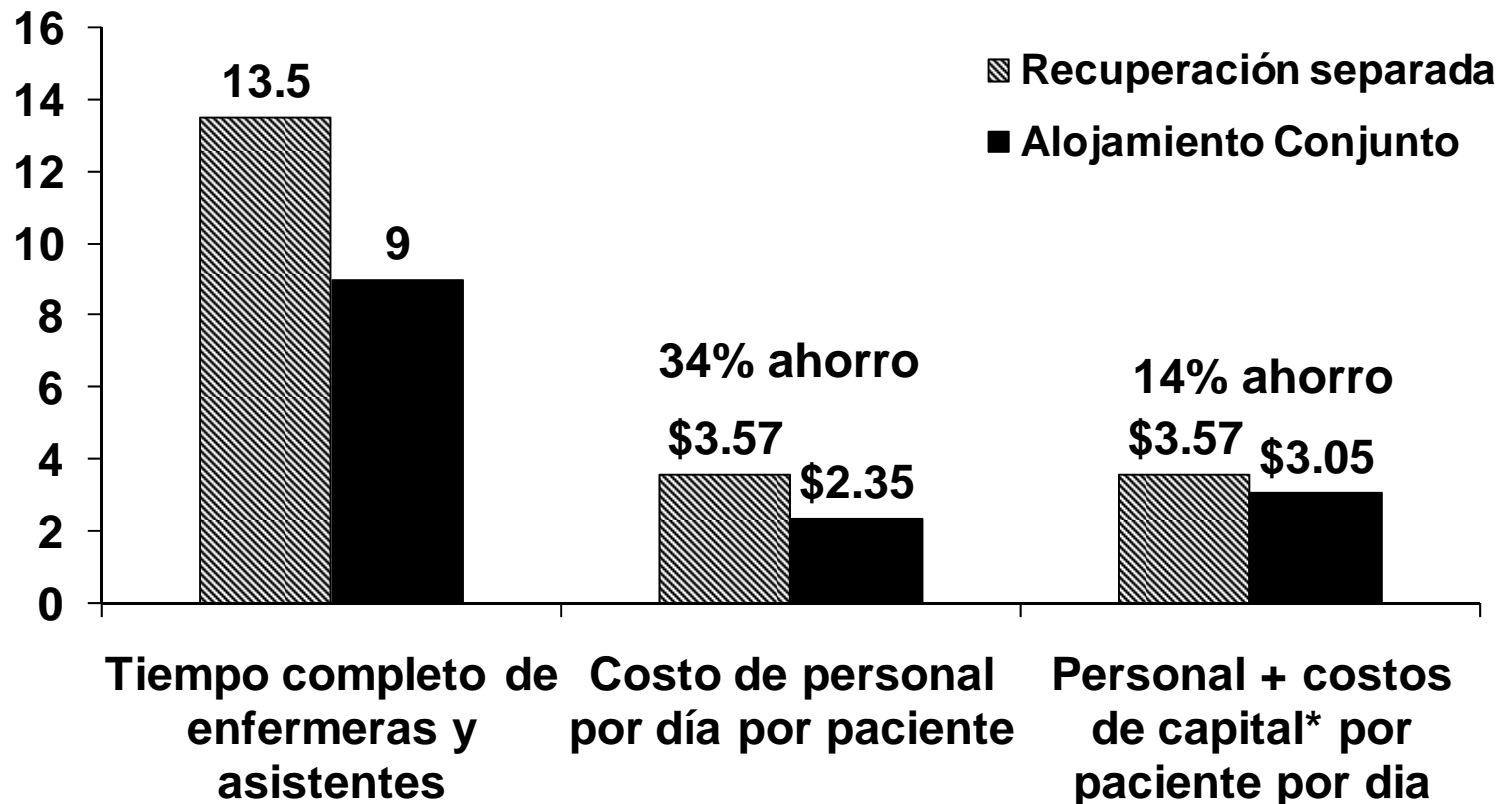
Adaptado de: Soetjiningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

## Ahorro de costos debido a las actividades de promoción de la lactancia en el Hospital Santo Tomas en Panamá City



Adaptado de: Levine & Huffman. *The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels, A Review of the Literature*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

# Ahorro de costos por el alojamiento conjunto en comparación a la separación de madre y su recién nacido en el Hospital de Clínicas de la Universidad Católica de Chile.



Adaptado de Valdes et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1993, 39:142-151.

# **Análisis de costo de mantenimiento de una sala de recién nacidos en el Hospital Memorial de Dr. José Fabella**

## ***Estadísticas del Hospital:***

***Partos promedio por día: 100 bebés***

***Censo diario de recién nacidos: 320 bebés***

Adaptado de: Gonzales R. Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila. (Transparencies presented in meeting in Manila, Philippines), 1990.

# Resumen de costos por el mantenimiento de una sala de recién nacidos sanos

***Juegos de biberones /año***

***124,800 x 20 P = 2,496,000 P***

***Latas de leche fórmula/año***

***17,521 x 36 P = 630,720 P***

***Salario del personal de enfermería/año***

***900 x 3,000 P x 12 = 3,240,000 P***

***Salario del personal del lactario/año***

***6 x 2,000 P x 12 = 144,000 P***

---

***Total***

***6,510,720 P***  
***(\$us 310,037 )***

## ***No está incluido:***

- *Costo de electricidad*
- *Costo del agua*
- *Costo de detergentes*
- *Costo de los pañales*
- *Costo de cuneros*
- *Costo de material de limpieza*

***¿A cuánto equivale este monto del presupuesto del hospital?***

$$\text{Costo} = \frac{6,510,720 P}{73,000,000 P} = 8\%$$

## ***El ahorro del 8% del presupuesto del hospital se ha convertido ahora en:***

- *Disponibilidad de medicamentos en todo momento*
- *Mejora de los alimentos y nutrición de pacientes*
- *Disponibilidad de sangre para emergencias*
- *Sábanas y camisones limpios para pacientes*
- *Más enfermeras para la atención de pacientes*



# Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes

## *Parte 1*

- Reasignar personal de una sala de recién nacidos sanos y del lactario para proveer de atención a la madre/niño y educación en las salas de alojamiento conjunto.
- Organizar un grupo de voluntarios para proveer de consejería en lactancia en las salas de alojamiento conjunto o pedir a una organización local de apoyo a madres que den este servicio. (Dar capacitación y normas escritas a los voluntarios para asegurar la calidad.)

# Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes

## *Parte 2*

- Colocar a los bebés en la cama de sus madres en vez de comprar cunas , si es culturalmente aceptable.
- Usar un refrigerador simple para guardar la leche extraída y contenedores gratuitos o a bajo costo para alimentar con taza.
- Enseñar a las madres, que están hospitalizadas que amamanten a su bebe prematuro o su bebe enfermo, y como dar atención a sus bebes.

# **Promoción de Lactancia:**

---

## **Costos y ahorros para las familias**

# Ejercicio: El porcentaje de salario que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de seis meses.

## Cálculo

Marca de fórmula: .....

Costo de una lata de formula de 500g: .....

Costo de 40 latas x de 500g de fórmula (para 6 meses): .....

Salario promedio (o mínimo)

1 mes: .....

6 meses: .....

Costo de 40latas x 500g de fórmula ..... X 100 = .....%

Salario promedio (o mínimo)  
para 6 meses .....

**Respuesta:** Alimentar a un bebé con fórmula\_\_\_\_\_ cuesta:  
\_\_\_\_\_ % del promedio salarial (o mínimo)

Adaptado de: WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide.* pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993.

# Ejercicio: El porcentaje de salario urbano o rural que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de 6 m

## Cálculo

Marca de fórmula:	.....	
Costo de una lata de fórmula de 500g:	..... x 40 latas = .....	
Salario promedio(o mínimo)	Agricultura	Urbana
1 mes:	.....	.....
6 meses:	.....	.....
<u>Costo de 40latas x 500g de fórmula</u>	.....	
Salario rural por 6 meses	.....	X 100 = .....%
<u>Costo de 40 latas x 500g de fórmula</u>	.....	
Salario urbano por 6 meses	.....	X 100 = .....%

**Respuesta:** Alimentar a un bebé con fórmula \_\_\_\_\_ cuesta:  
 \_\_\_\_\_% del promedio salarial (o mínimo)  
 \_\_\_\_\_% del promedio salarial rural

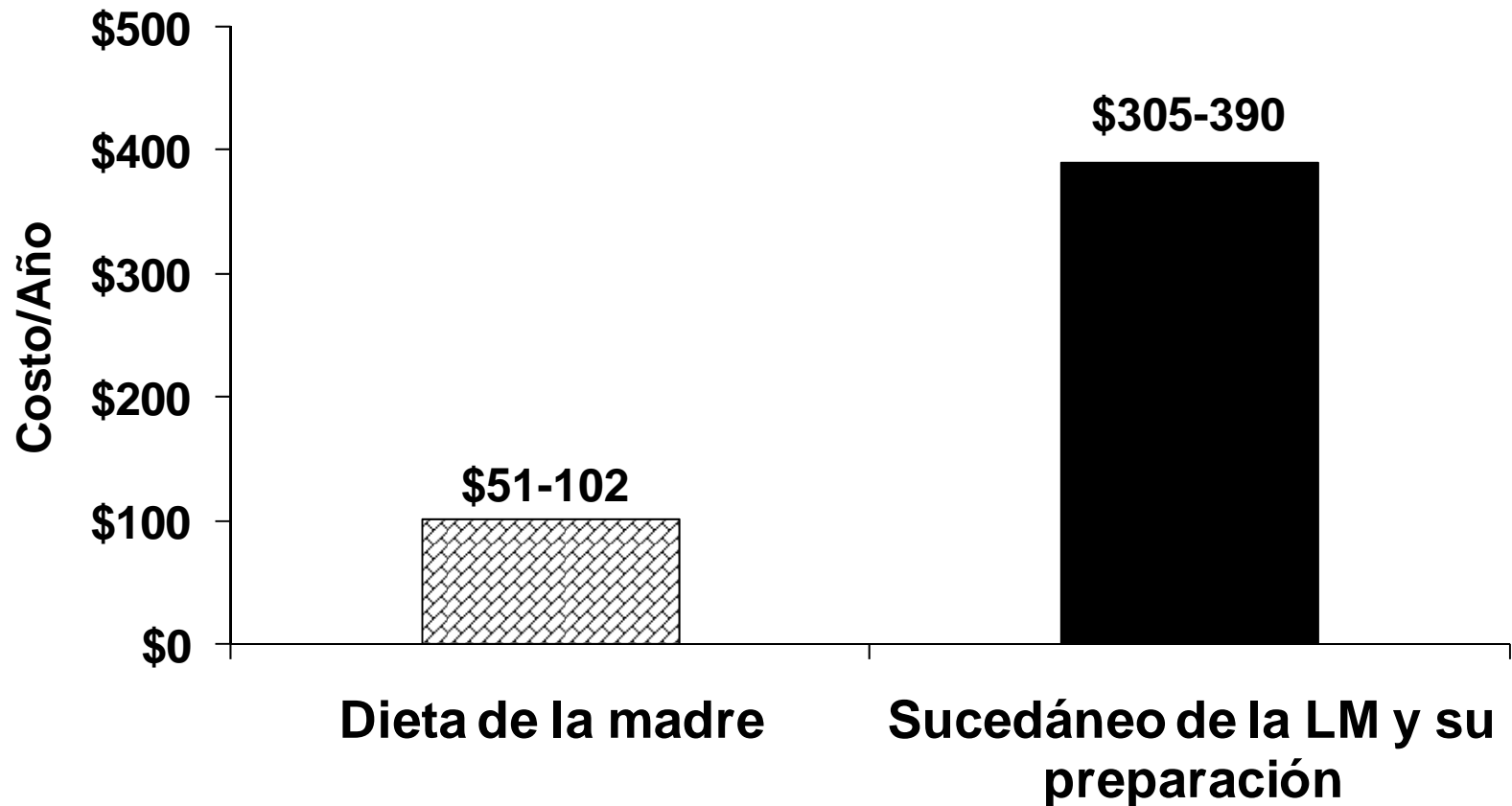
Alimentar a un bebé con fórmula \_\_\_\_\_ cuesta  
 \_\_\_\_\_% del promedio salarial urbano

