



X CONGRESO
ESPAÑOL DE

Lactancia materna

Gotas de vida, fuente de salud

Drops of life, source of health

Pingas de vida, fonte de saúde



PALACIO DE CONGRESOS | 4-6 ABRIL | 2019
SANTIAGO DE COMPOSTELA

CONFERENCIA INAGURAL

La importancia de preservar la Neurofisiología del parto normal.

Ibone Olza Fernández. Psiquiatría infantil y perinatal. Profesora Asociada Universidad de Alcalá. Directora Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Autora de los libros: “Parir”, “Lactivista”, “Hermanos de leche” y “Nacer por cesárea”.

El parto en la especie humana, al igual que el amamantamiento, es un evento neurohormonal. Esto significa que está dirigido por neurohormonas producidas en el cerebro maternal y del bebé, que interactúan de forma constante para facilitar ambos procesos: parto y lactancia. La comprensión de la neurofisiología del parto nos revela la importancia de respetar estos procesos, resultado de un constante perfeccionamiento evolutivo destinado a garantizar el vínculo madre bebé y en última instancia la supervivencia, no sólo del individuo sino de la especie como tal. La integración de las vivencias de las madres en sus partos arroja nueva luz a este conocimiento, revelando que respetar la fisiología del parto favorece tanto su seguridad como la transición a la conducta maternal. Para las madres esto se traduce en un empoderamiento y una mayor autoconfianza que redundará en beneficio de la lactancia. En esta ponencia se presentarán los últimos datos que avalan esta comprensión ecosistémica del parto así como sus aplicaciones en la atención a madres y bebés lactantes.

MESA REDONDA 1: ASPECTOS PSICOSOCIALES

1. Coste económico para el sistema sanitario de no lactar.

Esmeralda Santacruz Salas. Enfermera. Doctorado en cuidados de la salud. Master en Sexología. Master en Investigación en Salud. Profesora en la Facultad de Enfermería de Talavera de la Reina.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN Contenido sobre el tipo de lactancia seleccionada y el grado de su práctica general

SIGLO XX: NO SÓLO ES UN ALIMENTO

BENEFICIOS:

- Beneficios para el bebé:** emocionales, seguridad y afecto; Psicológicos y desarrollo intelectual; nutricionales; Desarrollo y crecimiento; Inmunológicos; Prevención de enfermedades a largo plazo, como enfermedades crónicas, ciertos tipos de Cáncer, etc.; Citotóxicos.
- Beneficios para la madre:** emocionales; de recuperación temprano y otro físico; prevención de enfermedades a largo plazo.
- Beneficios sobre el rol familiar
- Beneficios económicos
- Beneficios sociales
- Beneficios medioambientales

CONTRAINDICACIONES:

- Mujer CONGÉNITAS CON DEFECTOS METABÓLICOS
- Mujer: Consumo de determinados drogas o fármacos y ciertos enfermedades.

COMPOSICIÓN PSICO-EMOCIONALES TIEMPO

SIGLO XXI: CONSIDERACIONES

- “Forma insuperable de facilitar **EL ALIMENTO IDEAL** para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”
- Parte del proceso reproductivo
- Práctica de salud recomendable y prioritaria

ACTUALIDAD



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Resolución sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario general

Introducción y justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Resolución sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario general

Introducción y justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones



HIPÓTESIS

Resolución sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario general

Introducción y justificación
Hipótesis
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

La práctica de una lactancia materna exclusiva, frente a la lactancia artificial o parcial, se asocia a una reducción en los costes directos sanitarios



OBJETIVOS

Estadísticas sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación

Historia

Objetivos

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

OBJETIVO PRINCIPAL:

Estimar el impacto sobre el **coste directo sanitario**, derivado de la morbilidad infantil, asociado a la **introducción y mantenimiento de la Lactancia Materna Exclusiva** frente a otras formas de alimentar al bebé, al mes, a los 3 y a los 6 meses de edad.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Definir las tasas de LME, parcial y de lactancia artificial en el Área de Salud de Tulebú
- Análisis de los diferentes factores epidemiológicos que se encuentran asociados con el mantenimiento de la LME
- Análisis de los diferentes contextos culturales maternos que se describen con mayor motivación por parte de la madre para el comienzo y mantenimiento de la LME
- Análisis de las características de los RN que se asocian con mayores índices de comienzo y mantenimiento de LME
- Describir los motivos, atribuidos por las madres como más influyentes para la introducción de otro tipo de alimento y abandono de la lactancia de la LM con sus RN
- Determinar y comparar los costes de los distintos eventos relacionados, así como los costos totales derivados de los procesos de morbilidad, tanto en los bebés que no han recibido LME como en los que sí lo han recibido, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.
- Estimar y comparar los costes farmacológicos derivados de la atención a los procesos de morbilidad, tanto de los bebés que no reciben LME, como de los que sí lo han recibido.
- Estimar el ahorro total generado para el Sistema de Salud por día, al mes, a los 3 y 6 meses de edad que han sujeción los niños en base al tipo de alimentación materna y otras variables influyentes.
- Realizar intervenciones sobre el área para el sistema sanitario de Costa La Maná reduciendo de siguientes aumentos de tasas de LME, respecto a las actuales, al mes, a los 3 y 6 meses de edad de un RN.



METODOLOGÍA

Estadísticas sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación

Historia

Objetivos

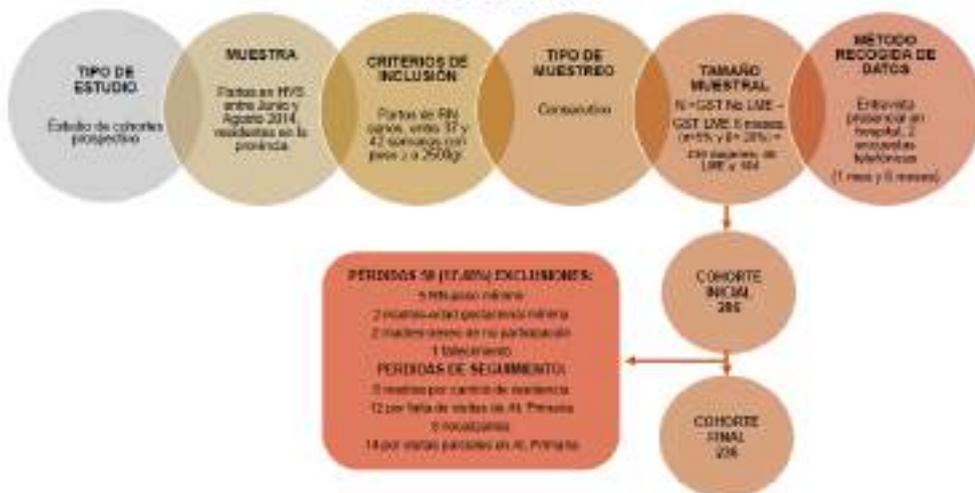
Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

DISEÑO DEL ESTUDIO



METODOLOGÍA

Estadísticas sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación

Historia

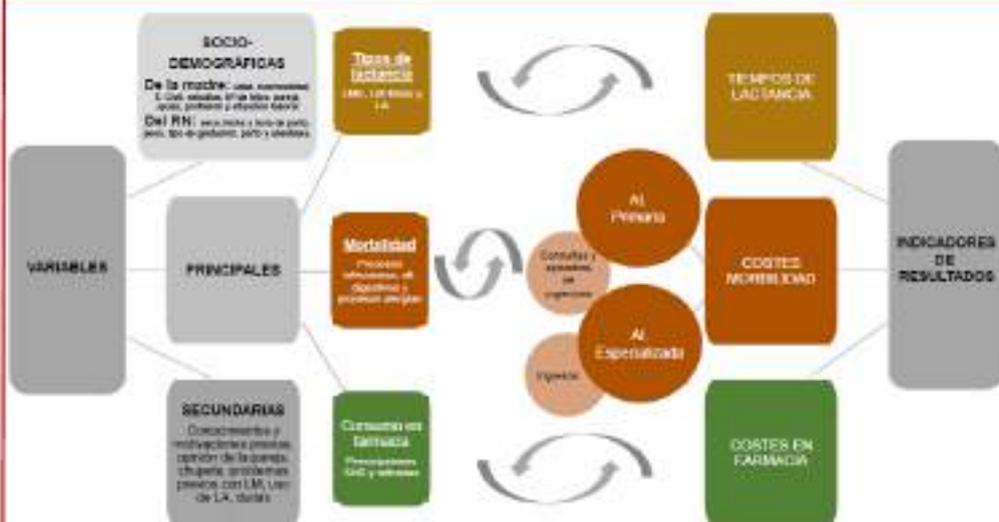
Objetivos

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones





RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de lactancia exclusiva y el tiempo medio de lactancia

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMGRÁFICAS DE LA MADRE

ESTUDIOS	Valor absoluto (%)
Primaria	55 (27,54)
Secundaria	85 (43,02)
Superiores	55 (26,44)
TOTAL	195 (100,00)
SITUACIÓN LABORAL	Valor absoluto (%)
Autónoma	14 (5,93)
Contratada fija	84 (42,59)
Contratada eventual	17 (7,20)
Desempleada	121 (61,20)
TOTAL	196 (100,00)
TIEMPO ESPERADO DE PERMANENCIA	Valor absoluto (%)
0 días	110 (55,10)
30 días	2 (0,99)
120 días	104 (52,97)
TOTAL	216 (100,00)



RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de lactancia exclusiva y el tiempo medio de lactancia

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

DATOS DESCRIPTIVOS

TABLA 6. CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS

TIPO DE NACIMIENTO	Valor absoluto (%)
Normal	85 (28,17)
Artificial	17 (29,31)
Artificial por vía oral	10 (14,29)
Artificial por vía intravenosa	7 (11,73)
PERSONAS QUE RECIBIERON LACTANCIA ARTIFICIAL EN EDAD DE HOSPITALIZACIÓN POSTNATAL	Valor absoluto (%)
Exclusivamente lactancia materna	11 (14,29)
PERSONAS CON LACTANCIA MIXTA EN EDAD DE HOSPITALIZACIÓN POSTNATAL	Valor absoluto (%)
Exclusivamente LME	34 (57,07)
SUPLEMENTACIÓN CON LACTANCIA SUBSTITUTA	Valor absoluto (%)
Exclusivamente lactancia materna hospitalaria	17 (25,21)

TABLA 7. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN BASE AL TIPO DE LACTANCIA

TIPO DE INTERVENCIÓN	NO LME 0-6 meses	SI LME 0-6 meses
	Valor absoluto (%)	Valor absoluto (%)
Intervención farmacológica	131 (68,95)	25 (54,35)
Intervención por urgencias	81 (42,63)	6 (17,39)
Atención especializada	70 (36,34)	19 (41,30)
Atención hospitalaria	29 (14,74)	2 (4,35)



RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de lactancia exclusiva y el tiempo medio de lactancia

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

DATOS DESCRIPTIVOS Prevalencias Lactancias

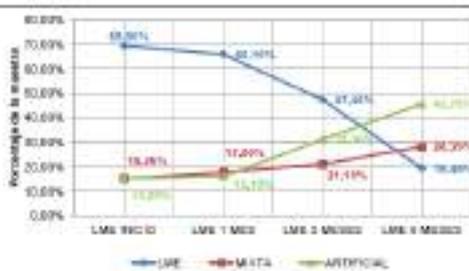


Figura 5. Prevalencias de Lactancias durante 6 meses

TABLA 11. Relación entre decisión previa sobre tiempo de lactancia a suministrar al RN y LME dada por mes

TIEMPO LME		TIEMPO DECIDIDO PREVIAMENTE DE LACTANCIA		
		Hasta 3 días o menos	Hasta uno quince días	Hasta que ya pueda
LME 1 MES	Valor absoluto (%)	51 (82,20)	81 (75,80)	85 (74,58)
LME 3 MESES	Valor absoluto (%)	34 (60,71)	85 (80,30)	79 (67,71)
LME 6 MESES	Valor absoluto (%)	11 (14,28)	7 (25,17)	28 (24,58)
TOTALES		77	24	114

El tiempo medio de LME en 6 meses es igual a 51,69 días (2,73 meses), DE 74,761C (0,159)



RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de licencia solicitada y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

RESULTADOS ECONÓMICOS VARIABLES MÁS INFLUYENTES SOBRE LME Y SU RELACIÓN CON EL GASTO SANITARIO

TABLA 17. GST REAL GENERADO BASADO EN SI RECIBIÓ O NO LME

PERIODO DE TIEMPO		GST REAL			IC 95%		%	DE
		Recuento	Media	EE de la Media	Li	Li		
LME 1 mes	NO	80,00	1044,46	188,31	718,49	1370,43	33,90	1487,54
	SI	156,00	652,81	79,91	496,19	809,43	66,10	996,05
LME 3 meses	NO	124,00	1024,45	127,39	774,77	1274,13	52,54	1418,52
	SI	112,00	521,10	77,62	368,96	673,24	47,46	821,48
LME 6 meses	NO	190,00	892,45	91,75	702,62	1062,27	80,51	1264,66
	SI	46,00	385,43	111,83	166,24	604,63	19,49	758,48



RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de licencia solicitada y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

ANÁLISIS DE RESULTADOS ECONÓMICOS COSTE DE LA NO LME

TABLA 20. COSTE DE LA NO LME Y REDUCCIÓN DEL MISMO POR OM DE LME

VARIABLES MÁS INFLUYENTES	N	Costo absoluto (\$) Ingresos 0 días LME Gasto del mes	Cost/Prod Prestar	IC 95%		Reducción costo total (\$)			
				Li Inferior	Li Superior	Valor P	% DE REDUCCIÓN COSTO DE LME	Li	Li
Todos los Ingresos	236	996,88	-0,005	-0,005	-0,005	<-0,001	-0,48%	-0,480	-0,477
Hasta 30 años	70	913,83	-0,004	-0,004	-0,004	<-0,001	-0,40%	-0,417	-0,391
> de 30 años	90	1170,90	-0,005	-0,005	-0,005	<-0,001	-0,51%	-0,513	-0,499
Estudios Primarios	65	878,54	-0,007	-0,007	-0,007	<-0,001	-0,67%	-0,688	-0,665
Estudios Secundarios o Superiores	171	1189,33	-0,005	-0,005	-0,005	<-0,001	-0,42%	-0,472	-0,457
Española	97	929,67	-0,004	-0,004	-0,004	<-0,001	-0,37%	-0,377	-0,362
Estranjera	30	1065,88	-0,010	-0,010	-0,010	<-0,001	-0,97%	-0,980	-0,962
Sin Empleo	121	1255,88	-0,005	-0,005	-0,004	<-0,001	-0,45%	-0,450	-0,442
Con Empleo	115	961,24	-0,005	-0,005	-0,005	<-0,001	-0,50%	-0,500	-0,507
No ayuda de la pareja	54	964,01	0,000	0,000	0,001	<-0,001	0,00%	0,000	0,008
Si ayuda de la pareja	182	1158,96	-0,007	-0,007	-0,007	<-0,001	-0,57%	-0,570	-0,683
Nada	126	1302,43	-0,005	-0,005	-0,005	<-0,001	-0,50%	-0,541	-0,520
Nada	110	918,35	-0,004	-0,004	-0,004	<-0,001	-0,37%	-0,377	-0,366



RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de licencia solicitada y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

ANÁLISIS DE RESULTADOS ECONÓMICOS VARIABLES MÁS INFLUYENTES SOBRE LME Y SU RELACIÓN CON EL GASTO SANITARIO

TABLA 21. GST DE VARIABLES INFLUYENTES

VARIABLES MÁS INFLUYENTES	B	Error estándar	IC al 95 %		Sig.	Porcentaje de GST
			Inferior	Superior		
VARIABLES QUE REDUCEN EL GST						
LME durante 6 meses	-0,759	0,0089	-0,777	-0,742	0,000	-75,96
Tener empleo	-0,348	0,0050	-0,358	-0,338	0,000	-34,88
RN niño	-0,342	0,0049	-0,351	-0,332	0,000	-34,18
Tener ayuda de la pareja	-0,230	0,0057	-0,242	-0,219	0,000	-23,05
VARIABLES QUE AUMENTAN EL GST						
Estudios secundarios o superiores	0,439	0,0060	0,428	0,451	0,000	43,94
Nacionalidad extranjera	0,437	0,0057	0,428	0,446	0,000	43,71
EDAD > 30 años	0,351	0,0056	0,340	0,362	0,000	35,10
Haber recibido biberón de L.A tras el parto	0,171	0,0053	0,161	0,181	0,000	17,10



RESULTADOS

Resultados sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

ANÁLISIS DE RESULTADOS ECONÓMICOS GST CON LME POR NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA Y CONSUMO EN FARMACIA

Tabla 16. GST EN LME POR NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA

TIPO DE GST	NIVEL DE LACTANCIA SUMINISTRADA HASTA LOS 6 MESES	N	Monto (euros)	Duración (semanas)	GST de atención en centros para la madre		Consumo en centros			Puntuación
					Límite inferior	Límite superior	Atención ofrecida en centros de salud en los 6 meses	Consumo medio en los centros de salud LME	Consumo	
GST ATENCIÓN PRIMARIA	Coquear día alternante	90	362,58	262,10	325,87	408,11	90,03	82,29%	0,88	0,86
	LME	40	198,24	198,76	142,60	202,21				
	Total	230	560,82	460,86	468,47	610,32				
GST POR LME	Coquear día alternante	90	332,62	88,29	196,84	276,32	217,14	98,82%	0,38	0,36
	LME	40	178,48	597,75	-88,75	322,48				
	Total	230	511,10	309,54	108,09	598,80				
GST EN FARMACIA	Coquear día alternante	90	20,28	158,73	6,88	48,28	24,90	89,42%	0,30	0,27
	LME	40	2,06	4,36	2,46	5,36				
	Total	230	22,34	163,09	9,34	53,64				
GST POR ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA	Coquear día alternante	90	46,86	177,88	13,76	56,56	29,88	84,82%	0,17	0,21
	LME	40	41,10	163,12	11,34	60,98				
	Total	230	87,96	341,00	25,10	117,54				
GST POR LACTANCIA	Coquear día alternante	90	69,76	172,55	67,62	111,71	94,76	299,37%	0,45	0,81
	LME	40	24,88	33,00	6,27	43,69				
	Total	230	94,64	205,55	73,89	155,40				
GASTO TOTAL	Coquear día alternante	90	882,44	1294,68	721,40	982,94	497,64	100,00%	0,43	0,81
	LME	40	395,42	758,00	160,30	618,09				
	Total	230	1277,86	2052,68	881,70	1591,03				



DISCUSIÓN

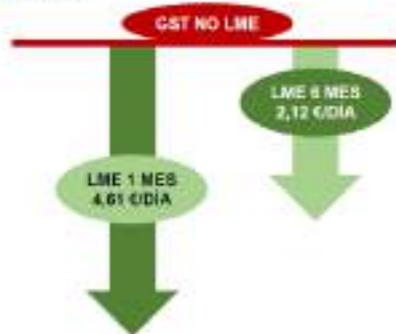
Resultados sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

EVALUACIÓN ECONÓMICA



Cuanto mayor tiempo de LME ofrecido menor es el GST generado al SS en 6 meses.



Durante el primer mes, cada día de LME ofrecido supone un ahorro de 4,61 €/día y durante el 6º mes cada día de LME ofrecido supone un ahorro de 2,12 €/día

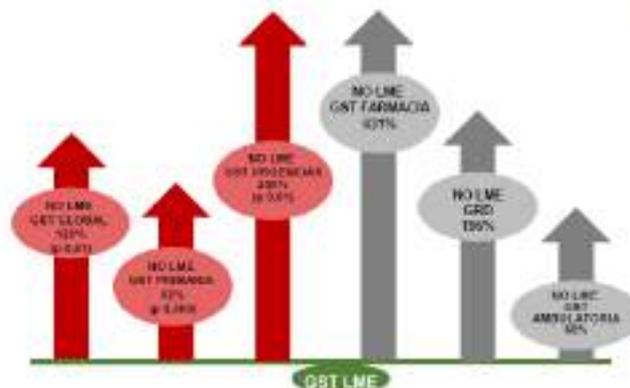


DISCUSIÓN

Resultados sobre el tipo de lactancia materna y el gasto sanitario generado

Introducción y Justificación
Historia
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

ANÁLISIS DE GST POR NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA



El SS con LME hacen un menor uso del SS a todos los niveles.

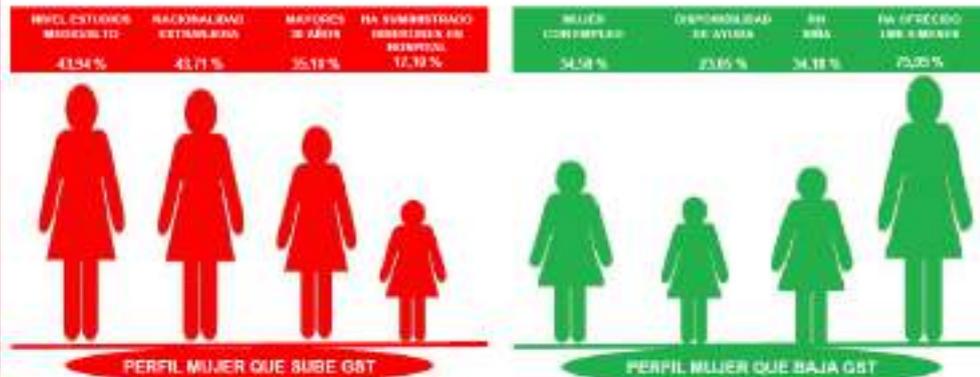


DISCUSIÓN

Relación entre el tipo de factura emitida y el gasto sanitario generado

Introducción y justificación
Hipótesis
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

ANÁLISIS DE GST POR VARIABLES INFLUYENTES SOBRE LA LME



Estas mujeres por cada día que obtienen LME en 6 meses reducen más el GS que las que ya lo hacen.



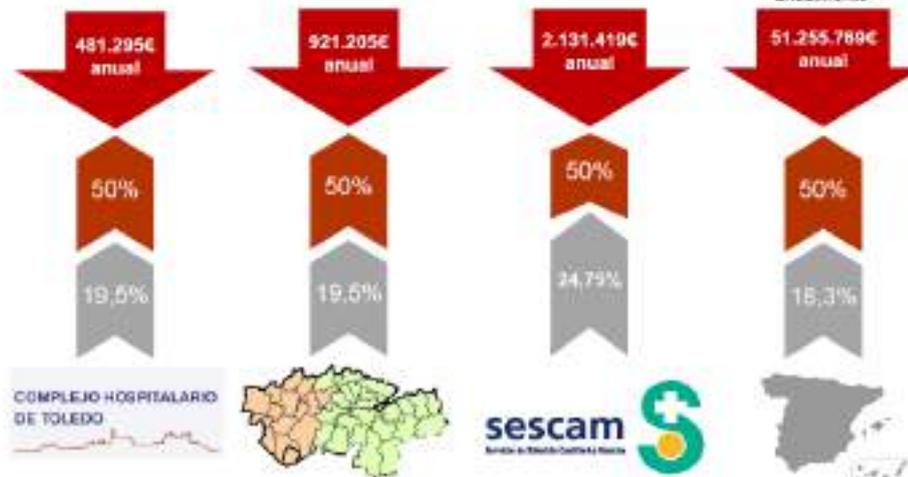
DISCUSIÓN

Relación entre el tipo de factura emitida y el gasto sanitario generado

Introducción y justificación
Hipótesis
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

ESTIMACIONES DE AHORRO ECONÓMICO

157.552 € / 1000 niños atendidos anualmente



CONCLUSIONES

Relación entre el tipo de factura emitida y el gasto sanitario generado

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Introducción y justificación
Hipótesis
Objetivos
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones

Mejora de los servicios de gestión clínica-financiera de los Servicios de Salud

Se lleven a cabo más estudios de investigación de evaluación económica con la LM y se determinen las características o factores que más influyen en el GS generado

2. Ética y lactancia materna.

Josefa Aguayo Maldonado. Neonatóloga. Jefe de sección de neonatología H. U Virgen del Rocío. Sevilla. Profesora asociada Pediatría. Universidad de Sevilla. Master en Bioética y Humanización de la Asistencia. Universidad de Granada. Vocal del grupo de formación iHAN.

Los dos grandes principios, la ética y la lactancia materna, como base de la mejor alimentación en los inicios de la vida para todos los seres humanos, nos obliga a poner en valor el esfuerzo en la protección del amamantamiento. Beneficia a la persona que recibe dicha alimentación, a la mujer lactante y al mantenimiento medioambiental del planeta.

Hechos, principios y valores exigen en nuestra sociedad cuidar la lactancia, respetando el derecho a decidir en la mujer que ha sido bien informada.

El principio ético del mejor interés del menor afecta a lactantes sanos y enfermos, a éstos últimos hay que enfocar también los mayores compromisos éticos desde el principio de precaución, ofrecer las mejores estrategias de alimentación, la leche de su propia madre, segunda opción la leche donada y la última opción la alimentación con fórmula. Todas ellas han de cumplir con las garantías de calidad y seguridad.

Tema de gran significado ético es la manipulación de la información por parte de la industria de alimentos infantiles.

La ética nos obliga al respeto, a discutir los beneficios de la lactancia materna y apoyar a las madres que amamantan, al mismo tiempo que obliga a respetar a las mujeres en su decisión de no amamantar sin por ello sentirse culpables.

Los profesionales sanitarios han de tener claro el dirigir sus esfuerzos a la promoción de la lactancia materna así como de respetar las decisiones de las mujeres que no amamantan junto con el evitar el conflicto de interés.

3. Papel del padre en la lactancia materna.

Carlos González Rodríguez. Pediatra. Presidente de la Associació Catalana Pro Alletament Matern (ACPAM). Autor de libros como Mi niño no me come, Un regalo para toda la vida, Bésame mucho, En defensa de las vacunas.

El papel del padre es distinto y complementario al de la madre. Puede prestar apoyo moral, realizar las tareas domésticas, atender al bebé, proteger a la madre contra críticas e

interferencias de otras personas y apoyarla económicamente para que pueda estar con su hijo el tiempo necesario.

Las madres que cuentan con el apoyo del padre dan el pecho más tiempo. Los mecanismos por el que los padres podemos contribuir son diversos:

- Apoyo moral. Mostrar con palabras y obras que respaldamos sus decisiones y apreciamos su esfuerzo. Y que la encontramos guapísima. Especialmente necesario en el postparto, cuando muchas madres pasan por una leve depresión, con sentimientos de culpa y fracaso.

- Protección frente a las críticas de familiares y amigos, y frente a las visitas molestas e intempestivas.

- Un especial esfuerzo con las tareas domésticas. Es probable que, durante días, la madre tenga que dedicar muchas horas a la lactancia y al cuidado del bebé, y también necesita dormir; el padre deberá hacer bastante más de la mitad que habitualmente le corresponde.

- Ocuparse también del cuidado del bebé: baño, pañales. Cuando la noche ha sido movida, llevar al bebé a dar un paseo para que la madre pueda dormir.

- Buscar ayuda ante las dificultades. Cuando el niño no gana peso, o cuando la lactancia resulta dolorosa o especialmente agobiante, puede ser necesario buscar grupos de apoyo y otros recursos. A veces la madre está demasiado agotada para tomar esa iniciativa, o incluso para darse cuenta de que existe un problema; o piensa que todo es culpa suya, y que nadie la puede ayudar.

- Aceptar su papel. Comprender que las necesidades del bebé son ahora prioritarias, y que éste va a mostrar una clara preferencia por la madre durante meses y años. Comprender que el papel del padre es distinto del de la madre; que no necesita participar dando biberones, sino que puede hacer otras muchas cosas con su hijo.

- Apoyo económico. Imprescindible mientras nuestro permiso de maternidad sea de los más cortos de Europa, y otras ayudas oficiales prácticamente inexistentes. La familia tendrá que aceptar una disminución en su nivel de vida, y el padre tal vez trabajar horas extras, para que la madre pueda estar unos meses más con su hijo. De cumplirse el plan anunciado por varios partidos políticos de establecer permisos de maternidad y paternidad iguales e intransferibles (pero ridículamente cortos), va a ser especialmente difícil para las madres tomar un permiso sin sueldo o una reducción de jornada cuando “no hace falta, porque el padre ya está en casa”. Pero, para un niño de cuatro meses, no es lo mismo estar con su madre que con su padre (y no sólo por la lactancia).

4. Prestaciones por riesgo de lactancia. Nuevas perspectivas.

María Rosario Valero Muñoz. Médica de familia. Médica Inspectora Jefa. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. INSS. Máster en Medicina Evaluadora. Master en Salud Pública. Master en gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Directora del Master en Valoración médica de la Incapacidad Laboral y Dependencia. Universidad de Alcalá de Henares.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito laboral la protección y el fomento de la lactancia natural se basa fundamentalmente en dos normas básicas:

1. **La Ley General de la Seguridad Social** ^(Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE núm. 261, de 31/10/2015. Texto consolidado 12/03/2019.)
2. **El Estatuto de los Trabajadores** ^(Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.)

La primera representa el marco de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social en España que viene regulado en el artículo 41 de la Constitución Española, en el que se determina que serán los poderes públicos los responsables del mantenimiento de un régimen público para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad ^(Constitución española.).

La segunda, regula en su artículo 37.4 ^(Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.), el derecho de la mujer trabajadora a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones, para el cuidado del lactante hasta que éste cumpla nueve meses.

Podemos definir el estado de necesidad como la carencia de un bien material o inmaterial, bien por exceso de gastos o por defecto de ingresos, siendo el Estado el responsable de adoptar las medidas necesarias para proteger a los ciudadanos ante la mencionada carencia.

Esta acción protectora se enmarca legislativamente en la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (TRLGSS) ^(Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE núm. 261, de 31/10/2015. Texto consolidado 12/03/2019.) y normas que la desarrollan y que se fundamenta en los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad.

El artículo 42 del TRLGSS ^(Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE núm. 261, de 31/10/2015. Texto consolidado 12/03/2019.) regula el contenido de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, que comprenderá, entre otras, las prestaciones económicas si existe riesgo de origen laboral para la madre trabajadora o el lactante, durante el periodo de lactancia natural.

PRESTACIÓN POR RIESGO LABORAL DURANTE LA LACTANCIA

Durante el periodo de lactancia natural puede estar indicado la interrupción de la actividad laboral cuando las condiciones del trabajo puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora o del hijo lactante, así se certifique por los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua colaboradora con la Seguridad Social y no puede ser posible el cambio de puesto de trabajo por otro compatible con su estado. Si esto no fuera o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia, durante el tiempo necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado ^(Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.) (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.)

Esta suspensión del contrato de trabajo se considerará una situación protegida a efectos de prestaciones económicas de la Seguridad Social.

La prestación económica de riesgo laboral durante la lactancia natural tiene la consideración de riesgo profesional desde el año 2007 ^(Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres) y por tanto su cuantía se corresponde con un subsidio equivalente al 100% de la base reguladora, equivalente a la que se establezca para la prestación en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.

No se considerará situación protegida por esta prestación, la que se pueda derivar de riesgos o patologías que puedan influir negativamente en la salud de la madre lactante o del hijo, si no está en relación directa con la exposición de agentes perjudiciales, procedimientos o condiciones de trabajo del puesto o actividad que desempeña la madre trabajadora ^(Riesgo durante la lactancia natural).

Beneficiarias

Serán beneficiarias de esta prestación las trabajadoras por cuenta ajena, funcionarios públicos civiles y militares y las trabajadoras de los regímenes especiales de autónomos, del mar, de la minería del carbón y agrario.

Procedimiento para el reconocimiento

En todos los casos el procedimiento se inicia a petición de la interesada, mediante un informe médico que deberá solicitarse al facultativo del Servicio Público de Salud (SPS), en el que se acredite la situación de lactancia natural y la fecha del parto, que deberá aportar junto con la solicitud.

El reconocimiento o no de la prestación correrá a cargo la entidad gestora con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, el Instituto Nacional de la Seguridad

Social (INSS) o la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (MCSS), a través de la Inspección Médica en el primer caso o de los servicios médicos en el segundo.

1. Trabajadoras por cuenta ajena

La trabajadora con el informe médico del SPS y el certificado de la empresa sobre la actividad desarrollada y las condiciones del puesto de trabajo, así como la imposibilidad, técnica u objetiva, de realizar un traslado de puesto de trabajo a otro exento de riesgo, solicitará a la entidad gestora (INSS o MCSS) con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, la emisión de la certificación médica sobre la existencia del riesgo durante la lactancia.

2. Trabajadoras por cuenta propia

La trabajadora solicitará la emisión de la certificación médica sobre la existencia de riesgo durante la lactancia, como en el caso de las trabajadoras por cuenta ajena, ante la entidad gestora con quien tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales, aportando en este caso el informe médico del SPS y una declaración de la trabajadora sobre la actividad desarrollada, así como sobre la inexistencia de un trabajo o función en tal actividad compatible con su situación de lactancia natural que pueda ser llevada a cabo por la misma, en su condición de trabajadora por cuenta propia.

Cuando la trabajadora no tenga protegidas las contingencias profesionales, pero sí la incapacidad temporal por contingencias comunes, la prestación económica consistirá en un subsidio equivalente a la base reguladora establecida para la prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes ^(Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural).

A finales del año 2018 se amplía la cobertura de esta prestación a las artistas en espectáculos públicos durante los periodos de inactividad ^(Real Decreto-ley 26/2018, de 28 de diciembre, por el que se aprueban medidas de urgencia sobre la creación artística y la cinematografía).

La expedición del certificado de reconocimiento, si procede, se entregará a la trabajadora quién entregará una copia a la empresa, quedando otra en la inspección médica del INSS o en los servicios médicos de la MCSS. Así mismo para el reconocimiento del subsidio, la trabajadora deberá presentar una solicitud ante la entidad gestora o colaboradora que emitió el certificado de riesgo.

Nacimiento, duración y extinción ^{(Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE núm. 261, de 31/10/2015. Texto consolidado 12/03/2019.) (Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se}

regulan las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural).

El derecho al subsidio nace el mismo día en que se inicie la suspensión del contrato de trabajo en los casos de trabajadoras por cuenta ajena. Si la mujer es una trabajadora por cuenta propia, el derecho al subsidio nace al día siguiente a aquel en que se emite el certificado médico por los servicios médicos de la entidad gestora correspondiente. Durante el periodo de descanso por maternidad, independientemente del progenitor que lo disfrute, no procede el reconocimiento de la prestación.

La duración será de nueve meses como máximo, salvo que la madre se incorpore con anterioridad a su puesto de trabajo o a otro compatible con su estado.

El derecho al subsidio se extingue por:

- ✓ Cumplimiento de los nueve meses del lactante
- ✓ Reincorporación de la madre a su puesto de trabajo o a otro compatible con su estado
- ✓ Extinción del contrato de trabajo en el caso de trabajadoras por cuenta ajena o baja en Seguridad Social en trabajadoras por cuenta propia
- ✓ Interrupción de la lactancia natural
- ✓ Fallecimiento de la madre o el hijo lactante

Es importante señalar que la madre y la empresa están obligadas a comunicar a la entidad gestora o a la mutua cualquiera de las circunstancias referidas.

RIESGOS LABORALES DURANTE LA LACTANCIA

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ^(Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.) determina que el empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por su estado biológico, entre otros, sean especialmente sensibles a riesgos derivados del trabajo mediante la evaluación de éstos, como es el caso de las trabajadoras lactantes. Si como resultado de esta evaluación, se evidencia un riesgo para la salud de la trabajadora o del lactante, se deberán adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición al riesgo. Si esto no fuera posible, como se ha mencionado anteriormente, y no existiera un puesto de trabajo compatible con su estado, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, contemplada en el Estatuto de los Trabajadores, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado e iniciar los trámites para la obtención del subsidio de riesgo durante la lactancia ^(Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.)

El Consejo de las Comunidades Europeas mediante la Directiva 92/85/CEE, establecen a aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia ^(Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia), medidas incorporadas a la legislación española.

Identificación de riesgos y actividades laborales ^{(Louro López, 2016) (Jardón Dato, 2018)}

1. Físicos

1.1. Calor extremo: riesgo de deshidratación y disminución de la producción de leche.

1.2. Trabajos repetitivos que impliquen tareas muy cerca del cuerpo y que, en presencia de un aumento fisiológico del tamaño y sensibilidad de las mamas, pueden originar dificultades para su realización.

1.3. Radiaciones ionizantes: Desde el momento en que una mujer, que se encuentre en período de lactancia, informe de su estado al titular de la práctica, no se le asignarán trabajos que supongan un riesgo significativo de contaminación radiactiva ^{(Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes) (Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo de 5 de diciembre de 2013 por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros)}. Los efectos en el lactante son estocásticos, presentando una mayor incidencia en cáncer infantil.

