

Cooper Medical School of Rowan University

El rol del pediatra en la IHAN



VIII Congreso Nacional de Lactancia materna

Ponente:
Lori Feldman-Winter, MD, MPH, Cooper Health Care
Professor of Pediatrics CMSRU


Los médicos son los guardianes de la salud



Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9, 1308-1318.


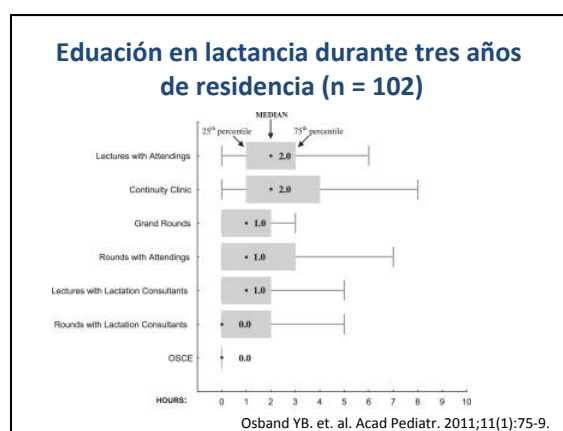
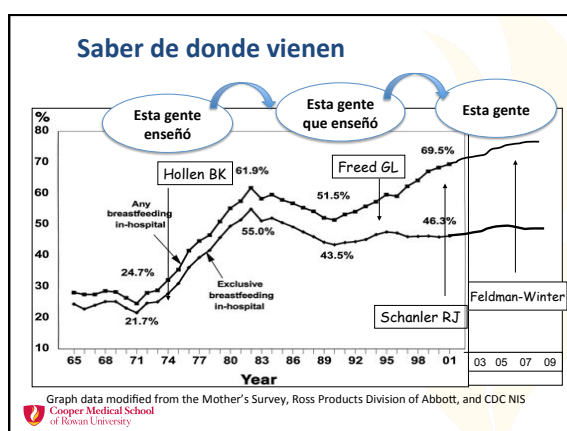
Involucrando a los médicos: un reto

- Si los médicos no están suficientemente formados, menoscaban las medidas de proceso y resultados
- “No haré eso” examinar a los bebés en las habitaciones
- “No hay nada malo en darle un suplemento al bebé si evitamos una hiperbilirrubinemia o una hipoglucemia”



Involucrar a los médicos como una oportunidad

- Vuestros adversarios pueden convertirse en vuestros mejores aliados
- Los necesitáis para el cambio y para conseguir ser amigo de los niños
- ¡Hacer la diferencia importa!
- Ver el bien común como una motivación para el cambio, en vez del palo o las zanahorias
- Ser parte de un proceso beneficioso más grande que uno mismo

Las actitudes de los pediatras

Table 5. Pediatricians' Opinions on Issues of Breastfeeding Promotion and Benefits, 2004 vs 1995 (Percentage of Respondents)

Opinion (% Agree) ^a	2004 (n=669)	1995 (n=817)	OR (CI)
Almost any mother can be successful at breastfeeding if she keeps trying	62.2	69.2	0.75 (0.59-0.95)
Breastfeeding and formula feeding are equally acceptable methods for feeding infants	45.1	45.0	1.02 (0.81-1.28)
Benefits of breastfeeding outweigh the difficulties or inconvenience mothers may encounter	58.0	62.2	0.60 (0.47-0.78)
In the long run, formula-fed babies are just as healthy as breastfed babies	26.0	34.5	0.70 (0.55-0.90)
Advice from family and friends is the most important influence in the decision to breastfeed	55.1	72.6	0.50 (0.40-0.64)
Pediatricians have little influence on whether mothers initiate breastfeeding	5.8	18.2	0.27 (0.18-0.40)

Feldman-Winter L. et al. Arch Pediatr Adol Med. 2008;162:1142-1150.



