

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)
- 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.

Soetjningsih, 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).

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).

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).

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>1. Paso 1: Tener una política/norma por escrito que se ponen en conocimiento del personal de rutina.</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>2. Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud de la maternidad en las habilidades necesarias para implementar esta política.</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>3. Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.</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>4. Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.</p>	<p>Diapositivas</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>5. Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separacion de sus bebés.</p>	<p>Diapositivas</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>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.</p>	<p>Diapositiva</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>7. Paso 7: Se practica el alojamiento conjunto—se permite que las madres permanezcan junto con sus bebés —24 horas al día.</p>	<p>Diapositivas</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 resúmen.</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 resúmen.</i>)</p>
<p>8. Paso 8: Alentar la lactancia a demanda.</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 resúmen.</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 resúmen.</i>)</p>
<p>9. Paso 9: No damos biberones ni chupones o chupones de distracción a los bebés que están amamantando.</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>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.</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>11. Efectos de la combinación de Pasos/intervenciones</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>

Contenido	Notas del Capacitador
	estándares de Amigo del Niño
12. Conclusión	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 colecto 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 realizo con el curso de 18 horas de UNICEF 18 que incluyo 2 horas del Curso de Consejería en Lactancia de la OMS de 40 horas. La capacitación cubrio al 54% de obstetras, 72% de los pediatras, 84% de las matronas y 68% de las enfermeras.

Resultados:	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 area 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 basará 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 secó 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 (± 2.1)	4.5 meses (± 1.8)
Duración de la lactancia p<0.01	6.9 meses (± 3.3)	8.0 meses (± 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 Mejiico 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 ± 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^{to} día, una vez durante los días 10-14, y cada 2 semanas hasta el 5^{to} 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

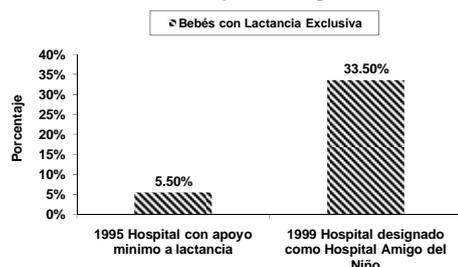
¿Cómo debe presentarse?

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

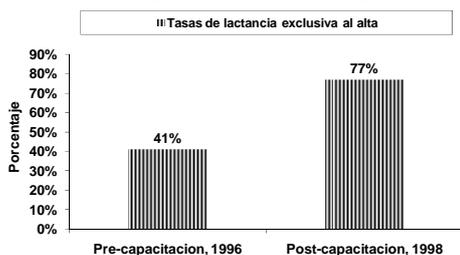
Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

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

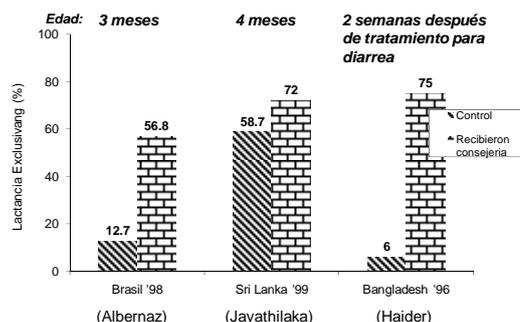
Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



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)

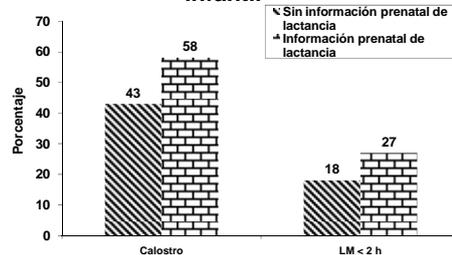
Transparencia 4.3.1

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

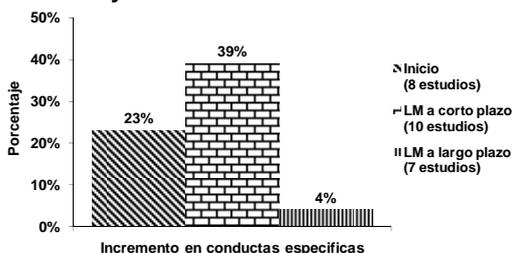
Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



