

## **IHAN. Nuestra experiencia**

Ponente: A Gómez Papí

H. Universitario de Tarragona “Joan XXIII”, (IHAN desde 1997)

Grupo de Formación IHAN. Grupo de Hospitales IHAN

### **Época pre-IHAN. La Antigüedad**

Creíamos que sabíamos todo lo que había que saber sobre la lactancia materna: La lactancia materna es lo mejor, pero no pasa nada si se alimentan con lactancia artificial; la lactancia es natural (madre e hijo juntos se “apañan” y el bebé mama sin problemas); muchas mujeres no llegan a producir suficiente leche para sus hijos; las madres recién paridas han de dormir por las noches, mejor que el bebé esté en los nidos...

Empezamos por decidir cambios en el manejo de nuestros bebés prematuros: alimentarles con leche de su madre y ofrecerles el método canguro. Nos preparamos para ello, con tiempo. Formamos dos grupos de trabajo. Uno de ellos, de lactancia materna. Empezamos a reunirnos y a revisar bibliografía sobre lactancia materna. Nos asombramos por la cantidad de artículos que hablaban de las grandes diferencias entre amamantar y dar biberón en términos de salud infantil y materna.

En nuestra maternidad los recién nacidos (RN) estaban la mayor parte del tiempo en los nidos, cada uno en su cuna. Cada 3 horas de reloj “salían” a la madre para mamar. Si no tenían hambre, no comían. Antes de una hora regresaban a los nidos. Si allí lloraban, la explicación era que “pasan hambre” y se les calmaba con algún biberón. Era tan frecuente que recibieran suplementos, que en la cunita siempre había algún biberón y alguna tetina. En aquella época, el 50% de las madres que daban el pecho reclamaban suplementos de fórmula o se habían pasado definitivamente a la lactancia artificial al alta.

Entonces, recibimos el documento “Protección, promoción y apoyo a la LM. El papel especial de las maternidades” de la OMS/UNICEF y descubrimos que no cumplíamos ninguno de los 10 pasos de la IHAN.

### **Pasos pre-IHAN**

El grupo de trabajo pasó a ser la Comisión hospitalaria de lactancia materna. Seguimos revisando la literatura y decidimos hacer un curso de LM, que impartió la ACPAM.

No sabíamos NADA de LM. Conocimos la importancia de valorar una toma, de colocar correctamente el bebé al pecho, el riesgo de los suplementos y las tetinas...

En mayo de 1994 comenzamos con el método de la madre canguro (MMC) en nuestra Unidad neonatal y a administrar a los bebés prematuros leche de su propia madre. Joan, un prematuro de 32 semanas, nos enseñó que era capaz de mamar por sus propios medios mientras disfrutaba del MMC. En mayo de 1995, justo un año después, las primeras madres disfrutaron del contacto precoz con sus bebés. En 1996 tuvimos la gran suerte de ser invitados a la primera Reunión Internacional sobre el MMC que tuvo lugar en Trieste, Italia. Allí nos sorprendió comprobar que los miembros de hospitales IHAN lucían el galardón con orgullo.

Suprimimos biberones y tetinas, hicimos más cursos de LM, escribimos la política del hospital sobre LM, ayudamos a que se formara el grupo de apoyo a la lactancia “Do de Pit” y, finalmente, suprimimos los “nidos”.

En noviembre de 1997 nos concedieron el galardón IHAN. Tardamos 5 años desde que empezamos con el grupo de trabajo de LM hasta lograr el galardón.

## **IHAN. Modernidad**

En 1998 acudimos a la II Reunión Internacional sobre MMC, en Bogotá. Allí, con medios escasos para la presión asistencial que tenían, la LM y el MMC eran la norma, formaban parte de su cultura.

Ese mismo año publicamos los trabajos sobre MMC y sobre Contacto piel con piel en partos. Una vez el CPP fue la norma en los partos vaginales, empezamos a hacerlo en las cesáreas.

Participamos en Cursos de LM en todas las Comunidades Autónomas, primero con ACPAM, luego en cursos organizados localmente y, finalmente, con la IHAN. Difundimos nuestros conocimientos y nuestra experiencia, y aprendimos mucho: sobre lactancia materna, sobre el parto natural, sobre crianza. De las experiencias de otros hospitales siempre extraíamos aspectos a incorporar en el nuestro.