2. **Biológicos:** desde el punto de vista laboral las actividades con un posible riesgo de contagio son las desarrolladas en el cuidado de personas, trabajos con animales o sus productos, los trabajos de laboratorios clínicos y aquellos que manejen residuos sanitarios. El hecho de que exista posibilidad de tener un accidente biológico no puede ser admitido como riesgo durante la lactancia. No obstante, es necesario hacer una valoración individualizada de cada caso, teniendo en cuenta el estado inmunitario de la madre y las condiciones de cada puesto de trabajo.

3. **Químicos:** vías de entrada: inhalatoria y dérmica. Según la Directiva 92/85/CEE ^(Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia), se deben retirar a la mujer lactante del puesto de trabajo que se expongan o manipulen plomo, mercurio, manganeso, cobalto radiactivo, pesticidas, bifenilos policlorados, pesticidas, anilinas, tetracloroetileno, benceno (Tabla II).

Tabla II: Efectos en la salud del lactante por exposición a productos químicos	
Plomo	Deterioro cognitivo. Digestivos
Mercurio	Retraso mental, parálisis cerebral, alteración del lenguaje
Manganeso	Alteración mental, paresia
Cobalto rad.	Riesgo de cáncer
Bifenilos policlorados	Neurotoxicidad, trastornos cognitivos, retraso madurativo, problemas de comportamiento disrupción estrogénica y tiroidea.
Pesticidas	Afectación del SNC, hígado, riñón y pulmón
Tetracloroetileno	Mareos, confusión, náuseas, dificultad para hablar y caminar y muerte
Benceno	Alteración hematopoyética en la madre, no se ha demostrado en el lactante

4. **Ordenación del tiempo de trabajo:** el tiempo de trabajo y su distribución puede afectar a la lactancia materna disminuyendo los niveles de prolactina en las trabajadoras que trabajan a turnos.

Se considera periodo nocturno todo aquel no inferior a siete horas y que deberá incluir el intervalo comprendido entre las 24 horas y las 5 horas. Se considerará trabajador nocturno aquel que desarrolle su actividad laboral en un periodo no inferior a tres horas en el periodo referido. Por último, se considerará que un trabajo a turnos, aquel que alterna periodo nocturno y diurno ^(Directiva 2003/88/CE del parlamento Europeo de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinaos aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo).

La legislación española y europea determinan que se tomarán las medidas necesarias para que las trabajadoras no se vean obligadas a realizar un trabajo nocturno durante el periodo de lactancia, mediante el traslado a un puesto diurno o mediante la dispensa de trabajo cuando la anterior medida no sea técnica u objetivamente posible (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.) (Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia)

El Tribunal de Justicia Europeo en sus últimas sentencias, reconoce que no se puede prohibir la realización de trabajos nocturno o a turnos a la mujer lactante, remitiéndose a la Legislación Nacional para que se prevea que las trabajadoras lactantes no se vean obligadas a dichos trabajos, cuando se presente un Certificado Médico que así lo desaconseje.

En la bibliografía consultada no se llega a una conclusión determinante sobre el riesgo del trabajo a turnos o nocturno para la lactancia, es por ello que se debe valorar de forma individualizada cada caso y las diferentes circunstancias adicionales en que puede producirse dichos trabajos nocturnos o a turnos, no siendo aconsejable las generalizaciones incluso para un mismo puesto de trabajo. En este caso de valoración individualizada, debe tenerse en cuenta la posibilidad de adaptación de dichas circunstancias o del propio puesto de trabajo.

LACTANCIA MATERNA EN CIFRAS

La lactancia natural en exclusiva en España, según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en la Encuesta Nacional de Salud de 2017 (Encuesta Nacional de Salud de 2017. (actualizado a 3/7/2018)), ha experimentado un aumento progresivo desde el año 1995 hasta el 2017, en los tres intervalos estudiados, durante las 6 primeras semanas, a los tres meses y a los seis meses, salvo los datos del año 2001 en que los tres meses y a los seis meses, existe una ligera disminución (Fig.1). Los datos son globales, referidos a la población general sin desagregar por ningún criterio específico como población trabajadora, activa o desempleada, o sin actividad laboral.

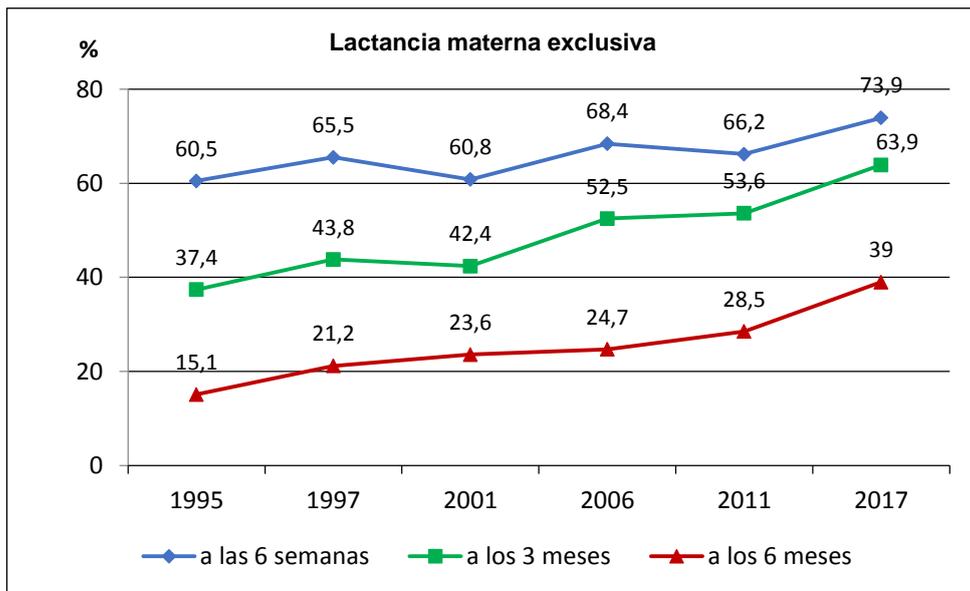
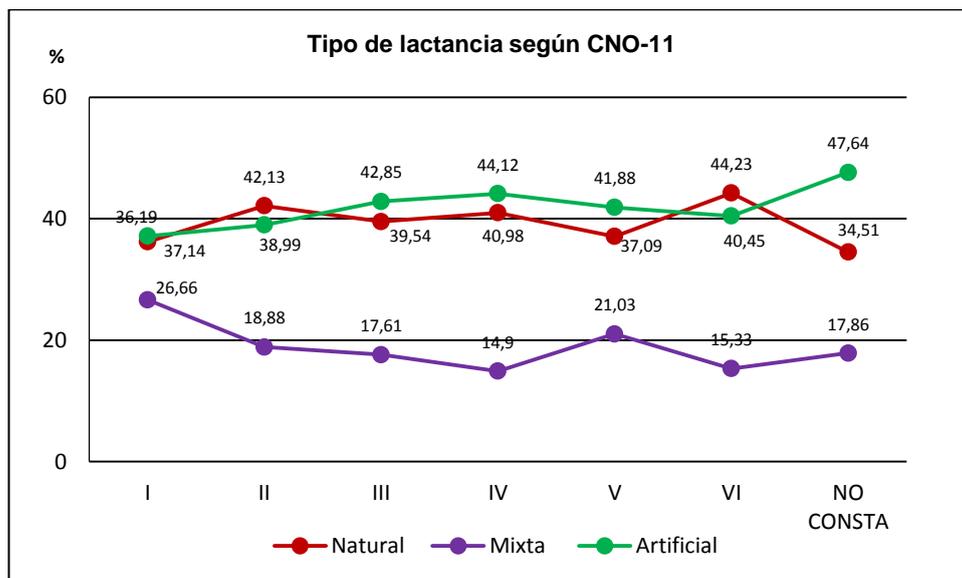


Fig.1.- Lactancia materna exclusiva 1995-2017. (Fuente ENSE-2017)

Si analizamos los datos de la Encuesta de 2017 según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11) de la persona encuestada, observamos una distribución similar en todos los grupos ocupacionales.



I. Directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias. II. Directores y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados a diplomaturas universitarias y otros profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia. IV. Supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas. V. Trabajadores cualificados/as del sector primario y otros trabajadores semicualificados. VI. Trabajadores no cualificados

Fig.2.- Tipo de lactancia por ocupación de la persona encuestada. (ENSE-2017)

La lactancia natural ocupa el primer lugar en el grupo II de directoras y gerentes de menos de 10 asalariados, diplomadas universitarias y profesionales de apoyo técnico y en el grupo VI de trabajadoras no cualificadas. Por el contrario, la lactancia artificial desde el inicio, presenta mayor prevalencia en los grupos I de directoras y gerentes de más de 10 asalariados, grupo III de ocupaciones intermedias y por cuenta propia, grupo IV de ocupaciones técnicas cualificadas y grupo V de trabajadoras cualificadas del sector primario.

Los datos expuestos no nos aportan información sobrepuestos de trabajo y los posibles riesgos para la lactancia ya que no están desagregados. Así mismo tampoco nos informa sobre si son mujeres en activo laboralmente.

En lo referente a la prestación de riesgo laboral durante la lactancia, en los últimos 5 años se observa un ligero aumento en su número de 380 en 2014 a 478 en 2018, permaneciendo prácticamente estable en cuanto a su duración media, entre 146,6 días en 2014 y 139,77 en 2018

(Estadísticas Seguridad Social) (Fig.3).



Fig. 3.- Prestación de riesgo durante la lactancia natural: número de casos y duración media

El pequeño número de casos puede ser debido a múltiples factores como la decisión materna, la ausencia de riesgo laboral o el desconocimiento de la existencia de la prestación.

CONCLUSIONES

1. La lactancia natural produce beneficios probados para la salud del lactante y de la madre.
2. Las causas para no instaurar la lactancia natural o su interrupción pueden deberse a la decisión materna, riesgos clínicos de la madre o el lactante y a riesgos laborales.
3. Es necesario desarrollar, desde todos los ámbitos, acciones informativas y formativas que promuevan la lactancia natural.

4. Dentro de la acción protectora de la Seguridad Social se encuentra la prestación económica por riesgo laboral durante la lactancia natural.
5. Es fundamental determinar si el riesgo para la lactancia es de origen clínico o laboral con el fin de optar por la prestación adecuada.
6. Los principales riesgos laborales para la lactancia natural son de origen físico, biológicos, químicos y los relacionados con la ordenación del tiempo de trabajo.
7. Se debe difundir entre los profesionales sanitarios los riesgos laborales para la lactancia natural con el fin de una mejor gestión médica de esta prestación económica de la Seguridad Social.

Bibliografía

American Academy of Pediatrics. (2012). *Breastfeeding and the Use of Human Milk*. Recuperado el 20 de febrero de 2019, de www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552

Cesar G Victora, R. B. (2016). *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. (T. L. Group, Editor) Recuperado el 17 de enero de 2019, de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).

Constitución española. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424 (112 págs.). Texto consolidado. Última actualización 27/09/2011: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Directiva 2003/88/CE del parlamento Europeo de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. (s.f.). Obtenido de Diario oficial de la Unión Europea: <https://www.boe.es/doue/2003/299/L00009-00019.pdf>

Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo de 5 de diciembre de 2013 por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros. (s.f.). Obtenido de Diario oficial de la Unión Europea: <https://www.boe.es/doue/2014/013/L00001-00073.pdf>

Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. (s.f.). (Departamento de Comunidades Europeas) Obtenido de DOCE núm. 348, de 28 de noviembre de 1992, páginas 1 a 8 (8 págs.): <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1992-81903>

Encuesta Nacional de Salud de 2017. (actualizado a 3/7/2018). (s.f.). Recuperado el 5 de marzo de 2019, de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Estadísticas Seguridad Social. (s.f.). Recuperado el 27 de Febrero de 2019, de Otras prestaciones de Seguridad Social. Riesgo durante la lactancia natural: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST45/EST282>

I, C. P. (2016, 1ª edición). *Lactancia materna para profesionales sanitarios*. Málaga. España: ICB,S,L.

Jardón Dato, E. (2018). Valoración de riesgos en el embarazo y la lactancia. *Máster en Valoración Médica de la Incapacidad Laboral y Dependencia*. Alcalá de Henares, Madrid, España.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 269, de 10/11/1995. Última actualización 29/12/2014.:
<https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 71, de 23/03/2007. Última actualización 07/03/2019.:
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>

Louro López, L. (2016). *Gestión del riesgo laboral para la protección del embarazo y la lactancia.* (C. E. empresariales, Editor) Recuperado el 4 de Febrero de 2019, de <https://prl.ceoe.es/wp-content/uploads/2018/11/La-Gestio%CC%81n-del-Riesgo-Laboral-para-la-Proteccio%CC%81n-del-Embarazo-y-la-Lactancia.pdf>

Maternidad. Paternidad. Riesgo durante el embarazo. Riesgo durante la lactancia natural (12ª edición. 2018 ed., Vols. NIPO: 271-18-031-1. Disponible:
www.seg.social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos/Publicaciones/28156/47075/4707). Instituto Nacional de la Seguridad Social (PUB033).

Obstetricia, S. E. (s.f.). *Lactancia natural.* Recuperado el 17 de Enero de 2019, de https://www.aeped.es/sites/default/files/11-sego_doc_de_consenso.pdf

OMS. (2018). *Alimentación del lactante y del niño pequeño.* Recuperado el 22 de marzo de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Paulina Brahm, V. V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* , vol.88 (1).

Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 69, de 21/03/2009. Última actualización 21/07/2014: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/03/06/295/con>

Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 178, de 26/07/2001: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-14555&p=20101118&tn=1#a1-2>

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 255, de 24/10/2015. Texto consolidado 12/03/2019: <https://www.boe.es/eli/esrdlg/2015/10/23/2/con>

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE núm. 261, de 31/10/2015. Texto consolidado 12/03/2019.). Obtenido de <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>.

Real Decreto-ley 26/2018, de 28 de diciembre, por el que se aprueban medidas de urgencia sobre la creación artística y la cinematografía. (s.f.). Obtenido de BOE núm. 314, de 29 de diciembre de 2018, páginas 129855 a 129862 (8 págs.) Última actualización 12/03/2019:
<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/12/28/26/con>

MESA REDONDA 2: LACTANCIA Y ENFERMEDADES INFANTILES

1. Lactancia y enfermedades metabólicas.

Paula Sánchez Pintos. Pediatra. Doctora en medicina. Unidad de neonatología CHUS. Centro de Referencia del Sistema Nacional de Salud (C.S.U.R.) para Enfermedades Metabólicas Congénitas. Centro Experto Europeo de la Red Europea de Referencia para Enfermedades Metabólicas Hereditarias (MetabERN).

Las enfermedades metabólicas congénitas (EMC) son un grupo complejo y heterogéneo de más de 700 trastornos genéticos que condicionan un defecto enzimático o de su cofactor en una vía metabólica, conduciendo al déficit y/o acumulación de uno o varios metabolitos.

El abordaje dietético de las EMC, especialmente de los trastornos del metabolismo de proteínas, diagnosticadas en el período neonatal contempló durante los primeros años la retirada de la lactancia materna (LM) y su sustitución por productos dietéticos especiales complementados con fórmula de inicio, con el objetivo de ajustar el aporte proteico para garantizar un adecuado control metabólico.

Desde la década de los ochenta se ha demostrado que la LM controlada es una opción dietética no sólo segura, sino deseable, contribuyendo a un mejor vínculo materno-filial, pudiendo correlacionarse con un mejor desarrollo intelectual¹ y, además, dadas sus características biológicas, con una composición variable desde el calostro a la leche madura y con un valor energético que aumenta de un modo progresivo, la leche materna permite asegurar la ingesta calórica que el lactante precisa en cada momento para mantener un balance metabólico positivo. Por ello, los niños afectados de EMC que reciben LM suelen manifestar los síntomas más tardíamente y además, por regla general, aunque no universal, con una sintomatología más leve². Actualmente la LM se contempla en todos los trastornos del metabolismo de moléculas complejas y en la inmensa mayoría de los trastornos del metabolismo intermediario², como así lo recogen, las últimas guías internacionales de manejo de algunas de estas patologías^{3,4,5}. Es una responsabilidad del equipo sanitario que atiende a la familia estimular y asesorar a la madre en el mantenimiento de su lactancia².

Trastornos del Metabolismo de las Proteínas:

El contenido proteico de la LM va disminuyendo tras el nacimiento, siendo más alto en el calostro (2,7g/100mL) y manteniéndose las tres primeras semanas de vida en torno a 1,6g/100mL y entre el mes y los seis meses de edad en 1,2g/100mL, siendo este aporte inferior al de la mayoría de fórmulas de inicio comercializadas. Su composición de aminoácidos varía igualmente a lo largo de la lactancia, conteniendo concentraciones elevadas de cisteína y taurina y bajas de fenilalanina y tirosina.

-En las dietas en las que se precisa una restricción proteica general, como ocurre con los defectos del ciclo de la urea y las acidemias orgánicas fundamentalmente, se debe administrar el volumen de LM necesario para aportar los requerimientos proteicos mínimos, o aquellos que el lactante tolere, en forma de proteínas de alto valor biológico, siendo suplementadas, si es necesario, con producto dietético especial y eventualmente con mezclas de aminoácidos esenciales para facilitar en lo posible la síntesis proteica.

El abordaje dietético en aquellos defectos del metabolismo de los aminoácidos en los cuales es precisa la restricción dietética de un aminoácido esencial en concreto se recomienda ofrecer la cantidad de leche materna necesaria para cubrir las necesidades mínimas de ese aminoácido, complementándose el resto de las necesidades proteicas totales con una fórmula exenta del aminoácido a evitar.

Pese a las recomendaciones al respecto, el empleo de la LM en los trastornos del metabolismo proteico no es todavía una realidad en muchos centros, destacando diferencias geográficas notables y una duración global constatada de lactancia materna menor que en la población general⁶. La mayor parte de los estudios que evalúan la situación actual de la LM en este grupo de enfermedades fueron realizados en recién nacidos con fenilcetonuria. Así, un estudio europeo⁷ que incluyó 95 centros de 21 países mostró que sólo el 26% de los centros mantuvieron \geq del 76% de los recién nacidos con fenilcetonuria con LM tras el diagnóstico, en tanto que, en un estudio realizado en EEUU y Canadá⁸ se mantuvo la LM en el 81% de los lactantes fenilcetonúricos.

Las prácticas de administración de la lactancia materna en las aminoacidopatías difieren y ha ido evolucionando y liberalizándose. Así, desde la recomendación inicial de extracción de la leche y administración de la cantidad de leche materna que se había calculado como necesaria, se avanzó a la administración en cada toma de la cantidad de fórmula especial que cubriese prácticamente las necesidades de proteínas y aminoácidos "tolerados" ofreciendo después el pecho "a demanda", y

posteriormente a la tendencia actual que considera que preconiza alternar tomas de leche materna (ilimitada) con tomas de la fórmula especial específica e ir modificando la proporción entre las distintas mismas en función de la evolución de los marcadores biológicos de la enfermedad.

Sin embargo, la práctica mayoritaria en los centros europeos encuestados en relación con fenilcetonuria⁷ continúa siendo la segunda, seguida de la administración alternada de tomas de LM y de fórmula especial.

Las principales dificultades referidas por las madres de pacientes con EMC en relación con la LM son precisamente las inherentes a los frecuentes cambios de pauta alimentaria de acuerdo con los niveles de aminoácidos a controlar y a la preocupación por desconocer la cantidad exacta de leche materna recibida en cada toma directa lo que impulsa a muchas madres a extraer la leche para asegurar un aporte preciso⁶.

Trastornos del metabolismo lipídico

Los lípidos aportan el 50% del contenido calórico de la leche materna, aunque con variaciones en función del estado nutricional de la madre, de la fase de la toma y de la duración de la lactancia. Su importancia radica además en su composición desde el punto de vista cualitativo, de forma que los triglicéridos constituyen el 99% del aporte de grasas y el resto se corresponde con mono y diglicéridos, ácidos grasos libres, fosfolípidos, glicolípidos, esteroides y ésteres de colesterol; destacando la distribución de los ácidos grasos, con escasa presencia de los de cadena corta y media, y predominio de los de cadena larga, saturados e insaturados casi a partes iguales².

En aquellas entidades en que deba limitarse la ingesta de algunos ácidos grasos, como en el caso de los defectos de oxidación de los ácidos grasos de cadena larga y muy larga, la leche materna garantiza el aporte mínimo diario de dichos ácidos grasos.

Contraindicaciones de la lactancia materna

La única contraindicación estricta para la LM en EMC es la galactosemia clásica. La leche materna contiene lactosa como hidrato de carbono casi exclusivo, siendo ésta hidrolizada a través de la lactasa intestinal en glucosa y galactosa. Ante el diagnóstico de

sospecha se debe suspender inmediatamente la lactancia materna o la leche de fórmula, iniciando una fórmula exenta por completo de lactosa, idealmente fórmula de soja, aunque también se puede emplear una fórmula elemental siendo ésta segunda la opción la indicada en recién nacidos pretérmino. Las fórmulas con hidrolizados de proteínas de vaca pueden seguir conteniendo lactosa en las fracciones de caseína y sobre todo en las de seroalbúmina por lo que no es recomendable su uso. Las leches bajas en lactosa, en las cuales la lactosa se hidroliza a glucosa y galactosa tras adición de lactasa, contienen una cantidad significativa de galactosa y están por ello también contraindicadas⁹.

Madres afectas de EMC y lactancia materna

En el transcurso de las últimas décadas, el diagnóstico precoz mediante los programas de cribado neonatal, el desarrollo de terapias específicas y el avance en el tratamiento dietético-nutricional, ha traído consigo una mejora en la calidad de vida de los pacientes de forma que muchas de las enfermedades metabólicas congénitas se consideran actualmente como “enfermedades raras tratables”. La mejoría de la esperanza de vida permite que mujeres afectas de EMC en edad fértil se enfrenten actualmente al reto de tener descendencia y con ello a la decisión de amamantar a sus hijos.

Las madres con trastornos del metabolismo intermediario pueden lactar a su descendencia con la excepción de que empleen algún tratamiento farmacológico cuya seguridad en la lactancia no esté bien establecida, debiéndose en este caso evaluar de forma individualizada la indicación, como es el caso por ejemplo del tratamiento con sapropterina (BH4) en pacientes con fenilcetonuria responsivas a dicho tratamiento³.

En madres afectas de galactosemia la producción de lactosa en la glándula parece no ejercer ningún impacto o solo un impacto menor en el control metabólico de la galactosemia. En estudios publicados observó un aumento transitorio en los metabolitos de galactosa en los primeros días postparto, con disminución gradual posterior y con un curso temporal similar en madres lactantes y no lactantes¹⁰.

Otro aspecto a considerar es la seguridad de la lactancia materna en madres con enfermedades lisosomales tratadas con terapia enzimática sustitutiva. La F.D.A. (Foods and Drugs Administration) y la Agencia Europea del Medicamento (E.M.A) recomiendan precaución en su administración a mujeres lactantes, pero los escasos estudios realizados en recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Gaucher tratadas con

imiglucerasa¹¹, o con mucopolisacaridosis tipo I tratadas con laronidasa¹² no han demostrado efectos nocivos.

Bibliografía

1. Agostoni A, Verduci E, Masetto N, Radaelli G, Riva E; Giovannini M et al. Plasma long-chain polyunsaturated fatty acids and neurodevelopment through the first 12 months of life in phenylketonuria. *Dev Med Child Neurol* 2003;45:257–261 257.
2. Baldellou Vázquez A. Lactancia materna y errores congénitos del metabolismo. Sociedad Española de Errores Innatos del Metabolismo.
3. vanWegberg AMJ, MacDonald A, Ahring K, Bélanger-Quintana A, Blau N et al. The complete European guidelines on phenylketonuria: diagnosis and treatment. *Orphanet J Rare Dis* 2017;12:162.
4. Singh RH, Rohr F, Frazier D, Cunningham A, Mofidi S, Ogata B et al. Recommendations for the nutrition management of phenylalanine hydroxylase deficiency. *Genet Med* 2014;16:121-131.
5. Baumgartner MR, Hörster F, Dionisi-Vinci C, Haliloglu G, Karall D, Chapman KA et al. Proposed guidelines for the diagnosis and management of methylmalonic acid and propionic acidemia. *Orphanet J Rare Dis* 2014, 9:130.
6. Banta-Wright S, Kodadek SM, Steiner RD, Houck GM. Challenges to breastfeeding infants with phenylketonuria. *J Pediatr Nursing* 2015; 30:219-26.
7. Pinto A, Adams S, Ahring K, Allen H, Almeida MF, Garcia-Arenas D et al. Early feeding practices in infants with phenylketonuria across Europe. *Mol Genet Metab Rep* 2018;16:82-9.
8. Banta-Wright S, Press N, Knafelz KA, Steiner RD, Houck GM. Breastfeeding Infants with Phenylketonuria in the United States and Canada. *Breastfeeding Med* 2014; 9(3):142-8.
9. Cocho de Juan JA, García Jiménez I, Vitoria Miñana I, Benítez Brito N, Ruiz Pons M. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de los errores congénitos del metabolismo de la galactosa. En: *Protocolos de diagnóstico y tratamiento de los Errores Congénitos del Metabolismo*. 2ª Ed. Ergon, 2018, 114-123.
10. Schadeewaldt P, Hammen HW, Kamalanathan L, Wendel U, Schwarz M, Bosch AM

et al. Biochemical monitoring of pregnancy and breast feeding in five patients with classical galactosaemia and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2009; 168:721–729.

11. Sekijima Y, Ohashi T, Ohira S, Kosho T, Fukushima Y. Successful pregnancy and lactation outcome in a patient with Gaucher Disease receiving Enzyme Replacement Therapy, and the subsequent distribution and excretion of imiglucerase in human breast milk. *ClinTher* 2010;32:2048–2052.
12. Castorina M, Antuzzi D, Richards SM, Cox GF, Xue Y. Successful pregnancy and breastfeeding in a woman with mucopolysaccharidosis type I while receiving laronidase enzyme replacement therapy. *ClinExpObstetGynecol* 2015;42(1):108-13.

2. Proteger la lactancia en el lactante enfermo.

Diana Álvarez de Manuel. Pediatra. Unidad de cuidados intensivos de Hospital Avaro Cunqueiro de Vigo.

La lactancia materna es el mejor alimento para el lactante, tanto desde el punto de vista nutricional como inmunológico y psicológico. Estos beneficios tienen especial importancia en bebés enfermos o que requieran hospitalización.

En función de la patología y las circunstancias del niño, podremos mantener la lactancia realizando la toma directamente al pecho, o puede ser necesario administrar la leche materna a través de sondas u otros dispositivos. Sin embargo, en otras ocasiones el paciente debe permanecer en dieta absoluta, siendo indispensable informar a la madre de la situación y de cómo realizar las extracciones de leche para continuar la lactancia posteriormente.

El ingreso de un niño no debe suponer un impedimento para mantener la lactancia materna. Para ello, los hospitales deben contar con una infraestructura adecuada que permita a la madre permanecer con el niño hospitalizado las 24 horas, un derecho recogido en la «Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados». Además, el personal sanitario debe prestar apoyo a la madre proporcionando información, aliento y medios para proteger la lactancia.

En conclusión, la promoción y en este caso la protección de la lactancia materna en los pacientes enfermos u hospitalizados, es una de las intervenciones de mayor efectividad para mejorar la salud infantil a corto, medio y largo plazo. Por lo que es fundamental que los profesionales de la

salud tengan conocimientos y habilidades para ofrecer orientación y consejos para mantener la lactancia en caso de niños enfermos.

¿Por qué la lactancia materna en los niños enfermos?

La superioridad de la leche materna para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios y revisiones sistemáticas de la literatura. Los beneficios directos de leche humana incluyen la mejora de la función gastrointestinal e inmunológica, además del bienestar psicológico que genera la lactancia materna (LM). Estos reconocidos beneficios tienen aún mayor relevancia en los lactantes enfermos u hospitalizados.

- Nutrición:

La ventaja de la leche humana viene determinada especialmente por su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día y a lo largo de cada toma. La succión del bebé (frecuencia y duración de la toma) determina la cantidad y composición de la leche, por lo que en los niños enfermos se adecuará a sus necesidades.

En muchas ocasiones, los lactantes durante la enfermedad realizan tomas más pequeñas y frecuentes, recibiendo gran cantidad de líquidos necesarios para su recuperación y bajos en solutos para evitar la deshidratación. La osmolaridad de esta leche es semejante al plasma, manteniendo un perfecto equilibrio electrolítico.

La leche materna presenta mejor biodisponibilidad de nutrientes como el hierro, zinc, cobre y vitaminas; además es más fácil de digerir por la presencia de lactasa y lipasa en su composición, mejorando la absorción de ácidos grasos.

- Función gastrointestinal (GI):

Varios componentes de la leche humana estimulan el crecimiento y la motilidad GI favoreciendo el vaciado gástrico y el tránsito intestinal más rápido con menos episodios de reflujo. Entre ellos también se encuentran factores protectores que disminuyen el riesgo de enterocolitis necrotizante y otras infecciones en los lactantes.

Estos componentes son: hormonas, factores de crecimiento, mediadores gastrointestinales, aminoácidos libres con efecto trófico, enzimas y citoquinas antiinflamatorias como la Interleukina-10 que junto con los ácidos grasos poliinsaturados disminuyen y modulan la inflamación y el daño gastrointestinal.

Además, la leche humana contiene inmunoglobulinas (IgA e IgG) con un papel importante en la protección del tracto GI frente a antígenos foráneos y a microorganismos. Asimismo, favorece la formación de una microbiota intestinal beneficiosa en el bebé, al promover la colonización por bacterias no patógenas con efecto probiótico como son *Bifidobacterias* y *Lactobacillus*, especies que se suelen utilizar en preparados para tratar los cólicos y la gastroenteritis en los niños.

- Función inmunitaria:

A mayores de esta defensa a nivel GI, la LM proporciona protección inmunológica al bebé al aportar componentes con actividad antimicrobiana que son resistentes a las enzimas digestivas y actúan en las mucosas del tracto GI, respiratorio y urinario. La leche humana aporta:

- Proteínas como la lactoferrina, la lisozima y el componente secretor de la IgA, que recubren las superficies mucosas evitando la adhesión de diferentes microorganismos e inhiben su actividad microbiana.
- Lípidos, que al metabolizarse pueden lizar virus, bacterias y protozoos.
- Carbohidratos: los oligosacáridos pueden cambiar la flora intestinal favoreciendo el crecimiento de *Bifidobacterias* y *Lactobacillus*; además de reducir la adhesión bacteriana, por ejemplo en el tracto urinario.
- Glóbulos blancos: la leche humana es un “líquido vivo” al contener células vivas como son los leucocitos (90% neutrófilos y macrófagos) que contribuyen a la actividad antimicrobiana a través de la fagocitosis y la destrucción intracelular.

Se ha demostrado que la leche materna disminuye el riesgo de enfermedades agudas durante la lactancia, debido a los componentes que mejoran tanto la función GI como inmunológica. Múltiples estudios han observado menores tasas de gastroenteritis aguda (GEA), de patología respiratoria, de otitis media aguda, y de infecciones de orina, en lactantes amamantados al compararse con los alimentados con fórmula artificial. Además de precisar un menor número de consultas ambulatorias y hospitalizaciones durante el primer año, sugiriendo que la gravedad de la enfermedad es menor en los bebés alimentados con leche materna.

- Bienestar psicológico:

La LM supone un consuelo para el niño e incluso tiene efecto analgésico. Su mecanismo no es completamente conocido, puede tener un origen multifactorial: la contención, el tacto, el contacto piel con piel, la estimulación de la succión y el gusto azucarado, junto con la distracción y la inducción hormonal.

En los niños enfermos, la LM ha probado su acción contra el dolor de la propia enfermedad o el dolor originado por procedimientos invasivos (venopunciones, sondajes...). Estar

en brazos de la madre ofrece al niño consuelo y calma en un medio hostil como es el hospital, facilitando la exploración y las diferentes técnicas.

- Beneficios a largo plazo:

En relación a la maduración cerebral y al neurodesarrollo: los componentes presentes en la leche materna como los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPICL), ácido docosahexaenoico y ácido araquidónico, taurina, colesterol y lactosa, favorecen el desarrollo del SNC, constatándose mejores resultados en evaluación del desarrollo psicomotor y cognitiva, y menos trastornos de conducta.

En pacientes prematuros también se ha observado que la LM mejora la función visual y auditiva, y la masa ósea a nivel músculo-esquelético. Además, la LM es un factor protector del síndrome de muerte súbita del lactante y la maloclusión intestinal.

Otros beneficios son la prevención de enfermedades crónicas: se han descrito asociaciones entre la duración de la LM y disminución de la incidencia de obesidad, cáncer como la leucemia infantil o el linfoma, patología alérgica (asma, dermatitis atópica o enfermedad celíaca), enfermedad coronaria del adulto (TA más bajas y mejor perfil lipídico), diabetes mellitus tipo 1 y 2 y enfermedad inflamatoria intestinal.

¿Qué actitud debemos tomar con la lactancia materna en las diferentes patologías?

Los profesionales sanitarios siempre deben intentar mantener la LM, ya que es el mejor alimento para un niño enfermo. La LM está indicada en todas las circunstancias, salvo raras excepciones. El manejo de la lactancia va a depender de la patología y sobretodo de la situación clínica del niño.

Patología respiratoria

La LM exclusiva durante 6 meses y prolongada posteriormente en el tiempo se ha relacionado con menos episodios infecciosos y de menor severidad, con menos ingresos hospitalarios en el primer año de vida. Importante en el niño sano, y crucial en el niño con enfermedades congénitas o con displasia broncopulmonar.

Cualquier patología respiratoria (bronquiolitis, asma, neumonía u otros problemas respiratorios graves) puede interferir con la alimentación por el compromiso respiratorio que acarrearán. Según la edad del lactante o la gravedad de la enfermedad, esta dificultad para comer puede suponer un retraso ponderal importante y riesgo de deshidratación.

El principal objetivo es mantener una adecuada hidratación y nutrición sin agravar el trabajo respiratorio, y al mismo tiempo preservar la producción de leche.

En situaciones con menor dificultad respiratoria y la alimentación oral está menos comprometida, se recomienda:

- Ofrecer tomas directamente al pecho, que serán más cortas para evitar un incremento del distrés respiratorio, pero más frecuentes (a demanda).
- Realizar lavados nasales o aspirar secreciones antes de las tomas, en caso de que la vía aérea superior esté obstruida.
- Administrar las nebulizaciones de broncodilatadores previamente a las tomas, para mejorar la situación clínica y favorecer la alimentación.
- Adoptar posiciones en las que la vía aérea está más abierta como sentado o a caballito o con la madre reclinada hacia atrás.
- Observar la toma para asegurar que el bebé no se fatiga y hay una adecuada transferencia de la leche.
- Si las tomas no son adecuadas o suficientes, se debe suplementar por sonda nasogástrica (SNG) con leche materna, siempre que esté disponible.

Cuando la situación clínica del niño es grave, con necesidad de soporte respiratorio invasivo, la alimentación por boca está contraindicada.

- Durante el empeoramiento clínico que puede ocurrir en las fases iniciales se debe dejar al paciente en dieta absoluta, con sueroterapia endovenosa.
- Posteriormente, en cuanto se estabilice la situación clínica, se iniciará la alimentación con leche materna a través de SNG si se encuentra con algún dispositivo de ventilación no invasiva o a través de sonda transilírica si está intubado y conectado a ventilación mecánica.
- Tan pronto como el paciente mejore el trabajo respiratorio, si está con ventilación no invasiva podrán hacerse descansos y probar la tolerancia del distrés a la alimentación directa al pecho, siempre bajo vigilancia del personal.
- La necesidad de cánulas nasales u oxigenoterapia de alto flujo no es un impedimento para alimentarse directamente del pecho, pero probablemente será necesario suplementar con leche materna a través de SNG.

Cardiopatías congénitas:

La leche materna es el mejor alimento para los niños con cardiopatías debido a su bajo contenido en sodio, su mejor digestibilidad y la protección inmunológica. Además, proporciona confort, seguridad, contacto piel con piel, estimulación de todos los sentidos... Asimismo, se ha observado que los bebés con cardiopatías amamantados presentan una SatHb y frecuencia respiratoria más estable con menos episodios de hipoxia que los alimentados con biberón.

La malnutrición es el principal riesgo que sufren los pacientes que debido a su cardiopatía presentan hipertensión pulmonar o insuficiencia cardíaca. La malnutrición aumenta la

morbi/mortalidad y puede ser debida a una insuficiente ingesta calórica, a la malabsorción de nutrientes o a necesidades metabólicas aumentadas.