## Costo de los sucedáneos de la leche materna y comparación con salarios mínimos

País	Costo por kg (en US\$)	Costo por mes (en US\$)	Salario Mínimo por mes (en US\$)	% del salario por mes
Nueva Zelandia	8.78	36.00	764	5
Alemania	16.40	67.24	1149	6
Malasia	7.42	30.42	143	21
Polonia	24.51	100.49	394	26
País Valtico	8.33	34.15	79	43
Indonesia	6.73	27.60	55	50

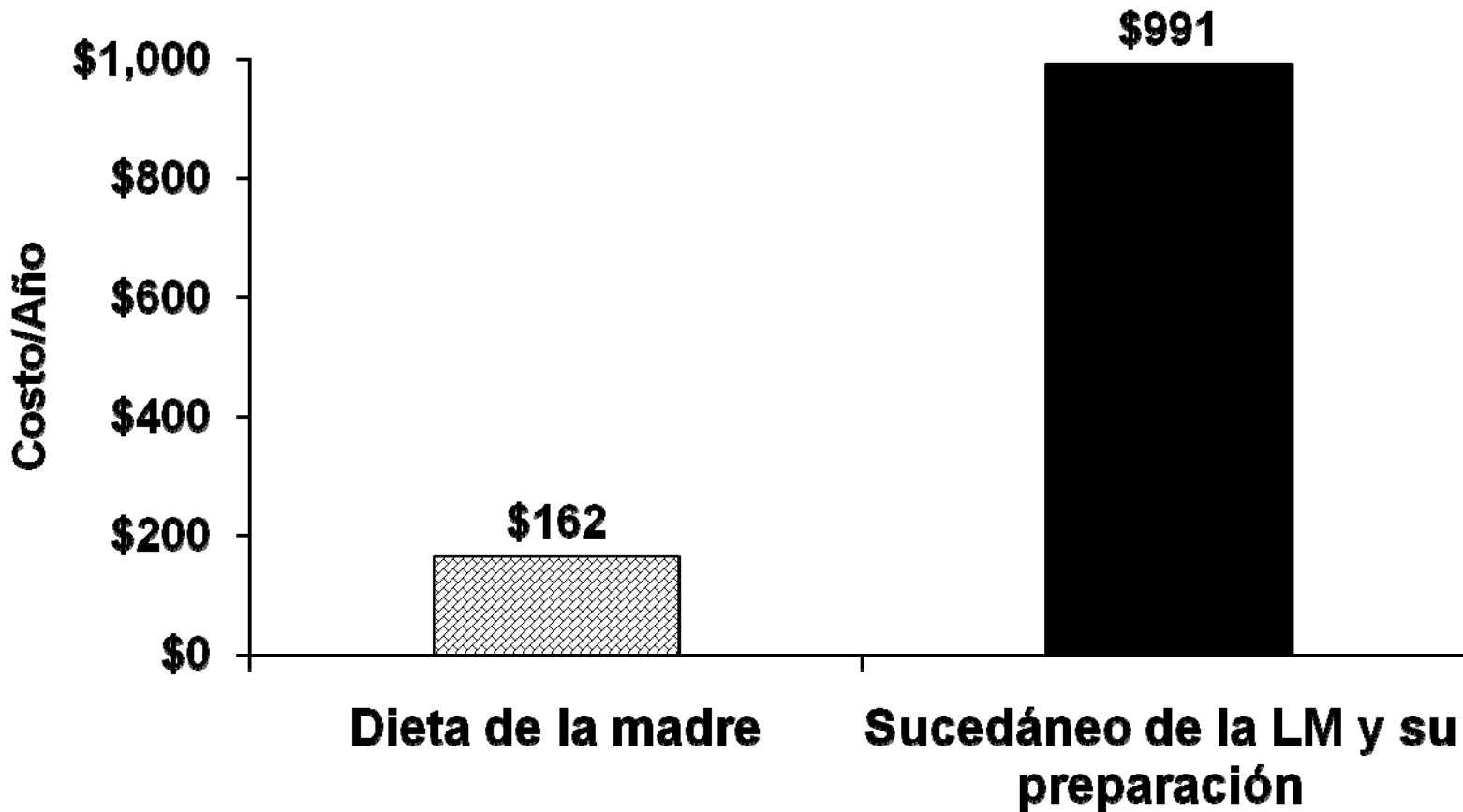
Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

# Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula Costa de Marfil



Adaptado de: Nurture, The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, 1990, 1(1):1-16, September.

# Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula Francia



Adaptado de: Bitoun. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, 1994, 216:10-13.



# Ahorro para la familia con lactancia en Singapur

- Costo de lactancia =
  - Costos de alimento adicional para mujer que amamanta *más*
  - Valor del tiempo de la madre para amamantar
- Costo de alimentación artificial =
  - Costo de para alimentar artificialmente (leche, biberones, combustible, utensilios) *más*
  - Valor del tiempo de cada persona que participa en la alimentación

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

# **Ahorro para la familia en los 3 primeros meses de vida si amamanta, por 15,410 bebés nacidos en el hospital de Kendang Kerbau en Singapur:**

- **Modelo de costo bajo\*:**                    \$4,078,102  
  (**\$264 por lactante**)
  
- **Modelo de alto costo\*:**                    \$7,453,817  
  (**\$483 por lactante**)

\* El modelo de bajo costo utilizó un costo bajo o promedio de formula, leche, esterilización y salarios. El modelo de costo alto utilizó costos mas altos por el mismo detalle.

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.

# **Promoción de Lactancia:**

---

## **Costos y ahorros en el sistema de salud y a nivel nacional**

# **Costos comparativos de atención de salud por tratamiento de bebés amamantados y bebés con fórmula en el primer año de vida en una organización de mantenimiento de salud (OMS)**

Cuando se comparan estadísticas de salud de 1000 lactantes que nunca amamantaron, y 1000 lactantes amamantados exclusivamente por al menos 3 meses, los que nunca amamantaron tuvieron:

- 60 episodios más de infección respiratoria inferior
- 580 episodios mas de otitis media, y
- 1053 episodios mas de enfermedad gastrointestinal

Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

## **Además, de 1000 lactantes que nunca amamantaron tuvieron:**

- 2033 exceso de visitas a consultorios
- 212 exceso de hospitalización
- 609 exceso de prescripciones

Estos servicios adicionales del atención de salud

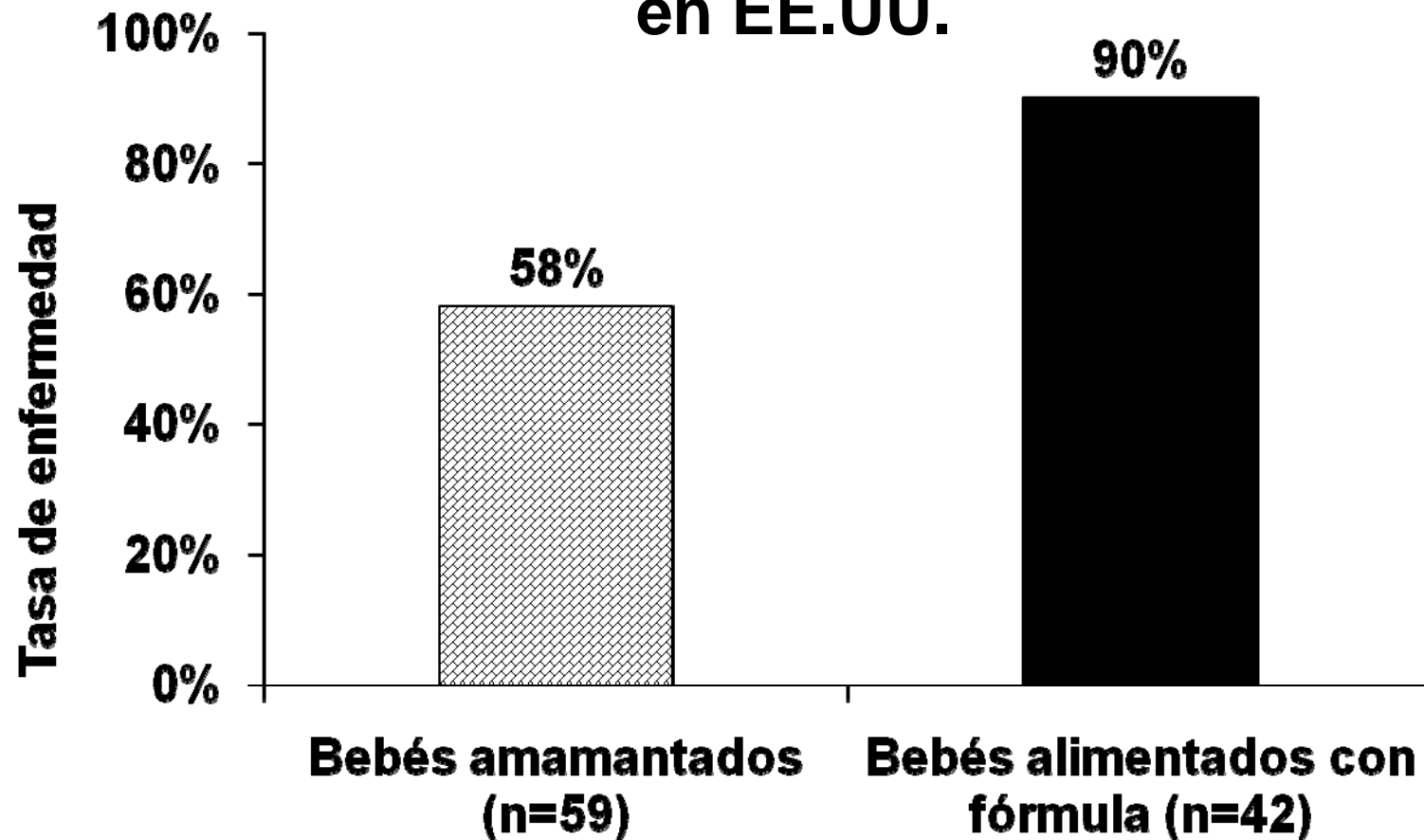
Costo al sistema de atención

entre \$331 y \$475 por lactante que nunca amamantó

Durante el primer año de vida.