Los patrones y mecanismos de confianza se correlacionan con la experiencia

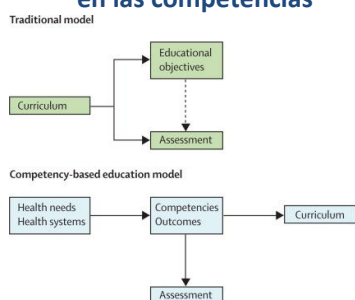
Table 6. Breastfeeding Management and Opinions on Breastfeeding Promotion Based on Personal Experience^a (Percentage of Respondents)

Breastfeeding Management in 2004 ^a	Personal Experience (n=423)	No Experience (n=236)	OR (CI)
Confident or very confident			
Adequately address mother's concerns about breastfeeding ≥5 Times in the last year	95.0	72.0	6.01 (3.40-10.64)
Manage breastfeeding problems	89.0	63.5	3.54 (2.28-5.50)
Observed breastfeeding	66.2	53.4	1.97 (1.36-2.86)
Counseled an expectant or new mother about infant feeding choices	86.5	72.0	2.00 (1.29-3.13)
Taught a new mother breastfeeding techniques	46.8	20.4	3.98 (2.63-6.03)
Counseled mothers about breastfeeding problems	66.0	38.4	2.76 (1.93-3.96)
Asked a breastfeeding mother whether she is using herbal agents	24.2	16.3	1.62 (1.05-2.52)
Considered cultural beliefs before observing breastfeeding	29.3	19.4	1.57 (1.04-2.37)
Taught a new mother how to use a breast pump	10.4	2.1	6.07 (2.29-16.07)

Feldman-Winter L. et al. Arch Pediatr Adol Med. 2008;162:1142-1150.



Educación tradicional vs. educación basada en las competencias



Frenk J. et al. Lancet 2010.

Educación basada en las competencias

- **Lo que necesita el sistema sanitario**
 - Se necesita mejorar el conocimiento, la actitud y las habilidades para apoyar la lactancia materna exclusiva de los médicos
- **Competencias**
 - Habilidades para realizar una historia clínica, evaluar y asesorar
- **Resultados**
 - Aumento de la lactancia materna exclusiva
- **Evaluación de los resultados**
 - Medir tasas
- **Evaluación de las competencias**
 - Herramientas
 - Observación directa, OSCE
- **Desarrollar un currículum**



Formando a los residentes

14 programas de estudio; >20 residentes por programa de Pediatrics, OB/GYN, FM

TABLE 3 Improvements in Knowledge, Confidence, and PPs among Residents Exposed Versus Not Exposed to Curriculum

	Intervention			Control			OR	95% CI
	N	n Improved	n Not Improved	N	n Improved	n Not Improved		
Knowledge	154	129	25	106	69	37	2.767	1.541-4.970
Confidence	152	115	37	103	58	45	2.411	1.409-4.127
PPs	152	111	41	103	72	31	1.166	0.671-2.026
PPs, excluding cultural questions	152	106	46	101	52	49	2.171	1.289-3.658

CI indicates confidence interval.

<http://www.aap.org/breastfeeding/curriculum/>

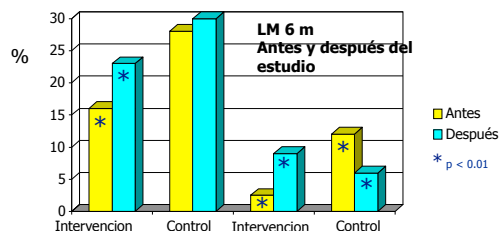
Source: Feldman-Winter et al. Pediatrics. 2010



2-3 veces más posibilidades de tener un mejor conocimiento, más confianza y mejores patrones

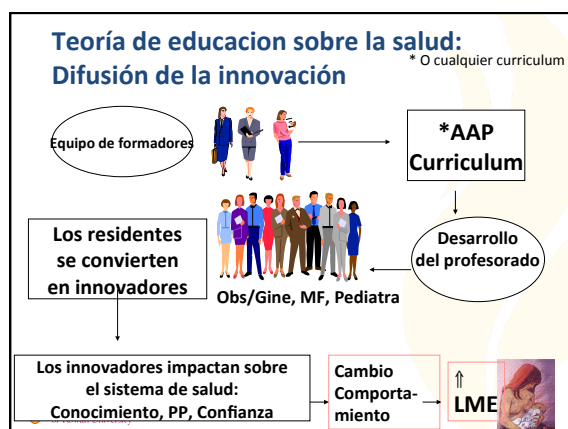
Curriculum para los residentes

Lactancia materna exclusiva



LM antes y después del estudio

Feldman-Winter et al, Pediatrics 2010; 126:289-297



Palancas del cambio

- Liderazgo médico y colaboración
- Distribuir el liderazgo
- Usar proveedores elegidos de la comunidad
- Aprovechar la autoridad moral
- Ser respetuoso
- Ser honesto