El manejo de la LM va a depender de la estabilidad cardiorrespiratoria y la edad del paciente, intentando garantizar una nutrición adecuada:

- Mantener la succión directa del pecho siempre que sea tolerada hemodinámicamente. La LM debe ser a demanda, realizaran tomas cortas y frecuentes o tomas más largas con pausas y descansos durante la toma.
- Suplementar a través de SNG con leche materna, cuando la alimentación es insuficiente por vía oral o si presentan fatiga.
- Limitar el aporte de líquidos a un máximo de 160-170 mL/kg/día.
- Realizar controles de peso diario, peso de los pañales para monitorizar la diuresis y vigilar clínicamente la presencia de edemas u otros datos de sobrecarga hídrica.
- Con esta limitación de líquidos y si hay un aumento de necesidades metabólicas, se puede ofrecer la leche del final de la toma para incrementar el valor calórico. Otra opción es fortificar la leche materna administrada a través de SNG con lípidos en forma de triglicéridos de cadena media (MCT) o hidratos de carbono.
- Investigar y tratar déficits específicos (hierro, vitaminas liposolubles, zinc).
- Vigilar los efectos secundarios de la medicación diurética y de la digoxina.
- El personal sanitario deberá supervisar las primeras tomas, valorando las constantes vitales, los signos de dificultad respiratoria y la efectividad de la toma.
- Formar a los padres para que puedan reconocer los signos clínicos de aumento de necesidades de oxígeno como son la cianosis, datos de dificultad respiratoria (tiraje, aleteo nasal, taquipnea) o el rechazo de la toma.

Patología gastrointestinal: Gastroenteritis aguda

La GEA suele ocasionar vómitos, diarrea, rechazo de la alimentación y/o dolor abdominal con la ingesta. Dependiendo de la gravedad, este menor apetito, los vómitos y la diarrea suponen un riesgo para la deshidratación. Las pautas que debemos tomar en relación a la LM en la GEA son:

- Mantener la LM, con tomas cortas y frecuentes, a demanda. En fases iniciales, para probar tolerancia no es necesario suspender la LM. Si es necesario, los sueros de rehidratación oral deben complementar las tomas de LM para evitar o corregir la deshidratación leve, por ejemplo en casos de diarrea abundante.
- Si no existe tolerancia oral, se debe administrarla leche materna a través de SNG.

- Si el lactante presenta una deshidratación moderada-severa, o si sigue vomitando, se dejará al paciente en dieta absoluta y rehidratar por vía endovenosa. Se reiniciará la LM tan pronto como exista mejoría clínica.

Patología neurológica:

Los niños con problemas neurológicos suelen presentar hipotonía y generalmente se asocian a alteraciones del desarrollo psicomotor. Las dificultades para conseguir una LM exitosa en estos niños pueden ser debidas a: anomalías estructurales, mala succión (descoordinada o débil), pobre deglución, inestabilidad postural o hiperexcitabilidad. La LM en estos pacientes suele ser complicada, pero no imposible. Las recomendaciones para el manejo de la lactancia son:

- Si hiperexcitabilidad: realizar la toma en un ambiente tranquilo y confortable.
- Si hipotonía: adoptar la postura de "E-Dancer" que consiste en poner al niño vertical, sujetando la cabeza junto con la mandíbula en bloque con el pecho para asegurar un buen sellado. Otra posición puede ser la de caballito.
- Estimular los reflejos (de búsqueda, de succión...) antes de iniciar la toma.
- Respetar el tiempo que necesiten para realizar la toma con sus pausas, ya que la capacidad de mantener la succión puede estar alterada. Tomas frecuentes.
- Si la succión es débil favorecer la salida de leche del pecho, estimulándose la madre con el sacaleches antes de la toma, o con compresiones manuales antes y durante la toma. Sin embargo, si hay una alteración en la deglución habrá que realizar intervenciones para reducir la velocidad del flujo de la leche.
- En pacientes con succión nula, con alteración de la succión-deglución o frecuentes atragantamientos, se recomendará extraer la leche materna para administrarla por jeringa o SNG. Se podrá entrenar la succión con la técnica *Fingerfeeder*: se introduce un dedo dentro de la boca del niño estimulando la succión, al mismo tiempo que se administran gotas de leche con la jeringa por la comisura labial.
- En casos más complejos se puede solicitar la valoración de un logopeda que ayude a mejorar la succión y la coordinación de succión-deglución.

Patología quirúrgica

El objetivo del ayuno preoperatorio es evitar el riesgo de regurgitación y broncoaspiración de contenido gástrico durante la anestesia. Sin embargo, si se somete a los lactantes a ayunos prolongados o no permitimos el contacto con su madre, los niños llegarán más intranquilos y agitados al quirófano.

El tiempo de ayuno viene determinado por el vaciamiento gástrico, que depende de la consistencia, la cantidad y la composición del alimento así como de la edad y patología asociada al paciente. En general, en niños previamente sanos se considera seguro un tiempo de ayuno de 2 horas para líquidos claros, de 4 horas para la leche materna, y de 6 horas para sólidos y leches de fórmula. La Academia Americana de Anestesiología considera que se puede alimentar al niño con pequeñas cantidades de leche materna hasta 2 horas antes.

Las recomendaciones para mantener la LM en un lactante que se somete a cirugía o precisa anestesia para cualquier procedimiento son:

- Extracción de leche durante el ayuno preoperatorio y postoperatorio.
- Tras la cirugía, si es posible, se reiniciará de manera precoz la LM. Además de su efecto analgésico, se ha observado una recuperación más rápida.
- Para realizar la primera toma se debe asegurar un nivel conciencia adecuado. Esta toma debe ser corta, no más de 5 minutos, para valorar su tolerancia oral.
- Si esta primera toma ha sido bien tolerada las siguientes tomas deben realizarse progresivamente con normalidad.
- Debemos prestar ayuda y apoyo para conseguir una posición adecuada para el niño y la madre, teniendo en cuenta la presencia de vías, drenajes, la localización de la herida quirúrgica, etc.

¿Cómo podemos proteger la lactancia materna en el niño enfermo u hospitalizado?

El cansancio materno, la ansiedad por el diagnóstico y la situación de gravedad, por la separación, el tiempo de hospitalización, las cargas familiares como otros hijos... generan estrés y se asocian a peores tasa de lactancia.

En las UCIs, los cuidados centrados en las familias consisten en hacer partícipes a los padres en las actividades y cuidados de sus hijos, siendo la alimentación el eje de estos cuidados. Por lo que, conseguir mantener la LM empodera a las madres, al sentirse cuidadoras, proveedoras de alimento y salud. De esta manera, se reducen los sentimientos maternos de culpa y ansiedad, disminuyendo los niveles de estrés.

Para mantener la LM con éxito, las madres de niños con enfermedades graves u hospitalizados necesitan del personal sanitario:

- Apoyo y estímulo constantes para no abandonar la lactancia materna, pero sin presiones que les hagan sentir culpables si en algún momento no son capaces de establecer la LM. Para ello es fundamental establecer una relación de confianza entre la madre y los profesionales.

- Ofrecer a la madre toda la información necesaria sobre lo que se espera que suceda con la enfermedad del niño, la planificación diaria y como mantener una producción de leche adecuada. Además, se debe adiestrar a la madre a reconocer signos de dificultad respiratoria y fatiga, o alarma según la patología.
- Dar soporte e instruir a la madre para que no disminuya su producción de leche con extracciones regulares en función de la edad del lactante y con el patrón habitual previo a la enfermedad. En determinadas circunstancias, puede necesitar mejorar su producción de leche, por lo se recomendarán extracciones frecuentes.
- Fijar conjuntamente objetivos a corto, medio y largo plazo, para favorecer la autonomía en el proceso de alimentar a su hijo.
- Ayuda para colocar al bebé en la postura más adecuada dependiendo de la patología, localización de la herida, presencia de vías, drenajes, catéteres...
- Favorecer el piel con piel madre-hijo en la medida de lo posible, sobretodo en pacientes más graves o en UCIs, permitiendo coger al niño en el regazo con ayuda y vigilancia por parte del personal. El contacto piel con piel en cualquier situación, sobretodo después de una situación difícil, favorece el aumento de la secreción de oxitocina y endorfinas, además de proporcionar tranquilidad y consuelo al niño.
- Facilitar la LM a demanda, un aspecto más complicado en las UCIs, con procedimientos y pruebas frecuentes y horarios de tratamiento más estrictos.

En relación al niño enfermo u hospitalizado las recomendaciones generales son:

- Permitir la alimentación directamente al pecho.
- Si las tomas son ineficaces o insuficientes podemos suplementar con leche materna a través de SNG. En casos con una succión-deglución madura y eficaz se puede utilizar el relactador-sonda para suplementar.
- Si la madre no está presente en alguna toma, se puede administrar su leche extraída a través de biberón (más fácil, pero con riesgo de contaminación bacteriana, confusión tetina-pezón, atragantamiento), o a través de vaso o taza.
- En los niños críticamente enfermos, que precisan ventilación mecánica, con nivel de conciencia disminuido, intolerancia a la SNG o tras cirugía abdominal, se iniciará la alimentación de manera precoz. En estos casos, la alimentación enteral se debe administrar a través de sonda transpilórica para disminuir el riesgo de broncoaspiración, y la leche materna será ideal por su fácil tolerancia.
- En ocasiones, se podrá ofrecer succión no nutritiva al pecho vacío. El contacto con la madre y la succión al pecho proporciona confort, tranquilidad y consuelo.

- El manejo de síntomas como el dolor con una pauta analgésica adecuada, controlar el síndrome de abstinencia, realizar lavados nasales para la congestión nasal... mantienen al lactante más confortable facilitando la toma.
- Para iniciar la lactancia se debe escoger el mejor momento, en función del estado de alerta, las constantes vitales o los signos de dificultad respiratoria en reposo.
- Las primeras tomas deben ser valoradas por el personal sanitario, observando la comodidad de la posición para el niño y la madre, el agarre, la succión y la transferencia, las constantes vitales y los signos de dificultad respiratoria.

En consecuencia, un punto clave para proteger la LM es que los profesionales sanitarios tengan conocimientos y habilidades para ofrecer orientación y consejos a las madres de lactantes enfermos. Para ello, es fundamental la formación continuada en los temas de lactancia materna al personal que trabaja con madres y niños.

De la misma manera, para que el ingreso por una enfermedad no sea un obstáculo para la lactancia, los hospitales deben contar con una infraestructura adecuada que permita a la madre permanecer con el niño hospitalizado las 24 horas, un derecho recogido en la «Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados». En general, madre e hijo suelen permanecer juntos en las plantas de hospitalización o en urgencias. Sin embargo, en las UCIs puede ser más complicado. En los últimos años, cada vez más hospitales están ampliando los horarios de visitas en las UCIs pediátricas hasta permitir el acompañamiento de los padres las 24 horas del día. Aunque, en muchas ocasiones los boxes de estas unidades no están planteados para que la madre esté las 24 horas al lado de su bebé por espacios pequeños o mobiliario deficitario o poco adecuado.

Igualmente, los hospitales deben proporcionar a la madre sacaleches y facilitar un sitio adecuado como las salas de lactancia donde pueda realizar la extracción de leche con más intimidad si su hijo se encuentra en unidades abiertas. También deben disponer de los medios y la organización para conservar la leche materna.

CONCLUSIONES:

- La leche humana es el mejor alimento para el niño enfermo, ya que aporta nutrientes y gran cantidad de líquido bajo en solutos que evitan la deshidratación y facilitan la recuperación.
- La leche materna es un complejo fluido nutricional vivo que contiene anticuerpos, células, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas, muchos de los cuales no pueden incorporarse en las fórmulas artificiales. De esta manera, mejora la función

gastrointestinal, ayuda al sistema inmunitario del niño y acorta la duración de la mayoría de las infecciones.

- La lactancia materna también proporciona bienestar psicológico: analgesia frente a al dolor de la enfermedad o de procedimientos; consuelo y calma ante una situación adversa.
- Las enfermedades suelen afectar a la alimentación del niño, generalmente ocasionan una pérdida transitoria de apetito, aunque también puede causar dolor abdominal u odinofagia (dolor al tragar). En otras ocasiones, lo que dificulta la alimentación es el trabajo respiratorio o la situación hemodinámica.
- Se debe favorecer la lactancia materna directamente al pecho, si no existe ninguna contraindicación para la alimentación oral. Si las tomas no son efectivas o resultan insuficientes debemos complementar con leche materna, siempre que esté disponible, a través de SNG.
- En pacientes críticos se debe iniciar la alimentación enteral tan pronto como sea posible, siendo la leche materna la mejor opción a través de sonda transpilórica.
- Cuando sea necesario mantener al niño en dieta absoluta con sueroterapia endovenosa, por la enfermedad o una intervención, se recomendará a la madre realizar extracciones de leche con la frecuencia que hacía las tomas.
- El personal sanitario debe ofrecer apoyo, ayuda, información y consejos adecuados a la madre para mantener la LM con éxito en los niños enfermos.
- La hospitalización de los niños lactantes no debería interrumpir o ser un impedimento para la lactancia materna.
- La promoción y la protección de la LM en todos los niños, y sobretodo en los enfermos u hospitalizados, contribuyen a mejorar la salud infantil.
- En resumen, la leche materna son ***“Gotas de vida, fuentes de salud”***.

BIBLIOGRAFÍA:

- Costa Romero M, Gómez-FernandezVegué M. Lactancia materna en niños hospitalizados. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna-provisional/documentos>
- Manuel Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2012. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- Schanler RJ, Abrams SA, Hoppin AG. Infantbenefits of breastfeeding. UpToDate, Feb 2019. Disponible en <https://www.uptodate.com>

- Díaz Gómez M, Costa Romero M. Lactancia materna para pediatras: lo que todos debemos saber. En Cursos de formación. Continuum 2017. [en línea] Disponible en <http://continuum.aeped.es>
- Wallis M, Harper M. Supportingbreastfeedingmothers in hospital: part 1.PaediatrNurs. 2007 Sep;19(7):48-52.
- Wallis M, Harper M.Supportingbreastfeedingmothersin hospital: part 2a. PaediatrNurs. 2007 Oct;19(8):31-5.
- ParicioTalayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, BenllochMuncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, SantosSerrano L, Landa Rivera L. Full Breastfeeding and Hospitalization as a Result of Infections in theFirstYearof Life. Pediatrics 2006;118;e92
- AustralianBreastfeedingAssociation[Internet]. Australia, 2014. Breastfeeding and hospitalisation. Disponible en: <https://www.breastfeeding.asn.au/>
- AustralianBreastfeedingAssociation[Internet]. Australia, 2018Breastfeedingyourbabywithcongenitalheartdisease. Disponible en: <https://www.breastfeeding.asn.au/>
- Marino BL, O'Brien P, LoRe H. Oxygensaturationsduringbreast and bottlefeedings in infantswithcongenitalheartdisease.J PediatrNurs. 1995 Dec;10(6):360-4.
- SaitualturriagaaG, Aguirre Unceta-BarrenecheaaA,Suarez Zarate K, Zabala Olaecheabl, Rodríguez Núñez A, Romera Rivero MM. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguíneadel talón en el recién nacido. AnPediatr (Barc). 2009;71(4):310–313.
- Sánchez SánchezaC, López-HerceCidaC, Carrillo Álvarez A, BustinzaArriortúaaA, Sancho PérezaL, Vigil Escribano D. Nutrición enteral transpilórica en el niño críticamente enfermo (I): técnica e indicaciones. AnPediatr (Barc) 2003;59(1):19-24.
- Dornelles C; PivaJ, Marostica P. Nutritional Status, Breastfeeding, and Evolution of InfantswithAcute Viral Bronchiolitis. J HealthPopulNutr. 2007 Sep; 25(3): 336–343.

3. Lactancia materna en prematuros. Transición de la sonda al pecho.

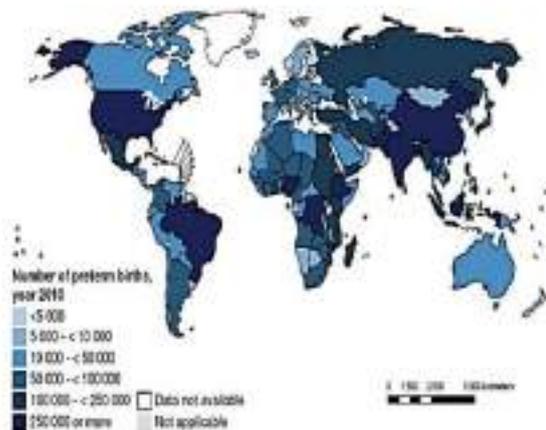
Zandra Patricia Grosso Gómez. Enfermera Especialista en cuidado crítico. Consultora nacional en lactancia materna. Entrenadora nacional e internacional en el método madre canguro. Docente de práctica de la Pontificia Universidad Javeriana.

- ✓ 15 millones de prematuros c/año (está aumentando)
- ✓ Mundo: Principal causa de defunción en los niños < 5 años.

● **1 de cada 10 bebés**
en el mundo nace antes de tiempo (10 millones aprox.)



● **Más de 1 millón de bebés prematuros mueren** por esta causa

10 countries account for 62% of the world's preterm births by rank:

1. India
2. China
3. Nigeria
4. Pakistan
5. Indonesia
6. United States of America
7. Bangladesh
8. Philippines
9. Dem. Rep. of Congo
10. Brazil

Biercoe, H., et al. (2012)

Neonatal	Corto plazo	Largo plazo
Síndrome de distrés respiratorio (SDR)	Dificultades alimentarias y del crecimiento	Parálisis cerebral
Hemorragia intraventricular (HIV)	Infección	Déficit sensorial
Leucomalacia periventricular (LPV)	Apnea	Necesidad de cuidados médicos especiales
Enterocolitis necrosante (ECN)	Trastornos del neurodesarrollo	Crecimiento incompleto
Conducto arterioso persistente (CAP)	Retinopatía	Dificultades de aprendizaje
Infección	Distonia transitoria	Problemas de conducta
Anomalías metabólicas		Enfermedad pulmonar crónica
Deficiencias nutricionales		

Características anatómicas y funcionales del tracto digestivo en el neonato pretérmino:

- ✓ Esfínter gastroesofágico incompetente.
- ✓ Aumento del tiempo de vaciado gástrico.
- ✓ Disminución de la motilidad intestinal.
- ✓ Coordinación succión deglución deficiente
- ✓ Mala absorción de grasas por disminución de sales biliares y lipasa pancreática
- ✓ Mala absorción de lactosa por disminución de lactasa
- ✓ Digestión incompleta de las proteínas por niveles enzimáticos bajos
- ✓ Pérdida de calorías y proteínas en las deposiciones.

Alimentación enteral en neonatos , Revista de enfermería neonatal, 2010

Nutrición en el R.N. prematuro

3 períodos de crecimiento en el RN prematuro:

Transición (nacimiento hasta los 7 días): prevenir deficiencias nutricionales y catabolismo de sustratos.

Crecimiento estable (estabilización hasta el alta): crecimiento y retención de nutrientes semejantes a los alcanzados *in utero* (± 15 gr/kg/día).

Post-alta: Aporte nutricional adecuado para crecimiento recuperacional ("*catch-up growth*").

Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Revista Chilena de Pediatría 2016

Alimentación enteral mínima (AEM) :



Cuando la alimentación por succión no es posible, siempre que la vía enteral se encuentre disponible, es recomendable comenzar precozmente.

Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Revista Chilena de Pediatría 2016

PATRONES DE SUCCIÓN EN EL RECIÉN NACIDO

INMADURO: Sellado incompleto, falta de colocación de la lengua por debajo del pezón, sin coordinación de los movimientos mandíbula-lengua y respiración-deglución.

EN TRANSICIÓN: Sellado de labios alrededor del pezón. colocación de la lengua por abajo del pezón salvas de 2-3 , con periodos **largos de reposo**.

MADURO: Buen sellado alrededor del pezón, de 10-30 succiones con periodos cortos de reposo, buena coordinación de movimientos de mandíbula lengua y respiración-deglución.

Mizuno K and Ueda A. The maturation and coordination of sucking, swallowing with the respiration in preterm infants. J Pediatr 2003,142:36-40.

Beneficios de la alimentación enteral mínima en el prematuro :

- ✓ Crecimiento y trofismo de mucosa intestinal.
- ✓ Optimiza la maduración de la función muscular intestinal.
- ✓ Estimulación de hormonas y péptidos gastrointestinales.
- ✓ Colonización "normal" intestinal más temprana. Favorece la integridad funcional y estructural del aparato gastrointestinal



- *Alimentación enteral mínima en el prematuro. Revista Chilena de Pediatría 2016*
- *Alimentación enteral en neonatos. Revista de enfermería neonatal, 2010*

Beneficios de la alimentación enteral mínima en el prematuro :

- ✓ Posibilita progresar a la succión más tempranamente
- ✓ Favorece la absorción de alimentos.
- ✓ Optimiza la maduración motora.
- ✓ Disminuye el tiempo de progresión a la alimentación enteral total.
- ✓ Minimiza la posibilidad de intolerancia digestiva.



nutrición en el RN Prematuro con leche materna, efectos gastrointestinales.

- ✓ Mejor y más rápido vaciamiento gástrico.
- ✓ Estimulación del crecimiento y maduración intestinal.
- ✓ Estimulación de la motilidad intestinal.
- ✓ Se llega más rápido a volúmenes enterales totales.
- ✓ Menos tiempo de estadía hospitalaria.



- *Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Revista Chilena de Pediatría 2010.*
- *Alimentación enteral en neonatos. Revista de enfermería neonatal. 2010.*

nutrición en el RN Prematuro con leche materna, efectos gastrointestinales

- ✓ Favorece la ganancia de peso.
- ✓ Posibilita progresar a la succión más tempranamente.
- ✓ Disminuye la aparición de colestasis.
- ✓ Menos tiempo de estadía hospitalaria.
- ✓ Baja los costos de salud.



Revista Chilena de Pediatría, Volume 87, Issue 4, July–August 2016, Pages 305-321.

Como se encuentra el Recién Nacido Prematuro en la UCIN

- ✓ Inestabilidad clínica (FR cardíaca – FR respiratoria – Saturación O₂)
- ✓ Dificultad para mantener estado de alerta.
- ✓ Bajo tono muscular.
- ✓ Pobre control postural
- ✓ Inmadurez de las funciones relacionadas a la alimentación (succión – deglución – respiración)
- ✓ Alteración en la organización y mantenimiento en el tiempo de los movimientos relacionados a la alimentación (fuerza – ritmo – coordinación)

Perinatol Reprod Hum 2012; 26 (3): 198-207



Como es el prematuro

Lengua: bajo tono muscular, posteriorizada, plana.

Mandíbula: pobre control del movimiento, amplio excursionamiento

Labios: cierre labial pobre (compensa con musculatura de las mejillas), contacto labial alterado (SOG; asist. ventilatoria)

Mejillas: ausencia de tejido adiposo subcutáneo.

Respiración : alterada, requerimiento de O₂

Perinatol Reprod Hum 2012; 26 (3): 198-207

¿el niño está ingresado en una unidad neonatal?

Si el prematuro **está estable**, dar pecho no supondría mayor problema que el de sacarlo de la incubadora o la cuna con cuidado y pegarlo al pecho de la madre, procurando que el contacto piel con piel sea el mayor posible, que es lo que llama el **método canguro**.



- ✓ Mejora la termorregulación: estabilidad clínica, parámetros de crecimiento (talla y perímetro cefálico), mayor aumento de peso (Hardy, 2011).
- ✓ Disminuye el nivel de stress materno y neonatal influyendo positivamente en la regulación del estado de alerta del bebé. (Hardy, 2011)
- ✓ Fundamental para la transición a la LME en RNPT. (Lucas, 2015)
- ✓ Aumenta la probabilidad de LME. (Flacking, 2011)
- ✓ Favorece una mejor organización postural.

Método Madre Canguro



Posición canguro y éxito en la lactancia materna

- Tanto en niños a término como en niños prematuros hay evidencia de que la posición canguro incrementa el establecimiento del amamantamiento exitoso, aumenta la proporción de madres que lactan, la producción láctea y la duración de la lactancia.
- El aumento de la lactancia a los 1-2 meses de edad se ha demostrado también en países desarrollados (RR 2.02, 95% CI 1.28 a 3.21).
- Los mecanismos incluyen tanto efectos biológicos del contacto piel a piel como mecanismos conductuales y emocionales: se disminuye el tiempo de separación madre-hijo, el personal de salud estimula la lactancia, entrena y ayuda a las madres y éstas pueden sentirse más predispuestas a lactar, lo que a su vez mejora la calidad del vínculo.

Nivel de evidencia: experimentos aleatorios controlados, metanálisis de experimentos. Fuerza de la recomendación **A**.

Guías de atención basadas en evidencia para la estandarización y utilización adecuada del Método Madre Canguro, 2017

Desarrollo de la Succión

Orden cronológico de la maduración de los reflejos

18-24 s : Succión

26 s: lipasas linguales y gástricas

32s: Reflejo de búsqueda

32-35s: coordina succión-deglución-respiración

El Método Canguro permite que estos logros se realicen más temprano (*Kirsten 2001, Mathur 200, Nyqvist 1999*)

Favorecer experiencias olfatorias placenteras

- ✓ Promover el **contacto físico** de los niños con sus padres el mayor tiempo posible



Succión no nutritiva: pecho

- ✓ Experiencias placenteras mediante el gusto y el olor.
- ✓ Iniciar cuando el niño esté estable, independientemente de la EG.
- ✓ Se asocia con un aumento de la LM exclusiva al alta
- ✓ Favorecerlo durante el Método Canguro y durante las tomas por sonda.
- ✓ Es el método preferido para SNN.





La lactancia materna es mucho mas que un proceso nutricional el reencuentro madre-hijo con la contención física y emocional



Contacto con el pecho materno:

hociquear, oler, degustar, lamer, buscar – encontrar-
succionar por placer. (Mástrup, 2014)



PROCESOS INTERNOS DE LA LACTANCIA



El Re-encuentro madre-hijo, eventos sensoriales, biológicos, hormonales, comportamentales y emocionales que los acerca y une.

Hay un impulso a tocarse, acunarse, buscar y acercarse al olor. madre e hijo están listos para reencontrarse y la lactancia podría ser un mediador.

Klaus M. H. & Kennell, "Parent-infant bonding". (1986) St Louis. C.V. Mosby PP70-80.

Procesos internos de la lactancia



la contención emocional que permite la función nutricional del bebe pero también lo hace sentir seguro.

La física, la madre lo alza, toca, sostiene, posiciona entre sus brazos, en contacto con su cuerpo, pero lo suficientemente libre que le permita mover sus extremidades y retomar la línea media cuando lo desee.

Winnicott D.W. "Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted" in Babies and their mothers". (1957) Reading Mass. Addison-Wesley.

Procesos internos de la lactancia



La Interacción

bidireccional: expresiones observables del apego madre – hijo, se inicia desde el embarazo y se materializa en el nacimiento.

Su calidad está dada por el grado de adaptación mutua, la tonalidad afectiva y el cumplimiento de las leyes de las interacciones: Simetría, sincronía, contingencia y consistencia.

Brazelton T Berry & Cramer, Bertran. "The earliest relationship". (1992) PP 111-126

Procesos internos de la lactancia



la estimulación temprana y adecuada: a los bebés amamantados, les permite mirarla, oír los latidos del corazón, escuchar su voz, sentir su olor constantemente, saborear su leche, favoreciendo la estimulación multisensorial y las interacciones sociales con ella.

Jansen, Jarno, de Weerth, Carolina, Riksen-Walraven, Marianne. "Breastfeeding and the mother–infant relationship—A review". (2008) ELSEVIER. Developmental Review 28 PP 503–521.

Disfunciones orales primarias

- ✓ Inmadurez del bebe.
- ✓ Características anatómicas individuales que dificultan el agarre.
- ✓ Alteraciones neurológicas transitorias o permanentes que dificultan la posición del bebe.



Disfunciones orales secundarias

Se producen cuando el bebé modifica su patrón original de succión-deglución debido a factores externos

- ✓ Dolor facial y/o malformaciones craneales.
- ✓ El retraso en el inicio de la primera toma tras el parto.
- ✓ La separación madre-bebé o poco contacto piel con piel.
- ✓ Las prácticas como el uso de chupetes y biberones.



Tratamiento

Hacen referencia:

1. Corrección del agarre
2. Postura
3. Posición



Intervención

Cara



Perioral

Lengua y musculatura
extralarigea



intraoral



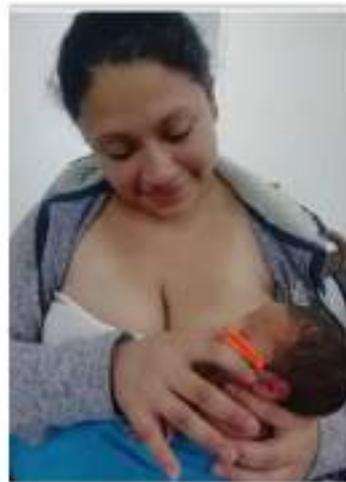
Ejercicios

- ✓ Se coloca en contacto piel a piel.
- ✓ Suavemente se despierta al bebe.
- ✓ Realiza caricias.



Ejercicios

Estimulación Perioral :
Barrido en carrillos desde ATM
hacia comisura



EJERCICIOS

Estimulación Perioral :
Con dedos índice y pulgar, ejercer presión media de forma circular en la zona de carrillos.



EJERCICIOS

Estimulación Perioral :
Con el dedo índice, trazar círculos alrededor de la musculatura labial con presión media.



EJERCICIOS

Estimulación Perioral :

Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior.



Rosa el labio superior con el pezón para el reflejo de búsqueda , pero para que tenga una experiencia olorosa placentera como lo e la leche materna



Las diferentes posiciones para amamantar



- ✓ La cabeza y el cuerpo del niño deben estar perfectamente alineados, la cara del niño debe mirar hacia los senos de su madre y la nariz hacia el pezón.
- ✓ Su cabeza y cuello deben ser sostenidos para evitar el riesgo de apnea o episodios de bradicardia

Conclusion

- ✓ RNPT tienen la capacidad para el desarrollo temprano de la competencia motora oral (suficiente para LME).
- ✓ Se debe alentar a iniciar la lactancia materna y amamantar a sus bebés sin ninguna limitation.
- ✓ La prematuridad está asociada a una elevada mortalidad y morbilidad, y uno de los problemas más importantes es la alteración en el desarrollo cerebral, asociado a problemas cognitivos, motores y de comportamiento a largo plazo

Conclusion

- ✓ Estrategias para estimular la succión incluyen:
 - Contacto piel con piel irrestricto y prolongado
 - Contacto temprano con el pecho materno
 - Estimulación Sensorio – Motora –Oral resulta beneficiosa para el desarrollo de la succión en RNPT.
- ✓ El criterio más válido para iniciar el contacto con el pecho es la estabilidad clínica, independiente de la edad gestacional, el peso o el nivel de maduración de la succión

4. Manejo de la hiperbilirrubinemia tributaria de fototerapia en bebés amamantados.

Adolfo Gómez Papi. Neonatólogo. Hospital Universitario de Tarragona “Joan XXIII”. Profesor asociado de Pediatría. Universitat Rovira i Virgili. Vocal de los grupos de Formación y Hospitales de la IHAN. Autor de “El poder de las caricias”, “Pequeño mamífero” y “Piel con piel”

Resumen.

Muchos recién nacidos sanos presentan ictericia, traducción del aumento de la bilirrubina (Bb) indirecta en sangre como consecuencia del catabolismo del exceso de hemoglobina.

Niveles altos de Bb indirecta en sangre (hiperbilirrubinemia, HBb) pueden lesionar el sistema nervioso central del bebé (la llamada encefalopatía por Bb). En el recién nacido (RN) sano, de más de 34 semanas de gestación, la incidencia de encefalopatía por bilirrubina es excepcional, de aproximadamente 1 / 200.000 y solo se da cuando la Bb indirecta es superior a 35 mg/dL. La ictericia de los recién nacidos incorrectamente alimentados al pecho, se da en la primera semana y es más frecuente en RN < 38.1 semanas, si el RN hace menos de 8 tomas al día y si son poco efectivas⁵.

Para prevenir la HBb se indica la fototerapia, cuya aplicación puede conllevar separar al RN de su madre, limitar la duración y ritmo de las tomas para prolongar el tiempo de fototerapia, añadir suplementos de fórmula e incluso suspender temporalmente la lactancia.

En RN sanos de más de 34 semanas de gestación, se debe aplicar la fototerapia sin separar al bebé de su madre. La fototerapia al lado de la madre permite la LM a demanda de más de 8 tomas al día; requiere un apoyo específico para conseguir tomas al pecho efectivas, o extraer y administrar LM; y logra mejores tasas de LM al alta.

Manejo de la hiperbilirrubinemia tributaria de fototerapia en bebés amamantados.

Muchos recién nacidos sanos presentan ictericia, traducción del aumento de la bilirrubina (Bb) indirecta en sangre como consecuencia del catabolismo del exceso de hemoglobina.

Complicaciones de la hiperbilirrubinemia

La bilirrubina indirecta es antioxidante y, por tanto, beneficiosa para el bebé y es liposoluble, por lo que pasa la barrera hematoencefálica. Niveles altos de Bb indirecta en sangre (hiperbilirrubinemia, HBb) pueden lesionar el sistema nervioso central del bebé (la llamada

encefalopatía por Bb), que se da con más frecuencia en prematuros de muy bajo peso, en hemólisis graves (incompatibilidad Rh, ABO, etc), sepsis neonatal o hepatopatía.

Sin embargo, en el recién nacido (RN) sano, de más de 34 semanas de gestación, la incidencia de encefalopatía por bilirrubina es excepcional, de aproximadamente 1 / 200.000 y solo se da cuando la Bb indirecta es superior a 35 mg/dL¹. Son factor de riesgo para HBb superiores a 30 mg/dL ser un RN amamantado de menos de 38.1 semanas de gestación y también una actividad baja de la G6PDH¹.

Ictericia y lactancia materna

Los bebés amamantados presentan con mayor frecuencia ictericia. Si se da durante la primera semana, es la llamada ictericia por lactancia materna (LM), o ictericia de los recién nacidos incorrectamente alimentados al pecho², debido a la mayor reabsorción intestinal de la Bb indirecta (circulación enterohepática). Es más frecuente si el RN no ha hecho la primera toma al pecho durante el contacto precoz³, hace menos de 8 tomas al día y si las tomas son poco efectivas^{4,5}.

La ictericia por leche materna es la que ocurre a partir de la segunda semana y es debida a la presencia de ciertas sustancias en la leche que dan lugar a una mayor desconjugación de la Bb a nivel intestinal. De hecho, el descenso de la Bb es mucho más lento en los bebés amamantados⁶.

Manejo de la HBb

La fototerapia descompone la Bb cutánea en 2 metabolitos hidrosolubles. Existen varias guías de manejo de la ictericia con indicaciones precisas para iniciar la fototerapia, la más conocida de las cuales es la de la Academia Americana de Pediatría⁷.

Sin embargo, es frecuente que la aplicación de la fototerapia conlleve una serie de trabas para el éxito de la lactancia materna: separar al RN de su madre, añadir líquidos intravenosos u orales, limitar la duración y ritmo de las tomas para prolongar el tiempo de fototerapia, añadir suplementos de fórmula e incluso suspender temporalmente la lactancia.

Suplementos líquidos EV o VO. De forma rutinaria, en algunos centros se dan líquidos intravenosos u orales extra a los RN en tratamiento con fototerapia. Se ha demostrado que su administración no reduce la incidencia de encefalopatía por Bb e incluso es dudoso que contribuyan a reducir más eficazmente las cifras de Bb⁸. Solo estarían indicados en caso de deshidratación hipernatrémica (Na > 149 mEq/L)⁹ moderada-grave.

Si se considera necesario administrar suplementos alimenticios, por retraso en la lactogénesis, pérdida excesiva de peso o deshidratación leve, lo ideal es que fueran de LM extraída. En nuestro

país, no disponemos de excedentes de leche de banco para RN sanos, que sería el segundo tipo de suplemento de elección. Si ha de ser fórmula artificial, administrarla preferiblemente en volúmenes bajos, para permitir una frecuencia de al menos 8 de tomas al pecho al día, ya ser posible, mediante técnica digital (finger-feeder).

Fototerapia con la madre. En nuestro hospital, como en muchos otros centros, el bebé es ingresado en la maternidad en la misma habitación de la madre (nosotros le llamamos ingreso en cuidados mínimos).

Solo si ambos permanecen juntos es posible la LM a demanda. Si enseñamos a la madre a interpretar los signos tempranos de hambre del bebé, es mucho más probable que le dé más de 8 tomas al día. Si se trata de un prematuro tardío o de menos de 38 semanas que no reclama el pecho, enseñaremos a la madre cómo despertarlo. Y si sus tomas no son efectivas, enseñaremos a la madre cómo extraerse la leche a ser posible de forma manual¹⁰ y a darle LM diferida con técnica digital. Se ha demostrado que la fototerapia intermitente (12 horas sí y 12 no) reduce al menos tan rápidamente como la continua las cifras de Bb¹¹; de modo que la fototerapia sigue siendo efectiva cuando el bebé hace más de 8 tomas al día, por prolongadas que sean.