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

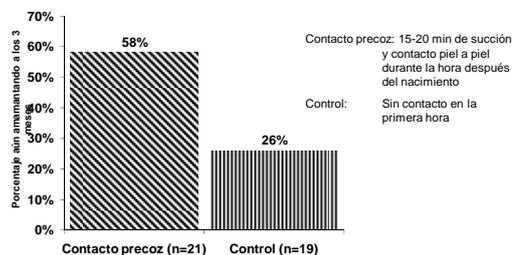
Transparencia 4.4.3

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

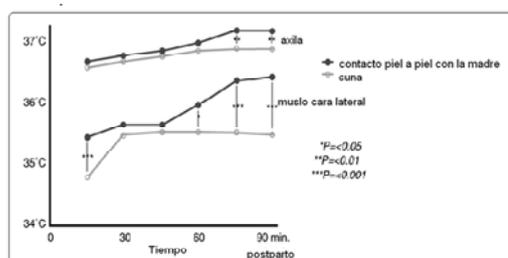
Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



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

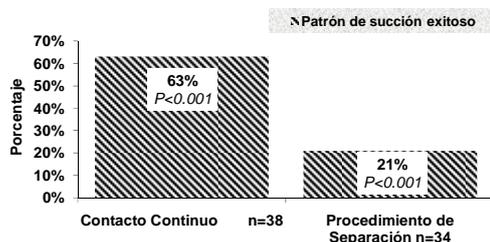
Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

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)

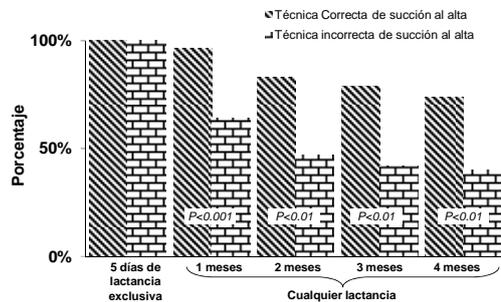
Transparencia 4.5.1

“ 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

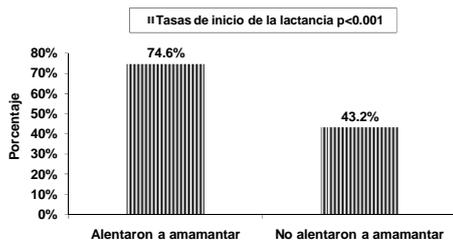
Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



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

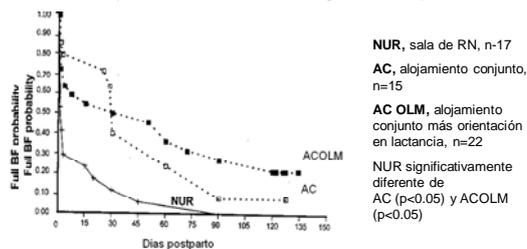
Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia



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 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

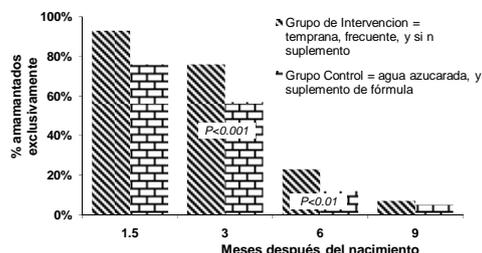
Diez Pasos para una lactancia exitosa

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

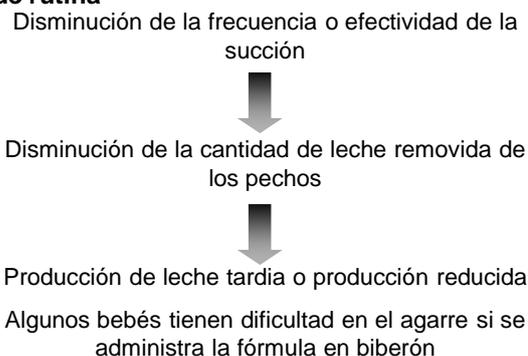
La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



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



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 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

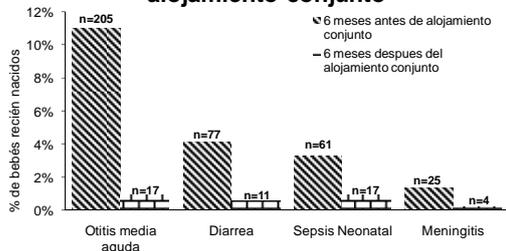
Alojamiento conjunto

¿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

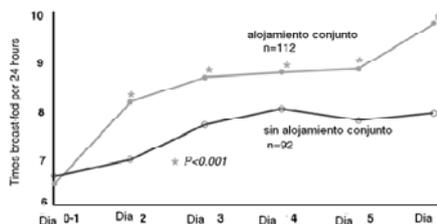
Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



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

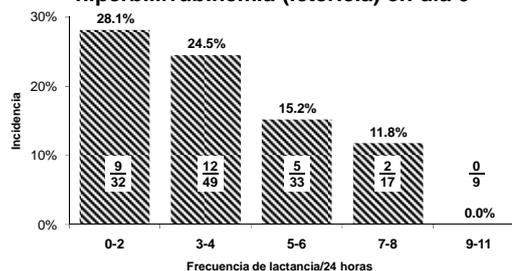
A demanda, lactancia irrestricta ¿Por qué?