Conseguir la aceptación del médico

- Trate al médico como ellos tratarían a un paciente escuchando y empatizando, con respeto y confianza
- Solicite la entrada, use grupos de discusión
- Respete el tiempo de los médicos
- Sea cuantitativo, nos gustan los números
- Vincule el trabajo con el rendimiento y la calidad
- Comunicarse con frecuencia y algo más
- Encarar el escepticismo de frente
- Premie y reconozca las contribuciones

Wenneker and Blattner 2005

Identificar posibles campeones Los sospechosos habituales

- Miembros de la ABM, y del congreso español
- Coordinadores de los distintos departamentos de lactancia de la AAP
 - Seleccionados por el presidente de cada departamento de la AAP
 - Conectados en redes estatales y efectivas en todos los EEUU
- Miembros de la ACOG o AAPF. Grupos/comités con intereses especiales
- Miembros comprometidos de NAPNAP
- Médicos trabajando con coaliciones locales

Asociación de compañeros para conseguir un compromiso de los médicos

- Médicos que enseñan a médicos
 - Hablamos un lenguaje diferente
- Predicar con el ejemplo
 - Modela lo que los médicos pueden hacer para mejorar la atención
- Difunde la noticia
 - A los médicos les encanta la buena publicidad
 - Celebra los logros
 - Anima a todos a alistarse

Pediatras y la IHAN

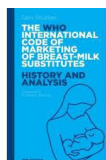
- Mecanismos específicos en cada país para designar amigo de los niños –utilizaremos el Baby-Friendly USA como marco para la charla de hoy
- AAP ha apoyado los 10 pasos para una lactancia con éxito (no los del Baby-Friendly per se)
 - <http://www2.aap.org/breastfeeding/healthprofessionaisresourceguide.html>
- La AAP ha respaldado las competencias básicas del comité de lactancia materna de EEUU
 - <http://www.usbreastfeeding.org/Portals/0/Publications/Core-Competencies-2010-rev.pdf>

PASO 1

Tener una política de **alimentación infantil** que se comunica de manera rutinaria a todo el personal sanitario



AYUDA AL PROYECTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL



La política y los protocolos

- Los diez pasos
- El código de comercialización
 - ¿Cómo implantarán los médicos este código?
- Política de suplementación
 - Documentación
 - Orden médica
- Política de hipoglucemia e hiperbilirrubinemia
 - Seguir las guías y algoritmos basados en la evidencia

El código

- Sustitutos de la leche materna (SLM)- medicamento necesarios; solicitados después de un consentimiento informado documentado
- Prohibir el marketing de los SLM, comidas complementarias, biberones y tetinas
- Materiales educativos libres de publicidad, y sin grupo educativo sobre la preparación de la fórmula
- La educación sobre la SLM incluyen los peligros de la preparación que son eliminados cuando se da lactancia materna

No más muestras



Levantad las manos:
¿Estáis dando a las madres muestras de fórmula?

Cooper Medical School
of Rowan University

Un armario cerrado



Formula infantil

Levantad las manos:
¿Se hace seguimiento del uso de la fórmula en tu hospital?

Cooper Medical School
of Rowan University

PASO 3

Formar a todo el personal con las habilidades necesarias para implementar la política

- 20 horas incluyendo 5 supervisadas por el personal
- 15 lecciones
- 4 competencias
- 3 horas para médicos y APNs pero necesitan tener conocimientos y habilidades

Competencias

- Verificar competencias en 5 horas de educación supervisada
- 4 competencias enumeradas en BF-USA:
 - 1 – Comunicarse con las mujeres embarazadas y puérperas sobre la alimentación infantil**
 - 2 – Observar y ayudar con la lactancia materna**
 - 3 – Enseñar extracción manual y almacenamiento seguro de la leche materna**
 - 4 – Enseñar cómo preparar y alimentar con fórmula de manera segura**