Apoyo a la LM

Valoraremos las tomas y, si es necesario, corregiremos la posición y el agarre con consejería. Si se trata de un bebé ansioso, enseñaremos a calmarlo para facilitar su agarre al pecho. Cuando consideremos que el bebé obtiene poca leche a causa de una anquiloglosia, procederemos a frenotomía. Si existe una plétora mamaria (o una ingurgitación), enseñaremos la presión inversa suavizante y, si es necesario, vaciaremos parcialmente el pecho, para facilitar el agarre y la toma.

Según nuestros resultados, los ingresos en Cuidados Mínimos reducen los días de ingreso y mejoran las tasas de LM¹².

Otras consideraciones:

Los neonatólogos tenemos tendencia a extrapolar el manejo de la HBb en el prematuro de bajo peso cuando tratamos al RN sano en el que, sin embargo, disponemos de un amplio margen de seguridad. En estos casos no es tan importante que la cifra de Bb esté 2 mg/dL arriba o abajo, por lo que algunas guías sugieren tomar decisiones en base a las cifras de Bb transcutánea¹³. Además, 3 de cada 4 RN sanos con HBb > 17 mg/dL mejoran con solo LM a demanda exclusiva¹⁴. Sería correcto, por tanto, probar durante 24-48 horas con LM exclusiva (con más de 8 tomas eficaces al día) en su domicilio antes de decidir el ingreso de un RN sano para fototerapia.

En RN sanos, la fototerapia con mantas de luz azul o azul-verdosa es tan eficaz como la convencional. Eso ha permitido que en algunos países practiquen la fototerapia domiciliaria¹³.

Conclusiones:

En RN sanos de más de 34 semanas de gestación, se debe aplicar la fototerapia sin separar al bebé de su madre, sin pautar las tomas cada 3 horas, sin limitar la duración de las tomas y sin pautar de rutina suplementos de fórmula.

La fototerapia al lado de la madre permite la LM a demandade más de 8 tomas al día; requiere un apoyo específico para conseguir tomas al pecho efectivas o extraer y administrar LM; y logra mejores tasas de LM al alta.

Bibliografía

- 1.- Kuzniewicz MW, Wickremasinghe AC, Wu YW, McCulloch CE, Walsh EM, Wi S, Newman TB. Incidence, Etiology, and Outcomes of Hazardous Hyperbilirubinemia in Newborns. *Pediatrics*. 2014;134:504-9.
- 2.- Levitt DG, Levitt MD. Quantitative assessment of the multiple processes responsible for bilirubin homeostasis in health and disease. *Clin Exp Gastroenterol*. 2014 Sep 2;7:307-28
- 3.- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016.
- 4.- Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-Feeding Frequency During the First 24 Hours After Birth in Full-Term Neonates. *Pediatrics*. 1990; 86:171-5.
- 5.- Chen YJ, Yeh TF, Chen CM. Effect of breast-feeding frequency on hyperbilirubinemia in breast-fed term neonate. *Pediatr Int*. 2015;57:1121-5.
- 6.- Maisels MJ, Clune S, Coleman K, Gendelman B, Kendall A, McManus S, Smyth M. The natural history of jaundice in predominantly breastfed infants. *Pediatrics*. 2014;134:e340-5..
- 7.- American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Clinical practice guideline: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
- 8.- Lai NM, Ahmad Kamar A, Choo YM, Kong JY, Ngim CF. Fluid supplementation for neonatal unconjugated hyperbilirubinaemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Aug 1;8:CD011891. doi: 10.1002/14651858.CD011891.pub2.
- 9.- Moritz ML, Manole MD; Debra L. Bogen DL, Ayus JC. Breastfeeding-Associated Hypermnatremia: Are We Missing the Diagnosis? *Pediatrics* 2005;116:e343–e34

10- Flaherman VJ, Gay B, Scott C, Avins A, Lee KA, Newman TB. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* . 2012; 97: F18–F23.

11.- Sachdeva M, Murki S, Oleti TP, Kandraj H. Intermittent versus continuous phototherapy for the treatment of neonatal non-hemolytic moderate hyperbilirubinemia in infants more than 34 weeks of gestational age: a randomized controlled trial. *Eur J Pediatr*. 2015 Feb;174(2):177-81

12.- Gómez Papía, Lázaro García M. Los ingresos de los recién nacidos con sus madres en la maternidad favorecen el éxito de la lactancia materna. (Comunicación). X Congreso Español de Lactancia Materna, 2019.

13.- Maisels MJ. Managing the jaundiced newborn: a persistent challenge. *CMAJ*; 2015, 187:335-343.

14.- Martínez JC, Maisels MJ, Otheguy L, et al. Hyperbilirubinemia in the breast-fed newborn: a controlled trial of four interventions. *Pediatrics* 1993;91:470-3.

MESA 3: MADRES Y LACTANCIAS

1. Lactancia en mujeres con enfermedades endocrinológicas (obesidad, diabetes mellitus tipo 1, alteraciones tiroideas, hiperprolactinemia).

Sonsoles Guadalix Iglesias. Médica especialista en Endocrinología y Nutrición. H.U 12 Octubre. Doctora en Medicina. Estancia de formación en Mayo Clinic, Rochester. MN. Profesora Asociada de Ciencias de la Salud UCM.

- Alteraciones tiroideas
- Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Hiperprolactinemia



Introducción

- Pocos datos en la literatura
- Endocrinólogo poca información al respecto->buscarla con especial interés
- Ante la duda, endocrinólogo opta por suspender LM

Ej: Canadá 44% endocrinólogos recomendaban suspender LM si precisaba anti-tiroideos

Lee A. Choice of breastfeeding and physicians' advice: a cohort study of women receiving propylthiouracil. *Pediatrics* 2000 Jul;106(1 Pt 1):27-30.



-¿Cómo de graves y frecuentes son para este niño los riesgos de tomar leche materna con una cantidad determinada de un fármaco?
¿los riesgos superan los beneficios de LM?



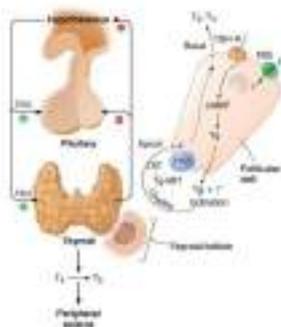
-¿Cuáles son los riesgos para esta mujer de abandonar la lactancia?



Patología tiroidea



HIPOTALAMO-HIPOFISIS-TIROIDES



Hipotiroidismo

- Síntomas: cansancio, somnolencia, frío, estreñimiento
- Puerperio: confunde con depresión postparto o cansancio parto/crianza
- en mujer lactante-> disminución de la producción de leche, a veces único síntoma
- Ante sospecha de hipogalactia verdadera, descartar hipotiroidismo.



Hipotiroidismo

- Tratamiento: levotiroxina a dosis sustitutivas
- paso a la leche, en cantidades pequeñas, tan reducidas que no bastarían para tratar a un niño con hipotiroidismo.
- Importante recordar, aumento de dosis de LT4 durante embarazo y disminución de la dosis previa a la gestación una vez finalizado



Serrano, P. Endocrinologic diseases management during breastfeeding. Med Clin (Barc). 2014



Hipertiroidismo

Síntomas:	signos
Hiperactividad, irritabilidad, insomnio, diarrea	Taquicardia, fibrilación auricular en ancianos
Intolerancia al calor, sudoración	temblor
palpitaciones	Piel caliente y húmeda
Fatigabilidad y debilidad	Hiperreflexia, debilidad muscular, miopatía proximal
Pérdida de peso y aumento del apetito	
Aumento del número de deposiciones diarias	Retracción palpebral o respuesta palpebral lenta



Hipertiroidismo

- Tratamiento con antitiroideos (PTU, carbimazol (Neo Tomizol®) y metimazol (Tirodriol®), seguros en lactancia.
- No justificado retirar LM para iniciar ATS
- Función tiroidea y desarrollo intelectual de los niños permanecen normales. Incluso si madre hipotiroidea por estos fármacos, la fx tiroidea del niño permanece normal



Serrano, P. Endocrinologic diseases management during breastfeeding. Med Clin (Barc). 2014



Patología tiroidea de inicio en el puerperio



Tiroiditis postparto

- dentro del primer año tras el parto.
- 3-16% de mujeres (hasta 25 % mujeres con DM 1).
- Fase hiperT transitorio (no siempre presente), a veces seguida de hipotiroidismo transitorio o, más raramente , permanente.

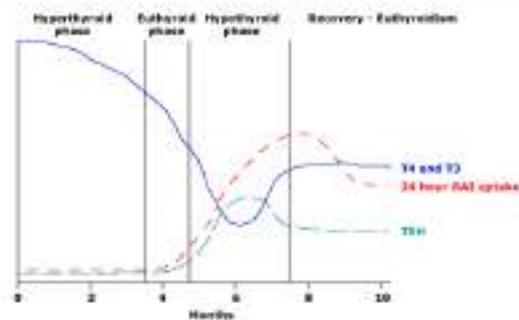


Tiroiditis postparto

- La mayoría no precisa tto
- Síntomas prominentes de hiperT, tto sintomático solo con b-bloqueantes (propranolol, labetalol, o metoprolol: compatibles con la lactancia) y sin anti tiroideos
- Si fase de hipotiroidismo durante lactancia, está indicado el tto con levotiroxina, tras 6 m se puede intentar retirarlo



Characteristic course of thyroiditis (painless, postpartum, or subacute)

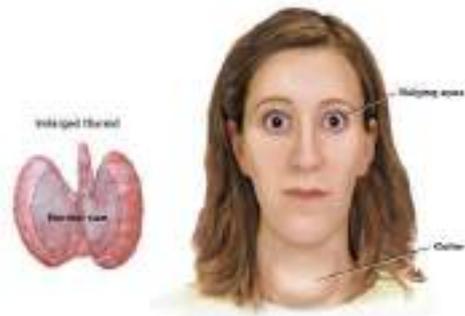


Patología tiroidea de inicio en el puerperio

Enfermedad de Graves, de inicio en el puerperio.

- El hiperT suele ser más sintomático que en la tiroiditis postparto, con concentraciones hormonales más altas, mayor agrandamiento del tiroides
- Puede acompañarse de oftalmopatía de Graves.
- No se puede realizar gammagrafía tiroidea en LM
- Analíticamente dco diferencial TSI aumentados





Diabetes Mellitus



Diabetes Mellitus

- beneficios de LM , de particular interés en los hijos de mujeres con DM (1y2)
 - mayor duración de LM protege a madres con DG frente a DM2
 - las madres diabéticas tienen más impedimentos para el inicio de la lactancia que las madres no DM
- “la DM en sí no supone un obstáculo para la LM y los factores que se asocian a un fracaso de esta son los mismos que en las mujeres no DM”



Diabetes Mellitus

- Excreción de lactosa en orina (lactosuria) final del embarazo y ppio puerperio, hasta que niño toma buena cantidad del leche, también si la producción de leche excede a lo que el niño toma.
- Puede llevar a error diagnóstico en mujeres diabéticas, al ser detectada como glucosa en orina cuando se usan tiras reactivas



Diabetes Mellitus

- Lactogénesis y subida de la leche pueden retrasarse por factores independientes de la demora de la primera puesta al pecho y de la succión menos frecuente
- Buen control glucémico similar establecimiento de lactogénesis que no DM. Pobre control glucémico puede retrasar lactogénesis típicamente un día
- Este retraso en DM1 y en DG (hasta 1-/3 retraso en lactogénesis)



Glycaemic behaviour during breastfeeding in women with Type 1 diabetes

N. Achong^{1,2}, H. D. McIntyre^{1,3}, L. Callaway^{1,2} and E. L. Duncan^{1,2,4,5}

¹School of Medicine, The University of Queensland, Royal Brisbane and Women's Hospital, ²The Mater Medical Research Institute, ³The University of Queensland Diamantina Institute and ⁴The Mater Medical Research Institute, Brisbane, Queensland, Australia

Diabet. Med. 33, 947–955 (2016)



Patrones diarios (con perfil continuo de glucemia)
7 de abril de 2015 - 3 de julio de 2015 (121 días)

FreeStyle Libre

A1c estimada: 6,4% o 46 mmol/mol



What's new?

- There have been no previously published studies on continuous glucose monitoring in women with Type 1 diabetes during breastfeeding.
- The glycemic patterns of women with Type 1 diabetes who breastfeed are described for the first time in the present study.
- The risk of hypoglycaemia with breastfeeding in Type 1 diabetes is not well described in the literature and is outlined in the present study.



- Mujeres con lactancia materna patrón de glucemia similar a mujeres con lactancia artificial
- Amamantamiento induce descenso significativo de glucemia, pero no resulta en hipoglucemia en la mayoría (85%) de episodios
- Tasas de hipoglucemia similares, (aumento de ingesta calórica en mujeres lactantes)

Achong N. Diabet. Med. 33, 947–955 (2016)



-Lactancia materna ->reducción en la variabilidad glucémica ,
perfil glucémico más plano , menos hiperglucemia

-Este estudio debería servir de apoyo a las mujeres con DM1
que eligen LM y proporciona información muy valiosa para los
profesionales de la salud que aconsejan a estas pacientes



Achong N. Diabet. Med. 33, 947–955 (2016)



Compatibilidad con LM de fármacos de uso común en la DM

Insulina	Riesgo muy bajo (se destruye en el TGI lactante)	■
Sulfonilureas	SU Riesgo muy bajo/bajo probable para la lactancia (dependiendo del tipo de SU)	■
Liraglutida	Riesgo bajo probable para la lactancia	■
Inh DPP4	Riesgo bajo probable para la lactancia	■
Dapagliflocina	Riesgo alto probable para la lactancia	■
Metformina	Riesgo muy bajo para la lactancia	■
Pioglitazona	Riesgo bajo probable para la lactancia	■

-Los niveles de glucemia pueden caer rápidamente durante la lactancia

-Auto monitorización de la glucemia es importante en el postparto en mujeres con DM1 y DM2 que requieren insulina.

-La frecuencia de monitorización en mujeres con DM2 con ADO no esta bien establecida y debería estar guiada por un buen juicio clínico.



Obesidad



Ayudar a mujeres con sobrepeso/obesidad a recibir consejo óptimo en técnicas de lactancia al alta y seguimiento muy cercano

Rasmussen KM. Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. Pediatrics. 2004 May;113(5):e465-7



-mujeres obesas presentan menor respuesta de prolactina al inicio de la lactancia

-base biológica -> puede conducir a cese prematuro de lactancia

Rasmussen KM. Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. Pediatrics. 2004 May;113(5):e465-7



- Breastfeeding initiation was lower for obese (48%) versus normal-weight (64%) mothers.
- Among mothers who initiated breastfeeding, infant weight gain from 0 to 1 month was lower in breastfed infants of obese mothers compared to normal-weight mothers.
- Obese mothers were less likely to maintain full breastfeeding at 1 month and 3 months.

Mok E. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of pre-pregnant obese women: a need for extra support. Pediatrics 2008;121(5):e1319-24



- Obese mothers more often felt uncomfortable breastfeeding in public at 3 months.
- Fewer obese mothers perceived that their milk supply was sufficient at 1 month and 3 months.
- Despite greater breastfeeding difficulties, obese mothers were less likely to seek support for breastfeeding in the first 3 months postpartum.



Mok E. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of pre-pregnant obese women: a need for extra support. Pediatrics 2008;121(5):e1319-24

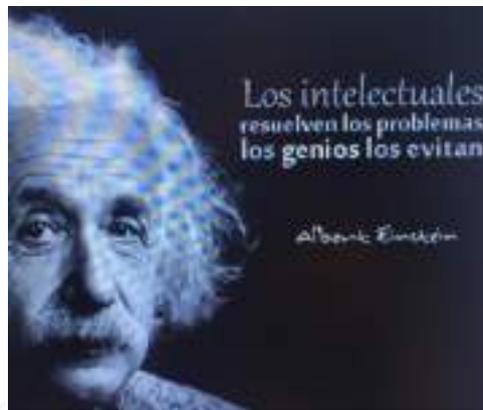


Mok E. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of pre-pregnant obese women: a need for extra support. Pediatrics 2008;121(5):e1319-24



“....reducing maternal obesity before conception is probably the best strategy to decrease the health burden associated with maternal obesity”.

Ma RC. Clinical management of pregnancy in the obese mother: before conception, during pregnancy, and post partum. *Lancet Diabetes Endocrinol.*2016Dec;4(12):1037-1049.





RECOMMENDATION ON
SUGAR

Avoid sugary drinks.
Limit consumption of
energy-dense foods



Foods and drinks that are
high in refined carbohydrates,
added sugar, and fat
contribute to obesity-- a
major risk factor for cancer.

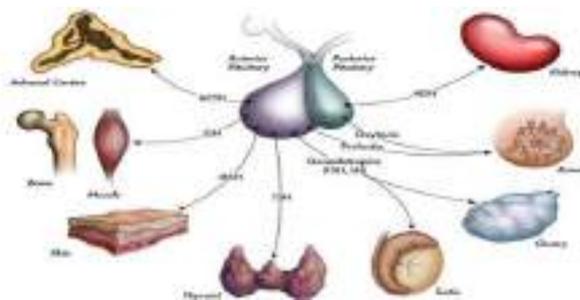
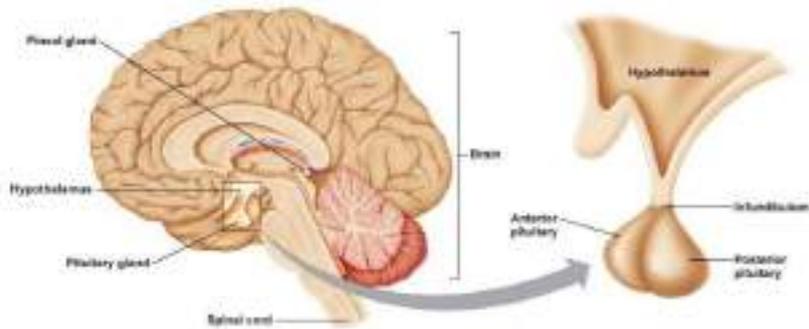




- Efectos del hiper/hipotiroidismo en producción de leche
- Para conseguir concentración de yodo en la leche materna superior a 100 mcg/l se estiman necesidades de yodo para la mujer lactante de al menos 250 mcg/día.
- En zonas de yodo deficiencia , estas necesidades especiales no están garantizadas con los alimentos enriquecidos con yodo, como la sal yodada y se recomienda que la mujer lactante reciba suplemento extra de al menos 200 mcg/día de yodo (yoduro potásico con preparado farmacológico)

Prolactinoma





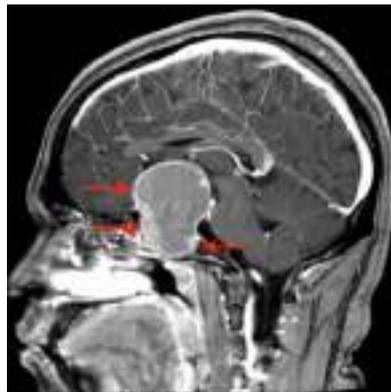
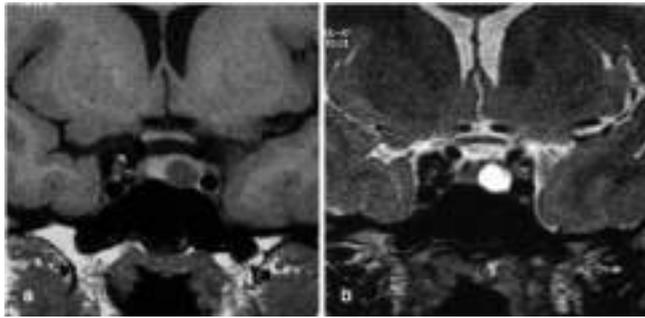
Hiperprolactinemia:

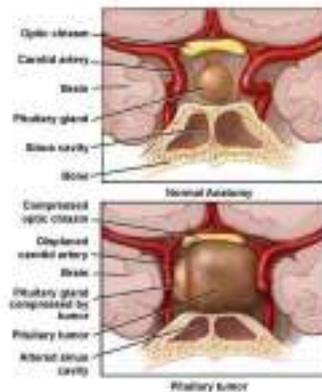
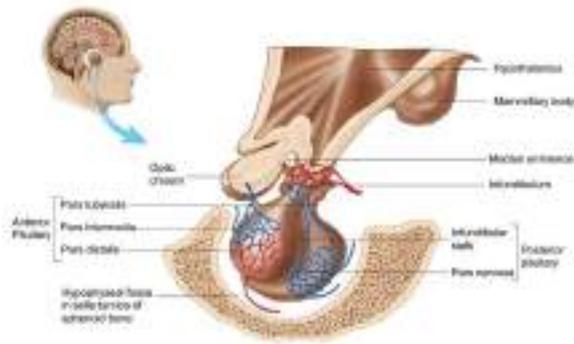
- infertilidad
- amenorrea
- galactorrea
- alteración campo visual.

Tto Hiperprolactinemia restaura fertilidad



Microprolactinoma





- Macroprolactinoma : 37% síntomas de crecimiento (cefalea, cambios visuales)
- 17% adicional crecimiento asintomático (imagen)
- 34% reducción del tumor
- Tto bromocriptina 12 meses previos a embarazo, cx o RT HF previa, reducen enormemente posibilidad crecimiento tumoral.



Macroprolactinoma:

- Estrecha vigilancia clínica
- Recomendable realizar examen de campos visuales en cada trimestre del embarazo
- Pruebas de imagen si crecimiento tumoral
- Bromocriptina o cirugía
- A veces bromocriptina todo el embarazo



Prolactinoma y LM

- Medición de PRL no útil para seguimiento en embarazo y lactancia
- No hay evidencia de que LM suponga riesgo de crecimiento tumoral**
- Debe promoverse la LM en todos los casos de prolactinoma.
- En casos con complicaciones durante embarazo, estrecho seguimiento, pero sin contraindicar inicialmente LM
- Si compresión del quiasma óptico o estructuras vecinas ->iniciar dopaminérgico -> supresión de la LM



Auriemma RS. Results of a single-center observational 10-year survey study on recurrence of hyperprolactinemia after pregnancy and lactation. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98:372–9.



Prolactinoma

- Ni micro ni macroprolactinomas sin compromiso de espacio son contraindicación absoluta ni relativa de LM.
- No aconsejado el destete antes de lo recomendado para el resto de mujeres (LM hasta los 2 años de edad), sin un máximo.
- Siempre seguimiento clínico y ante sospecha de crecimiento tumoral, prueba de imagen

Casanueva FF. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2006;65:265–73.



Déficit aislado de PRL es una entidad rara cuya primera manifestación clínica ocurre en el puerperio, agalactia.

Algunos de los casos descritos están asociados a mutaciones de los genes Pit-1 y Prop-1.

Existen hormonas sintéticas para sustituir cada uno de los déficits hormonales, excepto la PRL .



Infarto hipofisario (Sdrme. Sheehan)

- infarto de glándula hipofisaria tras hemorragia severa postparto , causa hipopituitarismo
- poco frecuente por mejoría en cuidados obstétricos
- frecuente en países en desarrollo
- en ocasiones en el postparto inmediato sin hemorragia evidente
- síntomas inespecíficos, o de ISR, o de hipogonadismo, incapacidad para lactancia
- retraso frecuente en el diagnóstico

Sert M. Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome. Endocr J 2003;50:297



2.Extracción prenatal de calostro. Indicaciones , beneficios, seguridad.

Purificación Vicente Vicente. Matrona en el Centro de Salud Santa Mónica de Rivas (Madrid). Miembro de la comisión de lactancia de este centro, actualmente en fase 3D proyecto IHAN.

RESUMEN

La extracción prenatal de calostro (EPC) permite conseguir, durante el embarazo, pequeñas cantidades de calostro que pueden ser administradas al recién nacido, evitando así el uso de suplementos con leche de fórmulas así lo indicaran determinadas situaciones.

Estas situaciones serían entre otras: Diabetes tipo I o gestacional, Cesárea programada (cuando existiera el riesgo de ser separada de su hijo en el postparto inmediato), ante sospecha de CIR, patologías congénitas del RN (labio leporino o hendidura palatina...)

Estas pequeñas cantidades de calostro las puede aportar la madre en el momento del parto o cesárea y así ser administradas al neonato en esa primera toma que no puede hacer por las causas indicadas.

Además, una mujer a la que se le realiza extracción prenatal (o que ella misma aprende a realizar) adquiere seguridad y confianza en su capacidad de producir y extraer leche. El aprendizaje en extracción manual puede ayudar a prevenir o tratar a posteriori la ingurgitación mamaria.

CONTENIDO

Introducción

Para favorecer el mejor desarrollo psicofísico y la mejor protección frente a múltiples problemas de salud se recomienda Lactancia Materna de manera exclusiva los primeros seis meses de vida. Se aconseja continuar amamantando hasta al menos los dos años. Lactancia Materna exclusiva significa que el hijo sólo recibe leche materna. Está científicamente comprobado que el contacto piel con piel con la madre y el inicio precoz de la lactancia materna, así como la ausencia de interferencias (chupetes, biberones...) influye en el mantenimiento de la misma.

La Lactancia Materna tiene un efecto tan importante sobre la respuesta inmune que el desarrollo inmunológico normal del lactante depende directamente de ella. Se ha comprobado que la respuesta inmunitaria, tanto humoral como celular, frente a las vacunas es menor en los lactantes alimentados con leche artificial. Alimentar a un recién nacido con leche artificial implica privarle del aporte defensivo que tiene la leche materna.

Por esta razón, no es de extrañar que en un bebé alimentado con leche de fórmula aumente la incidencia y/o gravedad de las diarreas, de las infecciones de vías respiratorias bajas como bronquiolitis, neumonías, infecciones de orina y otitis medias agudas, consideradas unas de las infecciones más frecuentes en el lactante. Hay otros muchos inconvenientes de la lactancia artificial que no expongo porque se alargaría en exceso la ponencia.

Al finalizar la gestación se acumula en la glándula mamaria, en el lumen de los alvéolos, una sustancia llamada **precalostro**, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro, y una pequeña cantidad de lactosa. Los primeros días tras el parto se produce el **calostro**, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. La cantidad que se produce es de unos 2-20 ml por toma, considerada suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido. Hay que considerar que la capacidad del estómago del recién nacido es muy pequeña. Necesita muy poco para llenarse en las primeras 24h (1.5 ml por toma cada 2-3h puede hacer que se sienta satisfecho).

A este respecto Santoro et al¹ en el año 2010 investigaron cuánto calostro se consumía en las primeras 24h de vida. Concluyeron que los bebés necesitan entre 4 y 26 ml en ese tiempo,

tomando lo mismo en cada toma. De promedio realizaban entre 10 y 12 tomas en sus primeras 24h. Se acepta como cantidad adecuada por toma unos 5 ml. en los dos primeros días de vida. Esto supone no más de 30-60 ml. en todo el día.

Hay circunstancias como la Diabetes tipo I o gestacional (donde pueden aparecer episodios de hipoglucemia en el RN), Cesárea programada (que en algunos casos implica separación del hijo en el postparto inmediato), sospecha de CIR (con succión poco eficaz y riesgo de pérdida de peso elevada), niños con agarres dificultosos (por malformaciones...) en las que se ofrece al recién nacido biberones o jeringuillas con leche de fórmula. No siempre protocolizado, pero habitual en la práctica diaria de algunos hospitales.

En todos estos casos la posibilidad de realizar extracción de calostro en las últimas semanas de embarazo y el hecho de que la mujer pueda llevarlo al hospital, adecuadamente conservado, puede evitar o minimizar la suplementación con fórmula.

Hasta finales de la década de los 70 la extracción manual de calostro y la estimulación del pezón se consideraba una práctica habitual de preparación para amamantar. Se sugería para limpiar los conductos mamarios de secreciones secas y de esta forma aumentar la producción de calostro. Hoy día sabemos que esto es obsoleto, pero en aquellos años lo consideraban adecuado. Durante los años 80 comenzó la investigación sobre cómo el estímulo en los pezones podía producir contracciones y desencadenar el parto. Se desaconsejó realizar esta técnica porque podía producirse liberación de oxitocina y provocar aborto o prematuridad. Los últimos estudios no demuestran nada al respecto^{2,3,4,5}.

En 2009 Singh et al⁶ llevaron a cabo un estudio prospectivo en la India. Se invitaba a las mujeres a extraer calostro una vez al día desde la 37 semana de gestación. Comprobaron que el efecto de esta práctica reducía significativamente el tiempo de establecimiento de la lactancia y los fracasos en el amamantamiento. Concluyó que para evitar que los bebés reciban otros líquidos en determinadas circunstancias, se podía plantear la EPC.

Chapman et al (2012)⁷ realizaron una revisión crítica de la literatura sobre seguridad y resultados de la extracción prenatal. Sus conclusiones fueron que todavía no se han probado los beneficios de esta práctica. Sugieren realizar un estudio más largo con casos-controles y aleatorizado para confirmar la efectividad y seguridad de la EPC.

En el estudio DAME⁸2014 (extracción prenatal en mujeres con diabetes para mejorar los resultados del lactante) se concluye que:

-La mayoría de las mujeres (42%) extrajeron más de 20 veces. Los volúmenes eran pequeños. Una media de 5`5 ml (algunas mujeres no lograron nada)

-El número de RN que requirieron ingreso fue el habitual y similar en ambos grupos (extracción prenatal EPC y no extracción); es decir la EPC no afecta al bebé.

-La media de edad gestacional al nacer también fue similar. Es decir, la EPC no induce a partos pretérmino.

- Mayor Lactancia materna exclusiva en el grupo de EPC:

-No hay pruebas sistemáticas de alto nivel para informar la seguridad y la eficacia de la práctica de extraer y almacenar la leche durante el embarazo.

Metodología

Desde hace un año aproximadamente realizo EPC en mujeres que presentan alguna de estas características: Diabetes tipo I o gestacional, Cesárea programada (con riesgo de ser separada de su hijo en el postparto inmediato), ante sospecha de CIR, en malformaciones congénitas (labio leporino...). Todas estas situaciones pueden implicar algún riesgo de aporte de suplementos de leche artificial.⁹

¿Por qué extraer calostro en esas situaciones?

Mujeres con cesárea programada

Todavía existen hospitales que separan unas horas a madre e hijo tras una cesárea. El contacto precoz piel con piel lo realiza con el padre.

En ese tiempo de separación el padre puede ofrecer el calostro extraído. Así calmará el llanto y evita el aporte de leche de fórmula, si fuera necesario, antes de la llegada de la madre.

Situaciones de Diabetes tipo I o gestacional

El alimentar al recién nacido con calostro de forma precoz y a demanda se considera suficiente para prevenir la hipoglucemia en un recién nacido sano a término.

Ofrecerle el calostro, extraído al final de la gestación, evita la hipoglucemia y la deshidratación y en consecuencia el aporte de leche artificial (que podría favorecer la aparición de diabetes).

CIR

En estos casos a veces encontramos niños muy adormilados con succión ineficaz. Pueden perder más del 10% de peso. El aporte de calostro extraído previamente también puede evitar el suplementar con leche de fórmula.

Patologías congénitas en el bebé

En este caso por el riesgo de separación de la madre tras el parto y por agarres dificultosos.

Procedimiento de extracción de calostro:

Comenzar la extracción informando a la mujer que podría no salir nada. De hecho, así sucede en algunas ocasiones. En estos casos tranquilizarla explicando que esto no significa que no pueda amamantar. Cuando se logra extraer, la mujer se llena de sorpresa al observar cómo ya se está preparando para lactar. Descubre cómo todo funciona adecuadamente y que ya ha empezado la producción en sus mamas. Esto le da confianza y seguridad; ambas condiciones muy necesarias para el establecimiento de una adecuada lactancia

La primera extracción se realiza en la consulta durante unos 10 minutos. Es preferible utilizar jeringuillas de boca ancha. Al mismo tiempo se enseña a la mujer para que pueda hacer lo mismo en su casa.

- Lavarse bien las manos.
- No es necesario limpiar areola y pezón.
- Si realiza la extracción la propia mujer en su casa mejor tras la ducha.
- Realizarlo en un lugar tranquilo y privado en donde la gestante se sienta cómoda y relajada.
- Realizar previamente masaje en ambos pechos.
- Extraer manualmente el calostro. Fluye lentamente. Al principio puede salir muy poco.
- La duración de la extracción es de unos 5-10 min. Irá fluyendo más en las siguientes extracciones.
- Recogerlo en una jeringa de boca ancha o una cuchara previamente hervida o esterilizada. Unos 15 ml.
- Al terminar se tapona la jeringa.
- Se puede realizar hasta tres veces al día.
- Congelarlo a -18º metiendo la jeringa dentro de otro recipiente o bolsa con cierre o refrigerarlo (48h)
- En el momento del parto o cesárea programada, transportarlo refrigerado al hospital (neverita con acumulador de hielo)
- Descongelar con las manos o con un poco de agua templada.
- Ofrecerlo en la misma jeringa que se ha recogido.

Comenzar la extracción en una fecha lo más cercana posible al momento del parto o cesárea programada preferiblemente a partir de la semana 37 de gestación.

Una mujer a la que se le realiza EPC (o que ella misma realiza) adquiere seguridad y confianza en su capacidad de producir leche. También es útil el aprendizaje en extracción y conservación de la leche para posterior tratamiento y prevención de ingurgitación mamaria.

Discusión

Hasta el día de hoy he realizado extracción en 19 mujeres. De ellas 4 con diabetes gestacional, 10 con cesáreas programadas, 2 con intervención quirúrgica en la mama (Ca de Paget y reducción mamaria), 2 con sospecha de CIR, 1 con labio leporino.

En algunas ocasiones no he obtenido calostro en la extracción.

No todos los hospitales de la CAM (Comunidad de Madrid) conocen esta iniciativa. Sólo la he presentado en el hospital de referencia del Centro de Salud donde trabajo (Hospital Sureste en Arganda, Madrid). Como existe libre elección de Hospital algunas mujeres eligen para el nacimiento de su hijo otros hospitales. En dos ocasiones el personal hospitalario de estos hospitales no ha permitido ofrecer el calostro extraído por no tener referencias. Esto ha sucedido en 2 casos.

Cuando la mujer o el padre han podido ofrecer el calostro al recién nacido, se ha evitado el aporte de fórmula. Además, en algunos casos, esta iniciativa ha motivado a que el personal hospitalario siguiera haciendo esta extracción (ya postnatal) para seguir suplementando hasta que fuera necesario.

La mujer con reducción de mama llevó 40 cc de calostro extraído por ella misma que ofreció a su hijo en el postparto inmediato. Ha lactado 15 días de manera exclusiva y otro mes L. mixta. Se ha sentido muy satisfecha. En su primer hijo no consiguió lactar nada.

En los demás casos registrados la mujer continúa con lactancia materna (unos todavía exclusiva y otros con alimentación complementaria).

Es de destacar el ejemplo de una mamá de trillizos que, previo a la cesárea programada, escribió una carta al servicio de Neonatología del Hospital pidiendo explícitamente que sus hijos (que necesitarían suplemento) fuesen alimentados con el calostro extraído que ella aportaba (20 cc por cada niño). Así lo hicieron. Ahora con 8 meses sigue lactando a sus tres hijos.

Conclusiones

Hay circunstancias --Diabetes tipo I o gestacional, Cesárea programada (con riesgo de ser separada de su hijo en el postparto inmediato), ante sospecha de CIR o patología congénita -- que pueden conllevar el aporte de suplementos de leche artificial (por hipoglucemia, separación madre e hijo, pérdida excesiva de peso...). Esto se puede evitar en gran medida si se ofrece al recién nacido calostro extraído en la etapa prenatal.

El calostro se extrae para esa primera toma que el bebé no puede hacer por las causas indicadas. Se debe acompañar a la mujer en la extracción precoz, frecuente y eficaz de su calostro después del parto para así proteger la producción de leche y dar al bebé calostro fresco lo antes posible.

Al realizar EPC la mujer gana seguridad y confianza. Estas dos características son imprescindibles para un desarrollo óptimo de la lactancia.

Hago hincapié en la necesidad de una mayor investigación sobre la eficacia y seguridad de este método para valorar su mayor implantación ante los casos indicados.