- 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

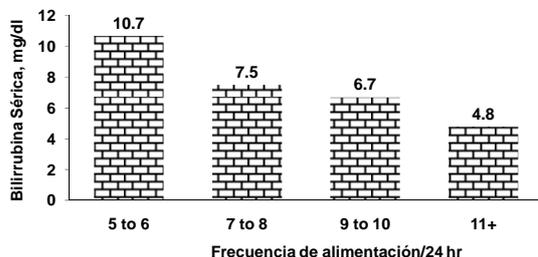
Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



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

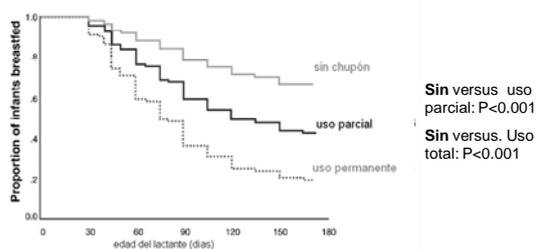
Transparencia 4.9.2

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

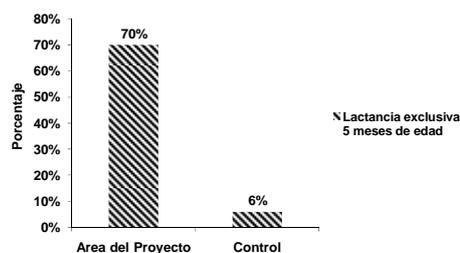
Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- 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

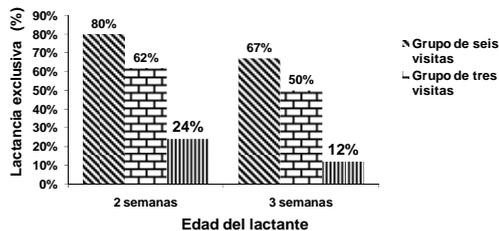
Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



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

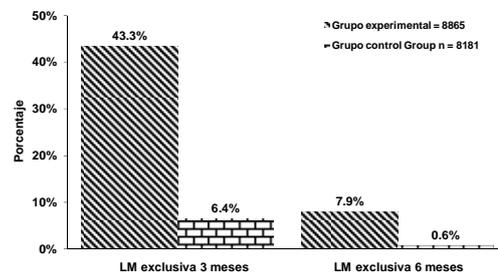
Diferencias luego de la intervención

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

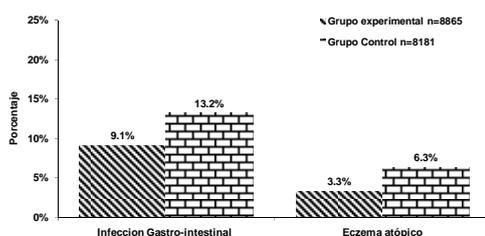
Efecto de los cambios de hospital amigo del niño en la lactancia a los 3 y 6 meses



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

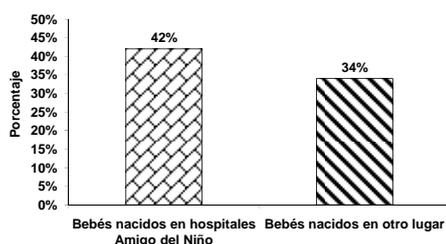
La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigo del Niño en la duración de la lactancia en Suiza

- 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

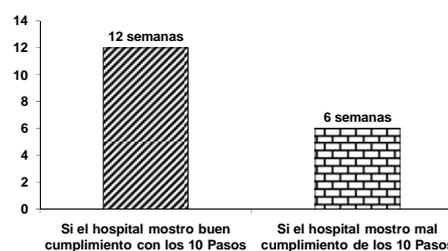
Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



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/comunidad¹

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]*.

¹ 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 identifico 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 afección⁸;
- ❑ Tuberculosis – la madre y el bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis (10);
- ❑ Uso de sustancias³ (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, 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 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, 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 nutrition@who.int

www.who.int/child_adolescent_health/en/ www.who.int/nutrition/en/

20 Avenida Appia,
1211 Ginebra 27, Suiza