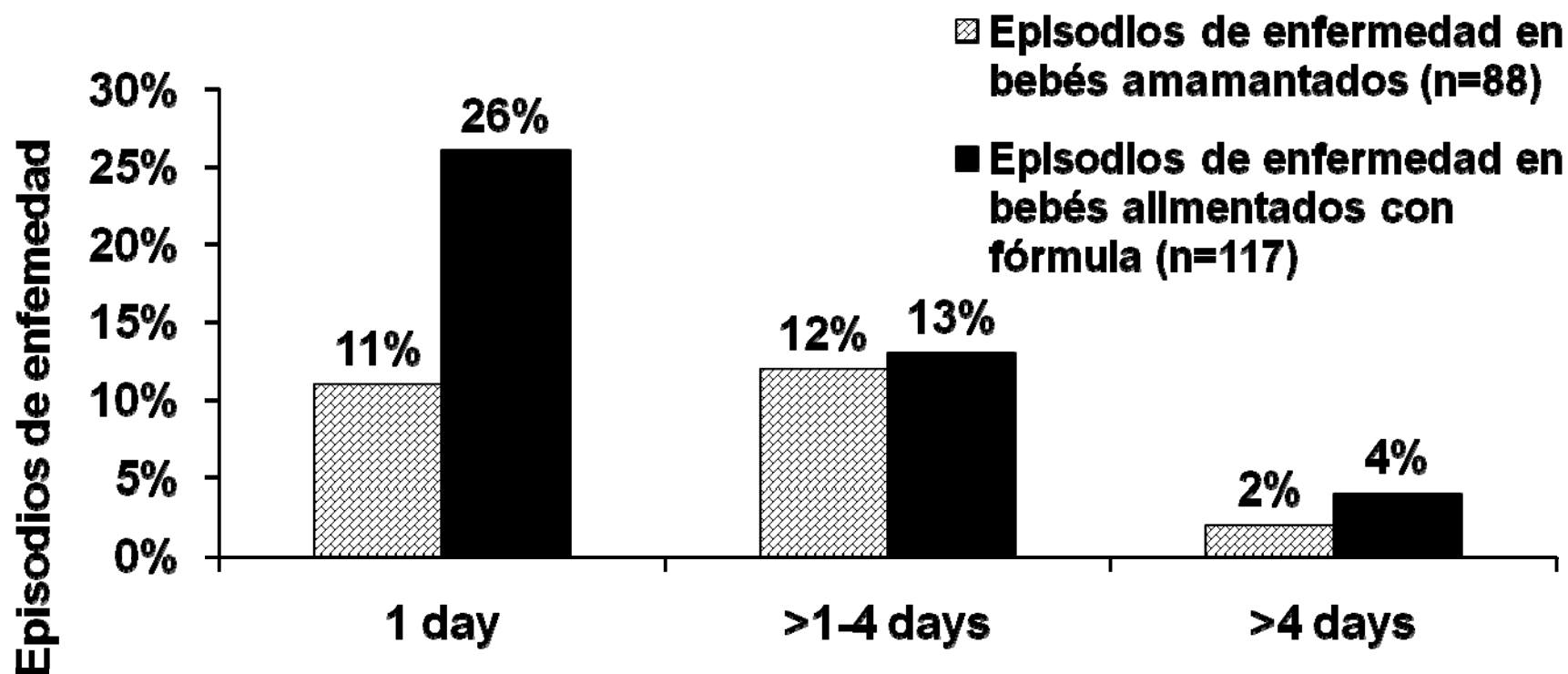
Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

# Tasas de enfermedad entre lactancia y alimentación con fórmula en lactantes de madres que trabajan en dos corporaciones en EE.UU.



Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

## Distribución de episodios de enfermedad y ausentismo materno por práctica de alimentación



Días de ausentismo del trabajo/episodio de enfermedad

Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

# El valor de la leche materna para la economía nacional en India

- La producción nacional de leche materna de todas las madres en India por niño que estaban amamantando en el momento de la estimación fue de 3944 millones de litros en 2 años.
- Si la leche producida se sustituiría por leche en lata, costaría 118 billones de Rupias.
- Si se importara, los sucedáneos de la leche materna costarían 4.7 millones de USD.
- Si las practicas de lactancia fueran las óptimas, la producción de leche seria el doble de la producción actual, doblando los ahorros mediante el uso total de este “recurso nacional”.

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.



## Ahorro de 3 enfermedades de la niñez si las tasas de lactancia exclusiva se incrementaran a niveles recomendados por el Surgeon General en EE.UU.\*

<b>Condición</b>	<b>Costos incluidos</b>	<b>Ahorros en \$us</b>
Otitis media	Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico y pérdida de tiempo y salarios.	\$ 365,077,440
Gastroenteritis	Visitas médicas, pérdida de salario, y hospitalización	\$ 9,941,253
Enterocolitis necrosante (NEC)	Tratamiento quirúrgico, pérdida de salario, y valor de muertes prematuras	\$3,279,146,528
<b>TOTAL:</b>		<b>Mas \$3.6 billones</b>

\* Niveles actuales de LME fueron 64% después del nacimiento y 29% a 6 meses. Niveles recomendados son 75% después del parto y 50% a los seis meses.

Adaptado de: Weimer. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis*, Food Assistance & Nutrition Research Report No. 13. Wash.D.C., USDA, 2001.

# Ahorros de incrementos potenciales en lactancia materna exclusiva en Inglaterra y Gales

- Se ha estimado que el Servicio Nacional de Salud gasta £35 millones por año en el tratamiento de gastroenteritis en lactantes alimentados con biberón.
- Para cada 1% de incremento en lactancia a las 13 semanas, se lograría un ahorro de £500,000 en el tratamiento de gastroenteritis .

Adaptado de: Dept. of Health. *Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS*. London, United Kingdom of Great Britain, 1995.

# Un estudio de caso completo sobre costos y ahorros con promoción de lactancia y otras actividades de promoción en El Salvador:

## Beneficios anuales totales para el sector público de los niveles actuales de lactancia

<b>Origen del beneficio</b>	<b>Monto total anual</b>
Casos de diarrea infantil evitados	\$456,130
Casos de IRA infantil evitados	\$839,583
Nacimientos evitados (costos del parto)	\$1,224,328
Uso evitado de sucedáneos de la leche materna	\$288,337
<b>TOTAL</b>	<b>\$2,808,378</b>

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994.

# **Costos anuales y beneficios de actividades de promoción de la lactancia actuales e intensivas. (El Salvador)**

## **Actividades actuales:**

- Abogacía/monitoreo
- Promoción basada en el Hospital
- Promoción de la atención de salud institucional y comunitario
- Información, educación & comunicación

**Costo actual: \$32,000**

**Costo adicional de actividades intensivas: \$90,188**

## **Beneficio estimado de actividades intensivas:**

- Incremento en la lactancia exclusiva entre lactantes menores de 6 meses de **15% a 30%**

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994

## Beneficios netos de la promoción de lactancia: Comparación del programa actual y del intensificado (El Salvador)

	Actual	Adicional bajo alternativa
Beneficios	\$2,808,378	\$714,328
Costos	\$32,830	\$90,188
<b>Beneficios netos</b>	<b>\$2,775,558</b>	<b>\$624,140</b>

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart International and Nuture, 1994

# **Promoción de la Lactancia:**

---

**Costos y ahorros  
para los establecimientos  
de salud**

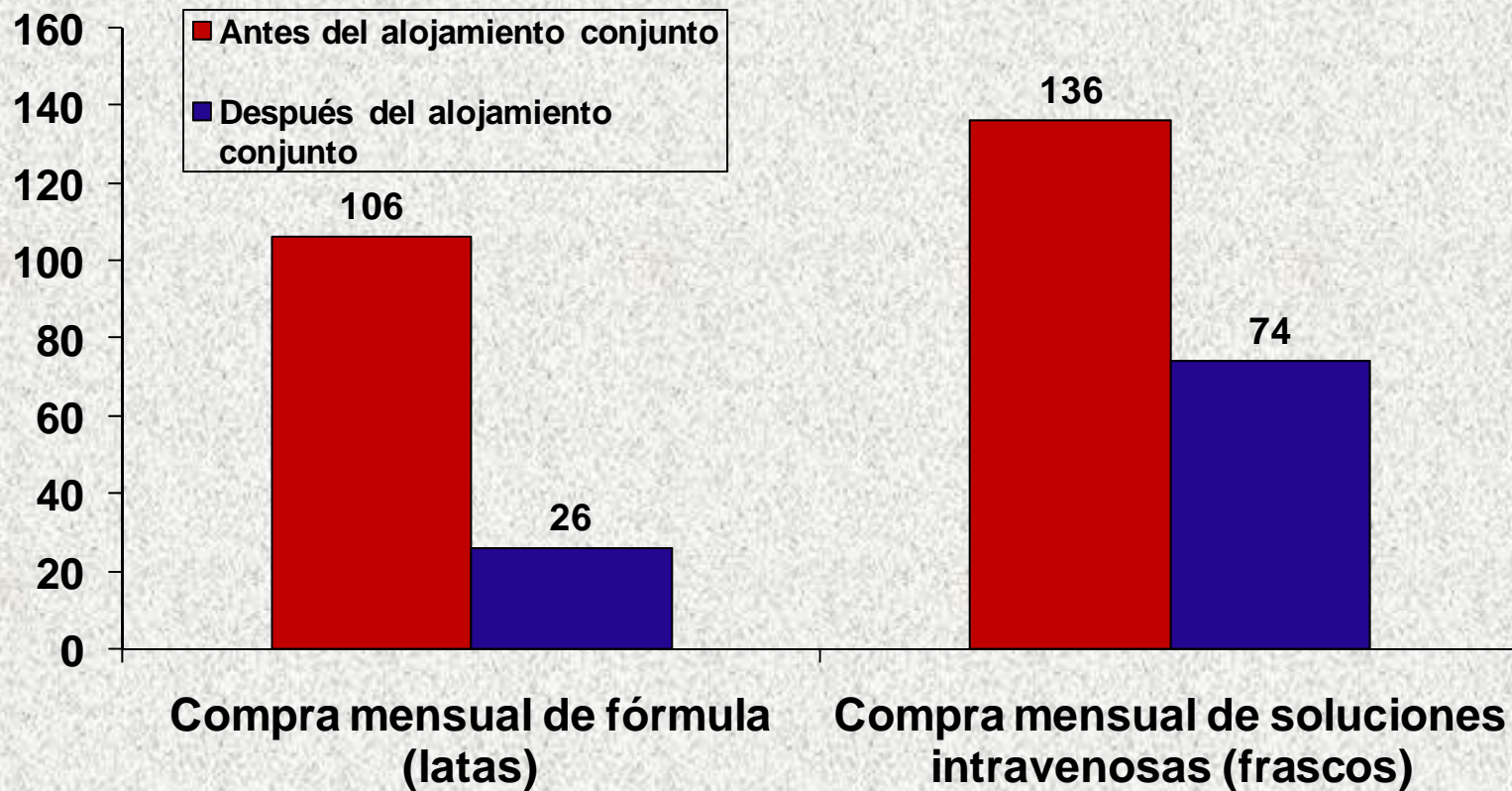
**El Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, con aproximadamente 12,000 partos por año, instituyó un programa de promoción de lactancia materna y alojamiento conjunto intensivo que resultó en ahorros importantes en:**

■ Fórmula:	\$8,500
■ Biberones:	\$7,500
■ Solución Glucosada:	\$1,500
■ Ocitocina (Metergin):	\$1,000

**El cambio le ahorró al hospital \$16,500 anualmente**

Adaptado de: Huffman SL et al. *Breastfeeding Promotion in Central America: High Impact at Low Cost*. Washington D.C., Nutrition Communication Project, AED, 1991.