Bibliografía

- 1) Santoro WJr1, Martinez FE, Ricco RG, Jorge SM
Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. J Pediatr. 2010 Jan; 156 (1): 29-32
- 2) Madarshahian F, Hassanabadi M.
A comparative study of breastfeeding during pregnancy; impact on maternal and newborn outcomes. J Nurs Res 2012 Mar; 20(1) 74-80. Disponible en URL: WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22333968
- 3) Cox SG 2006, Expressing and storing colostrum antenatally for use in the newborn period. Breastfeeding review 14(3): 11-16
- 4) Su Cox. An ethical dilemma: ¿should we recommend antenatal expressing and storing of colostrum? Breastfeeding Review 18(3), 5-7 2010
- 5) Breastfeeding during pregnancy. Journal of Human Lactation 9(2) 83-88
- 6) Singh G, Chouhan R, Sidhu K. Effect of Antenatal Expression of Breast Milk at Term in Reducing Breast Feeding Failures. Med J Armed Forces India 2009 Apr; 65 (2):131-3
- 7) Chapman T, Pincombe J, Harris M: Antenatal breast expression: a critical review of the literature. Midwifery 2012 doi 10.1016/j.midw.2011.12.013. Cox, S.G.
- 8) East CE, Dolan WJ, Forster DA: Antenatal breastmilk expression by women with diabetes for improving infant outcomes (review)
- 9) www.la-leche.org.uk/antenatal-expression-of-colostrum

3. Cómo ayudar a una madre con lactancia parcial a alcanzar la lactancia materna exclusiva.

Adelina García Roldán. Enfermera Especialista en Pediatría. CS San Vicente. OSI Barakaldo-Sestao SVS Osakidetza. IBCLC. Coordinadora del IBLC en España. Presidenta de la Liga de La Leche de Euskadi desde 2007. Coautora de la Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad en colaboración con OSTEBA.

Resumen

Es bien sabido que la lactancia materna está influenciada por una variedad de factores.

Identificar estos factores, es el primer paso para poder ayudar a una madre que desea amamantar exclusivamente y que acude a la consulta porque no puede lograrlo.

Cuando comenzamos a trabajar con una madre que desea amamantar exclusivamente a su bebé y, por tanto, dejar de suplementarle, hemos de trabajar coordinadamente con el equipo materno - infantil.

Un diagnóstico correcto junto con la información adecuada, son la clave para que una madre pueda llegar a amamantar a su bebé de manera exclusiva.

Es fundamental que la madre se sienta acompañada y apoyada en este proceso, así como que le ofrezcamos las herramientas que le ayuden a superar los obstáculos que pueda encontrarse en el camino.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría aconsejan la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses de vida, la tasa de este tipo de lactancia en nuestro medio en el 2017 era del 73,88% a las seis semanas, a los 3 meses era del 63,87% y del 39% a los seis meses¹. En comparación con otros países, en España, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses)^{2,3}.

En la CAPV durante el año 2017 el 16% de las madres abandonaron el hospital con lactancia mixta según datos obtenidos de la Memoria de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas. Sin embargo, no existen datos de las madres que optan por la lactancia mixta a las seis semanas o a los tres meses de edad del bebé, abandonando de esta forma la LME.

Tampoco existen estudios a nivel nacional que expliquen las causas de ese abandono. Sin embargo, si existen estudios a nivel local^{4,5,6} que identifican las principales causas de abandono de la LME en este periodo.

La principal causa^{7,8,9} durante el puerperio inmediato, fue la escasa producción de leche (hipogalactia) seguida de la falta de aumento de peso ponderal y/o pérdida de peso del lactante. Si bien una vez que el bebé alcanza los tres meses de edad, las madres refieren la vuelta al trabajo como el motivo principal de abandono.

Las causas más frecuentes de abandono de la LME entre las madres atendidas en la consulta de lactancia en la que desarrollo mi actividad, durante los primeros tres meses de vida del bebé son:

Mastitis, dolor en las mamas y/o pezones

Hipogalactia

Perdida o escaso aumento de peso del recién nacido Problemas de succión

Indicación sanitaria profesional.

Como se puede ver, éstas coinciden con los motivos que se indican en los estudios anteriores. Observando estas causas, podemos ver que están relacionadas entre sí y en numerosas ocasiones actuando sobre la hipogalactia, corregimos los problemas de aumento de peso de los lactantes. Al mismo tiempo es importante considerar que la mayor parte de los motivos que las madres expresan como hipogalactia se basan en percepciones subjetivas. La hipogalactia subjetiva puede estar afectada por una gran variedad de factores externos, incluidos los consejos profesionales y los mitos, ajenos a la capacidad propia de la madre para amamantar y al deseo de ésta¹⁰.

El centro de salud en el que yo trabajo pertenece a la OSI Barakaldo Sestao. Esta OSI atiende a una población de 130.000 habitantes. El número total de partos en 2017 ascendió a 980¹¹ y el número de consultas de lactancia atendidas durante el último año en la consulta de lactancia ha sido de 896, siendo el porcentaje de madres con lactancia mixta en el momento de acudir a la consulta del 52%.

Es bien sabido que la lactancia materna esta influenciada por una variedad de factores.

Identificar estos factores es el primer paso para poder ayudar a una madre que desea amamantar exclusivamente y que acude a la consulta porque presenta dificultades.

En la primera visita del recién nacido y su madre valoraremos a la díada madre-lactante, realizando una historia clínica de LM y la observación y evaluación de la toma.

Al hacer la historia clínica evaluaremos :

- La alimentación actual del RN
- Salud y comportamiento del bebé
- Historia del embarazo y el parto, características de salud de la madre

Al evaluar y observar una toma tendremos en cuenta:

- Postura de la madre y del bebé.
- Colocación del bebé al pecho
- Signos de transferencia de leche

Hay algunas preguntas que pueden ayudarnos a conocer los sentimientos de la madre sobre la lactancia, los apoyos familiares y sociales con los que cuenta y el consejo sanitario recibido: ¿Qué información tiene sobre la lactancia?, ¿Cuáles son sus expectativas?, ¿Cómo han sido sus experiencias previas?, ¿Qué opinión tienen sus familiares y amigos sobre la lactancia?, ¿Cómo se siente con la lactancia?, ¿Se ha sentido presionada para dar de mamar?.

Prestaremos especial atención a la postura y la colocación del bebé al pecho ya que una colocación incorrecta, que no siempre se identifica fácilmente, es la principal causa de dolor, aparición de grietas, un mal vaciado del pecho, obstrucción de conductos y mastitis y escasa ganancia ponderal. Para ello podemos utilizar la escala LATCH o la ficha para la observación de la toma de la Unión Europea.¹²

Cuando comenzamos a trabajar con una madre que desea amamantar exclusivamente a su bebé y, por tanto, dejar de suplementarle, hemos de trabajar coordinadamente con el pediatra que es el que vigilará su estado de salud y ofrecerá cuidado médico si es necesario, mientras nosotros trabajamos para restablecer la producción de leche y conseguir que la ganancia de peso sea adecuada.

La mayoría de las veces que un bebé no gana suficiente peso no es debido a causas orgánicas, sino más bien a pautas inadecuadas de alimentación (estructura rígida de las tomas en su duración o frecuencia, información inadecuada sobre como funciona la lactancia materna, probar con biberón para ver lo que el bebé necesita para saciarse, una creencia errónea por parte de la madre sobre la incapacidad de su cuerpo para alimentar a su hijo o hija adecuadamente, uso de anticonceptivos orales...), por lo que una información, apoyo y asesoramiento adecuado ayudará a resolver el problema.

No obstante, hay casos en los que es necesario suplementar al bebé mientras intentamos solucionar esta situación. Esta suplementación debería hacerse en primer lugar con la leche de su madre y sólo si esto no es posible, con leche de fórmula¹².

Al realizar la valoración integral del bebé es muy importante, tener en cuenta tanto los datos que la madre nos aporta sobre el embarazo como el tipo de parto. Durante el embarazo y el parto, sobre todo si éste ha sido instrumental, el bebé puede estar sometido a presiones (compresiones excesivas o asimétricas) que generen bloqueos en las suturas o alteraciones de los núcleos de osificación (lesiones intraóseas) craneales. Esto a su vez, puede comprometer raíces nerviosas en la entrada o salida del cráneo, dando lugar a una inhibición o hiperexcitación

de las mismas, así como una compresión de estructuras internas^{13,14}. Existe un porcentaje importante de bebés sanos que no consiguen una lactancia materna eficaz, que presentan problemas funcionales mecánicos que dificultan que giren la cabeza y/o abran bien la boca por exceso de tono muscular y presenten dificultad para coordinar los movimientos de succión, deglución y respiración (S:D:R). Se debe prestar, por tanto, especial atención a la forma de mamar y a su comportamiento. Los bebés que no están obteniendo suficiente leche del pecho pueden ser bebés muy irritables que lloran muy frecuentemente y que parecen relajarse con el chupete, pueden estar todo el día al pecho succionando débilmente pero despertándose y llorando cuando se les separa o pueden estar todo el día al pecho y dormir toda la noche y suelen tener un tono muscular elevado. En los casos más graves, pueden presentar apatía y un tono muscular débil.

Si al observar y valorar la toma se detecta alguna alteración en la coordinación S:D:R, se realizará una evaluación mediante auscultación cervical para cerciorarnos del ritmo, siendo considerado normal un ratio de hasta 3:1:1¹⁵. Si el problema está centrado en el dolor que siente la madre y no mejora con cambios en la colocación y postura, se procederá a hacer una evaluación de la movilidad lingual del bebé. Para ello en mi consulta utilizo el test de la lengüita de Martinelli¹⁶. Determinar si existe o no anquiloglosia y su valoración por parte del especialista contribuye, en gran número de casos, a mejorar este problema.

Se evalúa, así mismo, si es necesario la valoración de algún otro miembro del equipo de salud, pediatra, médico de familia, cirujano, fisioterapeuta, osteópata u odontopediatra, que puedan ayudar en el tratamiento una vez determinada la causa del escaso aumento de peso.

Si detectamos que la díada necesita ayuda, utilizaremos nuestras habilidades de comunicación y las técnicas de consejería junto con nuestros conocimientos para prestarle el apoyo que en ese momento necesita.

Tanto en esta primera revisión como en el resto de las visitas, se evalúa la ingesta de leche diferenciando si el bebé mama bien o no, junto con el aumento de peso. Si no detectamos ninguna alteración en la succión, se ofrecerá a la madre la posibilidad de practicar lactancia materna intensiva durante un máximo de dos días, tras lo cual se volverá a evaluar el aumento de peso y si no es suficiente se procederá a suplementar.

Si es necesario suplementar se animará a la madre a que trabaje de la siguiente forma:

- .- Colocar al bebé al pecho cuidando agarre , colocación y postura.
- .-Compresión del pecho para facilitar la salida de la leche.
- .- Valorar la succión . Si ésta es superficial o débil separar de ese pecho y ofrecer el otro.
- .- Suplementar: Si es posible y la coordinación es adecuada, suplementar directamente al pecho con sonda o suplementador¹⁷. Se ofrecerá en primer lugar la leche materna extraída y sólo si ésta no es suficiente fórmula.

En caso de que la succión no sea correcta ofrecer otros métodos de suplementación alternativos (vasito, jeringa).

Para evaluar la ingesta de leche mediante la ganancia ponderal del bebé, utilizaremos las gráficas de la OMS realizadas con lactantes amamantados y un registro de lactancia, que nos permitirá conocer tanto la cantidad de leche que la madre se extrae, como la que el bebé toma con el suplementador.

Una vez que se fijan los objetivos con la madre se marcan las citas sucesivas. Nunca se define con antelación la fecha en la que la madre podrá dejar de suplementar al bebé ya que esto depende de cada caso, por lo que en cada visita se reevaluará la situación y se fijaran los nuevos objetivos.

Las primeras semanas pueden resultar muy duras e incluso desalentadoras para la madre. El registro de lactancia en el que se ve cómo va aumentando la producción de leche , a la vez que disminuye el suplemento y aumenta el peso del bebé, junto con el fomento de la confianza materna , explicando que se trata de un proceso dirigido tanto por ella como por el bebé y en el que irán viendo paulatinamente avances, anima a la madre a proseguir con este trabajo.

Conclusiones

Como hemos visto, son muchos los factores que influyen en el paso de la lactancia mixta a la lactancia materna exclusiva. Es fundamental que la madre se sienta acompañada y apoyada en este proceso, así como que le ofrezcamos herramientas que le ayuden a superar los obstáculos que pueda encontrarse en el camino.

Un diagnóstico correcto unido a una información adecuada y al trabajo multidisciplinar, son la clave para que una madre pueda llegar a amamantar de manera exclusiva a su bebé.

Bibliografía:

1. Encuesta de salud 2011-2012
2. Haiek LN, Gauthier DL, Brosseau D, Rocheleau L. Understanding breastfeeding behavior: Rates and shifts in patterns in Quebec. *J Hum Lact.* 2007;23:24-31.
3. Rius J, Ortunño J, Rivas C, Maravall M, Calzado M, López A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr.* 2014;80: 6-15.
4. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit.* 2015;29:4-9 [Article in Spanish].
5. Vila-Candel R, et al. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.002>
6. María D. Ramiro González, Honorato Ortiz Marrónb, Celina Arana Cañedo Argüellesc, María Jesús Esparza Olcinad, Olga Cortés Ricoe, María Terol Claramontef y María Ordobás Gavín. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
7. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, Marañón Henrich N, Castillo Portales S, Estepa Jorge S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. *Semergen.* 2003;29:121-4.
8. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Pegueroles I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Pediatr (Barc).* 2002;57: 534-9.
9. Barriuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana J. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Pediatr (Barc).* 2000;52:225-31.
10. Gomis-Cebrián R, Parra-Hidalgo P, Calle-Urra J, Oliver-Roig A, García-de-León-González R, Alcaraz-Quñonero A, et al. Maternal breastfeeding in the Region of Murcia, does the problem persist? *Acta Pediatr Esp.* 2009;67:283-9.
11. Eustat: Euskal Estatistika Erakundea, Instituto Vasco de Estadística
http://www.eustat.eus/elementos/ele0005700/Nacidos_vivos_por_ambitos_territoriales_de_residenciasexoorden_de_nacimiento_y_estado_civil_de_la_madre/tbl0005711_c.html
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica

Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

13. Kroeger M, and Smith L,J; Impact of Birthing Practices on Breastfeeding Protecting the Mother and Baby Continuum Jones and Barlett Publishers, Inc.2008

14. Sergueff N, Cranial Osteopathy for infants, children and adolescents: Churchill Livingstone Elsevier, 2007

15. Watson Genna C. Supporting sucking skills in breastfeeding infants . Massachusetts: Jones and Barlett; 2008. Pag 1-41

16. Martinelli, R.L.C.; Marchesan, I. Q.; Berretin-Felix, G.: Lingual Frenulum Protocol with Scores for Infants. The International Journal of Orofacial Myology JCR , v. 38, p. 104-112, 2012.

17. Walker M. Breastfeeding management for the clinician; using the evidence. Massachusetts: Jones and Barlett;2006

MESA 4: DONANDO LECHE.

1. Eligiendo el mejor método para limpiar los extractores de leche: un ensayo clínico.

Beatriz Flores Antón. Neonatóloga. Hospital Universitario 12 de Octubre. IBCLC. Responsable de Calidad del Banco Regional de Leche Materna AMGU Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Coordinadora Hospitales IHAN España.

RESUMEN

A pesar del uso tan extendido de los extractores de leche materna entre las madres y las donantes de leche, hay muy pocos estudios que hayan valorado cual es la mejor manera de limpiarlos. Sin embargo, la descontaminación adecuada del sacaleches es importante para obtener leche segura para los recién nacidos prematuros, así como para evitar desechar la leche materna donada en los bancos de leche.

Dada la escasez de estudios, no hay consenso en cómo realizar la limpieza de los kits de extracción. La mayoría de las guías actuales recomiendan lavarlos con agua y jabón, incluso en las Unidades Neonatales y los bancos de leche.

Hemos realizado un ensayo aleatorizado y controlado en mujeres donantes de leche para comparar el grado de contaminación bacteriana en muestras extraídas con un sacaleches lavado con agua y jabón, o bien, lavado y además descontaminado con vapor.

La mejor manera de alimentar a los niños prematuros y/o enfermos es con la leche de la propia madre (1). Pero en muchas ocasiones la alimentación directa al pecho no es posible. A las madres se les anima a extraer leche para sus niños prematuros, pero no se ha dado la importancia que tiene a la manera como se extrae la leche para obtener una leche segura y de calidad (2).

Aunque la higiene cuidadosa de las manos es muy importante, la limpieza específica del pecho con agua y jabón o alcohol-gel antes de la extracción no ha demostrado mejorar la contaminación de las muestras de leche (3). Pittard tampoco encuentra diferencias en la contaminación de la leche según se almacene en contenedores estériles o limpios (4). Una revisión Cochrane no encuentra diferencias significativas entre el nivel de contaminación de la leche obtenida de manera manual, o con

extractores manuales o eléctricos (5). Sin embargo, sí se ha demostrado que los sacaleches mal higienizados pueden ser fuente de contaminación (6,7). Se han descrito casos de infecciones graves en prematuros (8) e incluso epidemias de infección por *Serratia Marcensens* (9,10) o *Klebsiella* (11) en unidades de neonatología debido a la transferencia de bacterias a través de sacaleches mal desinfectados.

Resulta sorprendente que, pesar de su amplio uso y de la importancia de su adecuada higiene, no hay estudios que comparen diversas formas de limpieza del sacaleches en cuanto a su eficacia para descontaminar. Se han publicado únicamente los pros y contras de cada método en cuanto a sus aspectos prácticos y en términos económicos (12). En general, los métodos de descontaminación con vapor o calor son más eficaces que los químicos, si bien con ninguno de ellos se consigue la esterilización del aparato (13).

Ante esta falta de estudios, no existen recomendaciones consensuadas sobre cómo se deben limpiar los sacaleches. La mayoría de las guías actuales, recomiendan que los kits de extracción se laven con agua y jabón tras cada uso como método de limpieza habitual (13,14), incluso en Unidades neonatales (7). En caso de niños ingresados, con alto riesgo de infección, algunas guías recomiendan utilizar algún método de descontaminación adicional (13,14). Otras guías, sin embargo, recomiendan descontaminar siempre el sacaleches antes de su uso (por cocción, vapor o con métodos químicos) (15).

La falta de guías unificadas, hace que las recomendaciones sobre como limpiar los sacaleches sean también muy variables entre los centros, como se demostró en una encuesta entre hospitales canadienses (16).

Aunque la leche puede extraerse de manera manual en nuestro medio, son pocas las mujeres que eligen hacerlo así, por lo que las madres han de recibir información sobre el cuidado correcto de sus sacaleches; debería comprobarse, además, que la han entendido. Se ha demostrado que las madres que tenían mayores contajes bacterianos en su leche frecuentemente declaraban no adherirse a las normas de higiene que les habían indicado; y en el 52% de ellas, al menos uno de los pasos para la descontaminación del kit de extracción era ineficaz (17). Otros autores han demostrado que la contaminación de la leche disminuye hasta un 30% cuando las madres reciben consejos sobre las medidas de higiene (18). Boo encuentra que las madres que proporcionaban leche no contaminada

aseguraban observar estrictamente las normas de limpieza; además, la contaminación de la leche mejoraba cuando las madres que no lo hacían, comenzaban a cumplir las reglas de higiene (19).

Cuando la leche de la propia madre no está disponible, la mejor opción es la alimentación con leche humana donada pasteurizada (20,21). Aunque el proceso de pasteurización esteriliza la leche, muchos bancos de leche humana incluyen entre sus procedimientos la realización de un cultivo prepasteurización de la leche para determinar el nivel de contaminación. Si la leche donada está muy contaminada, se desecha. De manera, que las donantes deberían descontaminar adecuadamente sus sacaleches antes de usarlos, para obtener leche con suficiente calidad para que sea procesada.

Pero, al igual que en los Servicios de Neonatología, tampoco hay ni estudios suficientes ni consenso, y las guías de funcionamiento de los bancos de leche inciden en la necesidad de una buena limpieza de los sacaleches, pero no indican el método para hacerlo(22-24), o bien recomiendan agua y jabón (25,26) o el uso adicional de hipoclorito sódico (27).

Por consiguiente, es importante que los sacaleches estén adecuadamente descontaminados para obtener leche segura y de calidad para los niños prematuros, así como para evitar la pérdida de leche donada.

Para obtener información que permita establecer recomendaciones de limpieza de sacaleches basadas en pruebas, hemos realizado un estudio aleatorizado y controlado en mujeres donantes de leche comparando la proporción de leche que se desecha en un banco de leche, así como el nivel de contaminación bacteriana entre muestras extraídas con sacaleches solo lavado con agua y jabón, o bien, lavado y además descontaminado con vapor. Los resultados detallados se presentarán durante el Congreso; básicamente, demuestran que la descontaminación adicional con vapor (con una bolsa de microondas) tras el lavado del kit de extracción, hace que se desechen una cantidad significativamente inferior de leche donada. Además, la leche extraída con un sacaleches previamente descontaminado con vapor contiene una cantidad significativamente menor de patógenos potenciales, y su composición bacteriana se aproxima a las de las muestras extraídas manualmente.

CONCLUSIONES:

A pesar del frecuente uso de los extractores que hacen las madres y las donantes de leche, hay pocos estudios sobre cómo se deben limpiar y cuidar. Las guías ofrecen diferentes indicaciones.

En nuestro ensayo clínico, la descontaminación con vapor después de lavar el extractor de leche disminuye no solo la cantidad de leche donada descartada en los bancos de leche, sino que también disminuye los posibles patógenos en la leche.

Se necesitan más estudios que comparen diversos métodos de limpieza y descontaminación en diferentes tipos de sacaleches y en diferentes ámbitos (Unidades de Neonatología, domicilio, etc) para identificar cual es la mejor manera de hacerlo en cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AAP Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841.
2. Gilks J, Gould D, Price E. Decontaminating breast pump collection kits for use on a Neonatal Unit. Review of current practice and the literature. *J NeonatNurs*. 2007;13:191-8.
3. Haiden N, Pimpel B, Assadian O, Binder C, Kreissl A, Repa A, et al. Comparison of bacterial counts in expressed breast milk following standard or strict infection control regimens in neonatal intensive care units: compliance of mothers does matter. *J Hosp Infect*. 2016;92:226-8.
4. Pittard WB, Geddes KM, Brown S, Mintz S, Hulsey TC. Bacterial contamination of human milk: container type and method of expression. *Am J Perinatol*. 1991;8(1):25-7.
5. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art No: CD006170. DOI: 10.1002/14651858.CD006170.pub5.
6. Moloney AC, Quoraishi AH, Parry P, Hall V. A bacteriological examination of breast pumps. *J Hosp Infect*. 1987;9:169-74.
7. D'Amico CJ, DiNardo CA, Krystofiak S. Preventing contamination of breast pump kit attachments in the NICU. *J Perinat NeonatNurs*. 2003;17(2):150-7.
8. Bowen A, Wiesenfeld HC, Kloesz JL, Pasculle AW, Nowalk AJ, Brink L, et al. Notes from the field: Cronobactersakazakii infection associated with feeding extrinsically contaminated expressed human milk to a premature infant-Pennsylvania, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(28):761-2.
9. Gransden WR, Webster M, French GL, Phillips I. An outbreak of *Serratiamarcescens* transmitted by contaminated breast pumps in a special care baby unit. *J HospInfect*. 1986;7:149-54.
10. Jones BL, Gorman LJ, Simpson J, Curran ET, McNamee S, Lucas C, et al. An outbreak of *Serratiamarcescens* in two neonatal intensive care units. *J Hosp Infect*. 2000;46:314-9.

11. Donowitz LG, Marsik FJ, Fisher KA, Wenzel RP. Contaminated breast milk: a source of Klebsiellabacteriemia in a newborn intensive care unit. *Rev Infect Dis.* 1981;3(4):716-20.
12. Gilks J, Price E, Hateley P, Gould D, Weaver G. Pros, cons and potential risks of on-site decontamination methods used on neonatal units for articles indirectly associated with infant feeding, including breast pump collection kits and neonatal dummies. *J Infect Prev.* 2012;13(1):16-23.
13. Price E, Weaver G, Hoffman P, Jones M, Gilks J, O'Brien V, et al. Decontamination of breast pump milk collection kits and related items at home and in hospital: guidance from a Joint Working Group of the Healthcare Infection Society and Infection Prevention Society. *J Hosp Infect.* 2016;92:213-21.
14. Center for Disease Control and Prevention (CDC)[sede Web]. How to keep your breast pump kit clean. 2017 [acceso 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html>
15. NHS [sede Web]. Your pregnancy and baby guide. Expressing and storing breast milk. 2016 [acceso 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/sterilising-bottles/#how-to-sterilise-baby-feeding-equipment>.
16. Doxtator L, Zoutman D. Management of breast pump kits: a review. *Can J Infect Control.* 2006;92-5.
17. Carré M, Dumoulin D, Jounwaz R, Mestdagh B, Pierrat V. Maternal adherence to guidance on breast milk collection process. *Arch Pediatr.* 2018;25:274-9.
18. El-Mohandes AE, Schatz V, Keiser J, Jackson B. Bacterial contaminants of collected and frozen human milk used in an intensive care nursery. *Am J Infect Control.* 1993;21(5):226-30.
19. Boo NY, Nordiah AJ, Alfizah H, nor-Rohaini AH, Lim VKE. Contamination of breast milk obtained by manual expression and breast pumps in mothers of very low birthweights infants. *J Hosp Infect.* 2001;49:274-81.
20. Bertino E, Giuliani F, Baricco M, Di Nicola P, Peila C, Vassia C, et al. Benefits of donor milk in the feeding of preterm infants. *Early Hum Dev.* 2013;89Suppl 2:S3-6.
21. AAP Committee on Nutrition, AAP Section on breastfeeding, AAP Committee on Fetus and Newborn. Donor Human Milk for the High-Risk Infant: Preparation, Safety, and Usage Options in the United States. *Pediatrics.* 2017;139(1):e20163440.
22. NICE organization [sede Web]. Donor milk banks: service operation (NICE guideline CG93); 2010 (updated 2018) [acceso 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg93/chapter/1-Guidance>.

23. Human Milk Banking Association of North America (HMBANA). Guidelines for the Establishment and Operation of Donor Human Milk Bank. Texas:HMBANA; 2015.
24. Calvo J, García Lara NR, Gormaz M, Peña M, Martínez Lorenzo MJ, Ortiz Murillo P, et al. Recomendaciones para la creación y el funcionamiento de los bancos de leche materna en España. *AnPediatr (Barc)*. 2018;89(1):65.e1-65.e6.
25. Association des Lactariums de France [sede Web].Recueil et collecte du lait maternel; 2016 [acceso 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://association-des-lactariums-de-france.fr/recueil-et-collecte-du-lait-maternel/>.
26. Arslanoglu S, Bertino E, Tonetto P, De Nisi G, Ambruzzi AM, Biasini A, et al. Guidelines for the establishment and operation of a donor human milk bank. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010; 23(S2):1–20.
27. Rede global de bancos de leite humano[sede Web].Normas técnicas e manuais.Brasil; 2011 [acceso 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://rblh.fiocruz.br/normas-tecnicas-e-manuais>.

2. Al amor por el dolor... “Mi experiencia de donar leche materna, tras la muerte gestacional de mi pequeño Miguel”

Sandra Yesenia Chavarría Aguilar. Madre donante.

A modo de resumen... ¿Qué pasó?

“El 4 de noviembre de 2016 por la noche, es una fecha que quedará grabada a fuego en mi memoria para siempre.

Después de cenar, noté que mi bebé no se movía como siempre. La tranquilidad que había tenido durante ocho meses desapareció de repente, algo no estaba bien y sentí la necesidad de ir al hospital inmediatamente. Mi marido, accedió a acompañarme, seguro de que no pasaba nada, pero si eso me hacía sentir más tranquila, iríamos dónde hiciera falta. Había muchas urgencias esa noche y me tocó esperar casi dos horas para ser atendida, hasta que una enfermera al ver que mi llanto no paraba, se acercó y me preguntó si me ocurría algo...

Como pude le dije entre sollozos “es que no siento a mi bebé...” hasta ese momento el llanto silencioso que me acompañaba se transformó en un caudal de lágrimas sin ninguna contención. Me llevaron a una pequeña habitación y con un aparato sencillo, mientras estaba de pie, intentaron

escuchar los latidos de mi hijo por todo el vientre. La enfermera llamó a alguien para pedirle que viniera y me trasladaron a otra sala para hacerme una ecografía.

El horror entró en mi vida... el corazón de Miguel, había dejado de latir con 34+6 semanas y 2.600 kg de peso. A partir de ese momento, todo lo vivido después se resume en dos palabras: dolor y vacío..."

El parto...

Todavía en shock, se me explicó que por diversas razones médicas y de salud, era necesario inducir un parto vaginal para sacar a Miguel. No tenía elección ya que era la práctica habitual en estos casos y sólo que no se pudiese por aquella vía, se me practicaría una cesárea. Después de intentar desde ese viernes hasta el domingo de madrugada, que se iniciase un parto vaginal con fármacos, mi placenta se desprendió parcialmente y comenzó un sangrado que obligó a practicarme una cesárea de urgencia.

La matrona que estuvo en la madrugada del domingo, llegó a trabajar aquella noche para ser nuestro ángel en aquella pesadilla. Nunca olvidaré su nombre...Gema Latorre. Cuando más solos nos sentíamos y más apoyo necesitábamos; se sentó a nuestro lado, nos animó a hablar, nos escuchó y con mucho respeto y sensibilidad nos animó a tomar decisiones muy importantes para nosotros, como era el ver a Miguel después de nacer, tenerlo en brazos, despedirnos de él...A considerar las opciones que teníamos para disponer de su cuerpecito, a guardar algunos recuerdos suyos, incluídas unas valiosas fotografías y nos facilitó alguna información que de forma personal y por interés profesional suyo, había ido recopilando respecto a la muerte gestacional y asociaciones de apoyo a padres.

El regalo de Miguel: gotas de vida...

Tres días después de aquella madrugada, regresé a casa por la mañana con los brazos vacíos y los pechos llenos... Por la tarde, se inició la subida de la leche y por la noche tenía algo de fiebre, parecía iniciarse una ingurgitación mamaria, era como si dentro de mis pechos hubiese pelotas. Estaba claro que la medicación que se me había administrado no había conseguido atenuar del todo la llegada de la leche materna. No sabía qué hacer...me sentía confusa y sola, pues se me aconsejó en el hospital, no estimular las mamas de ninguna manera y no quitarme el sujetador deportivo en la medida de lo posible. Nadie se sentó a mi lado a valorar las opciones que tenía y cómo proceder ante la subida de la leche, incluido el factor psicológico.

Vino a mi mente la posibilidad de donar mi leche materna. Era algo vivo y bueno que Miguel había dejado en mí y no debía desaprovecharse bajo ninguna circunstancia. Pensé por un rato, los pros y contra de aquella decisión y definitivamente ganaban los aspectos a favor de la donación. Estaba convencida que Miguel estaría de acuerdo conmigo en donar la leche. Nace en mí una ilusión por donar lo bueno que mi hijo había dejado tras su paso por mi cuerpo... ¡gotas de vida! Seguro que habría niños prematuros a los que, por pocas que fuesen, les vendrían muy bien, en su lucha por sobrevivir y ganar la partida a la puñetera muerte.

Tenía dudas si habiendo tomado cabergolina, podría ser donante. Pregunté en el número de teléfono de urgencias 112 de Madrid, pero no lo sabían. Llamé a los hospitales de Villalba y Majadahonda, pero nadie sabía con quién remitirme para aclarar mis dudas.

Tomé paracetamol para el dolor y la fiebre y decidí ir con mi marido al día siguiente al Hospital donde había parido, pese a lo vivido, para informarme sobre las posibilidades de donación y me orientaran qué hacer con las mamas, cada vez en peor estado. Al poco de haber llegado, una matrona me ayudó a base paños fríos y calientes a reducir un poco el dolor y despejó mi duda sobre donar la leche, ¡sí se podía!

Hice cita al día siguiente en el Banco de Leche del Hospital Doce de octubre y me atendieron ese mismo día. Primero se interesaron por mí y lo que me había ocurrido. Me atendió la Dra. Clara Alonso, quien me explicó que mi perfil de donante, obviamente, no solía ser el habitual, pero que en el caso de que cumpliera con los requisitos generales, bien podría ser admitida como donante.

La atención de la Doctora Alonso, fue muy amable, primero quiso hablar de lo sucedido con mi pequeño Miguel, fue muy cercana. Le sorprendió que en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, nadie nos hubiese remitido a un grupo de duelo para padres, ni nos derivaran a ningún servicio psicológico de seguimiento. Nos comentó su interés por informarse de las próximas sesiones en el Hospital Doce de octubre y que nos diría más adelante la forma de acceder a esta atención profesional tan necesaria en nuestro caso. Posteriormente, nos contó cómo funcionaba la donación de leche materna y los requisitos que se debían reunir para ser donante.

Tras realizar la entrevista, se me practicó una analítica de sangre y se me explicó todos los pasos a seguir para una adecuada extracción de la leche para donar. Ese mismo día, pese a que debía esperar para saber si era admitida como donante, se me indicó que podía empezar a sacarme la leche y almacenarla. Para esto, se me facilitó todo el material necesario.

A los pocos días, recibí una llamada de la Dra. Alonso comunicándome la admisión como donante. También recibí en casa unos días después, una carta tipo donde se me comunicaba por escrito, dicha admisión, pero que por su contenido, era la misma que enviaban a madres con bebés nacidos vivos. Este hecho no me afectó mucho, pero si fui consciente de ello y me entristeció un poco, pero en seguida supuse que no era muy habitual, tener donantes de leche materna cuyo hijo hubiese fallecido, recientemente habían vuelto a retomar esa posibilidad en el banco de leche y era comprensible en cierta forma.

El proceso de extracción de la leche fue muy positivo para mí, mi entorno más cercano lo comprendía y me apoyaba. Pese a ello, también hubo amistades que no lo entendían y consideraban que lo único que quería era recrearme en mi dolor. Y sucedió, como casi siempre que tomo una decisión desde el corazón; todo lo contrario. Las extracciones de leche me daban una ocupación en mis días más tristes sin ser una forma de evasión. Me llenaba de esperanza saber que, si hacía todo correctamente, aquella leche iba a servir a muchos pequeñitos que por diversas razones no podían ser alimentados por sus mamás o necesitaban ayuda extra. No sentía en ningún momento que confundiese las cosas, y tenía la certeza y la paz de que mi hijo Miguel era mi aliado en aquel objetivo. Ni él ni yo tuvimos la culpa de lo ocurrido, por lo que hacer algo juntos por una buena causa, era una manera de proteger ese vínculo que creamos como madre e hijo desde que nos supimos juntos.

La entrega de biberones y la recogida de nuevo material, durante los casi dos meses que realicé la donación, fue siempre muy cómoda y no me importaba para nada la distancia de mi domicilio hasta el hospital, para hacerlo con gusto.

Algo muy positivo había en todo ese esfuerzo que me movía, me daba felicidad y sin saberlo, me ayudaba en mi duelo. Desde el Banco de Leche, todo fueron siempre facilidades, incluso para aparcar el coche en la puerta, pues salía una profesional con un carrito a recoger la leche a pie de rampa en el Área Materno Infantil para que no hubiese apenas ni que bajarse del coche o bien te facilitaban un pequeño descuento concertado con aparcamiento cercano. Todo se coordina telefónicamente y en función del número de biberones, se pueden llevar cada quince días.

Decidí dejar de donar la leche materna cuando después de la primera regla del posparto, tuve una disminución importante en la cantidad de leche que me extraía y vi, con cierto malestar, que era el momento de dejarlo. En el Banco de Leche, me habían dicho que el tiempo de donación

era voluntario y que si no me encontraba cómoda o ya no quería hacerlo podría dejarlo cuando quisiese.

De no haber disminuido de forma tan importante, la cantidad de leche, creo que hubiese continuado sin problema, pero éste hecho tan objetivo, me hizo darme cuenta que quizás mi cuerpo ya había cumplido su cometido natural.

La matrona de mi localidad, Pilar Toledano me ayudó mucho en este proceso, aplaudió mi decisión e incluso me fue comentando consulta tras consulta los beneficios para mi cuerpo y su recuperación, con la extracción de la leche. Me comentó por ejemplo, que al amamantar o extraer la leche se produce una liberación de oxitocina que ayuda a las contracciones del útero y a la estabilidad emocional, hay un menor sangrado durante el puerperio, la distensión del útero se va reduciendo progresivamente y es un factor de protección en futuro cáncer de mama.

Cuando tomé la decisión de dejarlo, mi matrona me aconsejó hacerlo poco a poco y fui paulatinamente reduciendo las extracciones diarias. Cuando estuve preparada, coordiné la devolución del material y los últimos biberones con el Banco de Leche. Como el día que disponía para entregar todo era víspera de festivo, tuve que ir al Área de Neonatos, porque el Banco estaba cerrado al público esa tarde. Allí, la pediatra de guardia me atendió muy amablemente y recogió todo el material y la leche.

El destino quiso que ese día, viese con mis propios ojos a los beneficiarios de mi donación, pues tuve que atravesar un largo pasillo con diversas salas donde estaban muchos bebés prematuros luchando por sus vidas en sus incubadoras. Al lado estaban padres y familiares cargados de esperanza y angustia a partes iguales y cuyos rostros no olvidaré jamás.