25

Habilidades favorables Un día

- Pasos
 - Evaluar la diada lactante
 - Mantener el volumen de leche
 - Utilizar sacaleches, pezoneras y otras herramientas
 - Resolver problemas comunes
- Interdisciplinar
- Voluntarias de LLL



PASO 3

Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia

- Use las oportunidades en las visitas rutinarias de las mujeres embarazadas para reforzar la educación prenatal
- Las madres necesitan saber:
 - Lista de beneficios
 - Manejo básico - posición y afianzamiento, señales de alimentación
 - Importancia del contacto piel con piel
 - Alojamiento conjunto
 - Riesgos de suplementos mientras amamanta en los primeros seis meses.

Cooper Medical School
of Rowan University

PASO 4

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora.

Ahora se interpreta como:

“Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto durante por lo menos una hora y animar a las madres a ver las señales de que el bebé está listo para mamar, ofreciendo ayuda si es necesaria.”

Este paso es para todos los bebés, independientemente del método de alimentación



Amamantando en el DR/OR

- Contacto piel con piel ininterrumpido durante, al menos, la primera hora.
- AHRQ: Nivel de evidencia IIa, bueno
- Política AAP : Iniciar en la primera hora, mantener al bebé y a la madre juntos en recuperación y después; Evitar succión oral innecesaria.
- Retrasar los procedimientos hasta después de la primera hora



Moore ER, Anderson GC, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003519.

Superando barreras

- Camisones sin broches
- Ojos y muslos
- Personal para monitorear
- Peso del bebé
- Cesáreas
- Miedo



Photos courtesy of Cindy Curtis
And Jack Newman

La duración del contacto piel con piel importa

Variable	STS < 60 min N=18	STS > 60 min N=61	P value
STS Duration	51.1 ± 13.5	81.0 ± 14.9	<0.01
Adjusted mean salivary cortisol (ug/Dl)*			
60 min	5.03 ± 0.46	3.94 ± 0.24	<0.05
120 min	2.71 ± 0.40	2.08 ± 0.21	

* Adjusted for time until STS started, cortisol at 1 min, umbilical artery PH, mode of delivery, condition of amniotic fluid, birth weight, length of first and second stage of labor (minutes)

Takahashi Y et al. Early Hum Devel. 2011. 87:151-157

Entonces...¿Cuál es el problema con el contacto piel con piel inmediato y continuado?



THE OFFICIAL NEWSMAGAZINE OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS



AAP News

Los hospitales deberían equilibrar el contacto piel con piel con políticas de

sueño seguro Goldsmith, MD, FAAP

- Muerte súbita postnatal
- Madre adormilada
- Observación discontinuada
- Medicaciones problemáticas
 - MgSO₄
 - Narcóticos
- Compartir la cama denunciado



Hospitals should encourage skin-to-skin contact between mothers and babies while also emphasizing safe sleep practices that prevent potential dangers to newborns.

Volume 34 • Number 11
November 2013
www.aapnews.org

Colapso Súbito Inesperado Postnatal (SUPC)

- Colapso súbito en RNs previamente vigorosos que respiran APGAR 5 min>8
- Edad gestacional >35 semanas
- Incidencia 2.6-38/100,000
- 1/3 ocurren en las primeras 2 horas, 1/3 entre las 2 y las 24 horas y el último 1/3 entre 1-7 días de vida
 - Herlenius and Kuhn. Trans Stroke Res 2013;4:236-47
- Otro estudio sugiere que el 73% ocurre en las primeras 2 horas
 - Becher J-C, et al. Arch Dis Chil Fetal Neonatal Ed 2012;97:F30-4

Volver al algoritmo del paso 4

1. Nacimiento del bebé (no sólo la cabeza)
2. Limpiar y estimular la primera respiración /llanto
3. Colocar en contacto piel con piel con el cordón umbilical, pinzar después de un minuto o cuando se ha alumbrado la placenta
4. Continuar secando todo el bebé menos las manos
5. Cubrir la cabeza y colocar unas mantas precalentadas para cubrir el cuerpo del bebé sobre el pecho de la madre
6. Evaluar Apgar 1 y 5 minutos
7. Sustituir mantas mojadas por mantas secas y calientes
8. +/- Gorrito para la cabeza
9. Ayudar y apoyar la lactancia materna
10. Monitorizar de manera continuada