# Ahorro en costos mediante un programa intensivo de alojamiento conjunto en el Hospital de Sanglah Hospital, Indonesia\*

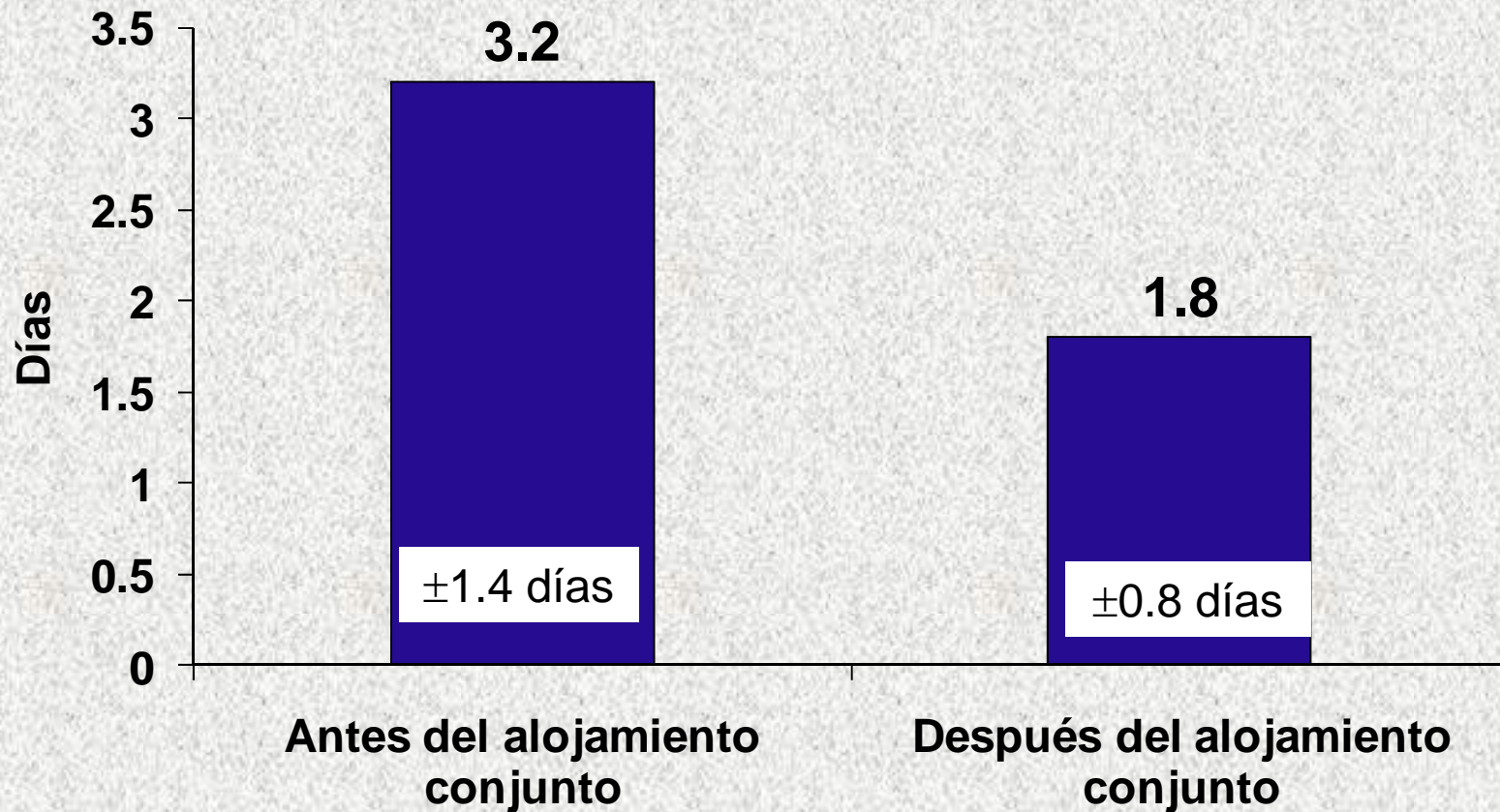


\*Partos anuales 3,000-3,500

Adaptado de: Soetjiningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

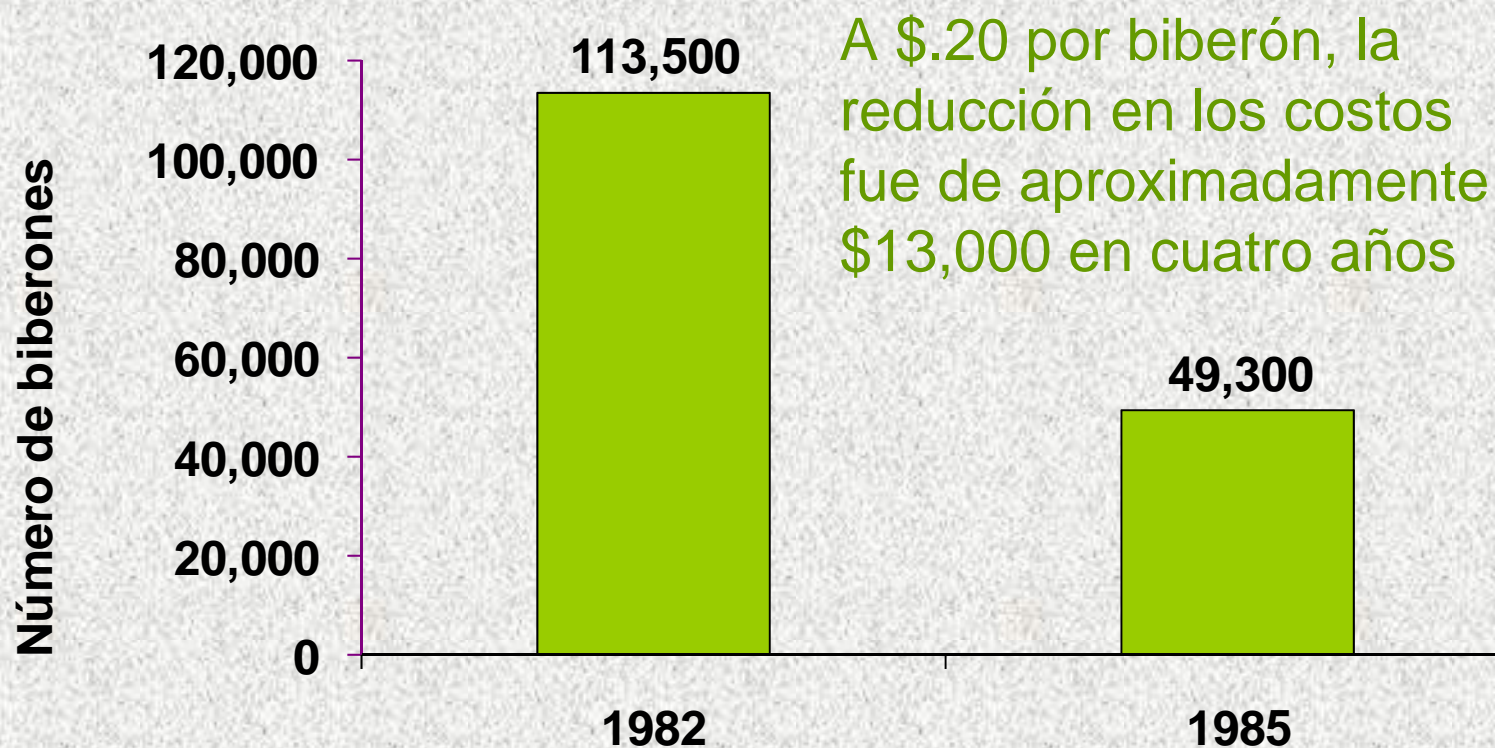


## Promedio de estadía hospitalaria de recién nacidos en el Hospital de Sanglah , Indonesia



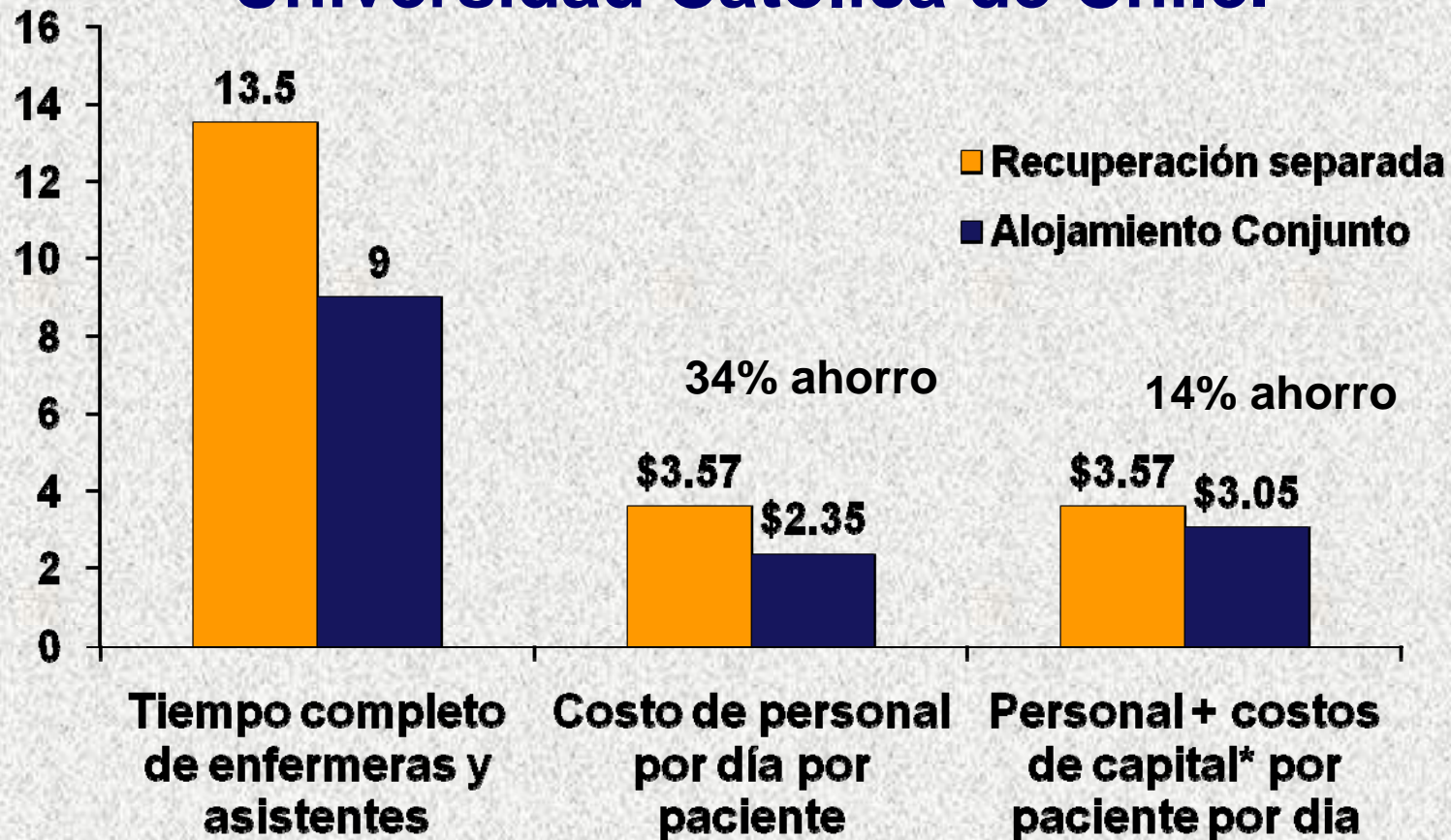
Adaptado de: Soetjiningsih and Sudaryat Suraatmaja. The advantages of rooming-in. *Paediatrica Indonesiana*, 1986, 26:229-35.