Estaré siempre agradecida a la Dra. Alonso del Banco de Leche del Hospital Doce de Octubre, a mi matrona Pilar Toledano del Centro de Salud Sierra de Guadarrama de Collado Villalba, a mi familia por sus cuidados en este momento tan delicado de mi vida. También a mi hijo Juan Antonio, porque con sus tres añitos fue capaz de acompañarme sin drama, preguntar sin miedo...pintando a mi lado, cuando me extraía la leche para otros bebes que tenían que crecer e intentaba asimilar con su corta edad, que su hermano se había ido al cielo para ser una estrella...

El proceso de donación de la leche ha sido, en mi caso y sin habérmelo planteado en un principio, una experiencia muy sanadora en mi duelo. Me permitió hacer una canalización positiva de

una parte de mi dolor, me ayudó en la integración de la pérdida de Miguel en mi historia personal, y generar un vínculo con otras madres donantes y los objetivos IHAN que comparto.

Ahora entiendo que mi fuerza en aquel momento venía del deseo de validar de alguna manera lo positivo que dejaba mi maternidad por Miguel y otorgarle de algún modo un significado y un sentido a ese despropósito que fue privarme de una vida sin él.

Como madre en duelo, en el Banco Regional de Leche del Hospital 12 de octubre de Madrid, encontré:

Acogida: por la atención telefónica y la facilidad de acceso desde el primer momento dada mi situación que fue comprendida de inmediato, sin cuestionamientos ni reservas.

Empatía: Escucha e interés por las circunstancias relacionadas con la muerte gestacional de mi hijo y mis necesidades sin atender como madre en duelo, pese a no ser el cometido del Banco.

Información: con claridad se me explicó todo lo relativo al proceso de donación, métodos de extracción, almacenamiento y medidas sanitarias a tener en cuenta.

Facilidades: tanto de acceso para la entrega de biberones, aparcamiento, disposición de todo el material necesario.

Acompañamiento: seguimiento telefónico regular y apoyo tanto para resolver dudas como para apoyar mi proceso de donación.

Respeto: no hubo nunca ningún tipo de valoración, respecto a mis circunstancias como madre en duelo, el trato fue siempre muy correcto. Me sentí siempre en pie de igualdad junto a otras madres donantes.

Reconocimiento: Agradecimiento, mediante carta formal en la que se informa del número de litros donados y los neonatos beneficiados. Así mismo, el uso de un lenguaje de texto adecuado a mis características como madre donante en duelo.

Inclusión: integración de mi experiencia como una donante más, en las actividades relacionadas con la proyección y extensión comunitaria del Banco coordinadas por su Directora Dra. Nadia Santiago, tales como el Concurso de Relatos Breves sobre experiencias de donantes de Leche Materna, participación contando mi experiencia en el X Aniversario del Banco Regional de Leche Materna, la celebración junto a otras mamás del Día Mundial de la Donación de Leche Materna e invitación a este

Congreso en Santiago, para compartir y hacer visible la experiencia y perspectiva de las madres que deciden donar en situación de duelo. Por lo tanto, una manera más de romper el silencio que acompaña la vivencia de estas experiencias tan traumáticas para las madres.

Esta experiencia, sin duda ha contribuido a que pueda integrar la pérdida de mi hijo Miguel en mi vida y me ha permitido afrontarla con otra perspectiva. Hoy por hoy trabajo todos los días, con el apoyo de muchas personas, entre las que están algunas psicólogas perinatales, madres y padres de la Asociación Umamanita y del Círculo de Padres y Madres en Duelo de Madrid, para recordarle cada vez con más amor y menos dolor.

Según supe después, por una carta de agradecimiento, que me remitió el Banco de Leche; mi donación ha beneficiado a 22 bebés. No sé, si por un día a todos o por varios días o quizás por unas horas... pero ha sido un regalo saberlo, un regalo con el que no contaba y que pude compartir con mi pequeño angelito Miguel y su hermano mayor Juan Antonio, leyéndoles aquella noche, el cuento **“Hermanos de Leche”**, en ese momento especial donde nos abrazamos con el alma y nos damos las buenas noches...

A modo de conclusión...

Con el deseo de que mi experiencia sirva para mejorar la calidad en la atención que reciben las madres en general y en especial las que pierden un hijo/a, deseo aportar las siguientes reflexiones:

1. La muerte de un hijo/a durante la gestación, el parto o al poco tiempo de nacer, no anula, ni incapacita el potencial de las mujeres para tomar decisiones sobre su puerperio y el modo que este ha de ser vivido. La maternidad de una madre en duelo, existe y acompaña a ésta, un potencial que no debe ser ocultado o anulado, per se.
2. Donar leche materna, es siempre un acto consciente de amor. Cuando fallece el bebé, ha de ser la madre quien decida, con un adecuado asesoramiento, ejercer o no este derecho en plena libertad, disponiendo para ello de toda la información posible, incluidas aquellas prácticas alternativas a la donación de la leche. Anular su participación o sus deseos es contraproducente para una resolución adecuada de su duelo en el futuro.
3. Han crearse protocolos específicos para éstos casos y generar espacios para su reflexión y puesta en marcha, aplicando criterios comunes que faciliten la información, la toma de decisiones de las madres y se evalúe las experiencias para retroalimentar y documentar los procedimientos que se hayan decidido para aprendizaje de toda la comunidad.

4. Donar leche materna tras la muerte de un hijo, no inhibe el proceso de duelo ni la intensidad del dolor que una madre haya de atravesar. Ahora bien, de acuerdo a mi experiencia como madre en duelo, considero que combinado con una historia vital resiliente por parte de la madre, puede ser un factor de protección frente a un puerperio complicado.
5. Entre todos/as podemos...#ROMPER EL SILENCIO

3. Donación de leche tras la muerte perinatal o del hijo lactante.

Posición de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana.

Carmen María Samaniego Fernández. Neonatóloga Hospital Universitario Río Hortega. Coordinadora del Banco de leche humana de Castilla y León.

RESUMEN:

La mayoría de bancos de leche españoles acepta la donación de leche extraída previa a la muerte del recién nacido o hijo lactante. Sin embargo es menor la experiencia con la donación realizada por mujeres que optan por extraer y donar su leche tras fallecer su hijo, sea intraútero, intraparto o tras el nacimiento.

Ante el interés mostrado por diferentes grupos de apoyo para el duelo, y las experiencias descritas por algunos bancos de leche en el territorio nacional, desde la Asociación Española de Bancos de Leche consideramos de interés analizar la situación y elaborar una posición común sobre la donación de leche tras la muerte perinatal.

Para ello vemos necesario profundizar en los siguientes aspectos: definición de muerte fetal, muerte neonatal y muerte perinatal, población implicada, fisiología de la lactancia y abordaje de la lactogénesis tras la muerte perinatal, escenarios posibles para la donación de leche, y relación de la lactancia y la donación de leche con la evolución del duelo.

Como punto de partida manifestamos nuestro apoyo por facilitar esta forma de donación, dado el potencial beneficio para las mujeres en duelo que deciden ser donantes, en las que está descrito que el acto de extraer leche y su donación contribuye de forma positiva al proceso del duelo, así como también por el beneficio para los receptores, dado que este tipo de donación facilita que los bancos de leche dispongan de mayor volumen de calostro, leche intermedia y prematura, de gran valor para su evolución y neurodesarrollo.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN:

DEFINICIÓN DE MUERTE FETAL, NEONATAL Y PERINATAL:

- **Muerte Fetal:** aquella que ocurre antes de la expulsión completa o extracción de la madre del producto de la gestación con independencia de las semanas de embarazo¹. A su vez se clasifica en tres periodos:
 - o Muerte fetal temprana: todas las muertes “in útero” de fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o 500 gr. Se refiere por tanto a los abortos.
 - o Muerte fetal intermedia: fetos muertos entre 22 y 28 semanas de gestación y/o entre 500 gr y 999 gr.
 - o Muerte fetal tardía: incluye las muertes fetales a partir de los 1000 gr de peso o mayores de 28 semanas.
- **Muerte Neonatal:** aquella que ocurre tras el nacimiento y antes de alcanzar los 28 días de edad². Se distinguen 2 categorías:
 - o Muerte neonatal precoz: transcurridos ≤ 6 días tras el nacimiento.
 - o Muerte neonatal tardía: transcurridos 7-27 días tras el nacimiento.
- **Muerte perinatal:** abarca la muerte durante el embarazo a partir de las 22 semanas de gestación y la muerte durante el período neonatal². Se diferencian:
 - o Muerte perinatal restringida: desde las 28 semanas hasta los 6 días post-parto
 - o Muerte perinatal ampliada: desde las 22 semanas hasta un máximo de 27 días post-parto.

Además nos parece relevante destacar la **muerte en la Unidad Neonatal**, no incluída en las anteriores definiciones. Puede ocurrir en el período de definición de la muerte neonatal, o posterior a él³.

POBLACIÓN IMPLICADA

Es necesario tener en cuenta dos problemas para el análisis de la mortalidad perinatal en España: la infradeclaración por no inscripción en el Registro Civil, especialmente frecuente entre las 22 y 27 semanas, y la variabilidad de la inclusión o no de los casos de interrupción del embarazo por motivos médicos a partir de la semana 22. Ambas cuestiones conducen a que los datos oficiales no representen la realidad de la mortalidad perinatal en España. Por otra parte, la calidad de los datos oficiales en cuanto al incumplimiento de campos y variables también dificulta su análisis².

Por todo ello no es posible conocer con exactitud la tasa de mortalidad perinatal en España, siendo necesario recurrir a estimaciones y ajustes. Paul Richard Cassidy² propone una variación del valor de la tasa de mortalidad perinatal en el año 2016 desde 5'1 por 1.000 nacidos según los datos oficiales, hasta 7'5 por 1.000 nacidos si se ajusta por el grado de infradeclaración y se incluyen las interrupciones con edad gestacional superior a 22 semanas, variando el total de casos de mujeres involucradas en la muerte perinatal desde 2.103 según los datos oficiales, a 3.080 casos según este ajuste.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA TRAS LA MUERTE PERINATAL

La lactancia es un proceso natural y fisiológico que comienza a partir de las 16 semanas de gestación y continúa después del parto con independencia del estado del recién nacido, y sin necesitar inicialmente que haya una intervención activa por parte de la madre. Estas dos etapas se denominan lactogénesis I y lactogénesis II. Posteriormente tiene lugar la galactopoyesis o lactogénesis III, que mantiene la producción de leche una vez iniciada la lactancia, siendo esta tercera etapa dependiente de la eficacia y frecuencia del vaciado de la mama⁴.

Una vez establecida la lactancia, si no tiene lugar el vaciado frecuente del pecho, la producción de leche disminuye hasta que la secreción desaparece por completo. Este proceso de inhibición natural de la lactancia es regulado por mecanismos de control local, como el factor inhibidor de la lactogénesis. Cuando

ocurre en los primeros días tras el parto puede cursar de forma asintomática, o provocar dolor e ingurgitación mamaria; cuando la lactancia está plenamente establecida y se finaliza de forma abrupta, la clínica de dolor e ingurgitación es más frecuente^{3,4}.

ABORDAJE DE LA LACTOGÉNESIS TRAS MUERTE PERINATAL

La mujer cuyo hijo fallece intraútero o intraparto presenta de forma fisiológica los cambios propios de la lactogénesis I y II, y en caso de que su hijo fallezca en el período postnatal, según el tiempo transcurrido tras el parto se podrá encontrar en la fase II o III de la lactogénesis. Por tanto, en todas las situaciones de muerte perinatal será preciso asesorar sobre los cuidados para facilitar la que la inhibición de la lactancia materna curse sin dificultades.

No existe una recomendación universal sobre la forma más eficaz para provocar la inhibición de la lactancia en aquellos casos en los que la madre decide suprimir la lactancia⁵, y es aún menor la evidencia en relación al manejo de la lactogénesis tras la muerte perinatal⁶.

Entre las medidas farmacológicas para la inhibición de la lactancia, el fármaco más utilizado hoy en día es la Cabergolina. Si bien no hay suficientes datos para demostrar que sea más seguro y efectivo que el uso de medidas no farmacológicas para la supresión de la lactancia postparto. Además en el caso de que la lactancia ya esté establecida, su eficacia se ve reducida. Por lo que en base a ello cada vez más matronas y médicos expertos consideran como primera opción el abordaje no farmacológico, mediante la realización de extracciones de leche de descarga y el alivio sintomático del dolor con antiinflamatorios⁶.

En este sentido la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva recomienda asesorar sobre la inhibición de lactancia o destete tanto natural como farmacológico tras una pérdida perinatal, para una posterior decisión por parte de la madre libre e informada⁷. Y así lo recogen también las Guías para la Atención Profesional a la Muerte Perinatal^{1,3,8,9}, destacando la importancia de informar a la mujer sobre las posibilidades para el manejo de la lactogénesis, y de respetar su

autonomía para decidir al respecto. Algunas madres desean la supresión inmediata al resultarles doloroso la asociación de la lactancia con la pérdida de su hijo, pero otras madres optan por destetar de forma natural o incluso mantener de forma activa la lactancia, por sentir la extracción de leche como una manera de mantener una conexión con su hijo fallecido, y encontrar alivio en ello.

Algunas de estas guías mencionan también la posibilidad de ofertar la donación de leche a un banco de leche^{1,3,8,9}, bien sea en el proceso de inhibición no farmacológica de la lactancia, o sin intención de inhibir la lactancia.

RELACIÓN DE LA LACTANCIA Y LA DONACIÓN DE LECHE CON LA EVOLUCIÓN DEL DUELO

Diversos estudios señalan cómo la lactancia materna y su manejo fisiológico tiene un efecto positivo para las madres en situación de duelo perinatal, y cómo la donación de leche puede ser un factor de apoyo y refuerzo para la elaboración del duelo^{6,10,11} Jessica Welborn¹⁰ exploró la experiencia de 22 madres en situación de duelo que donaron su leche al Banco de Leche de San José, encontrando que existen varios motivos para la donación en este contexto, los cuales pueden ser beneficiosos para el proceso del duelo. Aparte del acto altruista de ayudar a la salud de otro bebé, para muchas madres el acto de extraer su leche y donarla facilita integrar la pérdida en sus vidas, darle significado y afrontarla. Para otras mujeres la extracción de leche es una manera de validar su maternidad, y también una manera de mantener una conexión con su bebé, hecho importante para la elaboración del duelo.

Sin embargo, gran parte de estos estudios tienen como limitación incluir en su población sólo a aquellas mujeres que optan por la donación, y en ocasiones sólo aquellas mujeres que optaron por la donación y tuvieron una experiencia positiva.

En nuestro entorno recientemente se han publicado los resultados de una encuesta realizada por la asociación Umamanita¹², en la que se preguntaba a 734 madres cuyo bebé murió después de las 15 semanas del embarazo si habrían

donado su leche a un banco de leche en el caso de que fuera una posibilidad. En respuesta a ello, el 34% respondió “sí, definitivamente” o “sí, probablemente”, el 22% respondió “no, definitivamente” y el 43'9% respondió “no sé/ no estoy segura”.

POSIBLES ESCENARIOS PARA LA DONACIÓN DE LECHE

En el año 2014 el sistema de salud australiano publicó los resultados de su primera reunión de expertos sobre la donación de leche tras la muerte neonatal¹³, diferenciando cuatro situaciones:

1. Donación de leche extraída previa a la muerte
2. Donación de leche extraída cuando hay otro bebé lactante que vive: otro hijo, parto múltiple.
3. Donación de leche extraída durante el proceso de inhibición natural tras la muerte
4. Donación de leche extraída tras la muerte de un bebé, sin intención de inhibir la lactancia

En las tres primeras situaciones existió acuerdo unánime para aceptar la donación. Con la cuarta situación todos los miembros del equipo mostraron su conformidad salvo uno de ellos, que argumentaba la falta de investigaciones que determinarían el impacto psicológico y el bienestar experimentado por las madres y sus familias.

La mayor parte de las publicaciones sobre donación de leche tras la muerte perinatal son de origen americano^{14,15}, siendo habitual para muchos bancos de leche estadounidenses proporcionar información específica sobre donación para las madres en duelo. Es también conocido el abordaje de la Asociación Inglesa de Bancos de Leche, que especifica en su página web la posibilidad de donar en caso de muerte perinatal¹⁶. Recientemente la institución PATH ha publicado una Guía específica para el abordaje de la donación de leche en este contexto¹⁷

POSICIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BANCOS DE LECHE HUMANA.

CONCLUSIONES:

A la luz de los estudios disponibles y las experiencias de diferentes bancos de leche españoles con madres que manifiestan el deseo de donar su leche tras el fallecimiento de su hijo, la Asociación Española de Bancos de Leche muestra su apoyo a la donación de leche tras la muerte perinatal, adoptando los cuatro escenarios publicados por el sistema de salud australiano en el año 2014¹⁸.

Consideramos importante visibilizar esta forma de donación, facilitando información al respecto tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general.

No obstante, al mismo tiempo vemos necesario ampliar el conocimiento sobre la relación de la lactancia y la donación de leche materna con la evolución del duelo, evitando sesgos en la investigación derivados de incluir en la población de estudio sólo a aquellas mujeres que optan por la donación. Pensamos que los estudios se deben dirigir al total de la población de mujeres en duelo, de forma que las conclusiones puedan ser de aplicación para todas ellas.

En un sentido práctico, consideramos que esta forma de donación debe ser abordada por los profesionales que atienden a la mujer en duelo en las primeras horas tras el fallecimiento, desde el correcto asesoramiento sobre la inhibición de lactancia, informando tanto sobre la posibilidad de la supresión farmacológica, como por la posibilidad de que la supresión curse de forma natural, ofreciendo en este caso la opción de donar su leche si así lo desea. Así mismo, con objeto de facilitar la donación y evitar en lo posible las molestias para la mujer y su familia conviene que los profesionales responsables de la atención a la mujer tras la muerte perinatal actúen como interlocutores con el Banco de Leche más cercano.

Como reflexión final, comunicar nuestro apoyo para contribuir a ampliar el conocimiento sobre lactancia y duelo en colaboración con los diferentes profesionales sanitarios que participan en la atención de las mujeres y sus familias tras la muerte perinatal, dado su potencial beneficio para aquellas que deciden ser

donantes, así como también para los pacientes receptores de los Bancos de Leche.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. 2016.
2. Paul Richard Cassidy. Estadísticas y tasas de mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. Revista Muerte y Duelo Perinatal. 2018, Número 4.
3. Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención de la muerte perinatal y neonatal. 2009. Disponible en <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
4. Fisiología de la lactancia. En: Lactancia materna una guía para la profesión médica. Ruth A. Lawrence, Robert M. Lawrence. Sexta edición. Edición en español.
5. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database of Systematic reviews. 2012, Issue 9. Art no: CD 005937.
6. Cole M. Lactation after perinatal, neonatal, or infant loss. Clinical Lactation 2012, 3 (3): 94-100.
7. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (MSPSI). Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva. 2011.
8. Santos Redondo, P., Yañez Otero, A. y Al-Adib Mendiri, M. Atención profesional a la pérdida y el duelo perinatal durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud. 2015.
9. Guía de acompañamiento al duelo perinatal. Dirección General de Planificación en Salud. Cataluña. 2016.

10. Welborn JM. The experience of expressing and donating breast milk following a perinatal loss. *J Hum Lact* . 2012; 28 (4):506-510.
11. Sereshti M, Nahidi F. et al. An exploration of the maternal experiences of breast engorgement and milk leakage after perinatal loss. *Global Journal of health Science*. 2016. Vol 8 (9): 234-244.
12. Uceira Rey S., Rodríguez Blanco M. et al. Donación de leche materna tras la muerte perinatal y la situación en España. *Muerte y Duelo Perinatal*. 2017. Número 3: 20-25.
13. Carroll KE, Lenne BS, McEgan K, et al. Breast milk donation after neonatal death in Australia: a report. *International Breastfeeding Journal*. 2014; 9 (23).
14. Woo K, Spatz D. Human milk donation: what do you know about it? *MCN Am J Matern Nurs* . 2007; 32 (3):150-155.
15. Cole JCM, Schwarz J et al. Facilitating Milk donation in the context of Perinatal Palliative Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018 Jul;47(4):564-570.
16. The UK Association of Milk Banks (UKAMB). <http://www.ukamb.org/speaking-potential-donors>. Acceso: 16 de enero 2019
17. PATH. Strengthening Human Milk Banking: A resource toolkit for establishing and integrating Human Milk Banks- A Conunseking Guide for Engaging Bereaved Mothers. Seattle, Washington, USA: PATH; 2019.
18. Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH). <https://www.aebhlh.org/banco-de-leche/faqs>. Acceso: 25 de noviembre de 2018.

¿Qué puedo hacer con mi leche?

La donación de leche a través de un Banco de Leche permite alimentar con leche materna a aquellos bebés prematuros o enfermos que no disponen de leche de su propia madre.

Las mujeres cuyo hijo ha fallecido y oran su leche reflexionan que les ayuda y reconforta saber que de esta forma pueden contribuir al bienestar de otros recién nacidos.

Si dispones de leche extraída previamente, o si deseas realizar extracciones de leche para donar, consulta con tu Banco de Leche más cercano (www.geblh.org), donde se te informará cómo realizar la donación.

"Me reconforta profundamente pensar que muchos bebés, han recibido una ayuda fundamental (y también una parte de amor) para su recuperación, y que mi niño, allá donde esté, tiene unos hermanos de leche que podrán vivir una vida maravillosa..." (testimonio de madre donante).

Si para ti tiene sentido donar tu leche, estamos aquí para apoyarte

Asociación Española de Bancos de Leche Humana
www.aebhlh.org
91.3908811-91.3908198
a.e.bancódelechehumana@gmail.com

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE BANCOS DE
LECHE
HUMANA

Manejo de la Lactancia

Tras la muerte de tu hijo

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE BANCOS DE
LECHE
HUMANA

¿Por qué mis pechos tienen leche si mi hijo/a ya no la necesita?

De forma natural tras la expulsión de la placenta se producen cambios hormonales que estimulan la producción de leche materna.

Este fenómeno tiene lugar aunque el bebé fallezca durante la gestación o al parto. La producción de leche comienza a los 3-5 días tras el parto, siendo común haber iniciado por ingurgitación del pecho (presión o calor del mismo, gotas de leche, sensación de febril o malestar).

Si amamantabas a tu hijo/a te venían leche de forma regular antes de su fallecimiento, continúa produciendo leche y al abandonar de forma brusca su lactado tus pechos se ingurgitarán.

¿Qué puedo hacer al respecto?

Si realizas extracciones frecuentes de leche tus pechos mantendrán la producción de leche y aliviarás las molestias incómodas.

Si no realizas ninguna extracción, o reduces su frecuencia de forma progresiva, tus pechos dejarán de producir leche. Este proceso puede llevar varios días.

Quiero extraer mi leche

Para algunas mujeres el acto de extraer su leche es una forma de mantener una conexión con su hijo y encontrar en ello una ayuda para afrontar el proceso de duelo tras su muerte.

Puedes realizar la extracción de leche de forma manual o con un extractor. Si deseas iniciar la lactancia, te ayudarán la estimulación precoz tras el parto o cesárea y la constancia con las extracciones. A veces a más a más.

Para mantener la lactancia establecida, te ayudará realizar extracciones frecuentes y vaciar el pecho por completo en cada extracción.

La leche extraída puede además ser donada a un Banco de Leche si así lo deseas y hasta cuando lo quieras.

Donar tu leche puede ayudar a un bebé que lo necesita.



No quiero extraer mi leche

Si no realizas ninguna extracción, tus pechos dejarán de producir leche.

Si la lactancia estaba establecida, no es conveniente la interrupción brusca del vaciado del pecho. Es preferible una disminución progresiva del número de extracciones y reducir sólo la cantidad de leche necesaria que te alivie.

El cese de la lactancia puede darse varios días. Puedes recurrir con la toma de medicación supresora de la producción de leche. Consulta con tu médico o matrona si así lo deseas.

Si tienes molestias por ingurgitación, te pueden ayudar:

Ver de un sujeción que recoge todo el pecho pero que no apriete.

Dejar una pequeña cantidad de leche, según lo necesites para aliviar la tensión. Resulta así aplicar una ducha caliente o aplicar compresas calientes, y masajear el pecho previo a la extracción para facilitar la salida de la leche.

Si persisten las molestias tras la extracción, se puede aliviar aplicando hojas de col o bolsones de gel frío alrededor del pecho, y/o tomar antiinflamatorios.

MESA 5: INVESTIGANDO EN LACTANCIA

1. Secuenciación de DNA y RNA bacteriano en la leche de mujeres con y sin mastitis. Hay diferencia ?.

Alejandro Mira Obrador. Biólogo. Fundación FISABIO Valencia. Doctor en Microbiología por la Universidad de Oxford. Realizó investigación en EEUU y Suecia para regresar en el 2003 a España, donde aplicó técnicas de secuenciación masiva al estudio del microbioma humano, incluyendo muestras de boca, intestino, estómago, vías respiratorias y leche materna, donde ha descrito las poblaciones bacterianas asociadas a salud y enfermedad.

Alex Mira, Maite Hernández, Alba Boix, M. Carmen Collado

La leche materna contiene una gran cantidad de microorganismos de forma natural, y nuestro grupo ha contribuido a identificar dichos organismos mediante estudios de ADN en la leche de madres sanas. En el caso de las mastitis aguda, el cultivo de organismos patógenos como *Staphylococcus aureus* ha sido documentado, pero en el caso de mastitis subagudas, los datos son más escasos y la naturaleza de la etiología no está clarificada. En los últimos dos años, hemos analizado el ADN (material genético total) y ARN (material genético activo) en muestras de leche materna de madres con mastitis subaguda antes y después del tratamiento, así como de madres sanas (controles). Los datos apuntan a un aumento de la carga bacteriana en un orden de magnitud, así como a una disminución de la diversidad bacteriana en los casos de mastitis subaguda. El análisis del ADN y el ARN sugieren una etiología polimicrobiana que incluye no sólo *Staphylococcus* sino también otros organismos, como *Lactobacillus* y varias bacterias que son habitantes típicos de la cavidad oral. La secuenciación masiva del ADN y el ARN de las muestras de leche indican además que la situación de disbiosis se recupera parcialmente tras la eliminación de los síntomas clínicos. Por último, cuando células mamarias epiteliales son expuestas a las muestras de leche de madres con mastitis subaguda, se produce un aumento en la producción de la molécula proinflamatoria IL-8 comparado con la exposición a madres sanas. Los datos por tanto confirman un origen infeccioso en las mastitis subagudas.

2. Leche materna en el tratamiento del cáncer.

Catharina Svanborg. Licenciada en medicina. Doctora en medicina. Profesora de Inmunología Clínica en la Universidad de Lund desde 1989, en la actualidad profesora senior. Jefa de sección de microbiología, inmunología y glicobiología. Instituto de Medicina de Laboratorio. Universidad de Lund.

El descubrimiento de HAMLET identificó un nuevo tipo de molécula que mata el cáncer, que no ha sido descrito previamente. Muchas propiedades de HAMLET son inesperadas y desafiantes: la estructura modificada de la proteína y la presencia de un ácido oleico, el amplio efecto contra muchos tipos de células tumorales y el alto grado de selectividad por las células tumorales. Al mismo tiempo estas propiedades hacen de HAMLET un candidato a un nuevo fármaco, que hasta ahora ha demostrado una alta eficacia en estudios clínicos y modelos animales. Los estudios clínicos han mostrado que HAMLET es activa contra el cáncer de vejiga, ya que las inyecciones locales de HAMLET causaron la eliminación de células tumorales en

orina. HAMLET , hasta ahora, ha mostrado que no tiene efectos secundarios y la sustancia podría ser producida con un método de producción relativamente simple. La seguridad y eficacia del fármaco candidato de Hamlet Pharma, Alpha 1 H, está siendo investigado en pacientes con cáncer de vejiga. Un estudio de un centro, randomizado, doble ciego en pacientes con cáncer de vejiga no músculo invasivo está actualmente en curso en pacientes con cáncer vesical. El estudio compara Alpha 1 H y placebo y determinará la seguridad y eficacia de Alpha 1 H midiendo resultados como tamaño tumoral, muerte celular, así como con criterios de valoración moleculares. Pronto serán publicados los últimos datos sobre seguridad (farmacovigilancia), tolerancia, farmacocinética, farmacodinamia de Alpha 1 que evalúan la eficacia de Alpha 1 H como un fármaco contra el cáncer.

MESA 6: ENCUENTRO GRUPOS DE APOYO

1.Evidencias de la eficacia del trabajo de los grupos de apoyo en la promoción de la lactancia materna.

M^a Pilar Sebastián Vicente. Enfermera. Pedagoga. Profesora Asociada de la Facultad de Educación Universitaria de Murcia. Responsable de la asignatura de Educación para la salud y promoción de la calidad de vida.

Los grupos de apoyo a la lactancia materna, como grupos de ayuda mutua en salud, son considerados como iniciativas de promoción de la salud de especial relevancia. Su protagonismo y presencia social ha crecido exponencialmente en las últimas décadas convirtiéndose en un apoyo educativo y emocional para la madre lactante.

En este trabajo profundizaremos en la realidad de los grupos de apoyo a la lactancia materna, analizando en qué medida estas iniciativas contribuyen a la mejora de la salud materno infantil, y en concreto a obtener lactancias más duraderas y satisfactorias.

Para ello, primero hablaremos de las iniciativas de apoyo mutuo en salud, en concreto de los GALM (trayectoria, objetivos y funciones). En segundo lugar abordaremos las evidencias científicas que nos muestran la eficacia del apoyo madre a madre y la contribución de los GALM a la mejora del bienestar y la calidad de vida de las madres y niños/as.

Como **conclusiones** y, fruto los estudios consultados, se puede afirmar que los GALM son importantes herramientas de promoción de la salud en la comunidad ya que se constituyen como espacios donde la mujer/madre satisface sus necesidades formativas, emocionales y de apoyo y acompañamiento, y que, a partir de la capacitación para la salud individual y comunitaria, contribuyen al bienestar de las madres y los niños/as, mejorando la duración y experiencia de la lactancia materna.

1. LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA COMUNIDAD

La lactancia materna es beneficiosa tanto para la salud del bebé como de la madre, además de contar con otras ventajas para la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Pero pesar de los beneficios probados de la lactancia materna, y de lo intensos esfuerzos realizados por algunos organismos internacionales como la OMS, las tasas de inicio, y sobre todo, de mantenimiento de la lactancia materna, están muy lejos de lo esperado y recomendado por estos mismos organismos, considerándose, hoy en día, un problema de salud pública a nivel mundial.

Para que ésta se dé con éxito y pueda convertirse en un derecho de toda mujer que libre e informadamente lo haya elegido, se precisan esfuerzos gubernamentales y de la sociedad en su conjunto, especialmente desde sectores socioeducativos y sanitarios, para recuperar una verdadera “cultura del amamantamiento”.

En orden a su establecimiento, las mujeres precisan conocimientos (información y formación) y apoyo emocional e instrumental real, siendo la promoción de la salud una herramienta incuestionable para la mejora de la calidad de vida de las madres y sus bebés.

Entre las acciones de promoción y apoyo a la lactancia materna destacamos:

- las relativas al establecimiento de políticas sanitarias a favor del amamantamiento y protección de la maternidad.
- la capacitación de los profesionales sanitarios por el deber que tienen de ofrecer información y asesoramiento eficaz en relación al amamantamiento y ante los obstáculos o dificultades que puedan surgir.
- la formación y ayuda a las madres para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna para que una vez orientadas, aconsejadas y apoyadas, puedan elegir libremente cómo alimentar a sus hijos.

Esta última se puede dar desde los servicios de salud o desde otras instancias no profesionales, como las consejeras de lactancia o los grupos de apoyo a la lactancia materna. El asesoramiento y apoyo de otra madre con la suficiente formación y experiencia en lactancia materna presenta características que lo convierten en un importante recurso a tener en cuenta, ya que parten de una posición igualitaria y una vivencia compartida.

Tradicionalmente, los conocimientos y vivencias sobre el embarazo, parto y puerperio, eran transmitidos de madres a hijas, o entre mujeres de la misma familia o entorno, por lo que no era necesario ningún otro tipo de apoyo emocional externo. Pero en la sociedad actual las

redes de apoyo entre mujeres se han perdido o están muy debilitadas. En general, hoy en día las mujeres se enfrentan a la maternidad solas y sin referentes cercanos, dentro de una sociedad en que la maternidad está bastante desvalorizada y superficializada¹. En este contexto, es en el que surgen los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM), como grupos de ayuda mutua en salud que surgen espontáneamente de la ayuda madre a madre.

Los grupos de ayuda mutua (GAM) y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud (AS), constituyen un sector que ha conseguido una presencia importante en los últimos años, de tal manera que ya no es posible describir el sistema de atención a la salud sin hacer referencia al ámbito asociativo. Los GAM y AS son formas asociativas que se sitúan entre la auto-atención doméstica y el ámbito institucional de la salud, creando (sobre todo los GAM) formas horizontales de ayuda recíproca y espacios de autocuidado y auto-atención, como alternativa a los grupos primarios que tradicionalmente desempeñaban estas funciones (familia, vecindario, etc.)². Estos grupos, muestra de la participación comunitaria en salud, aparecen como necesidad sentida y expresada por la propia comunidad, y como respuesta a un vacío no cubierto por los servicios profesionales. Además suponen una nueva forma de entender la salud individual y colectiva, presentándose como alternativas potenciales a la medicalización imperante de la vida y un camino hacia la autogestión de la salud. La sociedad demanda una mayor participación en la gestión y control para la satisfacción de las necesidades básicasⁱ, y desde este sentir, van surgiendo movimientos asociativos que desde lo local se organizan para dar respuesta a los problemas de la vida cotidiana, y en concreto a las necesidades de salud.

La participación comunitaria ha sido una preocupación constante de la OMS y se hace alusión a ella en todas y cada una de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud (Ottawa³, 1989; Yakarta⁴, 1997; México⁵, 2000; Bangkok⁶, 2005), en las que recomienda, entre otros asuntos, el desarrollo de recursos humanos y la creación de redes y asociaciones para el apoyo mutuo y el desarrollo personal.

Los Grupos de madres para el apoyo a la lactancia materna, enmarcados dentro de los GAM y compartiendo sus señas de identidad, son considerados, hoy en día, iniciativas de participación comunitaria en salud de especial relevancia. Su protagonismo y presencia social ha crecido exponencialmente en la última década convirtiéndose en un apoyo educativo y emocional para la madre lactante, así como en un instrumento de reivindicación del derecho a poder amamantar.

En este trabajo profundizaremos en la realidad de los grupos de apoyo a la lactancia materna, analizando en qué medida estas iniciativas contribuyen a la mejora de la salud materno infantil, y en concreto a obtener lactancias más duraderas y satisfactorias.

Para ello, primero hablaremos de las iniciativas de apoyo mutuo en salud, en concreto de los GALM (trayectoria, objetivos y funciones). En segundo lugar abordaremos las evidencias científicas que nos muestran la eficacia del apoyo madre a madre y la contribución de los GALM a la mejora del bienestar y la calidad de vida de las madres y niños/as.

2. LOS GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM)

Se denominan Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) a un movimiento social, surgido a mediados del siglo XX, formado por grupos y colectivos que ofrecen apoyo a las mujeres que desean amamantar. Los GALM constituyen en su estructura un grupo de ayuda mutua (GAM) y, por tanto, comparten con éstos sus características básicas, sus señas de identidad y sus objetivos y funciones. Es decir, cuando hablamos de un GALM, hablamos de un grupo de personas, que de forma voluntaria, se juntan para apoyarse mutuamente y conseguir un propósito determinado, que en este caso, consiste en amantar exitosamente y disfrutar de esta vivencia. Los GALM están formados por personas que compartiendo una misma situación conflictiva (iniciar y mantener la lactancia materna), se juntan libremente y sin la supervisión de ningún profesional sanitario, para satisfacer unas necesidades comunes, superar dudas y dificultades, compartir experiencias o bien conseguir cambios personales y sociales.

El motivo que lleva a cada madre a incorporarse a un grupo de ayuda mutua puede ser muy diferente de una a otra, pero detrás de la mayoría de los casos está la falta de apoyo y respaldo ante su decisión de amamantar. Las participantes de un grupo tienen oportunidad, no solo de hablar de los motivos, los deseos y las expectativas que las han llevado a reunirse, sino también de sus preocupaciones, angustias, dudas y dificultades. Las mujeres, embarazadas o madres lactantes, acuden a los grupos en busca de información, de ayuda para solucionar algún problema o dificultad surgida, de asesoramiento para prevenir posibles problemas, o de apoyo emocional. También aparecen madres a las que todo les va bien y quieren compartir su experiencia con otras madres, aunque es más frecuente que una madre no se plantee asistir a un grupo de apoyo hasta que se encuentra con una duda o dificultad entre manos.