Entramos a formar parte del organigrama de la IHAN, en los grupos de formación y de hospitales. Entramos en el mundo de la consejería en LM, otro gran descubrimiento. Incorporar las habilidades de comunicación al apoyo a la LM en un grupo tan frágil y sensible como las madres recientes aumentó la eficacia de nuestro trabajo. La empatía, el refuerzo positivo, la aceptación, hacer una o dos sugerencias cada vez, considerar a la madre (sus deseos, sentimientos, inquietudes) como lo más importante, se convirtieron en nuestras banderas.

Al ser la referencia de nuestra comarca, acabamos formando una Comisión de Área de LM. Cada CAP tiene talleres de LM, algunos disponen de consultas de LM llevadas por enfermeras expertas, hay más grupos de madres de apoyo a la lactancia y a la crianza. Tenemos una Consulta Pediátrica de LM en nuestro hospital.

La docencia en LM ha sido la norma todos estos años, tanto en nuestro hospital (30 cursos de LM; dos cursos de formador de formadores en LM) como en Medicina (clases en 2º curso, seminarios y laboratorio de habilidades en 5º, seminarios y prácticas en 6º), en enfermería, para las LLIR (residentas de matrona), para las MIR de pediatría, para nutricionistas, psicólogas, biomédicas (másters), e incluso para profesionales sanitarios de otros centros interesados en ser IHAN.

## **La crisis económica**

Los recortes en sanidad empezaron muy pronto en Cataluña. La Comisión de LM del Camp de Tarragona se disolvió (prohibieron que los miembros acudieran a las reuniones); la reducción del personal aumentó las cargas de trabajo en la maternidad y en primaria; comenzaron las altas precoces de las puérperas y a ingresar mujeres con patologías de mayor complejidad en la maternidad y se cerró el grifo de las subvenciones para docencia. Se respiraba descontento. Aunque nuestras tasas de LM hospitalarias no empeoraron, desde los CAP nos informaban que veían muchas más madres con grietas y más fracasos de lactancia.

Creo que nos hemos sabido adaptar a la situación. Nos ha costado. Hemos vuelto a hacer cursos (uno de FdF y otro de 20 horas); hemos puesto en marcha protocolos específicos de LM (prematuro tardío, hipoglucemia, ictericia); hemos puesto en marcha una Unidad de Cuidados Mínimos (en RN permanece ingresado en la maternidad junto a su madre si requiere fototerapia, antibióticos o se trata de un prematuro tardío que necesita algún día más para que la madre se maneje segura).

Trabajamos en 5 líneas de investigación: MMC, Prematuro tardío, Hiperdemandantes, Contacto precoz, Contacto tardío.

### **Nuestra evolución. Qué hemos aprendido**

Hemos aprendido que el bebé se agarra solo al pecho: (Colson); que ha de ser la madre quien coloque el bebé al pecho. Y que hemos de conseguir que la madre decida qué quiere hacer (Consejería).

Nuestros objetivos también han evolucionado: Antes de ser IHAN, lo importante era “Que el bebé esté bien (<1994)”. Después, la bandera de la LM nos llevó a los siguientes objetivos: “Que todos los bebés tomen pecho” y “Que todos se agarren bien al pecho”. Con el tiempo evolucionamos a “Que la madre tenga apoyo para amamantar”.

Y en los últimos años hemos incorporado a nuestros objetivos “Favorecer el vínculo madre-hijo y la relación de apego seguro” y “Que la madre esté satisfecha y segura con su decisión y con su crianza”

Y, a la luz de la opinión de Joana Fernández, una psicóloga clínica que estuvo con nosotros 6 meses, parece que vamos por buen camino:

“Después de entrar en la primera habitación, todavía estaba más sorprendida y eufórica. No me podía creer que, casualmente, hubiera ido a parar a un lugar donde se miraba a las personas, donde las herramientas de trabajo se basaban en la escucha, la empatía, la comprensión, el refuerzo y la validación de las madres, a veces tan indefensas, buscando la buena vinculación, fomentando “el apego seguro” del que tanto hablamos los psicólogos. Creo que visteis que se me notaba el entusiasmo.”