Colocar en contacto piel con piel de manera segura



- Se pueda ver la carita
- Cabeza en posición de "olfatear"
- Nariz y boca sin cubrir
- Cabeza ladeada
- Cuello derecho no torcido
- Los hombros y el pecho contra mamá
- Piernas flexionadas
- Se cubre la espalda con mantas
- Monitorizar diada
- Cuando la madre quiere dormir el bebé es colocado en una cunita o con otra persona de apoyo

PASO 5

Mostrar a las madres cómo amamantar y como continuar con la lactancia incluso si son separadas de sus bebés.

- 1) La importancia de la lactancia materna exclusiva
- 2) Cómo mantener la lactancia exclusiva durante alrededor de seis meses
- 3) Criterios para evaluar si el bebé está recibiendo suficiente leche
- 4) Cómo sacarse, manejar y almacenar la leche materna, incluyendo extracción manual
- 5) Cómo continuar la lactancia si la madre es separada de su bebé o no amamantará de manera exclusiva tras el alta

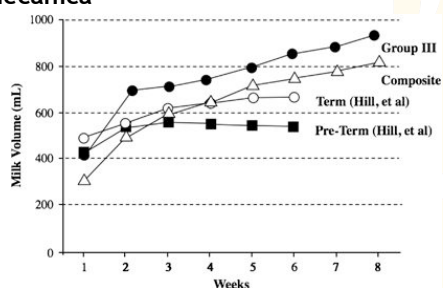
Saber como enseñar la extracción manual



<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>

Cooper Medical School
of Rowan University

Aumento del volumen de la leche con extracción manual tras extracción mecánica



Cooper Medical School
of Rowan University

J. Morton et al. J Perinatology 2009

PASO 6

Dar al bebé únicamente leche materna, salvo que sea indicado por el médico.

- Entender la fisiología y definir las indicaciones médicas para suplementar
- Determinar si la enfermera y/o el médico necesitan ordenar suplementos con fórmula
- Revisar protocolos

El exceso de alimentación en la primera infancia

- Lactancia materna exclusiva:
 - 15-30cc día 1
 - 30-150cc día 2
- Alimentación exclusiva con fórmula:
 - 60-90 cc cada 2 o 3 horas cada día; approx 24 onzas (720cc)



≠

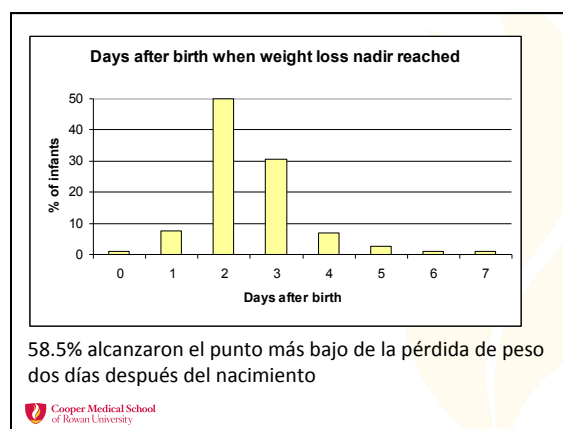
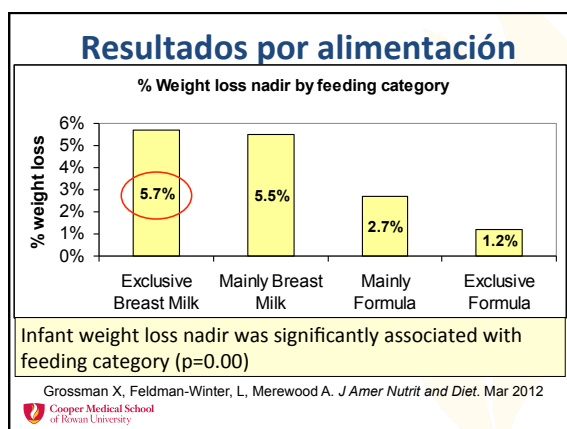


Pérdida de peso en un hospital IHAN urbano

- Media de pérdida de peso: 4.9% (range 0.00%-9.9%)
- Pérdida de peso >7% 20% (23/118)
- Pérdida de peso >8% 7% (8/118)
- Pérdida de peso >10% 0 lactantes



Grossman X, Feldman-Winter, L, Merewood A. J Amer Nutr and Diet. Mar 2012.