“La finalidad de las asociaciones de ayuda entre madres es facilitar espacios de libertad a las mujeres para vivir la maternidad como desean desde lo más profundo de su ser.”⁷

El objetivo esencial de los GALM es apoyar a toda mujer que desee amamantar. Como objetivos más concretos de estos grupos, recogemos los aportados por Otero⁸:

- Aumentar la autoestima materna sobre su capacidad para amamantar.
- Incrementar los conocimientos de las madres sobre lactancia materna.
- Ayudarles a superar las dificultades que se presentan, contribuyendo a la adquisición y difusión de técnicas adecuadas para la lactancia materna.
- Concienciar a la sociedad de que amamantar es un derecho y que toda mujer debería tener la posibilidad de ejercerlo; si ese es su deseo.
- Crear un clima en el que se apoye con entusiasmo la lactancia materna.
- Colaborar con los profesionales sanitarios en la promoción, difusión y apoyo a la lactancia materna.
- Favorecer y exigir el cumplimiento de la legislación vigente

Entendiendo las características y señas de identidad expuestas, es fácil distinguir estos grupos de apoyo mutuo de otros grupos dirigidos a madres para ayudarlas en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Los grupos para madres o talleres de lactancia están coordinados por profesionales sanitarios, habitualmente formados y entrenados en lactancia, con o sin experiencia propia. Su papel en el grupo es el de experto poseedor de información y conocimiento y, aunque en ocasiones puedan realizar esta tarea de forma altruista, su trabajo suele formar parte de un programa o servicio desarrollado por el sistema de atención a la salud⁹. Estos grupos representan una interesante iniciativa de apoyo y promoción de la lactancia materna, pero no deben ser confundidos con los GALM, en los que son las propias madres las que coordinan y dirigen el grupo, desde las bases de la reciprocidad y la horizontalidad.

Como en cualquier GAM, en los grupos de apoyo a la lactancia materna, se hace especial hincapié en la interacción personal y en la asunción de responsabilidades por parte de los miembros del grupo, aunque normalmente en muchos GALM, existe una figura de coordinadora, monitora o asesora, representada por una o varias mujeres que comparten dicha responsabilidad, y que poseen suficiente experiencia en lactancia materna y los conocimientos necesarios (acreditados o no acreditados) para el apoyo a otras madres. Si bien es cierto, que existen diferencias en la organización y forma de funcionamiento de estos grupos, también es cierto que todos ellos (grupos aislados, grupos federados o pertenecientes a organismos internacionales), comparten una filosofía común: la cooperación y el apoyo mutuo entre madres para una feliz crianza y lactancia materna.

3. EFICACIA DEL APOYO MADRE A MADRE

La OMS, reconoce en varias ocasiones la función y eficacia de los GALM, hecho que queda patente en la Declaración OMS/UNICEF¹⁰, resumida en los *Diez pasos para una feliz lactancia natural*, donde se recomienda en el paso diez: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica, así como en el documento *Pruebas científicas de los Diez Pasos* (OMS, 1998), donde se recogen evidencias científicas de los efectos positivos sobre la lactancia materna del apoyo de los grupos de madres. Posteriormente, en la Estrategia Mundial de alimentación del lactante y del niño pequeño¹¹, se destaca la necesidad de velar por que las redes de apoyo de base comunitaria sean acogidas de forma favorable dentro sistema de atención a la salud y, además, se reconoce el importante papel que los grupos de apoyo entre madres, junto a otras iniciativas de apoyo comunitario, pueden desempeñar en la aplicación de los propósitos y objetivos de esta estrategia.

La literatura científica demuestra que las madres que reciben información y apoyo de otras madres, bien por promotoras de lactancia o por grupos de apoyo, han amamantado por más tiempo y de modo más exclusivo que las madres asesoradas sólo por profesionales. (Estudios de Morrow¹², Sikorski¹³, et. al. y Chung, et. al.¹⁴). Estos apoyos a menudo resultan ser más eficaces que los de los profesionales de salud porque cuentan con una mayor competencia, experiencia, y suelen adoptar una actitud menos paternalista, dedicando más tiempo a las madres.

Los primeros estudios que avalan la importancia de la ayuda madre a madre se realizaron en la década de los años setenta del pasado siglo comparando grupos de madres lactantes que se reunían con la Liga de la Leche, con otro grupo de madres que no tenía este apoyo. La socióloga Alice Ladas¹⁵ pudo demostrar que las mujeres que se reunían tenían más confianza en ellas mismas, beneficiándose de recibir una información adecuada, así como apoyo individual y en grupo. Posteriormente, un estudio transversal, realizado en Estados Unidos¹⁶, encontró que las madres afiliadas a la Liga de la Leche tenían más probabilidades que las no afiliadas de dar el pecho a demanda en el hospital (60 frente a 29%) y de retrasar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 o 6 meses (87 frente a 31%). Otros estudios similares avalan la eficacia del apoyo por parte de promotoras y consejeras de lactancia sobre la exclusividad y duración de la misma. La asistencia y el apoyo de promotoras de lactancia se asociaron significativamente con la lactancia materna exclusiva y con un aumento de duración de la misma.

En el informe *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*¹⁰, se describen hasta nueve estudios, publicados entre 1991 y 1998, que evalúan el apoyo por consejeras o promotoras de salud de la comunidad, a veces en conjunción con profesionales de la salud, y otras veces como intervención aislada. Prácticamente todos los estudios hallaron un aumento de la lactancia materna exclusiva o parcial, medida hasta los seis meses después del parto. Especialmente relevantes son las investigaciones de Burkhalter y Marín de 1991 y Leite y cols. En 1998. El primero estudiaba grupos de madres de diversa procedencia en Chile que recibían apoyo prenatal y posnatal, concluyendo que a los seis meses los grupos de intervención tenían tasas significativamente más altas de lactancia materna completa. El segundo estudio realizado en Brasil, indicaba que las promotoras de la comunidad aumentaban las tasas de lactancia materna al mes. Este mismo informe, concluye afirmando que:

“Es urgente estudiar con mayor detalle el potencial de los grupos de madres y promotoras comunitarias. Puede que sean más capaces que los servicios de salud de ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades” (OMS, 1998, p. 85).

De esta afirmación, se destaca la necesidad de impulsar investigaciones de calidad que pongan de manifiesto el papel que estas figuras comunitarias ejercen sobre la promoción de la lactancia materna.

En los últimos años se han desarrollado una serie de revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre apoyo al amamantamiento que refrendan todas estas conclusiones y alientan a la realización de más investigaciones al respecto para mejorar las tasas de lactancia materna. La revisión Cochrane, realizada por Britton y colaboradores¹⁷ en 2007, analiza la eficacia de los distintos proveedores de apoyo (profesionales, iguales, o combinación de los anteriores) sobre la lactancia materna. La revisión identifica 34 estudios procedentes de 14 países, y concluye que el apoyo combinado ofrecido por profesionales y legos resultó ser eficaz para prolongar la lactancia materna, y reduce significativamente la interrupción de la lactancia, especialmente en los primeros dos meses. Otro estudio, publicado en 2009 por García y Esparza¹⁸, y que tenía por objetivo evaluar el efecto sobre la prevalencia de la lactancia materna de las intervenciones iniciadas en atención primaria de salud, mediante una revisión sistemática previa, concluye diciendo que las intervenciones combinadas previas y posteriores al nacimiento y con apoyo de personal diferente al sanitario podrían ser las más beneficiosas. En este estudio se evidencia que el apoyo de personal no sanitario (consejeras de lactancia)

aumenta de forma significativa el porcentaje de cualquier tipo de lactancia materna. Los mayores efectos se asocian a mayor duración de la lactancia materna.

Por último, un meta-análisis realizado por García Méndez¹⁹ en 2010, sobre la eficacia de los programas de apoyo a las madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna, establece que los programas de apoyo ejecutados por personal lego (asesoras en lactancia, consejeras comunitarias, etc.) resultan eficaces sobre la duración de la lactancia materna exclusiva.

Todas estas investigaciones, avalan la eficacia de la ayuda mutua entre mujeres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Pero lo cierto es que existen pocos estudios que profundicen en la realidad de los GALM en nuestro entorno sociocultural, desde abordajes más amplios y que nos permitan conocer su función y eficacia como grupos promotores de salud.

4. LOS GALMS Y SU CONTRIBUCIÓN A LA SALUD

Desde este planteamiento, se articula un estudio realizado en la Región de Murcia²⁰, en el que se trata de analizar en qué medida los GALM contribuyen, a partir de la capacitación para la salud individual y comunitaria, al bienestar de las madres y los niños/as, mejorando así su calidad de vida y por ende la de la comunidad en la que viven. El estudio de tipo cualitativo descriptivo, recoge información de dos tipos de informantes; por un lado de 14 mujeres, que en ese momento realizaban funciones de coordinación de los quince GALM existentes en la región en el periodo de estudio, y a las que se le realizó una entrevista; y por otro lado de 85 mujeres participantes de los grupos, que de forma voluntaria, previa información, cumplimentaron un cuestionario. Las mujeres participantes en el estudio eran en su mayoría madres de entre uno y cuatro hijosⁱⁱ, lo que supone que se recogió información sobre 152 experiencias de maternidad y crianza

Como resultados del estudio encontramos tasas de lactancia materna, tanto exclusiva (4,66 meses) como complementarias (18,86 meses), mucho más prolongadas de lo habitual, si las comparamos con las tasas de lactancia materna tanto en nuestra región como a nivel estatalⁱⁱⁱ. Además, se evidencia un aumento en la duración de la lactancia materna en los segundos y posteriores hijos (5,80 meses de lactancia exclusiva y de 37,66 meses lactancia complementaria) hecho relacionado, en la mayoría de los casos, con la formación de las madres y su contacto con un grupo de apoyo. Estos datos coinciden con otro estudio²¹ posterior realizado también en la Región de Murcia en el que se afirma que las redes de apoyo, formales e informales, influyen positivamente en la lactancia materna. Se comprueba que las

mujeres que acudieron a un grupo de apoyo a la lactancia, lactaron durante más tiempo y se encontraban más satisfechas que las que no habían acudido a ellos^{iv}.

En cuanto a la vivencia de la lactancia, en líneas generales, la mayoría de las madres entrevistadas la describen como muy buena y gratificante, como algo que les ha aportado felicidad a ellas y a sus hijos. Cuando se profundiza en la vivencia de la lactancia materna, también se exponen dificultades y problemas, más comunes en las descripciones que se hacen de la experiencia de la lactancia materna con los primeros hijos, sobre todo, si se carece de información adecuada o de apoyos reales. Las mujeres nombran a los GALM o personas vinculadas a ellos, como la principal fuente de apoyo, seguidos de la pareja o marido

Según las mujeres encuestadas el grupo les ha proporcionado conocimientos en lactancia materna (muchos o bastantes conocimientos 95,3%/ media= 4,7), habilidades prácticas (muchas o bastantes 85,9%/ media=4,5) y apoyo emocional (mucho o bastante apoyo 90,5%/ media 4,6).

En relación a la influencia concreta que esta tiene en la salud y bienestar de las madres, se destaca la contribución del GALM a la salud mental y emocional de las mujeres que participan en él. También se destacan los beneficios que la LM prolongada, aspecto que favorece el grupo, tienen para la salud física de las mujeres. Las mujeres entrevistadas consideran que los GALM aumentan la confianza y seguridad en ellas mismas, y en su capacidad de amamantar, otorgándoles mayor fortaleza ante las presiones sociales, familiares y sanitarias.. Estas afirmaciones son respaldadas por las mujeres encuestadas que afirman que tras su participación en el grupo tienen más confianza en su capacidad de amamantar (media de respuesta de 4,55 sobre 5) y ésta ha facilitado su papel como madres (media de respuesta de 4,4 sobre 5), mejorando, por tanto, su bienestar personal.

También existe un amplio consenso, en la consideración de que el grupo contribuye a la salud y bienestar de los bebés. Concretamente, al preguntar a las mujeres sobre si la experiencia vivida en el grupo influirá positivamente en la salud de su bebé y en su bienestar como mujer, las mujeres otorgan puntuaciones muy elevadas, ya que el 94,1% y el 93% respectivamente, afirman que influye mucho o bastante, situándose las medias en 4,6 para la influencia positiva en la salud del bebe y 4,5 para el bienestar como mujer. Las madres relacionan la participación en un GALM con un crecimiento sano y completo de sus bebés y con una crianza feliz. Esto es así porque, por un lado el bienestar de las madres repercute positivamente en el bienestar de sus hijos y en el establecimiento de vínculos afectivos sanos,

por otro lado porque el papel del GALM como promotor de lactancias maternas prolongadas supone un beneficio para la salud física y emocional del bebé a corto y largo plazo.

Como **conclusiones** del citado estudio se constata que la influencia de los GALM en la salud y bienestar de las madres y sus bebés es, según se desprende de la investigación, claramente positiva. Esta apreciación contrasta con la falta de aceptación y valoración social de la función de los GALM, que por su parte, está íntimamente relacionada con la falta de valoración y aceptación de la propia lactancia materna y de algunas prácticas de crianza asociadas a ella.

“Si las madres y las criaturas viven plenamente la lactancia materna, los grupos de interés de ámbito mundial pierden un importante beneficio económico y, por este motivo la lactancia materna se ve presionada por la lógica perversa del progreso y se hace invisible su dimensión económica, como sistema de ahorro para las familias, la sociedad y la sanidad.”²²

Se puede afirmar que los GALM se constituyen, hoy en día, como espacios donde la mujer/madre satisface sus necesidades formativas, emocionales y de apoyo y acompañamiento, mejorando la duración y vivencia de la lactancia materna. Además, mediante la capacitación individual y colectiva, los grupos de madres contribuyen a la salud individual y colectiva, convirtiéndose en importantes iniciativas de promoción de la salud en la comunidad en pro de recuperar la cultura del amamantamiento.

ⁱ Esta tendencia, se observa tanto en países con políticas sanitarias conservadoras, como en países en los que se han desarrollado Sistemas Nacionales de Salud. Un exponente claro de estas tendencias se encuentra en el estudio sobre la prensa local de EEUU, realizado por Naisbett en 1996 y citado por López (2000).

ⁱⁱ Un pequeño porcentaje (9,5%) de mujeres acudió a las reuniones estando embarazadas y sin hijos previos.

ⁱⁱⁱ En España según la Encuesta Nacional de Salud (2006) a los seis meses de edad sólo el 24,72% de los bebés recibe lactancia natural (ni mixta, ni complementaria), siendo esta cifra inferior en la Región de Murcia que se sitúa en el 20,14%. En Europa sólo el 14% de los niños recibe LM exclusiva a los seis meses, el 41% LM y alimentación complementaria entre los 6 y 9 meses, y sólo 23% continúan con LM a los 23-26 meses. (UNICEF, 2004)

^{iv} . Las mujeres que acudieron a un grupo de apoyo a la lactancia, han lactado de 1-2 años (RS= 2,4) o más de 2 años (RS= 4.0), mientras que las que no, tan sólo han dado el pecho 1 mes (RS= 2,7) o de 5-6 meses (RS= 2,4) ($\chi^2 = 31,045$, $p < 0,0005$). (pag. 159). Las madres que con diferencia están más satisfechas, son las que han acudido a un grupo de apoyo a la lactancia (RS=3,3), mientras que están solo satisfechas, insatisfechas o muy insatisfechas, las que no han acudido a tales grupos ($p = 0,004$). (Baño, 2016, p.160)

BIBLIOGRAFÍA

-
1. Sebastián Vicente, M Pilar. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. En: Massó Guijarro, Ester: *Mamar: mythos y logos sobre lactancia humana. Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2017; nº 24:
 2. Canals Sala, Josep. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 2003; 3 (1), pp. 71- 81.
 3. OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 1986. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.
 4. OMS. *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. 1997. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.
 5. OMS. *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. V Conferencia de promoción de la salud. Mexico: OMS; 2000.
 6. OMS. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. 2005. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/.pdf>.
 7. Blázquez García, María Jesús. El nacimiento de una asociación es como el nacimiento de una criatura. 25 años de Vía Láctea". *Vía Láctea*. 2012. Disponible en: <http://www.vialactea.org>.
 8. Otero Solloso, Margarita. Relactación y lactancia inducida. En: Aguilar, María José. *Lactancia materna*. Madrid, Elsevier, 2005; pp. 546- 554.
 9. Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna. *Lactancia materna. Recursos para asesoras y grupos de apoyo*. Barcelona: FEDECATA; 2008.
 10. OMS . *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra, OMS: 1998. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf.
 11. OMS. *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra, OMS: 2003.
 12. Morrow, Ardyt; Guerrero, María Lourdes; Shults, Justine; et al. Efficacy of home- based peer counselin to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lance*; (354), 1999: pp. 161-162.
 13. Sikorski, Jim; Renfrew, Mary; Pindoria, Sima; Wade, Angela. Support for breastfeeding mother. *The Cochrane Library* (3). Oxford: Update Software Ltd; 2002.
 14. Chung, Mei; Raman, Gowri; Trikalinos, Thomas; Lau, Joseph.; Ip, Stanley. Interventions in Primary care to promote breastfeeding: an evidence review for de U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern. Med.*, 149; 2008: pp. 565-82.
 15. Ladas, Alice. How to help mother breast feed. *Clin Pediatr*, 9;1970: pp.702- 707.
 16. Meara, Hannah. La Leche League in The Unitet States: A key to successful breastfeeding in a non supportive culture. *Journal of Nurse midwifery*, 21 (1); 1976:, pp. 20-26.
 17. Britton, Cathryn; McCormick Felicia; Renfrew, Mary. Support for breastfeeding mother. *The Cochrane Library*, (4). Oxford, Update Software Ltd; 2007.
 18. García Vera, César; Esparza Olcina, María Jesús. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evid. Pediatría*, 5 (16); 2009.
 19. García Méndez, Juan Antonio. *Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral. Murcia, Universidad de Murcia; 2010.
 20. Sebastián Vicente, M Pilar. *Los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna como iniciativas de promoción de la salud en la comunidad: un estudio descriptivo en la Región de Murcia*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
 21. Baño Piñero, Isabel. Impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna en la Región de Murcia. Tesis Doctoral: Universidad de Murcia; 2016.
 22. Blázquez García, María Jesús (2009): *Maternidad y ecología*. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza; 2009.
 23. Sebastián Vicente, M Pilar. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. En: Massó Guijarro, Ester: *Mamar: mythos y logos sobre lactancia humana. Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2017; nº 24:
 24. Canals Sala, Josep. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 2003; 3 (1), pp. 71- 81.

25. OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 1986. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.
26. OMS. *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. 1997. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.
27. OMS. *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. V Conferencia de promoción de la salud. Mexico: OMS; 2000.
28. OMS. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. 2005. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/.pdf>.
29. Blázquez García, María Jesús. El nacimiento de una asociación es como el nacimiento de una criatura. 25 años de Vía Láctea". *Vía Láctea*. 2012. Disponible en: <http://www.vialactea.org>.
30. Otero Solloso, Margarita. Relactación y lactancia inducida. En: Aguilar, María José. *Lactancia materna*. Madrid, Elsevier, 2005; pp. 546- 554.
31. Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna. *Lactancia materna. Recursos para asesoras y grupos de apoyo*. Barcelona: FEDECATA; 2008.
32. OMS . *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra, OMS: 1998. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf.
33. OMS. *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra, OMS: 2003.
34. Morrow, Ardyt; Guerrero, María Lourdes; Shults, Justine; et al. Efficacy of home- based peer counselin to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lance*; (354), 1999; pp. 161-162.
35. Sikorski, Jim; Renfrew, Mary; Pindoria, Sima; Wade, Angela. Support for breastfeeding mother. *The Cochrane Library* (3). Oxford: Update Software Ltd; 2002.
36. Chung, Mei; Raman, Gowri; Trikalinos, Thomas; Lau, Joseph.; Ip, Stanley. Interventions in Primary care to promote breastfeeding: an evidence review for de U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern. Med.*, 149; 2008; pp. 565-82.
37. Ladas, Alice. How to help mother breast feed. *Clin Pediatr*, 9;1970: pp.702- 707.
38. Meara, Hannah. La Leche League in The Unitet States: A key to successful breastfeeding in a non supportive culture. *Journal of Nurse midwifery*, 21 (1); 1976.; pp. 20-26.
39. Britton, Cathryn; McCormick Felicia; Renfrew, Mary. Support for breastfeeding mother. *The Cochrane Library*, (4). Oxford, Update Software Ltd; 2007.
40. García Vera, César; Esparza Olcina, María Jesús. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evid. Pediatría*, 5 (16); 2009.
41. García Méndez, Juan Antonio. *Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral. Murcia, Universidad de Murcia; 2010.
42. Sebastián Vicente, M Pilar. *Los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna como iniciativas de promoción de la salud en la comunidad: un estudio descriptivo en la Región de Murcia*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
43. Baño Piñero, Isabel. Impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna en la Región de Murcia. Tesis Doctoral: Universidad de Murcia; 2016.
44. Blázquez García, María Jesús (2009): *Maternidad y ecología*. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza; 2009.

2. Estableciendo relaciones entre los grupos de apoyo de madres y el sistema sanitario. ¿qué deberíamos saber?.

Raquel Sarabia Álvarez. Bióloga. Doctora en Biología. Coordinadora del Voluntariado Hospitalario de Amamanta desde 2007 y voluntaria del Hospital de Manises y el Hospital la Fe de Valencia.

Raquel Sarabia Álvarez, Bárbara Birigay Gil, Pilar Abad Wang-Tiang y Salomé Laredo Ortiz

AMAMANTA. Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna.

RESUMEN

Amamanta. Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna aparece en el año 2000, cuando una matrona y unas madres ponen en marcha el primer taller de lactancia de la Comunidad Valenciana. Empieza así la colaboración entre profesionales sanitarios y madres para el apoyo a la lactancia materna que hoy se ha multiplicado con otros profesionales en numerosos centros de salud y varios hospitales.

El punto de partida para entender la importancia de este trabajo es TRABAJAR DESDE LAS EMOCIONES; desde ahí, todos somos iguales.

Y de esta manera, también podemos entender que muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son de carácter médico y pueden ser resueltos por otra madre con experiencia.

Cuando esta situación es aceptada cambiamos hacia un enfoque cualitativo de la gestión de los servicios de salud, hacia una gestión donde las instituciones sanitarias, a través de la colaboración, ESCUCHAN y CONOCEN las inquietudes de las madres y pueden comenzar acciones que resuelvan sus necesidades reales. Entramos en el concepto, tan humano, de “trabajo emocional” de los profesionales que, finalmente, afecta a la calidad asistencial y, por supuesto, NO EXISTE intrusismo ni competencia laboral... sino afán de COLABORAR.

COLABORACIÓN como aspecto intrínseco de la sociedad humana, donde nos involucramos en el trabajo varias personas, entidades e instituciones, como un conjunto.

COOPERACIÓN a través del respeto mutuo y como resultado de una estrategia aplicada al objetivo común que compartimos.

TRABAJO EN EQUIPO. Situaciones recogidas en los antiguos y nuevos diez pasos para una lactancia exitosa...

ORIGEN

Amamanta. Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna, aparece en el año 2000, cuando Rosario Rozada, matrona del Centro de Salud de Vilamarxant, junto a Salomé Laredo, madre lactante, ponen en marcha el primer taller de lactancia de la Comunidad Valenciana.

Dos años más tarde, en 2002, se constituye como asociación y se inscribe legalmente en el Registro de Asociaciones de la Comunidad Valenciana (con el nº 12622). En 2006 se inscribe también como Entidad de Voluntariado (CV-04-039565-V).

A partir de este momento comienza una expansión de talleres de lactancia en numerosos centros de salud, de la mano de profesionales, de una manera natural, porque el

centro de salud es el lugar de encuentro idóneo y lógico de la madre lactante. Pero...

¿CUÁL FUE EL ORIGEN DE ESTA UNIÓN PARA TRABAJAR UNIDOS PROFESIONALES SANITARIOS Y MADRES?

“Las madres han de estar presentes en las reuniones de profesionales porque ellas son las que amamantan, tenemos que escucharlas para saber por dónde avanzar”. Estas son palabras de Rosario Rozada para justificar la presencia de una madre en las reuniones de área o comités.

Este es el punto de partida para entender la importancia de trabajar conjuntamente profesionales sanitarios y madres para apoyar la lactancia materna; **TRABAJAR DESDE LAS EMOCIONES**, desde ahí, todos somos iguales.

Y de esta manera también podemos entender que muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son de carácter médico y pueden ser resueltos por otra madre con experiencia.

El apoyo de otras madres ha demostrado ser tan eficaz como el estrictamente profesional. La escucha, la compañía, les facilita la conexión con sus realidades y aumenta la confianza en sí mismas. La dinámica del grupo de iguales refuerza el sentimiento de ser normal:

“Establecemos una relación de amistad, pues encontramos a una mujer de la cual aprendemos y a la que también podemos enseñar, es decir, a una persona a quien se acompaña y con quien se construye.

Unas son el espejo de las otras, lo que permite a las mujeres reconocerse a través de la mirada y la escucha, de la crítica y el afecto, de la experiencia de otras mujeres.”

Cuando esta situación es aceptada cambiamos hacia un enfoque cualitativo de la gestión de los servicios de salud, hacia una gestión donde las instituciones sanitarias, a través de la colaboración, **ESCUCHAN** y **CONOCEN** las inquietudes de las madres y pueden comenzar acciones que resuelvan sus necesidades reales ¹.

Entramos en el concepto, tan humano, de “trabajo emocional” de los profesionales que, finalmente, afecta a la calidad asistencial. (ver NTP 720, 2004)². Y, por supuesto, **NO EXISTE** intrusismo ni competencia laboral... sino afán de **COLABORAR**.

COLABORACIÓN como aspecto intrínseco de la sociedad humana, donde nos involucramos en el trabajo varias personas, entidades e instituciones, como un conjunto, tanto para conseguir un resultado difícil de realizar por separado, como para ayudar a conseguir un fin mayor que solos no podríamos alcanzar.

Este ha sido el espíritu de los grupos de madres, de Amamanta, para con las instituciones sanitarias, en los centros de salud, en los hospitales: La **COOPERACIÓN** a través del respeto mutuo y como resultado de una estrategia aplicada al objetivo común que compartimos.

La vida nos pide ser creativos con el fin de crear soluciones y nuevos elementos que nos permitan transformarnos en algo nuevo, en lo que nunca habíamos pensado. Evolucionar es aportar un granito de amor a la humanidad y cada uno de nosotros es responsable de una parte del todo.

Por el bien de las madres, de los bebés y de las familias, es necesario el **TRABAJO EN EQUIPO**. Situaciones recogidas en los antiguos y nuevos diez pasos para una lactancia exitosa ³.

En el caso de Amamanta. Grupo de apoyo a la lactancia materna, lo encontramos en los talleres de lactancia y posteriormente en el voluntariado hospitalario de apoyo madre a madre, que son dos de las principales actividades que hemos desarrollado a lo largo de estos años, pero también en muchas otras intervenciones con las instituciones y en la sociedad para normalizar la imagen de la mujer que amamanta.

ACTIVIDAD

Como hemos mencionado, el trabajo de la asociación durante todos estos años se ha centrado fundamentalmente en el apoyo a las madres lactantes y a sus bebés en colaboración con los profesionales sanitarios. Hemos trabajado junto a matronas, pediatras y enfermería pediátrica, tanto a nivel informativo como emocional, para aligerar la carga asistencial de los sanitarios, desde los talleres de lactancia y el voluntariado hospitalario.

Los **Talleres de Lactancia** son espacios públicos en los que se reúnen embarazadas, madres, padres y bebés para compartir experiencias, resolver dudas y dificultades y conseguir lactancias satisfactorias y duraderas en el tiempo.

Se realizan dentro de los Centros de Salud de la Sanidad Pública, puesto que el taller es una herramienta de promoción de la salud de la madre y del bebé que apoya el trabajo de la matrona. Nuestros talleres tienen una metodología propia, reconocida y recogida por la IHAN en el año 2017; su objetivo último es establecer una red de apoyo mutuo entre las madres, que complementa la labor de los sanitarios y sanitarias del centro de salud ⁴.

El **Voluntariado Hospitalario**, actividad en la que la Comunidad Valenciana volvió a ser pionera gracias a la iniciativa de Amamanta, ofrece acompañamiento a las madres desde el

momento del parto hasta el alta hospitalaria, con el fin de apoyarlas durante este espacio de tiempo, que resulta el más decisivo en el inicio e instauración adecuados de la lactancia materna. Se continúa con el apoyo en los talleres de lactancia. Las voluntarias hospitalarias son asesoras en lactancia materna con experiencia, van uniformadas, debidamente identificadas y cuentan con un seguro de responsabilidad civil.

Además, contamos con una herramienta clave para las voluntarias, asesoras y profesionales sanitarios, como es el [Listado de Talleres de Lactancia de la Comunidad Valenciana](#)⁵. Este documento se encuentra publicado en nuestra web y recoge los datos de los diferentes talleres de lactancia de las provincias de Valencia, Castellón y Alicante, lo que resulta fundamental para poder derivar a las madres. Además, se indica si el taller se encuentra en alguna fase de acreditación de la IHAN o si está vinculado a Amamanta, como garantía de buen funcionamiento.

La [Formación](#) es necesaria para nuestras voluntarias y también para las madres en general. Desde 2008 realizamos el [Curso de Formación de Asesoras en Lactancia Materna](#) en colaboración con el Servicio de Neonatología del Hospital La Fe de Valencia, contando con la participación de profesionales de renombrado prestigio de la Comunidad Valenciana que también participaban en cursos de formación para profesionales. Desde 2010 hasta 2015 este curso estaba acreditado por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

Se realizan [Jornadas Formativas](#) de actualización sobre diferentes temas relacionados con la lactancia materna; participamos como formadoras en cursos organizados por los Comités de Lactancia de los Hospitales o por la IHAN; asistimos a otros tantos cursos, a congresos, a encuentros; etc.

Se fomenta la asistencia y participación a todo tipo de congresos nacionales, como el Congreso Español de Lactancia Materna.

La [Difusión y Promoción](#) de la lactancia materna tiene como objetivo visibilizar, normalizar y fomentar la imagen de la madre que amamanta, recuperando así la cultura de la lactancia materna, pérdida en los últimos tiempos.

La actividad más importante dentro de este ámbito es el [Calendario de Amamanta](#)⁶, que editamos cada año y que se reparte gratuitamente a todos los centros de salud y hospitales de la Comunidad Valenciana (cerca de 700 ejemplares) y entre nuestras socias.

La [web y las redes sociales](#) son el otro canal que utilizamos para difundir y promocionar la imagen de la lactancia, así como diferentes informaciones, noticias, iniciativas,

reconocimientos, etc. Contamos con un seguimiento de 70.000 visitantes y 110.000 visitas anuales de la web, con 15.992 seguidores en Facebook y con 6.181 seguidores en Twitter. Ofrecemos desde la web un asesoramiento jurídico laboral gratuito en materia de lactancia y embarazo.

Actualmente Amamanta cuenta con cerca de 70 voluntarias, casi 400 socias (madres, padres y profesionales) y 22 Talleres de Lactancia vinculados (17 en Centros de Salud y 5 en espacios públicos municipales). Realiza voluntariado hospitalario en el Hospital La Fe, en el Hospital de Manises y en el Hospital Clínico de Valencia.

Además, participa en el [Comité de Lactancia](#) de la Comunidad Valenciana, y en los comités de lactancia de varios hospitales: Hospital Universitario La Fe, Hospital de Manises, Hospital Clínico, Hospital General y Hospital de la Ribera.

En 2007, Amamanta firmó, a través de Conselleria, un [Convenio para realización de Voluntariado Hospitalario](#).

El Comité de lactancia de la Comunidad Valenciana es fruto del [convenio firmado en 2011 entre la Conselleria y Unicef para la Promoción y el Apoyo de la Lactancia Materna](#).

Amamanta es [miembro del Comité Nacional y Ejecutivo de la IHAN](#), desde 2015 ⁷. Ha participado en la redacción del documento *World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)*, Iniciativa a nivel Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna ⁸.

Cuenta con tres [convenios de cooperación educativa](#) reguladores de prácticas académicas externas destinados a alumnos y alumnas de grado y postgrado, firmados con la Universidad de Valencia, la Universidad Católica y la Universidad Europea.

Colabora con [estudios de investigación](#) que se realizan desde la Universidad de Alicante y el CEU de Moncada.

Amamanta forma parte del [Proyecto MIH Salud](#) de Salud Pública con tres agentes de salud de base comunitaria formadas que desarrollan diversas actividades para la promoción de la salud dentro de la asociación.

CONCLUSIONES

Amamanta. Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna, en su vocación de apoyar a las madres lactantes y sus bebés ha desarrollado toda su labor junto con los profesionales sanitarios de manera totalmente altruista.

Nuestra línea de actuación no tiene por qué ser la única, ni la mejor, pero sí pensamos

que nuestro trabajo ha contribuido al conocimiento mutuo y a una gestión sanitaria en la que se incorporen las inquietudes de las madres. Trabajar desde las emociones donde todos somos iguales, proporciona un enfoque cualitativo a la gestión de los servicios sanitarios, donde profesionales y ciudadanos contribuyen juntos al cuidado de la salud.

Los ejes principales de nuestra actividad a lo largo de estos 18 años han sido la COLABORACIÓN y COOPERACIÓN con los profesionales de la salud y sin intrusismo ni competencia laboral. Y en este mismo sentido, pensamos que el TRABAJO EN EQUIPO, el RESPETO MUTUO, y ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN entre los diferentes sectores: personal sanitario, gestores de salud pública, grupos de madres...etc, serán las claves, en el futuro, para alcanzar el objetivo final y conseguir lactancias maternas felices y duraderas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutierrez JL. La investigación cualitativa como herramienta para la gestión sanitaria. Arch Memoria [Internet]. 2015 [09/12/2018]; 12 (2):1-2. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/12/sumario2.php>
2. Gracia E, Martinez I, Salanova M, Nogareda C. El Trabajo emocional: concepto y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Nota Técnica de Prevención 2007; 720: 21.
3. World Health Organisation (WHO). Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018); 2018. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
4. AMAMANTA. Grupo de apoyo a la lactancia materna. Metodología talleres de lactancia. [Internet].[Modificado por: Soriano FJ, Navarro FJ, Aubanell MM, Pol A, Aguilera L; Oct 2017].. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Metodologia_talleres_de_lactancia.pdf.
5. AMAMANTA. Grupo de apoyo a la lactancia materna. Listado de talleres de lactancia materna de la comunidad valenciana [Internet] [Última actualización Nov 2018]. Disponible en: <http://www.amamanta.es/listado-de-talleres-de-la-comunidad-valenciana/>
6. AMAMANTA. Grupo de apoyo a la lactancia materna. Calendario Amamanta. [Internet]; 2018. Disponible en: <http://www.amamanta.es/calendario/>
7. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia IHAN. Grupos de Apoyo; [Internet]; 2018. Disponible en: <http://www.ihan.es/grupos-apoyo/>

8. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) Report Card: 2018. The State of Infant and Young Child Feeding (IYCF) [Internet]; 2018. Disponible en:

<http://www.worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/reportcard/Spain-reportcard-2018.pdf>

MESA 7 LA IHAN

1. Directrices 2018 de la OMS para la IHAN a nivel internacional ¿qué hay de nuevo?

M^a Teresa Hernández Aguilar. Dra en Medicina. Master en Salud Pública y Nutrición. Pediatra. IBCLC. Coordinadora Unidad de lactancia materna Dr Peset. Vocal Junta ejecutiva de la BFHI Network (Red Internacional IHAN) y del comité de relaciones exteriores. Coordinadora del BFHI Network Development Committee. Coordinadora Nacional de la IHAN España. Coautora de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia Materna del Ministerio de Sanidad.

Resumen

El 11 de abril de 2018, la OMS y el UNICEF publicaron el documento: ***Guía de Implementación 2018: Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en instituciones que brindan servicios de maternidad y neonatología: la IHAN revisada.***

El principal propósito de este nuevo documento responde al reconocimiento de la inequidad existente en todo el mundo donde, 25 años después de su lanzamiento, sólo un 25% de los nacimientos tienen lugar en instituciones IHAN. Con los cambios propuestos, la OMS y UNICEF pretenden alcanzar la cobertura universal de la IHAN para todas las Maternidades del mundo, y garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Para ello exigen a los estados miembros que acepten su responsabilidad y pongan los medios adecuados para que la IHAN se implante en todas las maternidades de todos los países.

España tiene un programa IHAN que bien acogido por numerosos profesionales sanitarios, pero necesita de forma urgente el apoyo institucional. No podemos seguir permitiendo que haya madres y recién nacidos de primera y de segunda. La falta de apoyo institucional a la IHAN (recomendado por las autoridades internacionales) crea desigualdades de salud.

España necesita una ley de salud reproductiva que incluya el apoyo y la protección a la lactancia natural y las mejores prácticas de alimentación en la primera infancia, en las instituciones sanitarias, en el medio laboral y en la sociedad en su conjunto, con asignación presupuestaria adecuada y el debido apoyo institucional para su desarrollo y puesta en marcha.