## Ahorro de costos debido a las actividades de promoción de la lactancia en el Hospital Santo Tomas en Panamá City



Adaptado de: Levine & Huffman. *The Economic Value of Breastfeeding, The National, Public Sector, Hospital, and Household Levels, A Review of the Literature*. Washington D.C., Nuture/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 1990.

# Ahorro de costos por el alojamiento conjunto en comparación a la separación de madre y su recién nacido en el Hospital de Clínicas de la Universidad Católica de Chile.



Adaptado de Valdes et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1993, 39:142-151.

# **Análisis de costo de mantenimiento de una sala de recién nacidos en el Hospital Memorial de Dr. José Fabella**

## ***Estadísticas del Hospital:***

***Partos promedio por día: 100 bebés***

***Censo diario de recién nacidos: 320 bebés***

Adaptado de: Gonzales R. Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila. (Transparencies presented in meeting in Manila, Philippines), 1990.



## Resumen de costos por el mantenimiento de una sala de recién nacidos sanos

*Juegos de biberones /año*

$$124,800 \times 20 \text{ P} = 2,496,000 \text{ P}$$

*Latas de leche fórmula/año*

$$17,521 \times 36 \text{ P} = 630,720 \text{ P}$$

*Salario del personal de enfermería/año*

$$900 \times 3,000 \text{ P} \times 12 = 3,240,000 \text{ P}$$

*Salario del personal del lactario/año*

$$6 \times 2,000 \text{ P} \times 12 = 144,000 \text{ P}$$

---

**Total**

**6,510,720 P**  
**(\$us 310,037 )**

## ***No está incluido:***

- *Costo de electricidad*
- *Costo del agua*
- *Costo de detergentes*
- *Costo de los pañales*
- *Costo de cuneros*
- *Costo de material de limpieza*

***¿A cuánto equivale este monto del presupuesto del hospital?***

$$\frac{\text{Costo} = 6,510,720 P}{\text{Presupuesto} = 73,000,000 P} = 8\%$$

## ***El ahorro del 8% del presupuesto del hospital se ha convertido ahora en:***

- *Disponibilidad de medicamentos en todo momento*
- *Mejora de los alimentos y nutrición de pacientes*
- *Disponibilidad de sangre para emergencias*
- *Sábanas y camisones limpios para pacientes*
- *Mas enfermeras para la atención de pacientes*



# Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes

## *Parte 1*

- Reasignar personal de una sala de recién nacidos sanos y del lactario para proveer de atención a la madre/niño y educación en las salas de alojamiento conjunto.
- Organizar un grupo de voluntarios para proveer de consejería en lactancia en las salas de alojamiento conjunto o pedir a una organización local de apoyo a madres que den este servicio. (Dar capacitación y normas escritas a los voluntarios para asegurar la calidad.)

# Formas creativas para minimizar costos o utilizar recursos existentes

## *Parte 2*

- Colocar a los bebés en la cama de sus madres en vez de comprar cunas , si es culturalmente aceptable.
- Usar un refrigerador simple para guardar la leche extraída y contenedores gratuitos o a bajo costo para alimentar con taza.
- Enseñar a las madres, que están hospitalizadas que amamanten a su bebe prematuro o su bebe enfermo, y como dar atención a sus bebes.

# Promoción de Lactancia:

---

## Costos y ahorros para las familias

## Ejercicio: El porcentaje de salario que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de seis meses.

### Cálculo

Marca de fórmula: .....

Costo de una lata de formula de 500g: .....

Costo de 40 latas x de 500g de fórmula (para 6 meses): .....

Salario promedio (o mínimo)

1 mes: .....

6 meses: .....

Costo de 40latas x 500g de fórmula ..... X 100 = .....%

Salario promedio (o mínimo)  
para 6 meses .....

**Respuesta:** Alimentar a un bebé con fórmula \_\_\_\_\_ cuesta:  
\_\_\_\_\_ % del promedio salarial (o mínimo)

Adaptado de: WHO/UNICEF. *Breastfeeding Counselling: A Training Course, Trainer's Guide.* pages 420-421, Geneva, World Health Organization, 1993.



## Ejercicio: El porcentaje de salario urbano o rural que se necesita para alimentar con fórmula a un bebé de 6 m

### Cálculo

Marca de fórmula:	.....	
Costo de una lata de fórmula de 500g:	.....	x 40 latas = .....
Salario promedio(o mínimo)	Agricultura	Urbana
1 mes:	.....	.....
6 meses:	.....	.....
<u>Costo de 40latas x 500g de fórmula</u>	.....	
Salario rural por 6 meses	.....	X 100 = .....%
<u>Costo de 40 latas x 500g de fórmula</u>	.....	
Salario urbano por 6 meses	.....	X 100 = .....%

**Respuesta:** Alimentar a un bebé con fórmula \_\_\_\_\_ cuesta:  
 \_\_\_\_\_% del promedio salarial (o mínimo)  
 \_\_\_\_\_% del promedio salarial rural

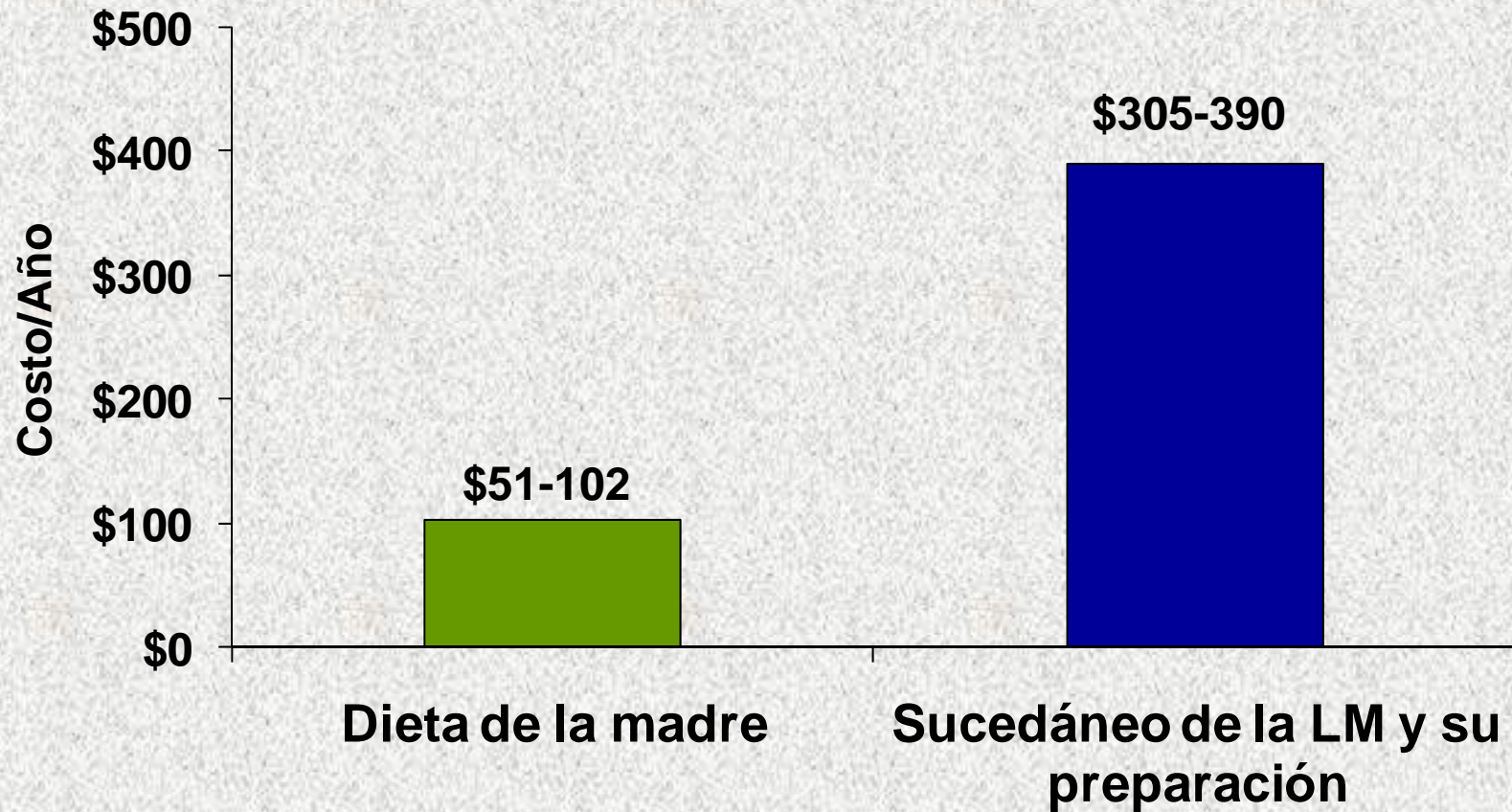
Alimentar a un bebé con fórmula \_\_\_\_\_ cuesta  
 \_\_\_\_\_% del promedio salarial urbano

## **Costo de los sucedáneos de la leche materna y comparación con salarios mínimos**

<b>País</b>	<b>Costo por kg (en US\$)</b>	<b>Costo por mes (en US\$)</b>	<b>Salario Mínimo por mes (en US\$)</b>	<b>% del salario por mes</b>
<b>Nueva Zelandia</b>	<b>8.78</b>	<b>36.00</b>	<b>764</b>	<b>5</b>
<b>Alemania</b>	<b>16.40</b>	<b>67.24</b>	<b>1149</b>	<b>6</b>
<b>Malasia</b>	<b>7.42</b>	<b>30.42</b>	<b>143</b>	<b>21</b>
<b>Polonia</b>	<b>24.51</b>	<b>100.49</b>	<b>394</b>	<b>26</b>
<b>País Vatico</b>	<b>8.33</b>	<b>34.15</b>	<b>79</b>	<b>43</b>
<b>Indonesia</b>	<b>6.73</b>	<b>27.60</b>	<b>55</b>	<b>50</b>