¿Qué pasa con la ictericia?

¿Por qué los bebés que maman contraen ictericia?

- Los bebés amamantados tienen períodos prolongados de ictericia fisiológica
- Dificultades estableciendo la lactancia aumentan las probabilidades de hiperbilirubinemia, no fisiológica
- “Ictericia por hambre”
- Distinguir entre ictericia temprana en no amamantados vs ictericia de la leche materna

Revisar el enfoque para la ictericia

- Establecer nuevos protocolos
- “Vender bien” el mantenimiento de la lactancia exclusiva

Enfoque coherente

Szucs K. et al. *Pediatrics*. 2013;131:e1982.

Screening and Target Management of Postnatal Glucose Homeostasis in Late Preterm and Term SGA, IDM/LGA Infants

(LFT) Infants 34 – 36⁶ weeks and SGA (screen 0-24 hrs); IDM and LGA ≥34 weeks (screen 0-12 hrs)

Symptomatic and <40 mg/dL → IV glucose

ASYMPTOMATIC			
Birth to 4 hours of age		4 to 24 hours of age	
INITIAL FEED WITHIN 1 hour Screen glucose 30 minutes after 1 st feed		Continue feeds q 2-3 hours Screen glucose prior to each feed	
Initial screen <25 mg/dL		Screen <35 mg/dL	
Feed and check in 1 hour		Feed and check in 1 hour	
<25 mg/dL IV glucose*	25-40 mg/dL Refeed/IV glucose* as needed	<35 mg/dL IV glucose*	35-45 mg/dL Refeed/IV glucose* as needed

Target glucose screen ≥45 mg/dL prior to routine feeds

* Glucose dose = 200 mg/kg (dextrose 10% at 2 mL/kg) and/or IV infusion at 5-8 mg/kg per min (80-100 mL/kg per d). Achieve plasma glucose level of 40-50 mg/dL.

Symptoms of hypoglycemia include: Irritability, tremors, jitteriness, exaggerated Moro reflex, high-pitched cry, seizures, lethargy, floppiness, cyanosis, apnea, poor feeding.

AAP Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics*. 127(3); 2011:575-579

PASO 7

Practicar el alojamiento conjunto.
Permitir a las madres y los bebés estar juntos las 24 horas del día.

Alojamiento conjunto diario

- Pautas: La separación madre-bebé ocurrirá sólo si está médicamente indicado y la justificación se documenta en la gráfica.
- Los pediatras realizarán los exámenes neonatales ordinarios en la habitación con la madre.
- Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Procyanoy. *J Top Pediatr* 1983;29:112
Perez-Escamilla. *Am J Public Health* 1994;84:89

“Unidad de observación neonatal”

El mejor
nido es
el que está
vacío



PASO 8

Animar la lactancia materna sin restricciones

- Se enseña a las madres a reconocer las señales de hambre de su bebé para alimentar a demanda.
- No hay restricciones en frecuencia ni duración de la lactancia materna.
 - El paso 7 facilita el paso 8
 - A demanda o basado en las señales
 - ¡¡NO cada 2 o 3 horas!!
 - La AAP recomienda de 8 a 12 veces al día
 - **NO durante 10 ó 15 minutos cada lado**
“8 ó más en 24”

PASO 9

No dar chupetes ni tetinas artificiales a bebés que maman

- No dar chupetes salvo que sean médicamente necesarios
- Explicar por qué no
- Explicar la relación entre los chupetes y la protección contra SIDS, declaración de la AAP de introducirlo cuando la lactancia esté establecida, alrededor del primer mes
- Las familias pueden tener sus propios chupetes. Si insisten en usarlos explicar las razones

¿Por qué no biberones?

- Hay una ventana sensible para el aprendizaje de la succión
- El uso de tetinas artificiales para suplementar pueden llevar a un fenómeno conocido como “confusión de tetina” que puede interferir con una lactancia exitosa
- La evidencia más fuerte es con prematuros
 - Collins C, Ryan P, Crowther C, McPhee A, Paterson S, Hillier J. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: A randomised controlled trial. *Br Med J*. 2004;329:193–8.