El 11 de abril de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicaron la versión final de la **Guía de Implementación 2018: Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en instituciones que brindan servicios de maternidad y neonatología: la IHAN revisada**¹. En este nuevo documento, OMS y UNICEF reconocen que:

“la lactancia materna es vital para hacer realidad el derecho de todos los niños y niñas a gozar del más alto nivel posible de salud”,

“las primeras horas y días en la vida de un recién nacido son una ventana crítica para establecer la lactancia y proporcionar a las madres el apoyo que necesitan para amamantar con éxito”

y que

“el propósito central de la IHAN para las maternidades, es asegurar que las madres y los recién nacidos reciban atención oportuna y apropiada antes y durante su estancia en la maternidad y neonatología que permita el establecimiento de una alimentación óptima para los recién nacidos que promueva su salud y desarrollo.”

El principal propósito de este nuevo documento responde al reconocimiento de la inequidad existente en todo el mundo donde, 25 años después de su lanzamiento, sólo un 25% de los nacimientos tienen lugar en instituciones IHAN. Con los cambios propuestos, la OMS y UNICEF pretenden alcanzar la cobertura universal de la IHAN para todas las Maternidades del mundo, y garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Para ello exigen a los estados miembros que acepten su responsabilidad y pongan los medios adecuados para que la IHAN se implante en todas las maternidades de todos los países.

Y para ello exigen a los estados miembros que acepten su responsabilidad y pongan los medios adecuados para que la IHAN se implante en todas las maternidades de todos los países.

Las novedades más importantes en contenido, de este documento son la exigencia de plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y Resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud (el Código Internacional)² y la incorporación de éste en el Primer Paso junto a la Normativa y la monitorización continuada las prácticas clínicas relevantes.

ANTECEDENTES

Con motivo del 25 aniversario de su lanzamiento y movidos por la profunda preocupación ante la adopción desigual y relativamente baja de la IHAN en todo el mundo,

la OMS y el UNICEF emprendieron la importante tarea de evaluar las fortalezas y debilidades de la IHAN y trazar un rumbo para revitalizar tanto la iniciativa como los estándares globales. Durante 2 años, 2 grupos de expertos trabajaron en la revisión de la evidencia y de la experiencia. En octubre de 2017 se abrió un periodo de comentario público sobre el primer borrador del nuevo documento recibándose más de 300 comentarios de todo el mundo en 15 días. Durante los 6 meses que siguieron, OMS y UNICEF trabajaron intensamente con representantes de 5 organizaciones internacionales ABM, BFHI Network, ILCA, LLLI y WABA para integrar y consensuar nuevos cambios en el documento inicial. En la actualidad se continua trabajando en la actualización de los materiales de formación y de monitorización que permitan avanzar en la implementación de la nueva guía en todos los países.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES: ASPECTOS DESTACADOS.

- ❖ Los **gobiernos** deben involucrarse en la aplicación nacional de la IHAN y realizar esfuerzos para integrar los Criterios Globales en los sistemas nacionales de salud.
- ❖ Las **organizaciones profesionales** responsables de la educación pre-grado deben incorporar en sus planes de estudio las evidencias y prácticas concernientes a los *Diez Pasos para una feliz Lactancia Natural* (los Diez Pasos).
- ❖ Deben realizarse esfuerzos para **atraer la atención pública** sobre la importancia de la lactancia materna, los riesgos de las fórmulas y las prácticas que ayudan a proteger, promover y apoyar la lactancia materna.
- ❖ Deben realizarse esfuerzos para **proteger a la lactancia materna**, las familias y los trabajadores de la salud, de la presión y las prácticas no éticas de la industria.
- ❖ **La IHAN debe ser integrada en otras intervenciones y programas nacionales** ya existentes, y coordinarla con otros esfuerzos de apoyo a la lactancia materna en la comunidad y lugares de trabajo.
- ❖ Esta nueva guía no debe ser considerada una razón para interrumpir un programa con éxito en aquellos países en los que la IHAN es un programa de acreditación que funciona y es capaz de llegar a la mayoría de los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología. Donde sea necesario, **los programas deberán ser fortalecidos y apoyados adecuadamente.**

-
- **La lactancia materna exclusiva durante 6 meses** para proporcionar la nutrición y la energía necesarios para el crecimiento y el desarrollo físico y neurológico.
 - Ofrece un conjunto claro de **Criterios Globales** que pueden ser adaptados a normas nacionales.
 - Mantiene los **Diez Pasos** en su orden y tema original. Incluye cambios de redacción diseñados para permitir la incorporación futura de pruebas nuevas y/o actualizadas. Explica la intención de cada uno de los pasos y ofrece una guía clara para su implementación.
 - Reconoce la contribución de cada uno de los Diez Pasos a la mejora del apoyo a la lactancia materna pero subraya la necesidad de que **para lograr un impacto óptimo en las prácticas de lactancia materna, los Diez Pasos se implementen como un todo.**
 - Proporciona una **guía actualizada para la implementación segura de las prácticas y el seguimiento** de los pacientes. Recuerda a los proveedores de salud la importancia de la atención y el cuidado individualizados.
 - Describe la **importancia de las prácticas de parto amigables con la madre y el impacto de las mismas sobre la lactancia materna.** Destaca la importancia de que los profesionales de la salud conozcan estas prácticas y su responsabilidad en la educación de las madres. Les remite a otras guías de la OMS para más detalles sobre las prácticas específicas³.
 - Destaca la **importancia de la lactancia materna y/o la leche materna para todos los lactantes** incluyendo directrices, indicadores y normas para la prestación de apoyo a la lactancia materna a todos los recién nacidos: a término y prematuros.
 - Establece el mandato de que la evidencia y las prácticas contenidas en los Diez Pasos se incluyan en los planes de **estudio de pre-grado de las profesiones sanitarias.** Mantiene la petición de continuar con la educación post grado hasta que esto se logre.
 - Explica la responsabilidad de las instituciones de salud y de los profesionales en la implementación del **Código Internacional⁴** y lo coloca en lugar preeminente, en el Paso 1, sentando las bases para que el Código Internacional se incorpore en todos los aspectos de la atención al paciente.

-
- Propone sistemas para **monitorizar** y **asegurar la sostenibilidad** de las prácticas y destaca la importancia de las mismas.
 - Proporciona **indicadores claramente definidos** fáciles de evaluar y permitirán comparaciones entre países. Mantiene todos los indicadores al nivel del **80%**.
 - **Reconoce la importancia de medidas de reconocimiento público, como la acreditación**, como motor clave del cambio. Señala la **necesidad de una evaluación externa** como principio clave de la mejora de la calidad.
 - Reconoce que el proceso de **convertirse en "IHAN" es transformador** y sus efectos se extienden más allá del entorno de la alimentación infantil: la atención se humaniza y se centra más en el paciente, mejora el vínculo madre-recién nacido, las actitudes y los niveles de destreza del personal con respecto a la alimentación infantil mejoran drásticamente, se reduce significativamente el uso de fórmulas para lactantes para recién nacidos. La calidad de la atención de la lactancia natural mejora significativamente en las instituciones IHAN.
 - Ofrece una guía sólida para **opciones adicionales de mejora de la calidad** para países donde las opciones tradicionales de acreditación están fuera de alcance.
 - Refuerza el papel de las instituciones que proporcionan servicios de maternidad y neonatología en la identificación de recursos comunitarios apropiados para un apoyo continuo y consistente a la lactancia materna que sea cultural y socialmente sensible a las necesidades de las familias. **Recuerda a los establecimientos que tienen la responsabilidad de involucrarse con la comunidad para mejorar dichos recursos.**

EN ESPAÑA

España es miembro activo de la BFHI Network y ha colaborado activamente en el desarrollo de diversos aspectos de esta guía. Muchos de los cambios propuestos en esta nueva guía de implementación ya estaban siendo aplicados en los criterios globales de España, por lo que no se prevén cambios importantes en un futuro cercano. Continuaremos atentos a los progresos de las resoluciones, el desarrollo de herramientas y la implementación de la nueva guía IHAN.

Los primeros documentos para el desarrollo de la IHAN en España datan de 1994 cuando el Dr. Luis Ruiz instó a UNICEF comité español y al gobierno de España a implantar la IHAN en nuestro país. 25 años han pasado y hemos avanzado mucho, más de 120

hospitales y cerca de 175 centros de salud están inmersos en el avance hacia la acreditación IHAN. Pero las acreditaciones y reacreditaciones van despacio, porque a pesar del enorme esfuerzo de los voluntarios que a lo largo de estos años han trabajado incansablemente para el cambio generalizado de las prácticas en el territorio español, el apoyo institucional ha sido tibio y en demasiadas ocasiones ausentes.

CONCLUSIONES

España tiene un programa IHAN que bien acogido por numerosos profesionales sanitarios, pero necesita de forma urgente el apoyo institucional. No podemos seguir permitiendo que haya madres y recién nacidos de primera y de segunda. La falta de apoyo institucional a la IHAN (recomendado por las autoridades internacionales) crea desigualdades de salud que pueden ser superadas gracias a un programa de probada calidad, eficacia, de bajo coste, avalada por la evidencia científica y recomendada para su implantación por las autoridades sanitarias internacionales.

España necesita una ley de salud reproductiva que incluya el apoyo y la protección de la lactancia natural y las mejores prácticas de alimentación en la primera infancia con asignación presupuestaria para su desarrollo y puesta en marcha y que contemple la designación de una autoridad nacional de lactancia, un comité asesor, la implantación de la IHAN como mínimo de calidad en todas las instituciones de maternidad y en centros de atención primaria, el respeto al código y la promoción de medidas de apoyo a la lactancia natural en la sociedad y el entorno laboral.

Espero que este llamamiento de la OMS y de UNICEF a los gobiernos de todo el mundo, en el que se incluye el nuestro, tenga esta vez los frutos deseados.

REFERENCIAS

1. World Health Organization-UNICEF. *Implementation guidance: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. Geneva: World Health Organization, 2018. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf> Acceso enero 2019,
2. World Health Organization. *Code and subsequent resolutions*. Geneva: World Health Organization, 2016. <http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/>. Acceso enero, 2019.

-
3. World Health Organization. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> Acceso enero 2019. Resumen en español en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
 4. World Health Organization. *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 2017 Update, Frequently Asked Questions*. Geneva: World Health Organization, 2017.
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/>

2. IHAN en las unidades neonatales.

Carmen R. Pallás Alonso. Neonatóloga. Dra en Medicina. Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital 12 de Octubre. Profesora Asociada de Pediatría de la Universidad Complutense. Preseidenta de IHAN. Coautora de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia Materna del Ministerio de Sanidad.

Autoras:

Carmen Pallás Alonso. Servicio de Neonatología. Universidad Complutense. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Ragnhild Maastrup. Department of Neonatology, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

Laura N. Haiek. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Quebec, Quebec, Canada. McGill University, Department of Family Medicine, Montreal, Quebec, Canada. St. Mary's Hospital, St. Mary's Research Centre, Montreal, Quebec, Canada

Resumen

En el año 2012 la Neo-IHAN publicó las recomendaciones para mejorar el apoyo a la lactancia en las unidades neonatales. Esta encuesta tiene como objetivo medir, a nivel global, el grado de cumplimiento de los tres principios básicos y los 10 pasos adaptados a las unidades neonatales.

En 2017, se diseñó un cuestionario de autoevaluación para medir el grado de cumplimiento en las unidades neonatales de todo el mundo. Las respuestas se evaluaron con puntuaciones que iban de 0-100 en cada uno de los pasos.

Participaron un total de 917 unidades de 36 países de bajos, medios y altos recursos económicos. Hubo representación de todos los continentes. La mediana de la puntuación obtenida fue 77 (52-91). Las puntuaciones del principio básico 1 (respeto a las madres), el paso 5 (apoyo para iniciar la lactancia y mantenerla) y el paso 6 (uso exclusivo de leche humana)

fueron las más altas, 100, 88 y 88 respectivamente. Las puntuaciones del paso 3 (información antenatal) y del paso 7 (madre puede dormir en la misma habitación donde está el niño ingresado) fueron las más bajas, 63 y 67 respectivamente. Los países con altos recursos económicos tuvieron puntuaciones significativamente más altas en el Principio 2 (Cuidados centrados en la familia), en el paso 4 (Cuidados Canguro) y en el paso 5.

Parece que las recomendaciones de la Neo-IHAN están parcialmente implementadas en muchos países y están bastante difundidas aunque los gobiernos y los hospitales deben aumentar los esfuerzos para mejorar el apoyo en las unidades neonatales.

Desde 1991, la Organización Mundial de la Salud y la IHAN han elaborado y difundido estándares para la lactancia materna, fundamentalmente para aplicar en las plantas de maternidad. Aunque en estos estándares también se incluían algunas recomendaciones para los niños ingresados en las unidades neonatales, eran pocos y con una perspectiva limitada y no del todo adaptada a las necesidades de los niños y madres en una unidad neonatal. Desde el 2012 al 2015, un grupo de trabajo nórdico y de Quebec trabajó para adaptar y expandir la IHAN a las unidades neonatales independientemente de su nivel asistencial (Neo-IHAN). La Neo-IHAN incluye una adaptación de los 10 pasos de la IHAN para una lactancia exitosa a las necesidades especiales de los niños prematuros y recién nacidos enfermos, también incluye el cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud. Se añadieron además tres principios básicos (Ver Tabla 1). En 2017 seis países refirieron que ya tenían un proceso de certificación específico para la Neo-IHAN.

Hasta el momento solo Dinamarca y España habían realizado encuestas a nivel nacional para evaluar las prácticas de apoyo a la lactancia en las unidades neonatales.

Por este motivo Laura Haieck de Canadá y Ragnhild Maastrup de Dinamarca diseñaron un estudio a través de una encuesta que evaluaba el grado de cumplimiento con los 10 pasos, los tres principios básicos y el código en las unidades neonatales de todos los niveles asistenciales. La encuesta se tradujo a 15 idiomas diferentes. En cada país participante se contactó con un profesional que actuó como coordinador en ese país y envió los cuestionarios a las unidades neonatales. El cuestionario se dirigía al director médico de la unidad o al responsable de enfermería. Las respuestas se evalúan otorgándoles una puntuación que iba desde el 0 al 100. Se obtenía no solo una puntuación media para cada unidad sino que también se disponía de una puntuación específica en relación a cada uno de los 10 pasos, los tres principios generales y el código.

Participaron 36 países, de los cinco continentes, y tanto de recursos bajos, como medios y altos. En total 917 unidades neonatales contestaron el cuestionario. De estas el 35% estaban en hospitales que ya tenían la acreditación IHAN para las plantas de maternidad.

La puntuación internacional media obtenida fue de 77, la puntuación más baja fue para Gambia con 52 y la más alta para Lituania con 91. España obtuvo una puntuación media de 72,

por debajo de la media internacional. . Los países con altos recursos económicos tuvieron puntuaciones significativamente más altas en el Principio 2 (Cuidados centrados en la familia), en el paso 4 (Cuidados Canguro) y en el paso 5. También, en general, las puntuaciones fueron significativamente más altas para las unidades neonatales que estaban en hospitales con maternidades acreditadas previamente por la IHAN.

Las puntuaciones del principio básico 1 (respeto a las madres), el paso 5 (apoyo para iniciar la lactancia y mantenerla) y el paso 6 (uso exclusivo de leche humana) fueron las más altas, 100, 88 y 88 respectivamente. Las puntuaciones del paso 3 (información antenatal) y del paso 7 (la madre puede dormir en la misma habitación donde está el niño ingresado) fueron las más bajas, 63 y 67 respectivamente.

El cumplimiento con el código tuvo una puntuación media internacional de 84. El 23% de todas las unidades participantes tuvieron un 100% de cumplimiento con respecto al código.

Este estudio es el primero que ha evaluado el cumplimiento de los pasos y principios de la Neo-IHAN en las unidades neonatales en países de todos los continentes. El cumplimiento en general es alto. Todos los países participantes obtuvieron una puntuación por encima de 50. Parece que todos los países aplican parte de las recomendaciones de la Neo-IHAN. La mayoría de las unidades participantes expresaron su deseo de llegar a estar acreditadas por la Neo-IHAN por lo que sería esperable que en poco tiempo el cumplimiento de las recomendaciones sea todavía mucho mayor. Los gobiernos y los hospitales deben aumentar los esfuerzos para mejorar el apoyo en las unidades neonatales.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Diaz C, Utrera-Torres I, de Alba-Romero C, Flores-Anton B, Lora-Pablos D, Pallas-Alonso C. Breastfeeding support in Spanish neonatal intensive care units and the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Human Lactation*. 2016; 32: 613–626.

Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen S, Hallum K, Frandsen A et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One*. 2014; 9: e89077.

Maastrup R, Haiek LN, The Neo-BFHI Survey Group. Compliance with the Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Neo-BFHI): A cross-sectional study in 36 countries. *Matern Child Nutr*. 2018; Sep 10:e12690. doi: 10.1111/mcn.12690

Tabla 1. Principios y pasos de la Neo-IHAN

Tres Principios Básicos.

Principio Básico 1: Las actitudes del personal hacia la madre deben enfocarse en la madre y su situación de una forma individualizada.

Principio básico 2: La institución deberá proporcionar cuidado centrado en la familia apoyado por un entorno favorable.

Principio básico 3: El sistema sanitario deberá asegurar la continuidad del cuidado desde el embarazo hasta el alta del recién nacido.

Diez pasos expandidos para una lactancia exitosa

Paso 1: Tener por escrito la política de lactancia materna y comunicarla de forma rutinaria a todo el personal sanitario

Paso 2: Educar y capacitar a todo el personal en el conocimiento y habilidades específicas necesarias para implementar esta política.

Paso 3: Informar a las embarazadas hospitalizadas con riesgo de parto prematuro sobre los beneficios de la lactancia materna y sobre el manejo práctico de la lactancia y del amamantamiento.

Paso 4: Fomentar el contacto piel a piel precoz continuo y prolongado entre la madre y el recién nacido/Método Madre Canguro.

Paso 5: Mostrar a las madres cómo iniciar y mantener la lactancia y establecer el amamantamiento temprano con la estabilidad del recién nacido como único criterio.

Paso 6: No proporcionar a los recién nacidos alimentos ni bebidas que no sean leche materna, salvo que esté medicamente indicado.

Paso 7: Facilitar la cohabitación de las madres y los recién nacidos durante las 24 horas del día.

Paso 8: Fomentar la lactancia materna a demanda o, cuando se precise, a semi-demanda, como una estrategia de transición para los recién nacidos prematuros o enfermos

Paso 9: Utilizar alternativas a la alimentación con biberón al menos hasta que la lactancia materna esté bien establecida, y utilizar chupetes y pezoneras solo cuando haya razones que justifiquen su uso.

Paso 10: Preparar a los padres para continuar con la lactancia materna y asegurar el acceso, después del alta hospitalaria, a los servicios y a los grupos de apoyo a la lactancia

Cumplimiento con el Código

Cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y con las resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud.

3. Inicaitiva conjunta Centros de Salud IHAN.

Francisco Javier Soriano Faura. Pediatra de atención primaria, del Centro de Salud Fuensanta de Valencia, Centro de Salud con galardón IHAN. Miembro de la Ejecutiva de la IHAN. Coordinador de la sección Centros de Salud de la IHAN. Docente en cursos de lactancia materna y de habilidades de crianza.

Resumen:

La acreditación conjunta de centros de salud, **augmenta la eficacia de la iniciativa y augmenta la eficiencia** ya que reduce los costes de formación y el trabajo conjunto permite crear subcomités que trabajen los diferentes aspectos.

El Objetivo de la ICCS es que varios Centros de Salud (CS) de un área o departamento de salud accedan conjuntamente a la acreditación CS-IHAN desde la certificación de la FASE 1D a la FASE 4D, obteniendo todos ellos de manera individual el certificado de CS IHAN.

CARACTERÍSTICAS DE LA ICCS

- La unidad de acreditación es el CS.
- Cada CS tendrá su propio Comité de lactancia.
- La IHAN certifica cada una de las cuatro fases a cada CS.
- La acreditación conjunta, implica la necesidad de que la totalidad de los CS superen los requisitos para la certificación de Fase o Acreditación IHAN. Es decir, la certificación de Fase o la Acreditación IHAN no se otorgará a ninguno de los centros si uno sólo de ellos falla la evaluación.

La Iniciativa Conjunta Centros de Salud IHAN (ICCS) tiene como objetivo que varios Centros de Salud (CS) de un área o departamento de salud accedan conjuntamente a la acreditación CS-IHAN desde la certificación de la FASE 1D a la FASE 4D, obteniendo todos ellos de manera individual el certificado de CS IHAN.

La acreditación conjunta de centros de salud, **augmenta la eficacia de la iniciativa y augmenta la eficiencia** ya que reduce los costes de formación y el trabajo conjunto permite crear subcomités que trabajen los diferentes aspectos.

CARACTERÍSTICAS DE LA ICCS

1. La unidad de acreditación es el CS.
2. Cada CS tendrá su propio Comité de lactancia.
3. La IHAN certifica cada una de las cuatro fases a cada CS.
4. La acreditación conjunta, implica la necesidad de que la totalidad de los CS superen los requisitos para la certificación de Fase o Acreditación IHAN. Es decir, la certificación de Fase o

la Acreditación IHAN no se otorgará a ninguno de los centros si uno sólo de ellos falla la evaluación.

5. El departamento que desee iniciar una **ICCS** deberá nombrar un coordinador de la iniciativa conjunta (CIC) que será el interlocutor último de la misma con la IHAN. El CIC facilitará la interlocución entre la IHAN y la gerencia del departamento cuando sea necesario. La IHAN (a través del coordinador de centros de salud o de evaluadores) contactará con el CIC a los diferentes efectos de la evaluación.

6. En cada CS deberá designarse un coordinador de la Iniciativa (CI) para cada CS que coordinará las actividades necesarias, centralizará la recogida de información, será el interlocutor del CS con el CIC y firmará junto al coordinador del centro las declaraciones y solicitudes remitidas a la IHAN.

7. La **ICCS** requiere la elaboración conjunta, entre centros, consensuada y compartida de toda la documentación, de la *Normativa*, los programas, protocolos (incluido el protocolo de coordinación con el Hospital de referencia) y el material educativo, así como de la Formación en Lactancia Materna para los profesionales, con la ayuda experta que se considere.

TARIFAS DE LA ICCS

Las **tarifas reducidas por acreditación conjunta** se empiezan a aplicar **a partir de 6 centros**. En el caso de que haya menos de 6 centros que deseen acreditarse conjuntamente, el precio debe calcularse multiplicando el nº de centros por el precio unitario.

En algunas ocasiones puntuales se podrá solicitar una beca para la evaluación cuando sea imposible la acreditación conjunta de más de 5 centros), por lo que se ruega contactar con el coordinador de la iniciativa en estos casos.

TARIFAS PARA CENTROS DE SALUD					
Nº CENTROS	Fase 1D	Fase 2D	Fase 3D	Fase 4D	Total
1*	Gratuita	1000 €	1400 €	2300 €	4700 €
2*		2000 €	2800 €	4600 €	9400 €
3*		3000 €	4200 €	6900 €	14100 €
4*		4000 €	5600€	9200 €	18800 €
5*		5000 €	7000 €	11500 €	23500 €
6		1100 €	1500 €	2900 €	5500 €
7		1300 €	1900 €	3000 €	6200 €
8		1400 €	2100 €	3500 €	7000 €

9	1600 €	2400 €	3750 €	7750 €
10	1700 €	2500 €	4300 €	8500 €
11	1800 €	2700 €	4500 €	9000 €
12	1900 €	2900 €	4700 €	9500 €
13	2000 €	3000 €	5000 €	10000 €
14	2100 €	3200 €	5200 €	10500 €
15	2200 €	3300 €	5500 €	11000 €
16	2300 €	3400 €	5800 €	11500 €
17	2400 €	3600 €	6000 €	12000 €
18	2500 €	3700 €	6300 €	12500 €
19	2600 €	3900 €	6500 €	13000 €
20	2700 €	4100 €	6800 €	13500 €

Bibliografía:

M^a Teresa Hernández Aguilar, Javier Soriano Faura y Juan José Lasarte Velillas. “Estrategia centros de salud IHAN.Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral en los centros de salud. Manual para la acreditación 2017. En IHAN.es[en línea] [consultado el 07/12/2018].

Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Manual_para_la_acreditacion_IHAN_en_AP_2018.pdf

5. Informe WBTi España 2018.

Salomé Laredo Ortiz. Doctora en Químicas. Investigadora en la Universidad de Valencia. Miembro y cofundadora de Amamanta. Grupo de apoyo a la lactancia materna. Tesorera del Comité Ejecutivo de la IHAN.

INFORME SOBRE LA INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS EN LACTANCIA MATERNA

RESUMEN

La Iniciativa Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna (WBTi) es una iniciativa innovadora, desarrollada por IBFAN Asia, que permite evaluar el estado y los marcadores de la implantación de la Estrategia Mundial para la alimentación del niño pequeño y el lactante, en cada país. La WBTi está diseñada para ayudar a los países a evaluar las fortalezas y debilidades de sus políticas y programas respecto a la promoción, protección y apoyo a las mejores prácticas de alimentación infantil. Evalúa la implantación de las estrategias y políticas definidas en la Estrategia Global a nivel nacional, identifica referencias, puntos fuertes y carencias y en

base a los resultados diseña estrategias y realiza recomendaciones que permitan mejorar la nutrición y alimentación infantil. En definitiva, un informe WBTi contiene un inventario de las políticas y medidas sobre la lactancia materna y sobre los criterios de prácticas de alimentación infantil evaluados en 15 indicadores en total así como, un Plan de Acción para mejorar y monitorizar las tasas de lactancia.

Los informes y puntuaciones proporcionados por los países se incorporan a una base de datos accesible, gratuita y para todos, lo cual permite compararlos y visualizar los avances y mejoras de los indicadores en cada país y en el mundo.

España ha elaborado su informe WBTi en el año 2018, el grupo designado para su redacción ha sido el Comité Nacional de la IHAN porque reúne representantes del Ministerio, profesionales sanitarios y grupos de apoyo, todos ellos conocedores de la situación de la lactancia materna en el país.

Informe sobre la Iniciativa Mundial de la Tendencia de la Lactancia Materna En España (WBTi)

1.- Introducción:

Este año 2018, se ha presentado el informe español sobre la Iniciativa Mundial de la Tendencia WBTi, el cual debía tener una metodología colaborativa, entre un grupo de trabajo compuesto por autoridades del ministerio, profesionales sanitarios y grupos de madres. En España la IHAN, reúne en su Comité Nacional a todos estos actores por lo que se consideró que este era el grupo idóneo para la elaboración del presente informe y, finalmente los autores fueron:

Salomé Laredo Ortiz (IHAN / Amamanta. Grupo de apoyo a la lactancia materna)

M^a Teresa Hernández Aguilar (IHAN)

Javier Soriano Faura (IHAN / Asociación Española de Atención Primaria)

Marta Sánchez Palomares (Asociación para la Promoción e Investigación Científica y Cultural de la Lactancia Materna)

M^a Isabel Castelló (Asociación Española de Matronas)

Carlos González (Asociación Catalana Pro Lactancia Materna)

Sagrario Mateu (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad)

Victoria Navas Lucena (La Liga de la Leche Andalucía)

Eulalia Torrás (Federación Española de Asociaciones Pro-lactancia Materna)

Beatriz Flores Antón (IHAN)

Carmen R. Pallás Alonso (IHAN / Asociación Española de Pediatría)

La Iniciativa Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna (WBTi) es una iniciativa innovadora, desarrollada por IBFAN Asia, que permite evaluar el estado y los marcadores de la implantación de la Estrategia Mundial para la alimentación del niño pequeño y el lactante, en cada país. La WBTi está diseñada para ayudar a los países a evaluar las fortalezas y debilidades de sus políticas y programas respecto a la promoción, protección y apoyo a las mejores prácticas de alimentación infantil. Evalúa la implantación de las estrategias y políticas definidas en la Estrategia Global a nivel nacional, identifica referencias, puntos fuertes y carencias y en base a los resultados diseña estrategias y realiza recomendaciones que permitan mejorar la nutrición y alimentación infantil. En definitiva, un informe WBTi contiene un inventario de las políticas y medidas sobre la lactancia materna y un Plan de Acción para mejorar y monitorizar las tasas de lactancia.

Los informes y puntuaciones proporcionados por los países se incorporan a una base de datos accesible, gratuita y para todos, lo cual permite compararlos y visualizar los avances y mejoras de los indicadores en cada país y en el mundo.

2.- Desarrollo del informe WBTi.

El WBTi se basa en cumplimentar 15 indicadores en dos partes y cada indicador tiene un significado específico, son los siguientes:

Parte-I Criterios de políticas y programas (indicadores 1-10)	Parte –II Criterios de prácticas de alimentación infantil (indicadores 11-15)
--	--

<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación, Programas y Políticas nacionales. 2. IHAN (Diez pasos para una lactancia exitosa). 3. Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. 4. Protección de la maternidad. 5. Sistemas de Salud y Cuidado Nutricional. 6. Apoyo a las madres y alcance a sus comunidades. 7. Soporte informacional. 8. Alimentación infantil y VIH. 9. Alimentación infantil durante emergencias. 10. Mecanismos de monitorización y sistemas de evaluación. 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Iniciación temprana de la lactancia. 12. Lactancia materna exclusiva. 13. Duración media de la lactancia materna. 14. Alimentación con biberón. 15. Alimentación complementaria.
---	--

Cada indicador utilizado para la evaluación tiene los siguientes componentes;

- La pregunta clave que debe ser investigada.
- Antecedentes sobre el por qué la práctica, la política o el componente del programa es importante.
- Una lista de criterios clave como un subconjunto de preguntas a considerar para identificar los logros y las áreas que necesitan mejoras, con pautas para calificar, calificar el color y clasificar de esta manera como de bien está el país.

Parte I: Contiene un conjunto de criterios para cada objetivo, basado en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2002) y la Declaración de Innocenti sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2005). Para cada indicador, hay un subconjunto de preguntas. Las respuestas a estos pueden conducir a identificar logros y lagunas en las políticas y programas para así, poder implementar la Estrategia mundial para la

alimentación del lactante y el niño pequeño. Esto muestra cómo le está yendo a un país en un área particular de acción sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.

Parte II: Las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño en esta parte, solicitan datos numéricos específicos sobre cada práctica basada en datos de encuestas que son de alcance nacional.

Una vez recopilada y analizada la información sobre los indicadores, esta es ingresada en el conjunto de herramientas basado en la web a través del "Cuestionario WBTi", donde se puntúa y colorea cada indicador individual según las directrices de IBFAN Asia para WBTi.

3.- Resultados:

Parte I: Políticas y Programas.

Objetivos:	Puntuación (hasta 10)
1. Políticas, Programas y Coordinación Nacional.	0
2. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.	6.5
3. Implementación del Código Internacional de Sucedáneos.	5
4. Protección de la Maternidad.	6
5. Sistema de Atención en Salud y Nutrición.	5
6. Apoyo a las Madres y Asistencia Comunitaria.	5
7. Apoyo Informativo.	5.5
8. Alimentación Infantil y VIH.	2.5
9. Alimentación Infantil durante las Emergencias.	0
10. Mecanismos de Monitoreo y Sistemas de Evaluación.	0
TOTAL	35.5

Parte II: Prácticas de alimentación infantil.

Práctica	Resultado	Puntuación
Indicador 11 Iniciación temprana de la lactancia materna	0	3
Indicador 12 Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses	28.5 %	6
Indicador 13 Duración media de la lactancia materna	6 meses	3

Indicador 14 Alimentación con biberón	71.5 %	3
Indicador 15 Alimentación Complementaria	97 %	10
TOTAL		25

4.- Principales conclusiones:

El Informe WBTi de España para 2018 tiene **puntuaciones positivas** en varios indicadores, especialmente en los siguientes:

- 2 (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños)
- 3 (Implementación del Código Internacional de Sucedáneos)
- 4 (Protección de la Maternidad)
- 5 (Sistema de Atención en Salud y Nutrición)
- 6 (Apoyo a las Madres y Asistencia Comunitaria)
- 7 (Apoyo Informativo).

La puntuación de España **es baja en los indicadores:**

- 1 (Política, Programas y Coordinación Nacional)
- 10 (Mecanismos de Monitoreo y Sistemas de Evaluación)
- 11 (Iniciación temprana de la lactancia materna)
- 13 (Duración media de la lactancia materna)
- 14 (Alimentación con biberón)

La prioridad de los próximos 3 años, hasta una nueva evaluación por la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) para España es mejorar en todos estos aspectos.

<http://www.worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Spain-2018.pdf>

Principales conclusiones informe WBTi

El Informe WBTi de España para 2018 tiene **puntuaciones positivas** en varios indicadores,

especialmente en los siguientes:

- 2 (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños)
- 3 (Implementación del Código Internacional de Sucedáneos)
- 4 (Protección de la Maternidad)
- 5 (Sistema de Atención en Salud y Nutrición)
- 6 (Apoyo a las Madres y Asistencia Comunitaria)

7 (Apoyo Informativo).

La puntuación del **indicador 8 y el indicador 9 son excepcionales**, se refieren a los programas y políticas implementadas sobre las prácticas de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as de madres con VIH + / SIDA y la alimentación de lactantes durante emergencias y aunque son situaciones poco frecuentes en nuestro país, no estamos exentos de tener un procedimiento que regule estas situaciones.

La puntuación de España **es baja en los indicadores:**

1 (Política, Programas y Coordinación Nacional)

10 (Mecanismos de Monitoreo y Sistemas de Evaluación)

11 (Iniciación temprana de la lactancia materna)

13 (Duración media de la lactancia materna)

14 (Alimentación con biberón)

Es en estos campos de trabajo **donde tenemos un amplio margen de mejora.**

El promedio nacional de 6 meses de duración la lactancia materna es positivo pero debe ser una prioridad realizar esfuerzos para aumentarla.

La falta de un Comité Nacional para la lactancia materna es una situación preocupante, ya que España necesita la existencia de este comité.

La prioridad de los próximos 3 años, hasta una nueva evaluación por la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) para España es mejorar en todos estos aspectos.

Fuentes de información utilizadas

- 1.- <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-9289>
- 2.- <http://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25121-25137.pdf>
- 3.- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206008/1/9789241565325_eng.pdf?ua=1&ua=1
- 4.- <http://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/lactancia>.
- 5.- <https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/aspectos-legales-del-embarazo/permiso-de-maternidad-233>.
- 6.- Listado de grupos de apoyo. www.ihan.es

7.- www.msssi.es

8.- *Páginas web de las comunidades autónomas donde los talleres de lactancia están incluidos en la cartera de salud de los Centros de Salud.*

9.- *Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 321-327*

CONFERENCIA DE CLAUSURA

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos. Situación mundial y su importancia desde la óptica de los derechos.

Marcus Stahlhofer. Licenciado en Políticas y Relaciones Internacionales. Doctor en Políticas y Relaciones Internacionales. Asesor en derechos humanos para el departamento de salud infantil y adolescencia en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra (Suiza).

La lactancia materna es la piedra angular de la supervivencia infantil, previniendo más de 800000 muertes al año entre niños menores de cinco años. La lactancia materna también salva vidas de mujeres reduciendo el riesgo de padecer cáncere de mama y de ovario y algunas enfermedades cardiovasculares.

Los esfuerzos para proteger, promover y apoyar una lactancia materna óptima deben incluir la protección frente el marketing, inapropiado y no ético, de los sucedáneos de leche materna. El marketing inapropiado de los productos alimentarios que compiten con la lactancia materna es un importante factor, que a menudo, afecta negativamente en la elección de la madre amamantar óptimamente a su hijo. Dada la especial vulnerabilidad de los lactantes y los riesgos involucrados en las prácticas de alimentación inapropiadas, las prácticas habituales de marketing son , por lo tanto, inadecuadas para estos productos.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna (el Código), adoptado, en 34 Asamblea Mundial de la Salud en 1981, es un conjunto de recomendaciones para regular la comercialización de los sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas. El Código es una parte importante para crear un entorno global que permita a las madres hacer la mejor elección posible sobre la alimentación, basada en una información imparcial y libre de influencias comerciales, y a ser totalmente apoyada en ella.

A pesar de la amenaza continua del marketing inapropiado para seguir mejorando las tasas de lactancia materna exclusiva y mantenida, el número de países que han adoptado medidas legales integrales para regular las prácticas de marketing permanecen bajas. Así en 2018, sólo 35 de 194 países tenían legislación que reflejen plenamente el Código, y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud. Además, muy pocos países tienen

mecanismos funcionando en vigor, para monitorear y aplicar leyes y regulaciones relacionadas con el código.

Mucho más necesita hacerse para acabar el marketing inapropiado de los sucedáneos de la leche materna. Estos esfuerzos deben incluir el uso efectivo de las normas nacionales e internacionales de derechos humanos para asegurar que los gobiernos cumplan sus obligaciones con las mujeres y sus hijos, y que se les responsabilice cuando no lo hagan.