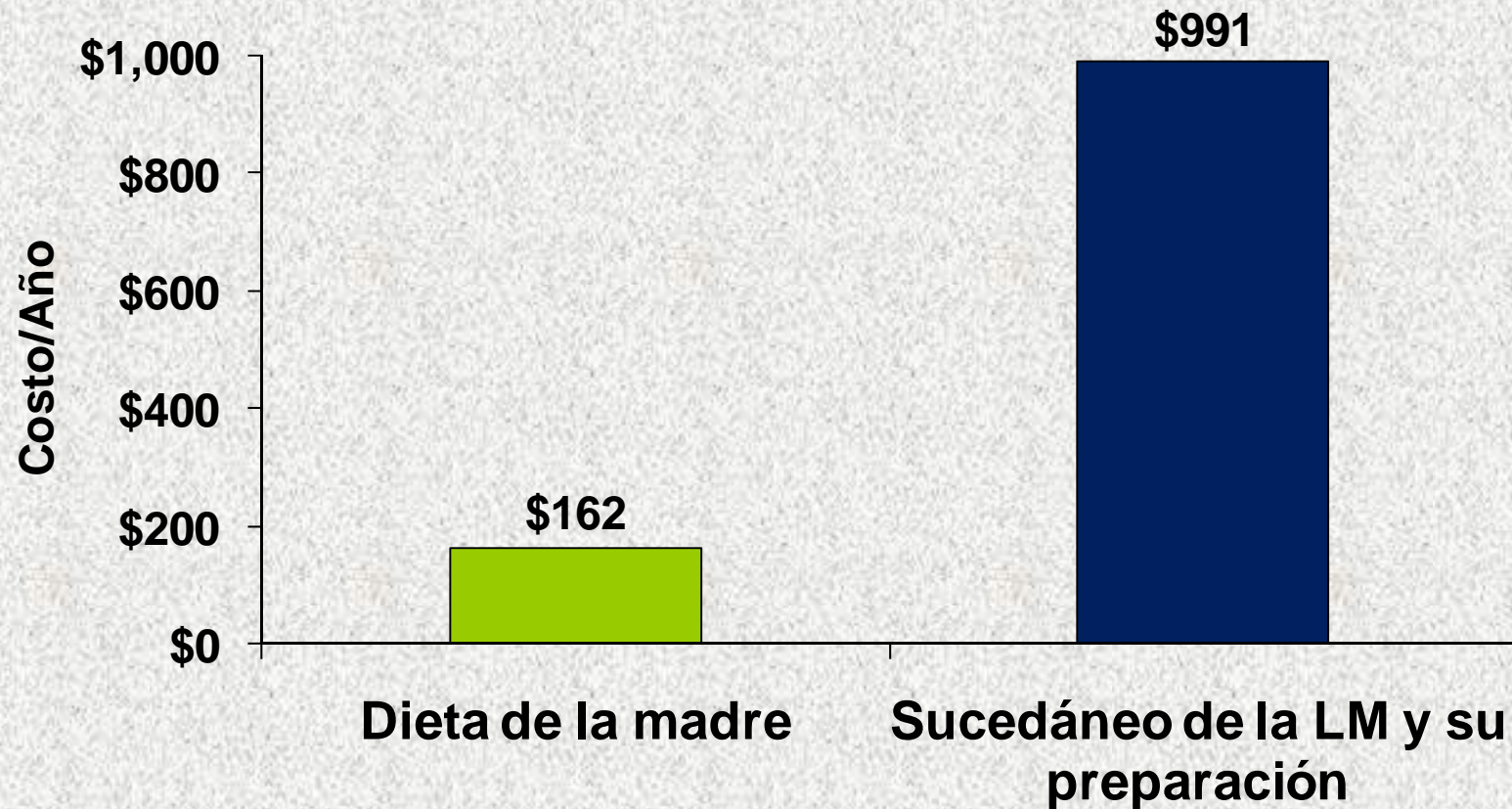
Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.

# Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula Costa de Marfil



Adaptado de: Nurture, The Economic Value of Breastfeeding: Four Perspectives for Policymakers. *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*, 1990, 1(1):1-16, September.

# Costo de alimentar a una madre amamantando versus alimentación con fórmula Francia



Adaptado de: Bitoun. The Economic Value of Breastfeeding in France. *Les Dossiers de l'Obstetrique*, 1994, 216:10-13.



# Ahorro para la familia con lactancia en Singapur

- **Costo de lactancia =**
  - Costos de alimento adicional para mujer que amamanta *más*
  - Valor del tiempo de la madre para amamantar
- **Costo de alimentación artificial =**
  - Costo de para alimentar artificialmente (leche, biberones, combustible, utensilios) *más*
  - Valor del tiempo de cada persona que participa en la alimentación

Adaptado de: Fok et al. The economics of breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 1998, 6(2):5-9.



# Promoción de Lactancia:

---

## Costos y ahorros en el sistema de salud y a nivel nacional

## **Costos comparativos de atención de salud por tratamiento de bebés amamantados y bebés con fórmula en el primer año de vida en una organización de mantenimiento de salud (OMS)**

Cuando se comparan estadísticas de salud de 1000 lactantes que nunca amamantaron, y 1000 lactantes amamantados exclusivamente por al menos 3 meses, los que nunca amamantaron tuvieron:

- 60 episodios más de infección respiratoria inferior
- 580 episodios mas de otitis media, y
- 1053 episodios mas de enfermedad gastrointestinal

Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.



**Además, de 1000 lactantes que nunca amamantaron tuvieron:**

- 2033 exceso de visitas a consultorios
- 212 exceso de hospitalización
- 609 exceso de prescripciones

Estos servicios adicionales del atención de salud

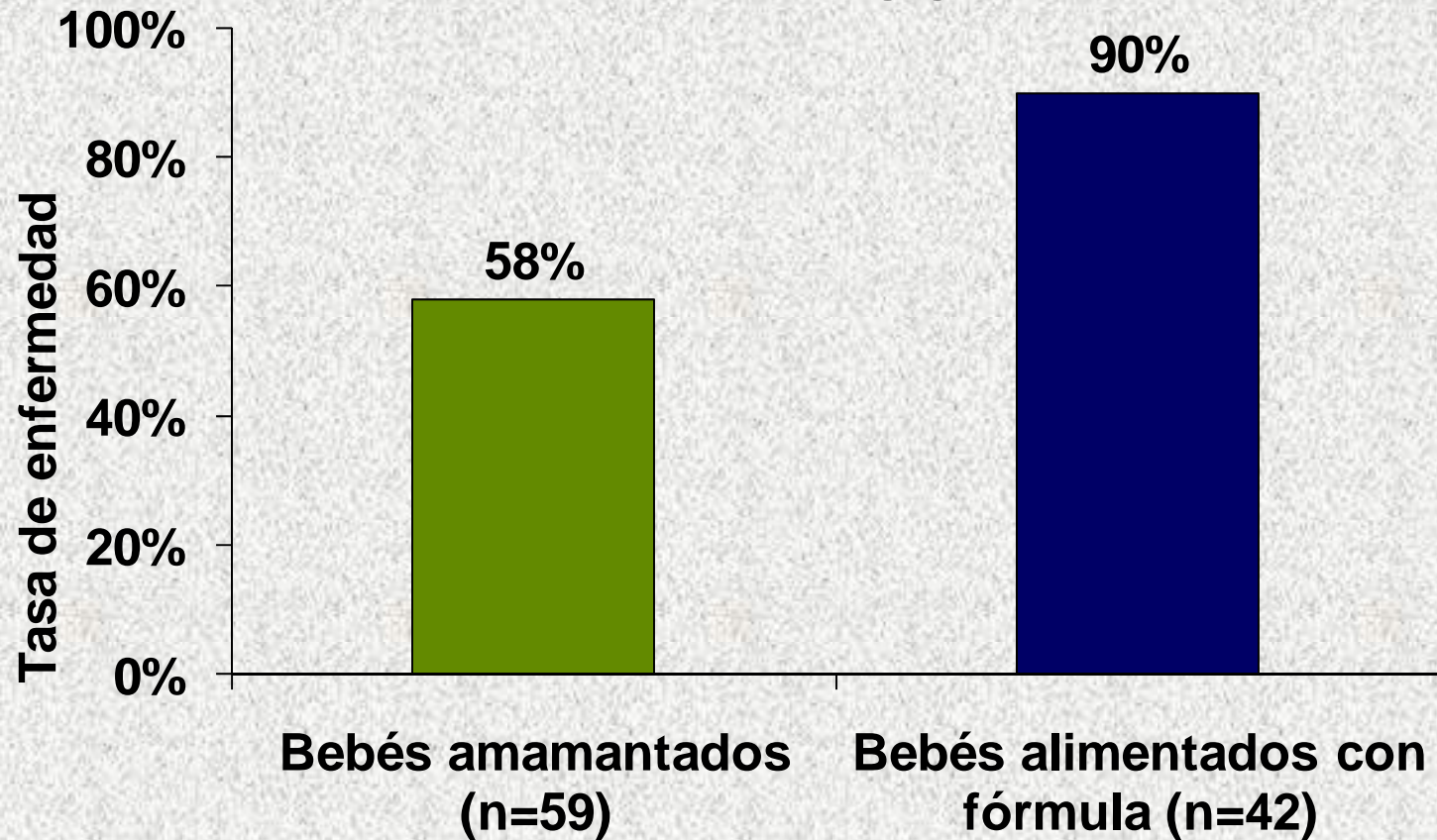
Costo al sistema de atención

entre \$331 y \$475 por lactante que nunca amamantó

Durante el primer año de vida.

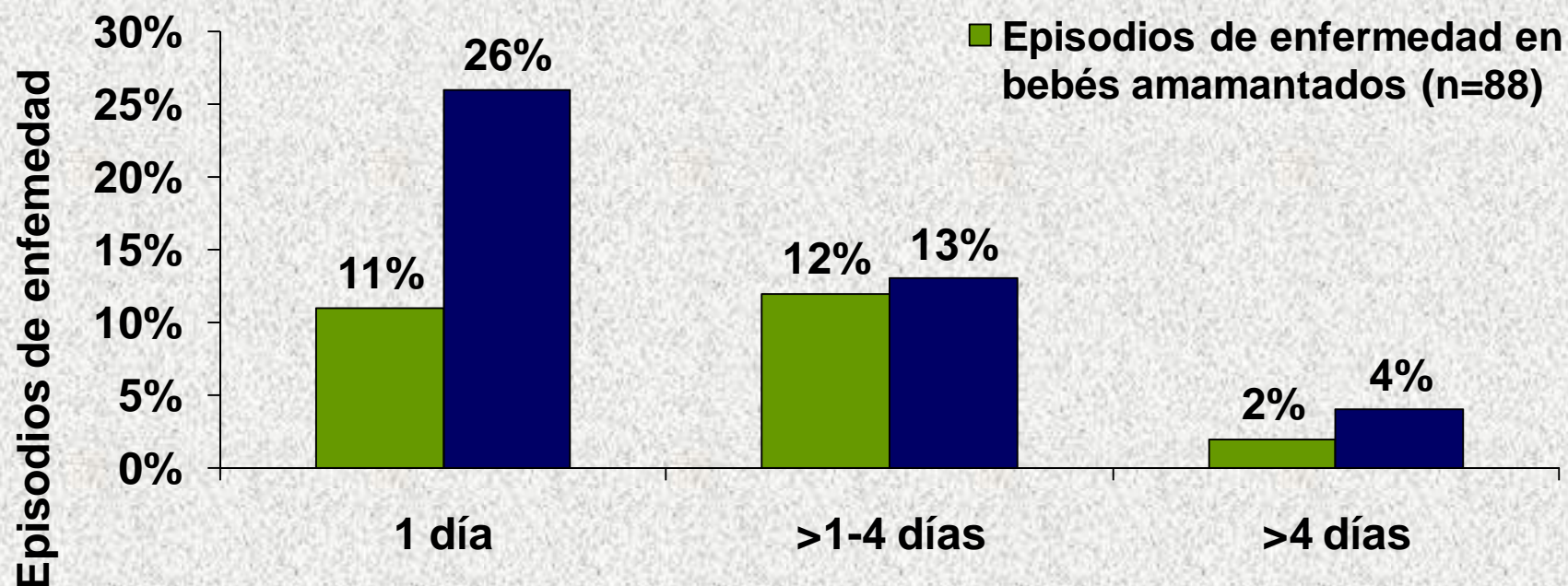
Adaptado de: Ball and Wright. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 1999, April, 103(4 Pt 2):870-6.

# Tasas de enfermedad entre lactancia y alimentación con fórmula en lactantes de madres que trabajan en dos corporaciones en EE.UU.



Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

## Distribución de episodios de enfermedad y ausentismo materno por práctica de alimentación



Días de ausentismo del trabajo/episodio de enfermedad

Adaptado de: Cohen et al. Comparison of maternal absenteeism and illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *AJHP*, 1995, 10(2):148-153.

## El valor de la leche materna para la economía nacional en India

- La producción nacional de leche materna de todas las madres en India por niño que estaban amamantando en el momento de la estimación fue de 3944 millones de litros en 2 años.
- Si la leche producida se sustituiría por leche en lata, costaría 118 billones de Rupias.
- Si se importara, los sucedáneos de la leche materna costarían 4.7 millones de USD.
- Si las practicas de lactancia fueran las óptimas, la producción de leche seria el doble de la producción actual, doblando los ahorros mediante el uso total de este “recurso nacional”.

Adaptado de: Gupta and Khanna. Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India*, 1999, May-June 12(3):123-7.



## Ahorro de 3 enfermedades de la niñez si las tasas de lactancia exclusiva se incrementaran a niveles recomendados por el Surgeon General en EE.UU.\*

<b>Condición</b>	<b>Costos incluidos</b>	<b>Ahorros en \$us</b>
Otitis media	Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico y pérdida de tiempo y salarios.	\$ 365,077,440
Gastroenteritis	Visitas médicas, pérdida de salario, y hospitalización	\$ 9,941,253
Enterocolitis necrosante (NEC)	Tratamiento quirúrgico, pérdida de salario, y valor de muertes prematuras	\$3,279,146,528
<b>TOTAL:</b>		<b>Mas \$3.6 billones</b>

\* Niveles actuales de LME fueron 64% después del nacimiento y 29% a 6 meses. Niveles recomendados son 75% después del parto y 50% a los seis meses.

Adaptado de: Weimer. *The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis*, Food Assistance & Nutrition Research Report No. 13. Wash.D.C., USDA, 2001.

## Ahorros de incrementos potenciales en lactancia materna exclusiva en Inglaterra y Gales

- Se ha estimado que el Servicio Nacional de Salud gasta £35 millones por año en el tratamiento de gastroenteritis en lactantes alimentados con biberón.
- Para cada 1% de incremento en lactancia a las 13 semanas, se lograría un ahorro de £500,000 en el tratamiento de gastroenteritis .

Adaptado de: Dept. of Health. *Breastfeeding: Good practice guidance to the NHS*. London, United Kingdom of Great Britain, 1995.

# Un estudio de caso completo sobre costos y ahorros con promoción de lactancia y otras actividades de promoción en El Salvador:

## Beneficios anuales totales para el sector publico de los niveles actuales de lactancia

Origen del beneficio	Monto total anual
Casos de diarrea infantil evitados	\$456,130
Casos de IRA infantil evitados	\$839,583
Nacimientos evitados (costos del parto)	\$1,224,328
Uso evitado de sucedáneos de la leche materna	\$288,337
<b>TOTAL</b>	<b>\$2,808,378</b>

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994.



## **Costos anuales y beneficios de actividades de promoción de la lactancia actuales e intensivas. (El Salvador)**

### **Actividades actuales:**

- Abogacía/monitoreo
- Promoción basada en el Hospital
- Promoción de la atención de salud institucional y comunitario
- Información, educación & comunicación

**Costo actual: \$32,000**

**Costo adicional de actividades intensivas: \$90,188**

### **Beneficio estimado de actividades intensivas:**

- Incremento en la lactancia exclusiva entre lactantes menores de 6 meses de **15% a 30%**

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart Intl. and Nuture, 1994

## Beneficios netos de la promoción de lactancia: Comparación del programa actual y del intensificado (El Salvador)

	Actual	Adicional bajo alternativa
Beneficios	\$2,808,378	\$714,328
Costos	\$32,830	\$90,188
<b>Beneficios netos</b>	<b>\$2,775,558</b>	<b>\$624,140</b>

Adaptado de: Wong et al. *An Analysis of the Economic Value of Breastfeeding in El Salvador, Policy & Technical Monographs*. Washington D.C., Wellstart International and Nuture, 1994

# Sesión 7

## Evaluación de políticas y prácticas

### Objetivos

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Utilizar el *Instrumento de Autoevaluación de la OMS/UNICEF IHAN* para evaluar el cumplimiento de los “Diez pasos para una lactancia exitosa” en el establecimiento y cuáles pasos necesita mejorar.

### Duración

Introducción: 5 minutos

Completar el *Instrumento de Autoevaluación* (durante la sesión de la tarde anterior): 15 -25 minutos

Trabajo de grupo o trabajo individual para resumir los resultados: 15 minutos

Total: 20-45 minutos durante la sesión

### Métodos de enseñanza

Trabajo de grupo o trabajo individual

### Preparación de la sesión

- Los planificadores del curso y facilitadores deben decidir cuándo programar esta sesión durante el curso. Se incluyen dos opciones:
  - Programar la sesión entre la *Sesión 6: Costo y ahorros* y *Sesión 8: Desarrollo de un plan de acción* en el segundo día del curso.
  - Programar esta sesión después de la *Sesión 3: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño* en el primer día del curso.
- La opción uno tiene dos ventajas. Si la sesión se programa para el segundo día del curso, los facilitadores del curso pueden pedir a los participantes que se reúnan en la noche para llenar el *instrumento de Autoevaluación*, de esta manera se reservan 10-15 minutos en el programa y permita que cada equipo complete el trabajo a su propio ritmo. Es más, se puede solicitar a los participantes que desarrollen sus propios planes de acción. (Sesión 8) después de identificar las áreas que necesitan mejorarse en sus establecimientos a través del análisis.
- La opción dos tiene la ventaja que los participantes habrán analizado las políticas y las prácticas en su propio hospital a través del instrumento de Autoevaluación antes de haber

avanzado el tema de las *Bases Científicas de los Diez Pasos*. (Sesión 4) y antes de trabajar en las estrategias generales para *Convertirse en Hospital Amigo del Niño* (Sesión 5). El saber dónde “están las deficiencias” en la implementación de *los Diez Pasos* en sus propias instituciones puede motivarles a prestar especial atención a la información que les ayudará a justificar y hacer las mejoras necesarias.

- Si se elige la opción uno, decidir si los participantes llenaran el *instrumento de Autoevaluación* la noche anterior o durante la misma sesión.

### **Materiales de capacitación**

El *instrumento de autoevaluación* de la IHAN (la copia se distribuye a los participantes como una hoja didáctica durante la Sesión 3)

### **Referencias**

UNICEF/WHO. *Baby-friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care: Section 4: Hospital Self-Appraisal and Monitoring*, Preliminary Version, UNICEF, New York, New York, 2006.

## Contenido mínimo

Contenido	Notas del capacitador
<p><b>1. Revisar el objetivo del instrumento de autoevaluación de la IHAN /OMS/UNICEF IHAN</b></p> <p>Revisión del uso del instrumento de <i>Autoevaluación del Hospital</i> para evaluar donde se encuentra cada establecimiento en el proceso de implementación de los <i>Diez Pasos</i>, que trabajo queda por realizar para apoyar la lactancia y solicitar la evaluación externa.</p>	<p><b>Revisión: 5 minutos</b></p> <p>Revisar brevemente el uso del Instrumento de Autoevaluación del Hospital, recordando que los puntos realizados durante la presentación de la Sesión 3 y enfatizando que los resultados del instrumento de autoevaluación será útil para considerar en el desarrollo de los planes de acción de los participantes de los establecimientos en la Sesión 8.</p>
<p><b>2. Completar el Instrumento de autoevaluación del hospital</b></p> <p>Llenado del <i>instrumento de evaluación del Hospital</i> por un equipo o individuos de cada facilidad.</p>	<p><b>Trabajo de grupo o individual (durante la sesión o la noche antes): 15 -25 minutos</b></p> <p>Pedir al equipo o a la persona de cada hospital que complete el Instrumento de autoevaluación de Hospital ya sea durante la sesión o la noche anterior.</p>
<p><b>3. Resumen de los resultados</b></p> <p>Preparación de un resumen de logros y áreas donde el establecimiento necesita mejorar..</p>	<p><b>Grupo de trabajo o individual: 15 minutos</b></p> <p>Después de haber concluido el llenado del <i>Instrumento de Autoevaluación del Hospital</i> cada grupo (o individuo) debe resumir tanto sus logros y áreas donde se necesita más trabajo para implementar los <i>Diez Pasos</i>, y el <i>Código Internacional</i>. Este resumen debe registrarse en transparencias o en rotafolio, para que se presenten en la Sesión 8, justo antes de la presentación del Plan de acción.</p> <p>Se debe alentar a los participantes a ser lo más francos posible, el resultado les ayudará a identificar los problemas particulares en los cuales deben enfocarse, mientras desarrollan sus planes de acción en la Sesión 8. Si los facilitadores sienten que los participantes se preocuparán por la divulgación de las deficiencias de sus establecimientos, se deben hacer arreglos para asegurarse que los resultados de los instrumentos se mantengan confidenciales, y se pedirá a los participantes que en la plenaria solo mencionen las áreas “en general” que necesitan mejorar.</p>



# Sesión 8:

## Desarrollando los planes de acción

### Objetivos

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Identificar los cambios específicos necesarios para asegurar que los establecimientos se conviertan en hospital Amigo del Niño.
- Preparar planes de acción pequeños para hacer los cambios necesarios en sus políticas y procedimientos de sus establecimientos..

### Duración

Trabajo de Grupo o individual en los *Planes de Acción*: 1 a 1 ½ horas

Presentaciones y discusión de los resultados del instrumento de evaluación y planificación de las acciones: 1 hora

Discusión y recomendaciones para la coordinación regional: 30-60 minutos (opcional)

Total: 2 a 3 horas

(El tiempo para las presentaciones y discusiones dependerá del número de equipos o individuos que participen en la plenaria.)

### Métodos de Enseñanza

Trabajo de grupo o individual

Presentaciones y discusión

### Preparación para la sesión

- Antes de la sesión, los capacitadores deben decidir cómo los participantes se agruparan para la preparación de sus *Planes de Acción*. En general, se debe preparar un plan para cada establecimiento representado en este curso. Si hay varios participantes de unidades que no dan atención, como del Ministerio de Salud, los capacitadores deben conversar con ellos para decidir si sería útil que ellos trabajen con los equipos de hospital o desarrollen sus propios planes enfocados en sus responsabilidades relacionadas con la IHAN.
- Asegúrese de la disponibilidad de un espacio de trabajo para los diferentes equipos y/o individuos y que existan los rotafolios y marcadores suficientes para que preparen los resúmenes de sus planes.

- Es importante, antes de la sesión, determinar qué tipo de apoyo estará disponible para los equipos para que implementen sus *Planes de Acción* después del curso y si se solicitarán informes del progreso de sus planes y con cuánta frecuencia. El (la) responsable del seguimiento (ej., el coordinador nacional de lactancia o el coordinador de la IHAN) debe moderar la discusión luego de la plenaria de presentación de sus Planes de Acción.
- En algunos cursos, puede ser útil incrementar el tiempo después de la presentación y discusión de los *Planes de Acción* para analizar las posibilidades de coordinación regional entre los establecimientos de salud y otras organizaciones representadas en el curso (Ver ítem 4 en el plan de sesión .) Si se incluye esta discusión, ajuste el programa del curso para dar este tiempo.