Orígenes de la confusión de tetina

- La noción de la confusión de tetina se introdujo en la OMS/ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en una declaración de 1989, que posteriormente fue la base para “la iniciativa hospital amigo de los niños” y “los diez pasos para una lactancia feliz”
- Las tetinas artificiales pueden confundir la respuesta oral porque se necesita menos esfuerzo para succionar en una tetina artificial, que puede hacer que eventualmente disminuya el deseo del bebé de succionar del pecho.

¿Dónde está la evidencia?

- Un estudio canadiense examinó las opiniones de hcp's con dos preguntas:
- “¿Cree que dar tomas frecuentes con biberón lleva a la confusión de tetina-pezón? Y ¿piensa que incluso una toma con biberón puede llevar a una confusión de tetina-pezón?”
- El suplemento con biberón era común, la alimentación NGT es común en el nivel 2 de enfermería y los dispositivos alternativos más comunes son el vasito y la alimentación con el dedo

Al-Sahab B, et al. Paediatr Child Health. 2010 Sep;15(7):427-31.

Creencias y métodos utilizados

- Solo el 15.0% de las enfermeras del nivel 2 estuvieron de acuerdo con que frecuentes tomas de biberón causaban confusión de tetina-pezón
- Comparado con el 44.4% de las enfermeras posparto y el 56.2% de los pediatras
- Los hallazgos demostraron una variación considerable de las prácticas y las creencias que rodean los métodos de suplementación

Al-Sahab B, et al. Paediatr Child Health. 2010 Sep;15(7):427-31.

El ECA

- **Ensayo clínico aleatorio del uso del chupete y el biberón o la alimentación con el vasito y su efecto en la lactancia.**
- La tomas suplementarias, sin importar el método (vasito o biberón), tuvieron un efecto negativo en la duración de la lactancia materna.
- No hay diferencias en la duración de la lactancia materna entre los grupos que alimentaron con vasito y con biberón
- Los efectos fueron modificados por el número de suplementos
- *Entre los bebés nacidos por cesárea, la alimentación con vasito, prolongó significativamente la lactancia exclusiva, total y la duración de la lactancia materna*

Howard CR, et al Pediatrics. 2003 Mar;111(3):511-8.

Efectos en pretérminos tardíos

- **Efecto de la alimentación con vasito y biberón en la lactancia de bebés pretérminos tardíos**
- Los bebés asignados al azar a un vasito vs. biberón tienen más posibilidades de ser amamantados en exclusiva, pero no hay diferencia en la lactancia materna en general ni en LOS

Table 3. Feeding Practices at Discharge and at 3 and 6 Months of Age (n = 522).

	Bottle Feeding (n = 268), No. (%)	Cup Feeding (n = 254), No. (%)	P Value
Any breastfeeding at discharge	244 (91)	252 (99)	< .001
Any breastfeeding at 3 months	221 (82)	223 (88)	.088
Any breastfeeding at 6 months	158 (59)	176 (69)	.015
Exclusive breastfeeding at discharge	123 (46)	184 (72)	< .0001
Exclusive breastfeeding at 3 months	126 (47)	196 (77)	< .0001
Exclusive breastfeeding at 6 months	113 (42)	146 (57)	< .001

Yilmaz G, et al. J Hum Lact. 2014 May;30(2):174-9.

Algunas cuestiones prácticas

- Los bebés tomarán menos volumen si no son alimentados con biberón
- Puede dar pequeñas porciones vía alimentación con jeringa
- Considerar la leche extraída de la madre porque no está buscando grandes volúmenes



PASO 10



Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y recomendarlos a las madres al alta del hospital o casa de partos.

Los pediatras pueden identificar y colaborar con sus socios comunitarios, establecer mecanismos para interconsultas y coordinar el cuidado.

Conclusiones

- La IHAN está basada en la evidencia y ayuda a aumentar la lactancia exclusiva y global
- Los pediatras son necesarios para la implementación de la IHAN
- Los modelos de cuidado intesdisciplinarios funcionan mejor
- ¡La colaboración es la clave!



“Bien hecho es mejor que bien dicho.” - Benjamin Franklin