### **Materiales de capacitación**

#### *Hojas Didácticas*

- 8.1: Hoja didáctica con la presentación de las diapositivas para la Sesión 8 (Diapositivas 8.2-3)
- 8.2: Plan de acción

#### *Diapositivas/Transparencias*

- 8.1: Plan de acción
- 8.2-3: Ejemplo de una sección del *Plan de Acción*

El sitio Web de este curso tiene los vínculos para descargar las diapositivas (a color) que pueden utilizarse con una computadora portátil y un proyector LCD, si hubiera disponible.

Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para proyectarse con un retroproyector. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión.

### **Referencias**

OMS. *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad*. Declaración Conjunta OMS/UNICEF, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989..

## Contenidos mínimos

Contenido	Notas del capacitador
<p><b>1. Desarrollo de un <i>Plan de Acción</i> para realizar los cambios necesarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El desarrollar un <i>Plan de Acción</i> para realizar los cambios necesarios en cada establecimiento de salud es el próximo paso en el proceso de planificación. Este proceso puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En la revisión de los resultados de la <i>Autoevaluación</i>, las áreas problema identificadas durante la última sesión, necesitan de ideas del propio personal para lograr los cambios identificados para transformar al hospital en Amigo del Niño.</li> <li>▪ Desarrollando el primer borrador de un pequeño Plan de Acción, mientras aun están en el curso.</li> <li>▪ Analizar los resultados y las estrategias potenciales al retorno a su establecimiento de salud y permitir que los tomadores de decisión participen en el proceso, y alcancen un consenso sobre las acciones que deben realizar.</li> </ul> </li> <li>■ La matriz del <i>Plan de Acción</i> permite resumir de una manera rápida las principales actividades que son parte del plan, así como su cronograma y el responsable. Los participantes de varios establecimientos de salud querrán utilizar esta matriz para preparar un resumen de sus planes, o utilizar otro formato, si es más apropiado para su propia localidad.</li> <li>■ Un ejemplo de una sección del Plan de Acción para completar, se entregara a los hospitales que no tienen experiencia en planificar una mejor idea de que poner en sus planes.</li> </ul>	<p><b><i>Trabajo de grupo o trabajo individual: 60 minutos</i></b></p> <p>Mencionar que una mini –versión de la presentación se reproduce en la Hoja Didáctica 8.1 que se incluye en la carpeta de los participantes.</p> <p>Brevemente revisar la tabla (Diapositiva 8.1) del <i>Plan de Acción</i>. Entregar dos copias de la tabla (Hoja Didáctica 8.2 a los individuos o equipo de cada establecimiento de salud. Pedir a cada grupo que se reúna y esboce un primer borrador del plan, enfocándose en las acciones que van a mejorar el apoyo a la lactancia en su establecimiento y resolverán problemas identificados durante la <i>autoevaluación</i></p> <p>Mencione que los planes pueden ser organizados de la manera que sean mas útiles, dado el tipo de "acciones" que se consideran. Si un establecimiento está iniciando el proceso de IHAN, sería útil considerar el capacitar en la implementación de los "Diez Pasos" al personal clínico utilizando el "Curso de 20 horas" y un curso mas corto para el personal no clínico. En otros casos, solo se necesitara un curso de actualización para capacitar al personal Nuevo. Además se podría considerar cambios en las políticas y procedimientos (La hoja de control de política que se encuentra en la Sesión 3, Hoja de Ayuda 3.5 Anexo 1, puede ser de ayuda en este punto)</p> <p>Puede ser útil que los equipos organicen sus acciones o actividades por "Pasos" o según tipo de actividades, tales como capacitación, planificación de sesiones, cambios en las políticas, cambios en los procedimientos, monitoreo o auditoria y evaluación, etc.</p> <p>Si los participantes trabajan en establecimientos con alta prevalencia de VIH, deberían tener especial cuidado para desarrollar planes que ayuden a enfrentar el desafío que supone el apoyar a mujeres embarazadas y madres VIH-positivas y sus niños. Las Hojas de Ayuda proporcionadas en la Sesión 5-VIH pueden ser de ayuda en cuanto a ideas cuando se están desarrollando los planes.</p> <p>Estos planes deben estar escritos en las hojas en</p>

	<p>blanco que se les ha distribuido y luego resumidas en el rotafolio o transparencias para la presentación en la plenaria. La presentación en la plenaria debe incluir tanto un resumen de los resultados de la <i>Autoevaluación</i> (logros, y pasos que necesitan mejorar) y un panorama general <i>Plan de Acción</i>. Cada equipo debe designar un representante para que presente los resultados de <i>la autoevaluación</i> y otro para presentar el plan. Mencionar cuanto tiempo se dispone para esta presentación.</p> <p>Sería útil presentar un ejemplo de un componente del <i>Plan de Acción</i> que se enfoque en el “Paso 1”, utilizando las diapositivas 8.2-3, para dar a los participantes en el sentido de cómo se serán sus <i>Planes de Acción</i>.</p> <p>Recordar a los participantes que estos son los primeros borradores de sus planes. Los planes pueden ser desarrollados más completamente en colaboración con otros tomadores de decisión importantes, una vez que retornen a sus instituciones.</p> <p>En algunos cursos, puede haber participantes que no trabajen en servicios de salud, por ejemplo, los diseñadores de políticas del Ministerio de Salud o gerentes de instituciones que financian el sistema de salud. Pida a los participantes que también preparen sus planes enfocándose en acciones que puedan apoyar la IHAN.</p>
--	--

<p><b>2. Autoevaluación y presentación de los Planes de Acción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Presentación resumida de los resultados de la Autoevaluación y los puntos principales en los <i>Planes de Acción</i> que los equipos han desarrollado para considerar las mejoras que se necesitan.</li> </ul>	<p><b>Presentaciones: 50 minutos</b></p> <p>Pida a cada equipo, presentar un breve resumen de los resultados de la <i>Autoevaluación</i> y los principales aspectos del <i>Plan de acción</i> desarrollado para mejorar los aspectos identificados. Mencionar nuevamente el tiempo programado para cada presentación y discusión y conduzca la sesión de tal manera que a los últimos grupos no se les apesure.</p> <p>Recoger los resultados de la <i>Autoevaluación</i> y los resúmenes de los <i>Planes de Acción</i> preparados por los equipo una vez concluidas las presentaciones, hacer copias y devolver los originales a los equipos. (Si se prepararon rotafolios, se recogerán las hojas). Estos resúmenes se pueden utilizar para el informe del curso y servirá de guía para quien sea responsable asesoramiento en el seguimiento.</p>
<p><b>3. Discusión del apoyo en el seguimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discusión de otros planes para el seguimiento y supervisión así como cualquier tipo de apoyo disponible cuando el equipo implemente su plan.</li> </ul>	<p><b>Discusión: 10 minutos</b></p> <p>Discutir los planes para el seguimiento y la supervisión así como cualquier apoyo que pudiera estar disponible y como este se coordinará. Así mismo, analizar si se solicitarán los informes del progreso y si fuera así, cuan frecuentes serán estos y el formato que se utilizará.</p>
<p><b>4. Discusión de la coordinación regional (opcional)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discusión de las posibilidades de coordinación en la Iniciativa y el desarrollo de recomendaciones o acuerdos concernientes a las actividades de cooperación.</li> </ul>	<p><b>Discusión: 30-60 minutos</b></p> <p>Si se considera útil, utilizar cierto tiempo antes que termine el curso para analizar las posibilidades de coordinación regional entre los establecimientos de salud y otras organizaciones representadas en el curso. La IHAN puede fortalecerse, por ejemplo, si todos los establecimientos aceptan la implementación de los <i>Diez Pasos</i> y se adhieren totalmente al <i>Código</i> Algunos establecimientos que están muy avanzados en el proceso podrían dar asistencia a los que están recién empezando a realizar los cambios. Se pueden desarrollar recomendaciones o acuerdos respecto a las actividades de cooperación.</p>

Hoja Didáctica 8.1:

## Presentación de la sesión 8 Desarrollando planes de acción

**Plan de Acción**

Acción	Tiempo	Responsabilidad

Transparencia 8.1

**Plan de Acción**

Acción	Tiempo	Responsabilidad
<b>Paso 1: Política</b> Formar un comité con reps de atención prenatal, L&D, salas de puerperio y cuidado intensivo neonatal para mejorar la política de LM/AI. (Incluir guías de VIH.)	2 meses después del curso	El director del hospital para formar el comité
Realizar sesiones anuales para todo el personal de la maternidad para orientarles en la política de LM/AI	Cada enero	Jefe de Enfermeras de los servicios de maternidad
Incluir revisión de la política de LM/AI para orientar al Nuevo personal	Cada que se necesite	Personal que de la orientación

Transparencia 8.2

**Plan de Acción (continuación )**

Acción	Tiempo	Responsabilidad
Colora la nueva política en todos los espacios relevantes	Después de concluir la política	Jefe de Enfermeras del Hospital
Preparar el resumen de la política para a las madres, incluyendo una versión dibujada para quienes no pueden leer.	Igual	TBD
Distribuir la política a todas las mujeres en la primera sesión de consejería.	Continuo	Consejeros del personal

Transparencia 8.3

Hoja Didáctica 8.2

<b>Plan de Acción</b>	<b>Acción</b>	<b>Responsable</b>	

## ***Plan de Acción***

<b>Acción</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>



## ***Plan de Acción***

<b>Acción</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>
<b>Paso 1: Política</b> Formar un comité con reps de atención prenatal, L&D, salas de puerperio y cuidado intensivo neonatal para mejorar la política de LM/AI. (Incluir guías de VIH.)	2 meses después del curso	El director del hospital para formar el comité
Realizar sesiones anuales para todo el personal de la maternidad para orientarles en la política de LM/AI	Cada enero	Jefe de Enfermeras de los servicios de maternidad
Incluir revisión de la política de LM/AI para orientar al Nuevo personal	Cada que se necesite	Personal que de la orientación

## ***Plan de Acción (continuación )***

<b>Acción</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>
Colora la nueva política en todos los espacios relevantes	Después de concluir la política	Jefe de Enfermeras del Hospital
Preparara el resumen de la política para a las madres, incluyendo una versión dibujada para quienes no pueden leer.	Igual	TBD
Distribuir la política a todas las mujeres en la primera sesión de consejería.	Continuo	Consejeros del personal

## ***Plan de Acción***

<b>Acción</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>

## ***Plan de Acción***

<b>Acción</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>
<b>Paso 1: Política Formar un comité con reps de atención prenatal, L&amp;D, salas de puerperio y cuidado intensivo neonatal para mejorar la política de LM/AI. (Incluir guías de VIH.)</b>	<b>2 meses después del curso</b>	<b>El director del hospital para formar el comité</b>
<b>Realizar sesiones anuales para todo el personal de la maternidad para orientarles en la política de LM/AI</b>	<b>Cada enero</b>	<b>Jefe de Enfermeras de los servicios de maternidad</b>
<b>Incluir revisión de la política de LM/AI para orientar al Nuevo personal</b>	<b>Cada que se necesite</b>	<b>Personal que de la orientación</b>

## ***Plan de Acción (continuación )***

<b>Acción</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsabilidad</b>
Colora la nueva política en todos los espacios relevantes	Después de concluir la política	Jefe de Enfermeras del Hospital
Preparara el resumen de la política para a las madres, incluyendo una versión dibujada para quienes no pueden leer.	Igual	TBD
Distribuir la política a todas las mujeres en la primera sesión de consejería.	Continuo	Consejeros del personal